
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

MIRIA BENINCASA

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - SP - Brasil

EDA MARCONI CUSTÓDIO

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e Universidade Metodista - SP - Brasil

RESUMO

Pesquisas nacionais e internacionais revelam a necessidade de conhecer a população jovem para realizar programas preventivos. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida em adolescentes matriculados em escolas do Município de São Paulo. Aplicou-se o SF-36 para avaliar a qualidade de vida e um instrumento para verificar a classe econômica de uma amostra representativa de 2.434 estudantes entre 14 e 22 anos. Observou-se que vários aspectos influenciam na qualidade de vida desta população. Os estudantes do gênero masculino declararam qualidade de vida mais alta do que os do feminino. Da mesma forma, os adolescentes mais novos tenderam a relatar melhor qualidade de vida que os mais velhos. Os representantes das classes socioeconômicas mais altas também apresentaram melhor qualidade de vida. Observou-se a necessidade de novas pesquisas com essa população.

Palavras chave: SF-36; gênero; saúde; classe socioeconômica.

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE ASSESSMENT AMONG ADOLESCENTS IN SÃO PAULO CITY

National and international researches point the need of knowing young population in order to promote preventive interventions. The aim of this study was to assess the quality of life of public school students of São Paulo city. A representative sample comprising 2.434 teenagers answered to SF-36 to assess quality of life and to another instrument for checking their social economic level. It was observed that the quality of life of this population is influenced by several and distinct features of everyday life. Male students stated better quality of life than female students. Evaluations of better quality of life were more frequent in younger than in older teenagers and also among the wealthier. These results suggest the need of new investigations with this population.

Key words: SF-36; gender; health; social economic class.

INTRODUÇÃO

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

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

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

Minayo, Hartz e Buss (2000) para desenvolverem o estudo “Qualidade de vida e saúde: um debate necessário”, realizaram uma extensa pesquisa nos anais dos congressos e registros de diversos seminários. O termo qualidade de vida (QV) aparece sempre com sentido bastante amplo e genérico. Contudo, em nenhum momento, existe uma definição clara. O que se apresenta, freqüentemente, é o emprego deste termo associado a alguma doença (Pidala, Anasetti e Jim, 2009; Stevenson e Carey, 2009) e não pela consideração do bem-estar de pessoas saudáveis.

O tema qualidade de vida tem sido apresentado, freqüentemente, relacionado ao conceito de saúde, tanto ao tratar das condições gerais de uma população, como de um grupo ou de um indivíduo. Jörngarden, Wettergen e Essen (2006) apontam que, cada vez mais, o conceito de “qualidade de vida relacionada com a saúde da vida” (QVRS) tem atraído a atenção da investigação nas ciências médicas. Há muitas definições de QVRS, mas podem ser resumidas, para os autores, como se referindo a um construto psicológico multidimensional, que abrange: os aspectos físico, psicológico, social; as áreas funcionais da vida e o impacto da saúde e da doença sobre estes setores. Por ter sido utilizado o instrumento SF-36, o conceito de qualidade de vida adotado por este estudo deve ser pautado nos mesmos princípios adotados pelo questionário. Existem outros instrumentos amplamente utilizados no Brasil, que se propõem a avaliar questões mais amplas da qualidade de vida, porém, ainda não estavam, à época da pesquisa, disponíveis para utilização com adolescentes. É possível encontrar na literatura, diferenças de qualidade de vida associadas tanto às condições socioeconômicas, como de gênero, idade, série e patologias (Tomasi, Barros e Victora 1996; Jörngarden, Wettergen e Essen, 2006; Barbosa, Petribú, Mariano, Ferreira e Almeida, 2008).

Os objetivos deste estudo foram: avaliar a qualidade de vida em adolescentes matriculados no Ensino Médio do Município de São Paulo e comparar estes dados, considerando os vários domínios da vida (saúde geral, aspectos sociais, aspectos emocionais, capacidade funcional, aspectos físicos, dor, vitalidade e saúde mental), com gênero, condições socioeconômicas e série acadêmica. Acredita-se que estas informações podem fornecer subsídios para políticas públicas e privadas visando à melhoria da qualidade de vida desta população.

MÉTODO

Participantes

Com o objetivo de avaliar 0,5% dos alunos matriculados em escolas estaduais e 0,5% dos matriculados em escolas particulares, foram sorteadas 22 escolas (17 Públicas e cinco Privadas) do Município de São Paulo, atingindo-se uma amostra de 2434 estudantes, que representam a população adolescente matriculada no Ensino Médio deste Município. Na Tabela 1 é possível observar a distribuição de frequência percentual da amostra avaliada segundo idade, gênero, série e classe socioeconômica.

Tabela 1. Caracterização da amostra por idade, gênero, série e classe socioeconômica

		%
Idade (anos)	14	5,4
	15	20,7
	16	29,4
	17	31,0
	18	10,4
	19	2,2
	20	0,5
	21	0,2
	22	0,1
Gênero	masculino	46,2
	feminino	53,8
Série	1 ^a	35,1
	2 ^a	31,4
	3 ^a	33,5
Classe socioeconômica	A1	1,4
	A2	6,9
	B1	14,8
	B2	28,1
	C1	28,9
	C2	13,8
	D	5,7
E	0,5	

Material

Foi aplicado um questionário de Identificação que continha questões para a classificação socioeconômica no Brasil (ABEP, 2007), além de questões pessoais como nome, idade, sexo e série. Em seguida foi aplicado um questionário SF-36 (The Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey) para a avaliação da qualidade de vida. Este instrumento é dirigido a pessoas com idade de 14 anos ou mais e, preferencialmente, deve ser auto-administrado (Vilagut et al., 2005). O SF-36 teve sua utilidade demonstrada na literatura internacional (Ware, 1992; Garcia et al., 2005).

O questionário SF-36 é amplamente utilizado em pesquisas na área da saúde e foi traduzido e adaptado para a população brasileira segundo a metodologia internacionalmente aceita. É um questionário multidimensional, composto por 36 itens englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Avalia tanto aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade), como os aspectos positivos (bem-estar) (Ciconelli, 1997; Vilagut et al., 2005). Diante da carência de estudo de qualidade de vida entre adolescentes em nosso meio optou-se pelo SF-36 por ter sido, provavelmente, o único utilizado em pesquisa brasileira com essa população (Ciconelli, 1997).

Procedimento

Após aprovação deste estudo pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (Prot-1807/CEPH-IP23/04/07), as escolas foram contatadas e, no caso de recusa de alguma, contatou-se a seguinte da lista. Com a concordância da direção, entregou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, que foi assinado pelo aluno, por um responsável e pela pesquisadora e agendou-se uma data para a aplicação dos instrumentos.

Os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora coletivamente, na sala de aula sorteada, solicitando que aqueles que não quisessem participar ou não tivessem trazido o TCLE se retirassem. Os dois instrumentos foram aplicados no mesmo dia em cada sala, no período de até 100 minutos.

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

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na amostra avaliada, verifica-se que a maior frequência está entre as idades de 15 e 18 anos, conforme esperado para este estágio acadêmico. A distribuição entre gêneros e séries também se mostraram equivalentes. A classificação socioeconômica da amostra, no entanto, não coincide com as condições nem do país, nem da cidade. No Brasil, a maior concentração de pessoas está nas classes D (25,4%), C2 (21,8%), C1 (20,7%) e B2 (15,7%), respectivamente. Em São Paulo as condições gerais se apresentam melhores que no Brasil, sendo 22,4%, representantes da classe C1, 21,5%, da C2, 20,7%, da D e 19% da B2 (ABEP, 2007). Nos resultados do presente estudo observa-se que esta amostra é mais privilegiada, pois o maior número de pessoas está nas classes C2, C1, B2 e B1, aumentando a

quantidade de indivíduos nas classes mais altas e reduzindo drasticamente a das classes mais baixas, principalmente da classe D. Esta amostra é considerada pelos pesquisadores deste estudo como privilegiada por ser uma população que teve oportunidade de chegar ao ensino médio, principalmente, dentro da faixa etária adequada. Nas pesquisas brasileiras (IBGE, 2000; Brasil, 2008), sabe-se que é grande o número de adolescentes que abandonam os estudos por vários motivos como, por exemplo, para trabalhar e ajudar a família, por se envolver com drogas e/ou delitos, engravidar precocemente, entre outros.

Na Tabela 2, são apresentadas as médias gerais dos adolescentes em cada domínio do instrumento. Observa-se que os estudantes apresentaram melhor desempenho nos domínios “Capacidade Funcional” e “Aspecto Físico”. As médias mais baixas foram nos domínios “Vitalidade” e “Estado Geral de Saúde”. Estes resultados podem estar relacionados à grande habilidade física, potência e força que o adolescente vem adquirindo a partir da puberdade. Durante o início da puberdade estas características causam estranhamento, mas, no decorrer do tempo, durante a adolescência, os indivíduos passam a ter mais controle e melhor manejo de suas habilidades físicas recém-adquiridas (Maia, 2008). Por outro lado, são conhecidos os conflitos deste período do desenvolvimento (impulsividade, inconseqüência, entre outros), que podem ter influenciado diretamente nos aspectos com desempenho mais baixo apresentados neste estudo (Ximenes Neto, Marques e Rocha, 2008).

Tabela 2. Estatísticas Descritivas de cada domínio

Domínios	N	Média	Desvio Padrão
Capacidade Funcional	2419	85,04	15,38
Aspecto Físico	2415	84,23	27,77
Dor	2415	72,31	20,59
Est. Geral de Saúde	2420	70,04	18,43
Vitalidade	2402	67,46	16,54
Aspectos Sociais	2418	79,28	21,74
Aspecto Emocional	2411	77,38	32,95
Saúde Mental	2402	72,32	16,39

Em seus estudos, Jörngarden, Wettergen e Essen (2006) ao compararem os resultados do SF-36 com os de outro instrumento amplamente utilizado na Suécia, observaram similaridade quanto à completude dos dados, confiabilidade e validade. Os autores verificaram que, de maneira geral, as médias das respostas fornecidas pelos adolescentes suecos são similares às dos adolescentes americanos. Contudo, ambas foram mais altas das que as obtidas pelos adolescentes avaliados em São Paulo/Brasil. Esta comparação indica, pelos resultados dos questionários, que os adolescentes destes dois países têm melhor qualidade de vida que os de São Paulo. Estes resultados podem ser explicados pela diferença da condição de vida, recursos de saúde, educação, trabalho, moradia, etc., entre estes povos. Por outro lado, segundo os próprios autores, a pesquisa que realizaram mostrou que o método de administração do instrumento influencia a forma como as pessoas reagem e respondem. As pessoas tendem a avaliar sua saúde e bem-estar medidos pelo SF-36 de forma significativamente mais favorável em entrevistas por telefone, do que nos questionários distribuídos por e-mail. Remetem

isso ao anonimato, mais preservado via telefone do que via e-mail. No presente estudo, a avaliação foi pessoal e em sala de aula. Partindo da premissa do anonimato, o procedimento adotado pelo estudo paulistano pode ter levado a médias mais baixas.

A Tabela 3 mostra que os adolescentes paulistanos apresentaram média mais alta do que da população brasileira (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão e Quaresma, 1999) em todos os domínios, exceto “Aspectos Sociais”. Este resultado pode ser explicado pela diferença entre as duas amostras. A amostra representante da população brasileira foi composta por 50 indivíduos, sendo 43 mulheres e sete homens. A idade média foi de 49,42 anos e 18% da população era não-alfabetizada. A maioria de mulheres, que como demonstram outros estudos (Bird e Rieker, 1999; Jörngarden, Wettergen e Essen, 2006), tendem a apresentar médias mais baixas. A idade média foi de, aproximadamente, 50 anos e, conseqüentemente, também tendem a relatar menor qualidade de vida que os mais novos (Jörngarden, Wettergen e Essen, 2006). Este resultado se dá, provavelmente, em função do excesso de responsabilidades, problemas físicos e encargos com filhos e cônjuge, o que não se apresenta entre os adolescentes, principalmente os desta amostra, em que uma minoria trabalha, é casada e tem filhos. Por fim, 18% de analfabetos remete a uma classe socioeconômica baixa que também, segundo Couto (2001), é indício de qualidade de vida mais baixa do que nas classes mais favorecidas.

Tabela 3. Comparação da média geral dos adolescentes com a média da amostra brasileira (Ciconelli, et al., 1999)

Domínios	Amostra Brasileira	Adolescentes Paulistanos
Capacidade Funcional	66,50	85,04
Aspectos Físicos	59,50	84,23
Dor	63,96	72,31
Estado geral de saúde	68,22	70,04
Vitalidade	66,30	67,46
Aspectos sociais	87,00	79,28
Aspectos emocionais	66,66	77,38
Saúde mental	70,32	72,32

Na Tabela 4 serão apresentadas as médias de cada domínio do instrumento SF-36 por gênero. Observou-se que os rapazes apresentaram melhor desempenho em todos os domínios, com médias significativamente maiores.

Tabela 4. Estatísticas descritivas de cada Domínio do SF-36 por Gênero

Domínio		N	Média	Desvio padrão
Capacidade Funcional	Masculino	1116	87,41	14,94
	Feminino	1303	83,02	15,48
	Total	2419	85,04	15,38
Aspecto Físico	Masculino	1115	85,71	26,32
	Feminino	1300	82,96	28,91
	Total	2415	84,23	27,77
Dor	Masculino	1115	76,78	19,68
	Feminino	1300	68,47	20,59
	Total	2415	72,31	20,59
Estado Geral da Saúde	Masculino	1117	72,63	18,44
	Feminino	1303	67,81	18,14
	Total	2420	70,04	18,43
Vitalidade	Masculino	1109	71,24	16,02
	Feminino	1293	64,21	16,29
	Total	2402	67,46	16,54
Aspectos Sociais	Masculino	1115	83,56	19,68
	Feminino	1303	75,62	22,74
	Total	2418	79,28	21,74
Aspecto Emocional	Masculino	1113	82,89	29,38
	Feminino	1298	72,65	35,06
	Total	2411	77,38	32,95
Saúde Mental	Masculino	1109	76,59	15,20
	Feminino	1293	68,66	16,49
	Total	2402	72,32	16,39

As análises de variância em cada domínio indicaram diferenças estatisticamente significantes entre os gêneros, para os domínios: Capacidade Funcional ($F=50,02$; $p=0,000$); Aspecto Físico ($F=5,92$; $p=0,015$); Dor ($F=101,66$; $p=0,000$); Estado Geral de Saúde ($F=41,80$; $p=0,000$); Vitalidade ($F=112,74$; $p=0,000$); Aspectos Sociais ($F=82,84$; $p=0,000$); Aspecto Emocional ($F=59,35$; $p=0,000$); Saúde Mental ($F=148,38$; $p=0,000$).

Outros autores também identificaram relato de maior qualidade de vida para o sexo masculino, quando comparado ao feminino. Esta diferença pode ocorrer pelo fato das mulheres serem mais queixosas, mais questionadoras sobre sua saúde, serem mais acometidas por doenças passageiras e terem mais chance de sofrer de depressão (Bird e Rieker, 1999). Outro fator que pode contribuir para essa diferença é o fato da mulher conviver por mais tempo com situações estressantes, pois, enquanto o homem apresenta maiores níveis de stress durante o dia, reduzindo-os consideravelmente ao voltar para casa, a dupla jornada da mulher mantém, por mais tempo, o alto nível de stress (Bird e Rieker, 1999). Jörngarden, Wettergen e Essen (2006) acrescentam que o auto-relato da qualidade de vida tende a ser mais baixo entre as mulheres de qualquer idade, mas que esta frequência entre adolescentes pode estar ligada tanto ao amadurecimento mais rápido das meninas quanto ao maior número de exigências feitas a elas durante este período.

A Tabela 5 mostra as médias e desvios padrão por série e total em cada domínio. As análises de variância (ANOVA) para cada domínio indicaram diferenças entre as séries nos domínios Capacidade Funcional ($F=4,94$; $p=0,007$) e Vitalidade ($F=10,77$; $p<0,000$). Não foram identificadas diferenças significativas entre as séries nos demais domínios: Aspecto Físico ($F=10,11$; $p=0,329$); Dor ($F=2,10$; $p=0,122$); Estado Geral de Saúde ($F=0,94$; $p=0,388$); Aspectos Sociais ($F=0,43$; $p=0,958$); Aspecto Emocional ($F=2,66$; $p=0,70$); Saúde Mental ($F=1,02$; $p=0,358$). Pelo teste de Tukey identificou-se que, no domínio Capacidade Funcional, a 1ª série é diferente da 3ª série ($p=0,05$) e no domínio Vitalidade, a 1ª é diferente da 2ª ($p=0,044$) e da 3ª ($p=0,000$).

Tabela 5. Estatísticas Descritivas dos Domínios do SF-36 por Série

Domínio	Série	N	Média	Desvio padrão
Capacidade Funcional	1ª	835	83,89	15,69
	2ª	748	85,22	14,79
	3ª	798	86,24	14,97
	Total	2381	85,10	15,20
Aspecto Físico	1ª	832	83,29	29,51
	2ª	748	84,09	27,70
	3ª	798	85,33	26,08
	Total	2378	84,23	27,83
Dor	1ª	832	73,26	20,86
	2ª	748	72,58	20,14
	3ª	798	71,20	20,60
	Total	2378	72,35	20,56
Estado Geral de Saúde	1ª	836	69,83	19,11
	2ª	748	69,51	18,18
	3ª	798	70,75	17,94
	Total	2382	70,04	18,43
Vitalidade	1ª	828	69,31	16,49
	2ª	746	67,31	16,68
	3ª	790	65,51	16,22
	Total	2364	67,41	16,53
Aspectos Sociais	1ª	835	79,28	22,19
	2ª	748	79,21	21,40
	3ª	797	79,51	21,44
	Total	2380	79,33	21,69
Aspecto Emocional	1ª	829	77,00	32,75
	2ª	748	79,63	31,18
	3ª	797	75,86	34,26
	Total	2374	77,45	32,81
Saúde Mental	1ª	828	72,96	16,55
	2ª	746	71,96	16,55
	3ª	790	71,94	16,02
	Total	2364	72,30	16,38

Em relação à Classe Socioeconômica (CSE), analisando o domínio “Capacidade Funcional” identificou-se que existem diferenças pela ANOVA, ($F=8,405$; $p=0,000$). Com o teste de Tukey, verificou-se que os estudantes da classe A2 são diferentes dos representantes das classes D ($p=0,000$), C2 ($p=0,000$), B2 ($p=0,000$) e B1 ($p=0,016$). Os alunos da classe C2 são diferentes daqueles que integram as classes B1 e B2 ($p=0,003$ e $p=0,001$, respectivamente). No domínio Estado Geral de Saúde ($F=6,085$; $p=0,000$) verificou-se que os alunos da classe A2 são diferentes dos da classe E ($p=0,038$), D ($p=0,000$), C1 ($p=0,001$), C2 ($p=0,000$) e B2 ($p=0,000$). No domínio Aspectos Emocionais mostraram diferenças entre os adolescentes da classe D e os da classe C1 ($p=0,009$). No domínio Saúde Mental ($F=4,375$; $p=0,000$), foram encontradas diferenças entre os representantes da classe E das classes D ($p=0,025$), C2 ($p=0,020$), C1 ($p=0,05$), B2 ($p=0,003$), B1 ($p=0,002$), A2 ($p=0,001$) e A1 ($p=0,034$). Nos domínios Aspecto Físico ($F=2,417$; $p=0,18$), Dor ($F=1,552$; $p=0,145$), Vitalidade ($F=1,550$; $p=0,146$) e Aspectos Sociais ($F=2,055$; $p=0,45$), não foi encontrada diferença significativas entre as classes.

Na relação entre domínios e classe econômica, os integrantes da Classe E apresentaram médias mais baixas em seis das oito áreas avaliadas pelo instrumento (Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Aspectos Gerais de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental), obtendo maior média no aspecto Dor. Os representantes da Classe A2 obtiveram maior média em seis das oito áreas avaliadas (Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Aspectos Gerais de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental). As médias mais altas no domínio “Aspecto Emocional” foram dos alunos pertencentes à classe C1 e a mais baixa dos adolescentes (Barcellos, Sabrosa, Peiter e Rojas, 2002) apontam que, quanto mais baixa a classe socioeconômica, menor tende a ser a qualidade de vida da população, conforme foi identificado no presente estudo. Este resultado se dá por vários motivos: menor acesso ao sistema de saúde de qualidade, ao lazer, à educação, à assistência social, etc.

Segundo Maia (2008), a população adolescente é considerada a mais saudável por apresentar baixas taxas de mortalidade por morbidade ao comparar com todas as faixas etárias. Embora esta população sofra menos de doenças contagiosas, é, cada vez mais, vítima ou agente de problemas evitáveis, resultantes da própria personalidade, do estilo de vida e das condições sócio-econômicas em que vivem. No Brasil, esta realidade se impõe com números cada vez mais altos de mortalidade por causas externas (Waiselfisz, 2007). Além das perdas, do ponto de vista da saúde, observa-se hoje que os adolescentes vêm se caracterizando pelo alto risco a que estão expostos. O resultado do presente estudo fornece aos profissionais e autoridades subsídios para intervenções baseadas em informações sobre esse grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao avaliar a qualidade de vida de adolescentes brasileiros, especificamente em São Paulo, observa-se diferenças significativas entre as classes socioeconômicas que podem ser identificadas também pela localização geográfica de cada adolescente no município. Quanto maior o distanciamento do centro, mais baixa a classe social a que o jovem pertence e, conseqüentemente, menor a qualidade de vida, segundo a avaliação feita neste estudo. Essa realidade foi evidente apesar da amostra ser privilegiada em dois aspectos, quando comparada a população geral: classe socioeconômica e localização geográfica.

mica e grau de instrução relacionado à idade. Segundo a ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2007), a maior concentração de pessoas está nas classes D, C2 e C1. A amostra deste estudo continha maior número de adolescentes nas classes C2, C1, B2 e B1, aumentando a proporção de indivíduos nas classes mais altas, com significativa diminuição nas classes mais baixas, principalmente da classe D. No que tange à escolaridade, os adolescentes desta amostra têm entre 14 e 22 anos que, apesar das condições gerais de vida, continuam freqüentando a escola e estão no Ensino Médio com a idade prevista. Através de pesquisas no Brasil e na região sudeste (Boruchovitch, 1999; IBGE, 2003; Assis e Constantino, 2005; MEC, 2008), sabe-se que é grande o número de adolescentes que abandonam os estudos por vários motivos como, por exemplo, para trabalhar e ajudar a família; por se envolver com drogas e/ou delitos, engravidar precocemente, entre outros. Estes resultados sugerem a necessidade de mais pesquisas nesta área e podem contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas e privadas visando a melhoria da qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

- ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2007). Critério de classificação econômica no Brasil, Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf. Acesso em 24 de fevereiro de 2010.
- Assis, S.G. & Constantino, P. (2005). Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (1) 81-90.
- Barbosa, E.M.S.; Petribú, K.; Mariano, M.H.A., Ferreira, M.N.L. & Almeida, A. (2008). Qualidade de vida na depressão pós-parto na adolescência. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30 (1), 86-87.
- Barcellos, C.C.; Sabrosa, P.C.; Peiter, P. & Rojas, L.I. (2002). Organização espacial, saúde e qualidade de vida: Análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 11 (3), 129-138.
- Bird, C.E. & Rieker, P.P. (1999). Gender matters: An integrated model for understanding men's and women's. *Social Science and Medicine*, 48 (6), 745-755.
- Boruchovitch, E. (1999). Estratégias de aprendizagem e desempenho escolar: Considerações para a prática educacional. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12 (2), 361-376.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Declaração de óbito: Documento necessário e importante*. Recuperado em 17 de março de 2010 de: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_de_obito_final.pdf
- Brasil (2008). MEC (Ministério da Educação e Cultura). Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. *Reestruturação e Expansão do Ensino Médio no Brasil*. Brasília. Recuperado em 18 de maio de 2010 de: [HTTP://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/2009/gt_interministerialresumo2.pdf](http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/2009/gt_interministerialresumo2.pdf)
- Ciconelli, R.M. (1997). *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 de Doutorado. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I. & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira Reumatologia*, 39 (3), 143-150.
- Couto, M.T. (2001). Religiosidade, reprodução e saúde em famílias urbanas pobres. *Interface (Botucatu)*, 5 (8), 27-44.
- Frugoli JR., H. (2000). *Centralidade em São Paulo: Trajetórias, conflitos e negociações na metrópole*. São Paulo: Cortez; Editora da Universidade de São Paulo.
- Funari, P.P.A. (2001). Os desafios da destruição e conservação do patrimônio cultural no Brasil. *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, 41 (1/2), 23-32.
- García, M.; Rohlf, I.; Vila, J.; Sala J.; Pena, A.; Masiá, R.; Marrugat, J. & REGICOR Investigators. (2005). Comparison between telephone and self-administration of Short Form Health Survey Questionnaire (SF-36). *Gaceta Sanitaria* 19 (6), 433-439.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2000). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Departamento de População e Indicadores Sociais. *População Jovem no Brasil*. Rio de Janeiro.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2003). *Censo Demográfico 2000. Educação*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
- Jörngarden, A.; Wettergen, L. & Essen, L.V. (2006). Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. *Health and Quality of Life Outcomes*. Recuperado em 15 de dezembro de 2009 de: <http://www.hqlo.com/content/4/1/91>.
- Maia, A.C.S.B. (2008). *Saúde e adolescência: Hábitos e comportamentos dos adolescentes que freqüentam clínica privada no conselho do Barreiro*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- MEC – Ministério da Educação, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. (2008). *Reestruturação e Expansão do Ensino Médio no Brasil*. Brasília. Recuperado em 18 de maio de 2010 de: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/2009/gt_interministerialresumo2.pdf
- Minayo, M.C.S.; Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência Saúde Coletiva*, 5 (1), 7-18.
- Movimento nossa São Paulo. (2008). A cada assassinato em Moema, 130 são mortos no Grajaú. Notícia veiculada em 23/01/2008 - 14:22h. Recuperada em 06 de maio de 2010 de: <http://www.nossasaopaulo.org.br/portal/node/129>
- Pidala, J.; Anasetti, C. & Jim, H. (2009). Quality of life after allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Blood*, 114 (1), 7-19.
-

- Stevenson, D.A. & Carey, J.C. (2009). Health-related quality of life measures in genetic disorders: An outcome variable for consideration in clinical trials. *American Journal of Medical Genetic. Part C Seminars in Medical Genetics*, 151C (3), 255-60.
- Tomasi, E.; Barros, F.C. & Victora, C.G. (1996). Situação sócio-econômica e condições de vida: Comparação de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 12 (suppl 1), S15-S19.
- Vilagut, G.; Ferrer, M.; Rajmil, L.; Rebollo, P.; Permanyer-Miralda, G.; Quintana, J.M.; Santed, R.; Valderas, J.M.; Ribera, A.; Domingo-Salvany, A. & Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19 (2), 135-50
- Waiselfisz, J.J. (2007). *Relatório de Desenvolvimento Juvenil 2007*. Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana, RITLA; Instituto Sangari, Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT). Brasília:
- Ware, J.E. (2000). SF-36 Health Survey Update. *SPINE*, 25 (24), 3130–3139.
- Ximenes Neto, F.R.G.; Marques, M.S. & Rocha, J. (2008). Problemas vivenciados pelas adolescentes durante a gestação. *Enfermería Global*, 12 ,1-11. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/832/2891>. Acesso em 18 de maio de 2010.

Recebido em 30/11/10

Revisto em 31/03/11

Aceito em 10/04/11