

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



*“Um dia ensino-te a voar – com um mapa desenhado nas costas com a ponta dos meus dedos,
para que possas regressar sempre.”*

Marta Coelho in *Up to Kids*

AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo não dependeu exclusivamente de mim, pelo que, agradeço a todos, os que me ajudaram e apoiaram na elaboração do mesmo:

À minha esposa e filho, pelo apoio e compreensão dos momentos de ausência, ao longo da realização deste projeto.

O meu agradecimento, à Professora Doutora Isabel Bica e Professora Doutora Graça Aparício, pela disponibilidade, orientação prestada e conhecimento transmitido e compreensão que sempre demonstraram.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela disponibilidade, ajuda na elaboração da metodologia e tratamento estatístico e na orientação da investigação.

Aos profissionais do serviço de Urgência de Pediatria do CH São João do Porto - EPE, pelo apoio, pela tolerância e ajuda.

Às colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria pelo companheirismo e momentos de partilha.

Resumo

Introdução: A ligação entre qualidade de vida e saúde é complexa e representa um conceito cuja definição é influenciada por múltiplos determinantes. A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) é considerada de extrema importância na prática pediátrica, já que sua mensuração se tornou um importante indicador de saúde, podendo ser usado para avaliar o impacto das intervenções implementadas.

Objetivos: Avaliar a percepção da QVRS; analisar a relação das variáveis sociodemográficas e de bem-estar com a QVRS das crianças e adolescentes.

Metodologia: Estudo descritivo-correlacional de natureza quantitativa, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 567 crianças e adolescentes, (49.4%) do sexo masculino e (51.6%) do sexo feminino, a frequentar o 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico de um Agrupamento de Escolas da região centro. Na recolha de dados utilizou-se a versão portuguesa da escala *Kidscreen-52* (Gaspar & Matos, 2008c), questões sociodemográficas e de bem-estar.

Resultados: Os participantes apresentam uma idade média de 12,4 anos (Dp=1,59), a maioria coabita numa família nuclear (77,4%). Relativamente ao repouso e bem estar, as crianças/adolescentes dormem em média 8,15 horas e percecionam-se com boa qualidade de vida avaliada pela escala de faces.

As crianças e adolescentes têm uma percepção positiva da QVRS. No entanto as dimensões “Autoestima” (61,3) e “Autonomia” (M= 62,2), são as que apresentam valores mais baixos na percepção da QVRS.

Os resultados demonstram que são fatores protetores da QVRS, viver numa família nuclear com ambos os pais (pai e mãe), ser do sexo masculino, ser mais novo e dormir mais horas; e são fatores de risco ser do sexo feminino, dormir menos e ser adolescente, na maioria das dimensões.

Conclusão: Os resultados deste estudo poderão contribuir para a melhoria do conhecimento científico na área da QV em crianças/adolescentes e ainda contribuir para a implementação de estratégias que permitam a melhoria da QVRS nos grupos de risco, nomeadamente ações de sensibilização sobre igualdade de género, higiene de sono e reforçar a autoestima e autonomia na adolescência.

Palavras-chave: Qualidade de vida relacionada com a saúde; criança; adolescente;

Abstract

Introduction: The connection between quality of life and health is complex and represents a concept whose definition is influenced by multiple determinants. The assessment of health-related quality of life (HRQoL) is considered of paramount importance in pediatric practice, since its measurement has become an important health indicator and can be used to evaluate the impact of the implemented interventions.

Goals: To evaluate the perception of HRQoL; to analyze the relationship of socio-demographic variables and well-being with the HRQoL of children and adolescents. **Methodology:** A descriptive-correlational study of a quantitative nature in a non-probabilistic sample for convenience, consisting of 567 children and adolescents (49.4%) male and (51.6%) female, attending the 2nd and 3rd cycles of Basic Education of a Center Grouping of Schools. Data collection was carried out using the Portuguese version of the *Kidscreen-52* scale (Gaspar & Matos, 2008c), sociodemographic and welfare issues.

Results: Participants presented a mean age of 12.4 years ($Dp = 1.59$), the majority cohabitated in a nuclear family (77.4%). Relative to rest and well-being, children / adolescents sleep on average 8.15 hours and are perceived with good quality of life evaluated by the scale of faces. Children and adolescents have a positive perception of HRQoL. However, the dimensions "Self-esteem" (61,3) and "Autonomy" ($M = 62,2$) are the ones that present lower values in the HRQoL perception.

The results show that they are protective factors for HRQoL, living in a nuclear family with both parents (father and mother), being gender male, being younger and sleeping more hours; and risk factors are being female, sleeping less and being a teenager, in most dimensions.

Conclusion: The results of this study may contribute to the improvement of scientific knowledge in the area of QoL in children / adolescents and also contribute to the implementation of strategies that allow the improvement of HRQoL in risk groups, such as gender awareness actions, sleep hygiene and reinforce self-esteem and autonomy in adolescence.

Keywords: Health-related quality of life; child; adolescent;

Sumário

	Pág.
Lista de Figuras	
Lista de Quadros	
Lista de Tabelas	
Lista de Abreviaturas e Siglas	
Introdução	21
1ª PARTE – Enquadramento teórico	25
1. SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA	27
2. QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM SAÚDE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	28
2.1.DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	33
2ª PARTE – Estudo empírico	41
3. METODOLOGIA	43
3.1. MÉTODOS	43
3.2. PARTICIPANTES	45
3.2.1. Caracterização sociodemográfica	45
3.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	48
3.3.1. Estudo da consistência interna da escala	54
3.4. PROCEDIMENTOS	58
3.5. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	58
4. RESULTADOS	61
5. DISCUSSAO DOS RESULTADOS	91
6. Conclusão	95
Referências bibliográficas	99

Anexo I – Instrumento de colheita de dados	101
Anexo II – Pedido à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu	107
Anexo III – Pedido à Comissão Nacional de Proteção de Dados	113

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Modelo <i>Kidscreen</i>	32
Figura 2 – Hexágono vital	34
Figura 3 – Representação esquemática de relação prevista entre as variáveis	45

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Caracterização da amostra em função do sexo	46
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do sexo	47
Tabela 3 – Consistência interna da Escala <i>Kidscreen</i>	54
Tabela 4 – Consistência interna das subescalas	56
Tabela 5 –Matriz de correlação de Pearson	57
Tabela 6 – Alfas Cronbach do estudo comparados a versão portuguesa	58
Tabela 7 – Estatísticas relativas às dimensões da escala <i>Kidscreen</i>	62
Tabela 8 – Estatísticas relativas ao número de horas de sono	63
Tabela 9 – Estatísticas relativas à percepção global da qualidade de vida – escala de faces	64
Tabela 10 – Teste T entre o sexo e a QVRS	65
Tabela 11 – Teste One-Way ANOVA entre a idade e a QVRS	66
Tabela 12 – Teste Post hoc entre a idade e a QVRS	66
Tabela 13 - Teste One-Way ANOVA entre o ano de escolaridade e a QVRS	67
Tabela 14 – Teste Post hoc entre o ano de escolaridade e a QVRS	68
Tabela 15 – Teste de Kruskal-Wallis entre as pessoas com quem vive e a QVRS	68
Tabela 16 – Correlações de Pearson entre a dimensão “Saúde e atividade física” e as variáveis independentes	70
Tabela 17 – Correlações de Pearson entre a dimensão “Sentimentos” e as variáveis independentes	71

Tabela 18 – Correlações de Pearson entre a dimensão “Estado de humor geral” e as variáveis independentes	73
Tabela 19 – Correlações de Pearson entre a dimensão “Autoestima” e as variáveis independentes	75
Tabela 20 – Correlações de Pearson entre a dimensão “Autonomia” e as variáveis independentes	77
Tabela 21 – Correlações de Pearson entre a dimensão “Família, ambiente familiar e vizinhança” e as variáveis independentes	78
Tabela 22 – Correlações de Pearson entre a dimensão “Questões económicas” e as variáveis independentes	80
Tabela 23 – Correlações de Pearson entre a dimensão “Amigos(as)” e as variáveis independentes	82
Tabela 24 – Correlações de Pearson entre a dimensão “Ambiente escolar e aprendizagem” e as variáveis independentes	83
Tabela 25 – Correlações de Pearson entre a dimensão “Provocação” e as variáveis independentes	85
Tabela 26 – Correlações de Pearson entre a “QVRS global” e as variáveis independentes	87

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Operacionalização das variáveis sociodemográficas e contextuais	48
Quadro 2 – Interpretação das dimensões da escala <i>Kidscreen</i>	50
Quadro 3 – Valores de referência para as medidas de forma	59
Quadro 4 – Regressão múltipla entre a dimensão “Saúde e atividade física” e as variáveis independentes	71
Quadro 5 – Regressão múltipla entre a dimensão “Sentimentos” e as variáveis independentes	72
Quadro 6 – Regressão múltipla entre a dimensão “Estado de humor geral” e as variáveis independentes	74
Quadro 7 – Regressão múltipla entre a dimensão “Autoestima” e as variáveis independentes	76
Quadro 8 – Regressão múltipla entre a dimensão “Autonomia” e as variáveis independentes	78
Quadro 9 – Regressão múltipla entre a dimensão “Família, ambiente familiar e vizinhança” e as variáveis independentes	79
Quadro 10 – Regressão múltipla entre a dimensão “Questões económicas” e as variáveis independentes	81
Quadro 11 – Regressão múltipla entre a dimensão “Amigos(as)” e as variáveis independentes	83
Quadro 12 – Regressão múltipla entre a dimensão “Ambiente escolar e aprendizagem” e as variáveis independentes	85
Quadro 13 – Regressão múltipla entre a dimensão “Provocação” e as variáveis independentes	87

Quadro 14 – Regressão múltipla entre a dimensão “QVRS global” e as variáveis independentes

Lista de Abreviaturas e Siglas

cf. – confira

CV – Coeficiente de variação

DGS – Direção Geral de Saúde

Dp – Desvio padrão

et al. – E outros

EP – Erro padrão

K – Kurtosis

KS – Kolmogorod-Smirnov

M - Média

QVRS – Qualidade de vida relacionada com a saúde

SK – Skewness

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

VE – Variância explicada

Vs - versus

Introdução

A qualidade de vida é uma preocupação da sociedade contemporânea, onde existe um interesse crescente sobre o bem-estar das pessoas.

Considerando a criança e adolescente como seres em constante desenvolvimento, estes necessitam de crescer no seio de um ambiente seguro e estruturado, que lhes permita um desenvolvimento positivo a nível físico, educativo, emocional e social, para se desenvolverem de uma forma equilibrada e saudável.

O conceito de Qualidade de Vida encontra-se relacionado com a perceção do indivíduo possui da sua posição na vida, dos seus objetivos e das suas expectativas. Portanto é um considerado um conceito multidimensional e como uma construção psicológica que descreve aspetos físicos, mentais, psicológicos, funcionais e sociais do bem-estar (Gaspar & Matos, 2008c).

O estudo do desenvolvimento da criança e do adolescente e da qualidade de vida relacionada com a saúde, cada vez mais, dá atenção à interação de múltiplas variáveis contextuais na vida da criança e do adolescente em desenvolvimento, pois uma vez identificados os fatores de risco, eles podem vir a ser o ponto de entrada ou o foco para as estratégias e ações de promoção da saúde (Gaspar & Matos, 2006).

Os fatores que podem influenciar a qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes podem ser organizados em duas grandes categorias: características pessoais e características sociais.

A área da qualidade de vida é uma área de investigação transversal a várias áreas do conhecimento, nomeadamente no âmbito das ciências sociais e humanas. Porém no campo da saúde, a QV assume particular relevância fundamentalmente para a enfermagem, pois o seu foco de atenção está centrado na pessoa/família, e não o corpo com problema de saúde.

Assim com a presente investigação, pretendemos encontrar subsídios que nos permitam dar resposta às nossas questões de investigação, tendo em conta as variáveis sócio demográficas e de bem-estar.

- Qual a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes?

- Que variáveis sócio demográficas e de bem-estar influenciam a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes?

- Qual a relação entre as variáveis de bem-estar (percepção de qualidade de vida e de sono) com a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças/adolescentes?

Para responder às questões de investigação formuladas delinearam-se os seguintes objetivos:

- Avaliar a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes, através da aplicação do Instrumento de Avaliação *Kidscreen*;

- Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam a qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes;

- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e variáveis de bem-estar (percepção de qualidade de vida e de sono) e com a qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças/adolescentes;

Optámos por realizar um estudo descritivo de cariz transversal e analítico com uma abordagem quantitativa.

Para avaliar a auto-percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde foi utilizado como instrumento de colheita de dados, a escala *Kidscreen* já validada para a população portuguesa (Gaspar & Matos, 2008c) e uma escala de faces, de forma a avaliar a percepção global da qualidade de vida. A escala *Kidscreen* é um questionário genérico, com 52 itens, agrupados em dez dimensões correspondentes à “Saúde e atividade física”, “Sentimentos”, “Estado de humor geral”, “Auto-percepção (Sobre si próprio)”, “Autonomia (Tempo Livre)”, “Família, ambiente familiar e vizinhança”, “Questões económicas”, “Amigos(as)”, “Ambiente escolar e aprendizagem” e “*Bullying* (Provocação)”. Foram incluídas algumas questões sócio demográficas e de bem-estar que nos permitiram traçar o perfil da criança/adolescente.

Trata-se de uma amostra não probabilística e de conveniência, constituída por 567 crianças e adolescentes. Utilizamos a versão portuguesa da escala *Kidscreen-52* com questões

sociodemográficas e de bem-estar como método de colheita de dados (Gaspar & Matos, 2008c).

De forma a facilitar a organização do presente trabalho, estruturamos o mesmo em duas partes distintas. A primeira parte debruça-se sobre o conceito da qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde e os determinantes que influenciam a qualidade de vida. Relativamente à segunda parte, é constituída pela metodologia onde são apresentados os diferentes conteúdos, nomeadamente, o tipo de estudo, desenho de investigação, a população e a amostra, os procedimentos e os instrumentos de recolha de dados. Segue-se a apresentação dos resultados e a sua análise estatística. Por fim é apresentada a discussão metodológica e dos resultados obtidos através da análise descritiva e inferencial, e as conclusões mais relevantes e que dão resposta aos objetivos do trabalho.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

O conceito de saúde e de doença, ao longo da história da humanidade, tem adquirido diferentes olhares e compreensões, que partiram de construções sobre os significados da natureza do corpo, as funções e a sua estrutura, sobre as relações corpo, mente, pessoa e ambiente. Inicialmente a saúde estava relacionada com o sobrenatural, atribuindo aos deuses o poder sobre a saúde e a doença. Contudo Hipócrates (séc. V-VI a.C.) apresenta uma teoria que explica o estado de doença como resultado do desequilíbrio entre fatores ambientais, físicos e sociais. Durante muito tempo e até meados do XVI, a interpretação natural de casualidade divina do binómio saúde/doença foi então substituída por uma causalidade física (Loureiro & Miranda, 2016).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001, p. 5), a *“saúde é o estado, e simultaneamente, a representação mental sobre a condição individual o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto, emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo; portanto, não podendo ter tido como conceito oposto ao conceito de doença”*.

A Organização Mundial de Saúde (1948) define saúde como *“estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”* (WHOQOL Group, 1995).

Com o intuito de procurarem uma alternativa à definição de Saúde da OMS, em 2011, houve um debate entre 35 profissionais, estes depararam-se com a dificuldade de substituir a definição existente, tendo tomada a opção de redefinir a saúde como *“a capacidade de adaptação e autogestão”* (Huber et al., 2011 como citado em Loureiro & Miranda, 2016).

É da definição de saúde dada pela OMS, que o interesse para avaliar a qualidade de vida dos pacientes tem crescido. Deixou-se então, de estudar apenas objetivos clínicos e biológicos e passou-se a debruçar-se também sobre os aspetos mais subjetivos. Portanto a saúde deixou de estar ligada apenas a doenças ou deficiências, mas também as dimensões físicas, mental e social (Septans, 2014).

Esta nova visão levou a que os profissionais de saúde deixassem de trabalhar a singularidade da doença, mas pensassem na multidimensionalidade do paciente.

A partir desta nova abordagem para a saúde, a avaliação da qualidade de vida toma outra direção/sentido.

2. QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM SAÚDE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Existem indícios que o termo Qualidade de Vida terá surgido, pela década de 30, pela primeira vez na literatura médica, segundo um levantamento de estudos que tinham por objetivo a sua definição e que abordavam a avaliação da QV (Seidl & Zannon, 2004).

O conceito de Qualidade de Vida tem sido investigado e incorpora uma diversidade de conceitos que se baseiam em noções frequentemente relacionadas à felicidade, ao bem-estar subjetivo e material e ao grau de satisfação com a vida. Pode integrar diversos elementos, como por exemplos: elementos objetivos (ambiente de vida, nível socioeconômico), subjetivos (felicidade, sensação de bem-estar), físicos (estado real de saúde, ausência ou presença de uma patologia funcional) e elementos cognitivos e sociais (Galinha & Ribeiro, 2005).

Quando falamos de qualidade de vida, somos confinados pelo conceito da sua relatividade intrínseca à sua subjetividade.

Em 1994, Nordenfelt define a qualidade de vida como “*o grau de satisfação e/ou felicidade geral sentida por um indivíduo na sua vida*”. Esta definição minimalista representa a subjetividade autoavaliada pelo indivíduo em detrimento da heteroavaliação da qualidade de vida (Lourel, 2007, pág 4).

Para McAll (2008) é questionável se existe uma qualidade de vida mínima, ou então que critérios podem ser usados para rejeitar ou reter elementos de uma qualidade de vida cujo padrão seria amplamente aprovado. Ou seja, para o autor as condições de estilo de vida e as suas qualidades inerentes são representadas por uma série de indicadores ao longo de uma escala de valores polarizando uma hierarquia de necessidades onde a discriminação de critérios de qualidade está ligada a uma questão de percepção e, portanto, de subjetividade.

A década de 90, foi marcada por debates acadêmicos e políticos sobre a definição do conceito de Qualidade de Vida, principalmente referidos a identificação das dimensões contempladas para o mesmo e a preocupação quando ao desenvolvimento de instrumentos de

avaliação que considerem a perspectiva da pessoa (Soares, Martins, Lopes, Brito, Oliveira & Moreira, 2008).

É possível ver como o conceito de qualidade de vida tem vindo a sofrer alterações:

- "*Satisfação geral do indivíduo com a vida e a sensação geral de bem-estar pessoal*" (Shumaker et al (1990) como citado em Septans (2014) pág. 8).

- "*A percepção subjetiva de satisfação ou felicidade com a vida nos campos importante para o indivíduo*" (Oleson, 1990 como citado em Septans (2014) pág. 8).

- "*A avaliação de satisfação que os pacientes fazem do seu nível atual de função em comparação com o que eles percebem como possível ou ideal*" (Cella & Tulsky (1993) como citado em Septans (2014), pág. 9).

- "*Uma ampla gama de experiências humanas relacionadas ao bem-estar de todos. [...] A qualidade de a vida é definida por experiências subjetivas, estados e percepções [...]. O termo "Qualidade de vida" ultrapassa a própria saúde, mas é influenciada por a percepção que o indivíduo tem de seu ambiente físico, psicológico, social, econômico e político*" (Revicki et al (2003) como citado em Septans (2014) pág. 9).

Assim como a saúde, a definição de qualidade de vida acaba por ser uma questão epistemológica com armadilhas metodológicas no debate contínuo.

Apesar desta imprecisão conceitual, o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL Group, 2005) define qualidade de vida como:

“... a percepção do individuo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema e do sistema de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações.”

Esta definição de qualidade de vida representa, por um lado, uma espécie de evolução da definição de saúde, também proposta em 1948 pela OMS, e nesse sentido, adota um caráter holístico, pois inclui a representação que o indivíduo tem na sociedade, inferindo uma relação implícita entre saúde física e psicológica, afetividade, necessidades, valores e autonomia relacionada a fatores ambientais específicos (Ferron, 2011).

A partir da década de 90, devido à complexidade e multiplicidade do conceito sobre qualidade de vida e de sua relatividade face a diferentes culturas e realidades sociais, verifica-se a consolidação de um consenso entre os investigadores da área relativamente a dois aspetos do conceito de qualidade de vida: a subjetividade e a multidimensionalidade (Ferron, 2011).

No que concerne à multidimensionalidade, trata-se do reconhecimento de que o constructo inclui diferentes dimensões (no mínimo): física (percepção da pessoa sobre a sua condição física), psicológica (percepção da pessoa sobre a sua condição afetiva e cognitiva) e social (percepção da pessoa sobre as suas relações e papéis sociais adotados na vida). Quanto à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida (WHOQOL Group (2005) como citado em Soares et al (2008)).

Verificam-se dois grandes tipos de qualidade de vida, quanto à conceptualização do termo de qualidade de vida na área da saúde, que guardam entre si uma relação de complementaridade: qualidade de vida como conceito mais genérico e qualidade de vida relacionada com a saúde (Seidl & Zannon, 2004).

A saúde percebida é denominada “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” (QVRS).

“A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde é considerada como um constructo que engloba componentes do bem-estar e funções físicas, emocionais, mentais, sociais e comportamentais, como são percebidos pelos próprios e pelos outros.” (Gaspar & Matos, 2008, p. 25)

A maioria das definições sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde incorpora os aspetos da definição geral de qualidade de vida e as dimensões específicas relacionadas com a saúde (Phillips, 2006). Frequentemente alguns aspetos relevantes como o rendimento, a liberdade ou o meio ambiente, não são valorizados como sendo do domínio da saúde. De igual modo, aspetos que se referem a questões políticas, sociais e culturais não são geralmente relacionados com a qualidade de vida, no entanto estas questões estão relacionadas com a saúde e podem-na afetar negativamente.

Naughton e Shumaker consideraram que dimensões primárias como a funcionalidade física, psicológica e social, a satisfação com a vida ou bem-estar e a percepção do estado de saúde eram fundamentais para a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde (Lopes, 2013).

As crianças e adolescentes têm vindo a ser reconhecidos como importantes agentes na saúde pública global. Portanto adotando uma abordagem ligada à qualidade de vida, será possível estabelecer políticas promotoras da saúde e bem-estar das crianças e adolescentes

através da compreensão e conhecimento da sua saúde (Fuh, Wan, Lu & Juang, como citado em Gaspar, Matos, Pais Ribeiro, Leal & The European Kidscreen Group (2008b)).

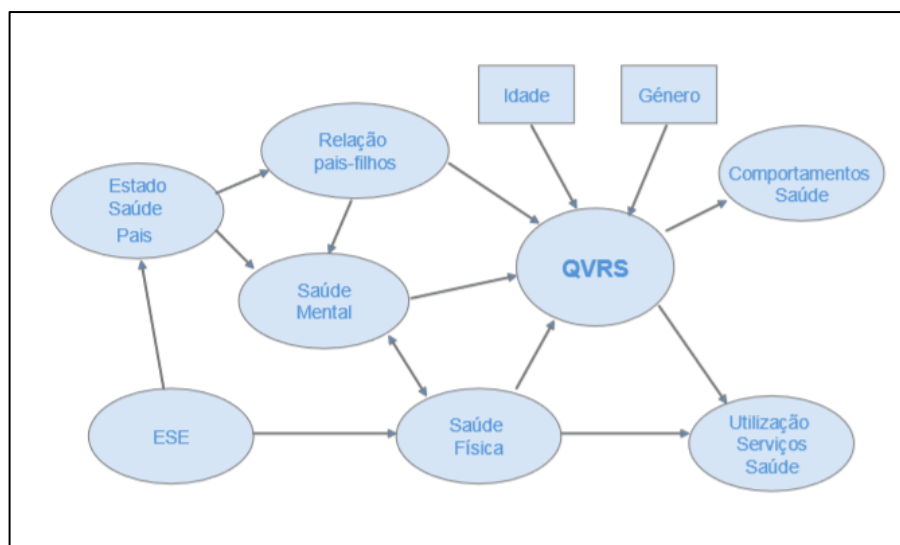
Apesar de a QVRS na população pediátrica ter vindo a adquirir importância em crianças e adolescentes saudáveis e com doença crónica, os estudos publicados sobre este tema em populações pediátricas saudáveis são escassos (Maria et al, 2017).

Segundo Gaspar et al. (2008b), reconhece-se que atualmente, a qualidade de vida é tao importante para crianças e adolescentes saudáveis como com doenças.

Inúmeras medidas de qualidade têm vindo a ser desenvolvidas para a aplicação em Pediatria, quer genéricas, quer específicas. Contudo, a questão da idade tem dificultado o desenvolvimento destas medidas, porque a perceção e o significado de qualidade de vida, varia com a idade e o estágio de desenvolvimento (Costa, Tavares, Trindade & Dias, 2012).

Em 2005, o grupo *Kidscreen* desenvolveu um instrumento transcultural que mede a qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes. A sua abordagem concetual defende a existência de dez dimensões: (1) Saúde e atividade física; (2) Sentimentos; (3) Estado de humor geral; (4) Autoperceção; (5) Autonomia (Tempo Livre); (6) Família e ambiente familiar; (7) Questões económicas; (8) Amigos (Relações interpessoais de apoio social); (9) Ambiente escolar e aprendizagem; e (10) Provocação (*Bullying*) (Ravens-Sieberer et al (2006) como citado em Rocha, Heleno, Bartholomeu & Montiel (2016)).

Um dos objetivos do grupo *Kidscreen* é descrever as relações entre o questionário *Kidscreen* e os outros determinantes relevantes. É possível verificar através do modelo *Kidscreen* as hipóteses para a construção da relação entre a QVRS e os determinantes. Segundo a literatura, a QVRS apresenta uma relação com os comportamentos de saúde das crianças e adolescentes e a sua utilização dos serviços de saúde. Então o carácter multidimensional da qualidade de vida fornece informação sobre diferentes aspetos da qualidade de vida relacionada com a saúde, servindo como suporte na identificação e desenvolvimento de estratégias promotoras da qualidade de vida relacionada com a saúde (The KIDSCREEN Group Europe, (2006) pp. 33; Helseth & Lund, 2005 como citado em Gaspar & Matos, (2008c)).

Figura 1 – Modelo KIDSCREEN

Fonte: Gaspar, T. & Matos, M., (2008c) – *Qualidade de vida em crianças e adolescentes – Versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen 52*. Aventura Social e Saúde p.30

A avaliação da QVRS em crianças e adolescentes permite então obter o conhecimento necessário para o desenvolvimento de métodos de promoção de qualidade de vida, assim como a identificação de fatores de risco ao bem-estar das crianças e adolescentes de forma a prevenir efeitos negativos desses fatores (Helseth & Lund (2005) como citado em Gaspar & Matos, (2008c)).

Segundo um estudo regional francês realizado por Gilbert, em 2005, sobre a percepção da saúde e qualidade de vida, concluiu-se que existem inúmeros determinantes da qualidade de vida e não podem ser limitados aos efeitos da idade e do género, pois o impacto de doenças crónicas, fatores psicossociais (autoestima), fatores económicos, relações sociais e estado civil, modulam significativamente a percepção que podemos ter da própria qualidade de vida (Ferron, 2011).

Portanto promover a saúde não é promover a qualidade de vida, mas sim um dos muitos parâmetros subjetivos que indicam a qualidade de vida percebida. A preservação da autoestima, o bem-estar biológico, psicológico e social são apenas alguns indicadores que devem ser considerados para no impacto da qualidade de vida (Assumpção Jr et al, 2010).

2.1. DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

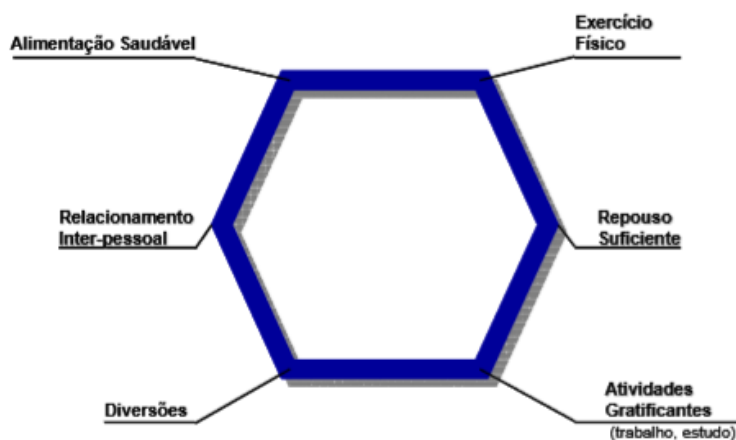
O tema da qualidade de vida levanta a questão muito pertinente da percepção de uma vida de qualidade baseada no grau de satisfação das necessidades básicas envolvidas no desenvolvimento e no equilíbrio psicológico, biológico e social da pessoa. Na medida em que essas necessidades são comuns a todos os seres humanos, elas sugerem a presença de estruturas cognitivas subjacentes universais cuja satisfação depende tanto de habilidades individuais quanto das possibilidades e restrições presentes no ambiente.

Qualquer indício de satisfação diz respeito à percepção de uma pessoa sobre suas condições de vida e ao equilíbrio entre os aspectos psíquico, físico, social e material. Harding ((2001) como citado em Sereno & Simões (2014)) refere que a qualidade de vida está relacionada com fatores de bem-estar (físico, psicológico, social) da pessoa.

Assim, a fim de conceituar com mais precisão a satisfação das necessidades em relação a uma avaliação da qualidade de vida, a teoria do Hexágono Vital de Kertesz e Kerman, proposta em 1985, representada por um hexágono, fornece um modelo de referência que sugere os seis aspectos de um equilíbrio da vida que pode ser vinculado ao conceito de qualidade de vida. Esta hexágono propõe uma figura das necessidades, que longe de ser absoluta, tem o mérito de traçar as linhas gerais das necessidades consideradas essenciais para a manutenção de uma vida de qualidade (Assumpção Jr, et al, 2010).

Assim, encontramos a partir dos vértices, as necessidades básicas descritas por Kertesz e Kerman.

Figura 2 - Hexágono vital



Fonte: Kertesz e Kerman (1985) cit in Constantino, M. (2007) - Avaliação da qualidade de vida: desenvolvimento e validação de um instrumento, por meio de indicadores biopsicossociais, junto à Comunidade da Universidade de São Paulo – USP. Tese de doutoramento.

No que diz respeito à alimentação, considerada uma das necessidades básicas do ser humano, pode influenciar o comportamento das pessoas perante a sociedade. Uma alimentação adequada é importante na manutenção da saúde.

Uma alimentação saudável apresenta diversos benefícios, como o aporte de a energia e nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo, ajudando à manutenção do nosso estado de saúde físico e mental, contribuindo assim para um adequado crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes.

Segundo a OMS (2002), hábitos alimentares pouco saudáveis associados à inatividade física, estão entre os principais fatores de risco para o aparecimento de doenças como por exemplo, a obesidade, diabetes mellitus tipo 2, cânceros, entre outros.

A aquisição de hábitos alimentares saudáveis na idade escolar é fundamental para a saúde das crianças e para a sua saúde posteriormente enquanto adultos (Gonçalves, 2013).

Segundo Maria et al (2017), em Portugal, a prevalência da obesidade em idade pediátrica tem aumentado significativamente. Estudos mais recentes indicam que crianças e adolescentes obesos apresentam QVRS comprometida, identificando diminuição da QVRS nas dimensões psicológicas e funcionamento social (Pinhas-Hamiel et al como citado em

Maria et al (2017)) assim como na dimensão física (Hughes como citado em Maria et al (2017)).

Quanto à atividade física esta encontra-se intimamente relacionada com a saúde e a qualidade de vida.

As crianças e os jovens participam em diversos tipos de atividade física, por exemplo ao participar em jogos e em diversas atividades desportivas. Contudo, os seus hábitos diários têm vindo a ser alterados devido a novos padrões de entretenimento, com as novas tecnologias, e esta mudança tem coincidido com taxas crescentes de excesso de peso e de obesidade infantil.

Segundo as Orientações da União Europeia para a Atividade Física (2009) para a OMS, os jovens em idade escolar devem participar diariamente em 60 minutos, ou mais, de atividades de intensidade moderada a vigorosa, sob formas adequadas do ponto de vista do crescimento, divertidas e que envolvam uma variedade de atividades, podendo o tempo total poderá ser dividido em sessões de pelo menos 10 minutos.

De acordo com o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (2017), os dados sobre a atividade física das crianças e adolescentes portugueses são preocupantes. Um estudo português, em que se mediu a atividade física com recurso a acelerometria, mostrou que, em crianças e adolescentes entre os 10 e os 17 anos de idade, apenas os rapazes entre os 10-11 anos cumpriam as recomendações diárias de 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa. À medida que a idade aumenta, os níveis de atividade física diminuem, sendo sempre menores nas raparigas.

Relativamente ao tempo de repouso de adequado, de acordo com a Academia Americana de Pediatria, dormir o número de horas base recomendadas está associada a melhores resultados de saúde, nomeadamente qualidade de vida, saúde mental e física (Paruthi et al., 2016).

A insuficiência ou a perturbação do sono pode ter efeitos nefastos na criança, não só a curto como a longo prazo. O défice de sono tem uma importância vital na consolidação da memória, nos processos de concentração e, conseqüentemente no sucesso escolar. Alterações do comportamento como hiperatividade ou agressividade aparecem também na sequência da privação de sono e nos adolescentes, uma maior probabilidade de comportamentos de risco. A longo prazo, têm sido identificados efeitos cardiovasculares, imunológicos e metabólicos, nomeadamente a obesidade.

Segundo um estudo realizado por Matos et al. (2017) com estudantes entre 13 e 18 anos, verificou-se que a maioria dos adolescentes relataram a percepção de ter tido uma boa noite de sono, contudo as raparigas relataram uma má percepção da qualidade de sono e menos horas dormidas.

Espaço para lazer e diversão devem fazer parte do quotidiano de cada pessoa, pois é a partir destes que o organismo se relaxa e recompõe. A definição de lazer, segundo Dumazedier (1979) (como citado em Assumpção Jr, et al, 2010) tem por base o conjunto de ações escolhidas pelo sujeito para diversão, recreação e entretenimento, num processo pessoal de desenvolvimento. Contudo, para Assumpção Jr, et al., (2010) a programação de atividades de lazer na população infantil, impossibilitando as crianças de brincarem, que por sua vez, impede que as atividades proporcionem os benefícios que deveriam apresentar.

Quanto à inserção social, os grupos de apoio (pares, família, ...) são importantes na medida que caracterizam modelos de segurança biológica e afetiva. Eles garantem um melhor suporte em situações de crise, construindo fatores positivos na prevenção e manutenção da saúde. Segundo Pietrukowicz pode-se classificar o apoio em três tipos: *apoio emocional*: está relacionado com os sentimentos, as emoções e a estima; ao fazerem parte de um grupo, passam a expressar os seus sentimentos e a se relacionar com os outros; *apoio material ou instrumental*: é manifestado por qualquer tipo de prestação de ajuda direta ou serviço que propicie ajuda material ou financeira; *apoio educacional ou informativo*: geralmente este grupo de apoio é formado por pessoas que buscam a informação, conselhos, conhecimentos sobre algum assunto, ou algo que ajude a resolver os problemas (Assumpção Jr, et al. 2010).

Segundo a OMS (2018), as crianças e adolescentes estão expostos a inúmeros fatores diferentes que tem uma forte influência no seu crescimento, bem como no seu desenvolvimento, podendo estes fatores serem de risco ou benéficos para a sua saúde. A exposição da criança a estes fatores não deve ser considerada isoladamente: devem ser considerada e estão em interação com determinantes sociais e nutricionais que influenciam a sua saúde e o seu bem-estar.

Sendo a saúde um dos principais fatores determinantes da qualidade de vida, a obtenção de um estado completo de bem-estar físico e mental e social depende de fatores que não estão somente ao alcance da medicina, mas da sociedade em geral. Portanto fazem parte dos determinantes da qualidade de vida os aspetos físicos, sociais e emocionais.

Designamos de determinantes da qualidade de vida relacionada com a saúde, todos os fatores que influenciam o nível de qualidade de vida. Estes determinantes podem ser de origem cultural, comportamental, psicológico, ambiental, social, educacional, económico entre outros (Gaspar et al, 2009a).

A identificação destes determinantes pode melhorar os conhecimentos sobre a QVRS. Por influenciarem o nível de qualidade de vida, os determinantes devem ser tidos em conta porque eles são, por vezes, também fatores de risco para doenças.

Sexo

Inúmeros estudos, demonstram que os homens percecionam melhor a sua própria qualidade de vida relacionada com a saúde, em relação às mulheres (Foster et al., (2000) como citado em Boini (2005)). Diferença esta que também é frequentemente visível na infância. Isto pode parecer ser paradoxal, porque também está reconhecido que as mulheres vivem mais, mesmo quando relatam uma pior perceção da saúde em relação aos homens. Estas diferenças podem ser explicadas por variações ligadas ao género: comportamentos relacionados à saúde, bem como variáveis psicológicas e socioeconómicas (Bird & Rieker (1999) como citado em Boini (2005)).

Segundo um estudo realizado em Portugal, com 3195 crianças, verificou-se que as raparigas apresentaram uma perceção menos positiva da sua própria QVRS em relação aos rapazes, exceto em relação à satisfação escolar, colegas, professores e competências de aprendizagem (Gaspar et al., 2009). Por sua vez, os rapazes apresentaram níveis mais elevados no domínio da Saúde e atividade física. Esta tendência, pode estar relacionada com o fato de as crianças e adolescentes do sexo masculino serem, desde cedo, estimulados a participar em atividades físicas, enquanto as raparigas são direcionadas para as atividades do lar (Mendes et al como citado em Sobral, Gontijo, Abdala & Cabral, (2015)).

Idade

Assim como para o sexo, encontramos para a idade, relação quase sistemática na qualidade de vida relacionada com a saúde. Segundo um estudo realizado em França,

verificou-se que a população mais jovem apresentava uma melhor percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde em relação à população com mais idade (Leplége et al (2001) como citado em Boini (2005)). Assim como em França, foi realizado um estudo em que se observou que à medida que a idade aumentava os scores das diversas dimensões relacionadas com a QVRS diminuían. A idade avançada associada a uma pior percepção da qualidade de vida, pode ser encontrada em diversos estudos (Wensing, Vingerhoets & Grol, 2001).

Em Portugal, segundo o estudo realizado por Gaspar et al, verificou-se que percepção da QVRS é mais elevada nas idades mais jovens (Gaspar et al, 2009).

Família e grupo de pares

Pesquisas envolvendo o suporte social, estando relacionado com família, amigos, pares e satisfação com os mesmos, nos mais diversos contextos culturais também têm demonstrado a presença de uma associação entre o suporte social e a QVRS. Desta forma, a existência de relações interpessoais de apoio tende a resultar uma percepção mais positiva da QVRS (Gaspar et al, 2006).

Além do género e da idade, as relações familiares afetam a qualidade de vida relacionada com a saúde. Segundo Hair et al, apesar das relações com ambos os pais serem importantes, este autor destaca a influência materna como sendo maior que a paterna (Iglesias et al., 2015)

Para que uma criança tenha um desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, esta deve crescer num ambiente familiar, em clima de felicidade, amor e compreensão, sendo que a família, deve receber a proteção e assistência necessárias para desempenhar plenamente o seu papel na comunidade (Fonseca & Perdigão, 1999).

A família como variável de contexto socioeconómico, tem um grande impacto e é um forte preditor de qualidade de vida em crianças e adolescentes e surge associada à saúde, qualidade de vida, desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança e do adolescente (Bradley & Corwyn (2002) como citado em Gaspar et al (2009a)).

A criança e o adolescente ao desenvolver-se no seio de um contexto familiar, são influenciados pelas características significativas desse mesmo contexto, em especial pelos seus pais. Portanto, o bem-estar socio-emocional da criança pode ser afetado pelas

características da família, educação familiar e do funcionamento familiar (Kowal et al., (2002) como citado em Gaspar et al., (2006)).

Através do estudo realizado com 86 adolescentes, em Recife, por Sobral et al., (2015) constatou-se que os jovens do sexo masculino apresentavam uma percepção mais elevada do que as jovens do sexo feminino na dimensão Família e ambiente familiar, podendo esta diferença estar relacionada com a representação histórica e sociocultural construída acerca dos papéis do homem e da mulher (Mendes et al. (2014) como citado em Sobral et al., (2015)).

A qualidade de vinculação entre os pais e a criança pode influenciar a sua relação com os pares, pois as vinculações inseguras surgem mais frequentemente em famílias com baixo estatuto socioeconómico.

Importa salientar que a competência social é a mais investida pelos pais com melhor nível socioeconómico, que pelos pais com nível socioeconómico mais baixo, visto que os primeiros procuram envolver-se mais nas atividades sociais dos filhos e valorizam mais os relacionamentos sociais (Gaspar et al., 2006). Contudo um dos riscos para crianças e adolescentes com baixo nível socioeconómico pode ser o isolamento social e a rejeição dos pares (Schneider et al (2000) como citado em Gaspar et al., (2006)).

Relativamente à relação entre o bem-estar e a relação com outros agentes de contexto social como o grupo de pares, comunidade (...), estas são cruciais para o desenvolvimento social da criança e adolescente. As relações de amizade são consideradas de extrema importância pois interferem com a percepção de bem-estar, especialmente na adolescência. O grupo de pares é visto como veículo de relacionamento do adolescente com o mundo, projetando assim o seu modo de ver e pensar sobre ele, sendo através dos amigos que os jovens conversam e encontram liberdade para falar de assuntos que não têm espaço no ambiente familiar (Santos (2013); Reis et al., (2013); como citado em Sobral et al., (2015)).

Ambiente escolar

Paralelamente a esta dimensão, a escola como contexto social, ocupa um lugar central na vida das crianças, funcionando como um espaço primordial na educação e preparação para a vida. A OMS considera que a escola como contexto educativo deveria promover nos alunos competências psicossociais, como a capacidade de resolução de problemas, o pensamento

crítico, a comunicação, o relacionamento interpessoal, a capacidade de empatia, a tolerância, a igualdade de géneros, a criatividade, as competências académicas e gestão emocional, que encorajam e promovem autoestima e autoconfiança, convergindo como fatores preditores do desempenho académico (Gaspar, Ribeiro, Matos & Leal, 2008(a)).

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

3. METODOLOGIA

Através da revisão teórica procuramos enquadrar a problemática da qualidade de vida nas crianças e adolescentes. Neste capítulo, pretendemos descrever a metodologia utilizada, ou seja, os meios e etapas da investigação realizada. Será efetuada a sua conceitualização do estudo, os seus objetivos, questões de investigação, definição da população e amostra, apresentação do instrumento de colheita de dados e método de análise dos dados obtidos com o mesmo.

3.1. Métodos

De acordo com a revisão bibliográfica que fizemos é evidente a importância da QV nas crianças.

Uma vez que os estudos realizados sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes ainda são escassos e que a existência de fatores que podem interferir com a qualidade de vida e que a infância e a adolescência são importantes marcos no desenvolvimento humano, esta investigação pretende contribuir para uma melhor compreensão do impacto destes fatores, num grupo de crianças e adolescentes.

Faz parte de uma das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem “*prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, pág. 5). Neste contexto surge naturalmente uma inquietação e um interesse enquanto enfermeiro promotor de saúde e para a elevação dos cuidados, de investigar esta temática.

Após reflexão sobre todos estes aspetos, percebeu-se a necessidade de estudar mais profundamente “A qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e dos adolescentes”. Perante esta problemática formularam-se as seguintes questões:

- Qual a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes?
- Que variáveis sócio demográficas e de contexto de bem-estar influenciam a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes?

- Qual a relação entre as variáveis de bem-estar (percepção de qualidade de vida e de sono) com a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças/adolescentes?

Partindo destas questões, estabeleceram-se os seguintes objetivos para conduzir a investigação:

- Avaliar a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes, através da aplicação do Instrumento de Avaliação *Kidscreen*;

- Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam a qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes;

- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e variáveis de bem-estar (percepção de qualidade de vida e de sono) e com a qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças/adolescentes;

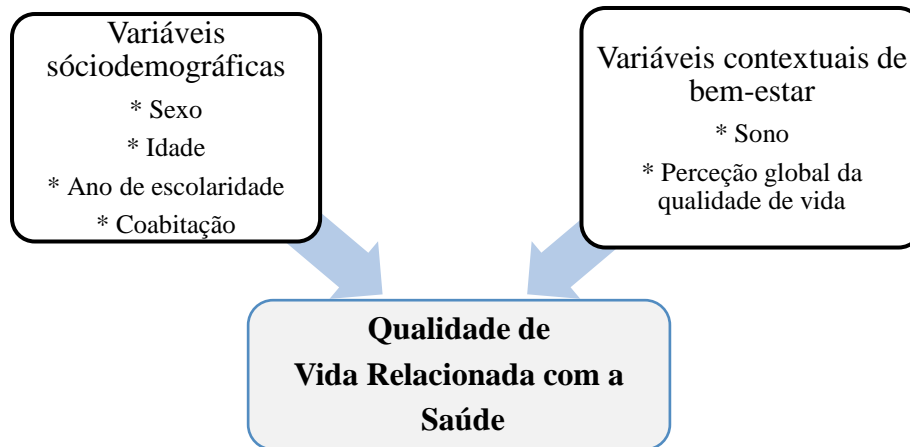
Optamos por realizar um estudo descritivo, transversal e analítico com uma abordagem quantitativa, através da análise das variáveis sócio demográficas e variáveis de bem-estar.

Segundo Fortin (2009), os estudos descritivos pretendem conhecer características de determinada população salientando-se a descrição e análise do discurso dos sujeitos, recorrendo-se a aplicação de questionários e ou entrevistas.

Para a realização deste estudo seguiu-se o desenho de investigação, que expõe a articulação das variáveis estudadas, representada de forma esquemática (cf figura 3).

A variável independente sociodemográfica é avaliada nas seguintes categorias: sexo, idade, ano de escolaridade e pessoas com quem vive. A variável independente de bem-estar é composta pelas categorias: horas de sono e percepção geral da qualidade de vida.

Figura 3 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis



3.2. PARTICIPANTES

No presente estudo a amostra é do tipo não probabilística por conveniência, constituída por 567 crianças/adolescentes com idade compreendida entre os 10 e 15 anos de idade a frequentar escolas do 2º e 3º ciclo do Ensino Básico do Agrupamento de Escolas D. Henrique, Viseu, da região centro de Portugal.

O estudo insere-se no projeto “MAISaúdeMental - Monitorização e Avaliação dos Indicadores de Saúde Mental das crianças e adolescentes: da investigação à prática”, com a identificação 023293 CENTRO-01-0145-FEDER-023293 financiado pelo Programa “Portugal 2020”.

3.2.1 Caracterização sócio demográfica da amostra

Na caracterização da amostra foram consideradas as seguintes variáveis: idade, sexo, ano de escolaridade e pessoas com quem habitam.

Idade

As estatísticas relativas à idade revelam que a idade das crianças/adolescentes varia entre um mínimo de 9 anos e um máximo de 17 anos, sendo que a média das idades da nossa amostra se situa nos 12,4 anos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,59 anos.

Para o sexo masculino que representa 49,4% da totalidade da amostra, a idade mínima é de 9 anos, enquanto para o feminino com uma representatividade de 50,6%, é de 10 anos, sendo a máxima de 16 anos e 17 anos, para o sexo masculino e feminino, respetivamente.

Os rapazes são em média mais velhos ($M = 12,41$ anos $\pm 1,61$) que as raparigas ($M = 12,38$ anos $\pm 1,57$).

Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição da idade é simétrica e platicúrtica. O coeficiente de variação apresenta uma dispersão baixa.

Tabela 1 – Caracterização da amostra em função do sexo

Sexo	Idade								
	N	Mínimo	Máximo	Média	Dp	CV (%)	Sk/EP	K/EP	
Masculino	280	9	16	12,41	1,61	12,96	1,048	-2,762	
Feminino	287	10	17	12,38	1,57	12,68	0,882	-2,790	
Total	567	9	17	12,4	1,59	12,82	1,369	-3,912	

Com o intuito de melhor compreensão dos resultados, no que respeita à idade, os elementos foram agrupados em três classes etárias: ≤ 11 anos, 12 – 13 anos e ≥ 14 anos. Verificamos que o grupo mais representativo (38,4%) é dos adolescentes com idades 12 – 13 anos, seguidos pelo grupo “ ≤ 11 anos” com 33,5% e por último os que possuem ≥ 14 anos com 28,0%.

Ano de escolaridade

No que concerne ao ano de escolaridade, a maioria dos adolescentes frequenta o 9º ano de escolaridade (22,8%), seguindo-se os estudantes que frequentam o 8º ano (21,5%). Tendo em conta o 9º ano de escolaridade, a maioria pertence ao sexo feminino (22.6%), enquanto que a frequentar o 6º e 7º ano, a maioria pertence ao sexo masculino (22.9% e 18.6%, respetivamente (cf. tabela 2).

Coabitação

Quanto à coabitação, dividimos esta variável em Pais (Pai e Mãe), Mãe, Pai e Outros.

Analisando os resultados relativos às pessoas com quem as crianças e adolescentes habitam, observou-se que para a totalidade da amostra, a maioria (77.4%) coabita com os ambos os pais (pai e mãe) e 18.5% coabita apenas com a mãe (cf. tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do sexo

Variáveis	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	N (280)	% (49.4)	N (287)	% (50.6)	N (567)	% (100.0)
<u>Idade</u>						
≤ 11 anos	92	32,9	98	34,1	190	33,5
12 – 13 anos	109	38,9	109	38,0	218	38,4
≥ 14 anos	79	28,2	80	27,9	159	28,0
<u>Ano de escolaridade</u>						
5º ano	44	15,7	52	18,1	96	16,9
6º ano	64	22,9	55	19,2	119	21,0
7º ano	52	18,6	49	17,1	101	17,8
8º ano	56	20,0	66	23,0	122	21,5
9º ano	64	22,9	65	22,6	129	22,8
<u>Coabitação</u>						
Pais (Pai e Mãe)	220	78,6	219	76,3	431	77,4
Mãe	49	17,5	56	19,5	105	18,5
Pai	3	1,1	5	1,7	8	1,4
Outros	8	1,4	7	2,4	15	2,6

Resumo da caracterização da amostra

- A amostra é composta por 567 crianças e adolescentes, 287 (50.6%) do sexo feminino e 280 (49.4%) do sexo masculino;

- As raparigas apresentam uma idade média de 12.38 anos e os rapazes de 12.41 anos e a maioria da amostra (38.9%) apresenta idade entre os 12 e 13 anos;
- A maioria das crianças encontram-se a frequentar o 6º ano e 9º ano de escolaridade (29.0%);
- A maioria das crianças coabita com os pais (pai e mãe) (77,4%). Para 18,5% das crianças/adolescentes habitam apenas com a mãe, 2,6% das crianças coabitam com outras pessoas e 1,4% coabitam apenas com o pai.

3.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A colheita de informação é constituída por um questionário de caracterização sociodemográfico e de e variáveis contextuais de bem-estar e pela escala de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde – (*Escala KIDSCREEN -52* (Gaspar & Matos (2008c) (Anexo I).

Questionário de caracterização sociodemográfica

O questionário de caracterização sociodemográfico e variáveis contextuais de bem-estar foi construído para o efeito (add hoc), e permite recolher dados relevantes sobre o perfil sociodemográfico da criança/adolescente, como a idade, sexo, ano de escolaridade e pessoas com quem habita. As variáveis contextuais de bem-estar permitem obter dados sobre as horas de sono e a qualidade do mesmo, bem como a perceção da qualidade vida da criança e adolescente avaliada pela escala de faces.

Quadro 1 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas e contextuais

Operacionalização: Variáveis sociodemográficas e contextuais de bem-estar	
Sexo	Para operacionalizar esta variável foi elaborada um questão fechada e dicotómica com duas alternativas de resposta que categorizámos em: Sexo

	Masculino e Sexo Feminino.
Idade	Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma pergunta aberta e posteriormente de acordo com as amplitudes das idades encontradas foram criadas classes etárias: “ ≤ 11 anos”, “12-13anos” e “ ≥ 14 anos”. As classes etárias foram agrupadas de acordo com A Teoria Psicossocial do Desenvolvimento de Erikson e segundo Hockenberry & Wilson (2016).
Ano de escolaridade	Para operacionalizar esta variável foi elaborada um questão aberta e posteriormente de acordo com as respostas obtidas foram classificadas em: 5º ano, 6º ano, 7º ano, 8º ano e 9º ano de escolaridade.
Coabitação	Para operacionalizar esta variável, foi elaborada uma questão fechada com onze alternativas de resposta: Mãe, Pai, Irmão(s); Irmã(s); Avô; Avó; Tio; Tia; Padrasto; Madrasta; e Outros, tendo sido posteriormente reagrupados em quatro grupos: Pais, Mãe, Pai e Outros.
Sono	Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma pergunta aberta com o número de horas dormidas durante a noite.
Percepção global da QV	A percepção global da qualidade de vida foi avaliada através de uma escala de faces adaptada. Esta escala de faces é composta por 10 números e 6 faces correspondendo o 10 à melhor qualidade de vida (Sorriso) e o 0 à pior qualidade de vida (Triste). A qualidade de vida resulta da pontuação obtida na escala sendo considerada boa percepção da qualidade de vida (pontuação ≥ 5) e má percepção da qualidade de vida (pontuação < 5).

Escala de qualidade de vida relacionada com a saúde

A Escala *KIDSCREEN 52* é um instrumento de natureza transcultural, genérico, e que pode ser utilizado para medição, monitorização e avaliação. É aplicável em crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos de idade, no âmbito da saúde e da doença crónica. É um questionário de autopreenchimento. A Escala *Kidscreen* é constituída por dez dimensões e 52 itens que descrevem a Qualidade de vida relacionada com saúde (QVRS): Saúde e Atividade Física; Sentimentos; Estado de Humor Geral; Auto-percepção (sobre ti próprio); Tempo Livre; Família, Ambiente Familiar e Vizinhança; Questões Económicas; Amigos; Ambiente Escolar e Aprendizagem; e Provocação (*Bullying*). No quadro seguinte, podemos encontrar resumidamente por quantos itens são constituídas as diferentes dimensões bem como exemplos de perguntas e a interpretação das diferentes dimensões.

Quadro 2 – Interpretação das dimensões da Escala *Kidscreen*

Dimensão (nº itens)	Exemplos	Interpretação
Saúde e Atividade Física (5)	“Sentiste-te bem e em forma?”	Esta dimensão explora o nível de atividade, energia e aptidão física da criança/adolescente. Por sua vez, são também avaliados sentimentos de mal-estar e queixas de uma saúde pobre. Uma pontuação baixa implica sentir-se exausto fisicamente, não se sentir bem e em forma fisicamente, ter baixa energia, enquanto que uma pontuação elevada revela uma boa forma física, ativa, saudável, energético.
Sentimentos (6)	“Sentiste-te satisfeito(a) com a tua vida?”	Esta dimensão avalia o bem-estar psicológico da criança/adolescente, incluindo emoções positivas. Revela as perceções positivas e emoções experimentadas pelo indivíduo. As questões analisam o quanto uma criança / adolescente experimenta sentimentos positivos como felicidade, alegria e alegria. Também reflete a visão da pessoa sobre sua satisfação com a vida até o momento. Uma pontuação baixa implica falta de prazer na vida, insatisfação com a vida e uma pontuação elevada revela percepção da felicidade, com olhar positivo sobre a vida, satisfação com a vida, prazer e alegria.
Estado de Humor Geral (7)	“Sentiste-te sozinho(a)?”	Essa dimensão abrange o quanto a criança / adolescente experimenta estados depressivos, emoções e sentimentos estressantes. Revela especificamente sentimentos como solidão, tristeza, suficiência / insuficiência e resignação. Além disso, essa dimensão leva em consideração o quão angustiante esses sentimentos são percebidos. Esta dimensão mostra uma alta pontuação na QV se esses sentimentos negativos são raros. Uma pontuação baixa implica sentir-se deprimido, infeliz, com mau humor e uma pontuação elevada revela sentir-se bem, com bom humor.
Autoestima (Sobre si próprio) (5)	“Sentiste-te preocupado(a) com a tua aparência?”	Esta dimensão explora a percepção do eu da criança / adolescente. Inclui se a aparência do corpo é vista de forma positiva ou negativa. A imagem corporal é explorada por questões relacionadas à satisfação com a aparência, bem como a roupas e outros acessórios pessoais. A dimensão examina quão segura e satisfeita a criança / adolescente se sente em relação a si mesma e à sua aparência. Esta dimensão pretende refletir o valor que alguém atribui a si mesmo e a percepção de como os outros valorizam positivamente a pessoa. Uma pontuação baixa implica uma imagem corporal negativa, autorrejeição, infelicidade/ insatisfação consigo próprio, baixa autoestima, sentir-se desconfortável com a sua aparência e uma pontuação elevada revela autoconfiança, satisfação com a sua imagem corporal, felicidade consigo próprio, boa autoestima, confortável com a aparência.
Autonomia (Tempo Livre) (5)	“Foste capaz de fazer atividades que gostas de fazer no teu tempo livre?”	Esta dimensão analisa a oportunidade dada a uma criança ou adolescente para criar seu tempo social e de lazer. Ele examina o nível de autonomia da criança / adolescente, visto como uma importante questão de desenvolvimento para a criação de uma identidade individual. Isso se refere à liberdade de escolha, auto-suficiência e independência da criança / adolescente. Em particular, a extensão em que a criança / adolescente se sente capaz de moldar sua própria vida, bem como a capacidade de tomar decisões sobre as atividades do dia-a-dia, é considerada. A dimensão também examina se a criança / adolescente se sente suficientemente provida de

		oportunidades para participar de atividades sociais, particularmente em atividades de lazer e passatempos. Uma pontuação baixa implica sentir-se restringido, oprimido, dependente e uma pontuação elevada revela sentir-se livre para decidir, independente, autónomo.
Família, Ambiente Familiar e Vizinhança (6)	“Os teus pais compreendem-te?”	Esta dimensão examina a relação entre os pais e a atmosfera na casa da criança / adolescente. Explora a qualidade da interação entre a criança / adolescente e os pais ou responsáveis e os sentimentos da criança / adolescente em relação aos pais / responsáveis. É particularmente importante que a criança / adolescente se sinta amada e apoiada pela família, se a atmosfera em casa é confortável ou não e se a criança / adolescente se sente tratada de forma justa. Uma pontuação baixa implica sentir-se sozinho, negligenciado, não apreciado, perceber os pais como pouco disponíveis/injustos e uma pontuação elevada revela sentir-se seguro, apoiado e amado, sentir-se compreendido, bem cuidado, perceber pais disponíveis/justos.
Questões Económicas (3)	“Tiveste dinheiro suficiente para fazer as mesmas atividades que os teus amigos (as)?”	A qualidade percebida dos recursos financeiros da criança / adolescente é avaliada. A dimensão explora se a criança / adolescente sente que possui recursos financeiros suficientes para permitir que ela viva um estilo de vida comparável a outras crianças / adolescentes e que ofereça a oportunidade de fazer as coisas em conjunto com os colegas. Uma pontuação baixa implica sentir que os recursos financeiros estão a restringir o estilo de vida, sentir desvantagem financeira e uma pontuação elevada revela sentir-se satisfeito com os recursos financeiros.
Amigos (6)	“Passaste tempo com os teus Amigos (as)?”	Esta dimensão examina a natureza das relações da criança / adolescente com outras crianças / adolescentes. Relações sociais com amigos e colegas são consideradas. A dimensão explora a qualidade da interação entre a criança / adolescente e seus pares, bem como seu apoio percebido. As perguntas examinam até que ponto a criança / adolescente se sente aceita e apoiada pelos amigos e a capacidade da criança / adolescente de formar e manter amizades. Em particular, aspetos relativos à comunicação com os outros são considerados. Ele também explora a medida em que a pessoa experimenta sentimentos de grupo positivos e o quanto ela se sente parte de um grupo e respeitada por colegas e amigos. Uma pontuação baixa implica sentir-se excluído, pouco aceite e desapoiado pelo grupo de pares, incapaz de confiar nos seus pares e uma pontuação elevada revela sentir-se aceite, apoiado e incluído no grupo de pares, capaz de confiar nos seus pares.
Ambiente Escolar e Aprendizagem (6)	“Sentiste-te satisfeito(a) com os teus professores?”	Essa dimensão explora a percepção de uma criança / adolescente sobre sua capacidade cognitiva, aprendizagem e concentração e seus sentimentos sobre a escola. Inclui a satisfação da criança / adolescente com a sua capacidade e desempenho na escola. Sentimentos gerais sobre a escola, como se a escola é um lugar agradável para se estar, também são considerados. Além disso, a dimensão explora a visão da criança sobre o relacionamento com seus professores. Uma pontuação baixa implica que não gosta da escola e/ou dos professores, sentimentos negativos acerca da escola, com má capacidade escolar e uma pontuação elevada revela sentir-se satisfeito na escola, com boa

		capacidade escolar, apreciar a vida escolar.
Provocação (Bullying) (3)	“Tens sentido medo de outros rapazes ou raparigas?”	Esta dimensão abrange o aspeto de sentir-se rejeitado pelos colegas na escola. Explora tanto a sensação de ser rejeitado pelos outros quanto o sentimento de ansiedade em relação aos colegas. Dizemos que um aluno está sendo intimidado quando outro aluno ou grupo de alunos diz ou faz coisas desagradáveis e desagradáveis para ele. É também intimidar quando um estudante é provocado repetidamente de uma forma que ele ou ela não gosta. Esta dimensão aponta valores elevados na qualidade de vida se estes sentimentos negativos forem raros. Uma pontuação baixa implica sentir-se atormentado, provocado e rejeitado pelos seus pares e uma pontuação elevada revela não se sentir provocado, sentir-se respeitado e aceite pelos pares

Fonte: Gaspar, T. & Matos, M., (2008) – *Qualidade de vida em crianças e adolescentes – Versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen 52*. Aventura Social e Saúde

Perceção global da qualidade de vida – escala de faces

Para Drummond et al., (2015), o método mais simples de medir preferências é pedir aos inquiridos que, primeiro que pontuem os estados de saúde, do mais preferido para o menos preferido e depois que os classifiquem numa escala de acordo com as preferências e de modo que os intervalos entre eles sejam proporcionais às diferenças de preferência (Lopes, 2013).

Na realização deste trabalho, de forma a avaliar a perceção global que as crianças e adolescentes tinham da sua qualidade de vida, foi aplicada a escala de faces adaptado por Pais (2012). Esta escala é composta por caras de várias expressões - da esquerda para a direita - até chegar ao extremo direito que mostrava uma cara com maior sorriso e a que corresponde maior qualidade de vida. Foi solicitada a cada criança/adolescente que indicassem qual a cara que melhor descreve a sua qualidade de vida.

. Cada item é avaliado por uma escala tipo Likert que varia de *Nunca* a *Sempre*. A pontuação atribuída foi de 1 = *Nunca*; 2 = *Raramente*; 3 = *Algumas vezes*; 4 = *Frequentemente*; 5 = *Sempre*, sendo que quanto mais elevada a for a pontuação, maior a perceção da qualidade de vida vivenciada pelas crianças e adolescentes.

Contudo as respostas aos itens da dimensão Saúde e Atividade Física: “1.2 Sentiste em bem e em forma?”, “1.3. “Estiveste fisicamente ativo (*ex: correste, jogaste à bola, andaste de*

bicicleta)?”, “1.4 Foste capaz de correr bem?”; da dimensão Sentimentos: “2.1 A tua vida tem sido agradável?”, “2.2 Sentiste-te bem por estar vivo?”, “2.3 Sentiste-te satisfeito(a) com a tua vida”; da dimensão Família, Ambiente Familiar e Vizinhança: “6.1. Os teus pais ou mãe/pai compreendem-te?”, “6.2 Sentiste-te amado(a) pelos teus pais ou mãe/pai?”; da dimensão Questões económicas: “7.3 Tiveste dinheiro suficiente para fazer atividades com os teus amigos(as)?”; da dimensão Ambiente Escolar e Aprendizagem: “9.1 Sentiste-te feliz na escola?”, “9.2 Foste bom/boa aluno(a) na escola?”, “9.3 Sentiste-te satisfeito(a) com os teus professores”, apresentam respostas diferentes mas também do tipo Likert e cotadas de 1 a 5, sendo 1 = *Nada*; 2 = *Pouco*; 3 = *Moderadamente*; 4 = *Muito*; 5 = *Totalmente*.

Os itens da dimensão Saúde e Atividade Física “Em geral, como descreves a tua saúde?”; da dimensão Estado de Humor Geral “Sentiste que fizeste tudo mal?”, “Sentiste-te triste?”; “Sentiste-te tão mal que não quiseste fazer nada?”; “Sentiste que tudo na tua vida estava a correr mal?”, “Sentiste-te farto?”, “Sentiste-te sozinho (a)?”, “Sentiste-te debaixo de pressão (“stressado/a”)?”; da dimensão Sobre ti próprio “Sentiste-te preocupado (a) com a tua aparência?”, “Sentiste inveja da aparência de outros rapazes e raparigas?”, “Gostarias de mudar alguma coisa no teu corpo?” da dimensão Provocação “Tens sentido medo de outros rapazes ou raparigas?”, “Outros rapazes ou raparigas gozaram contigo?”, “Outros rapazes ou raparigas provocaram-te?” são cotados inversamente no sentido de homogeneizar os resultados, modo, a que para todos os itens um valor maior reflecta uma QVRS mais elevada.

Após somatório dos diferentes itens pertencentes a cada subescala, os resultados foram transformados em valores de 0 a 100 através da seguinte fórmula ((score bruto- score mínimo esperado) /amplitude) * 100.

Os resultados foram agrupados por dimensões e apurámos que um *score* de 50 é o valor médio da cada dimensão. Consideramos que a percepção das crianças sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde é positiva quando apresenta *scores* superiores a esse valor médio e, pelo contrário, *scores* inferiores a esse valor médio, representam uma percepção negativa da qualidade de vida relacionada com a saúde.

3.3.1. Estudo da consistência interna da escala

Para a análise estatística das escalas foram utilizadas as médias e desvios padrão. Foi igualmente utilizado o coeficiente de correlação de Pearson que é uma medida de associação linear que foi usada para o estudo de variáveis quantitativas.

A consistência interna foi determinada através do coeficiente de *Alfa de Cronbach*. Este teste varia entre zero e um, considerando-se a consistência interna muito boa se alfa for igual ou superior a 0,9; boa se alfa estiver entre 0,8 e 0,9; razoável se alfa estiver entre 0,7 e 0,8; fraca se alfa estiver entre 0,6 e 0,7; e inadmissível se alfa for inferior a 0,6 (Pestana e Gageiro, 2014).

Neste estudo, procedemos apenas à avaliação da consistência interna da Escala *Kidscreen*. Foram estudadas inicialmente as estatísticas (médias e desvios padrão), assim como as correlações entre cada item e o valor global, que nos permitem observar como o item individual se relaciona com o valor global.

Os valores de Alfa de Cronbach variam entre 0,950 e 0,954 que indicam uma consistência interna muito boa, uma vez que o seu valor foi superior a 0,9, com um alfa global de 0.942. Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que o item “Sentiste-te preocupado com a tua aparência?” é o que apresenta menos estabilidade ($r=0,158$). Numa análise mais conservadora todos os itens com valores correlacionais inferiores a 0.20 deveriam ser retirados, mas decidimos pela sua manutenção por forma a mantermos a estrutura fatorial do autor original. A correlação máxima situa-se no item “Sentiste-te satisfeito(a) com a tua vida?” ($r =0,705$).

A afirmação que obteve em média maior frequência foi a “Tem sentido medo de outros rapazes ou raparigas?” ($M= 4,62$) respeitante à dimensão Provocação seguida da afirmação “Sentiste-te amado(a) pelos teus pais ou mãe/pai?” ($M= 4,60$) da dimensão Família, ambiente familiar e vizinhança; e “Divertiste-te com os teus amigos(as)?” ($M=4,55$) e a “Sentiste inveja da aparência de outros rapazes e raparigas?” ($M= 4,55$) da dimensão Autoestima.

Tabela 3 – Consistência interna da Escala *Kidscreen*

N.º Item	Itens	Média	Dp	r item/total	α sem item
1	SAÚDE E ACTIVIDADE FÍSICA				
	1.1. Em geral, como descreves a tua saúde?	3.93	0.749	0.404	0.951
	1.2 Sentiste-te bem e em forma?	4.03	0.804	0.558	0.951

	1.3 Estiveste fisicamente ativo (ex: correste, jogaste à bola, andaste de bicicleta)?	3.99	1.035	0.447	0.951
	1.4 Foste capaz de correr bem?	4.17	0.908	0.412	0.951
	1.5 Sentiste-te cheio de energia?	4.07	0.837	0.550	0.951
2	SENTIMENTOS				
	2.1 A tua vida tem sido agradável?	4.09	0.834	0.695	0.950
	2.2 Sentiste-te bem por estar vivo?	4.51	0.799	0.620	0.950
	2.3 Sentiste-te satisfeito(a) com a tua vida?	4.19	0.892	0.705	0.950
	2.4 Estiveste de bom humor?	4.08	0.768	0.574	0.951
	2.5 Sentiste-te alegre?	4.22	0.786	0.663	0.950
	2.6 Divertiste-te?	4.37	0.763	0.590	0.951
3	ESTADO DE HUMOR GERAL				
	3.1 Sentiste que fizeste tudo mal?	4.00	0.973	0.544	0.951
	3.2 Sentiste-te triste?	3.90	0.891	0.603	0.950
	3.3 Sentiste-te tão mal que não quiseste fazer nada?	4.28	0.952	0.546	0.951
	3.4 Sentiste que tudo na tua vida estava correr mal?	4.33	0.903	0.590	0.950
	3.5 Sentiste-te farto(a)?	4.19	0.966	0.639	0.950
	3.6 Sentiste-te sozinho(a)?	4.38	0.934	0.577	0.950
	3.7 Sentiste-te debaixo de pressão (“stressado/a”)?	4.05	1.054	0.618	0.950
4	SOBRE TI PRÓPRIO				
	4.1 Sentiste-te feliz com a tua maneira de ser?	4.33	0.844	0.608	0.950
	4.2 Sentiste-te contente com as tuas roupas?	4.51	0.752	0.533	0.951
	4.3 Sentiste-te preocupado com a tua aparência?	3.01	1.466	0.158	0.954
	4.4 Sentiste inveja da aparência de outros rapazes e raparigas?	4.55	0.874	0.381	0.951
	4.5 Gostarias de mudar alguma coisa no teu corpo?	3.92	1.307	0.507	0.951
5	TEMPO LIVRE				
	5.1 Tiveste tempo suficiente para ti próprio(a)?	4.13	0.975	0.615	0.950
	5.2 Foste capaz de fazer actividades que gostas de fazer no teu tempo livre?	4.18	0.998	0.626	0.950
	5.3 Tiveste oportunidades suficientes para estar ao ar livre?	4.12	1.027	0.533	0.951
	5.4 Tiveste tempo suficiente para te encontrares com os teus amigos(as)?	3.90	1.118	0.549	0.951
	5.5 Foste capaz de escolher o que fazer no teu tempo livre?	4.22	0.965	0.589	0.950
6	FAMÍLIA, AMBIENTE FAMILIAR E VIZINHANÇA				
	6.1 Os teus pais ou mãe/pai compreendem-te?	4.15	0.924	0.628	0.950
	6.2 Sentiste-te amado(a) pelos teus pais ou mãe/pai?	4.60	0.738	0.487	0.951
	6.3 Sentiste-te feliz em casa?	4.54	0.697	0.653	0.950
	6.4 Os teus pais ou mãe/pai tiveram tempo suficiente para ti?	4.24	0.905	0.552	0.951
	6.5 Os teus pais ou mãe/pai trataram-te com justiça?	4.22	1.021	0.292	0.952
	6.6 Foste capaz de conversar com os teus pais ou mãe/pai quando quiseste?	4.34	0.912	0.584	0.950
7	QUESTÕES ECONÓMICAS				
	7.1 Tiveste dinheiro suficiente para fazer as mesmas actividades que os teus amigos(as) ?	4.36	0.979	0.443	0.951
	7.2 Tiveste dinheiro suficiente para as tuas despesas?	4.43	0.934	0.480	0.951
	7.3 Tiveste dinheiro suficiente para fazer actividades com os teus amigos(as) ?	4.26	1.018	0.470	0.951
8	AMIGOS(AS)				
	8.1 Passaste tempo com os teus amigos(as)?	4.36	0.805	0.590	0.950
	8.2 Fizeste actividades com outros rapazes e raparigas?	4.19	0.907	0.569	0.951
	8.3 Divertiste-te com os teus amigos(as)?	4.55	0.714	0.551	0.951
	8.4 Tu e os teus amigos(as) ajudaram-se umas aos outros?	4.36	0.801	0.525	0.951
	8.5 Sentiste-te capaz de falar sobre tudo com os teus/ tuas amigos(as) ?	3.94	1.075	0.511	0.951
	8.6 Sentiste que podes confiar nos(as teus/tuas amigos(as)?	4.20	0.895	0.489	0.951
9	AMBIENTE ESCOLAR E APRENDIZAGEM				
	9.1 Sentiste-te feliz na escola?	3.88	1.013	0.652	0.950
	9.2 Foste bom/boa aluno(a) na escola?	3.65	0.917	0.392	0.951
	9.3 Sentiste-te satisfeito(a) com os teus professores?	3.70	1.058	0.413	0.951
	9.4 Sentiste-te capaz de prestar atenção?	3.86	0.833	0.557	0.951
	9.5 Gostaste de ir à escola?	3.83	1.143	0.519	0.951
	9.6 Tiveste uma boa relação com os teus professores?	4.19	0.875	0.511	0.951
10	PROVOCAÇÃO				
	10.1 Tem sentido medo de outros rapazes ou raparigas?	4.62	0.808	0.189	0.952
	10.2 Outros rapazes ou raparigas gozaram contigo?	4.49	0.840	0.339	0.952
	10.3 Outros rapazes ou raparigas provocaram-te?	4.46	0.883	0.360	0.952
Coefficiente alfa de Cronbach global				0,942	

Na continuação do estudo de fiabilidade da escala, apresentámos na tabela 4 os parâmetros de validade e de precisão das subescalas. No que concerne ao ambiente de estudo

que como referimos pretende medir no qual o estudante realiza o estudo, obtêm-se valores de alfa situados entre 0.500 e 0.884 (cf tabela 4).

Tabela 4 - Consistência interna das subescalas

N.º Item	Itens	r item/ total	r ²	α sem item
1	SAÚDE E ACTIVIDADE FÍSICA	α = 0.812		
	1.1. Em geral, como descreves a tua saúde?	0.437	0.228	0.818
	1.2 Sentiste-te bem e em forma?	0.683	0.482	0.752
	1.3 Estiveste fisicamente ativo (ex: correste, jogaste à bola, andaste de bicicleta)?	0.662	0.471	0.758
	1.4 Foste capaz de correr bem?	0.606	0.409	0.773
	1.5 Sentiste-te cheio de energia?	0.632	0.424	0.766
2	SENTIMENTOS	α = .889		
	2.1 A tua vida tem sido agradável?	.768	.638	.860
	2.2 Sentiste-te bem por estar vivo	.692	.543	.872
	2.3 Sentiste-te satisfeito(a) com a tua vida?	.760	.661	.862
	2.4 Estiveste de bom humor?	.618	.440	.884
	2.5 Sentiste-te alegre?	.768	.631	.860
	2.6 Divertiste-te?	.636	.468	.881
3	ESTADO DE HUMOR GERAL	α = .882		
	3.1 Sentiste que fizeste tudo mal?	.619	.398	.871
	3.2 Sentiste-te triste?	.719	.523	.859
	3.3 Sentiste-te tão mal que não quiseste fazer nada?	.662	.472	.866
	3.4 Sentiste que tudo na tua vida estava correr mal?	.736	.552	.857
	3.5 Sentiste-te farto(a)?	.707	.528	.860
	3.6 Sentiste-te sozinho(a)?	.629	.398	.870
	3.7 Sentiste-te debaixo de pressão (“stressado/a”)?	.624	.417	.872
4	SOBRE TI PRÓPRIO	α = .664		
	4.1 Sentiste-te feliz com a tua maneira de ser?	.451	.308	.578
	4.2 Sentiste-te contente com as tuas roupas?	.339	.275	.622
	4.3 Sentiste-te preocupado com a tua aparência?	.288	.152	.683
	4.4. Sentiste inveja da aparência de outros rapazes e raparigas?	.485	.246	.562
	4.5 Gostarias de mudar alguma coisa no teu corpo?	.556	.317	.500
5	TEMPO LIVRE	α = .856		
	5.1 Tiveste tempo suficiente para ti próprio(a)?	.687	.490	.822
	5.2 Foste capaz de fazer atividades que gostas de fazer no teu tempo livre?	.752	.573	.805
	5.3 Tiveste oportunidades suficientes para estar ao ar livre?	.659	.447	.829
	5.4 Tiveste tempo suficiente para te encontrares com os teus amigos(as)?	.624	.393	.840
	5.5 Foste capaz de escolher o que fazer no teu tempo livre?	.640	.419	.834
6	FAMÍLIA, AMBIENTE FAMILIAR E VIZINHANÇA	α = .826		
	6.1 Os teus pais ou mãe/pai compreendem-te?	.659	.459	.784
	6.2 Sentiste-te amado(a) pelos teus pais ou mãe/pai?	.570	.570	.805
	6.3 Sentiste-te feliz em casa?	.688	.688	.786
	6.4 Os teus pais ou mãe/pai tiveram tempo suficiente para ti?	.667	.667	.783
	6.5 Os teus pais ou mãe/pai trataram-te com justiça?	.405	.405	.845
	6.6 Foste capaz de conversar com os teus pais ou mãe/pai quando quiseste?	.660	.660	.784
7	QUESTÕES ECONÓMICAS	α = .875		
	7.1 Tiveste dinheiro suficiente para fazer as mesmas atividades que os teus amigos(as) ?	.805	.658	.781
	7.2 Tiveste dinheiro suficiente para as tuas despesas?	.700	.493	.874
	7.3 Tiveste dinheiro suficiente para fazer atividades com os teus amigos(as) ?	.777	.639	.807
8	AMIGOS(AS)	α = .834		
	8.1 Passaste tempo com os teus amigos(as)?	.621	.483	.805
	8.2 Fizeste atividades com outros rapazes e raparigas?	.586	.432	.811
	8.3 Divertiste-te com os teus amigos(as)?	.646	.463	.803
	8.4 Tu e os teus amigos(as) ajudaram-se umas aos outros?	.625	.407	.804
	8.5 Sentiste-te capaz de falar sobre tudo com os teus/ tuas amigos(as) ?	.622	.461	.808
	8.6 Sentiste que podés confiar nos(as teus/tuas amigos(as)?	.587	.450	.811
9	AMBIENTE ESCOLAR E APRENDIZAGEM	α = .842		
	9.1 Sentiste-te feliz na escola?	.697	.540	.800
	9.2 Foste bom/boa aluno(a) na escola?	.476	.278	.842
	9.3 Sentiste-te satisfeito(a) com os teus professores?	.625	.456	.816
	9.4 Sentiste-te capaz de prestar atenção?	.598	.386	.822
	9.5 Gostaste de ir à escola?	.685	.543	.804

	9.6 Tiveste uma boa relação com os teus professores?	.665	.480	.809
10	PROVOCAÇÃO	$\alpha = .783$		
	10.1 Tem sentido medo de outros rapazes ou raparigas?	.498	.251	.830
	10.2 Outros rapazes ou raparigas gozaram contigo?	.708	.540	.610
	10.3 Outros rapazes ou raparigas provocaram-te?	.671	.517	.650

Na escala *Kidscreen* (tabela 5) todas as dimensões que compõem a escala encontram-se significativamente correlacionadas entre si, a um nível de significância de 0,01.

Todas as relações são positivas e significativas sendo a mais baixa entre a “Provocação” e o “Ambiente escolar e aprendizagem” ($r=0.146$; $p=0.000$) explicando 2.13% a influência entre uma sobre a outra; a mais alta observa-se entre o “Estado de humor geral” e os “Sentimentos” ($r=0.695$; $p=0.000$) registado com uma percentagem de VE% de 48.3%.

Em relação às diferentes dimensões e o valor global apurámos que o menor valor correlacional se regista na provocação com uma variabilidade de 15.2% e a mais elevada na dimensão “Sentimentos” cuja variabilidade é de 67.73%.

Tabela 5 - Matriz de correlação de Pearson

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 - Saúde e atividade física	—									
2 - Sentimentos	0,598**	—								
3 - Estado de humor geral	0,598**	0,695**	—							
4 - Sobre ti próprio	0,385**	0,488**	0,532**	—						
5 - Tempo livre	0,466**	0,567**	0,526**	0,417**	—					
6 - Família, ambiente familiar e vizinhança	0,387**	0,548**	0,504**	0,406**	0,562**	—				
7 - Questões económicas	0,311**	0,322**	0,299**	0,326**	0,409**	0,437**	—			
8 - Amigos(as)	0,510**	0,589**	0,488**	0,361**	0,563**	0,553**	0,410**	—		
9 - Ambiente escolar e aprendizagem	0,421**	0,535**	0,518**	0,446**	0,444**	0,467**	0,333**	0,472**	—	
10 - Provocação	0,169**	0,227**	0,315**	0,272**	0,241**	0,256**	0,172**	0,260**	0,146**	—
Total	0,678**	0,823**	0,800**	0,667**	0,759**	0,743**	0,548**	0,755**	0,715**	0,390**

** $p < 0.01$

Analisando os Alfas Cronbach, verificámos que o valor de alfa do nosso estudo é superior aos do estudo da versão portuguesa, a perceção de QVRS das crianças e adolescentes do nosso estudo é aparentemente mais positiva para a maioria das dimensões, exceto para a dimensão “Família, ambiente familiar e vizinhança” e “Amigos(as)”.

Tabela 6 - Alfas Cronbach do estudo comparados a versão portuguesa

Dimensões	Alfas Cronbach	
	Versão Portuguesa	Estudo actual
Saúde e atividade física	0,77	0,81
Sentimentos	0,84	0,89
Estado de humor geral	0,86	0,88
Sobre ti próprio	0,60	0,64
Tempo livre	0,81	0,86
Família, ambiente familiar e vizinhança	0,84	0,83
Questões económicas	0,88	0,88
Amigos(as)	0,84	0,83
Ambiente escolar e aprendizagem	0,84	0,84
Provocação	0,75	0,78
Fator global		0,88

3.4. Procedimentos

Para que fosse possível reunir todos os requisitos anteriormente referidos, foram solicitados, no âmbito do projeto MAISaúde Mental, um pedido de parecer ético à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (Parecer nº 20) (Anexo II), um pedido à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CPND) (Anexo III).

Após o parecer favorável das instituições e respetivas comissões de ética para a aplicação de questionários, procedeu-se ao início de recolha de dados que decorreu entre 02 de Janeiro de 2018 a 02 de Fevereiro de 2018. Foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados e explicados os objetivos do estudo.

Após autorização e consentimento prévio pelos pais, os questionários das crianças/adolescentes foram preenchidos na sala de aula, com a ajuda do professor para eventuais esclarecimentos.

3.5. Procedimentos estatísticos

O conjunto de informação recolhida foi armazenada e posteriormente processada e recodificada. Para o processamento da informação utilizou-se o programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0.

Numa primeira fase, os dados foram explorados através da estatística descritiva, frequências absolutas (N) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central como médias (M) e de dispersão ou variabilidade como desvio padrão (Dp), coeficiente de variação (CV), medidas de forma (assimetria e curtose) e medidas de associação como correlação de Pearson.

Quanto ao CV utilizamos os intervalos definidos por Pestana & Gageiro (2014): “ $CV \leq 15\%$ - dispersão fraca”, “ $15 < CV \leq 30\%$ - dispersão média”, “ $CV > 30\%$ - Dispersão elevada”.

Para analisar a assimetria Skewness (SK), e Curtose (K) que se obtém através do quociente entre as estatísticas e o erro padrão (EP), utilizamos os seguintes valores de referência (Pestana & Gageiro, 2014):

Quadro 3 - Valores de referência para as medidas de forma

	Se ... ≤ -1.96	$-1.96 < \text{Se } \dots \leq 1.96$	Se ... > 1.96
SK/EP	Assimétrica negativa ou enviesada à direita	Simétrica	Assimétrica positiva ou enviesada à esquerda
K/EP	Platicúrtica	Mesocúrtica	Leptocúrtica

Em relação às correlações de Pearson que este tipo gera, utilizamos os valores de r que, Pestana & Gageiro (2014) sugerem:

$r < 0.2$ – associação muito baixa

$0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa

$0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada

$0.7 \leq r \leq 0.89$ - associação alta

$0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Para a análise inferencial, foram realizados testes paramétricos e não-paramétricos. Os testes não paramétricos foram utilizados sempre que primeiros não obedeciam aos critérios para a sua aplicação designadamente tamanho amostral dos grupos e distribuição normal das variáveis em estudo

Para a comparação de médias amostrais em dois grupos de sujeitos foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes ou o teste de U Mann Whitney.

Na comparação de três ou mais grupos amostrais, recorreu-se ao teste ANOVA (análise de variância a um fator) ou ao teste de Kruskal Wallis.

Foram também utilizadas regressões múltiplas univariadas como teste estatístico paramétrico.

No estudo das inferências estatísticas, utilizámos os seguintes níveis de significância (Fortin, 2009):

$p > 0,05$ – Relação não significativa (n.s.)

$p < 0,05$ – Relação significativa (*)

$p < 0,01$ – Relação muito significativa (**)

$p < 0,001$ – Relação altamente significativa (***)

A apresentação de resultados efetuou-se ao recurso de tabelas, onde se encontram representados os dados mais relevantes.

4 . RESULTADOS

Serão agora apresentados os resultados obtidos através da análise estatística dos questionários aplicados. Inicialmente, serão apresentados obtidos com as análises descritivas, seguindo-se os resultados obtidos com as análises inferenciais.

4.1. ANÁLISE DESCRITIVA

A aplicação dos instrumentos de colheita de dados permitiu obter os resultados que a seguir serão apresentados. Procede-se então à apresentação dos resultados decorrentes da estatística descritiva, tendo em conta: os dados sociodemográficos, escala *Kidscreen*, horas de sono e a percepção global da qualidade de vida.

Dados sociodemográficos

Os dados sociodemográficos foram anteriormente descritos na caracterização da amostra.

Qualidade de vida relacionada com a saúde

Analisando as dimensões entre si, verificámos que é relativamente às dimensões “Provocação” (M= 88,1) e as “Questões económicas” (M= 82,8) referem melhor percepção da QVRS. A dimensão “Autoestima” (M=61,3) e “Autonomia” (M= 62,2), são as que apresentam valores mais baixos na percepção da QVRS (cf tabela 7).

Atendendo à análise do enviesamento (Sk/EP) e achatamento (K/EP), podemos referir que a distribuição das dimensões da escala é assimétrica negativa e leptocúrtica exceto para a saúde física, auto percepção, amigos(as), ambiente escolar e aprendizagem e score global que é mesocúrtica. O coeficiente de variação apresenta uma dispersão média em todas as dimensões.

Tabela 7 - Estatísticas relativas às dimensões da Escala *Kidscreen*

Dimensões	Nº de itens	Min.	Máx.	M	Dp	CV (%)	Sk/EP	K/EP
Saúde e atividade física	5	25	100	75,9	16,5	21,73	-5,33	0,96
Sentimentos	6	16,7	100	81,1	16,2	19,98	-10,28	5,94
Estado de humor geral	7	0,0	100	79,1	18,3	23,14	-11,67	7,35
Sobre ti próprio	5	12,0	80	61,3	14,0	22,84	-6,52	0,49
Tempo livre	5	0,0	80	62,2	16,2	26,05	-9,34	2,04
Família, ambiente familiar e vizinhança	6	16,7	100	83,7	16,0	19,12	-11,85	6,82
Questões económicas	3	0,0	100	83,8	21,9	26,13	-14,36	8,80
Amigos(as)	6	0,0	100	81,7	16,1	19,71	-8,76	1,60
Ambiente escolar e aprendizagem	6	12,5	100	71,3	17,6	24,68	-4,81	1,78
Provocação	3	0,0	100	88,1	17,6	19,98	-19,75	23,92
Score Global	52	28,9	100	79,4	12,5	15,74	-7,81	1,79

Horas de sono

A tabela 8 apresenta estatísticas do número de horas de sono e testes t-Student para amostras independentes entre o número de horas de sono e o sexo.

No que concerne às estatísticas do número de horas de sono, verificámos que o valor mínimo foi de 5 horas e o máximo de 12 horas, o que corresponde a uma média de 8.48 (Dp=1.052). Nos rapazes o valor mínimo e máximo oscila entre 5 e 12 horas, enquanto que nas meninas varia entre 5 e 11 horas, com médias respetivamente de 8.51 (Dp=1.086) e 8.46 (Dp=1.020) (cf. tabela 8).

Os valores de simetria (Sk/EP = -2.417), indicam uma curva assimétrica e negativa (enviesamento para a direita) e os valores de curtose (K/EP) = 3.463 indicam uma curva leptocúrtica. Relativamente ao CV, indicia uma dispersão média de 12.40%.

Para saber se o número de horas era influenciado pelo sexo, efetuámos um teste T-Student para amostras independentes. Os resultados inseridos na tabela 8, revelam que os rapazes dormem mais horas (M=8.51; Dp=1.086) do que as raparigas (M=8.46; Dp=1.020).

Assumindo a igualdade de variâncias conforme o teste de Levene ($p=0.229$), confirma-se pelo Teste T que as diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ($t=0.606$; $p=0.545$). Perante este fato, deduz-se que o sexo não influencia o número de horas, ou seja, as duas variáveis são independentes (cf. tabela 8)

Tabela 8 - Estatísticas relativas ao número de horas de sono

	N	Min.	Máx.	M	Dp	CV (%)	Sk/EP	K/EP	Levene (p)	t	P
Número de horas de sono											
Masculino	280	5.0	12.0	8.51	1.086	12.76	-0.493	1.831	0.229	0.606	0.545
Feminino	287	5.0	11.0	8.46	1.020	12.06	-3.25	3.143			
Total	567	5	12	8.48	1.052	12.40	-2.417	3.463			

Percepção global da qualidade de vida – escala de faces

A tabela 9 apresenta estatísticas da percepção global da qualidade de vida e testes t-Student para amostras independentes entre a percepção global da qualidade de vida e o sexo.

No que concerne às estatísticas da percepção global da qualidade de vida, verificámos que o valor mínimo foi de 0 e o máximo de 10, o que corresponde a uma média de 8.45 ($Dp=1.554$). Nos rapazes o valor mínimo e máximo oscila entre 0 e 10, enquanto que nas meninas varia entre 2 e 10 horas, com médias respetivamente de 8.49 ($Dp=1.524$) e 8.40 ($Dp=1.583$) (cf. tabela 9).

Pelos valores de assimetria e curtose verificámos que a curva é leptocúrtica e enviesada à esquerda. Relativamente ao CV, indicia uma dispersão média de 18.39%.

Para saber se a percepção global da qualidade de vida era influenciada pelo sexo, efetuámos um teste T-Student para amostras independentes. Os resultados inseridos na tabela 9, revelam que os rapazes apresentam melhor percepção global da qualidade de vida ($M=8.49$; $Dp=1.524$) do que as raparigas ($M=8.40$; $Dp=1.583$). Assumindo a igualdade de variâncias conforme o teste de Levene ($p=0.463$), confirma-se pelo Teste T que as diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas ($t=0.652$; $p=0.515$). Perante este fato, deduz-se

que o sexo não influencia a percepção global da qualidade de vida, ou seja, as duas variáveis são independentes (cf. tabela 9).

Tabela 9 - Estatísticas relativas à percepção global da qualidade de vida – escala de faces

	N	Min.	Máx.	M	Dp	CV (%)	Sk/EP	K/EP	Levene (p)	t	p
Percepção global da qualidade de vida											
Masculino	280	0	10	8.49	1.524	17.95	-10.109	12.262	0.463	0.652	0.515
Feminino	287	2	10	8.40	1.583	18.84	-8.597	5.693			
Total	567	0	10	8.45	1.554	18.39	-13.087	12.083			

2.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Uma vez apresentada a estatística descritiva, procedemos à análise inferencial, no sentido de dar resposta às questões de investigação que formulámos e que foram apresentadas no decurso da metodologia. Nesta perspetiva procuraremos dar resposta ao objetivo que consiste em determinar o modo como as variáveis sociodemográficas e contextuais se repercutem na qualidade de vida.

Qualidade de vida relacionada com a saúde e variáveis sociodemográficas

Relação entre Sexo e QVRS

No intuito de verificarmos se as dimensões da QVRS eram discriminadas pelo sexo efetuámos um teste t para diferença de médias. Notamos pelo teste de Levene que as variâncias não são homogêneas para as dimensões “Sentimentos”, “Família, ambiente familiar e vizinhança”, “Questões económicas”, “Amigos(as)” e “Ambiente escolar e aprendizagem” e pelos índices médios observa-se que os rapazes, apresentam melhor percepção de QVRS exceto no que respeita às “Questões económicas”, “Ambiente escolar e aprendizagem” e “Provocação”, relativamente às raparigas. Os valores de t indicam que existem diferenças

significativas para as dimensões “Saúde e atividade física”, “Estado de humor geral”, “Autoestima”, “Autonomia” e “Ambiente escolar e aprendizagem” ($p < 0.05$) (cf. tabela 10).

Tabela 10 -Teste T entre o sexo e a QVRS

<u>Dimensões</u>	Masculino (n=280)		Feminino (n=287)		Teste Levene	Teste t	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	p	t	p
Saúde e atividade física	79,4	14,8	73,7	17,5	0,008	4,230	0,000
Sentimentos	82,4	15,1	79,8	17,1	0,129	1,928	0,054
Estado de humor geral	80,8	16,5	77,4	19,7	0,000	2,180	0,030
Sobre ti próprio	62,9	12,9	59,7	14,8	0,014	2,789	0,005
Tempo livre	63,8	14,9	60,6	17,3	0,004	2,385	0,018
Família, ambiente familiar e vizinhança	84,1	15,5	83,3	16,4	0,461	0,576	0,565
Questões económicas	82,6	22,7	84,9	21,0	0,106	-1,292	0,197
Amigos(as)	81,8	16,3	81,6	16,0	0,914	0,154	0,878
Ambiente escolar e aprendizagem	69,5	17,6	73,0	18,8	0,338	-2,287	0,023
Provocação	86,8	19,5	89,4	15,6	0,019	-1,750	0,081
Score Global	80,2	11,4	78,68	16,6	0,002	1,432	0,153

Relação entre Idade e QVRS

Para determinar a influência da idade nas diferentes dimensões da QVRS, efetuámos o teste One-Way ANOVA. Ao analisarmos a Tabela 11, verificámos que os valores médios das dimensões da QVRS foram superiores em todas as dimensões da QVRS na classe etária ≤ 11 anos, exceto na dimensão “Provocação”, cuja média foi mais elevada na classe etária ≥ 14 anos. Apenas na “Provocação” não foi encontrada significância estatística ($p = 0.388$).

Pelos resultados expostos infere-se assim que ocorre um decréscimo da qualidade de vida à medida que aumenta a idade, para todas as dimensões exceto a dimensão da “Provocação”.

Tabela 11 – Teste One-Way ANOVA entre a Idade e a QVRS

<u>Dimensões</u>	≤ 11 anos (1) (n=190)		12 – 13 anos (2) (n=218)		≥ 14 anos (3) (n= 159)		Teste Anova		VE (%)
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	F	P	
Saúde e atividade física	80,7	15,0	77,4	16,3	70,3	16,6	19,000	0,000	6,31
Sentimentos	86,6	14,0	80,4	16,7	75,4	16,0	22,241	0,000	7,31
Estado de humor geral	84,2	16,0	77,7	18,4	74,8	19,3	13,031	0,000	4,42
Sobre ti próprio	66,9	10,5	61,0	14,8	55,1	13,7	34,868	0,000	11,00
Tempo livre	65,6	14,3	61,4	17,8	59,1	15,4	7,527	0,001	2,60
Família, ambiente familiar e vizinhança	88,0	13,3	82,3	17,0	80,4	16,5	11,712	0,000	3,99
Questões económicas	86,1	22,0	84,4	21,0	80,1	22,5	3,355	0,036	1,18
Amigos(as)	85,3	15,3	82,3	15,5	76,5	16,7	13,922	0,000	4,70
Ambiente escolar e aprendizagem	81,0	15,1	69,4	18,0	62,2	16,8	57,107	0,000	16,84
Provocação	88,8	16,3	86,8	20,0	89,0	15,6	0,949	0,388	0,34
Score Global	84,5	10,5	78,8	12,7	74,3	12,3	31,980	0,000	10,19

A tabela 12 remete-nos para os resultados do teste Post-hoc de Tukey, verificando-se que nas dimensões “Sentimentos”, “Autoestima” e “Ambiente escolar e aprendizagem” se encontram diferenças entre todos os grupos; nas dimensões “Saúde e atividade física” e “Amigos” encontra-se diferenças significativas entre os grupos 2 vs 3 e 1 vs 3; e nas dimensões “Estado de humor geral”, “Autonomia” e “Família, ambiente familiar e vizinhança” encontram-se diferenças significativas entre os grupos 1 vs 2 e 1 vs 3.

Tabela 12 – Testes Post hoc entre a idade e a QVRS

Teste de Tukey			
<u>Dimensões</u>	1 vs 2	2 vs 3	1 vs 3
Saúde e atividade física	-	0,000	0,000
Sentimentos	0,000	0,006	0,000
Estado de humor geral	0,001	-	0,000
Sobre ti próprio	0,000	0,000	0,000
Tempo livre	0,022	-	0,001
Família, ambiente familiar e vizinhança	0,001	-	0,000
Questões económicas	-	-	0,031
Amigos(as)	-	0,001	0,000
Ambiente escolar e aprendizagem	0,000	0,000	0,000
Score Global	0,000	0,001	0,000

Relação entre o ano de escolaridade e QVRS

De maneira a compreender a influência do ano escolaridade e a as diferentes dimensões da QVRS, efetuámos o teste One-Way ANOVA. Relativamente ao ano de escolaridade verificámos que nas dimensões “Saúde e atividade física”, “Sentimentos”, “Autonomia”, “Amigos(as)” e “Ambiente escolar e aprendizagem” os índices médios foram mais elevadas no 5º ano de escolaridade, enquanto que nas dimensões “Tempo livre”, “Família, ambiente familiar e vizinhança” e “Provocação” os índices médios foram mais elevados no 6º ano de escolaridade, e por fim, na dimensão “Provocação” a média foi mais elevada no 8º ano de escolaridade. Uma vez mais se registam diferenças estatísticas em todas as dimensões, exceto na dimensão “Provocação” ($p < 0.05$) (cf tabela 13).

Tabela 13 - Teste One-Way ANOVA entre o ano de escolaridade e a QVRS

Dimensões	5º ano (1) (n=96)		6º ano (2) (n=119)		7º ano (3) (n= 101)		8º ano (4) (n=122)		9º ano (5) (n=129)		Teste Anova		VE (%)
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	F	P	
Saúde e atividade física	80,8	15,2	78,4	17,0	79,0	15,5	75,3	17,0	70,5	15,4	7,574	0,000	5,12
Sentimentos	87,5	12,6	85,1	15,7	82,4	15,0	77,5	17,4	75,0	16,1	13,076	0,000	8,51
Estado de humor geral	84,2	16,6	82,6	15,7	80,0	17,3	74,6	20,0	75,4	19,2	6,369	0,000	4,34
Sobre ti próprio	66,9	11,5	65,6	12,3	61,9	14,1	58,6	14,5	55,3	13,5	15,313	0,000	9,83
Tempo livre	65,5	15,2	65,9	14,4	61,2	18,7	60,4	16,9	58,8	14,9	4,549	0,001	3,14
Família, ambiente familiar e vizinhança	86,7	15,1	88,4	12,6	82,2	17,1	82,9	16,3	79,1	16,8	6,603	0,000	4,49
Questões económicas	84,2	22,9	86,0	22,2	81,9	23,2	88,0	17,7	78,7	22,4	3,477	0,008	2,42
Amigos(as)	85,9	15,0	84,0	16,5	83,9	14,9	81,0	15,4	75,3	16,5	8,176	0,000	5,50
Ambiente escolar e aprendizagem	81,6	14,8	79,2	16,0	70,5	17,4	65,5	19,0	62,4	16,0	28,556	0,000	16,89
Provocação	87,1	18,6	90,1	16,8	86,8	19,3	86,1	20,5	89,9	12,5	1,313	0,264	0,92
Score Global	84,3	11,0	83,5	11,3	79,7	12,3	77,0	12,7	74,0	12,3	15,293	0,000	9,82

Analisando a tabela 14, conclui-se que se obtiveram diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas.

Tabela 14 – Testes Post-hoc entre o ano de escolaridade e a QVRS

Teste de Tukey										
<u>Dimensões</u>	1 vs 2	1 vs 3	1 vs 4	1 vs 5	2 vs 3	2 vs 4	2 vs 5	3 vs 4	3 vs 5	4 vs 5
Saúde e atividade física	-	-	-	0,000	-	-	0,001	-	0,001	-
Sentimentos	-	-	0,000	0,000	-	0,001	0,000	-	0,003	-
Estado de humor geral	-	-	0,001	0,003	-	0,005	0,015	-	-	-
Sobre ti próprio	-	-	0,000	0,000	-	0,000	0,000	-	0,002	-
Tempo livre	-	-	-	0,017	-	-	0,004	-	-	-
Família, ambiente familiar e vizinhança	-	-	-	0,003	0,031	-	0,000	-	-	-
Questões económicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,006
Amigos(as)	-	-	-	0,000	-	-	0,000	-	0,000	0,037
Ambiente escolar e aprendizagem	-	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	-	0,003	-
Score Global	0,988	0,054	0,000	0,000	0,130	0,000	0,000	0,463	0,004	0,269

Relação entre a coabitação e QVRS

Procurámos, também, estudar a influência das pessoas com quem vivem sobre a QVRS, realizando-se para o efeito o Teste Kruskal-Wallis. Constatámos pela análise da tabela 15 que as crianças e adolescentes que vivem com ambos os pais (pai e mãe) apresentam melhores índices médios para a maioria das dimensões da QVRS, excetuando as dimensões “Saúde e atividade física” e “Ambiente escolar e aprendizagem” em que as ordenações médias são superiores nas crianças e adolescentes que vivem apenas com o pai.

As diferenças são somente significativas para as dimensões “Saúde e atividade física” ($p=0.013$), “Estado de humor geral” ($p=0.002$) e “Questões económicas” ($p=0.018$).

Tabela 15 – Teste de Kruskal-Wallis entre as pessoas com quem vive e a QVRS

<u>Dimensões</u>	Pais (n=439)	Mãe (n=105)	Pai (n= 8)	Outros (n=15)	Teste Kruskal-Wallis	
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	χ^2	P
Saúde e atividade física	295,6	240,7	298,1	241,6	10,696	0,013
Sentimentos	293,2	254,9	264,0	230,1	6,496	0,090
Estado de humor geral	297,5	239,8	282,1	197,9	14,868	0,002
Sobre ti próprio	292,7	255,4	284,1	228,9	6,201	0,102
Tempo livre	292,0	254,1	264,9	268,9	4,853	0,183
Família, ambiente familiar e vizinhança	290,4	267,7	202,8	253,7	4,264	0,234
Questões económicas	294,2	257,1	204,3	217,0	10,091	0,018
Amigos(as)	292,2	256,4	259,7	249,9	4,966	0,174

Ambiente escolar e aprendizagem	287,0	265,4	351,4	290,5	2,897	0,408
Provocação	291,0	270,1	243,9	198,8	7,096	0,069
Score Global	296,3	243,1	269,3	219,2	11,441	0,010

Após a ordenação das médias foi utilizado o teste Post-Hoc para localizar as diferenças estatísticas entre os grupos. Analisando os valores obtidos na tabela seguinte, podemos referir que existiram diferenças estatisticamente significativas apenas para a dimensão “Estado de humor geral” e “Saúde e atividade física”.

Relação das dimensões da QVRS entre as variáveis sociodemográficas e as contextuais de bem-estar

Decidimos estudar a relação entre a qualidade de vida nas suas diferentes dimensões com as variáveis sociodemográficas e de bem-estar (idade, sexo, horas de sono e perceção global da qualidade de vida – escala de faces). A variável sexo foi transformada em variável dummy com códigos 0 para o sexo masculino e 1 para o feminino. Efetuámos análises de regressões múltiplas univariada por ser o método mais utilizado para realizar análises multivariadas, principalmente quando se pretender analisar em simultâneo mais que uma variável independente e uma variável dependente (Gageiro & Pestana, 2014). O método de estimação utilizado foi o stepwise (passo a passo) que produz os modelos necessários até determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente.

Relação entre variáveis independentes e a dimensão da QVRS “Saúde e atividade física”

No que concerne à dimensão “Saúde e atividade física, pela tabela 16, notamos que as correlações entre a dimensão e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre ($r=-0.230$) na idade e ($r=0.447$) para a perceção global da qualidade de vida, sendo significativas para todas as variáveis ($p<0.05$).

Tabela 16 - Correlações de Pearson entre a dimensão “Saúde e atividade física” e as variáveis independentes

Variáveis	R	p
Idade	-0.230	0.000
Sexo	0.175	0.000
Horas de sono	0.244	0.000
Percepção global da qualidade de vida	0.447	0.028

Efetuada a regressão múltipla, todas as variáveis se constituíram como preditoras da dimensão “Saúde e atividade física” (cf. quadro 4).

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a percepção global da qualidade de vida já que é a apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica 20.0% da variação da saúde e atividade física e o erro padrão de regressão é de 14.735, corresponde à diferença entre os índices observados e estimados da “Saúde e atividade física”.

No segundo modelo de regressão, para além da percepção global da qualidade de vida, entrou o sexo e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 22.7% da variabilidade total da “Saúde e atividade física” tendo o erro estimado diminuído para 14.502.

No terceiro modelo de regressão, para além da percepção global da qualidade de vida, do sexo, entrou a idade, e estas três variáveis no seu conjunto passaram a explicar 24.9% da sua variabilidade total da “Saúde e atividade física” tendo o erro estimado diminuído para 14.302.

Por último, no quarto modelo de regressão, para além das variáveis já mencionadas anteriormente, entrou as horas de sono, onde no seu conjunto, as quatro variáveis passaram a explicar 25.9% da variabilidade da “Saúde e atividade física”, tendo o erro estimado diminuído para 14.224.

Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entram no modelo de regressão têm poder explicativo da “Saúde e atividade física”.

Quanto aos coeficientes padronizados beta, verificamos que a percepção global da qualidade de vida é a que apresenta maior valor preditivo. Todas as variáveis estabelecem uma relação direta exceto a idade que estabelece uma relação inversa, pelo que se pode afirmar que quanto maior a percepção global da qualidade de vida, maior o numero de horas de

sono e menor a idade, melhor se sentem, fisicamente, as crianças/adolescentes do sexo masculino.

Pela constante e pelos coeficientes β podemos determinar o modelo final ajustado para a “Saúde e atividade física” que neste caso é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Saúde e atividade física} = (39.402) + (0.396 \text{ Percepção global da qualidade de vida}) + (0.162 \text{ Sexo}) + (-0.118 \text{ Idade}) + (0.106 \text{ Horas de sono})$$

Quadro 4 – Regressão múltipla entre a dimensão “Saúde e atividade física” e as variáveis independentes

Variável dependente: <i>Saúde e atividade física</i>					
R=0.509					
R ² =0.259					
R ² Ajustado=0.253					
Erro padrão de estimativa=14.224					
Incremento de R ² =0.010					
F= 7.225					
p=0,007					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente β	Coefficiente beta	T	p	VIF
Constante	39.402				
Percepção global da qualidade de vida	4.198	0.396	10.539	0.000	1.071
Sexo	5.335	0.162	4.462	0.000	1.002
Idade	-1.219	-0.118	-3.006	0.003	1.165
Horas de sono	1.664	0.106	2.688	0.007	1.187

Relação entre variáveis independentes e a dimensão da QVRS “Sentimentos”

Para a dimensão “Sentimentos” verificamos através da tabela 17 que as correlações entre a variável “Sentimentos” e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre ($r=-0.275$) para a idade e ($r=0.622$) para a percepção global da qualidade de vida. Foram encontradas significância estatística para todas as variáveis independentes.

Tabela 17 - Correlações de Pearson entre a dimensão Sentimentos e as variáveis independentes

Variáveis	R	p
Idade	-0.275	0.000
Sexo	0.081	0.027
Horas de sono	0.253	0.000
Percepção global da qualidade de vida	0.622	0.000

Neste modelo de regressão, foram três as variáveis que se configuraram como preditoras. No primeiro passo a variável a entrar no modelo de regressão, foi a percepção global da qualidade de vida, porquanto é o que apresenta um maior coeficiente de correlação em termos absolutos com a dimensão “Sentimentos”, explicando 38,7% da sua variabilidade com um erro padrão de regressão de 12,789, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados dos “Sentimentos”.

O segundo passo originou o acesso à variável idade. Esta variável passou a explicar 41.3% da dimensão “Sentimentos”, tendo o erro estimado diminuído, ligeiramente, para 12,449. No terceiro e último passo cujos resultados se apresentam no quadro 5 observamos que se associou a variável sexo. A correlação que estas três variáveis estabelecem com a dimensão “Sentimentos” é moderada ($r = 0.646$), sendo a percentagem de variância explicada de 41.7% com um erro de estimação de 12,414.

O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. O valor de t, ao apresentar-se com significância estatística, permite inferir que as variáveis que entraram no modelo de regressão, têm poder explicativo na dimensão “Sentimentos”.

Quanto aos coeficientes padronizados beta, verificamos que o sexo é a que apresenta maior valor preditivo, seguida da qualidade de vida e por fim a idade. As duas primeiras variáveis, estabelecem uma relação direta com os “Sentimentos” e a última relação inversa, pelo que se pode afirmar que, quanto menor for a idade, e maior for a percepção da qualidade de vida maior é a satisfação com a vida e o seu olhar positivo sobre a vida das crianças e dos adolescentes do sexo masculino.

Pela constante e pelos coeficientes β podemos determinar o modelo final ajustado para os “Sentimentos” que neste caso é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Sentimentos} = (48.895) + (0.589 \text{ Percepção global da qualidade de vida}) + (-0.165 \text{ Idade}) + (0.660 \text{ Sexo})$$

Quadro 5 – Regressão múltipla entre a dimensão “Sentimentos” e as variáveis independentes

Variável dependente: <i>Sentimentos</i>
R=0.646
R ² =0.417
R ² Ajustado=0.414
Erro padrão de estimativa=12.414

Incremento de $R^2=0.004$					
F= 4.196					
p=0,041					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente β	Coefficiente beta	T	p	VIF
Constante	48.895				
Perceção global da qualidade de vida	6.149	0.589	17.973	0.000	1.038
Idade	-1.677	-0.165	-5.024	0.000	1.037
Sexo	2.137	0.660	2.048	0.041	1.001

Relação entre variáveis independentes e a dimensão da QVRS “Estado de humor geral”

Em relação ao “Estado de humor geral”, a tabela 18, demonstra que os valores correlacionais variam entre ($r=-0.217$) para a idade e ($r=0.534$) para a perceção global da qualidade de vida. Observámos que existe correlação negativa para a idade, pelo que podemos afirmar que quanto menor for a idade melhor é o seu estado de humor e a sensação de bem-estar consigo próprio.

Encontrámos significância estatística para todas as variáveis independentes ($p<0.05$).

Tabela 18 - Correlações de Pearson entre a dimensão “Estado de humor geral” e as variáveis independentes

Variáveis	R	p
Idade	-0.217	0.000
Sexo	0.091	0.015
Horas de sono	0.228	0.000
Perceção global da qualidade de vida	0.534	0.000

Para determinar as variáveis que se consideram predictoras do “Estado de humor geral” foram realizados quatro passos, tendo entrado no primeiro a perceção global da qualidade de vida, seguindo-se da idade, sexo e finalmente as horas de sono.

A correlação que estas variáveis estabelecem com o “Estado de humor geral” é fraca ($R=0.557$) explicando no seu total 31,0% da variação e o erro padrão de estimativa neste modelo de regressão é de 15.221. O valor de VIF indica que estas variáveis não são colineares pois oscilam entre 1.002 para o sexo da criança/adolescente e 1.187 para as horas de sons, enquanto os valores de F e de t, ao apresentarem-se estatisticamente significativos permitem

afirmar que as variáveis que entram no modelo têm valor explicativo no “Estado de humor geral”.

Pelos coeficientes padronizados beta realça-se que o maior valor preditivo na percepção global da qualidade de vida e o menor relacionado com as horas de sono.

Todas as variáveis estabelecem uma relação direta exceto a idade que estabelece uma relação inversa, pelo que se pode afirmar que quanto maior a percepção global da qualidade de vida, maior o numero de horas de sono e menor a idade, melhor é o humor das crianças/adolescentes do sexo masculino.

Pela constante e pelos coeficientes β podemos determinar o modelo final ajustado para o “Estado de humor geral” que neste caso é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Estado de humor geral} = (30.688) + (0.496 \text{ Percepção global da qualidade de vida}) + (-0.096 \text{ Idade}) + (0.076 \text{ Sexo}) + (0.078 \text{ Horas de sono})$$

Quadro 6 – Regressão múltipla entre a dimensão “Estado de humor geral” e as variáveis independentes

Variável dependente: <i>Estado de Humor geral</i>					
R=0.557					
R ² =0.310					
R ² Ajustado=0.305					
Erro padrão de estimativa=15.221					
Incremento de R ² =0.005					
F= 4.135					
p=0,042					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente β	Coefficiente beta	T	p	VIF
Constante	30.688				
Percepção global da qualidade de vida	5.826	0.496	13.669	0.000	1.071
Idade	-1.100	-0.096	-2.534	0.012	1.165
Sexo	2.784	0.076	2.176	0.030	1.002
Horas de sono	1.347	0.078	2.033	0.042	1.187

Relação entre variáveis independentes e a dimensão da QVRS “Autoestima (Sobre ti próprio)”

Em relação à dimensão “Autoestima”, a tabela 19, demonstra que os valores correlacionais variam entre (r=-0.321) para a idade e (r=0.417) para a percepção da qualidade

de vida. Observamos que existe correlação negativa para a idade, pelo que podemos afirmar que quanto menor for a idade, maior é a sua autoestima e satisfação com a imagem corporal e aparência.

Encontramos significância estatística para todas as variáveis independentes ($p < 0.05$).

Tabela 19 - Correlações de Pearson entre a dimensão “Autoestima” e as variáveis independentes

Variáveis	R	p
Idade	-0.321	0.000
Sexo	0.117	0.003
Horas de sono	0.213	0.000
Percepção global da qualidade de vida	0.417	0.000

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a percepção global da qualidade de vida já que é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no modelo 17.4% da variação da “Autoestima” e o erro de padrão da regressão é de 12.694, corresponde à diferença entre os índices observados e estimados da dimensão “Autoestima”.

No segundo modelo de regressão, para além da percepção global da qualidade de vida, entrou a idade e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 23.5% da variabilidade total da “Autoestima” tendo o erro estimado diminuído para 12.228.

Por último, no terceiro modelo de regressão, para além das variáveis mencionadas anteriormente, entrou o sexo, onde no seu conjunto, as três variáveis passaram a explicar 24.6% da variabilidade total da “Autoestima” tendo o erro estimado diminuído para 12.145.

Os resultados destes três modelos são apresentados no seguinte quadro que evidencia como a percepção global da qualidade de vida, a idade e o sexo são preditoras na dimensão “Autoestima”. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com a “Autoestima” é moderada ($r=0.496$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entram no modelo de regressão têm poder explicativo da “Autoestima”.

Relativamente aos coeficientes padronizados beta, revelam que a percepção global da qualidade de vida é a que apresenta maior valor preditivo. Deste modo, podemos aferir que quanto maior é a percepção global da qualidade de vida, menor a idade das crianças e

adolescentes, maior é auto percepção que as crianças e adolescentes do sexo masculino têm sobre si próprios.

Pela constante e pelos coeficientes β podemos determinar o modelo final ajustado para a “Autoestima” que neste caso é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Autoestima} = (59.485) + (0.366 \text{ Percepção global da qualidade de vida}) + (-0.253 \text{ Idade}) + (0.108 \text{ Sexo})$$

Quadro 7 – Regressão múltipla entre a dimensão “Autoestima” e as variáveis independentes

Variável dependente: <i>Autoestima (Sobre ti próprio)</i>					
R=0.496					
R ² =0.246					
R ² Ajustado=0.242					
Erro padrão de estimativa=12.145					
Incremento de R ² =0.012					
F= 8.768					
p=0,003					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente β	Coefficiente beta	T	p	VIF
Constante	59.485				
Percepção global da qualidade de vida	3.289	0.366	9.827	0.000	1.038
Idade	-2.217	-0.253	-6.786	0.000	1.037
Sexo	3.022	0.108	2.961	0.003	1.001

Relação entre variáveis independentes e a dimensão da QVRS “Autonomia (Tempo livre)”

No que concerne à “Autonomia”, pela tabela 20, notámos que as correlações entre o tempo livre e as variáveis independentes oscilam entre (r=-0.133) na idade e (r=0.449) para a percepção global da qualidade de vida, sendo significativas para todas as variáveis (p<0.05).

Observámos que existe correlação negativa para a idade, pelo que podemos afirmar que quanto menor for a idade, maior é a sua sensação de liberdade de decisão e autonomia.

Encontrámos significância estatística para todas as variáveis independentes (p<0.05).

Tabela 20 - Correlações de Pearson entre a dimensão “Autonomia” e as variáveis independentes

Variáveis	R	p
Idade	-0.133	0.001
Sexo	0.100	0.009
Horas de sono	0.134	0.001
Percepção global da qualidade de vida	0.479	0.000

Neste modelo de regressão foram apenas duas as variáveis que se configuraram como preditoras.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a percepção global da qualidade de vida, porquanto é o que apresenta um maior coeficiente de correlação explicando 23.0% da sua variabilidade com um erro padrão de regressão de 14.248, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da “Autonomia”.

No segundo modelo de regressão, para além da percepção global da qualidade de vida, entrou o sexo e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 23.7% da variabilidade total da “Autonomia” tendo o erro estimado diminuído para 14.191.

Os resultados destes dois modelos são apresentados no seguinte quadro (quadro 8) que evidencia como a percepção global da qualidade de vida e o sexo são preditoras no “Autonomia”. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com a “Autonomia” é moderada ($r=0.487$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entram no modelo de regressão têm poder explicativo da “Autonomia”.

Quanto aos coeficientes padronizados beta, verificámos que a percepção da qualidade de vida é a que apresenta maior valor preditivo, seguida do sexo. As duas primeiras variáveis, estabelecem uma relação direta com a “Autonomia”, pelo que se pode afirmar que, maior for a percepção global da qualidade de vida, maior é a sua sensação de liberdade de decisão e autonomia nas crianças e adolescentes do sexo masculino.

Pela constante e pelos coeficientes β podemos determinar o modelo final ajustado para o tempo livre que neste caso é dado pela seguinte fórmula:

$$\mathbf{Autonomia} = (18.772) + (0.477 \text{ Percepção global da qualidade de vida}) + (0.087 \text{ Sexo})$$

Quadro 8 – Regressão múltipla entre a dimensão “Autonomia” e as variáveis independentes

Variável dependente: <i>Autonomia (Tempo livre)</i>					
R=0.487					
R ² =0.237					
R ² Ajustado=0.234					
Erro padrão de estimativa=14.191					
Incremento de R ² =0.007					
F= 5.536					
p=0.019					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente β	Coefficiente beta	T	p	VIF
Constante	18.772				
Percepção global da qualidade de vida	4.977	0.477	12.958	0.000	1.001
Sexo	2.806	0.087	2.353	0.019	1.001

Relação entre variáveis independentes e a dimensão da QVRS “Família, ambiente familiar e vizinhança”

Em relação à “Família, ambiente familiar e vizinhança”, a tabela 21 demonstra que os valores correlacionais variam entre ($r=-0.180$) para a idade e ($r=0.490$) para a percepção da qualidade de vida. Observamos que existe correlação negativa para a idade, pelo que podemos afirmar que quanto menor for a idade, maior é a sensação de segurança bem como o apoio e compreensão por parte dos pais.

Encontramos significância estatística para a maioria das variáveis independentes, exceto para o sexo ($p=0.282$).

Tabela 21 - Correlações de Pearson entre a dimensão “Família, ambiente familiar e vizinhança” e as variáveis independentes

Variáveis	R	p
Idade	-0.180	0.000
Sexo	0.024	0.282
Horas de sono	0.150	0.000
Percepção global da qualidade de vida	0.490	0.000

Neste modelo de regressão foram, apenas, duas as variáveis que se configuraram como preditoras.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão foi a percepção global da qualidade de vida, porquanto é o que apresenta um maior coeficiente de correlação explicando 24.0% da sua variabilidade com um erro padrão de regressão de 13.937, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da “Família, ambiente familiar e vizinhança”.

No segundo modelo de regressão, para além da percepção global da qualidade de vida, entrou a idade e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 24.8% da variabilidade total da “Família, ambiente familiar e vizinhança” tendo o erro estimado diminuído para 13.876.

Os resultados desde dois modelos são apresentados no seguinte quadro que evidencia como a percepção global da qualidade de vida e a idade são preditoras na dimensão “Família, ambiente familiar e vizinhança”. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com a “Família, ambiente familiar e vizinhança” é moderada ($r=0.498$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entram no modelo de regressão têm poder explicativo da “Família, ambiente familiar e vizinhança”.

Quanto aos coeficientes padronizados beta, verificamos que a percepção da qualidade de vida é a que apresenta maior valor preditivo, seguida do sexo. As duas primeiras variáveis, estabelecem uma relação direta com a “Família, ambiente familiar e vizinhança”, pelo que se pode afirmar que, quanto maior for a percepção da qualidade de vida e menor for a idade das crianças e adolescentes, maior é a sensação de segurança bem como o apoio e compreensão por parte dos pais.

Pela constante e pelos coeficientes β podemos determinar o modelo final ajustado para a “Família, ambiente familiar e vizinhança” que neste caso é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Família, ambiente familiar e vizinhança} = (53.937) + (0.473 \text{ Percepção global da qualidade de vida}) + (-0.910 \text{ Idade})$$

Quadro 9 – Regressão múltipla entre a dimensão “Família, ambiente familiar e vizinhança” e as variáveis independentes

Variável dependente: <i>Família, ambiente familiar e vizinhança</i> $R=0.498$ $R^2=0.248$ $R^2 \text{ Ajustado}=0.245$
--

Erro padrão de estimativa=13.876					
Incremento de $R^2=0.008$					
F= 5.941					
p=0,015					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente β	Coefficiente beta	T	p	VIF
Constante	53.937				
Perceção global da qualidade de vida	4.859	0.473	12.710	0.000	1.037
Idade	-0.910	-0.091	-2.437	0.015	1.037

Relação entre variáveis independentes e a dimensão da QVRS “Questões económicas”

No que concerne às “Questões económicas”, pela tabela 22, notámos que as correlações entre as “Questões económicas” e as variáveis independentes oscilam entre ($r=-0.054$) no sexo e ($r=0.331$) para a perceção global da qualidade de vida. Observámos que existe correlação negativa para a idade, pelo que podemos afirmar que quanto menor for a idade, maior é a satisfação das crianças e adolescentes relativamente aos seus recursos financeiros.

Encontrámos significância estatística para a idade e a perceção global da qualidade de vida ($p<0.05$).

Tabela 22 - Correlações de Pearson entre a dimensão “Questões económicas” e as variáveis independentes

Variáveis	R	P
Idade	-0.084	0.023
Sexo	-0.054	0.098
Horas de sono	0.025	0.275
Perceção global da qualidade de vida	0.331	0.000

A única variável preditora a entrar neste modelo de regressão foi a perceção global da qualidade de vida (cf quadro 10).

A correlação que a perceção global da qualidade de vida estabelece com a dimensão “Questões económicas” é baixa ($r=0.0331$), explicando 11.0% da sua variabilidade. O erro padrão de estimativa é de 20.635 e o VIF permite concluir que esta variável não se apresenta colinear pois o seu valor é 1.000.

Quanto ao coeficiente padronizado beta, verificamos que a percepção global da qualidade de estabelece uma relação direta com as “Questões económicas”, pelo que se pode afirmar que, quanto maior for a percepção da qualidade de vida, maior é a satisfação das crianças e adolescentes relativamente aos seus recursos financeiros.

Pela constante e pelos coeficientes β podemos determinar o modelo final ajustado para as “Questões económicas” que neste caso é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Questões económicas} = (44.393) + (0.331 \text{ Percepção global da qualidade de vida})$$

Quadro 10 – Regressão múltipla entre a dimensão “Questões económicas” e as variáveis independentes

Variável dependente: <i>Questões económicas</i>					
R=0.331					
R ² =0.110					
R ² Ajustado=0.108					
Erro padrão de estimativa=20.635					
Incremento de R ² =0.110					
F= 69.698					
p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente β	Coefficiente beta	T	p	VIF
Constante	44.393				
Percepção global da qualidade de vida	4.661	0.331	8.349	0.000	1.000

Relação entre variáveis independentes e a dimensão da QVRS “Amigos(as)”

Em relação aos “Amigos(as)”, os valores correlacionais variam entre (r=-0.198) para a idade e (r=0.466) para a percepção da qualidade de vida (cf. tabela 23). Observámos que existe correlação negativa para a idade, pelo que podemos afirmar que quanto menor for a idade, maior é a sensação de se sentir incluído no grupo de pares bem como a confiança nos seus pares.

Encontrámos significância estatística para a maioria das variáveis independentes, exceto para o sexo (p=0.439).

Tabela 23 - Correlações de Pearson entre a dimensão Amigos(as) e as variáveis independentes

Variáveis	R	p
Idade	-0.198	0.000
Sexo	0.006	0.439
Horas de sono	0.188	0.000
Percepção global da qualidade de vida	0.466	0.000

Neste modelo de regressão, foram apenas duas as variáveis que se configuraram como preditoras.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a percepção global da qualidade de vida, porquanto é o que apresenta um maior coeficiente de correlação explicando 21.7% da sua variabilidade com um erro padrão de regressão de 14.292, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados dos “Amigos(as)”.

No segundo modelo de regressão, para além da percepção global da qualidade de vida, entrou a idade e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 23.0% da variabilidade total da dimensão “Amigos(as)” tendo o erro estimado diminuído para 14.189.

Os resultados desde dois modelos são apresentados no seguinte quadro que evidencia como a percepção global da qualidade de vida e a idade são preditoras nos “Amigos(as)”. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com a dimensão “Amigos(as)” é moderada ($r=0.479$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entram no modelo de regressão têm poder explicativo dos “Amigos(as)”.

Quanto aos coeficientes padronizados beta, verificamos que a percepção da qualidade de vida é a que apresenta maior valor preditivo, seguida da idade. A primeira variável e segunda variável estabelecem uma relação direta e inversa, respetivamente, pelo que se pode afirmar que, maior for a percepção da qualidade de vida e menor a idade das crianças e adolescente, maior é a sensação de se sentir incluído no grupo de pares bem como a confiança nos seus pares.

Pela constante e pelos coeficientes β podemos determinar o modelo final ajustado para os “Amigos(as)” que neste caso, é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Amigos(as)} = (57.114) + (0.444 \text{ Percepção global da qualidade de vida}) + (-0.115 \text{ Idade})$$

Quadro 11 – Regressão múltipla entre a dimensão “Amigos(as)” e as variáveis independentes

Variável dependente: <i>Amigos(as)</i>					
R=0.479					
R ² =0.230					
R ² Ajustado=0.227					
Erro padrão de estimativa=14.189					
Incremento de R ² =0.013					
F=9.275					
p=0.002					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente β	Coefficiente beta	T	p	VIF
Constante	57.114				
Percepção global da qualidade de vida	4.614	0.444	11.804	0.000	1.037
Idade	-1.162	-0.115	-3.045	0.002	1.037

Relação entre variáveis independentes e a dimensão da QVRS “Ambiente escolar e aprendizagem”

No que diz respeito, ao “Ambiente escolar e aprendizagem” observámos que as correlações entre o “Ambiente escolar e aprendizagem” e as variáveis independentes oscilam entre ($r=-0.096$) no sexo e ($r=0.455$) para a percepção global da qualidade de vida. Observámos que existe correlação negativa para a idade e sexo pelo que podemos afirmar que quanto menor for a idade, maior é a satisfação das crianças e adolescentes do sexo feminino na escola e a sua apreciação em relação à escola.

Encontrámos significância estatística para todas as variáveis independentes ($p<0.05$).

Tabela 24 - Correlações de Pearson entre a dimensão Ambiente escolar e aprendizagem e as variáveis independentes

Variáveis	R	P
Idade	-0.407	0.000
Sexo	-0.096	0.011
Horas de sono	0.278	0.000
Percepção global da qualidade de vida	0.455	0.000

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a percepção global da qualidade de vida, porquanto é o que apresenta um maior coeficiente de correlação explicando 20.7% da sua variabilidade com um erro padrão de regressão de 16.306, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados do “Ambiente escolar e aprendizagem”.

No segundo modelo de regressão, para além da percepção global da qualidade de vida, entrou a idade e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 31.4% da variabilidade total do “Ambiente escolar e aprendizagem” tendo o erro estimado diminuído para 15.181.

No terceiro modelo de regressão para além da percepção global da qualidade de vida, idade, entrou o sexo, e estas três variáveis no seu conjunto passaram a explicar 32.5% da sua variabilidade total do “Ambiente escolar e aprendizagem” tendo o erro estimado diminuído para 15.074.

Por último, no quarto modelo de regressão, para além das variáveis mencionadas anteriormente, entrou as horas de sono, onde no seu conjunto, as quatro variáveis passaram a explicar 33.1% da variabilidade da dimensão “Ambiente escolar e aprendizagem”, tendo o erro estimado diminuído para 15.021.

Os resultados destes quatro modelos são apresentados no seguinte quadro que evidencia como a percepção global da qualidade de vida, a idade, o sexo e as horas de sono são preditoras no “Ambiente escolar e aprendizagem”. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com a dimensão “Ambiente escolar e aprendizagem” é moderada ($r=0.575$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entram no modelo de regressão têm poder explicativo do “Ambiente escolar e aprendizagem”.

Quanto aos coeficientes padronizados beta, verificámos que a percepção da qualidade de vida é a que apresenta maior valor preditivo. A primeira e quarta variável estabelecem uma relação direta, enquanto a segunda e terceira variável estabelecem uma relação inversa, pelo que se pode afirmar que, maior for a percepção da qualidade de vida, menor a idade das crianças e adolescente, maior o numero de horas de sono, maior é a satisfação das crianças e adolescentes do sexo feminino na escola e a sua apreciação em relação à escola.

Pela constante e pelos coeficientes β podemos determinar o modelo final ajustado para o “Ambiente escolar e aprendizagem” que neste caso é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Ambiente escolar e aprendizagem} = (66.209) + (0.496 \text{ Percepção global da qualidade de vida}) + (-0.304 \text{ Idade}) + (-0.106 \text{ Sexo}) + (0.084 \text{ Horas de sono})$$

Quadro 12 – Regressão múltipla entre a dimensão “Ambiente escolar e aprendizagem” e as variáveis independentes

Variável dependente: <i>Ambiente escolar e aprendizagem</i>					
R=0.575					
R ² =0.331					
R ² Ajustado=0.326					
Erro padrão de estimativa=15.021					
Incremento de R ² =0.006					
F= 4.953					
p=0.026					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente β	Coefficiente beta	T	p	VIF
Constante	66.209				
Percepção global da qualidade de vida	4.493	0.382	10.682	0.000	1.071
Idade	-3.494	-0.304	-8.158	0.000	1.165
Sexo	-3.879	-0.106	-3.072	0.002	1.002
Horas de sono	1.455	0.084	2.226	0.026	1.187

Relação entre variáveis independentes e a dimensão da QVRS “Provocação”

Em relação à dimensão “Provocação”, a tabela 25 demonstra que os valores correlacionais variam entre ($r=-0.073$) para o sexo e ($r=0.286$) para a percepção da qualidade de vida. Observámos que existe correlação negativa para o sexo e as horas de sono, pelo que podemos afirmar que quanto menor as horas de sono nas raparigas maior é a sensação de se sentir respeitada e aceite pelos pares e não se sentir provocada.

Encontrámos significância estatística para o sexo e a percepção global da qualidade de vida ($p<0.05$).

Tabela 25 - Correlações de Pearson entre a dimensão Provocação e as variáveis independentes

Variáveis	R	p
Idade	0.012	0.387
Sexo	-0.073	0.040
Horas de sono	-0.046	0.139
Percepção global da qualidade de vida	0.286	0.000

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a percepção global da qualidade de vida, porquanto é o que apresenta um maior coeficiente de correlação explicando 8.2% da sua variabilidade com um erro padrão de regressão de 16909, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da dimensão “Provocação”.

No segundo modelo de regressão, para além da percepção global da qualidade de vida, entrou as horas de sono e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 9.5% da variabilidade total da “Provocação” tendo o erro estimado diminuído para 16.802.

No terceiro e último modelo de regressão para além da percepção global da qualidade de vida, horas de sono, entrou o sexo, e estas três variáveis no seu conjunto passaram a explicar 10.1% da sua variabilidade total da “Provocação” tendo o erro estimado diminuído para 16.759.

Os resultados destes três modelos são apresentados no seguinte quadro que evidencia como a percepção global da qualidade de vida, as horas de sono e o sexo são preditoras na dimensão “Provocação”. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com a “Provocação” é baixa ($r=0.318$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entram no modelo de regressão têm poder explicativo da “Provocação”.

Quanto aos coeficientes padronizados beta, verificámos que a percepção da qualidade de vida é a que apresenta maior valor preditivo. Através do quadro, podemos constatar que a percepção global da qualidade de vida estabelece uma relação direta e que a variável sexo e número de horas de sono estabelecem uma relação inversa, pelo que se pode afirmar que quanto maior for a percepção global da qualidade de vida, maior é a sensação de se sentir respeitado e aceite pelos pares e não se sentir provocado nas crianças e adolescentes do sexo feminino e que quanto menor for o número de horas de sono, menor é a sensação de sentir respeitado e aceite pelos pares.

Pela constante e pelos coeficientes β podemos determinar o modelo final ajustado para a “Provocação” que neste caso é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Provocação} = (75.822) + (0.315 \text{ Percepção global da qualidade de vida}) + (-0.116 \text{ Horas de sono}) + (0.079 \text{ Sexo})$$

Quadro 13 – Regressão múltipla entre a dimensão “Provocação” e as variáveis independentes

Variável dependente: <i>Provocação</i>					
R=0.318					
R ² =0.101					
R ² Ajustado=0.096					
Erro padrão de estimativa=16.759					
Incremento de R ² =0.006					
F= 3.914					
p=0.048					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente β	Coefficiente beta	t	p	VIF
Constante	75.822				
Perceção global da qualidade de vida	3.570	0.315	7.660	0.000	1.057
Horas de sono	-1.9545	-0.116	-2.827	0.005	1.057
Sexo	-2.787	-0.079	-1.978	0.048	1.001

Relação entre variáveis independentes e a “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde global”

No que concerne à “QVRS global” no geral, pela tabela 26, notamos que as correlações entre a “Qualidade de vida relacionada com a saúde” e as variáveis independentes oscilam entre ($r=-0.308$) na idade e ($r=0.658$) para a perceção global da qualidade de vida. Observámos que existe correlação negativa para a idade, pelo que podemos afirmar que quanto menor for a idade, maior é qualidade de vida.

Encontrámos significância estatística para a maioria das variáveis independentes, exceto para o sexo ($p=0.077$).

Tabela 26 - Correlações de Pearson entre a dimensão “QVRS global” e as variáveis independentes

Variáveis	r	p
Idade	-0.308	0.000
Sexo	0.060	0.077
Horas de sono	0.258	0.000
Perceção global da qualidade de vida	0.658	0.000

Neste modelo de regressão, foram apenas duas as variáveis que se configuraram como preditoras.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a percepção global da qualidade de vida, porquanto é o que apresenta um maior coeficiente de correlação explicando 43.3% da sua variabilidade com um erro padrão de regressão de 9.457, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da “QVRS global”.

No segundo modelo de regressão, para além da percepção global da qualidade de vida, entrou a idade e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 46.8% da variabilidade total da “QVRS global” tendo o erro estimado diminuído para 9.169.

Os resultados desde dois modelos são apresentados no seguinte quadro que evidencia como a percepção global da qualidade de vida e a idade são preditoras na “QVRS global”. A correlação positiva que estas variáveis estabelecem com a “QVRS global” é moderada ($r=0.684$). Por sua vez, os testes F ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entram no modelo de regressão têm poder explicativo da “QVRS global”.

Quanto aos coeficientes padronizados beta, verificamos que a percepção da qualidade de vida é a que apresenta maior valor preditivo, seguida da idade. A percepção global da qualidade de vida estabelece uma relação direta, por sua vez, a idade estabelece uma relação inversa, podendo afirmar-se que quanto maior for a percepção da qualidade de vida e menor a idade das crianças/adolescente, maior é a qualidade de vida.

Pela constante e pelos coeficientes β podemos determinar o modelo final ajustado para a “QVRS global” que neste caso é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{QVRS global} = (55.600) + (0.622 \text{ Percepção global da qualidade de vida}) + (-0.190 \text{ Idade})$$

Quadro 14 – Regressão múltipla entre a “QVRS global” e as variáveis independentes

Variável dependente: QVRS global					
R=0.684					
R ² =0.468					
R ² Ajustado=0.466					
Erro padrão de estimativa=9.169					
Incremento de R ² =0.035					
F= 37.094					
p=0.000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente β	Coefficiente beta	t	P	VIF
Constante	55.600				
Percepção global da qualidade de vida	5.024	0.622	19.890	0.000	1.037
Idade	-1.502	-0.190	-6.090	0.000	1.037

5 . DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados torna-se essencial a sua análise e interpretação, pelo que o capítulo permite aos investigadores refletir sobre o estudo efetuado, realçando os dados mais significativos e compará-los com a revisão da literatura.

A amostra em estudo é constituída por 567 crianças e adolescentes, (49.4%) do sexo masculino e (51.6%) do sexo feminino, a frequentar escolas do 2º e 3º do Ensino Básico do Agrupamento de Escolas D. Henrique de Viseu, com idades compreendidas entre os 9 e os 17 anos, sendo a idade média de 12,38 anos para as raparigas e 12,41 anos para os rapazes, com um desvio padrão de 1,59 anos. A maioria da amostra situa-se no grupo etário 12-13 anos (38,4%), e a coabitarem com ambos os pais (77,4%) e apenas com a mãe (18,5%).

Relativamente à duração do sono, o nosso estudo revela que são os rapazes que apresentam melhor duração de sono em relação às raparigas, que dormem 8.51 horas. Segundo a *American Academy Sleep Medicine* (2016), as crianças com idades entre os 6 e os 12 anos devem dormir entre 9 horas a 12 horas por dia e os adolescentes entre 13 e 18 anos devem dormir entre 8 a 10 horas por dia. Segundo os autores, dormir o número de horas preconizado está associado a uma melhor qualidade de vida e melhor saúde física e mental. Segundo um estudo realizado por Matos et al. (2017), com adolescentes com idades compreendidas entre 13 e 18 anos, verificou-se que os adolescentes dormiam mais que 8 horas apresentam valores mais elevados no que dizia respeito à perceção da QVRS.

Através dos modelos de regressão múltipla, a duração do sono foi positivamente relacionada com a QVRS, no que diz respeito às dimensões “Saúde e atividade física”, “Estado de humor geral”, “Ambiente escolar e aprendizagem” e “Provocação”, podendo afirmar-se que quanto maior o número de horas de sono, melhor as crianças se sentem fisicamente, melhor é o humor das crianças e adolescentes e maior é a satisfação e apreciação em relação à escola, exceto para a dimensão “Provocação”. Assim, aspetos sociais, emocionais, físicos e académicos da vida são afetados e o impacto dos problemas do sono pode ser considerado generalizado (Carey et al. como citado em Roeser, Eicholz, Scwerdtle, Schlarb & Kubler (2012)).

Segundo a perceção das crianças e adolescentes, a sua qualidade de vida é boa, no âmbito da avaliação de todos os domínios da escala Kidscreen, o que é confirmado pela perceção global da qualidade de vida avaliada pela escala de faces, correspondendo um valor

médio de 8,51 para os rapazes e 8,46 para as raparigas, sendo por isso muito semelhante para ambos os sexos.

Quanto à percepção global da qualidade de vida, constatámos que estabelece uma relação direta com todas as dimensões da QVRS, no sentido em que uma melhor percepção global da qualidade de vida aumenta a percepção da QVRS. Segundo um trabalho realizado por Gaspar et al. (2009b), com o intuito de adaptar e validar a Escala Revista de Orientação para a Vida para Crianças e Adolescentes Portugueses, observou-se que todas as dimensões da escala *Kidscreen* se encontravam correlacionadas com a escala de Otimismo Global.

Salvaguarda-se o carácter subjetivo da avaliação da QVRS e da percepção global da qualidade de vida, cuja subjetividade pode ocorrer em decorrência da diversidade de fatores sociais, culturais, religiosos, entre outros, que cada participante possui.

Em relação às dimensões avaliadas, verificámos que é nas dimensões “Provocação” e “Questões económicas” que as crianças e adolescentes apresentam valores médios maiores correspondendo a uma percepção de QVRS mais positiva (M=88,1 e M=82,8, respetivamente); ao inverso das dimensões “Autoestima” (M=61.3) e “Autonomia” (M=62.2), que apresentam menor percepção da QVRS. Num estudo realizado em sete países europeus com 754 crianças com idades compreendidas entre 8 e 18 anos, os autores constataram que os indicadores materiais, nomeadamente o estatuto socioeconómico, era melhor preditor na QVRS do que indicadores educacionais (Rueden, Gosch, Rajmil, Bisegger & Sieberer, 2006).

No que concerne aos dados da análise inferencial, inferiu-se, em primeiro lugar, que os rapazes apresentam valores médios superiores às raparigas em todas as dimensões da QVRS (M=80.20 vs M=78.68, respetivamente). Assim no cruzamento entre o sexo e as dimensões da QVRS, constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas seguintes dimensões: “Sentimentos”, “Família, ambiente familiar e vizinhança”, “Questões económicas”, “Amigos(as)” e “Provocação”.

Contudo, analisando as diferentes dimensões da escala de QVRS onde existem diferenças entre o género e as restantes dimensões, constatamos que são as raparigas que apresentam melhor QVRS no que diz respeito à dimensão “Ambiente escolar e aprendizagem”, dados confirmados através da análise das regressões múltiplas onde constatamos que a satisfação e apreciação em relação à escola é maior nas raparigas.

Gaspar & Matos (2008c) observaram que os rapazes apresentavam melhor percepção sobre a própria QVRS, na maioria das dimensões à exceção da dimensão “Ambiente escolar e

aprendizagem”. É de referir que segundo o estudo das autoras, apenas as dimensões “Questões económicas” e “Amigos(as)” não apresentam diferenças de género.

Quanto às dimensões “Saúde e atividade física”, “Estado de humor geral”, “Autoestima”, “Autonomia” verificou-se que os rapazes apresentam valores médios superiores em relação às raparigas. Tal facto, pode estar associado a alterações na fase pubertária que geralmente estão associadas à insatisfação das meninas com a imagem corporal, influenciando assim o seu bem-estar (Marcotte et al. (2002); Sweeting et al. (1998) como citado em Iglesias et al. (2015)).

Relativamente à idade, são os mais novos (≤ 11 anos) que apresentam melhor perceção da QVRS ($M= 84.5$), seguindo-se o grupo etário (12-13anos) ($M=78.8$) e por fim o grupo etário (≥ 14 anos) ($M=74.3$). Os dados empíricos demonstraram que as médias foram mais elevadas em todas as dimensões para as crianças com idade ≤ 11 anos, à exceção da dimensão “Provocação”, em que a média foi mais elevada no grupo etário ≥ 14 anos.

Segundo um estudo realizado em onze países europeus com 16210 crianças e adolescentes com idades compreendidas entre 8 a 18 anos, constatou-se alguns dos fatores associados ao bullying era ser mais jovem, baixo nível de escolaridade dos pais, bem como o excesso de peso (Analitis et al., 2009).

Analisando a relação entre os três grupos etários considerados no estudo verificou-se que quanto à sua perceção sobre a própria QVRS existem diferenças significativas na grande maioria das dimensões à exceção da dimensão Provocação. Constatou-se que em todas as dimensões em que existem diferenças significativas, a perceção da QVRS diminui à medida que a idade aumenta, tal como no estudo realizado por Gaspar & Matos (2008c) em que as crianças apresentam maiores valores médios de perceção de QVRS em relação aos adolescentes, a exceção da dimensão “Provocação”. Estes dados foram analisados através dos modelos de regressão múltipla do nosso estudo, em que a idade apresentava uma relação inversa em relação a cada dimensão da QVRS.

Segundo Berman et al. (2016), num estudo realizado em 2012 na Suécia com 600 crianças e adolescentes com idades compreendidas entre 11-16 anos, a perceção de QVRS é significativamente mais baixa em adolescentes do que em crianças. A diminuição de bem-estar relacionada à idade pode estar relacionada com a transição física, cognitiva e social da infância para a vida adulta que os rapazes e raparigas enfrentam neste estágio. Essas mudanças podem incluir: mudanças físicas, ou seja, uma nova aparência física que provoca

insatisfação e ansiedade; mudanças cognitivas, ou seja, novas ferramentas cognitivas que permitem que os adolescentes tenham acesso a pensamentos mais complexos (sobre o mundo em geral e sobre si mesmos e suas circunstâncias particulares), ou seja a procura da sua própria identidade; e mudanças sociais, ou seja, novos desafios sociais associados a mudanças de relacionamento com pais e colegas, primeiros amores, primeiras experiências sexuais, entre outras (Iglesias et al., 2015).

É de salientar que analisando segundo o gênero e a idade, a dimensão “Família, ambiente familiar e vizinhança” é uma das dimensões com valores médios mais elevados. Diversos autores descrevem que os relacionamentos familiares afetam o bem-estar dos adolescentes e que aqueles que promovem a sua autonomia e partilhem tempo com a família, incentivam a um clima familiar positivo para uma melhor QVRS na adolescência (Iglesias et al., 2015).

Segundo um estudo levado a cabo por Maria et al. (2017) em Portugal, com 431 adolescentes com idade média de 12.8 anos, em que as dimensões das relações sociais e pares e as relações familiares e autonomia foram a que obtiveram melhores índices médios sendo as dimensões bem-estar físico e ambiente escolar e aprendizagem as que obtiveram piores resultados.

Quanto ao ano de escolaridade, encontramos diferenças significativas na maioria das dimensões à exceção da dimensão “Provocação”. Os alunos a frequentar o 5º ano de escolaridade são os que apresentam uma melhor perceção da QVRS (M= 84.3) e os que apresentam uma pior perceção da QVRS são os alunos a frequentar o 9º ano de escolaridade (M= 74.0). Contudo no que diz respeito ao ano de escolaridade, não encontramos publicados estudos que façam referência ao ano de escolaridade.

No que diz respeito às pessoas com quem as crianças e adolescentes habitam, na maioria das dimensões não foram encontradas diferenças significativas à exceção da dimensão “Saúde e atividade física”, “Estado de humor geral” e “Questões económicas”. O nosso estudo mostra que as crianças e adolescentes que coabitam com ambos os pais apresentam melhor perceção sobre a própria QVRS, seguidas das crianças e adolescentes que coabitam com o pai. Portanto os nossos resultados vão de encontro ao estudo realizado por Berman et al. (2016), com crianças e adolescentes, em que o autor verificou que as crianças e adolescentes que habitavam com ambos os pais apresentavam melhor perceção sobre a própria QVRS, referindo que a influência de uma família menor, refletia-se em menores recursos financeiros, associando-se a uma menor QVRS da criança.

6. CONCLUSÃO

O conceito de qualidade de vida é um conceito subjetivo, que depende da representação que cada um lhe atribui. Existem instrumentos de apoio, como é o caso da escala Kidscreen, utilizada para a elaboração deste estudo, que permitem a caracterização da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

As dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde compreenderam a Saúde e atividade física; Sentimentos; Estado de humor geral; Autoestima; Autonomia; Família, ambiente familiar e vizinhança; Questões económicas; Amigos(as); Ambiente escolar e aprendizagem e Provocação.

Analisar a qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes foi o principal objetivo deste trabalho, tendo por base as questões de investigação: (1) qual a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes?; (2) que variáveis sociodemográficas e de bem-estar influenciam a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes? E (3) qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e de bem-estar com a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes?.

Os objetivos definidos para o estudo foram: avaliar a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes; identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam a qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes; e analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e de bem-estar com a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes.

No que diz respeito à questão: “Qual a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes”, o presente estudo revelou uma perceção positiva da qualidade de vida relacionada com a saúde de acordo com os parâmetros do instrumento utilizado. Além disso, a análise detalhada de cada dimensão avaliada demonstrou que aspetos relacionados com aspetos financeiros e provocação/*bullying* são percebidos de forma mais positiva. Em contraposição, domínios relacionados com “Autoestima” e “Autonomia” foram pontuados com valores médios menores.

Quanto à questão de investigação “Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e de bem-estar com a perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes?”, e considerando a análise estatística das quatro variáveis que a compõem,

verificamos que a percepção global da qualidade de vida influencia a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e as suas dimensões.

Constatamos também que a idade, o sexo e a higiene do sono (número de horas de sono dormidas) influenciam a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes, verificando-se que os que apresentam maior idade; crianças e adolescentes do sexo masculino; e que dormem mais horas possuem melhor percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde, na maioria das dimensões da QVRS.

A realização deste trabalho proporcionou não só a aprendizagem e realização de uma investigação, mas também aprofundar conhecimentos teóricos na área da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde nas crianças e adolescentes. Ainda que se reconheça certas limitações, acreditamos terem sido atingidos os objetivos delineados inicialmente.

Parece-me particularmente importante destacar algumas limitações no estudo que podem ter de alguma forma interferido nos resultados, tais como a existência de muitas outras variáveis passíveis de influenciar a qualidade de vida das crianças e adolescentes. Deste modo, fica a sugestão de abordar este tema recorrendo também a outras variáveis.

Mediante os resultados expostos, poder-se-á dizer que o desenvolvimento da intervenção da enfermagem junto das crianças e adolescentes poderá trazer benefícios para a comunidade e os dados obtidos poderá contribuir como um potencial para o desenvolvimento da enfermagem. Sabendo dos impactos dos fatores que interferem na qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças, torna-se imperativo a procura de mecanismos ou estratégias de intervenção tanto na comunidade como na escola, de forma a desenvolverem estratégias para minimizar os efeitos que possam ter no desenvolvimento físico, mental e social das crianças e adolescentes.

Espera-se que este estudo contribua, de alguma forma, para uma sensibilização acerca da consequência dos fatores que interferem na qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças. Como proposta para futuras investigações, atendendo que a QVRS é encarada como uma medida de resultado transversal à mortalidade e morbidade, a sua complexa relação com a saúde mental deveria ser aprofundada; o alargamento da dimensão da amostra e inclusão de escolas de outras regiões do país seria interessante, de forma a obter uma panorâmica sobre a dimensão da QVRS e dos fatores protetores e de risco das crianças e dos adolescentes do país; a programação e implementação de ações de educação com os pais, professores e a sua avaliação posterior para verificar a sua eficácia e a introdução de

estratégias para melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde das crianças e adolescentes.

Em jeito de conclusão, podemos afirmar que, relativamente a implicações na prática clínica, os resultados desta investigação podem ajudar os profissionais de saúde infantil e pediatria a planear respostas que vão de encontro ao entrecruzamento complexo das diversas dimensões da QVRS e do seu caráter multidimensional e subjetivo.

Referências bibliográficas

- Analitis, F., Velderman, M., Sieberer, U., Detmar, S., Erhart, M., Berra, S., (...) & Rajmil, L. (2009) - Being Bullied: Associated Factors in Children and Adolescents 8 to 18 Years Old in 11 European Countries – *Pediatrics – Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 123(2), 569-577. doi:10.1542/peds.2008-0323
- Assumpção Jr., & F., Kunczynski, E. (2010) – *Qualidade de vida na infância e na adolescência – orientações para pediatras e profissionais da saúde mental*. Porto Alegre – Artmed
- Berman, A., Liu, B., Ullman, S., Jadback, I. & Engstrom, K. (2006) - Children’s Quality of Life Based on the KIDSCREEN-27: Child Self-Report, Parent Ratings and Child-Parent Agreement in a Swedish Random Population Sample. *PLoS ONE* 11(3), 1-15. DOI:10.1371/journal.pone.015
- Boini, S. (2005) – *Determinants de la qualité de vie liée à la santé et de son evaluation dans une population a priori saine* (Tese de doutoramento). Faculté de Medicine de Nancy
- Constantino, M. (2007) - Avaliação da qualidade de vida: desenvolvimento e validação de um instrumento, por meio de indicadores biopsicossociais, junto à Comunidade da Universidade de São Paulo. Tese de doutoramento
- Costa, S., Tavares, M., Trindade, E., & Dias, J. (2012) – Qualidade de vida na doença inflamatória intestinal pediátrica: validação do questionário IMPACT III para a população portuguesa – *Acta Portuguesa Pediátrica*, 4(5), 198-201. Acedido em <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/504>
- Ferron, M. (2011) - La relation entre qualité de vie et santé : une question épistémologique. Tese de Mestrado. Faculté des Arts et Sciences. Acedido em https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6135/Ferron_Marc_2011_memoire.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Fonseca, A., Perdígão, A. (1999) – Guia dos direitos da criança – Instituto de Apoio à Criança
- Fortin, M. F. (2009) - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidata

- Galinha, I. & Pais Ribeiro, J.L. (2005). História e evolução do conceito de bem estar subjetivo. *Psicologia e Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214. Acedido em ps-ps.pt/uploads/jornal/91.pdf
- Gaspar, T., Matos, Ribeiro M. G., J., Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bem-estar e crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(2), 47-60. Acedido em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000200005
- Gaspar, T., Ribeiro, J.L.P., Matos, M.G. & Leal, I. (2008a) – Promoção e qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia e Saúde & Doenças*, 9(1), 55-71. Acedido em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862008000100006
- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J., Leal, I., & The European KIDSCREEN Group (2008b) - *Qualidade de vida em crianças e adolescentes –Instrumentos Kidscreen 52 para pais e crianças e adolescentes*. *Revista Peruana de Psicometria* 1(2). Acedido em <http://www.rppsicometria.com.pe/journal/index.php/RPPS/article/view/5>
- Gaspar, T. & Matos, M., (2008c) – *Qualidade de vida em crianças e adolescentes – Versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen 52*. *Aventura Social e Saúde*
- Gaspar, T., Matos, M.G., Ribeiro, J.L.P. & Gonçalves, A (2008d). Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23134/2/87015.pdf>
- Gaspar, T., Matos, M., Pais, R., José, L., Leal, I., & Ferreira, A. (2009a) – Health-related quality of life in children and adolescents and associated factors. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(1), 33-48. Acedido em <http://scipio.ro/documents/13115/f21acb5f-0b18-4ceb-96c2-24100ebe18f6>
- Gaspar, T., Ribeiro, J., Matos, M., Leal, I., & Ferreira, A. (2009b) - Optimismo em Crianças e Adolescentes: Adaptação e Validação do LOT-R. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 439-446. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000300015
- Gaudonville, T. (2017) – L’impact de la qualité de vie sur les performances scolaires et le developpement. *Conseil National d’Evaluation Du Systeme Scolaire* - Université de

- Nantes. Acedido em http://www.cnesco.fr/wp-content/uploads/2017/10/170929_performances.pdf
- Gonçalves, A. (2013) – O papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria na promoção de uma alimentação saudável. *Revista Sinais Vitais*, 110(8), 58-63. Acedido em http://eformasau.pt/files/Revistas/RSV110/RSV_110_Art8.pdf
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014) – *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente 9ª edição*, 1(19). Loures. Lusociência
- Iglesias, A., Moreno, C., Ramos, P., & Rivera, F. (2015) - What family dimensions are important for health-related quality of life in adolescence? – *Journal of Youth Studies* 18(1), 53-67. DOI: 10.1080/13676261.2014.933191
- Lopes, P. (2013) – *Qualidade de vida: evidência para Portugal*. Dissertação de Mestrado. Instituto Universitário de Lisboa
- Loureiro, M. & Miranda, N. (2016) – *Promover a saúde – dos fundamentos à ação*. Almedina. ISBN: 9789724068176
- Lourel, M. (2007) - La qualité de vie liée a la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin - *Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)*, 88(1), 4-17. doi: 10.3917/rsi.088.0004
- Maria, A., Guimarães, C., Candeias, I., Almeida, S., Figueiredo, C., Pinheiro, A., Silvério, C., Chaves, M., Pedroso, H., Martins, S. (2017) - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Adolescentes Portugueses: Estudo Numa População Escolar - *Acta Pediátrica Portuguesa*, 48(3), 203-211. Acedido em <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/8088/9377>
- Matos, M., Marques, A., Gaspar, T., & Paiva, T. (2017) - Perception of quantity and quality of sleep and their association with health related quality of life and life satisfaction during adolescence - *Health Education and Care* doi: 10.15761/HEC.1000117
- McALL, C. (2008) - Transfert des temps de vie et perte de la raison : L'inégalité sociale comme rapport d'appropriation. *Inégalités sociales de santé au Québec. Presses de l'Université de Montréal*, 87-109. Acedido em <http://books.openedition.org/pum/9998>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010) – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista de saúde da criança e do jovem. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4902/regulamentocompetenciacriançajov_ aprovadoag_20nov2010.pdf

Organização Mundial de Saúde (2002). *The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization. Acedido em http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1

Pais, I. (2012) - Qualidade de Vida dos Irmãos de Indivíduos com Autismo. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa

Paruthi, S.; Brooks, L.; D'Ambrosio, C.; Hall, W.; (...) Wise, M. (2016). Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12 (6), 785-786. doi: 10.5664/jcsm.5866

Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014) – *Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 6ª ed. ISBN 972-18-391-X

Portugal, Instituto do Desporto (2007). *Orientações da União Europeia para a Atividade Física*. ISBN 978-989-8330-01-7. Acedido em http://www.idesporto.pt/ficheiros/File/Livro_IDPfinalJan09.pdf

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. Lisboa: DGS. Acedido em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/DGS_PNPAF2017_V7.pdf

Rocha, C., Heleno, M., Bartholomeu, D., & Montiel, J. (2016) – Análise fatorial confirmatória do Kidscreen-52 em uma amostra brasileira. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente* (7)1-2, 473-488. Acedido em <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2427>

Roeser, K., Eichholz, R., Scwerdtle, B., Schlarb, A., & Kubler, A. (2012) - Relationship of sleep quality and health-related quality of life in adolescents according to self- and

- proxy ratings: a questionnaire survey. *Frontiers Psychiatry*, 3(76) - doi: 10.3389/fpsyt.2012.00076
- Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., Sieberer, U., European KIDSCREEN group. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal Epidemiol Community Health*, 60(2), 130-135. doi: 10.1136/jech.2005.039792
- Seidl, E., & Zannon, C. (2004) – Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588. doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027
- Septans, A.L. (2014) *Méthodologie pour l'évaluation de la qualité de vie adaptée à la fin de vie des patients atteints d'un cancer* (Tese de doutoramento). Université de Franche-Comté. Acedido em <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01146644/document>
- Sereno, A., & Simões, M. (2013) – Resiliência e adolescência: estudo da relação entre fatores de resiliência e qualidade de vida em adolescentes com deficiência motora – *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4(2), 119-139. Acedido em <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/423/404>
- Soares, A., Martins, A., Lopes, M., Britto, J., Oliveira, C. & Moreira, M. (2008) – Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciência e Saúde coletiva*, 16(7), 3197-3206. doi.org/10.1590/S1413-81232011000800019
- Sobral, M., Gontijo, D., Abdala, D., Cabral, T. (2015) – Avaliação da qualidade de vida de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Revista Brasileira em Promoção de Saúde*, 28(4), 568-577. Acedido em <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3886>
- The 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. doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K
- Wensing, M., Vingerhoets, E., & Grol, R. (2001) - *Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients - Quality of Life Research*, 10(2), 141-148. Acedido em <https://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1016705615207>

Anexo I

Instrumento de colheita de dados

Projecto de Investigação em Co-Promoção:
MAISaúdeMental

Instituição Proponente



Instituição de Acolhimento



Instituições Parceiras



Código de Identificação do Questionário:

Este formulário contém informações pessoais e deve ser tratado com a máxima confidencialidade.

**MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA
DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES**
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS
- VERSÃO CRIANÇAS E ADOLESCENTES -

Olá como estás?

Queríamos que colaborasses no preenchimento deste questionário e desde já o nosso obrigado.

Por favor lê todas as questões cuidadosamente.

Que resposta vem primeiro à tua cabeça? Escolhe e assinala a resposta mais adequada ao teu caso.

Lembra-te: isto não é um teste, portanto não existem respostas erradas.

É importante que respondas a todas as questões.

Quando pensas na tua resposta, por favor, tenta pensar na tua última semana.

Não tens que mostrar as tuas respostas a ninguém. E ninguém teu conhecido vai ver o teu questionário

depois de o teres terminado. As tuas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo.

Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação.

Não deves escrever o teu nome, pois a colheita de dados é confidencial.

Escala KIDSCREEN - 52P – Adaptado da versão portuguesa traduzida por Tânia Gaspar e Margarida Matos (2008)
(Gaspar, T., & Matos, M (coord.) (2006). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes*.
Versão portuguesa dos Instrumentos KidScreen-52. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.)

I PARTE

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Idade: _____ Anos. Qual é tua de Nascimento: ____ / ____ / ____

3. Qual o ano de escolaridade que frequentas: _____

4. Quantas as pessoas que vivem contigo: (Podes assinalar várias opções)

Mãe	<input type="checkbox"/>	Tio	<input type="checkbox"/>
Pai	<input type="checkbox"/>	Tia	<input type="checkbox"/>
Irmão(s)	<input type="checkbox"/>	Padrasto	<input type="checkbox"/>
Irmã(s)	<input type="checkbox"/>	Madrasta	<input type="checkbox"/>
Avó	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>
Avó	<input type="checkbox"/>		

5. Qual a profissão dos teus pais?

Pai: _____ Mãe: _____

6. Tens alguma deficiência, doença ou condição física crónica?

Sim Não

II PARTE

1. SAÚDE E ACTIVIDADE FÍSICA

1.1 Em geral, como descreves a tua saúde?

- Excelente
- Muito boa
- Bom
- Má
- Muito má

Pensa na última semana...	Nada	Pouco	Moderadam ente	Muito	Pouco
1.2 Sentes-te bem e em forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Cultivaste hábitos mais activos (ex: corrida, jogaste à bola, andares de bicicleta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Podes capaz de correr bem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequente mente	Sempre
1.5 Sentes-te cheio de energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 O teu sono é reparante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.7 Quantas horas dormes durante a noite _____ horas

2. SENTIMENTO S

Pensa na última semana...	Nada	Pouco	Moderadam ente	Muito	Totalmente
2.1 A tua vida tem sido agradável?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Sentes-te bem por estar vivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Sentes-te satisfeito(a) com a tua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequente mente	Sempre
2.4 Exibes-te de bom humor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Sentes-te alegre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Divertes-te?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ESTADO DE HUMOR GERAL

Pensas na última semana...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
3.1 Sentaste que fizeste tudo mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Sentaste-te triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Sentaste-te tão mal que não quisesse fazer nada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Sentaste que tudo na tua vida estava correr mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Sentaste-te farto(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 Sentaste-te sozinho(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Sentaste-te debaixo de pressão ("stressado/a")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. SOBRE TI PRÓPRIO

Pensas na última semana...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
4.1 Sentaste-te feliz com a tua maneira de ser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Sentaste-te contente com as tuas roupas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Sentaste-te preocupado com a tua aparência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Sentaste inveja da aparência de outros rapazes e raparigas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Costavas de mudar alguma coisa no teu corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. TEMPO LIVRE

Pensas na última semana...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
5.1 Investe tempo suficiente para ti próprio(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Podes capaz de fazer actividades que gostas de fazer no teu tempo livre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Investe oportunidades suficientes para estar ao ar livre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 Investe tempo suficiente para te encontrares com os teus amigos(as)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 Podes capaz de escolher o que fazer no teu tempo livre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. FAMÍLIA, AMBIENTE FAMILIAR E VIZINHANÇA

Pense na última semana...	Nada	Pouco	Moderadam ente	Muito	Totalmente
8.1 Os seus pais ou mãe/pai compreendem-te?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Sente-te-te amado(a) pelos teus pais ou mãe/pai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequent emente	Sempre
8.3 Sente-te-te feliz em casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 Os teus pais ou mãe/pai tiveram tempo suficiente para ti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5 Os teus pais ou mãe/pai tratam-te com justiça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6 Foste capaz de conversar com os teus pais ou mãe/pai quando quiseste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. QUESTÕES ECONÓMICAS

Pense na última semana...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequent emente	Sempre
7.1 Tiveste dinheiro suficiente para fazer as mesmas actividades que os teus amigos(as) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 Tiveste dinheiro suficiente para as tuas despesas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nada	Pouco	Moderadam ente	Muito	Totalmente
7.3 Tiveste dinheiro suficiente para fazer actividades com os teus amigos(as) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. AMIGOS(A)S

Pense na última semana...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequent emente	Sempre
8.1 Passaste tempo com os teus amigos(as)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Fizeste actividades com outros rapazes e raparigas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 Diverteste-te com os teus amigos(as) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 Tu e os teus amigos(as) ajudaram-se uns aos outros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5 Sente-te-te capaz de falar sobre tudo com os teus/ tuos amigos(as) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6 Sente-te que podes confiar nos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

teus/seus amigos(as)?					
-----------------------	--	--	--	--	--

9. AMBIENTE ESCOLAR E APRENDIZAGEM

Pense na última semana...	Nunca	Pouco	Moderadam ente	Muito	Totalmente
9.1 Sentiste-te feliz na escola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Havia bom(bas) aluno(s) na escola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 Sentiste-te satisfeito(a) com os teus professores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequent emente	Sempre
9.4 Sentiste-te capaz de prestar atenção?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5 Costas-te ir à escola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6 Inverteste uma boa relação com os teus professores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

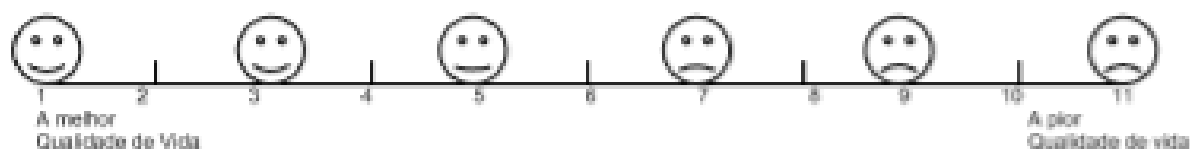
10. PROVOCAÇÃO

Pense na última semana...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequent emente	Sempre
10.1 Tem sentido medo de outros rapazes ou raparigas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2 Outros rapazes ou raparigas gozaram contigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3 Outros rapazes ou raparigas provocaram-te?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. QUALIDADE DE VIDA

Em geral, como classificarias a tua qualidade de vida?

Assinala um número na escala abaixo:



Anexo II

Pedido à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu

COMISSÃO DE ÉTICA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
FORMULÁRIO PARA A AVALIAÇÃO ÉTICA DE PROJECTOS



*Pro. Encarregado do Projeto
22/10/2017
JAB*

Estudante(s)	na
Orientador(es)	Prof. Doutor Carlos Pereira
Curso	na
No âmbito de	na
Identificação do Projeto	PROJETO MA:SaúdeMental
Data de submissão	4 de Outubro de 2017
Relator	Joana Araújo
A presidente da CE da ESSV	<i>Emília Almeida</i>

PARECER Nº 20

X	PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (A proposta é eticamente aceitável)	MOTIVOS:
	PARECER ÉTICO CONDICIONADO A AVALIAÇÃO (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos)	MOTIVOS: <i>(ver requisitos)</i>
	PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL (como tal, o projecto não pode ser avaliado)	MOTIVOS:

REQUISITOS:

O projeto MAISaúdeMental tem como objetivo monitorizar e avaliar a saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes na perspetiva das mesmas e dos pais, no Agrupamento de Escolas Infante D. Henrique, Viseu, local onde será feito o recrutamento. O propósito final do estudo é a implementação de um projeto de promoção da saúde mental das crianças e adolescentes.

DADOS PESSOAIS

Dado que os inquéritos vão ser codificados, os detalhes relacionados com a proteção de dados e o modo como o processo de codificação garantirá a privacidade do participante e a confidencialidade dos seus dados deverão ser detalhados.

De modo a garantir a confidencialidade dos mesmos, deve ser evitado a pergunta relacionada com a idade e alterar esta pergunta para que se apresente em forma de escala.

RECOMENDAÇÕES:

A faixa etária dos participantes que serão envolvidos no estudo engloba crianças no 5º ano (entre 9 e 10 anos) e adolescentes do 9º ano (entre 14 e 15). Coloco à consideração a possibilidade de adaptar o inquérito a grupos de faixas etárias, o que poderia passar por reduzir o número de perguntas para a faixa etária mais jovem.

"FOLLOW-UP"/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

Na sua opinião, seria necessário uma monitorização ética durante a implementação do projecto?

Não Sim

QUESTÕES ÉTICAS 1: SERES HUMANOS

Esta investigação envolve participantes humanos?

Não Sim Não aplicável

São voluntários para investigação social ou ciências humanas?

Não Sim Não aplicável

São pessoas incapazes de dar consentimento informado?

Não Sim Não aplicável

São indivíduos ou grupos vulneráveis?

Não Sim Não aplicável

São crianças ou menores de idade?

Não Sim Não aplicável

São pacientes?

Não Sim Não aplicável

São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?

Não Sim Não aplicável

Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?

Não Sim Não aplicável

Envolve técnicas invasivas?

Não Sim Não aplicável

Envolve colheita de amostras biológicas?

Não Sim Não aplicável

REQUISITOS – SERES HUMANOS

Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

O investigador deve clarificar se pessoas/grupos vulneráveis serão envolvidos.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Detalhes sobre a política a implementar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 3: PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?

Não Sim Não aplicável

Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?

Não Sim Não aplicável

Envolve o processamento de informação genética?

Não Sim Não aplicável

Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?

Não Sim Não aplicável

Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?

Não Sim Não aplicável

REQUISITOS – PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Devem ser apresentadas cópias de aprovação para a recolha de dados pessoais pela autoridade competente - CNPD.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, protecção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da EU.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 4: OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS

Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Anexo III

Pedido à Comissão Nacional de Proteção de Dados

18/12/2017

FW: Fwd: Pedido de esclarecimento

Data: Seg, 18 Dez 2017 [11:48:12 WET]
 De: Ellen Barends <ellen@cnpd.pt>
 Para: ernestinasbatoca@sapo.pt
 Assunto: FW: Fwd: Pedido de esclarecimento
 Ref#: 03.01
 O. cio: 38790 de 18/12/2017

Exmª Senhora Ernestina Batoca,

Pedimos, em primeiro lugar, as nossas desculpas pela demora da nossa resposta, mas o elevado número de solicitações não nos tem possibilitado ser mais célere.

Quanto ao seu pedido de autorização para a realização de estudo, no âmbito do Projecto MAISaúdeMental e em co-produção entre o IP – Escola Superior de Saúde de Viseu e outras terceiras entidades (Município de Viseu, Centro Hospitalar Tondela/Viseu e agrupamento de Escolas D. Henrique), aplicar um questionário a crianças e adolescentes do 5º ao 9º ano de escolaridade do Agrupamento de Escolas Infante D. Henrique, bem como aos seus pais, com o objetivo de “monitorizar e avaliar a saúde mental e qualidade de vida das crianças e adolescentes e pais” informa-se que pela análise dos documentos e posteriores esclarecimentos prestados, não há tratamento de dados pessoais, não se aplicando, neste caso, a Lei 67/98.

Assim, o trabalho a realizar não carece de Autorização desta CNPD, desde que a responsável pelo tratamento obtenha a colaboração das escolas de forma a dar cumprimento aos seguintes requisitos:

- a) Obtenção, pela escola, do consentimento prévio dos encarregados de educação;
- b) nos documentos que servem de base à recolha de dados, a responsável deve abster-se de identificar dos alunos, designadamente não mencionando os nomes, moradas e/ou números do aluno os quais, directa ou indirectamente, permitem identificar ou tornar identificáveis os inquiridos;
- c) a responsável deve abster de consultar a ficha biográfica dos alunos e/ou qualquer outro documento que permita a identificação dos mesmos;

Qualquer resposta ao presente e-mail deve ser enviada para geral@cnpd.pt, não se garantindo a resposta às questões remetidas para as caixas de e-mail pessoais dos funcionários.

Com os melhores cumprimentos,
 Ellen Barends

Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd)

[GAP - Gabinete de Atendimento ao Público]
 Rua de São Bento, 146-2º, 1200 - 021 Lisboa
 Telef.: 21 393 00 29 (Linha Privacidade): Dias úteis das 10.00h às 13.00h
 Atendimento presencial: Dias úteis das 14.00h às 16.30h
 url: <http://www.cnpd.pt>

Ernestina Batoca - PhD
 Prof. Coordenadora Escola Superior de Saúde de Viseu
 Coordenadora Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem da Criança e do Adolescente

----- Mensagem encaminhada de ernestinabatoca@sapo.pt -----

Data: Tue, 28 Nov 2017 21:19:49 +0000
 De: ernestinabatoca@sapo.pt
 Assunto: Pedido de esclarecimento
 Para: Comissão Nacional de Protecção de Dados <ellen@cnpd.pt>, carlos albuquerque

15/12/2017

PW: Pvd: Pedido de esclarecimento

<cmalbuquerque@gmail.com>, isabelbica <isabelbica@gmail.com>

Exmª Senhora Drª Ellen Barends:

A Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, em Co-promoção com a Câmara Municipal de Viseu, Agrupamento de Escolas Infante D. Henrique, Centro Hospitalar Tondela Viseu e Instituto Politécnico da Guarda estão a desenvolver um Projeto sobre Monitorização e Avaliação dos Indicadores de Saúde Mental das crianças e adolescentes: da investigação à prática - MAISaúdeMental. Pretendemos aplicar questionários às crianças e adolescentes do 5º ao 9º ano de escolaridade do Agrupamento de Escolas Infante D. Henrique, e aos pais das crianças reportando-se aos dados dos filhos, utilizando as duas versões dos questionários que enviamos em anexo (versão pais e versão crianças/adolescentes).

Iniciamos o registo na plataforma da DGE e fomos informados que teríamos que apresentar "Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados dado a recolha e tratamento de dados pessoais serem sensíveis e de vida privada" (Lei nº 67/98, alterada pela Lei nº 103/2015).

- Como podem verificar os instrumentos não têm questões com dados sensíveis.

- É também assegurada a a anonimização dos visados pois os questionários são anónimos e não permitem ser identificáveis.

- A forma como se procede à recolha de dados vai obedecer ao seguinte: 1º Os questionários dos pais serão entregues a cada criança/adolescente pelos diretores de turma em envelope fechado juntamente com o consentimento informado dos pais a autorizar os filhos para o preenchimento dos questionários (Enviamos também em anexo o consentimento informado). 2º As crianças cujos pais autorizarem entregam o envelope fechado ao Diretor de turma com o questionário preenchido e o consentimento informado será guardado pela Escola. 3º Os questionários das crianças/adolescentes serão preenchidos em sala de aula e colocados numa caixa à medida que os alunos os preenchem. 4º A diretora de turma coloca estes questionários num envelope fechado. 5º Os investigadores responsáveis por esta tarefa procederão à recolha dos envelopes com os questionários dos pais e das crianças/adolescentes.

- Os investigadores são profissionais de saúde e asseguram a confidencialidade, proteção e segurança dos dados pelo dever de segredo profissional. A base de dados será protegida com palavra passe só acessível pelo investigador responsável.

Neste sentido, vimos solicitar esclarecimento sobre a necessidade de solicitar Pedido à Comissão Nacional de Proteção de dados ou se consideram que estão garantidos os aspetos éticos.

Com os meus melhores e respeitosos cumprimentos,

Peª o Grupo do Projeto:

Ernestina Batoca Silva

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

----- Fim de mensagem reenviada -----

Anexos:

 Questionario_Pais.pdf (602 KB)

 Questionario_Crianças.pdf (593 KB)

 Projeto MAISaúde Mental_Declaração de Consentimento Informado.pdf (104 KB)