

AVENTURA SOCIAL & SAÚDE

Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes

Projecto Europeu Kidscreen – Relatório Português



Margarida Gaspar de Matos

Tania Gaspar

Mafalda Ferreira

Filipa Linhares

Celeste Simões

José Alves Diniz

José Luís Pais Ribeiro

Isabel Leal

& Equipa do Aventura Social

**Faculdade de Motricidade Humana/UTL
Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL
Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA
Health Behaviour in School-aged Children / Organização Mundial de Saúde
Fundação para a Ciência e a Tecnologia/Ministério da Ciência e do Ensino Superior**

Equipa do projecto Aventura Social & Saúde em 2006

Coordenação da Equipa

Coordenador Geral – Margarida Gaspar de Matos
Co-Cordenador Geral – Celeste Simões
Co-Cordenador na FMH/UTL – José Alves Diniz
Coordenador FCT/SNR – Celeste Simões
Coordenador Leonardo/CE – Paula Lebre
Co-Coordenador KIDSCREEN/CE – Tânia Gaspar
Co-Coordenador HBSC/OMS – Inês Camacho/Gina Tomé
Co-Coordenador DriveClean/CE – Andreia Sousa

Equipa (por ordem alfabética)

António Borges
Aristides Ferreira
Filipa Linhares
Inês Simões
Luís Miguel Valente
Mafalda Ferreira
Marlene Silva
Sónia Gonçalves
Sónia Pereira

Conselho Consultivo Nacional

Álvaro Carvalho (HSF/Xavier)
António Paula Brito (FMH/UTL)
Ana Tomás (U Minho; IEC)
Anabela Pereira (U Aveiro; Dep Psi)
Américo Baptista (U Lusofona; Dep Psi)
António Palmeira (U Lusófona; Dep EFD)
Carlos Ferreira (FMH/UTL)
César Mexia de Almeida (U Lisboa- Med Dentária)
Daniel Sampaio (ULisboa – Fac Med)
Henrique Barros (U Porto- Fac Med; CNLCSida)
Isabel Leal (ISPA)
Isabel Soares (UMinho; IEP)
Joaquim Machado Caetano (FCM/UNL)

João Goulão (IDT)
Jorge Mota (UPorto, FCDEF)
Jorge Negreiros de Carvalho (UPorto- Fac Psi)
José Luís Pais Ribeiro (UPorto- FPCE)
Luísa Barros (U Lisboa- Fac Psi)
Luís Calmeiro (Uni Florida)
Luís Gamito (HJM)
Luís Sardinha (FMH/UTL e IDP)
Maria Paula Santos (UPorto, FCDEF)
Pedro Teixeira (FMH/UTL)
Paulo Vitória (CNT)
Virgílio do Rosário(CMDT/IHMT/UNL)
Vítor da Fonseca (FMH/UTL)

Conselho Consultivo Internacional

André Masson (Belgica)
Candace Currie (Escócia)
Daniela Sacchi (Italia)
Diana Battistutta (Austrália)
Edwiges Mattos (Brasil)
Eliane Falcone (Brasil)
Fredérique Petit (França)
James Sallis (EUA)
Jean Cottraux (França)

Joan Batista-Foguet (Espanha)
Lina Kostarova Unkosvka (Macedónia)
Mari Carmen Moreno (Espanha)
Martine Bouvard (França)
Ramon Mendoza (Espanha)
Susan Spence (Austrália)
Viviane Nahama (França)
Wolfgang Heckmann (Alemanha)
Zilda de Prette (Brasil)

Apoio logístico

Bruno Moreira
Filipa Soares
Pedro Simões

Webpage e Multimédia

EPRM Lda
Ana Almeida (design e imagem)
João Costa (som)
João Anastácio

Co-Financiaram este projecto:

- Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA
- Fundação para a Ciência e a Tecnologia / SFRH/BD/22908/2005

Outros apoios:

- IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência
- GlaxoSmithKline
- Caixa Geral Depósitos

Parcerias:

- Faculdade de Motricidade Humana/UTL
- CMDT/IHMT/UNL
- DGIDC/ME

Responsável pelo projecto:

Prof.^a Dr.^a Margarida Gaspar de Matos (FMH/ UTL)

ÍNDICE

Agradecimentos.....	5
Nota Introdutória.....	8
Introdução.....	10
Metodologia.....	15
Instrumento.....	15
Procedimento.....	18
Amostra.....	19
Apresentação dos resultados.....	24
Discussão e implicações práticas.....	44
Referências.....	46

Um Agradecimento Especial:

A todas as escolas nacionais que participaram na recolha de dados e respectivos alunos e professores:

Escolas da região Norte

Escola Básica do 2º e 3º ciclos de Escariz
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Sá Couto
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de S. João da Madeira
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Amares
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Manhente
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Frei Caetano Brandão
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Real
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Tadim
Conservatório de Música de Calouste Gulbenkian –
Braga (EB2,3/ES)
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Candarela
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Mota-Ferrença
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos com Ensino
Secundário de Celorico de Basto
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de João Meira
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos São João da Ponte
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Prof. Gonçalo
Sampaio
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos do Prado
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico
Abade de Baçal
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Paulo Quintela
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Ancede
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Airães
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Lagares
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Vila
Cova da Lixa
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Rio
Tinto
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico
Valbom

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico
Marco de Canaveses
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Leça do Bailio
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico
Padrão da Légua
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de
Boa Nova – Leça da Palmeira
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico
Augusto Gomes
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Sobreira
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico
Baltar
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Pinheiro
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Paço de Sousa
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico
Rocha Peixoto
Escola Básica integrada de Aves
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico
Oliveira do Douro
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Santa Marinha
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Escultor António
Fernandes de Sá
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Arcos de Valdevez
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Boticas
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Dr.
Júlio Martins
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico S.
Pedro
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Lamego
Escola Básica do 2º ciclo Moimenta da Beira

Escolas da Região Centro

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Aguada de Cima
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Dr.
Jaime Magalhães Lima
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de
Estarreja
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Cidade de Castelo
Branco
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico do
Fundão

Escola Básica integrada do Centro de Portugal
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de S. Silvestre
Escola Secundária de D. Duarte
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Dr. Pedrosa Veríssimo
– Paião
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos com Ensino
Secundário do Dr. Daniel de Matos
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos com Ensino
Secundário de Vilar Formoso

Escola Básica do 2º ciclo de Figueira de Castelo Rodrigo
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Guilherme Stephen
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Prof. Alberto Nery Capucho
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Mira de Aire

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Stª Comba Dão
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Frei Rosa Viterbo
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Prof. Dr. Carlos Mota Pinto
Escola Básica integrada de Campia

Escolas da Região de Lisboa e Vale do Tejo

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Merceana
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Alapraia
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Manuel da Maia
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Luís António Verney
Escola Básica do 2º ciclo do Padre Bartolomeu de Gusmão
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico do Restelo
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Camarate
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos General Humberto Delgado
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico José Cardoso Pires – Stº Antº Cavaleiros
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos □nte Sttau Monteiro – Loures
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos da Venda do Pinheiro
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Luís de Freitas Branco
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico da Qt. Do Marquês
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Miraflores
Escola Básica Integrada Rainha D. Leonor de Lencastre – São Marcos de Sintra
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos do Padre António Alberto Neto

Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Gama Barros
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico do Padre Alberto Neto
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Stuart Carvalhais
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Ferreira Dias
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de S. Gonçalo
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Dr. Vasco Moniz
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Sophia de Mello Breyner Andresen – Brandoa
Escola Secundária com 3º ciclo do ensino básico de Fernando Namora
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de D. Miguel de Almeida
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Febo Moniz
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos com Ensino Secundário de Luís de Camões
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos com Ensino Secundário de Sardeal
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Gualdim Pais
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos da Alembrança
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Anselmo Andrade
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico João de Barros

Escolas da Região do Alentejo

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Stª Maria
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos com Ensino Secundário de José Gomes Ferreira
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos com Ensino Secundário de Cunha Rivara
Escola Básica integrada de Mourão

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Garcia da Orta
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Ponte de Sôr
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico António Inácio Cruz

Escolas da Região do Algarve

Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Aljezur
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Dr. José de Jesus
Neves Júnior
Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico Drª
Laura Ayres

Escola Básica integrada de Salir
Escola Básica dos 2º e 3º ciclos com Ensino
Secundário Dr. João Lúcio



Nota Introdutória

Como é que as crianças e os jovens Portugueses avaliam a sua qualidade de vida relacionada com a saúde? Há diferenças entre rapazes e raparigas? E entre as crianças e os adolescentes? E os seus pais, como percebem a qualidade de vida dos seus filhos? Há concordância entre estas perspectivas? Como se situam as crianças e os jovens Portugueses face aos seus pares dos países europeus - há diferenças no modo como se auto-avaliam?

Numa perspectiva de saúde pública e tendo por base uma abordagem ecológica do desenvolvimento psicológico e social das crianças e dos adolescentes, a relevância destas questões é inquestionável. Contudo, a obtenção de respostas, cientificamente válidas, exige um instrumento de medida rigoroso, empiricamente validado. A este desafio procurou responder a equipa do *Aventura Social em Portugal*, no âmbito do *Projecto Europeu Kidscreen*, no sentido da adaptação e validação de um instrumento para medir a qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes e respectivos pais.

O *Kidscreen* é um instrumento de natureza transcultural, constituído por dez dimensões que descrevem a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde: saúde e actividade física, sentimentos, estado de humor geral, auto-percepção, tempo livre, família e ambiente familiar, questões económicas, amigos, ambiente escolar e aprendizagem, provocação. Este questionário de auto-preenchimento foi aplicado a uma amostra nacional e representativa de alunos do 5º e do 7º anos de escolaridade e respectivos pais, e, ainda, a um grupo de crianças e adolescentes oriundos de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa residentes na zona da Grande Lisboa.

O Relatório Português do *Projecto Europeu Kidscreen* dá conta dos principais resultados deste estudo conduzido de um modo rigoroso, claro e muito bem sistematizado. O *Kidscreen* apresenta boas qualidades do ponto de vista psicométrico e permitiu identificar diferenças significativas entre crianças e adolescentes, em função do género, do seu estatuto socio-económico e da nacionalidade, bem como do (in) sucesso escolar. Há, também, diferenças entre o modo como os pais avaliam os seus filhos e o modo como estes se auto-avaliam ao nível da sua qualidade de vida relacionada com a saúde.

Se estes resultados nos permitem ter, agora, uma caracterização cientificamente fundamentada sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes Portugueses, por outro lado, com base nestes resultados e em outros estudos de aprofundamento construídos a partir daqui, será possível, no futuro, identificar, com mais rigor e precisão, as características específicas e desenhar programas de intervenção ajustados às necessidades do grupo-alvo, numa perspectiva desenvolvimental e ecológica empiricamente baseada.

Este estudo é um excelente exemplo do modo como se deve articular a investigação científica e a intervenção psicossocial, como se pode construir com rigor instrumentos para auscultar e captar os sinais e indicadores do terreno onde se quer intervir e como, a partir desse conhecimento empírico, se podem desenvolver boas práticas no sentido da promoção da saúde e do desenvolvimento.

Isabel Soares

Departamento de Psicologia, Universidade do Minho



INTRODUÇÃO

No século passado associado a avanços no campo da saúde pública e medicina, deu-se a redução da mortalidade infantil ao nascimento e o aumento a esperança de vida no mundo ocidental. Estes avanços, no entanto, são acompanhados por um crescente aumento da percentagem de crianças e adolescentes que vivem em condições de doenças crónicas. Hoje em dia, os políticos e os investigadores nos campos da saúde pública e da medicina, consideram que é possível e desejável, não apenas pesquisa focada nos factores somáticos da morbilidade, mas também, medir a saúde e o bem-estar subjectivos em crianças e adolescentes (Ravens-Sieberer & European Kidscreen Group, 2001; Seidl & Zannon, 2004).

O conceito de qualidade de vida tem vindo a aumentar de importância na última década. A qualidade de vida é um constructo importante que pode ser aplicado aos vários níveis, da medicina à saúde pública, da sociologia à economia e da política à psicologia, no entanto permanece uma falta de transparência na definição do conceito (Ribeiro, 1994, 2003, 2005; Wallander & Schmitt, 2001).

A saúde engloba, além dos indicadores somáticos, indicadores psicológicos e sociais, tais como, a forma como a pessoa se sente, psicológica e fisicamente, e como ela gere a sua relação com as outras pessoas e funções do seu quotidiano. Esta saúde percebida é denominada Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS/Health-Related Quality of Life - HRQOL). É descrita como um constructo que engloba componentes do bem-estar e funções físicos, emocionais, mentais, sociais e comportamentais, como são percebidos pelos próprios (crianças e adolescentes) e pelos outros (pais) (Ravens-Sieberer & European Kidscreen Group, 2001; Rajmil & European Kidscreen Group, 2004; Bisegger, Cloetta, Ruden, Abel, Ravens-Sieberer & European Kidscreen Group, 2005; Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2005; Rueden, Gosch, Rajmil, Bisegger, Ravens-Sieberer & European Kidscreen Group, 2006).

O grupo de qualidade de vida da OMS inclui uma perspectiva *cross-cultural*: a qualidade de vida é descrita como uma percepção individual sobre a própria posição na vida num determinado contexto cultural e sistema de valores nos quais o indivíduo vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, metas e preocupações/interesses. Este

conceito positivo de saúde enfatiza os recursos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas do indivíduo (WHO, 1986). A saúde surge como o domínio mais importante da qualidade de vida em geral (Ribeiro, 1994, 2003, 2005).

O Projecto Kidscreen surge no sentido de colmatar a falta de instrumentos estandardizados, que possam ser aplicados com relevância equivalente em populações pediátricas em diferentes populações europeias. O projecto Europeu Kidscreen foi desenvolvido com o objectivo de construir um instrumento estandardizado, para medir a qualidade de vida em crianças e adolescentes. Que tem sido aplicado em amostras representativas a nível europeu e nacional.

Enquanto que a qualidade de vida dos adultos tem vindo a ser estudada nos últimos dez anos, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em crianças é uma área recente (Ravens-Sieberer & European Kidscreen Group, 2001).

Incluir instrumentos de medida da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS /Health-Related Quality of Life - HRQOL), em estudos de saúde pública, permite aos investigadores monitorizar o estado de saúde da população ao longo do tempo, detectar subgrupos da população em risco de ter deficits a nível da QVRS, e conhecer o impacto das intervenções no âmbito da saúde pública numa determinada população (WHO, 1994; WHOQOL, 1995, 1996, 1998).

A investigação do ponto de vista das crianças sobre o seu bem-estar, a sua percepção e o seu comportamento, é apenas avaliado de modo rudimentar. Existem apenas alguns, mas crescente, número de questionários genéricos avaliam a QVRS em crianças e adolescentes. Surgem diversas dificuldades, nomeadamente, coloca-se a questão das crianças serem capazes de expressar opiniões, atitudes e sentimentos sobre a sua QVRS. A capacidade para compreender o conceito de QVRS ou para avaliar os aspectos da sua própria saúde e bem-estar, é determinada pela idade, maturidade e desenvolvimento cognitivo da criança. Investigações recentes mostram que as crianças são capazes de relatar o seu bem-estar e a sua capacidade funcional, se o questionário for apropriado para a idade e nível cognitivo das crianças. Em crianças mais novas outro impedimento pode surgir, nomeadamente, as dificuldades de leitura e escrita da criança. Para resolver estes problemas alguns autores desenvolveram questionários para diferentes

grupos de idades e utilizam outras estratégias e métodos, como por exemplo: diferentes categorias de resposta ou pictogramas.

Outro ponto crítico prende-se com as dimensões relevantes e necessárias para descrever o conceito de QVRS em crianças e adolescentes. Diversos autores concordam que a QVRS é um constructo multidimensional, este aspecto é documentado por diversos estudo nacionais e internacionais em populações adultas. No entanto, não é claro, que as crianças enfatizem as mesmas dimensões que os adultos, pois esse factor é influenciado pela idade da criança. Uma conclusão que se chega na discussão teórica e na construção de questionários, é que a criança raramente é chamada a expressar o seu ponto de vista. Tem aumentado a importância que é dada ao ponto de vista da criança, tanto ou mais que a informação que é recolhida pela revisão de literatura ou pela opinião de peritos. Os instrumentos que têm vindo a ser desenvolvido no âmbito da qualidade de vida em crianças e adolescentes, são apenas aplicados e generalizados no mesmo país. Num questionário *cross-cultural*, é utilizado um consenso das dimensões relevantes e itens sobre a qualidade de vida para determinados grupos de idade em cada um dos diferentes países. Os itens estabelecidos podem, depois, ser revistos e incluídos no desenvolvimento de um questionário *cross-cultural*. Quando se analisa resultados no âmbito da saúde pública, que incluam medidas da QVRS em crianças e adolescentes, é importante ter em conta determinantes da percepção de saúde das crianças, nomeadamente, física, cultural, envolvimento social, stressores sociais, comportamentos de saúde, e processos psicossociais, tais como, estilos de *coping*, optimismo, auto-estima, estilos parentais e suporte social. Estes factores devem ser incluídos como determinares ou variáveis promotoras da qualidade de vida. Como consequência, podem ser identificados, crianças e adolescentes em risco em termos da sua saúde subjectiva. Ao incluir o instrumento na investigação e divulgação no âmbito dos serviços de saúde, podem ser fornecidos a estas crianças e adolescentes programas de intervenção adequados e contextualizados, que devem ser posteriormente avaliados. (Harding, 2001; Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2005; 2006; Ravens-Sieberer & European Kidscreen Group, 2001).

A percepção de qualidade de vida pode condicionar a maior ou menor adesão das crianças e dos adolescentes a práticas de saúde, este aspecto é relevante não só do ponto de vista do bem-estar físico e psicológico, mas também pelo efeito de modelagem que

estas percepções e comportamentos poderão ter noutras crianças e adolescentes, e mais tarde, na saúde percebida e nos estilos de vida adoptados enquanto adulto. Muito do que o indivíduo é, pensa e faz foi aprendido ou sedimentado na segunda década da vida, o que confere uma particular importância aos programas dirigidos a crianças e aos adolescentes.

Crianças e adolescentes oriundos de grupos étnico-culturais minoritários, pela peculiaridade das pressões a que estão sujeitos (aculturação, discriminação, racismo, desenraizamento, intolerância, preconceito, etc.) podem apresentar uma tendência para uma maior prevalência de comportamentos de risco e uma percepção da sua saúde mais negativa. Crianças e adolescentes de origem africana apresentam mais frequentemente situações associadas à saúde e estilos de vida que envolvem risco, tais como, frequente proveniência de famílias de baixo nível socio-económico e educacional, de famílias mono-parentais para além de pressões específicas (Carlson, Uppal & Prosser, 2000; Frasilho, 1996; Gaspar, Matos & Gonçalves, 2005; 2006; Matos, Gaspar et al., 2003, 2005; NICHD, 2001; Roberts, Phinney, Masse & Romero, 1999; STEP/BIT, 2003).

Neste sentido, o projecto Kidscreen é num estudo multidisciplinar tanto no desenho experimental como nos produtos de investigação, que propõe medir a percepção de qualidade de vida das crianças e adolescentes e dos respectivos pais. Consideram-se três abordagens conceptuais gerais integradas e complementares (1) Abordagem social e psicológica, que inclui a abordagem original da qualidade de vida e abordagens mais gerais dos estilos de vida e de contextos sociais. Este paradigma pode também envolver abordagens e perspectivas desenvolvimentais, que consideram os factores psicológicos tais como competências pessoais de “*coping*”, auto-estima, auto-conceito bem como o suporte social percebido, na explicação da saúde, do bem estar e dos comportamentos de saúde ao nível individual; (2) Abordagem epidemiológica/ Saúde Pública que inclui o estudo de populações de risco e identificação dos factores de risco; (3) Abordagem macro-social que inclui a investigação de modelos causais para estudar os factores de risco e de resiliência nos contextos sociais levando à construção de uma teoria (Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2005; 2006; Ravens-Sieberer & European Kidscreen Group, 2001; The Kidscreen Group European, 2006; Rueden, Gosch, Rajmil, Bisegger, Ravens-Sieberer & European Kidscreen Group, 2006).

A intervenção deve ser baseada nos resultados de investigação científica e num conhecimento efectivo, e deve ter em conta as características pessoais e sociais da população alvo, nomeadamente as particularidades de cada faixa etária, género e de cada comunidade específica.

É importante e fundamental que as entidades responsáveis, políticos, educadores, profissionais de saúde e outros grupos com responsabilidades de intervenção na comunidade, reconheçam a diversidade das crianças e dos adolescentes, a sua percepção de saúde, as suas potencialidades e dos seus hábitos de vida, em contextos culturais e sociais diversos, adequando assim as estratégias de comunicação com estes grupos. Por outro lado, tem que se reconhecer que estes grupos têm direitos e necessitam também de respeito pelas suas opções. Se as crianças e os adolescentes necessitam de informação e de suporte, os adultos necessitam de competências para interacção com estes grupos etários (WHO, 1991; 1993; 1999; 2000).



METODOLOGIA

INSTRUMENTO

Kidscreen é um instrumento genérico, que pode ser utilizado para medir, monitorizar e avaliar a saúde subjectiva associada à qualidade de vida para crianças e adolescentes. Pode ser aplicado em hospitais, estabelecimentos médicos e em escolas, por profissionais do campo da saúde pública, psicologia da saúde, epidemiologia e medicina.

O Kidscreen foi desenvolvido no âmbito do projecto Europeu “Screening and Promotion for Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective” criado pela Comissão Europeia. O projecto desenvolveu-se durante 3 anos (2001-2004) e os participantes do projecto foram a Áustria, a República Checa, a França, a Alemanha, a Grécia, a Hungria, a Irlanda, a Polónia, a Espanha, a Suécia, a Suíça, a Holanda e o Reino Unido. A equipa portuguesa do projecto Aventura Social colabora com o projecto europeu Kidscreen e já concluiu o processo de tradução e adaptação dos instrumentos (versão para crianças e versão para pais) Kidscreen (Matos, Gaspar & Calmeiro, 2005).

A construção do questionário foi baseada na revisão de literatura, consultoria de especialistas e “*focus group*” grupos de discussão centrados num tema com crianças e adolescentes, com idades entre os 8 e os 18 anos de idade de todos os países envolvidos, no sentido de identificar as dimensões e os itens da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, relevantes para os inquiridos da cada país. A revisão de literatura permitiu a identificação inicial das dimensões e dos métodos de avaliação para o projecto. No desenvolvimento do instrumento Kidscreen foi construído e realizado um teste piloto através dos dados de crianças e adolescentes Europeus. O instrumento é aplicável em crianças e adolescentes, entre os 8 e os 18 anos de idade, e aos seus pais, no âmbito da saúde e da doença crónica. É um questionário de auto-preenchimento. As questões são colocadas num limite temporal “Pensa na última semana”. Com tempo de aplicação entre dez a quinze minutos. O instrumento Kidscreen final é constituído por 52 itens e inclui dez dimensões, que descrevem a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS)

(Ravens-Sieberer & European Kidscreen Group, 2001; Bisegger, Cloetta, Ruden, Abel, Ravens-Sieberer & European Kidscreen Group, 2005; Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2005):

1. **Saúde e Actividade Física** (5 itens). O bem-estar físico reflecte o nível de actividade física, energia e aptidão de crianças/adolescentes. Avalia a extensão que ele/ela sente mal-estar e se queixa de saúde deficitária. Exemplo: “*Estiveste fisicamente activo (ex: correste, fizeste escalada, andaste de bicicleta)?*”
2. **Sentimentos** (6 itens). Bem-estar psicológico revela sentimentos e emoções positivos como a felicidade, a alegria e boa disposição. Exemplo: “*Sentiste-te satisfeito(a) com a tua vida?*”
3. **Estado de Humor Geral** (7 itens). Disposição e emoções (“estado de espírito”) encobrem frequentemente as experiências de disposição e emoções depressivas e sentimentos de pressão em crianças/adolescentes. Exemplo: “*Sentiste-te sozinho(a)?*”
4. **Auto-percepção** (sobre si próprio) (5 itens). A percepção da self explora a extensão a que a aparência do corpo do indivíduo é visto positivamente e inclui perguntas a respeito da satisfação com a aparência assim como com roupa e outros acessórios pessoais. Exemplo: “*Sentiste-te preocupado(a) com a tua aparência?*”
5. **Tempo Livre** (5 itens). A autonomia (“Tempo Livre”) examina o nível de autonomia de crianças/adolescentes, olhando para a oportunidade dada à criança ou adolescente para definir o seu tempo social e de lazer. Exemplo: “*Foste capaz de fazer actividades que gostas de fazer no teu tempo livre?*”
6. **Família e Ambiente Familiar** (6 itens). Relações com os pais e vida em casa (“pais”) explora a qualidade da interacção entre a criança/adolescente e os pais ou cuidadores, incluindo sentimentos de amor, compreensão e suporte dos pais. Exemplo: “*Os teus pais compreendem-te?*”
7. **Questões Económicas** (3 itens). Os recursos financeiros reflectem se a criança/adolescente sente que tem bastantes recursos financeiros, que lhe permitam que tenha um estilo de vida comparável com outras crianças/adolescentes e que consequentemente tem a oportunidade de desenvolver

- actividades com os pares. Exemplo: *“Tiveste dinheiro suficiente para fazer as mesmas actividades que os teus amigos (as)?”*
8. **Amigos** (6 itens). Os pares e a sustentação social ("pares") examinam as relações sociais com amigos/pares e se a criança/adolescente se sente aceite e apoiado por eles. Exemplo: *“Passaste tempo com os teus amigos(as)?”*
 9. **Ambiente Escolar e Aprendizagem** (6 itens). O ambiente escolar ("escola") explora a percepção da criança/adolescentes e a sua capacidade cognitiva para aprender, concentrar-se e os seus sentimentos relativamente à escola, incluindo o relacionamento com os seus professores. Exemplo: *“Sentiste-te satisfeito(a) com os teus professores?”*
 10. **Provocação (Bullying)** (3 itens). Aceitação social (*bullying*) investiga o sentimento de ser rejeitado por outros, bem como a ansiedade causado pelos pares. Exemplo: *“Tens sentido medo de outros rapazes ou raparigas?”*

À semelhança do processo que foi desenvolvido pelos grupos de trabalho iniciais do projecto Kidscreen Europeu, a equipa do Aventura Social em Portugal desenvolveu três fases principais do projecto Kidscreen: (1) Processo de tradução e retro tradução e teste piloto do instrumento; (2) Aplicação do instrumento em amostras de grandes dimensões no âmbito da saúde e educação; (3) Implementação – proposta e utilização do instrumento em diferentes contextos.

A natureza internacional do projecto do Kidscreen acarreta muitos desafios em termos da construção de um instrumento, nomeadamente, a sua adequação conceptual e linguística em diversos países diferentes. O instrumento do Kidscreen é o primeiro verdadeiro instrumento *cross-cultural* QVRS para crianças e adolescentes, uma vez que os diversos países membros desenvolveram, traduziram, adaptaram e harmonizaram as diversas versões, sempre adequando às características específicas de cada país.

A aplicação e análise dos resultados obtidos através do instrumento Kidscreen podem contribuir para as políticas europeias e nacionais, fornecendo informação sobre os tipos e a disparidades na distribuição da qualidade de vida, a nível nacional e Europeu. Permite uma melhor compreensão da saúde percebida em crianças e adolescentes e ajuda a identificar as populações e risco.

PROCEDIMENTO

Tradução - O instrumento (versão para crianças e adolescentes e versão para pais) foi traduzido para a língua portuguesa por dois técnicos especialistas na área da psicologia da saúde e saúde pública. Foram comparadas ambas as traduções e aferida uma versão harmonizada, posteriormente retraduzida para a língua inglesa por um outro especialista. Comparando ambas as versões inglesas foi aferida uma versão provisória final.

Teste piloto - Esta versão foi testada em estudo piloto, primeiro individualmente com cinco crianças com idades entre os 9 e os 12 anos de idade, de modo a aferir a compreensão das questões, do vocabulário utilizado e o tempo médio despendido, daqui resultaram pequenas alterações. A versão obtida foi aplicada em teste piloto numa turma do 4º ano do primeiro ciclo e duas turmas do 5º ano de escolaridade. Foi aferido junto dos professores a sua percepção sobre o instrumento e sua aplicação nestas idades. A versão final foi concluída e decidiu-se que o instrumento não iria ser aplicado a crianças do primeiro ciclo pois demonstraram muitas dificuldades de compreensão e despenderam muito tempo no preenchimento do instrumento. Esta última versão portuguesa foi enviada para os parceiros europeus e foi sujeita a uma harmonização internacional.

Aplicação - A aplicação foi efectuada no âmbito da equipa da Aventura Social com o mesmo protocolo e procedimento utilizado no estudo internacional Health Behaviour School Aged-Children, a uma amostra nacional aleatória e representativa dos 5º e 7º anos de escolaridade (Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001; Matos et al, 2003). Foi solicitada a colaboração e autorização do Ministério da Educação e das cinco sub-regiões de Educação (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). Todas as escolas foram contactadas telefonicamente para confirmar a sua disponibilidade para participar na investigação. Foi enviado um envelope por turma seleccionada aleatoriamente contendo uma carta de instruções dirigida ao professor para ser lida em voz alta, antes do preenchimento do questionário, 25 questionários para ser preenchidos pelos alunos e 25 questionários a ser preenchidos pelos respectivos pais. Os questionários (pais/filhos) encontravam-se numerados e emparelhados para manter o anonimato.

AMOSTRA

A amostra aleatória foi constituída por crianças e adolescentes do 5º e do 7º ano de escolaridade do ensino público regular das cinco regiões de educação de Portugal continental e os respectivos pais

Foram enviados questionários para 112 escolas, incluindo 199 turmas: 98 turmas do 5º ano e 101 turmas do 7º ano de escolaridade. A distribuição foi representativa para cada região (Norte, Lisboa e Vale do Tejo, Centro, Alentejo e Algarve) (tabela 1).

<i>Zona</i>	<i>Envio</i>	<i>Resposta</i>	<i>Sem resposta</i>
Norte	44	41	3
Lisboa	36	26	10
Centro	20	18	2
Alentejo	7	7	0
Algarve	5	3	2
Total	112	95	17
%	100	85	15

Tabela 1. Distribuição das escolas enviadas e recebidas no estudo

<i>Zona</i>	<i>Envio</i>	<i>Resposta</i>	<i>Sem resposta</i>
Norte			
5º Ano	44	37	3
7º Ano	42	38	4
Lisboa			
5º Ano	29	22	7
7º Ano	30	19	11
Centro			
5º Ano	17	12	5
7º Ano	17	15	2
Alentejo			
5º Ano	6	6	0
7º Ano	7	6	1
Algarve			
5º Ano	6	4	2
7º Ano	5	3	2
Total	199	162	37
%	100	81	19

Tabela 2. Distribuição das turmas enviadas e recebidas no estudo por ano de escolaridade

<i>Zona</i>	<i>Envio</i>	<i>Resposta</i>	<i>Sem resposta</i>
Norte			
5º Ano	836	726	110
7º Ano	840	824	16
Lisboa			
5º Ano	551	443	108
7º Ano	600	389	211
Centro			
5º Ano	323	225	98
7º Ano	340	263	77
Alentejo			
5º Ano	114	102	12
7º Ano	140	103	37
Algarve			
5º Ano	114	64	50
7º Ano	100	56	44
Total	3958	3195	763
%	100	81	19

Tabela 3. Distribuição do número de alunos enviados e recebidos no estudo por ano de escolaridade

No quadro seguinte verificam-se as taxas de resposta em relação às escolas, às turmas e aos alunos.

	<i>Envio</i>	<i>Resposta</i>	<i>Resposta %</i>	<i>Sem resposta</i>
Escolas	112	95	85	17
Turmas	199	162	81	37
Alunos	3958	3195	81	763

Tabela 4. Taxas de resposta das escolas, turmas e alunos

Amostra final – caracterização de amostra Kidscreen versão filhos

A amostra final do presente estudo envolve 95 escolas, incluindo 162 turmas do 5º ano (48,8%) e do 7º ano (51,2%) de escolaridade. A distribuição foi representativa para cada região (Norte, Lisboa e Vale do Tejo, Centro, Alentejo e Algarve), num total de 3185 crianças e jovens, 50,8% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 10 e os 16 anos, média de idade de 11,81 anos (tabela 5).

		N	%	M	DP	Ampl.
Género	Rapazes	1573	49,2			
	Raparigas	1622	50,8			
Idade		3195		11,81	1,46	10-16
Grupo de idade	10 e 11 anos	1314	41,1			
	12 anos ou mais	1881	58,9			
Ano de escolaridade	5º Ano	1560	48,8			
	7º Ano	1635	51,2			
Região	Norte	1550	48,5			
	Lisboa	832	26,0			
	Centro	488	15,3			
	Alentejo	205	6,4			
	Algarve	120	3,8			
	Total		100			
Nacionalidade	Portuguesa	2882	92,9			
	Palop	60	1,9			
	Brasileira	38	1,3			
	Outra	125	4,0			
Língua que fala em casa	Português	2849	96,6			
	Outra	100	3,4			
Estatuto Socio-económico	Baixo	1235	62,2			
	Médio/Alto	752	37,8			
Incapacidade, doença ou condição física crónica	Não	2777	87,5			
	Sim	396	12,5			

Tabela 5. Características demográficas da amostra das crianças e adolescentes

Retenção Escolar (n=3195)			
	Retenção 5º Ano	Retenção 7º Ano	Retenção Total
Sem retenção	83,8%	78,1%	80,9%
Com retenção	16,2%	21,9%	19,1%

Tabela 6. Distribuição por retenção escolar

Emprego		
	Pai (n=2887)	Mãe (n=3018)
Pai não tem emprego	7,5%	24,8%
Pai tem emprego	92,5%	75,2%
Estatuto da profissão		
	Pai (n=2263)	Mãe (n=1948)
1º Grau (elevado)	9,8%	11,6%
2º Grau	7,9%	5,6%
3º Grau	15,6%	13,1%
4º Grau	40,8%	22,5%
5º Grau (baixo)	13,8%	33,5%
Inclassificável	12,2%	13,6%
Estatuto Socio-económico		
	Pai (n=1987)	Mãe (n=1683)
Baixo	62,2%	64,9%
Médio/Alto	37,8%	35,1%

Tabela 7. Distribuição por emprego/profissão/ESE do pai e da mãe

Amostra final – caracterização de amostra Kidscreen versão pais

A amostra final do presente estudo envolve 85 escolas, incluindo turmas do 5º ano (55%) e do 7º ano (45%) de escolaridade. A distribuição por região (Norte, Lisboa e Vale do Tejo, Centro, Alentejo e Algarve), num total de 2256 pais (em 53,8% dos casos são pais de raparigas e em 46,2% são pais de rapazes). A grande maioria dos questionários foi preenchida pela mãe da criança ou do adolescente (79,8%).

		N	%
Género	Raparigas	1211	53,8
	Rapazes	1039	46,2
Grupo de idade	10 e 11 anos	1083	48,4
	12 anos ou mais	1156	51,6
Ano de escolaridade	5º Ano	1241	55,0
	7º Ano	1015	45,0
Região	Norte	1070	47,4
	Lisboa	568	25,2
	Centro	333	14,8
	Alentejo	191	8,5
	Algarve	94	4,2
Quem preenche o instrumento	Mãe	1795	79,8
	Pai	373	16,6
	Outro*	82	3,7

Tabela 8. Características da amostra dos pais - *(madrasta/companheira do pai; padrasto/companheiro da mãe; avó; avô; irmã; tia; madrinha, etc.)

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Instrumento KIDSCREEN (versão para crianças e adolescentes)

No quadro 1 são apresentados os valores obtidos através da análise dos resultados do instrumento KIDSCREEN (versão para crianças e adolescentes). É apresentado para cada uma das dimensões estudadas, o respectivo número de itens, o valor médio obtido, o valor de Alpha de Cronbach da versão Portuguesa, assim como a comparação com intervalo dos valores de Alpha de Cronbach dos países Europeus membros do grupo KIDSCREEN (Ravens-Sieberer & European KIDSCREEN Group, 2005).

Quadro 1. Dimensões do Instrumento KIDSCREEN (versão para crianças e adolescentes)

Dimensões	Nº de Itens	N	Média	Média *	DP	T ** Rasch	DP	α de Cronbach	α de Cronbach*
Saúde e Actividade Física	5	3065	19,34 (0-25)	71,68	17,58	50,50	9,62	0,77	0,75 – 0,86
Sentimentos	6	3111	25,22 (0-30)	80,08	19,88	51,90	9,64	0,84	0,85 - 0,91
Estado de Humor Geral	7	3019	28,52 (0-35)	76,86	19,19	49,70	11,18	0,86	0,80 - 0,89
Sobre si próprio	5	3085	19,72 (0-25)	73,61	18,22	49,65	9,02	0,60	0,71 - 0,84
Tempo Livre / Autonomia	5	3082	20,29 (0-25)	76,46	20,95	52,12	10,72	0,81	0,79 - 0,86
Família e Ambiente Familiar	6	3092	25,22 (0-30)	80,10	19,84	50,85	10,50	0,84	0,85 - 0,90
Questões Económicas	3	3100	11,91 (0-15)	74,21	27,15	51,17	10,38	0,88	0,82 - 0,91
Amigos (as)	6	3058	24,49 (0-30)	77,04	19,73	52,21	10,98	0,84	0,81 - 0,87
Ambiente Escolar e Aprendizagem	6	3100	22,71 (0-30)	69,64	20,11	51,33	9,85	0,84	0,81 - 0,88
Provocação	3	3144	12,60 (0-15)	79,98	22,05	45,09	11,58	0,75	0,61 – 0,83

*Resultados transformados em valores entre 0 e 100

** Valores T internacionais baseados em Rasch person parameter

***intervalo dos valores de α de Cronbach dos países europeus membros do grupo KIDSCREEN (Ravens-Sieberer & European KIDSCREEN Group, 2005).

Os valores da consistência interna (α de Cronbach) das dimensões do KIDSCREEN variam entre 0,60 (Auto-percepção) e 0,88 (Questões Económicas), com valor global médio de 0,80 o que confirma a elevada consistência interna da escala. Analisando as dimensões entre si, verificamos que é relativamente às dimensões “Sentimentos” e “Família e Ambiente Familiar” que as crianças e adolescentes referem uma melhor percepção da QVRS (qualidade de vida relacionada com a saúde) ($\geq 80,00$). A dimensão “Ambiente Escolar e Aprendizagem” é a que apresenta valores inferiores na percepção da QVRS.

Os valores da consistência interna (α de Cronbach) das dimensões do KIDSCREEN obtidos na amostra Portuguesa inserem-se no intervalo dos restantes Países membros do projecto Europeu KIDSCREEN, excepto no caso na dimensão da “Auto-percepção” que os valores da amostra portuguesa são ligeiramente inferiores. Nas dimensões “Sentimentos” e “Família e Ambiente Familiar” o valor encontra-se no limite inferior quando comparado com os valores médios Europeus.

Quadro 2. Análise univariada da QVRS em Crianças e Adolescentes (e desvios padrão) por género (N=3185)

Dimensões	Rapazes		Raparigas		F
	Média	dp	Média	dp	
Saúde e Actividade Física	75,64	16,69	67,93	17,59	154,49***
Sentimentos	81,14	16,45	79,06	17,22	11,89***
Estado de Humor Geral	78,52	18,66	75,29	19,57	21,60***
Sobre si próprio	76,07	17,14	71,25	18,90	54,94***
Tempo Livre	78,75	20,39	74,21	21,26	35,92***
Família e Ambiente Familiar	81,70	18,61	78,55	20,84	19,56***
Questões Económicas	74,13	27,44	74,29	26,87	(n.s.)
Amigos (as)	77,15	19,77	76,93	19,70	(n.s.)
Ambiente Escolar e Aprendizagem	67,00	21,63	72,17	18,18	51,97***
Provocação	81,11	21,54	78,89	22,49	8,00***

*** $p \leq 0,001$

Comparando os rapazes com as raparigas quanto à sua percepção sobre a própria qualidade de vida relacionada com a saúde, na maioria das dimensões encontram-se diferenças significativas, sendo que os rapazes apresentam valores médios mais elevados do que as raparigas, excepto no caso da dimensão “Ambiente Escolar e Aprendizagem” que são as raparigas que apresentam valores médios superiores e no caso das dimensões “Questões Económicas” e “Amigos (as)” onde as diferenças de género não são significativas.

Quadro 3. Análise univariada da QVRS em Crianças e Adolescentes (e desvios padrão) por grupo de idade (N=3185)

Dimensões	10 – 11 anos		12 anos ou mais		F
	Média	dp	Média	dp	
Saúde e Actividade Física	72,75	17,17	70,94	17,83	7,84**
Sentimentos	83,01	15,09	78,02	17,74	67,35***
Estado de Humor Geral	80,39	17,58	74,40	19,88	72,77***
Sobre si próprio	78,66	17,03	70,13	18,19	172,66***
Tempo Livre	79,43	19,46	74,41	21,70	43,22***
Família e Ambiente Familiar	83,75	17,08	77,55	21,19	74,65***
Questões Económicas	74,47	27,22	74,03	27,10	(n.s.)
Amigos (as)	78,40	18,78	76,09	20,32	10,16***
Ambiente Escolar e Aprendizagem	77,22	17,52	64,27	20,10	346,64***
Provocação	78,23	22,13	81,21	21,92	14,00***

***p≤0,001; **p≤0,05

Analisando a relação entre os dois grupos etários considerados no estudo, o grupo dos 10 aos 11 anos (crianças) e o grupo dos 12 anos ou mais (adolescentes) quanto à sua percepção sobre a própria qualidade de vida relacionada com a saúde, na grande maioria das dimensões encontram-se diferenças significativas, excepto na dimensão “Questões Económicas”. O grupo das crianças apresenta valores médios mais elevados do que o grupo dos adolescentes, excepto no caso da dimensão “provocação” que são os adolescentes que apresentam valores médios superiores.

Quadro 4. Análise univariada da QVRS em Crianças e Adolescentes (e desvios padrão) por Estatuto Socio-económico (N=3185)

Dimensões	ESE médio/alto		ESE baixo		F
	Média	dp	Média	dp	
Saúde e Actividade Física	73,81	16,96	70,57	17,41	16,00***
Sentimentos	81,95	15,00	80,01	16,96	6,50*
Estado de Humor Geral	79,78	16,46	76,38	19,71	14,96***
Sobre si próprio	74,90	17,97	73,13	18,19	4,35**
Tempo Livre	76,13	19,18	77,06	21,28	(n.s.)
Família e Ambiente Familiar	82,76	17,42	80,11	20,14	8,69**
Questões Económicas	80,69	23,79	73,43	27,02	35,79***
Amigos (as)	78,52	17,60	76,70	20,11	4,03*
Ambiente Escolar e Aprendizagem	72,46	18,41	69,63	19,96	9,68**
Provocação	83,69	18,68	79,17	22,26	21,46***

***p≤0,001; **p≤0,01; *p≤0,05

Em relação à variável Estatuto Socio-Económico (ESE), foram encontradas, na grande maioria das dimensões, diferenças significativas quanto à sua percepção sobre a própria qualidade de vida relacionada com a saúde, excepto na dimensão “Tempo Livre”. Os elementos com ESE médio/alto apresentam valores médios mais elevados do que os elementos com ESE baixo.

Quadro 5. Análise univariada da QVRS em Crianças e Adolescentes (e desvios padrão) por Nacionalidade (N=3185)

Dimensões	Português		CPLP (Oriundo de um País Africano ou Brasil)		F
	Média	dp	Média	dp	
Saúde e Actividade Física	71,87	17,41	70,83	21,91	(n.s.)
Sentimentos	80,53	16,36	74,68	23,21	11,10***
Estado de Humor Geral	77,23	18,91	71,00	24,68	9,44**
Sobre si próprio	73,76	18,12	71,10	20,08	(n.s.)
Tempo Livre	76,91	20,56	68,13	24,16	15,87***
Família e Ambiente Familiar	80,82	19,27	70,70	24,76	24,32***
Questões Económicas	74,99	26,67	60,51	29,21	25,02***
Amigos (as)	77,28	19,54	71,49	21,45	7,43**
Ambiente Escolar e Aprendizagem	70,13	19,74	67,27	20,81	(n.s.)
Provocação	80,29	21,84	72,37	28,72	11,81***

***p≤0,001; **p≤0,01; *p≤0,05

Na comparação das crianças e adolescentes Portugueses com as crianças e adolescentes oriundos de um país Africano de Língua Oficial Portuguesa ou do Brasil quanto à sua percepção sobre a própria qualidade de vida relacionada com a saúde, na maioria das dimensões foram encontradas diferenças significativas, sendo que as crianças e adolescentes Portugueses apresentam valores médios mais elevados do que os das outras nacionalidades, excepto no caso da dimensão “Saúde e Actividade Física”, “Sobre si próprio” e “Ambiente Escolar e Aprendizagem” onde as diferenças de nacionalidade não são significativas.

Quadro 6. Análise univariada da QVRS em Crianças e Adolescentes (e desvios padrão) com e sem doença crónica (N=3185)

Dimensões	Sem doença crónica		Com doença crónica		F
	Média	dp	Média	dp	
Saúde e Actividade Física	72,73	17,28	64,56	17,92	73,48***
Sentimentos	80,58	16,40	76,94	19,39	15,84***
Estado de Humor Geral	77,32	18,92	73,96	20,69	9,95**
Sobre si próprio	73,96	17,96	71,58	19,59	5,80*
Tempo Livre	77,23	20,57	71,17	22,63	28,22***
Família e Ambiente Familiar	80,45	19,46	78,13	21,49	4,62*
Questões Económicas	74,87	26,58	70,31	30,28	9,63**
Amigos (as)	77,43	19,36	74,59	21,73	7,01**
Ambiente Escolar e Aprendizagem	69,59	20,13	70,28	19,70	(n.s.)
Provocação	80,76	21,32	75,17	25,30	22,29***

***p≤0,001; **p≤0,01; *p≤0,05

Analisando a relação entre as crianças e adolescentes com e sem doença crónica, quanto à sua percepção sobre a própria qualidade de vida relacionada com a saúde, na grande maioria das dimensões encontram-se diferenças significativas, excepto na dimensão “Ambiente Escolar e Aprendizagem”. O grupo sem doença crónica apresenta valores médios mais elevados do que o grupo de crianças e adolescentes com doença crónica em todas as outras dimensões onde as diferenças são significativas.

Quadro 7. Análise univariada da QVRS em Crianças e Adolescentes (e desvios padrão) com e sem retenção escolar (N=3195)

Dimensões	Sem retenção escolar		Com retenção escolar		F
	Média	dp	Média	dp	
Saúde e Actividade Física	71,87	17,23	70,88	19,01	(n.s.)
Sentimentos	80,74	16,36	77,23	18,72	20,65***
Estado de Humor Geral	77,86	18,67	72,52	20,79	35,97***
Sobre si próprio	73,13	18,35	72,13	17,58	4,77*
Tempo Livre	76,45	20,69	76,51	22,08	(n.s.)
Família e Ambiente Familiar	81,26	18,99	75,09	22,49	46,43***
Questões Económicas	75,38	26,34	69,19	29,88	24,80***
Amigos (as)	77,25	19,35	76,13	21,29	(n.s.)
Ambiente Escolar e Aprendizagem	71,44	19,38	61,71	21,30	113,75***
Provocação	80,23	21,80	78,92	23,12	(n.s.)

***p≤0,001; **p≤0,01; *p≤0,05

Analisando crianças e adolescentes segundo a retenção escolar quanto à sua percepção sobre a própria qualidade de vida relacionada com a saúde, em seis das dimensões foram encontradas diferenças significativas. Nas dimensões “Saúde e Actividade Física”, “Tempo Livre”, “Amigos (as)” e “Provocação” não foram encontradas diferenças significativas quanto à retenção escolar. O grupo dos sem retenção apresenta valores médios significativamente mais elevados do que o grupo de crianças e adolescentes com retenção em todas as outras dimensões.

Quadro 8. Correlação de Pearson entre dimensões da QVRS – Instrumento KIDSCREEN

	SAF	S	EHG	STM	TL	F	QE	A	E
Saúde e Actividade Física	-----								
Sentimentos	0,540**	-----							
Estado de Humor Geral	0,361**	0,630**	-----						
Sobre si próprio	0,293**	0,441**	0,501**	-----					
Tempo Livre	0,425**	0,560**	0,478**	0,387**	-----				
Família e Ambiente Familiar	0,328**	0,556**	0,497**	0,426**	0,527**	-----			
Questões Económicas	0,278**	0,349**	0,321**	0,267**	0,438**	0,453**	-----		
Amigos (as)	0,391**	0,492**	0,417**	0,326**	0,574**	0,440**	0,475**	-----	
Ambiente escolar/aprendizagem	0,273**	0,480**	0,428**	0,336**	0,369**	0,443**	0,287**	0,365**	-----
Provocação	0,218**	0,265**	0,408**	0,332**	0,244**	0,243**	0,297**	0,330**	0,138**

** Correlação significativa a 0,01 (2 – tailed)

Verifica-se que todas as dimensões da escala se encontram correlacionadas entre si, destacando-se correlações mais elevadas ($r > 0,5$), nomeadamente a correlação entre a dimensão “Sentimentos” com as dimensões “Saúde e Actividade Física”, “Estado de Humor Geral”, “Tempo Livre” e “Família e Ambiente Familiar”; a correlação entre a dimensão “Estado de Humor Geral” com a dimensão “Sobre si próprio” (auto-percepção) e ainda, a correlação da dimensão “Tempo Livre” com as dimensões “Família e Ambiente Familiar” e “Amigos (as)”.

Instrumento Kidscreen (versão para pais)

No quadro 9 são apresentados os valores obtidos através da análise dos resultados do instrumento KIDSCREEN (versão para pais). É apresentado para cada uma das dimensões, o respectivo número de itens, o valor médio obtido e o valor de Alpha de Cronbach da versão Portuguesa.

Quadro 9. Dimensões do Instrumento KIDSCREEN (versão para pais).

Dimensões	Nº de Itens	N	Média	Média *	DP	T Rasch*	DP	α de Cronbach
Saúde e Actividade Física	5	2182	19,36 (0-25)	71,82	18,03	50,29	10,48	0,82
Sentimentos	6	2115	25,43 (0-30)	80,96	14,68	54,20	10,30	0,85
Estado de Humor Geral	7	2131	29,75 (0-35)	81,25	15,87	50,69	11,91	0,85
Sobre si próprio	5	2147	20,49 (0-25)	77,46	16,04	50,59	10,44	0,64
Tempo Livre	5	2137	20,84 (0-25)	79,21	17,65	52,50	10,52	0,81
Família e Ambiente Familiar	6	2106	26,08 (0-30)	83,66	14,89	54,40	10,57	0,80
Questões Económicas	3	2140	11,53 (0-15)	71,10	25,27	51,87	10,24	0,87
Amigos (as)	6	2061	23,05 (0-30)	71,05	18,61	52,03	10,95	0,86
Ambiente Escolar e Aprendizagem	6	2111	23,58 (0-30)	73,24	16,81	52,13	9,88	0,85
Provocação	3	2117	12,68 (0-15)	80,70	20,59	45,34	12,51	0,83

*Resultados transformados em valores entre 0 e 100

** Valores T internacionais baseados em Rasch person parameter

Os valores da consistência interna (α de Cronbach) das dimensões do KIDSCREEN (versão para pais) variam entre 0,64 (Auto-percepção) e 0,87 (Questões Económicas), com um valor médio global de 0,82, o que confirma a elevada consistência interna da escala. Analisando as dimensões entre si, verificamos que é relativamente às dimensões “Sentimentos”, “Estado de Humor Geral”, “Família e Ambiente Familiar” e “Provocação” que os pais referem uma melhor percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde dos seus filhos (> 80,00). As dimensões “Amigos” e “Questões Económicas” são as que apresentam valores inferiores.

Quadro 10. Análise univariada da QVRS em Crianças e Adolescentes (e desvios padrão) por género (N=2256)

Dimensões	Rapazes		Raparigas		F
	Média	dp	Média	dp	
Saúde e Actividade Física	74,24	17,53	69,78	18,20	33,56***
Sentimentos	81,44	14,40	80,54	14,91	(n.s.)
Estado de Humor Geral	80,84	16,11	81,59	15,67	(n.s.)
Sobre si próprio	79,60	14,95	75,69	16,69	32,83***
Tempo Livre	79,96	17,30	78,58	17,93	3,21*
Família e Ambiente Familiar	84,21	14,35	83,20	15,33	(n.s.)
Questões Económicas	68,93	25,90	72,94	24,59	13,60***
Amigos(as)	70,36	18,69	71,61	18,53	(n.s.)
Ambiente Escolar e Aprendizagem	70,95	17,62	75,22	15,83	34,32***
Provocação	79,81	20,68	81,46	20,50	3,60*

***p<0,001 *p<0,1

Comparando a percepção dos pais face às diferenças de género na percepção dos filhos sobre a própria qualidade de vida relacionada com a saúde, encontram-se diferenças significativas em seis dimensões, sendo que para os rapazes os pais apresentam valores médios mais elevados do que para as raparigas nas dimensões: “Saúde e Actividade Física”, “Sobre si próprio” e “Tempo Livre”; e para as raparigas os pais apresentam valores médios mais elevados do que para os rapazes nas dimensões: “Ambiente Escolar e Aprendizagem”; “Provocação” e “Questões Económicas”. No caso das dimensões “Sentimentos”, “Estado de Humor Geral”, “Família e Ambiente Familiar” e “Amigos (as)” onde as diferenças de género não são significativas.

Quadro 11. Análise univariada da QVRS em Crianças e Adolescentes (e desvios padrão) por grupo de idade (N=2256)

Dimensões	10 – 11 anos		12 anos ou mais		F
	Média	Dp	Média	dp	
Saúde e Actividade Física	73,21	17,75	70,51	18,14	12,31***
Sentimentos	82,43	13,79	79,49	15,34	21,32***
Estado de Humor Geral	83,34	14,02	79,49	16,96	32,09***
Sobre si próprio	80,25	15,18	74,87	16,35	61,74***
Tempo Livre	80,01	16,90	78,40	18,33	4,39**
Família e Ambiente Familiar	85,74	13,58	81,75	15,72	38,23***
Questões Económicas	73,15	24,24	69,11	26,06	13,63***
Amigos (as)	71,21	17,67	70,83	19,43	(n.s.)
Ambiente Escolar e Aprendizagem	76,91	15,54	69,79	17,16	98,71***
Provocação	78,83	20,92	82,45	20,10	16,40***

***p≤0,001; **p≤0,01; *p<0,05

Analisando a relação entre os dois grupos etários considerados no estudo, o grupo dos 10 aos 11 anos (crianças) e o grupo dos 12 anos ou mais (adolescentes), quanto à percepção dos pais face à qualidade de vida relacionada com a saúde dos filhos, na grande maioria das dimensões foram encontradas diferenças significativas, excepto na dimensão “Amigos(as)”. Para o grupo das crianças os pais referem valores médios mais elevados do que para o grupo dos adolescentes, excepto no caso da dimensão “Provocação” onde os pais referem valores médios superiores para os adolescentes.

Quadro 12. Correlação de Pearson entre dimensões da QVRS – Instrumento KIDSCREEN (N=2256)

	SAF	S	EHG	STM	TL	F	QE	A	E
Saúde e Actividade Física	-----								
Sentimentos	0,531**	-----							
Estado de Humor Geral	0,310**	0,571**	-----						
Sobre si próprio	0,239**	0,405**	0,438**	-----					
Tempo livre	0,377**	0,485**	0,373**	0,305**	-----				
Família e Ambiente Familiar	0,308**	0,570**	0,518**	0,412**	0,465**	-----			
Questões Económicas	0,242**	0,276**	0,284**	0,207**	0,339**	0,339**	-----		
Amigos (as)	0,367**	0,427**	0,339**	0,214**	0,513**	0,376**	0,419**	-----	
Ambiente Escolar e Aprendizagem	0,283**	0,457**	0,431**	0,342**	0,344**	0,492**	0,293**	0,354**	-----
Provocação	0,190**	0,246**	0,371**	0,274**	0,201**	0,218**	0,259**	0,301**	0,233**

** Correlação significativa a 0,01 (2 – tailed)

Verifica-se que todas as dimensões da escala se encontram correlacionadas entre si, destacando-se correlações mais elevadas ($r > 0,5$), nomeadamente a correlação entre a dimensão “Sentimentos” com as dimensões “Saúde e Actividade Física”, “Estado de Humor Geral” e “Família e Ambiente Familiar”; a correlação entre a dimensão “Estado de Humor Geral” com a dimensão “Família e Ambiente Familiar” e ainda, a correlação da dimensão “Tempo Livre” com a dimensão “Amigos (as)”.

Quadro 13. Teste t para amostra emparelhadas – pais e filhos (N= 4460)

Dimensões	Filhos		Pais		t
	Média	dp	Média	dp	
Saúde e Actividade Física	71,67	17,53	71,92	18,02	-0,296
Sentimentos	80,90	16,22	80,94	14,71	0,000
Estado de Humor Geral	78,16	18,37	81,23	15,90	-5,512
Sobre si próprio	74,35	18,15	77,48	16,06	-5,718
Tempo Livre	77,22	20,63	79,28	17,65	-3,713
Família e Ambiente Familiar	80,97	19,20	83,66	14,93	-4,811
Questões Económicas	74,56	26,65	71,24	25,22	4,357
Amigos(as)	77,58	19,27	71,08	18,58	10,717
Ambiente Escolar e Aprendizagem	71,91	19,00	73,24	16,84	-2,134
Provocação	80,01	21,47	80,63	20,64	-0,913

Através do teste t para amostra emparelhadas, conclui-se que existem diferenças significativas na maioria das dimensões entre as respostas dos pais e dos respectivos filhos. Nas dimensões “Estado de Humor Geral”, “Sobre si próprio”, “Tempo Livre” e “Família e Ambiente Familiar” os pais apresentam valores mais elevados na percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde dos seus filhos do que os próprios. Pelo contrário, nas dimensões “Questões Económicas” e “Amigos (as)” são os filhos que percebem uma qualidade de vida relacionada com a saúde superior.

Síntese

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes: Análise dos resultados do Instrumento Kidscreen (versão para crianças e adolescentes e versão para pais)

1. Dimensões do Kidscreen (versão para crianças e adolescentes)

Os valores da consistência interna (α de Cronbach) das dimensões do Kidscreen variam entre 0,60 (Auto-percepção) e 0,88 (Questões Económicas), com valor global médio de 0,80 o que confirma a elevada consistência interna da escala. Analisando as dimensões entre si, verificamos que é relativamente às dimensões “Sentimentos”, “Família e Ambiente Familiar” e “Provocação” que as crianças e adolescentes referem uma melhor percepção da QVRS (qualidade de vida relacionada com a saúde) ($\geq 80,00$). A dimensão “Ambiente Escolar e Aprendizagem” é a que apresenta valores inferiores na percepção da QVRS.

Comparação Kidscreen cross-cultural - Portugal e Europa

Quando comparados os valores da consistência interna (α de Cronbach) das dimensões do Kidscreen obtidos na amostra Portuguesa verifica-se que estes se inserem no intervalo de dos Países membros do projecto Europeu Kidscreen, excepto no caso na dimensão da “Auto-percepção” que os valores da amostra portuguesa são ligeiramente inferiores. Nas dimensões “Sentimentos” e “Família e Ambiente Familiar” o valor encontra-se no limite inferior quando comparado com os valores médios europeus.

Correlação inter-dimensões

Verifica-se que todas as dimensões da escala se encontram correlacionadas entre si, destacando-se correlações mais elevadas ($r > 0,5$), nomeadamente a correlação entre a dimensão “Sentimentos” com as dimensões “Saúde e Actividade Física”, “Estado de Humor Geral”, “Tempo Livre” e “Família e Ambiente Familiar”; a correlação entre a dimensão “Estado de Humor Geral” com a dimensão “Sobre si próprio” (auto-percepção) e ainda, a correlação da dimensão “Tempo Livre” com as dimensões “Família e Ambiente Familiar” e “Amigos(as)”.

Género

Comparando os rapazes com as raparigas quanto à sua percepção sobre a própria qualidade de vida relacionada com a saúde, na maioria das dimensões encontram-se diferenças significativas, sendo que os rapazes apresentam valores médios mais elevados do que as raparigas, excepto no caso da dimensão “Ambiente Escolar e Aprendizagem” onde são as raparigas que apresentam valores médios superiores, e no caso das dimensões “Questões Económicas” e “Amigos (as)” onde as diferenças de género não são significativas.

Idade (Grupo das crianças e grupo dos adolescentes)

Analisando a relação entre os dois grupos etários considerados no estudo, o grupo dos 10 aos 11 anos (crianças) e o grupo dos 12 anos ou mais (adolescentes) quanto à sua percepção sobre a própria qualidade de vida relacionada com a saúde, na grande maioria das dimensões encontram-se diferenças significativas, excepto na dimensão “Questões Económicas”. O grupo das crianças apresenta valores médios mais elevados do que o grupo dos adolescentes, excepto no caso da dimensão “Provocação” onde são os adolescentes que apresentam valores médios superiores.

Estatuto socio-económico

Em relação à variável estatuto socio-económico (ESE), foram encontradas, na grande maioria das dimensões, diferenças significativas quanto à sua percepção sobre a própria qualidade de vida relacionada com a saúde, excepto na dimensão “Tempo Livre”. Os elementos com ESE médio/alto apresentam valores médios mais elevados do que os elementos com ESE baixo.

Nacionalidade

Na comparação das crianças e adolescentes Portugueses com os oriundos de um país Africano com Língua Oficial Portuguesa ou do Brasil quanto à sua percepção sobre a própria qualidade de vida relacionada com a saúde, na maioria das dimensões foram encontradas diferenças significativas, sendo que as crianças e adolescentes Portugueses apresentam valores médios mais elevados do que os das outras nacionalidades, excepto no caso da dimensão “Saúde e Actividade Física”, “Sobre si próprio” e “Ambiente Escolar e Aprendizagem” onde as diferenças de nacionalidade não são significativas.

Doença Crónica

Analisando a relação entre as crianças e adolescentes com e sem doença crónica, quanto à sua percepção sobre a própria qualidade de vida relacionada com a saúde, na grande maioria das dimensões encontram-se diferenças significativas, excepto na dimensão “Ambiente Escolar e Aprendizagem”. O grupo sem doença crónica apresenta valores médios mais elevados do que o grupo de crianças e adolescentes com doença crónica em todas as outras dimensões onde as diferenças são significativas.

Retenção Escolar

Analisando crianças e adolescentes em relação à retenção escolar face à sua percepção sobre a própria qualidade de vida relacionada com a saúde, em seis das dimensões foram encontradas diferenças significativas. Nas dimensões “Saúde e Actividade Física”, “Tempo Livre”, “Amigos (as)” e “Provocação” não foram encontradas diferenças significativas quanto à retenção escolar. O grupo dos sem retenção apresenta valores médios mais elevados do que o grupo de crianças e adolescentes com retenção em todas as outras dimensões onde as diferenças são significativas.

Quadro Resumo – Crianças e Adolescentes

Dimensões	Género		Idade (Anos)		ESE		Nacionalidade		Doença crónica		Retenção	
	M	F	10-11	12 ou +	baixo	médio /alto	PT	CPLP	S	C	N	S
Saúde e Actividade Física	▲		▲			▲	=	=	▲		=	=
Sentimentos	▲		▲			▲	▲		▲		▲	
Estado de Humor Geral	▲		▲			▲	▲		▲		▲	
Sobre si próprio	▲		▲			▲	=	=	▲		▲	
Tempo Livre	▲		▲		=	=	▲		▲		=	=
Família e Ambiente Familiar	▲		▲			▲	▲		▲		▲	
Questões Económicas	=	=	=	=		▲	▲		▲		▲	
Amigos (as)	=	=	▲			▲	▲		▲		=	=
Ambiente Escolar e Aprendizagem		▲	▲			▲	=	=	=	=	▲	
Provocação	▲			▲		▲	▲		▲		=	=

Correlações inter-dimensões - Crianças e Adolescentes

Dimensões	Sentimentos	Estado de Humor Geral	Tempo Livre
Saúde e Actividade Física	●		
Estado de Humor Geral	●		
Sobre si próprio		●	
Tempo Livre	●		
Família e Ambiente Familiar	●		●
Amigos (as)			●

Correlação $\geq 0,50$ significativa a 0,01

2. Dimensões do Kidscreen (versão para Pais)

Os valores da consistência interna (α de Cronbach) das dimensões do Kidscreen (versão para pais) variam entre 0,64 (Auto-percepção) e 0,87 (Questões Económicas), com um valor médio global de 0,82, o que confirma a elevada consistência interna da escala. Analisando as dimensões entre si, verificamos que é relativamente às dimensões “Sentimentos”, “Estado de Humor Geral”, “Família e Ambiente Familiar” e “Provocação” que os pais referem uma melhor percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde dos seus filhos (> 80,00). As dimensões “Amigos” e “Questões Económicas” são as que apresentam valores inferiores na percepção da QVRS dos pais face aos seus filhos.

Correlação inter-dimensões

Verifica-se que todas as dimensões da escala se encontram correlacionadas entre si, destacando-se correlações mais elevadas (> 0,5), nomeadamente a correlação entre a dimensão “Sentimentos” com as dimensões “Saúde e Actividade Física”, “Estado de Humor Geral” e “Família e Ambiente Familiar”; a correlação entre a dimensão “Estado de Humor Geral” com a dimensão “Família e Ambiente Familiar” e ainda, a correlação da dimensão “Tempo Livre” com a dimensão “Amigos(as)”.

Género

Comparando a percepção dos pais face às diferenças de género na percepção dos filhos sobre a própria qualidade de vida relacionada com a saúde, encontram-se diferenças significativas em seis dimensões, sendo que para os rapazes os pais apresentam valores médios mais elevados do que para as raparigas nas dimensões: “Saúde e Actividade Física”, “Sobre si próprio” e “Tempo Livre”; e para as raparigas os pais apresentam valores médios mais elevados do que para os rapazes nas dimensões: “Ambiente Escolar e Aprendizagem”; “Provocação” e “Questões Económicas”. No caso das dimensões “Sentimentos”, “Estado de Humor Geral”, “Família e Ambiente Familiar” e “Amigos (as)” onde as diferenças de género não são significativas.

Grupo de Idade (grupo de crianças e grupo de adolescentes)

Analisando a relação entre os dois grupos etários considerados no estudo, o grupo dos 10 aos 11 anos (crianças) e o grupo dos 12 anos ou mais (adolescentes), quanto à percepção dos pais face à qualidade de vida relacionada com a saúde dos filhos, na grande maioria das dimensões foram encontradas diferenças significativas, excepto na dimensão “Amigos(as)”. Para o grupo das crianças os pais referem valores médios mais elevados do que para o grupo dos adolescentes, excepto no caso da dimensão “Provocação” onde os pais referem valores médios superiores para os adolescentes.

Quadro resumo - Pais

Dimensões	Género		Idade (Anos)	
	M	F	10-11	12 ou +
Saúde e Actividade Física	▲		▲	
Sentimentos	=	=	▲	
Estado de Humor Geral	=	=	▲	
Sobre si próprio	▲		▲	
Tempo Livre	▲		▲	
Família e Ambiente Familiar	=	=	▲	
Questões Económicas		▲	▲	
Amigos (as)	=	=	=	=
Ambiente Escolar e Aprendizagem		▲	▲	
Provocação		▲		▲

Correlações inter-dimensões - Pais

Dimensões	Sentimentos	Estado de Humor Geral	Tempo Livre
Saúde e Actividade Física	●		
Estado de Humor Geral	●		
Família e Ambiente Familiar	●	●	
Amigos (as)			●

Correlação $\geq 0,50$ significativa a 0,01

3. Dimensões do Kidscreen – Pais e Filhos

Através do teste t para amostra emparelhadas, conclui-se que existem diferenças significativas na maioria das dimensões entre as respostas dos pais e dos respectivos filhos. Nas dimensões “Estado de Humor Geral”, “Sobre si próprio”, “Tempo Livre” e “Família e Ambiente Familiar” os pais apresentam valores mais elevados na percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde dos seus filhos do que os próprios. Pelo contrário, nas dimensões “Questões Económicas” e “Amigos (as)” são os filhos que percebem uma qualidade de vida relacionada com a saúde superior do que os respectivos pais.

Analisando em conjunto as percepções dos filhos e dos respectivos pais em relação à qualidade de vida relacionada com a saúde dos filhos, verifica-se que ambos têm percepções mais positivas nas dimensões “Sentimentos”, “Família e Ambiente Familiar” e “Provocação”; os pais apresentam uma percepção mais negativa nas dimensões “Amigos” e “Questões Económicas” do que os filhos; os filhos apresentam uma percepção mais negativa do bem-estar na dimensão “Ambiente Escolar e Aprendizagem”.



DISCUSSÃO E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

O objectivo do presente estudo prendeu-se com a adaptação e validação de um instrumento transcultural de avaliação da qualidade de vida relacionada com saúde em crianças e adolescentes e respectivos pais, denominado Kidscreen (Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2005; Ravens-Sieberer & European Kidscreen Group, 2001).

Os resultados revelam boas qualidades métricas, os valores consistência internos (versão filhos e versão pais) são semelhantes aos valores médios dos outros países do Grupo Kidscreen (The Kidscreen Group Europe, 2006).

Os resultados obtidos sugerem que o instrumento Kidscreen (versão pais e versão crianças e adolescentes) se encontra traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa. Este instrumento pode ser utilizado na medida da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS /Health-Related Quality of Life - HRQOL), em estudos de psicologia da saúde e saúde pública, permitindo aos investigadores monitorizar o estado de saúde da população ao longo do tempo, detectar sub-grupos de população em risco, e conhecer o impacto das intervenções numa determinada população (WHO, 1994; WHOQOL, 1995, 1996, 1998).

No sentido de aprofundar os dados obtidos no estudo quantitativo sugere-se a realização de grupos de discussão focados no tema através da metodologia qualitativa “Grupos focais” com os vários actores envolvidos crianças e adolescentes, pais, professores, pessoal auxiliar de educação, psicólogos e outros profissionais de saúde, no sentido de aferir as opiniões, crenças, valores, discurso e compreensão dos participantes, aprofundar junto destes a temática da qualidade de vida relacionada com a saúde e de que modo factores individuais e sociais a influenciam.

No âmbito da investigação e a intervenção em saúde pública e psicologia da saúde, especificamente na QVRS em crianças e adolescentes, revela-se fundamental a inclusão de medidas da própria percepção sobre a sua qualidade de vida, nomeadamente a nível da saúde, física, cultural, envolvimento social, stressores sociais, comportamentos de saúde, e processos psicossociais, tais como, auto-conceito, estilos de *coping*, suporte

social e educação parental. Estes factores num contexto de saúde vão influenciar a qualidade de vida relacionada com a saúde.

Com a informação e conhecimento alcançados torna-se viável propor boas práticas e intervenções tendo em conta as características e necessidades específicas, nomeadamente, características da População-Alvo: género, idade, estatuto socio-económico, nacionalidade e estado de saúde. Como consequência, podem, ainda, ser identificados crianças e adolescentes em risco em termos da sua saúde subjectiva, e fornecer a estas crianças programas de intervenção, devidamente contextualizados e avaliados.

Salienta-se a importância de ter em conta no âmbito da intervenção uma abordagem ecológica, intervindo junto de pais, crianças e adolescentes, escola, comunidade envolvente, opinião pública e poder político.

A promoção de competências pessoais e sociais pode constituir uma estratégia para promover a construção de alternativas e de formas de lidar com os desafios mais adequadas, em situações onde os factores sociais, económicos e ambientais podem constituir factores ligados ao risco. Possibilitando um aumento de participação e de bem-estar das crianças e dos adolescentes. Programas de promoção de competências pessoais e sociais que capacitem as crianças e os adolescentes a identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, melhorar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares, etc., irá otimizar a sua capacidade escolher um estilo de vida saudável e de o manter (Matos, 2005).



REFERÊNCIAS

- Bisegger, C., Cloetta, B., Rueden, U., Abel, T., & Ravens-Sieberer & European Kidscreen Group (2001). *Soz.- Präventivmed*, 50, 281-291.
- Carlson, C.; Uppal, S. & Prosser, E. (2000). Ethnic differences en processes contributing to the self-esteem of early adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 20, 1, 44-67.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- Frasquilho, M. (1996). *Comportamentos-problema em adolescentes: factores protectores e educação para a saúde: o caso da toxicodependência*. Lisboa: Laborterapia.
- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J. & Leal, I.(2006). Avaliação da percepção da qualidade de vida em crianças e adolescentes (pp491-500). In Actas do XI Congresso Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, Universidade do Minho. C. Machado, L. Almeida, M. A. Guisande, M. Gonçalves e V. Ramalho (Eds). Edições Psiquilibrios, Braga.
- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J., Leal, I. & Gonçalves, A. (2005). Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento. In M. Matos (Eds.) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.
- Gaspar, T.; Matos, M. & Gonçalves, A. (2005). Saúde e Diversidade Cultural. In M. Matos (Eds.) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.

- Gaspar, T.; Matos, M. & Gonçalves, A. (2005). Saúde dos Adolescentes Migrantes. In M. Matos (Eds.) *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.
- Harding, L. (2001). Children's Quality of Life Assessments: a review of genetic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8: 79-96.
- Matos, M.; Gaspar, T. & equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: FMH.
- Matos, M.; Gonçalves, A. & Gaspar, T. (2005). *Aventura Social, Etnicidade e Risco / Prevenção Primária do VIH em Adolescentes de Comunidades Migrantes*. IHMT/UNL – FMU/UTL – HBSC/OMS.
- NICHD Early Child Care Research Network. (2001). Child-care and Family Predictors of Preschool Attachment and Stability from Infancy. *Developmental Psychology*, 37, 847-862.
- Pereira, A. (1999). *SPSS guia prático de utilização- análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa- Edições Sílabo.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B., Bruil, J., Dur, W., Rajmil, L. & European Kidscreen Group (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Soz. – Präventivmed.* 46, 294-302.
- Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L. Bisegger, C., Ravens-Sieberer, U. & European Kidscreen Group (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *J Epidemiol Community Health*, 60, 130-135.

- Rajmil, L., Herdman, M., Sanmamed, M., Detmar, S., Bruil, J., Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M., Simeón, M., Auquier, P. & European Kidscreen Group (2004). Generic Health-related Quality of life Instruments in children and adolescents: a Qualitative Analysis of Content, *Journal of Adolescent Health*, 34, 37-45.
- Ribeiro, J. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (12), 179-191.
- Ribeiro, J. (2003). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition* 23 (1): 121-130.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coleção Psicologias, série Psicologia e Saúde: Quarteto, Coimbra.
- Roberts, R., Phinney, J., Masse, L., Chen, Y., Roberts, C. & Romero, A. (1999). The structure of ethnic identity of young adolescents from diverse ethnocultural groups. *Journal of Early Adolescence*, 19, 3, 301-322.
- Seidl & Zannon (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (2): 580-588
- STEP/BIT (2003). *A Luta Contra a Pobreza e a Exclusão Social: experiências do Programa Nacional de Luta Contra a Pobreza*. Genebra: Bureau Internacional do Trabalho.
- STEP/BIT (2003). *A Luta Contra a Pobreza e a Exclusão Social: experiências do Programa Nacional de Luta Contra a Pobreza*. Genebra: Bureau Internacional do Trabalho.

- The KIDSCREEN Group European (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires: quality of life questionnaires for Children and Adolescents*. Pabst Science Publishers, Germany.
- Wallander, J.L. & Schmitt, M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments and applications. *Journal of clinical psychology* 57 (4): 571-585.
- World Health Organisation. (1978) *Les soins de santé primaires - Alma-Ata (URSS)*. Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Genève.
- World Health Organisation (1986). *Young people's health - a challenge for society: report of a WHO study group on young people and "Health for all by the year 2000"*. Geneva: WHO.
- World Health Organisation (1991). *Introducing the Lifestyles and Health Department*. P. Anderson (Eds.), Copenhagen: Regional Office for Europe.
- World Health Organization (1993). *The health of young people: a challenge and a promise*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1994). *Quality Of Life Assessment: an annotated bibliography*. Geneva: WHO.
- World Health Organization Quality Of Life Group (1995). *The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization*. Geneva: Department of mental health WHO
- World Health Organization Quality Of Life Assessment Group (1996). *What is Quality of Life? World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): World Health Forum*.

World Health Organization Quality Of Life Group (1998). The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Geneva: Department of mental health WHO

World Health Organisation (1999). *Community Involvement in Health Development: a review of the concept and practise*. H. Kahssay & P. Oakley (Eds.), Geneva.

World Health Organization (2000). *Health and health behaviour among young people*. Denmark: WHO.

CONTACTOS DO PROJECTO AVENTURA SOCIAL

PROJECTO AVENTURA SOCIAL

www.fmh.utl.pt/aventurasocial

www.aventurasocial.com

www.Kidscreen.org

www.hbsc.org

e-mail: aventurasocial@fmh.utl.pt

Tel. 214149152 ou Tel. 214149105

Fax 214151248

FMH/UTL – Estrada da Costa

1495-688 Cruz Quebrada

CMDT/IHMT/UNL

Rua da Junqueira, 96 – 1300 Lisboa

tel. 213652600

fax 213632105

AVENTURA SOCIAL & SAÚDE

RELATÓRIOS 2006

Matos, M.; Gaspar, T.; Ferreira, M.; Linhares, F.; Simões, C.; Diniz, J.; Ribeiro, J.; Lael, I. & Equipa do Aventura Social (2006). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes: Projecto Europeu Kidscreen, Relatório do Estudo Português*. Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses – Hoje e em 8 anos – Relatório Preliminar do Estudo HBSC 2006*. Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com

Matos, M, Simões, C., Gaspar, T., Tomé, G., Ferreira, M., Linhares, F., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *Consumo de Substâncias dos Adolescentes Portugueses – Relatório Instituto da Droga e da Toxicoddependência*. Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Pereira, S., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *Comportamento Sexual e Conhecimentos, Crenças e Atitudes Face ao VIH/SIDA – Relatório Preliminar, Dezembro 2006*. Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *Indicadores de Saúdedos Adolescentes Portugueses – Relatório Glaxo Smith-Kline/HBSC 2006*. Web site: www.fmh.utl.pt/aventurasocial; www.aventurasocial.com