

GONÇALO FILIPE PERDIZ ABREU

**AUTO-PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA COM A SAÚDE**

Orientador: Prof. Doutor Luís Miguel Rosado da Cunha Massuça

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Educação Física e Desporto

Lisboa

2015

GONÇALO FILIPE PERDIZ ABREU

**AUTO-PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA COM A SAÚDE**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Ensino da Educação Física nos Ensinos Básicos e Secundário, conferido pela Universidade lusófona de Humanidades e Tecnologias com o despacho de nomeação de júri nº 29/2016 com a seguinte composição:

Presidente:

Professor Doutor Jorge dos Santos Proença
Martins-ULHT

Arguente:

Professor Doutor João Filipe da Silva Figueira
Martins-ULHT

Vogal:

Professor Doutor Francisco Alberto Arruda
Carreiro da Costa-ULHT

Orientador:

Prof. Doutor Luís Miguel Rosado da Cunha
Massuça-ULHT

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Educação Física e Desporto

Lisboa

2015

Agradecimentos

Ao longo de todo o processo académico percorrido nestes últimos cinco anos, muitos foram os que me apoiaram direta e indiretamente, merecendo o meu sincero agradecimento.

Agradeço a compreensão à gerência e a todos os colaboradores do restaurante “Ill Pizzaiollo”, que ao longo deste período me apoiaram enquanto seu funcionário e estudante.

À Escola Secundária da Portela de Sacavém, à sua direção, aos seus professores, particularmente à Professora Orientadora Isabel Figueiredo pelos conselhos e orientações e pela forma como me receberam e ajudaram a realizar a etapa enquanto estagiário.

Ao Professor Doutor Luís Miguel Rosado da Cunha Massuça, pela sua disponibilidade, apoio e orientação enquanto Orientador Científico desta Dissertação e Estágio Pedagógico.

Aos meus amigos de longa data que terão sempre um lugar importante na minha vida pessoal, André Vicente, Bruno Cadilha, Daniel Esteves, João Marques e Nuno Pires.

À Mónica Neves, por toda a compreensão que teve pela minha falta de tempo.

Toda esta etapa foi superada em equipa, uma equipa que se tornou num grupo, um grupo de colegas que se tornaram em amigos e ao Acyr Romão, Bernardo Uva, Edgar Correia, Filipe Lemos, Nuno Hidalgo, João Vale, Jorge Pires, Pedro Lopes, Rui Silva, Vasco Oliveira, um enorme obrigado e o desejo de uma carreira recheada de sucessos.

Por último, a toda a minha Família um agradecimento muito especial pelo apoio constante e incansável, em particular ao meu Pai e à minha Mãe por todo o amor e carinho que demonstraram. Espero que após esta etapa, possa, de alguma forma compensar todo o tempo que estive menos presente na vossa vida.

Resumo

OBJETIVO: O trabalho apresentado visa estudar a percepção que os estudantes pré-adolescentes e adolescente tem da sua qualidade de vida relacionada com a saúde.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo, em que participaram 191 sujeitos, dos quais 102 são do sexo masculino (idade, 13.3 ± 1.5 anos) e 89 são do sexo feminino (idade, 13.6 ± 1.5 anos). Para avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, foi aplicado o questionário KIDSCREEN-52© e calculados os scores das dimensões: (i) Saúde e atividade física; (ii) Sentimentos; (iii) Estado de humor geral; (iv) Auto-percepção; (v) Autonomia/Tempo livre; (vi) Família/Ambiente familiar; (vii) Questões económicas; (viii) Amigos; (ix) Ambiente escolar e aprendizagem; e (x) Provocação.

RESULTADOS: O valor médio do score nas dez dimensões estudadas não se afastam mais de dois pontos dos valores de referência da população nacional.

CONCLUSÃO: A relação entre QVRS e a dimensão ambiente escolar e aprendizagem, encerra uma complexidade que merece um maior aprofundamento e estudo, em particular, no que respeita ao impacto do reconhecimento das competências dos professores.

Palavras-chave: Escola, Qualidade de Vida, Saúde, KIDSCREEN52©

Abstract

OBJECTIVE: This work seeks to study the pre- and teenager students perception of their health related quality of life (HRQOL).

METHODS: This descriptive, transversal and retrospective study counted with 191 participants; from which 102 are males (mean age 13.3 ± 1.5 yrs) and 89 are females (mean age 13.6 ± 1.5 yrs). To evaluate HRQOL (health related quality of life), the enquiry KIDSCREEN-52© was applied and the dimensions scores have been calculated, namely: (i) Physical well-being; (ii) Moods and emotions; (iii) Psychological well-being; (iv) Self-perception; (v) Autonomy; (vi) Parent relations and home life; (vii) Financial resources; (viii) Social support and peers; (ix) School environment; and, (x) Social acceptance / Bullying.

RESULTS: The scores on the ten dimensions are similar to the reference values of the Portuguese population.

CONCLUSION: The relation between HRQOL and the School environment dimension comprises a complexity that calls for better and further studies, particularly on what concerns the impact of teacher competence acknowledgement.

Keywords: School, Quality of Life, Health, KIDSCREEN52©

Índice Geral

Introdução	1
CAPÍTULO I - REVISÃO DE LITERATURA	3
1.1. Qualidade de vida (QV)	4
1.2. Qualidade de vida relacionada com a saúde	6
1.3. Avaliação da QVRS	8
CAPÍTULO II - OBJECTIVOS	12
CAPÍTULO III - METODOLOGIA	14
3.1. Desenho do estudo	15
3.2. Participantes	15
3.3. Avaliação da qualidade de vida (QV)	16
3.4. Análise estatística	17
CAPÍTULO IV - RESULTADOS	18
4.1. Saúde e atividade física	19
4.2. Sentimentos	20
4.3. Estado de humor geral	21
4.4. Auto-perceção	22
4.5. Autonomia/Tempo livre	23
4.6. Família/Ambiente familiar	24
4.7. Questes econmicas	25
4.8. Amigos	26
4.9. Ambiente escolar e aprendizagem	27
4.10. Provocação	28
4.11. Scores do das dimensões do KIDSCREEN52©	29
CAPÍTULO V - DISCUSSÃO	30
CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES	34
6.1. Conclusões	35
6.2. Aplicação prática	35
Referências	37
Anexos	43
Anexo 1	44

Índice de Tabelas

Tabela 1. Definições de qualidade de vida apresentadas na literatura.....	4
Tabela 2. Distribuição dos participantes segundo o sexo e idades.....	16
Tabela 3. Número de itens, valor médio obtido, desvio padrão, e valor Alpha de Cronbach das dez dimensões do KIDSCREEN52.....	17
Tabela 4. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 1 (Saúde e Atividade Física) do KIDSCREEN52.....	19
Tabela 5. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 2 (Sentimentos) do KIDSCREEN52.....	20
Tabela 6. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 3 (Estado de humor geral) do KIDSCREEN52.....	21
Tabela 7. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 4 (Auto-perceção) do KIDSCREEN52.....	22
Tabela 8. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 5 (Autonomia/Tempo livre) do KIDSCREEN52.....	23
Tabela 9. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 6 (Fmlia/Ambiente familiar) do KIDSCREEN52.....	24
Tabela 10. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 7 (Questes econmicas) do KIDSCREEN52.....	25
Tabela 11. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 8 (Amigos) do KIDSCREEN52.....	26
Tabela 12. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 9 (Ambiente escolar e aprendizagem) do KIDSCREEN52.....	27
Tabela 13. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 10 (Provocação) do KIDSCREEN52.....	28
Tabela 14. Número de itens, valor médio (e desvio padrão) obtido pelos participantes das dez dimensões do KIDSCREEN52.....	29

Índice de figuras

Figura 1. Fatores associados à qualidade de vida	5
---	---

Lista de abreviaturas

AF, Atividade Física

DP, Desvio Padrão

EPM, Erro padrão da média

EUROHIS-QQL-8, Questionário europeu de Qualidade de Vida

HRQOL, Health Related Quality of Life

IMC, ndice de Massa Corporal

KIDSCREEN-52, Questionário utilizado no estudo

M, média

OMS, Organização Mundial de Saúde

QV: Qualidade de Vida

QVRS, Qualidade de Vida relacionada com a Saúde

Introdução

A importância de conhecer a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) na população mais jovem, permite identificar fatores decisivos na sua vida e garantir um futuro adulto com uma melhor qualidade de vida (QV) (Bisegger et al., 2005).

Justifica-se assim a necessidade e importância de analisar a QVRS em crianças e adolescentes, possibilitando desenvolver processos de promoção da QV através de estratégias preventivas (Helsteh & Lund, 2005).

A pesquisa da QVRS na faixa etária juvenil, demonstra-se imatura, tendo sido por muito tempo pouco aprofundada (Michel et al., 2009).

A subjetividade dos estudos que se têm vindo a apresentar, torna-se numa das debilidades interpretativas mais evidentes, tornando-se numa das fragilidades das pesquisas deste tema (Lundqvist et al., 2010; Matza et al., 2004).

Como oportunamente referido, e apesar da importância desta temática, parecem existir debilidades e lacunas na investigação, i.e., segundo Ravens-Sieberer e Bullinger (2006), apenas 13% das publicações sobre QVRS estão relacionadas com as crianças, e de 320 publicações identificadas, apenas 9% se referem a testes de instrumentos de avaliação. Também Robitail et al. (2006) sublinham o défice de medidas que permitiam apreciações da QVRS a nível internacional.

É justamente a carência de dados inerentes à saúde subjetiva de crianças e adolescentes em vários países europeus, que conduzem ao progresso paralelo do questionário KIDSCREEN-52 avaliado em 13 países europeus (Ravens-Sieberer et al., 2007).

Face ao exposto, parece pertinente estudar a perceção que os estudantes pré-adolescentes e adolescente tem da sua QVRS, por forma a delinear/ajustar estratégias promotoras das duas diferentes dimensões.

A preocupação anterior resultou no relatório que se segue, e que está dividido em seis capítulos, i.e.: (i) Capítulo I - Revisão de Literatura, onde é apresentado o racional teórico do tema estudado; (ii) Capítulo II – Objetivo do estudo; (iii) Capítulo III – Metodologia, onde são apresentados os participantes, os procedimentos e a análise estatística realizada; (iv) Capítulo IV – Resultados; (v) Capítulo V – Discussão, centrada na confrontação dos principais resultados com o conhecimento

científico atual; e (vi) Capítulo VI – Considerações finais, que contemplam não só as conclusões do trabalho, mas também uma reflexão breve centrada nas aplicações práticas.

CAPÍTULO I - REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura está organizada em dois pontos fundamentais, centrados: (i) na delimitação conceptual de qualidade de vida (QV), e (ii) na delimitação conceptual e metodologias de avaliação de qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS).

1.1. Qualidade de vida (QV)

Segundo o grupo de avaliação de qualidade de vida (QV) da OMS (WHOQOL, 1995), a qualidade de vida (QV) caracteriza-se pela percepção do indivíduo perante a vida considerando o contexto sociocultural, em conformidade com os sistemas de valores sociais básicos, os seus objetivos, as suas esperanças e as suas preocupações da vida.

No entanto, segundo Ross et al. (1992), esta não é uma definição unânime de QV, pelo que são muitos os autores que apresentam a sua própria definição de qualidade de vida (Tabela-1).

Tabela1. Definições de qualidade de vida apresentadas na literatura (Ros et al., 1992).

Referência	Definição de qualidade de vida
Dalkey e Rourke (1973)	É um sentimento pessoal de bem-estar, de satisfação/insatisfação com a vida ou de felicidade/infelicidade.
Shin e Johnson (1978)	É a posse dos recursos que são necessários para a satisfação das necessidades, os desejos, a participação em atividades que tornem possível o desenvolvimento pessoal e comparação satisfatória dele mesmo com os outros.
Viney e Westbrook (1981)	É um conceito multidimensional e complexo referente à forma de como os pacientes fazem com que as suas experiências sejam significativas.
Holmes (1989)	É um conceito dinâmico, abstrato e complexo que representa as respostas individuais a fatores físicos, mentais e sociais que contribuem para uma vida diária satisfatória.
Chubon (1987)	É o que nos faz sentir que a vida vale a pena ser vivida.
Wiklund et al. (1992)	É a diminuição da sintomatologia, aumento de bem-estar e manutenção de uma boa capacidade funcional para levar até o fim as atividades básicas da vida diária.
Jern (1987)	É a forma em que a pessoa dá valor à própria vida.
Torrance (1987)	É um conceito multidimensional que inclui todos aqueles fatores que causam impacto na vida do indivíduo.
Birdwood (1980)	É o resumo de todas as satisfações que fazem da vida ser digna de ser vivida.
Goodinson e Singleton (1989)	É o grau de satisfação relativamente às circunstâncias da vida.
De Haes e Van Knippenberg (1989)	É a avaliação global e completa das boas ou satisfatórias características da vida.

Destaca-se assim que são diversos os fatores que podem influenciar a QV (Figura-1).

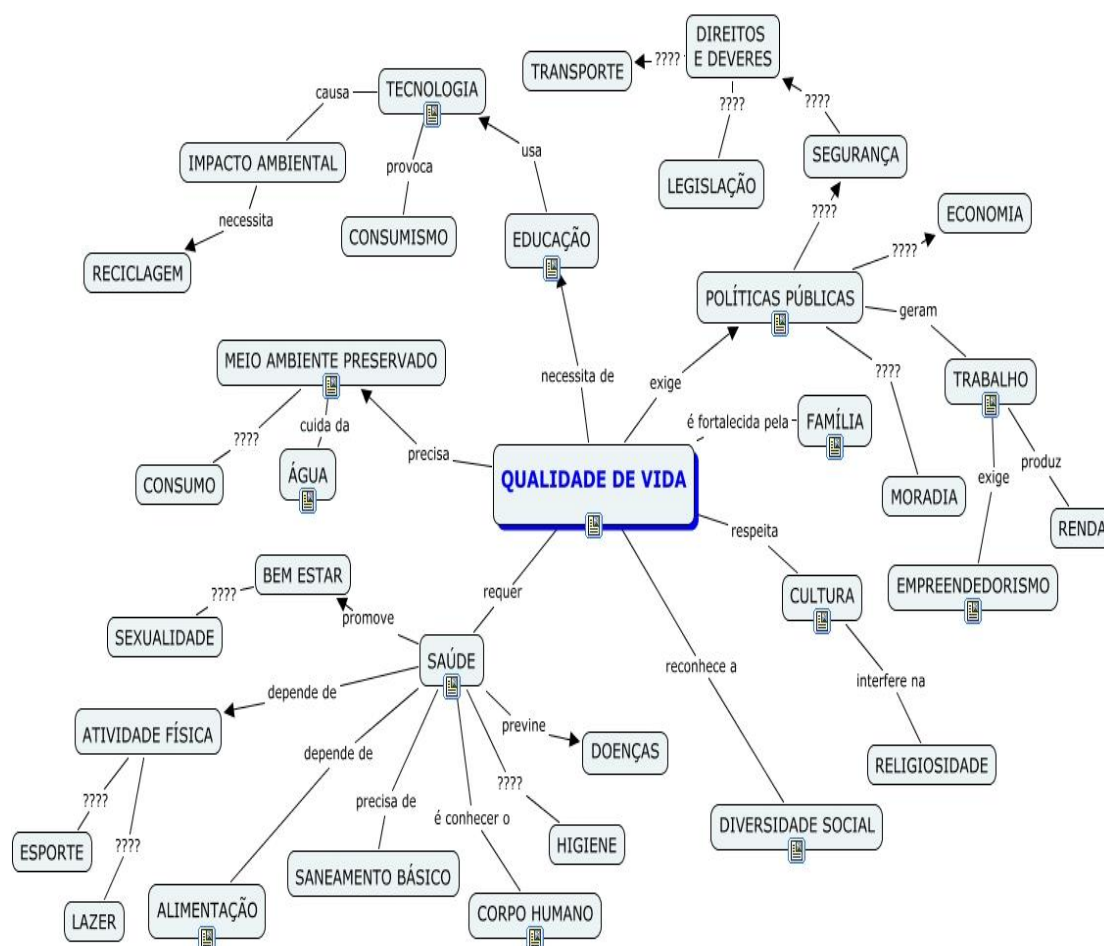


Figura 1. Fatores associados à qualidade de vida (adaptado de Schwarzelmüller, 2015)

Fallowfield (2009) sustenta a QV, conceptualizando-a como omnipresente em várias dimensões nomeadamente filosóficas, políticas e relacionadas com a saúde. Por sua vez O'Connor (1993) já havia afirmado que as definições de QV no contexto da saúde são maioritariamente escassas ou até mesmo inexistentes sendo assim difícil definir uma noção abrangente e geral de QV.

Por norma, a QV é identificada como um conceito psicológico multidimensional que engloba funcionamento e bem-estar nas dimensões físicas, sociais e mentais ou emocionais relacionadas com a vida (Fallowfield, 2009).

Para Fallowfield (2009) a QV pode ser definida de diferentes maneiras, fazendo a sua integração no estudo científico desafiadora, referindo-se ainda ao seu conceito como um dos mais complexos de definir nas ciências sociais. De facto, alguns autores relacionam a QV com o estado de saúde e bem-estar (Kaplan et al., 1976), e satisfação com a vida (Goldbeck et al., 2007), sendo que a saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas de ausência de doença (WHO, 1948)

Segundo Wallander e Schmitt (2001) a QV deve ser conceptualizada de forma mais genérica, abrangendo a área da saúde. Denominando a Saúde Compreendida como QVRS e apresentando vários fatores como o bem-estar, capacidades físicas, capacidades emocionais, capacidades cognitivas, funções sociais, funções comportamentais, auto-percepção e inter-percepção.

1.2. Qualidade de vida relacionada com a saúde

Nos últimos tempos temos assistido a uma progressiva evolução respeitante a estudos relacionados com QV, ainda assim no que diz respeito à qualidade de vida relacionada com saúde (QVRS) em crianças e adolescentes deparamo-nos com lacunas ao nível da sua investigação (Michel et al., 2009). Os mesmos autores realçam também a negligência e incompletude no que diz respeito aos estudos relacionados com esta matéria.

Analisando as questões conceituais, metodológicas e reguladoras na avaliação da QVRS, Matza et al. (2004) sustentam que a QVRS é subjetiva e deve, portanto, ser avaliada do ponto de vista do indivíduo questionado, sempre que possível. Só desta forma, a avaliação da QVRS revela utilidade como instrumento de conjectura e permite identificar indivíduos em risco e com problemas ao nível da saúde, consumo excessivo de substâncias, relações escolares e sociais disfuncionais e desequilibradas (Frisch et al., 2005).

Importa ainda referir que a conceptualização de QVRS suporta um modelo subjetivo, multidimensional e inclusivo inerente ao objeto da saúde (Ravens-Sieberer et al., 2005), e que o discernimento abstrato sobre a saúde e bem-estar, tornou-se um ponto apropositado aquando feita uma avaliação da QVRS. Ravens-Sieberer et al. (2007) afirmam que conclusões subjetivas sobre o estado de saúde se baseiam na

auto-percepção de cada indivíduo. De acordo com o estudo da OMS Collaborative Cross National (HBSC), a resposta dos jovens que define a maneira como se sentem, representa uma variável real, válida e influente para a sua saúde. Constata-se que os mesmos podem fornecer um relatório conciso e exato (Currie et al., 2001).

Atualmente a saúde e bem-estar da camada social jovem é influenciada significativamente por questões e desafios sociais representando um impacto e pressuposto risco sobre a mesma. Segundo uma pesquisa realizada pela University of Nevada Cooperative Extension, concluiu-se que existem fatores preocupantes e influentes na QV dos jovens. Gravidez na adolescência, coação e pressão psicológica para envolvimento em atividade sexuais, abuso de substâncias psicotrópicas, condução sob efeito de álcool e/ou drogas, apoio familiar, capacidade financeira e investimento educacional (Singletary, 2005), são algumas variáveis consideradas reveladoras e importantes para o estudo do modelo em questão.

É fundamental criar e garantir conhecimento acerca da QVRS nas faixas etárias mais novas. Esta formação cívica e educacional poderá certamente provocar influxo no sector de saúde pública, sendo a mesma considerada um trampolim para a QV na idade adulta (Bisegger et al., 2005).

Apesar da importância desta matéria, parecem existir debilidades e lacunas na investigação deste tema, i.e., segundo Ravens-Sieberer e Bullinger (2006), apenas 13% das publicações sobre QVRS estão relacionadas com as crianças, e de 320 publicações identificadas, apenas 9% se referem a testes de instrumentos de avaliação.

A percepção é fundamental no que diz respeito a questões de saúde, quando estas são direcionadas a crianças e adolescentes. O mesmo permite perceber a forma como se envolvem e compreendem a sua saúde, trazendo a curto prazo benefícios que serão visíveis futuramente a nível da saúde geral da população (Keenaghan & Kilroe, 2008).

A necessidade e importância de avaliar a QVRS em crianças e adolescentes, justifica-se com o facto de a mesma permitir conhecer e desenvolver métodos de promoção da qualidade de vida nesta faixa etária, identificando fatores de risco prevenindo assim os seus efeitos negativos. (Helsteh & Lund, 2005). Deve ser tido em conta que a avaliação da QVRS em crianças e adolescentes, se trata de uma matéria relativamente recente, que tem vindo a enfrentar diversos desafios metodológicos (Ravens-Sieberer et al., 2005). Estes cuidados surgem derivado à confiabilidade de dados recolhidos a partir de respostas de crianças e adolescentes, sendo que surge um

rácio de idade e adequação da dimensão, em relação ao seu nível de alfabetização, bem como os diferentes domínios questionados. Estatisticamente, as crianças não são apontadas como entrevistados confiáveis (Claes et al., 2009), tendo em consideração o seu desenvolvimento emocional, a capacidade cognitiva e as suas capacidades literárias (Ravens-Sieberer et al., 2005).

Estudos realizados numa linha temporal recente, documentaram fatores influentes e impactantes na QV dos jovens, predominando o acesso limitado a recursos materiais (Ravens-Sieberer et al., 2009), tabagismo (Rachiotis et al., 2006), problemas de uso excessivo de drogas, álcool e outras substâncias psicotrópicas (Hubley & Palepu, 2007), integração socioeconómica (Ravens-Sieberer et al., 2009), condições sociais precárias (Ravens-Sieberer et al., 2008), e HIV (Rai et al., 2010). Todos estes fatores favorecem um declínio na QVRS em adolescentes, que se justifica por uma transição social e biológica desde a infância até à idade adulta, centrando-se em alterações a nível escolar (Bisegger et al., 2005). Esta transição social e biológica afeta também o bem-estar emocional do adolescente influenciando o seu desenvolvimento cognitivo e a sua maturação, podendo resultar em substanciais quantidades de pressão e stress (Goldbeck et al., 2007).

Em suma, parece que uma avaliação completa das questões de QVRS em adolescentes é equívoca devido à volubilidade no nível de maturidade dentro desta faixa etária, a variação na independência e experiência, e prováveis alterações emocionais (Cramer et al., 1999).

A apreciação da QVRS em crianças e camadas jovens foi por muito tempo negligenciada, descuidada e pouco aprofundada (Michel et al., 2009). Deste modo a avaliação da QVRS nas faixas etárias tratadas, parece ser ainda muito imatura. Visto que a subjetividade pode representar uma limitação, no sentido em que deve ser, sempre que possível, avaliada através de uma auto-preceção (Matza et al., 2004). Outros autores concordam relativamente à subjetividade dos sintomas, apresentando debilidades interpretativas (Lundqvist et al., 2010).

1.3. Avaliação da QVRS

Varni et al. (2007) credibilizaram, através da viabilização de relatórios baseados em relatos de crianças com idades compreendidas entre os 5 e 16 anos e

expuseram que crianças a partir dos 5 anos idade estão aptas para avaliar a sua QVRS. Os autores ressaltam a validade e confiabilidade dos relatos, quando aplicados medidas e parâmetros apositados à faixa etária em questão.

Obstante a isto, o nível de alfabetização e formação poderá manifestar-se como obstáculo adicional na exequibilidade da avaliação da QVRS. Laconicamente, dificuldades linguísticas e de expressão podem ser um obstáculo na avaliação. (Foxcroft & Roodt, 2005).

Pode até, ficar estabelecido um limite inferior acerca da idade adequada para um questionário específico, em consequência do nível de compreensão (Matza et al., 2004). Rebok et al. (2001), avaliaram as faculdades de compreensão de crianças, inerentes à terminologia relacionada com saúde e concluíram que crianças entre os 6 e 7 anos de idade manifestam dificuldades com alguns termos, mas ainda assim aptos de apresentar um relatório sobre as suas experiências de saúde. Os autores verificaram também que 50% das crianças de 5 anos expressaram incompreensão de palavras-chave apresentadas, mas com 8 anos revelaram-se hábeis para apresentar um relatório sobre todas as vertentes das suas experiências de saúde. Ainda assim, como supramencionado, Claes et al. (2009) definem as crianças como pouco confiáveis no que diz respeito às suas respostas.

É referido ainda por alguns autores que não deve ser menosprezada, a necessidade da percepção de QV de crianças e jovens (Goldbeck et al., 2007), visto que a percepção dos domínios das diferentes dimensões de QV se altera consoante a fase de desenvolvimento biológico e cognitivo (Bullinger et al., 2006).

Um estudo recente realizado por Ferrão et al. (2013), analisou a relação entre o nível socioeconómico e os resultados académicos dos alunos e revelou uma forte influência do contexto social e económico, no desempenho escolar dos alunos. Os autores afirmam também que o ambiente escolar é um importante fator no processo ensino-aprendizagem dos alunos.

Von Rueden et al. (2006) ao estudarem o impacto de diferentes estatutos socioeconómicos na QVRS, observaram que, para os adolescentes, a questão financeira é um fator de impacto na sua qualidade de vida, influenciando todas as dimensões referidas no KIDSCREEN-52. A resposta dos adolescentes questionados demonstrou que os adolescentes relacionam as questões financeiras com o acesso a recursos materiais e sociais, favorecendo condições de stress. O estudo concluiu existirem evidências que sugerem dois fatores importantes que influenciam a QVRS

das crianças e adolescentes, sendo a baixa escolaridade dos pais e o estatuto socioeconómico, podendo existir relação entre ambos.

Ravens-Sieberer et al. (2005) ao relatarem os primeiros resultados psicométricos do projeto KIDSCREEN-52, aplicado em 12 países e tendo como uma amostra de 22110 crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos, sublinharam a influência do nível socioeconómico nas outras dimensões e a sua relação com a QVRS. Os autores indicam ainda que os scores mais explícitos são apresentados na dimensão social e na dimensão de recursos financeiros.

Também Gaspar et al. (2011) consideram os fatores psicológicos e sociais como os de maior impacto na QVRS de crianças e adolescentes.

Pereira et al. (2013) conduziram um estudo com o objetivo de apresentar medidas psicométricas do instrumento de estudo EUROHIS-QOL-8. A aplicação do questionário a 604 indivíduos, permitiu concluir que a variabilidade da QV demonstra ter maior oscilação dependendo do grau de escolaridade e do nível socioeconómico. Os autores consideram também o instrumento como uma medida de avaliação viável, em estudos de grande dimensão.

Gaspar et al. (2008) consideram o ambiente escolar e a escola como a estrutura social de maior importância para a educação das crianças e adolescentes, que possibilita um positivo desenvolvimento emocional, social, cognitivo e físico. WHO (2001) criou um currículo educacional com linhas orientadoras para que os docentes ajudassem os alunos a adquirirem competências sociais de forma a que os alunos se apoiem e superem problemas sociais, sendo abordada a questão da igualdade social de maneira a melhorar a qualidade do ambiente escolar.

Investigações sobre aspetos desenvolvimentistas da satisfação com a vida, focalizadas nos efeitos da idade e género durante a adolescência comprovam uma significativa diminuição de satisfação com a vida no decorrer do período de adolescência, em ambas as variáveis. Os autores concluíram que uma pressuposta diminuição da satisfação com a vida deve ser considerada um fenómeno de desenvolvimento, que é por sua vez, uma variável influente no bem-estar e funcionamento do indivíduo.

Assim, devem ser tomadas em consideração variações de desenvolvimento na apreciação da QVRS de crianças e adolescentes. Em vista disso, adaptar e utilizar medidas de adultos para avaliar crianças e adolescentes é, portanto, também questionável (Bullinger et al., 2006).

Züllig et al. (2005) observaram as disparidades de percepção de adolescentes entre os indicadores de auto percepção de saúde, saúde mental, saúde física e qualidade de vida, comprovando que os adolescentes se fundamentam maioritariamente na auto percepção da saúde mental, desconsiderando em parte a auto percepção da sua saúde de física.

O KIDSCREEN-52 surge com base em conclusões de um estudo acerca da compreensão da QVRS em indivíduos com idades compreendidas entre os 8 e 18 anos. Este estudo terá sido aplicado e debatido em 6 países europeus (Detmar et al., 2006). De facto, o conteúdo do KIDSCREEN-52 foi, portanto, pronunciado com base nas apreciações da população-alvo estipulada, ou seja, crianças e adolescentes. Numa extensiva revisão das medidas da QVRS, conduzida por Janssens et al. (2008), verificou-se que na necessidade de acompanhamento pós-trauma de uma criança, pode considerar o KIDSCREEN-52 como uma das três medidas mais apropriadas, sendo aplicáveis a uma grande variedade de idades. Os autores asseguram também que o questionário é confiável e válido, pois compreende uma vasta gama de domínios.

Robitail et al. (2006) sublinham o défice de medidas que permitiam apreciações da QVRS a nível internacional. É justamente a carência de dados inerentes à saúde subjetiva de crianças e adolescentes em vários países europeus que conduziram ao progresso paralelo do questionário KIDSCREEN-52 avaliado em 13 países europeus (Ravens-Sieberer et al., 2007).

Assim, tendo em consideração a multidisciplinaridade do conceito de QVRS, o impacto contextual e da etapa de desenvolvimento (biológico e emocional) das crianças e jovens, parece pertinente estudar a percepção que este tem da sua QVRS, por forma a delinear/ajustar estratégias que contribuam para a sua otimização.

CAPÍTULO II - OBJECTIVOS

O presente estudo tem como objetivo estudar a perceção que os estudantes, pré-adolescentes e adolescente, tem da sua qualidade de vida relacionada com a saúde.

Em complemento, foram definidos dez objetivos específicos, i.e.:

- Analisar a distribuição das respostas às questões que caracterizam a dimensão saúde e atividade física das crianças e adolescentes;
- Analisar a distribuição das respostas às questões que caracterizam a dimensão sentimentos das crianças e adolescentes;
- Analisar a distribuição das respostas às questões que caracterizam a dimensão estado de humor geral das crianças e adolescentes;
- Analisar a distribuição das respostas às questões que caracterizam a dimensão auto-perceção das crianças e adolescentes;
- Analisar a distribuição das respostas às questões que caracterizam a dimensão autonomia/tempo livre das crianças e adolescentes;
- Analisar a distribuição das respostas às questões que caracterizam a dimensão fmlia/ambiente familiar das crianças e adolescentes;
- Analisar a distribuição das respostas às questões que caracterizam a dimensão questões econmicas das crianças e adolescentes;
- Analisar a distribuição das respostas às questões que caracterizam a dimensão amigos das crianças e adolescentes;
- Analisar a distribuição das respostas às questões que caracterizam a dimensão ambiente escolar e aprendizagem das crianças e adolescentes;
- Analisar a distribuição das respostas às questões que caracterizam a dimensão provocação das crianças e adolescentes.

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

A metodologia está organizada em quatro pontos fundamentais, i.e.: (i) desenho do estudo; (ii) caracterização dos participantes; (iii) apresentação do instrumento utilizado na avaliação da QVRS; e (iv) descrição dos procedimentos utilizados no tratamento dos dados e análise estatística.

3.1. Desenho do estudo

A seleção dos participantes para o estudo decorreu de acordo com a disponibilidade das crianças e adolescentes nos dias em que foi aplicado o instrumento de avaliação.

O tipo de amostragem foi não probabilística e a técnica de amostragem foi de conveniência, i.e., foram considerados neste estudo os participantes que frequentavam a Escola Secundária da Portela – Sacavém.

Antes do preenchimento do questionário, os sujeitos foram esclarecidos sobre o carácter voluntário, o objectivo do estudo e o teor do questionário, e obteve-se o consentimento informado escrito dos adolescentes e pais/representante legal.

Todos os dados foram colhidos num único momento (Maio de 2012).

Em suma, trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo.

3.2. Participantes

Participaram no estudo 191 sujeitos, dos quais 102 são do sexo masculino e 89 são do sexo feminino. A média de idade é de 13.4 (DP = 1.5) anos, não existindo diferença significativa entre as médias de idades quando considerados os sexo (masculino, 13.3±1.5 anos; femininos, 13.6±1.5 anos; $t(189) = -1.307$, $p = 0.193$). Na Tabela-2 é apresentada a caracterização dos participantes.

Tabela 2. Distribuição dos participantes segundo o sexo e idades.

		N = 191	%
Sexo	Feminino	89	46.6
	Masculino	102	53.4
Idade (anos)	11	23	12.0
	12	43	22.5
	13	21	11.0
	14	58	30.4
	15	25	13.1
	16	21	11.0

3.3. Avaliação da qualidade de vida (QV)

Para avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, foi aplicado o questionário KIDSCREEN-52© (Anexo-1).

O KIDSCREEN-52© é um instrumento transcultural europeu que permite medir, monitorizar e avaliar a qualidade de vida (QV) em crianças e adolescentes, tendo em consideração dez dimensões: (i) Saúde e atividade física; (ii) Sentimentos; (iii) Estado de humor geral; (iv) Auto-percepção; (v) Autonomia/Tempo livre; (vi) Família/Ambiente familiar; (vii) Questões económicas; (viii) Amigos; (ix) Ambiente escolar e aprendizagem; e (x) Provocação.

É um questionário de autopreenchimento, aplicável em 10-15 minutos a crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos.

Este instrumento foi desenvolvido, entre 2001 e 2004, pelo projeto Screening and Promotion for Health-Related Quality of Life in Children and Adolescent – An European Public Health Perspective da Comissão Europeia e, em 2006, foi validado em Portugal pela Equipa do projeto Aventura Social (ver: Gaspar & Gaspar de Matos, 2008).

Num estudo prévio foram calculados os valores da consistência interna (α de Cronbach) das dimensões, observando-se que esta varia entre 0.66 (Auto-percepção) e 0.89 (Família / Ambiente familiar e Questões económicas). Observou-se ainda que o valor médio foi de 0.95, o que confirma uma elevada consistência interna da escala (Tabela -3).

Tabela 3. Número de itens, valor médio obtido, desvio padrão, e valor Alpha de Cronbach das dez dimensões do KIDSCREEN52.

DIMENSÖES KIDSCREEN52©.		Items	Abreu & Massuça (2015)		Portugal ^a
			Mdia	α de Cronbach	
1	Saúde e atividade física	5	19.42	0.745	19.3
2	Sentimentos	6	25.54	0.851	25.2
3	Estado de humor geral	7	30.31	0.791	28.5
4	Auto-perceção	5	21.50	0.657	19.7
5	Autonomia / Tempo livre	5	19.65	0.832	20.3
6	Família / Ambiente familiar	6	25.55	0.887	25.2
7	Questōes econōmicas	3	13.03	0.886	11.9
8	Amigos	6	25.35	0.811	24.5
9	Ambiente escolar e aprendizagem	6	22.06	0.832	22.7
10	Provocação	3	13.94	0.797	12.6

^a, Valor médio das dimensões do KIDSCREEN52 (Gaspar & Gaspar de Matos, 2008).

3.4. Análise estatística

Utilizou-se a estatística descritiva, em particular medidas de tendência central (média amostral e moda) e uma medida de dispersão (desvio-padrão).

Foram realizadas duas análises prévias, i.e.: (i) para efetuar a caracterização dos participantes, estudou-se a significância das mdias das idades do sexo masculino e do sexo feminino com recurso ao teste *t*-Student para amostras independentes; e (ii) para avaliar a consistência interna das dez dimensões do KIDSCREEN52, considerou-se o somatório do resultado de todas as respostas aos itens que constituem cada dimensão do KIDSCREEN52, sendo calculado o valor α de Cronbach.

Posteriormente, a análise descritiva compreendeu a distribuição percentual de cada uma das opções de resposta, para cada uma das 52 questões do KIDSCREEN52 (destaca-se que a significância estatística da incidência percentual das opções de respostas não foram avaliadas).

Os dados recolhidos foram transferidos para uma base de dados do PASW Statistics (v. 21; SPSS Inc, Chicago, IL) procedendo-se posteriormente às análises estatísticas.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS

Para melhor compreensão, a análise dos resultados é apresentada por dimensão de QVRS (i.e., 10 dimensões).

4.1. Saúde e atividade física

A maioria dos participantes (61.8%) descreve a sua saúde como Má ou Muito Má. No entanto, quando inquiridos sobre a sua perceção de forma, atividade física e energia, nunca menos de 62.8% dos participantes se pontuaram com menos de 4 pontos. Os resultados são apresentados na Tabela-4.

Tabela 4. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 1 (Saúde e Atividade Física) do KIDSCREEN52©.

SAÚDE E ACTIVIDADE FÍSICA	N	%	Moda	Min	Máx
Q01. Em geral, como descreves a tua saúde?					
(1) Excelente	0	0			
(2) Muito boa	4	2.1			
(3) Boa	69	36.1	3 ^a	2	5
(4) Má	69	36.1			
(5) Muito Má	49	25.7			
Q02. Sentiste-te bem e em forma?					
(1) Nada	1	0.5			
(2) Pouco	5	2.6			
(3) Moderadamente	57	29.8	4	1	5
(4) Muito	83	43.5			
(5) Extremamente	45	23.6			
Q03. Estiveste fisicamente ativo?					
(1) Nada	2	1.0			
(2) Pouco	21	11.0			
(3) Moderadamente	48	25.1	4	1	5
(4) Muito	67	35.1			
(5) Extremamente	53	27.7			
Q04. Foste capaz de correr bem?					
(1) Nada	1	0.5			
(2) Pouco	7	3.7			
(3) Moderadamente	47	24.6	4	1	5
(4) Muito	79	41.4			
(5) Extremamente	57	29.8			
Q05. Sentiste-te cheio(a) de energia?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	5	2.6			
(3) Algumas vezes	51	26.7	4	2	5
(4) Frequentemente	81	42.4			
(5) Sempre	54	28.3			

^a, Existem múltiplas modas, sendo apresentado o valor menor.

4.2. Sentimentos

Na população do estudo: (i) 77.4% dos alunos refere ter uma vida Muito ou Extremamente agradável; (ii) 94.8% sentem-se Muito ou Extremamente bem por estar vivos; (iii) 79% Muito ou Extremamente satisfeitos com a vida; e (iv) pelo menos 83,7% sentem-se Frequentemente ou Sempre com bom humor, alegres e divertem-se (Tabela-5).

Tabela 5. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 2 (Sentimentos) do KIDSCREEN52©.

SENTIMENTOS	N	%	Moda	Min	Máx
Q06. A tua vida tem sido agradável?					
(1) Nada	2	1.0			
(2) Pouco	4	2.1			
(3) Moderadamente	37	19.4	4	1	5
(4) Muito	95	49.7			
(5) Extremamente	53	27.7			
Q07. Sentiste-te bem por estar vivo?					
(1) Nada	0	0			
(2) Pouco	1	0.5			
(3) Moderadamente	9	4.7	5	2	5
(4) Muito	54	28.3			
(5) Extremamente	127	66.5			
Q08. Sentiste-te satisfeito (a) com a tua vida?					
(1) Nada	2	1.0			
(2) Pouco	6	3.1			
(3) Moderadamente	32	16.8	4	1	5
(4) Muito	77	40.3			
(5) Extremamente	74	38.7			
Q09. Tiveste bom humor?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	2	1.0			
(3) Algumas vezes	26	13.6	4	2	5
(4) Frequentemente	99	51.8			
(5) Sempre	64	33.5			
Q10. Sentiste-te alegre?					
(1) Nunca	1	0.5			
(2) Raramente	0	0			
(3) Algumas vezes	30	15.7	4	1	5
(4) Frequentemente	82	42.9			
(5) Sempre	78	40.8			
Q11. Divertiste-te?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	2	1.0			
(3) Algumas vezes	19	9.9	5	2	5
(4) Frequentemente	74	38.7			
(5) Sempre	96	50.3			

4.3. Estado de humor geral

Observou-se do total de participantes (i) que mais de 80% referem que sentem que frequentemente ou sempre fazem tudo mal, estão tristes, tudo lhes corre mal; (ii) mais de 90% sentem-se frequentemente ou sempre tão mal que não quiseram fazer nada, e sozinhos(as); e (iii) 82.8% referem que se alimentam bem com frequência ou sempre. Os resultados são apresentados na Tabela-6.

Tabela 6. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 3 (Estado de humor geral) do KIDSCREEN52©.

ESTADO DE HUMOR GERAL	N	%	Moda	Min	Máx
Q12. Sentiste que fizeste tudo mal?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	0	0			
(3) Algumas vezes	37	19.4	4	3	5
(4) Frequentemente	93	48.7			
(5) Sempre	61	31.9			
Q13. Sentiste-te triste?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	0	0			
(3) Algumas vezes	28	14.7	4	3	5
(4) Frequentemente	100	52.4			
(5) Sempre	63	33.0			
Q14. Sentiste-te tão mal que não quiseste fazer nada?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	0	0			
(3) Algumas vezes	18	9.4	5	3	5
(4) Frequentemente	66	34.6			
(5) Sempre	107	56.0			
Q15. Sentiste que tudo na tua vida estava a correr mal?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	0	0			
(3) Algumas vezes	23	12.0	5	3	5
(4) Frequentemente	57	29.8			
(5) Sempre	111	58.1			
Q16. Tens-te alimentado bem?					
(1) Nunca	2	1.0			
(2) Raramente	4	2.1			
(3) Algumas vezes	23	12.0	4 ^a	1	5
(4) Frequentemente	81	42.4			
(5) Sempre	81	42.4			
Q17. Sentiste-te sozinho (a)?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	0	0			
(3) Algumas vezes	15	7.9	5	3	5
(4) Frequentemente	58	30.4			
(5) Sempre	118	61.8			
Q18. Sentiste-te debaixo de pressão?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	0	0			
(3) Algumas vezes	35	18.3	5	3	5
(4) Frequentemente	62	32.5			
(5) Sempre	94	49.2			

^a, Existem múltiplas modas, sendo apresentado o valor menor.

4.4. Auto-perceção

Observou-se que, frequentemente ou sempre: (i) ~74% sentem-se preocupados com a sua aparência, e querem mudar alguma coisa no seu corpo; (ii) 87% sentem-se feliz com a sua maneira de ser, e com as suas roupas; e (iii) mais de 90% tem inveja da aparência dos seus colegas. Os resultados são apresentados na Tabela-7.

Tabela 7. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 4 (Auto-perceção) do KIDSCREEN52©.

AUTO-PERCEPÇÃO	N	%	Moda	Min	Máx
Q19. Sentiste-te feliz com a tua maneira de ser?					
(1) Nunca	1	0.5			
(2) Raramente	5	2.6			
(3) Algumas vezes	20	10.5	5	1	5
(4) Frequentemente	74	38.7			
(5) Sempre	91	47.6			
Q20. Sentiste-te contente com as tuas roupas?					
(1) Nunca	1	0.5			
(2) Raramente	1	0.5			
(3) Algumas vezes	20	10.5	5	1	5
(4) Frequentemente	69	36.1			
(5) Sempre	100	52.4			
Q21. Sentiste-te preocupado (a) com a tua aparência?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	0	0			
(3) Algumas vezes	49	25.7	4	3	5
(4) Frequentemente	75	39.3			
(5) Sempre	67	35.1			
Q22. Sentiste inveja da aparência de outros rapazes e raparigas?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	0	0			
(3) Algumas vezes	13	6.8	5	3	5
(4) Frequentemente	65	34.0			
(5) Sempre	113	59.2			
Q23. Gostarias de mudar alguma coisa no teu corpo?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	0	0			
(3) Algumas vezes	50	26.2	5	3	5
(4) Frequentemente	56	29.3			
(5) Sempre	85	44.5			

4.5. Autonomia/Tempo livre

Observou-se que 60% dos participantes referem (i) ter tido tempo para si próprios, para se encontrarem com os amigos, e oportunidades de estar ao ar livre; (ii) terem sido capazes de realizar as atividades da sua preferência nos tempos livres; e (iii) Puderam escolher o que fazer nos seus tempos livres. Os resultados são apresentados na Tabela-8.

Tabela 8. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 5 (Autonomia/Tempo livre) do KIDSCREEN52©.

TEMPO LIVRE	N	%	Moda	Min	Máx
Q24. Tiveste tempo suficiente para ti próprio?					
(1) Nunca	1	0.5			
(2) Raramente	13	6.8			
(3) Algumas vezes	44	23.0	5	1	5
(4) Frequentemente	58	30.4			
(5) Sempre	75	39.3			
Q25. Foste capaz de fazer atividades que gostas de fazer no teu tempo livre?					
(1) Nunca	3	1.6			
(2) Raramente	12	6.3			
(3) Algumas vezes	38	19.9	5	1	5
(4) Frequentemente	68	35.6			
(5) Sempre	70	36.6			
Q26. Tiveste oportunidades suficientes para estar ao ar livre?					
(1) Nunca	3	1.6			
(2) Raramente	16	8.4			
(3) Algumas vezes	43	22.5	5	1	5
(4) Frequentemente	61	31.9			
(5) Sempre	68	35.6			
Q27. Tiveste tempo suficiente para te encontrares com os teus amigos (as)?					
(1) Nunca	4	2.1			
(2) Raramente	29	15.2			
(3) Algumas vezes	42	22.0	4 ^a	1	5
(4) Frequentemente	58	30.4			
(5) Sempre	58	30.4			
Q28. Foste capaz de escolher o que fazer no teu tempo livre?					
(1) Nunca	1	0.5			
(2) Raramente	10	5.2			
(3) Algumas vezes	46	24.1	5	1	5
(4) Frequentemente	63	33.0			
(5) Sempre	71	37.2			

^a, Existem múltiplas modas, sendo apresentado o valor menor.

4.6. Família/Ambiente familiar

Observou-se que a moda da Q29 “Os teus pais compreendem-te?” é 4 (Muito), e Q30-Q34 é 5 (Extremamente ou Sempre). Os resultados são apresentados na Tabela-9.

Tabela 9. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 6 (Família/Ambiente familiar) do KIDSCREEN52©.

FAMÍLIA E AMBIENTE FAMILIAR	N	%	Moda	Min	Máx
Q29. Os teus pais compreendem-te?					
(1) Nada	1	0.5			
(2) Pouco	9	4.7			
(3) Moderadamente	39	20.4	4	1	5
(4) Muito	78	40.8			
(5) Extremamente	64	33.5			
Q30. Sentiste-te amado (a) pelos teus pais?					
(1) Nada	0	0			
(2) Pouco	2	1.0			
(3) Moderadamente	12	6.3	5	2	5
(4) Muito	51	26.7			
(5) Extremamente	126	66.0			
Q31. Sentiste-te feliz em casa?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	7	3.7			
(3) Algumas vezes	19	9.9	5	2	5
(4) Frequentemente	68	35.6			
(5) Sempre	97	50.8			
Q32. Os teus pais tiveram tempo suficiente para ti?					
(1) Nunca	1	0.5			
(2) Raramente	7	3.7			
(3) Algumas vezes	30	15.7	5	1	5
(4) Frequentemente	72	37.7			
(5) Sempre	81	42.4			
Q33. Os teus pais trataram-te com justiça?					
(1) Nunca	1	0.5			
(2) Raramente	5	2.6			
(3) Algumas vezes	25	13.1	5	1	5
(4) Frequentemente	74	38.7			
(5) Sempre	86	45.0			
Q34. Foste capaz de conversar com os teus pais quando quiseste?					
(1) Nunca	1	0.5			
(2) Raramente	10	5.2			
(3) Algumas vezes	32	16.8	5	1	5
(4) Frequentemente	57	29.8			
(5) Sempre	91	47.6			

4.7. Questões económicas

Nas respostas às questões desta dimensão observou-se que mais de 75% dos participantes referem que frequentemente (ou sempre) tiveram a possibilidade de realizar atividades e que tiveram dinheiro suficiente. Os resultados são apresentados na Tabela-10.

Tabela 10. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 7 (Questões económicas) do KIDSCREEN52©.

QUESTÕES ECONÓMICAS	N	%	Moda	Min	Máx
Q35. Tiveste dinheiro suficiente para fazeres as mesmas atividades que os teus amigos (as)?					
(1) Nunca	1	0.5			
(2) Raramente	5	2.6			
(3) Algumas vezes	22	11.5	5	1	5
(4) Frequentemente	50	26.2			
(5) Sempre	113	59.2			
Q36. Tiveste dinheiro suficiente para as tuas despesas?					
(1) Nunca	1	0.5			
(2) Raramente	3	1.6			
(3) Algumas vezes	17	8.9	5	1	5
(4) Frequentemente	57	29.8			
(5) Sempre	113	59.2			
Q37. Tiveste dinheiro suficiente para fazeres atividades com os teus amigos (as)?					
(1) Nada	2	1.0			
(2) Pouco	7	3.7			
(3) Moderadamente	34	17.8	5	1	5
(4) Muito	62	32.5			
(5) Extremamente	86	45.0			

4.8. Amigos

Observou-se que: (i) mais de 75% referem que frequentemente, ou sempre, realizam atividades com outros rapazes e raparigas, e que foram capazes de falar e confiar nos seus amigos; e (ii) mais de 85% dos participantes referem ter passado frequentemente, ou sempre, tempo com os seus amigos, que se diverte uns com os outros e que se ajudam mutuamente. Os resultados são apresentados na Tabela-11.

Tabela 11. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 8 (Amigos) do KIDSCREEN52©.

AMIGOS	N	%	Moda	Min	Máx
Q38. Passaste tempo com os teus amigos (as)?					
(1) Nunca	1	0.5			
(2) Raramente	5	2.6			
(3) Algumas vezes	25	13.1	4	1	5
(4) Frequentemente	84	44.0			
(5) Sempre	76	39.8			
Q39. Fizeste atividades com outros rapazes e raparigas?					
(1) Nunca	2	1.0			
(2) Raramente	11	5.8			
(3) Algumas vezes	34	17.8	5	1	5
(4) Frequentemente	71	37.2			
(5) Sempre	73	38.2			
Q40. Divertiste-te com os teus amigos (as)?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	1	0.5			
(3) Algumas vezes	15	7.9	5	2	5
(4) Frequentemente	64	33.5			
(5) Sempre	111	58.1			
Q41. Tu e os teus (tuas) amigos (as) ajudaram-se uns aos outros?					
(1) Nunca	2	1.0			
(2) Raramente	1	0.5			
(3) Algumas vezes	17	8.9	5	1	5
(4) Frequentemente	78	40.8			
(5) Sempre	93	48.7			
Q42. Sentiste-te capaz de falar sobre tudo com os teus (tuas) amigos (as)?					
(1) Nunca	4	2.1			
(2) Raramente	7	3.7			
(3) Algumas vezes	36	18.8	4	1	5
(4) Frequentemente	75	39.3			
(5) Sempre	69	36.1			
Q43. Sentiste que podes confiar nos (as) teus (tuas) amigos (as)?					
(1) Nunca	4	2.1			
(2) Raramente	4	2.1			
(3) Algumas vezes	28	14.7	5	1	5
(4) Frequentemente	67	35.1			
(5) Sempre	88	46.1			

4.9. Ambiente escolar e aprendizagem

Observou-se que 70% dos alunos referem sentir-se muito (ou extremamente) feliz na escola. Contudo, embora 65% dos participantes tenham referido (i) terem sido capazes de prestar atenção; (ii) que gostam de ir à escola; e (iii) que tem uma boa relação com os seus professores, também se observou que 40% dos participantes assinalam que (i) foram moderadamente bons alunos; e que (ii) estão moderadamente satisfeitos com os professores. Os resultados são apresentados na Tabela-12.

Tabela 12. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 9 (Ambiente escolar e aprendizagem) do KIDSCREEN52©.

AMBIENTE ESCOLAR E APRENDIZAGEM	N	%	Moda	Mín	Máx
Q44. Sentiste-te feliz na escola?					
(1) Nada	5	2.6			
(2) Pouco	8	4.2			
(3) Moderadamente	45	23.6	4	1	5
(4) Muito	92	48.2			
(5) Extremamente	41	21.5			
Q45. Foste bom aluno (a) na escola?					
(1) Nada	1	0.5			
(2) Pouco	14	7.3			
(3) Moderadamente	80	41.9	3	1	5
(4) Muito	66	34.6			
(5) Extremamente	30	15.7			
Q46. Sentiste-te satisfeito (a) com os teus professores?					
(1) Nada	4	2.1			
(2) Pouco	19	9.9			
(3) Moderadamente	88	46.1	3	1	5
(4) Muito	61	31.9			
(5) Extremamente	19	9.9			
Q47. Sentiste-te capaz de prestar atenção?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	9	4.7			
(3) Algumas vezes	61	31.9	4	2	5
(4) Frequentemente	89	46.6			
(5) Sempre	32	16.8			
Q48. Gostaste de ir à escola?					
(1) Nunca	10	5.2			
(2) Raramente	16	8.4			
(3) Algumas vezes	52	27.2	4	1	5
(4) Frequentemente	78	40.8			
(5) Sempre	35	18.3			
Q49. Tiveste uma boa relação com os teus professores?					
(1) Nunca	2	1.0			
(2) Raramente	8	4.2			
(3) Algumas vezes	41	21.5	4	1	5
(4) Frequentemente	87	45.5			
(5) Sempre	53	27.7			

4.10. Provocação

A moda da resposta às três questões desta dimensão foi 5 (Sempre), com uma frequência superior a 69%. Os resultados são apresentados na Tabela-13.

Tabela 13. Distribuição percentual das respostas às questões da dimensão 10 (Provocação) do KIDSCREEN52©.

PROVOCAÇÃO	N	%	Moda	Min	Máx
Q50. Tens sentido medo de outros rapazes ou raparigas?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	0	0			
(3) Algumas vezes	9	4.7	5	3	5
(4) Frequentemente	36	18.8			
(5) Sempre	146	76.4			
Q51. Outros rapazes ou raparigas gozaram contigo?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	0	0			
(3) Algumas vezes	16	8.4	5	3	5
(4) Frequentemente	43	22.5			
(5) Sempre	132	69.1			
Q52. Outros rapazes ou raparigas provocaram-te?					
(1) Nunca	0	0			
(2) Raramente	0	0			
(3) Algumas vezes	15	7.9	5	3	5
(4) Frequentemente	44	23.0			
(5) Sempre	132	69.1			

4.11. Scores do das dimensões do KIDSCREEN52©

Foram calculados os scores totais das dimensões, observando-se que os valores médios da população estudada não se afastam mais de dois pontos dos valores de referência da população Portuguesa. Os resultados são apresentados na Tabela-14.

Tabela 14. Número de itens, valor médio (e desvio padrão) obtido pelos participantes das dez dimensões do KIDSCREEN52©.

	DIMENSÕES do KIDSCREEN52©.	Itens	Mdia	Dif. ^a
1	Saúde e atividade física	5	19.42	+0.12
2	Sentimentos	6	25.54	+0.34
3	Estado de humor geral	7	30.31	+1.81
4	Auto-perceção	5	21.50	+1.80
5	Autonomia / Tempo livre	5	19.65	-0.65
6	Fmlia / Ambiente familiar	6	25.55	+0.35
7	Questes econmicas	3	13.03	+1.13
8	Amigos	6	25.35	+0.85
9	Ambiente escolar e aprendizagem	6	22.06	-0.64
10	Provocação	3	13.94	+1.34

Legenda: ^a, diferença dos scores (das dimensões do KIDSCREEN52©) dos participantes dos valores de referência da população Portuguesa propostos por Gaspar e Gaspar de Matos (2008); DP, desvio padrão.

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO

De acordo com os resultados deste estudo, verifica-se que os valores médios analisados na amostra relativa aos alunos da Escola Secundária da Portela de Sacavém, são semelhantes aos scores médios das crianças e jovens portugueses apresentados por Gaspar e Matos (2008).

Contudo, importa destacar que a aplicação de questionários do tipo self-report, em crianças e adolescentes, é, por vezes, alvo de críticas da comunidade científica, i.e., instrumentos deste tipo são apontados como pouco fiáveis e tendenciosos (Claes et al., 2009), visto que a subjetividade é uma limitação associada à metodologia (Matza et al., 2004).

Face ao exposto, e tendo em consideração cada uma das dez dimensões estudadas, parece relevante destacar que a literatura sugere a existência de uma relação direta entre o nível socioeconómico e outros fatores importantes na QVRS como o desempenho escolar (Ferrão et al., 2013) e em todas as outras dimensões avaliadas no KIDSCREEN-52 (Ravens-Sieberer et al., 2005; Von Rueden et al., 2006). É também de salientar que as conclusões de um estudo de QV, através do instrumento de estudo EUROHIS-QQL-8, consideram a oscilação da QV consoante o nível socioeconómico.

De facto, parece que a QVRS tende a ser mais elevada entre indivíduos com um nível socioeconómico mais elevado.

Com o intuito de aumentar a fiabilidade dos resultados, sugere-se a aplicação de uma metodologia complementar específica para a avaliar o estatuto socioeconómico. Neste âmbito, são diversos os instrumentos disponíveis, dos quais se destaca um questionário de Grafar (1958), aplicável aos pais dos alunos em causa, possibilitando um a validação cruzada das respostas.

Analisando os dados relativos à dimensão 9 (ambiente escolar e aprendizagem; Tabela-3), verifica-se que a moda das respostas às questões Q45 e Q46 é 3, i.e., moderadamente.

Gaspar et al. (2008) consideram o ambiente escolar e a escola como a estrutura social de maior importância para a educação das crianças e adolescentes. Enquanto profissionais da área da educação, parece-nos pertinente, compreender os dados respeitantes a questões relacionadas com a satisfação dos alunos relativamente aos docentes e a relação entre ambos, pois:

“...ensinar requer amor, dedicação, bom relacionamento com o outro e vontade de dividir conhecimento com quem busca o saber. Tudo isso representa um desafio para que nos possamos comprometer em oferecer às crianças uma educação com mais qualidade...” (da Silva & Navarro, 2012, pp.95).

Tendo em consideração a moda da resposta (4, frequentemente), na questão Q49, pode afirmar-se que a maioria dos alunos mantem uma boa relação com os docentes. Ainda assim, observando a moda da questão Q46, a maioria dos alunos considera-se moderadamente satisfeito com os seus professores e quando questionados sobre a sua prestação académica, na questão Q45, a maioria responde que foi moderadamente bom aluno(a) na escola.

Os resultados sugerem que embora os alunos mantenham uma boa relação com os seus professores, não lhes reconhecem competência no desempenho da função.

Será que os alunos consideram não obter bons resultados, devido à pouca competência que atribuem aos docentes, ou atribuem uma resposta intermédia aos seus professores de maneira a justificar a sua prestação menos positiva?

Esta é, sem dúvida, uma observação que requer uma clarificação urgente.

Assim, numa primeira etapa, importa destacar o que diz a literatura relativamente a esta perceção dos estudantes, i.e., tentar compreender o que contribui para a observação anterior.

Uma pesquisa realizada por Davis e Dargusch, (2015), afirma que o ensino eficaz se baseia no feedback de qualidade, nas regras e nos relacionamentos entre professores e alunos. O estudo realça o facto de os alunos considerarem o feedback como o principal fator de sucesso no seu ensino, referindo o feedback prescritivo como sendo o mais útil na superação de dificuldades. É ainda sublinhado que os alunos consideram o professor como um modelo educativo, que deve adequar a prática de avaliação e feedback ao contexto.

Nitz et al. (2014), ao estudarem a perceção dos alunos relativamente aos seus professores, relatam a dificuldade que os alunos têm de compreender a instrução dos professores quando a mesma não é suportada por representações gráficas e visuais. Os autores consideram que as representações visuais da matéria, são uma estratégia de apoio crucial, que evita possíveis falhas de comunicação por parte do professor ou interpretação por parte do aluno. A comunicação é uma das variáveis que os autores

indicam como decisivas no processo de ensino aprendizagem, onde os professores se devem centrar numa terminologia simples e objetiva, diferenciando a comunicação, de maneira a oferecer a oportunidade de aprendizagem de forma individualizada.

Analisando os estudos realizados neste contexto, podemos colocar como possíveis variáveis influentes nas respostas dos alunos da Escola Secundária da Portela de Sacavém, a forma de comunicação que os professores utilizam para transmitir conhecimentos e a adequação de feedbacks.

CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES

6.1. Conclusões

O estudo que se apresenta ajuda a (i) compreender a necessidade de avaliar a QVRS e o impacto que a mesma tem no futuro da vida das crianças e adolescentes; e (ii) identificar as diferenças entre alunos da Escola Secundária da Portela de Sacavém e a média nacional.

Constata-se que o valor médio do score nas dez dimensões estudadas não se afastam mais de dois pontos dos valores de referência da população nacional.

Relativamente à dimensão centrada no ambiente escolar e aprendizagem, uma análise das respostas às questões que contribuem para o score final da dimensão permitiu constatar que os alunos consideram ter uma relação positiva com os docentes, mas ainda assim não lhes reconhecem competência no desempenho das suas funções.

6.2. Aplicação prática

Como foi oportunamente destacado, a aplicação de questionários do tipo self-report é um fator limitante da metodologia adoptada. No entanto, é próprio de estudos com elevado número de participantes. Ainda assim, importa referir que o questionário utilizado é considerado uma ferramenta válida e viável, demonstrando ser um bom instrumento para o estudo da QVRS em crianças e adolescentes.

Contudo, sugere-se que em estudos futuros da QVRS das crianças e adolescentes seja realizada, em paralelo, a aplicação de uma metodologia complementar (e específica) que permita avaliar o estatuto socioeconómico (aumentando assim a fiabilidade dos resultados nesta dimensão).

Por último, importa destacar que parece ser determinante reconhecer que uma das principais ferramentas dos professores é a comunicação e que a sua utilização, deve ser simples e objetiva, permitindo uma fácil compreensão por parte dos alunos. No entanto tem de existir um esforço bilateral para que se consigam melhores resultados. Estudos como o presente demonstram que existem pontos que podem ser melhorados pela parte do professor, todavia, os resultados da relação professor-aluno repercutem também o empenho e responsabilidade do aluno. Seria, portanto,

importante complementar este questionário com questões aos professores, para tentar perceber nesta população, o que se poderia melhorar na comunidade estudantil. Mais, não temos dúvidas em afirmar que a relação professor-aluno conta ainda com uma terceira entidade participante, os Pais, onde o grande objetivo tanto de Professores como dos Pais é formar indivíduos conscientes, que assumam os seus compromissos com seriedade e capazes de distinguir, com valor moral, as suas responsabilidades. Em suma, os alunos estão preocupados com a sua prestação e atribuem os maus resultados à prestação dos docentes. Estamos atentos a este ponto e estamos de acordo que a formação de professores é decisiva no futuro pedagógico, aumentando assim a importância do estudo de estratégias de ensino. Não queremos deixar de salientar que em paralelo também temos de investir na responsabilização do aluno.

Referências

- Birdwood, G. F. B. (1980). *Quality of Life: How It Can Be Assessed and Improved*. Ciba Geigy.
- Bisegger, C., Cloetta, B., von Rueden, U., Abel, T. & Ravens-Sieberer, U. (2005). Health related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Soz Prventimed*, 50, 281-291.
- Bullinger, M., Schmidt, S., Petersen, C. & Ravens-Sieberer, U. (2006). Quality of life – evaluation criteria for children with chronic conditions in medical care. *Journal of Public Health*, 14, 343-355.
- Chubon, R. A. (1987). Development of a quality-of-life rating scale for use in health-care evaluation. *Evaluation & the health professions*, 10(2), 186-200.
- Claes, C., Van Hove, G., van Loon, J., Vandeveld, S. & Schalock, R.L. (2009). Quality of Life Measurement in the Field of Intellectual Disabilities: Eight Principles for Assessing Quality of Life –Related Personal Outcomes. *Social Indicators Research*, 98(1), 61-72.
- Cramer, J.A., Westbrook, L.E., Devinsky, O. Perrine, K., Glassman, M.B. & Camfield, C. (1999). Development of the Quality of Life in Epilepsy Inventory for Adolescents: The QOLIE-AD-48. *Epilepsia*, 40(8), 1114-1121.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, B. (2001). Health behaviour in school-aged children: A World Health Organization cross-national study. *Research protocol for the*, 2, 72-73.
- da Silva, O. G., & Navarro, E. C. (2012). A Relação professor-aluno no processo ensino-aprendizagem. *Revista Eletrnica Interdisciplinar*, 2(8).
- Dalkey, N. C., & Rourke, D. L. (1973). The Delphi procedure and rating quality of life factors. *Quality of Life Concept*.
- Davis, S. E., & Dargusch, J. M. (2015). Feedback, Iterative Processing and Academic Trust-Teacher Education Students' Perceptions of Assessment Feedback. *Australian Journal of Teacher Education*, 40(1), 10.
- De Haes, J. C. J. M., & Van Knippenberg, F. C. E. (1989). Quality of life instruments for cancer patients: “Babel's tower revisited”. *Journal of clinical epidemiology*, 42(12), 1239-1241.
- Fallowfield, L (2009). What is quality of life? [On-line]. Acesso em: 03 December 2015. Available: www.whatisitseries.co.uk.

- Ferrão, M. E., Beltrão, K. I., Fernandes, C., Santos, D., Suárez, M., & do Couto Andrade, A. (2013). O SAEB–Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica: objetivos, características e contribuições na investigação da escola eficaz. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 18(1/2), 111-130.
- Foxcroft, C. & Roodt, G. (2005). An introduction to psychological assessment in the South African context. (2nd ed.). South Africa: Oxford University Press.
- Frisch, M.B., Clark, M.P., Rouse, S.V., Rudd, M.D., Paweleck, J.P., Greenstone, A. & Kopplin, D.A. (2005). Predictive and Treatment Validity of Life Satisfaction and Quality of Life Inventory. *Assessment*, 12(1), 66-78.
- Gameiro, S., Canavarro, M. C., Pereira, M., Vaz Serra, A., Paredes, T., Carona, C., ... & Rijo, D. (2010). Factores sociais e demográficos de variabilidade da qualidade de vida na população geral. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Orgs.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 251-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gaspar, T., & Gaspar de Matos, M. (2008). Qualidade de vida em crianças e adolescentes versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen 52. 1ª Edição. *Aventura Social e Saúde*, 21-46.
- Gaspar, T., Ribeiro, J. L. P., Matos, M. G. D., & Leal, I. P. (2008). Promoção da qualidade de vida em crianças e adolescentes.
- Gaspar, T., Ribeiro, J. L. P., de Matos, M. M. N. G., & Leal, I. (2011). Psychological wellbeing and health-related quality of life in children and adolescents: focus group methodology. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 2(2), 133-149.
- Goldbeck, L., Schmitz, T.G., Besier, T., Herschbach, P. & Henrich, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality Life Research*, 16, 969-979.
- Goodinson, S. M., & Singleton, J. (1989). Quality of life: a critical review of current concepts, measures and their clinical implications. *International Journal of Nursing Studies*, 26(4), 327-341.
- Graffar, M. (1958). Une méthode de classification d'échantillon de population. *Courrier*, 6, 455-478.

- Helseth, S., & Lund, T. (2005). Assessing health - related quality of life in adolescents: some psychometric properties of the first Norwegian version of KINDL®. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(2), 102-109.
- Holmes, C. A. (1989). Health care and the quality of life: a review. *Journal of advanced nursing*, 14(10), 833-839.
- Hubley, A.M. & Palepu, A. (2007). Injection Drug User Quality of Life Scale (IDUQOL): Findings from a content validation study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 46.
- Janssens, L., Gorter, J.W., Ketelaar, M., Kramer, W.L.M. & Holtslag, H.R. (2008). Health related quality of life measures for long-term follow-up in children after major trauma. *Quality Life Research*, 17, 701-713.
- Jern, S. (1987). Quality of life and hypertension. *Danish medical bulletin*, 34, 1-3.
- Kaplan, R. M., Bush, J. W., & Berry, C. C. (1976). Health status: types of validity and the index of well-being. *Health services research*, 11(4), 478
- .Keenaghan, C. & Kilroe,J. (2008). A study on the quality of life tool KIDSCREEN for children and adolescents in Ireland : Results of the KIDSCREEN National Survey 2005. The National Children's Strategy Research Series.[On-line]. Acesso a: 18 Novembro 2010. Disponível em: omc@health.gov.ie.
- Lundqvist, C., Rugland, E., Clench-Aas, J., Bartonova, A. & Hofoss, D. (2010). Children are reliable reporters of common symptoms: results from a self-reported symptom diary for primary school children. *Acta Paediatrica*, 99(7), 1054-1059.
- Matza, L. S., Swensen, A. R., Flood, E. M., Secnik, K., & Leidy, N. K. (2004). Assessment of health - related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value in health*, 7(1), 79-92.
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D.C. & Abel, T. (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Quality of Life Research*, 18, 1147-1157.
- Nitz, S., Ainsworth, S. E., Nerdel, C., & Prechtel, H. (2014). Do student perceptions of teaching predict the development of representational competence and biological knowledge?. *Learning and Instruction*, 31, 13-22.

- O'Connor, R. (1993). Issues in the Measurement of Health-Related Quality of Life. NHMRC National Centre for Health Program Evaluation. Australia: University of New South Wales. [On-line]. Acesso a: 2 Dezembro 2015. Disponível em: <http://www.rodconorassoc.com>.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2013). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123.
- Rachiotis, G., Behrakis, P.K., Vasilou, M. & Yfantopoulos, J. (2006). Quality of life and smoking among industrial workers in Greece. *La Medicina del lavoro*, 97(1), 44-50
- Rai, Y., Dutta, T. & Gulati, A.K. (2010). Quality of life of HIV-Infected People Across Different Stages of Infection. *Journal of Happiness Studies*, 11, 61-69.
- Ravens-Sieberer, U., & Kidscreen Group Europe. (2006). *The Kidscreen questionnaires: quality of life questionnaires for children and adolescents; handbook*. Pabst Science Publ.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, L., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmas, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. and the European KIDSCREEN Group. (2005). The KIDSCREEN-52 Quality of Life Measure for Child and Adolescent Development and first results from a European Survey. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 5(3), 353-364.
- Ravens-Sieberer, U., Schmidt, S., Gosch, A., Erhart, M., Petersen, C. & Bullinger, M. (2007). Measuring subjective health in children and adolescents: Results of the European KIDSCREEN/DISABKIDS Project. *Psychosoc Med*, 4, 1-17.
- Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Hetland, J., Volleberg, W., Cavallo, F., Jericek, H., Alikasifoglu, M., Välimaa, R., Ottova, V., Erhart, M and the HBSC Positive Health Focus Group. (2009). Subjective health symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal Public Health*, 54, S151-S159.
- Ravens - Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M. & Mazur, J. (2008). The KIDSCREEN - 52 Quality of Life Measure for

- Children and Adolescents: Psychometric Results from a Cross - Cultural Survey in 13 European Countries. *Value in Health*, 11(4), 645-658.
- Rebok, G., Riley, A., Forrest, C., Starfield, B., Green, B., Robertson, J. & Tambor, E. (2001). Elementary school-aged children's reports of their health: a cognitive interviewing study. *Quality of Life Research*, 10(1), 59-70.
- Robitail, S., Simeoni, M., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Bruil, J., Auquier, P. and the European Kidscreen Group. (2006). Validation of the European Proxy KIDSCREEN 52 Pilot Test Health-Related Quality of Life Questionnaire: First Results. *Journal of Adolescent Health*, 39, 596.e1-596.e10.
- Ruiz Ros, V., Peris Pascual, A., Llcer Escorihuela, A., & Peris Pascual, M. D. (1992). Bases conceptuales para el diseo de un instrumento de medida de la calidad de vida en los afectados por problemas de salud: el ndex de qualitat de vida de l'Escola Universitaria d'Infermera de la Universitat de Valencia (IQV-EUIV-1). *Medicina clínica*, 98(17), 663-670.
- Schwarzelmller, A. F. Projecto Interdisciplinar para a Segunda Unidade da 8ª Série Qualidade de Vida. Disponível em: <http://homes.dcc.ufba.br/~frieda/vida/qualidadeOITAVA.html>. Acesso a: 17 de Novembro de 2015
- Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social indicators research*, 5(1-4), 475-492.
- Singletary, L. (2005). Issues that affect youth quality of life in Lyon County: Results of a community situational analysis. [On-line]. Accessed 29 June 2010. Available: <http://www.unce.unr.edu/publications/files/cd/2005/fs0505.pdf>.
- Torrance, G. W. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of chronic diseases*, 40(6), 593-600.
- Varni, J.W., Limbers, C.A. & Burwinkle, T.M. (2007). How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life?: An analysis of 8,591 children across age subgroups with the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1). [On-line]. Acesso a 10 Novembro 2015. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/5/1/1>.
- Viney, L. L., & Westbrook, M. T. (1981). MEASURING PATIENTS'EXPERIENCED QUALITY OF LIFE: THE APPLICATION OF

CONTENT ANALYSIS SCALES IN HEALTH CARE. *Community Health Studies*, 5(1), 45-52.

- Von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., & Ravens-Sieberer, U. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal of epidemiology and community health*, 60(2), 130-135.
- World Health Organization (2001). Mental health: strengthening mental health promotion. Fact sheet n^o 220. Geneva: World Health Organization.
- WHOQOL group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Wiklund, I., Berg, G., Hammar, M., Karlberg, J., Lindgren, R., & Sandin, K. (1992). Long-term effect of transdermal hormonal therapy on aspects of quality of life in postmenopausal women. *Maturitas*, 14(3), 225-236.
- Zullig, K.J., Valois, R. & Drane, J.W. (2005). Adolescent distinctions between quality of life and self-rated health in quality of life research. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3 (64). [On-line]. Acesso a 10 January 2010. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/5/1/1>.

Anexos

Anexos 1. Outputs do tratamento de dados

Anexo 1. OUTPUTS DO TRATAMENTO DE DADOS

Os outputs da estatística descritiva e inferencial serão disponibilizados pelo autor sempre que solicitados. Para o efeito, disponibiliza-se o email do autor, i.e.: gabreu89@hotmail.com.