

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM UNIVERSITÁRIOS

Candyce Mabelle Paiva Rafael¹; Isabela Raquel Costa de Souza²; Julia Garcia Oliveira³; Junio Valério da Silva Carneiro⁴; Lucas Rian Lana de Oliveira⁵; Dayzi Raquel Ferreira Paiva⁶; Roberta Assis Fonseca⁷; José Freire da Silva Neto⁸; Rafaela Alexandra Rei Mendes⁹; Millena Fonseca Sindra¹⁰

Candyce_mabelle@hotmail.com

Área Temática: Temas Livres em Saúde

RESUMO

Objetivou-se avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em estudantes do Centro Universitário Única (Ipatinga–MG), por meio do Medical Outcomes 12-Item Short-Form Health Survey (Versão 2) – SF-12v2, descrevendo saúde percebida, funcionamento físico, impacto funcional, dor e dimensões psicossociais nas últimas quatro semanas. Trata-se de estudo observacional, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado entre janeiro e fevereiro de 2026, via formulário online enviado por e-mail e grupos de WhatsApp, com participação voluntária e anônima. Participaram 194 universitários, com predominância de estudantes da modalidade EaD (91,2%) e de cursos da área da Saúde (64,4%). A autoavaliação de saúde geral foi majoritariamente positiva (94,8%), com baixa frequência de dificuldades em atividades moderadas (12,4%) e para subir vários lances de escada (19,6%). Apesar disso, observou-se impacto relevante no desempenho: 52,6% relataram realizar menos tarefas por motivos físicos (10,8% com ocorrência frequente) e 54,6% por motivos emocionais (12,9% frequente). A dor interferiu no trabalho/rotina em 43,8% (27,3% moderada a extrema), e houve subgrupos com baixa energia (22,2%), desânimo persistente (12,4%) e interferência nas atividades sociais (56,7%, sendo 19,1% em nível alto). Conclui-se que, mesmo com percepção global favorável, há comprometimentos funcionais e psicossociais relevantes em parcela expressiva dos estudantes, indicando a necessidade de ações institucionais de monitoramento e apoio direcionadas a dor, energia/humor e impactos no desempenho acadêmico e social, especialmente no contexto da EaD..

Palavras-chave: SF-12v2; limitação funcional; papel emocional; interferência por dor; educação a distância.

1 INTRODUÇÃO

Qualidade de vida é um construto amplo e multidimensional, usado para compreender a vida em diferentes dimensões (física, psicológica e social), considerando também o contexto em que as pessoas vivem e seus objetivos e expectativas (WHO, 1997; Vitucci et al., 2026). Nesse campo, a qualidade de vida relacionada à saúde tem sido tratada como um recorte aplicado, voltado a captar repercussões do estado de saúde e do funcionamento físico e mental no cotidiano (Marufi et al., 2024).

O período universitário é frequentemente descrito como uma fase de maior vulnerabilidade, marcada por transições, incertezas e mudanças nas rotinas, com potencial impacto no bem-estar físico e mental e, conseqüentemente, na qualidade de vida (Wagner et al., 2025). Esse momento é

associado a demandas acadêmicas, reorganização de redes de suporte e mudanças de hábitos, elementos que podem repercutir de forma integrada no funcionamento e na saúde percebida (Vitucci et al., 2026).

Variáveis relacionadas à saúde mental se associam a sintomas de depressão e ansiedade como associados negativamente à qualidade de vida (Marufi et al., 2024). o impacto sobre qualidade de vida pode variar entre dimensões físicas e mentais e que grupos específicos podem apresentar maior comprometimento (Wagner et al., 2025).

Entre os fatores comportamentais frequentemente analisados, a atividade física aparece como um componente relevante, mas com resultados que nem sempre são lineares, sobretudo na dimensão mental. associações positivas com melhores indicadores físicos de qualidade de vida têm sido relatadas, enquanto os desfechos mentais podem depender de elementos como estresse acadêmico e suporte social, sugerindo a importância de uma leitura multidimensional da saúde do estudante (Tao et al., 2025).

Além do interesse epidemiológico, a qualidade de vida tem sido tratada como variável com implicações acadêmica, em que mudanças na dimensão mental da qualidade de vida se relacionam com intenções de evasão, e que políticas de promoção da saúde no ensino superior podem contribuir tanto para necessidades individuais quanto para a permanência acadêmica (Baalman, 2024).

Para mensurar qualidade de vida em estudos populacionais, instrumentos genéricos são utilizados por permitirem comparabilidade entre grupos e contextos. O Short Form-12 (SF-12) foi construído a partir do SF-36 para reproduzir, com menor número de itens, os componentes sumários físico e mental (PCS e MCS), mantendo evidências de validade e confiabilidade reportadas no estudo original (Ware Jr. et al., 1996; Wagner et al., 2025). A versão SF-12 também é descrita como medida de QVRS com oito domínios que se organizam em componentes físicos e mentais, sustentando seu uso em pesquisas com jovens adultos (Vitucci et al., 2026).

Em termos psicométricos, estudos de confiabilidade e validade do SF-12v2 relatam consistência interna elevada ($\alpha > 0,80$) e níveis de teste–reteste distintos entre os componentes físico e mental, sustentando a aplicação do instrumento em pesquisas baseadas em autorrelato (Cheak-Zamora et al., 2009).

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo descrever à saúde em universitários do Centro Universitário Única (Ipatinga–MG), utilizando o SF-12v2 como medida de autorrelato, com ênfase na apresentação das dimensões de saúde percebida, funcionamento

físico, impacto funcional (papel físico e emocional), dor e aspectos psicossociais, de modo a subsidiar leitura objetiva do perfil de QVRS no contexto do ensino superior.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com universitários do Centro Universitário Única (Ipatinga–MG). A coleta ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2026, por meio de formulário online enviado aos estudantes por e-mail e por grupos de WhatsApp. A participação foi voluntária, com registro eletrônico de consentimento, e a coleta foi conduzida de forma anônima, sem identificação dos participantes, em conformidade com as normas institucionais e com a regulamentação ética vigente, com referência às Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016. As análises foram realizadas considerando o total de respostas válidas por item; a amostra analisada foi composta por 194 universitários.

O instrumento de coleta consistiu em um questionário eletrônico estruturado em dois blocos: (i) bloco introdutório para caracterização do perfil dos respondentes (modalidade, área do curso, período/semestre e faixa etária), utilizado exclusivamente para descrição da amostra; e (ii) Medical Outcomes 12-Item Short-Form Health Survey – SF-12v2, composto por 12 itens que avaliam aspectos da qualidade de vida relacionada à saúde, com referência às últimas quatro semanas.

Para fins de análise, as respostas do SF-12v2 foram tratadas por estatística descritiva, com apresentação em frequências absolutas (n) e relativas (%), mantendo-se a distribuição por categorias de resposta e, adicionalmente, a construção de indicadores agrupados para melhor interpretação. A autoavaliação de saúde geral foi agrupada em saúde geral positiva (boa/muito boa/excelente) e saúde geral negativa (ruim/muito ruim). As limitações de funcionamento físico foram sintetizadas como presença de dificuldade (qualquer grau) em “atividades moderadas” e “subir vários lances de escada”.

Nos itens de papel físico e papel emocional (impacto no trabalho e nas atividades usuais), as respostas em escala temporal foram agrupadas em três faixas: (a) “nenhuma parte do tempo”; (b) “alguma/pequena parte do tempo” (junção de “uma pequena parte” + “alguma parte”); e (c) “todo/a maior parte do tempo” (junção de “a maior parte” + “todo o tempo”), permitindo a análise dos quatro itens de impacto funcional.

De forma semelhante, para dor, bem-estar/vitalidade/humor e interferência social, foram definidos agrupamentos interpretativos em três níveis (mais favorável, intermediário e menos favorável/maior impacto), conforme: dor (nenhuma / um pouco / moderada a extrema),

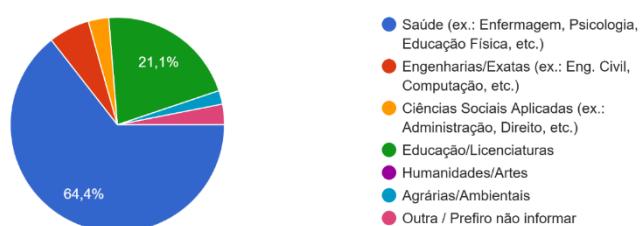
calma/tranquilidade e energia (todo/maior parte / alguma parte / pequena ou nenhuma parte do tempo), desânimo/abatimento (pequena ou nenhuma / alguma / todo ou maior parte do tempo) e interferência social (nenhuma / alguma ou pequena / todo ou maior parte do tempo).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 194 universitários. Predominaram estudantes da modalidade EaD (177; 91,2%), seguidos de híbrido/semipresencial (13; 6,7%) e presencial (4; 2,1%). Quanto à área do curso, observou-se maior participação de estudantes da área de Saúde (125; 64,4%), seguida de Educação/Licenciaturas (41; 21,1%); as demais áreas incluíram Engenharias/Exatas (12; 6,2%), Ciências Sociais Aplicadas (6; 3,1%), Agrárias/Ambientais (4; 2,1%) e outra/prefiro não informar (6; 3,1%).

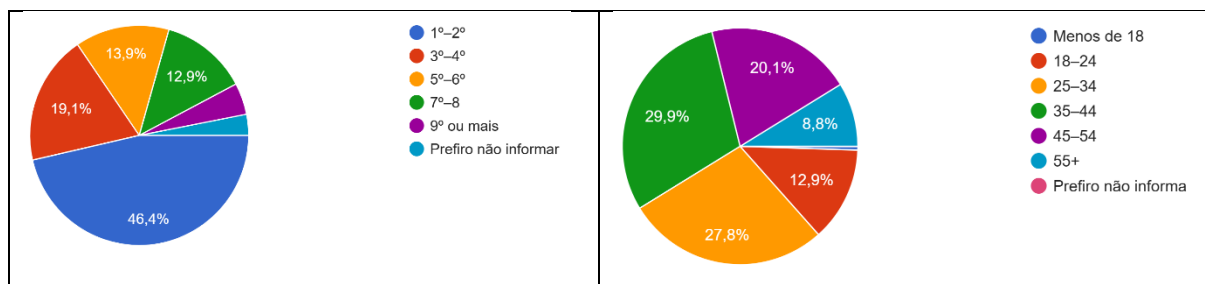
Figura 1: Área do curso



Fonte: Autores (2026).

Em relação ao período do curso, a maior proporção concentrou-se no 1º–2º semestre (90; 46,4%), seguida de 3º–4º (37; 19,1%), 5º–6º (27; 13,9%) e 7º–8º (25; 12,9%); estudantes no 9º ou mais representaram 9 (4,6%), e 6 (3,1%) preferiram não informar. A distribuição etária foi predominantemente adulta, com maior frequência nas faixas 35–44 (58; 29,9%), 25–34 (54; 27,8%) e 45–54 (39; 20,1%). As faixas 18–24 e 55+ corresponderam, respectivamente, a 25 (12,9%) e 17 (8,8%); houve 1 (0,5%) resposta na categoria menos de 18.

Figura 2: Semestre e idade dos respondentes.

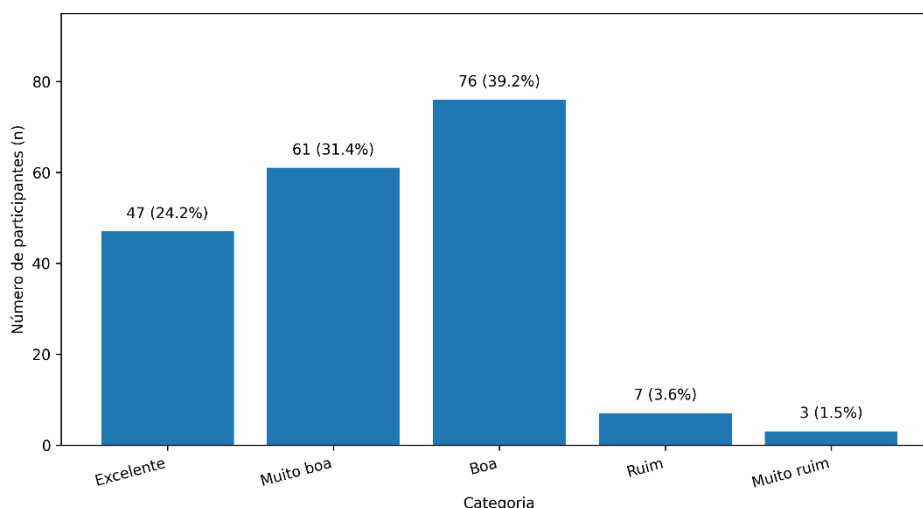


Fonte: Autores (2026).

3.2 RESULTADOS DO SF-12V2: SAÚDE PERCEBIDA E FUNCIONAMENTO FÍSICO

A autoavaliação de saúde geral indicou predomínio de percepções positivas. A maioria dos participantes classificou sua saúde como boa (76; 39,2%) ou muito boa (61; 31,4%), seguida de excelente (47; 24,2%). As respostas ruim (7; 3,6%) e muito ruim (3; 1,5%) representaram parcela reduzida da amostra (10; 5,2%).

Figura 3: Autoavaliação de saúde geral (SF-12v2) (n=194)



Fonte: Autores (2026).

De forma geral, observou-se saúde geral positiva (boa/muito boa/excelente) em 184 (94,8%) participantes e saúde geral negativa (ruim/muito ruim) em 10 (5,2%).

Tabela 1: Síntese dos indicadores de saúde percebida e funcionamento físico (SF-12v2) (n=194)

Indicador	n (%)
Saúde geral positiva (boa/muito boa/excelente)	184 (94,8%)
Saúde geral negativa (ruim/muito ruim)	10 (5,2%)
Dificuldade em atividades moderadas (qualquer grau)	24 (12,4%)
Dificuldade para subir vários lances de escada (qualquer grau)	38 (19,6%)

Fonte: Autores (2026).

Quanto ao funcionamento físico, a maioria relatou ausência de dificuldade para realizar atividades moderadas do cotidiano (170; 87,6%). Entretanto, 24 (12,4%) participantes referiram algum grau de dificuldade, sendo 17 (8,8%) com dificuldade leve e 7 (3,6%) com dificuldade intensa. Para o item subir vários lances de escada, 156 (80,4%) informaram não apresentar dificuldade, enquanto 38 (19,6%) relataram dificuldade em algum nível (34; 17,5% leve e 4; 2,1% intensa).

Tabela 2: Funcionamento físico: dificuldade em atividades (SF-12v2) (n=194)

Item	Não. Não dificulta de modo algum	Sim. Dificulta um pouco	Sim. Dificulta muito
Atividades moderadas	170 (87,6%)	17 (8,8%)	7 (3,6%)
Subir vários lances de escada	156 (80,4%)	34 (17,5%)	4 (2,1%)

Fonte: Autores (2026).

Do ponto de vista interpretativo, estes resultados mostram um cenário de saúde percebida globalmente favorável, porém com um contingente não desprezível de estudantes que já relata dificuldade em tarefas simples e frequentes (atividades moderadas e subir escadas). Isso é importante porque, mesmo quando a percepção global de saúde é “boa/muito boa”, pequenas limitações funcionais podem se acumular e aparecer com mais força nos desfechos de papel físico, dor e vitalidade, que tendem a capturar melhor o impacto da saúde no dia a dia nas últimas semanas.

Assim, em conjunto, esse resultados descrevem um perfil de saúde percebida globalmente favorável e baixa frequência de limitações físicas nas duas tarefas avaliadas, compondo a base para a leitura dos desfechos de impacto funcional e das dimensões psicossociais apresentados nas seções subsequentes.

3.3 RESULTADOS DO SF-12V2: IMPACTO FUNCIONAL, DOR E DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS.

Esta seção apresenta os resultados do SF-12v2 relativos ao impacto no desempenho (papel físico e papel emocional), dor, bem-estar/vitalidade/humor e interferência social, todos referidos às últimas 4 semanas.

3.3.1 Impacto no trabalho e nas atividades usuais: papel físico e papel emocional

Observou-se impacto relevante do estado de saúde no desempenho cotidiano. Em relação ao papel físico, 102 (52,6%) participantes relataram ter realizado menos tarefas do que gostariam em algum momento (“alguma” ou “pequena” parte do tempo, ou mais), e 21 (10,8%) relataram essa limitação de forma mais frequente (“todo” ou “a maior parte do tempo”). Para o item “esteve limitado no tipo de trabalho ou outras atividades”, 84 (43,3%) reportaram alguma limitação, incluindo 13 (6,7%) com ocorrência frequente.

Tabela 3: Papel físico e papel emocional – indicadores agrupados (SF-12v2) (n=194)

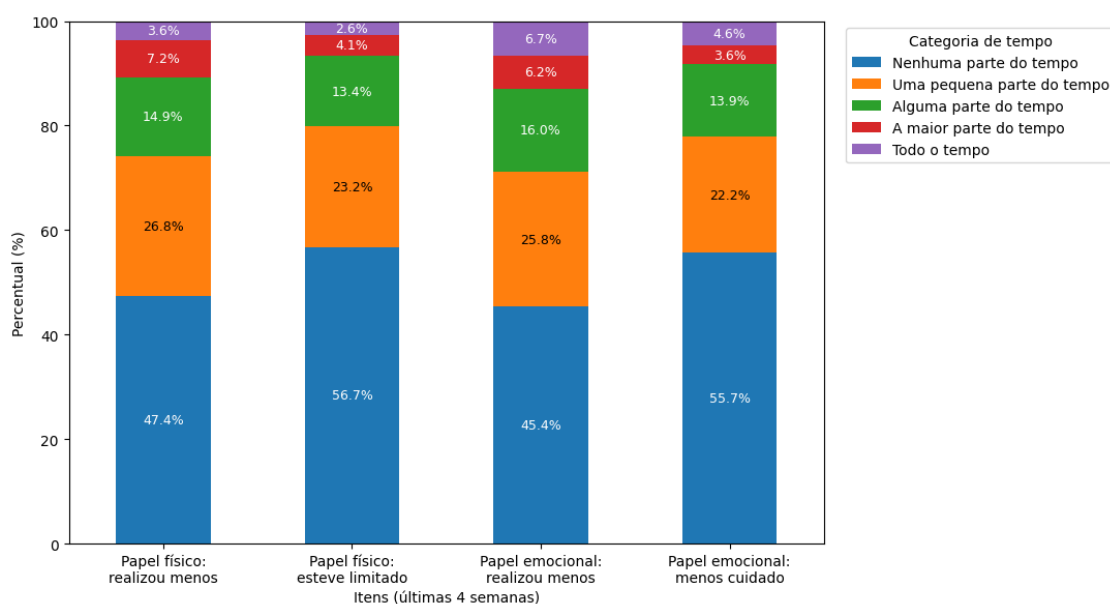
Item	Nenhuma parte do tempo	Alguma/pequena parte do tempo	Todo/a maior parte do tempo
Papel físico: realizou menos tarefas do que gostaria	92 (47,4%)	81 (41,8%)	21 (10,8%)
Papel físico: esteve limitado no tipo de trabalho/atividades	110 (56,7%)	71 (36,6%)	13 (6,7%)
Papel emocional: realizou menos do que gostaria	88 (45,4%)	81 (41,8%)	25 (12,9%)
Papel emocional: não trabalhou com tanto cuidado quanto de costume	108 (55,7%)	70 (36,1%)	16 (8,2%)

Fonte: Autores (2026).

No papel emocional, o padrão foi semelhante e, em alguns indicadores, ligeiramente mais pronunciado. 106 (54,6%) afirmaram ter realizado menos do que gostariam por problemas emocionais em algum momento, e 25 (12,9%) relataram ocorrência frequente. Além disso, 86 (44,3%) indicaram ter trabalhado com menos cuidado do que de costume em algum grau, com 16 (8,2%) relatando frequência elevada.

Esses resultados ajudam a explicar por que a saúde “boa/muito boa” (seção 3.2) não significa, necessariamente, ausência de impacto na rotina, pois aqui, o instrumento capta efeitos práticos no cumprimento de tarefas e na qualidade do desempenho. O resultado mais importante não é apenas haver “alguma” limitação (que pode ocorrer pontualmente), mas a existência de um grupo que refere impacto em frequência elevada nas últimas 4 semanas, indicando maior risco de prejuízo acadêmico e ocupacional (redução de produtividade, pior execução de atividades e maior probabilidade de atrasos/ausências)

Figura 4: Distribuição percentual (100%) das categorias de tempo nos itens de papel físico e papel emocional.



Fonte: Autores (2026).

Como implicação prática, os indicadores de papel físico e emocional apontam para a importância de ações institucionais com foco em funcionalidade e desempenho, em que medidas simples de acompanhamento (triagens periódicas, ações de orientação e encaminhamento quando necessário) e estratégias acadêmicas de suporte (ajustes pontuais de prazos, organização de rotinas de estudo, apoio psicopedagógico e intervenções preventivas) tendem a ser mais aderentes quando direcionadas ao grupo que relata impacto em maior frequência, sem tratar a amostra como homogênea.

3.3.2 Dor, bem-estar e vitalidade

A dor foi um componente importante do perfil de saúde. Embora 109 (56,2%) tenham indicado que a dor não interferiu no trabalho/rotina, 85 (43,8%) relataram algum grau de interferência. Destaca-se que 53 (27,3%) classificaram a interferência como moderada a extrema, indicando um nível de comprometimento com potencial impacto funcional mais consistente.

Nos itens de bem-estar e vitalidade, houve predomínio de respostas favoráveis para “sentir-se calmo/tranquilo”, mas com presença de subgrupos com pior percepção. 129 (66,5%) relataram sentir-se calmos/tranquilos “todo” ou “a maior parte do tempo”, enquanto 29 (14,9%) concentraram-se nas categorias menos favoráveis (“uma pequena parte” ou “nenhuma parte do tempo”). Para energia, o perfil foi menos positivo: 100 (51,5%) relataram “todo”/“a maior parte do tempo”, porém 43 (22,2%) indicaram baixa energia (“pequena”/“nenhuma parte do tempo”). Quanto ao humor (desânimo/abatimento), 24 (12,4%) relataram sentir-se desanimados “todo” ou

“a maior parte do tempo”, sinalizando um núcleo com sofrimento emocional mais persistente no período analisado.

Tabela 4: Dor e dimensões psicossociais – indicadores agrupados (SF-12v2) (n=194)

Indicador	Categoria mais favorável	Intermediária	Menos favorável / maior impacto
Dor interferiu no trabalho/rotina	109 (56,2%) “nenhuma”	32 (16,5%) “um pouco”	53 (27,3%) “moderada a extrema”
Sentiu-se calmo/tranquilo	129 (66,5%) “todo/maior parte”	36 (18,6%) “alguma parte”	29 (14,9%) “pequena/nenhuma”
Sentiu-se com muita energia	100 (51,5%) “todo/maior parte”	51 (26,3%) “alguma parte”	43 (22,2%) “pequena/nenhuma”
Sentiu-se desanimado/abatido	137 (70,6%) “pequena/nenhuma”	33 (17,0%) “alguma parte”	24 (12,4%) “todo/maior parte”
Interferência nas atividades sociais	84 (43,3%) “nenhuma”	73 (37,6%) “alguma/pequena”	37 (19,1%) “todo/maior parte”

Fonte: Autores (2026).

Na discussão, dois pontos se destacam, primeiro, a dor aparece como um fator com peso prático, em que quase metade relata alguma interferência e mais de um quarto aponta interferência moderada a extrema. Na rotina do estudante, isso tende a se refletir em dificuldade de manter constância (estudo, trabalho, tarefas domésticas), piora de desempenho e menor tolerância a jornadas prolongadas, principalmente quando associado a baixa energia. Segundo, a vitalidade é a dimensão menos favorável do conjunto, com 22,2% indicando baixa energia em grande parte do tempo; esse resultado é coerente com o padrão observado nos itens de papel físico e emocional, pois fadiga sustentada costuma se traduzir em menor capacidade de execução e menor qualidade do desempenho.

Assim, esses resultados reforçam a pertinência de ações objetivas voltadas a dor e fadiga (orientações posturais e ergonômicas, incentivo a pausas e autocuidado, estratégias de manejo do tempo e organização de rotinas) e, quando identificado sofrimento mais persistente (grupo com desânimo frequente), oferta de suporte institucional estruturado, com comunicação clara de canais de acolhimento e encaminhamento.

3.3.3 Interferência nas atividades sociais

A interferência nas atividades sociais por motivos de saúde física ou emocional também foi expressiva. 110 (56,7%) relataram alguma interferência (“alguma”/“pequena” parte do tempo, ou mais), e 37 (19,1%) indicaram interferência em nível alto (“todo”/“a maior parte do tempo”).

Esse resultado é importante porque a dimensão social funciona como um “termômetro” do quanto sintomas físicos e emocionais extrapolam o indivíduo e atingem relações e suporte

cotidiano. Quando mais da metade relata algum grau de interferência e quase um quinto refere impacto alto, há sinal de risco para isolamento, menor apoio social percebido e pior adaptação à rotina acadêmica. Considerando o predomínio EaD na amostra, esse ponto merece atenção, pois estratégias de integração (ações de pertencimento, comunicação ativa e espaços de interação acadêmica) tendem a ser mais efetivas quando vinculadas a suporte real e acessível, e não apenas a iniciativas pontuais.

4 CONCLUSÃO

A amostra analisada (n=194) foi composta majoritariamente por estudantes da modalidade EaD (91,2%), com maior participação de cursos da área da Saúde (64,4%) e perfil etário predominantemente adulto. Nos indicadores do SF-12v2, a saúde geral percebida foi predominantemente positiva (94,8%), e as limitações físicas avaliadas mostraram baixa frequência, com 12,4% relatando algum grau de dificuldade para atividades moderadas e 19,6% para subir vários lances de escada. Esses resultados sugerem preservação do funcionamento físico para tarefas cotidianas na maior parte da amostra, com um subgrupo que merece atenção por já apresentar sinais de limitação funcional.

Entretanto, ao observar o impacto funcional nas últimas quatro semanas, identificou-se um contingente expressivo de estudantes com redução de desempenho no trabalho e nas atividades usuais, tanto por fatores físicos quanto emocionais, em que 52,6% relataram ter realizado menos tarefas do que gostariam por motivos físicos em algum momento (10,8% com ocorrência frequente) e 54,6% por motivos emocionais (12,9% com ocorrência frequente), além de limitações no tipo de trabalho/atividades e queda de cuidado/atenção durante as tarefas. Esses resultados indicam que a percepção global favorável de saúde não elimina perdas de produtividade e funcionalidade, apontando para a importância de estratégias institucionais de apoio ao estudante que considerem simultaneamente dimensões físicas e emocionais.

A dor e os indicadores de energia/humor reforçam essa tendência, no qual 43,8% relataram interferência da dor no trabalho/rotina, sendo 27,3% com interferência moderada a extrema; além disso, 22,2% indicaram baixa energia e 12,4% relataram desânimo/abatimento de forma persistente no período analisado. Isso pode implicar em risco aumentado de piora do rendimento acadêmico e do bem-estar para subgrupos específicos, demandando ações de promoção de saúde com foco em manejo de dor, recuperação/descanso e suporte psicossocial.

A interferência nas atividades sociais também foi expressiva, percebendo-se que 56,7% relataram algum grau de interferência e 19,1% indicaram interferência em nível alto. Esse

resultado sugere que o impacto do estado de saúde ultrapassa o âmbito individual e alcança a participação social, aspecto crítico para a permanência, o engajamento e a experiência universitária, sobretudo em contextos com predominância de EaD.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Centro Universitário Única de Ipatinga pelo incentivo à pesquisa e pelo apoio institucional, mediante a disponibilização de bolsas de iniciação científica, que viabilizaram o desenvolvimento deste estudo.

REFERÊNCIAS

BAALMANN, Tim. Health-related quality of life, success probability and students' dropout intentions: evidence from a German longitudinal study. **Research in Higher Education**, v. 65, p. 153–180, 2024. DOI: 10.1007/s11162-023-09738-7.

CHEAK-ZAMORA, Nancy C.; WYRWICH, Kathleen W.; McBRIDE, Timothy D. Reliability and validity of the SF-12v2 in the Medical Expenditure Panel Survey. **Quality of Life Research**, v. 18, n. 6, p. 727–735, 2009. DOI: 10.1007/s11136-009-9483-1.

MARUFI, Nilufar; MALEKZADEH, Roghayeh; NADERI, Fatemeh; GARMABI, Maryam; SHARIFNEZHAD, Ahmad; DARRUDI, Fatemeh; ANDISHMAND, Zahra; GHOLAMI, Ali. Association of depression and anxiety with health-related quality of life in beginning medical sciences student. **Scientific Reports**, v. 14, art. 24515, 2024. DOI: 10.1038/s41598-024-76503-w.

TAO, Xiaoyu; WU, Xuelan; FU, Jia; XIAO, Ying; ZHONG, Tian. Associations between physical activity and health-related quality of life among university students in Zhuhai, China. **Scientific Reports**, v. 15, art. 31319, 2025. DOI: 10.1038/s41598-025-15822-y.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00112-K.

VITUCCI, Daniela; DEI, Sara; GHIRELLI, Rosa; TURI, Agnese; MARTONE, Domenico; ALFIERI, Andreina; ORRÙ, Stefania; MANCINI, Annamaria; BUONO, Pasqualina. Association between physical activity level, quality of life determinants, internet use, and orthorexia among sport science students living in Naples: an observational study. **Healthcare (Basel)**, v. 14, n. 3, art. 369, 2026. DOI: 10.3390/healthcare14030369.

WAGNER, Karoline; REINHARDT, Zoë; NEGASH, Sarah; WEBER, Lena; WIENKE, Andreas; MIKOLAJCZYK, Rafael; FÜHRER, Amand. University students' health-related quality of life and its determinants: results from a cross-sectional survey during the COVID-19 pandemic. **PLOS ONE**, v. 20, n. 1, e0310378, 2025. DOI: 10.1371/journal.pone.0310378.

WARE JR., John E.; KOSINSKI, Mark; KELLER, Susan D. A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. **Medical Care**, v. 34, n. 3, p. 220–233, 1996. DOI: 10.1097/00005650-199603000-00003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHOQOL: **Measuring quality of life**. Disponível em: <https://www.who.int/tools/whoqol>. Acesso em: 28 fev. 2026.