

**INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA**

Escola Superior de Altos Estudos

**Validação do *Youth Quality of Life Instrument* para a população  
portuguesa**

**YQOL-R**

SARA ALEXANDRA MELO MENDES

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica  
Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2014

**Validação do *Youth Quality of Life Instrument* para a população  
portuguesa  
YQOL-R**

SARA ALEXANDRA MELO MENDES

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica  
Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica  
Orientadora: Professora Doutora Marina Cunha

Coimbra, Setembro de 2014

## Agradecimentos

A presente dissertação de mestrado é fruto da contribuição de algumas pessoas, sem as quais, direta ou indiretamente, a realização da mesma não teria sido possível. Por isso, gostaria de deixar o meu profundo agradecimento:

**À Senhora Professora Doutora Marina Cunha**, pela disponibilidade, ensinamentos, incentivos, ajuda e dedicação incondicional. Pela partilha do saber e valioso contributo na elaboração desta dissertação.

**À Dr.<sup>a</sup> Ana Xavier**, a quem agradeço imensamente a partilha de conhecimentos práticos e disponibilidade.

**Aos diretores das escolas**, onde foram recolhidos os dados, aos alunos e a todas as pessoas envolvidas com que me cruzei para a elaboração deste trabalho, o meu sincero agradecimento.

**Às minhas colegas de mestrado**, pelo apoio, companheirismo, solidariedade e boa disposição.

**À Dora**, uma amiga muito especial, a quem estou profundamente agradecida por ter disponibilizado o seu tempo na leitura dos meus trabalhos e pelas suas preciosas e importantes sugestões de melhoria. Obrigado por todos estes anos de amizade.

**Aos meus pais**, Mário e Maria dos Anjos e **ao meu irmão** Paulo, pelo carinho, amor, dedicação, paciência, por estarem sempre disponíveis a ouvir-me, a reconfortar-me, a aconselhar-me e por me terem apoiado sempre e investido na minha instrução como ser humano, como mulher e como profissional.

**Ao meu namorado**, André, por todo o incentivo, carinho, companheirismo e dedicação durante todo este longo percurso.

A Todos, Muito Obrigada!

## Resumo

É incontornável o estatuto que o conceito de qualidade de vida assume hoje na prática e políticas de saúde pública. Na infância e adolescência é ainda escassa a investigação, tornando-se crucial o desenvolvimento de instrumentos de qualidade vida relacionada com a saúde validados para esta população.

O presente trabalho tem como objetivo fundamental analisar as qualidades psicométricas e validar a versão portuguesa do *Youth Quality of Life* (YQOL-R) (Patrick, et al., 2002).

A amostra é constituída por 507 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos, a frequentar o 3º ciclo do ensino básico e ensino secundário de escolas públicas do ensino regular. Para além do citado instrumento a validar, os jovens preencheram também, para a análise da validade convergente e divergente, o *Kidscreen-27* (Gaspar & Matos, 2008) e a Escala da Depressão, Ansiedade e Stresse (EADS-21) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Os resultados mostram que o YQOL-R apresenta uma estrutura fatorial de quatro fatores, semelhantes à versão original americana (individual, relações sociais, ambiente e qualidade de vida em geral). Possui uma boa consistência interna e uma adequada estabilidade temporal. Mostrou correlações significativas e no sentido esperado com as variáveis em estudo.

Foram igualmente encontradas diferenças de género em relação à qualidade de vida, sendo os rapazes a reportarem em média níveis mais elevados de perceção da qualidade de vida, comparativamente às raparigas.

Futuros estudos devem ser realizados em amostras clínicas para confirmação dos dados. Não obstante esta limitação, o presente estudo contribuiu para a disponibilização de um novo instrumento para avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes, o qual evidenciou boas propriedades psicométricas, apoiando, assim empiricamente, a sua utilização nas práticas de saúde e investigação em amostras da comunidade.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida relacionada com a saúde, estudos de validação, crianças, adolescentes, YQOL-R.

## Abstract

Nowadays, it's unavoidable the status that, the concept of quality of life assumes in practices and politics of public health. In childhood and adolescence it's weak the investigation but it's crucial the development of instruments of quality of life related to health validated to this population.

The present work has an important aim, it's analyze the psychometric qualities and validate the Portuguese version of *Youth Quality of Life* (YQOL-R) (Patrick, et al., 2002).

The sample consists of 507 adolescents, aged between 12 and 19 years old and they attend the 3<sup>rd</sup> cycle of basic education and secondary education schools in villages of regular education. Apart from that instrument, teenagers fill in, also, to the analysis convergent and divergent, the *Kidscreen-27* (Gaspar & Matos, 2008) and the Depression, Anxiety and Stress Scale (EADS-21) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

The results show that the YQOL-R presents a factorial structure with four factors similar to original American version (individual, social relations, environment and general quality of life), presenting a good internal consistence and an adequate temporal stability. Substantial correlations showed and in the expected way with the variables in study.

Have been found differences of gender related to quality of life, boys reported on average higher levels of quality of life perception, comparatively to the girls.

Future studies must be performed in clinical samples to confirm the findings. In spite of this restriction, the actual study contributes to providing a new instrument to evaluate the quality of life in children and adolescents, this evidenced good psychometric properties, supported empirically its application in heath practices and investigation in community samples.

**Keywords:** Quality of life related to health, validation studies, children, adolescents, YQOL-R.

## 1. Introdução

O interesse pelo conceito de qualidade de vida na área da saúde é relativamente recente e decorre dos novos paradigmas que têm influenciado as práticas e políticas do sector da saúde nas últimas décadas (Gaspar & Matos, 2008).

No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas é possível identificar um interesse crescente pela avaliação da qualidade de vida, nomeadamente pela inclusão de informações sobre a qualidade de vida como indicadores para a avaliação da eficácia, eficiência e impacto de tratamentos e intervenções. Outro indicador de interesse por esse constructo é a produção de conhecimento associada aos esforços de integração e de intercâmbio de investigadores e profissionais interessados no tema (Seidl & Zannon, 2004).

Na área da saúde verificam-se duas tendências quanto à conceptualização do termo da qualidade de vida, enquanto um conceito mais genérico, e enquanto qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) (Wallander, Schmitt & Koot, 2001). Esta última definição diz respeito à saúde percebida e é descrita como um constructo que engloba as componentes do bem-estar e funções físicas, emocionais, mentais, sociais e comportamentais, como são percebidos pelos próprios e pelos outros (*World Health Organization*, 1998).

Dada a natureza holística deste conceito, coloca-se uma razoável dúvida sobre a “melhor” definição, tornando-se difícil a sua operacionalização através de um instrumento de avaliação (Gaspar & Matos, 2008).

Segundo alguns autores (Harding, 2001; Pais-Ribeiro, 2003), o conceito de qualidade de vida pode ser definido como um constructo multidimensional com aplicação e relevância para as pessoas de todas as faixas etárias, de todas as culturas, estatuto socioeconómico ou localização geográfica. Neste sentido, a qualidade de vida é um conceito mais abrangente do que a saúde, relacionando-se com as experiências atuais e passadas do indivíduo, com todos os aspetos do bem-estar da pessoa (físico, psicológico e social) e incluindo ainda o seu ambiente.

Wallander, Schmitt e Koot (2001) consideram que a qualidade de vida é a articulação entre a perceção de bem-estar objetivo e subjetivo em diversos domínios da vida considerados importantes numa determinada cultura e tempo, tendo em conta os níveis universais dos direitos humanos. De acordo com os referidos autores, a definição abrange os aspetos mais importantes indicados na literatura.

A definição de qualidade de vida segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é a mais citada e é descrita como a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as

relações sociais e as relações do indivíduo com o contexto em que está inserido (*World Health Organization*, 1997). Deste modo, a OMS ilustra ainda a qualidade de vida como um conceito genérico, como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Pais-Ribeiro (2003) na sua definição de qualidade de vida segue de perto o conceito de saúde positiva da Organização Mundial de Saúde, identificando-a como um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

De acordo com Meuleners, Lee, Binns e Lower (2003) a qualidade de vida é um conceito complexo que pode ser interpretado de diversas formas. Uma definição defendem a relação entre funcionalidade física e variáveis psicossociais, outras enfatizam as componentes da felicidade e da satisfação com a vida. Todas as definições partilham do facto de que para avaliar a qualidade de vida, devem ser incluídos requisitos mínimos na medição da funcionalidade física, estado mental e interação social.

Cummins (2005) defende igualmente a conceptualização de qualidade de vida como um constructo multidimensional e influenciado por fatores pessoais, ambientais e pela interação entre ambos. Tem componentes semelhantes para todas as pessoas, apresenta componentes objetivos e subjetivos e é influenciada pela autodeterminação, pelos recursos, pelo sentido da vida e pela percepção de pertença.

As descrições objetivas e subjetivas são indicadores válidos de qualidade de vida, pelo que devem ambos ser incluídos em qualquer definição da mesma. Os aspetos objetivos podem ser observados e medidos a nível do domínio público, através de medidas de quantidade e frequência. Os aspetos subjetivos apenas existem na consciência privada do indivíduo pelo que são avaliados através de questionários de autorresposta (Cummins, 2005). Assim, estes indicadores subjetivos resultam da avaliação pessoal de cada um sobre as suas capacidades e funcionamento, implicando que a qualidade de vida de duas pessoas com as mesmas capacidades possa ser diferente, dependendo como cada uma lida com o contexto e com as adversidades (Diener, 2000). Em geral, os indicadores subjetivos e objetivos apresentam uma fraca correlação, o que sugere que ambos contribuem de forma independente para estimar o constructo de qualidade de vida (Cummins, 2000).

Vários autores concordam que a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) é um constructo multidimensional e documentado por diversos estudos nacionais e internacionais em populações adultas (Ravens-Sieberer, et al., 2001). Todavia, quando a população em estudo

são crianças e adolescentes a consonância é menor, uma vez que existem dificuldades em descrever o conceito de QVRS na população mais jovem. Essas dificuldades perpassam âmbitos como a capacidade das crianças expressarem opiniões, atitudes e sentimentos sobre a sua QVRS, o seu domínio de recursos para compreenderem o conceito em questão e a autoavaliação dos aspetos da própria saúde e bem-estar ser determinada pela idade, maturidade e desenvolvimento cognitivo. Salienta-se que as crianças e os adolescentes não enfatizam as mesmas dimensões da QVRS que os adultos (Ravens-Sieberer, et al., 2001).

Tem sido reconhecido o papel importante que esta faixa etária, infância/adolescência, desempenha na saúde pública global, justificando, assim, uma abordagem centrada na qualidade de vida que permita aumentar a compreensão e o conhecimento sobre a saúde nos jovens. Este aprofundamento parece fundamental para alicerçar políticas promotoras de saúde e de bem-estar nestas faixas etárias (Fuh, Wang, Lu & Juang, 2005) e para promover práticas estimuladoras de desenvolvimento positivo em todos os âmbitos da vida da criança e do adolescente, nomeadamente nos contextos socializadores, como é o caso da família, dos pares, da escola e da comunidade (Ferraz, Tavares & Zilberman, 2007).

Quando se analisa os resultados no âmbito da saúde pública que incluam as medidas da QVRS em crianças e adolescentes é importante ter em conta a perceção de saúde das crianças, nomeadamente, física, cultural, envolvimento social, stressores sociais, comportamentos de saúde e processos psicossociais, tais como, estilos de *coping* e suporte social. Estes fatores em contexto de saúde podem funcionar como fatores protetores ou de risco da qualidade de vida. Como consequência, podem ser identificadas crianças e adolescentes em risco em termos da sua saúde subjetiva e podem ser implementados programas de intervenção sujeitos a uma avaliação posterior (Ravens-Sieberer, et al., 2001).

Não obstante o crescente interesse por este tema, quer em termos de investigação, quer no domínio dos cuidados e das políticas de saúde, é ainda escassa a investigação em crianças com idades entre os 6 e os 12 anos. Apenas 9% dos estudos envolve a avaliação da própria criança sobre a sua qualidade de vida (Wallander, Schmitt & Koot, 2001). Neste contexto, pode referir-se que existe um número reduzido de questionários genéricos que avaliam a QVRS em crianças e adolescentes (Gaspar & Matos, 2008).

Segundo Hawthorne, Richardson e Osborne (1999) são necessários instrumentos de medição da qualidade de vida de fácil aplicação, que não impliquem grande sobrecarga para os respondentes e que possam ser administrados em populações epidemiológicas e em populações clínicas, em contextos genéricos e clínicos.



Apesar de existirem alguns instrumentos adaptados para a população portuguesa que avaliam a qualidade de vida em crianças e adolescentes, tais como o *Kidscreen* e o inventário pediátrico de qualidade de vida (*PedsQL*), não deixam de ser necessários mais instrumentos de medida que possam contribuir para a avaliação deste constructo tão relevante.

Neste sentido, a presente investigação possui como principal objetivo a análise das qualidades psicométricas e validação de um novo instrumento de medição da qualidade de vida para adolescentes, designado por *Youth Quality of Life* (YQOL-R). Optou-se por este instrumento pela sua fundamentação teórica, por ser amplamente utilizado em investigações internacionais e por ter mostrado boas propriedades psicométricas incentivadoras da sua aplicação.

O YQOL-R foi desenvolvido por Patrick, Edwards e Topolski (2002) para colmatar a escassez de instrumentos de avaliação da qualidade de vida focados nos aspetos positivos da adolescência, baseados nas perspetivas e linguagem dos mesmos e aplicáveis tanto a populações gerais como a vulneráveis. Deste modo, através da realização de entrevistas abertas a jovens dos 12 aos 18 anos, com e sem deficiência, bem como, através da consulta de outros instrumentos existentes (e.g., *national longitudinal adolescent health survey*) foi desenvolvido um modelo concetual de qualidade de vida que deu origem ao referido questionário.

Após uma sucessão de procedimentos, o YQOL-R resultou num instrumento de medida com capacidade de avaliar a perceção da qualidade de vida, tendo em conta a informação de quatro domínios específicos: individual, relações sociais, ambiente e qualidade de vida geral.

O domínio individual procura avaliar os sentimentos do adolescente sobre si mesmo e compreende cinco subcategorias: (1) A subcategoria crença no eu refere-se à persistência do jovem face às adversidades e sua eficácia na superação de obstáculos e na consecução de metas (e.g., “eu consigo lidar com a maior parte das dificuldades que surgem no meu caminho”); (2) A subcategoria ser ele próprio envolve o quão satisfeito o adolescente se sente consigo mesmo, com a sua aparência, com os seus sentimentos e comportamentos sexuais (e.g., “sinto-me confortável com os meus sentimentos e comportamentos enquanto rapaz/rapariga”); (3) A subcategoria saúde mental inclui o quão confortável o jovem se sente com a quantidade de stresse na vida e emoções positivas e negativas (e.g., “sinto-me capaz de lidar com a quantidade de stresse na minha vida”); (4) O grupo saúde física diz respeito à energia do adolescente para realizar tarefas que pretende fazer (e.g., “sinto energia suficiente para fazer as coisas que eu quero fazer”); e, por último, (5) a espiritualidade explora as crenças pessoais como fonte de força e sentimento de que a vida tem sentido (e.g., “sinto que a minha vida tem significado”).

O domínio das relações sociais incide nas relações do adolescente com os outros e abrange as seguintes subcategorias: (1) apoio dos adultos (valia a sensação do adolescente de que é tratado adequadamente pelos adultos; e.g., “sinto que a maior parte dos adultos me trata honestamente”); (2) cuidar dos outros (implica ajudar os outros e ser um modelo para os outros; e.g., “eu tento ser um modelo para os outros”); (3) relações familiares (explora a quantidade de receção de atenção da família e se o jovem se sente compreendido pelos pais ou responsáveis e se sente útil e importante para os mesmos; e.g., “sinto que tenho a devida atenção por parte da minha família”); (4) liberdade (avalia se o adolescente sente que pode participar nas mesmas atividades que os outros da sua idade e se os pais ou responsáveis permitem que participe nas decisões importantes que afetam o próprio; e.g., “sinto que os meus pais permitem que eu participe nas decisões importantes que me envolvem/afetam”); (5) amizade (explora a satisfação do adolescente com o seu grupo de amigos e examina se este se sente capaz de contar aos mesmos aquilo que realmente sente; e.g., “eu posso dizer aos meus amigos aquilo que eu realmente sinto”); (6) participação (avalia se o adolescente se sente impedido de participar nas atividades que pretende fazer, devido a problemas físicos ou emocionais; e.g., “sinto energia suficiente para fazer as coisas que eu quero fazer”); e (7) relações entre pares (analisa se o jovem se sente respeitado, bem como, aceite pelo seu grupo de pares; e.g., “as pessoas da minha idade tratam-me com respeito”).

O domínio do ambiente procura avaliar as oportunidades e obstáculos no meio social e cultural, através de seis subcategorias: (1) envolvimento e atividades (pretende explorar se o adolescente sente que a vida está cheia de coisas interessantes para fazer; e.g., “sinto que a minha vida está cheia de coisas interessantes para fazer”); (2) boa educação (avalia se o adolescente gosta de experimentar coisas novas, se está a receber uma boa educação e se sabe como obter informações de que necessita; e.g., “eu sei como obter a informação de que necessito”); (3) satisfação com a vizinhança (explora a satisfação do adolescente com a vizinhança; e.g., “gosto da minha vizinhança”); (4) recursos monetários (avalia se o adolescente considera que a família tem dinheiro suficiente para viver uma vida decente; e.g., “a minha família tem dinheiro suficiente para viver uma boa vida”); (5) segurança pessoal (explora se o adolescente se sente seguro em casa e na escola; e.g., “sinto-me seguro(a) quando estou em casa”); e (6) visão do futuro (procura analisar como o adolescente perceciona o futuro; e.g., “tenho expetativas/esperanças em relação ao futuro”).

Por fim, o domínio da qualidade de vida geral avalia o quão satisfeito o adolescente se sente em relação à sua vida na generalidade e inclui as subcategorias: (1) aproveitar a vida (e.g.,

“gosto da vida”) e (2) satisfação com a própria vida (e.g., “sinto-me satisfeito(a) com a minha vida tal como é agora”).

A versão definitiva do YQOL-R ficou assim constituída por 41 itens, em que é pedido aos participantes que indiquem, numa escala de 0 a 10 pontos (0=de modo nenhum e 10=completamente), o número que melhor se aplica ao que sente. Todavia salienta-se a existência de dois itens, que devido à sua formulação, devem ser cotados de forma inversa. Quanto mais elevados forem os resultados, maiores são os níveis de qualidade de vida.

Nos estudos de validação do YQOL-R, a estrutura fatorial de quatro fatores foi comprovada através da Análise Fatorial Confirmatória (Patrick, et al., 2002). O instrumento mostrou ter uma consistência interna e uma estabilidade temporal adequada, apresentando ainda correlações significativas e no sentido esperado com outros constructos em estudo. Concretamente, evidenciou correlações positivas com variáveis favoráveis (e.g., satisfação com aspetos físicos, psicológicos, sociais e funcionais da vida) e correlações negativas com variáveis adversas (sintomas depressivos) (Edwards, et al., 2002; Patrick, et al., 2002).

Com a presente investigação esperamos dar um contributo, quer no campo de investigação, quer no domínio dos cuidados e das políticas de saúde. Através da aplicação deste questionário poderá ser possível avaliar os resultados das intervenções para adolescentes com condições crônicas e/ou deficiências, e identificar fontes de resiliência e estratégias de *coping* que raramente são divulgadas nas abordagens orientadas para o *deficit* (Edwards, et al., 2002).

## **2. Material e Métodos**

### **2.1. Instrumentos utilizados**

Neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) o questionário sociodemográfico, onde para além das variáveis género, idade, ano de escolaridade e meio de habitação (rural ou urbano) dos jovens, foram também recolhidas informações relativamente à sua participação em alguma atividade extracurricular, perceção do seu rendimento escolar e do seu nível socioeconómico; 2) o *Youth quality of life instrument-research version* (YQOL-R) que é o instrumento em estudo; 3) o *Kidscreen-27* e a Escala da depressão, ansiedade e stresse (EADS-21) para a análise da validade convergente e divergente.

## **2.2. Caraterização dos Instrumentos**

### **2.2.1. Youth quality of life instrument-research version (YQOL-R)**

O YQOL-R, desenvolvido por Patrick, Edwards e Topolski (2002), traduzido por instrumento de avaliação da qualidade de vida nos adolescentes (versão portuguesa de Cunha, Xavier & Pinto-Gouveia, 2011) é um questionário de autorresposta, constituído por 41 itens, que avaliam a qualidade de vida tendo em conta a informação de 4 domínios específicos: individual, relações sociais, ambiente e qualidade de vida geral (Patrick, et al., 2002).

Para o seu preenchimento é pedido aos jovens para assinalarem, numa escala de 0 a 10 pontos (onde 0 indica de modo nenhum e 10 indica completamente), o número que melhor se aplica ao que sente. Quanto mais elevados forem os resultados, maiores são os níveis de qualidade de vida.

Os estudos realizados sobre a versão original indicaram que o YQOL-R apresenta uma consistência interna adequada, variando os alfas de Cronbach entre 0,77 e 0,96 (Patrick, et al., 2002).

Informação aprofundada sobre o desenvolvimento deste instrumento e dos seus domínios encontra-se descrita na secção anterior onde é apresentada uma revisão do mesmo. No presente estudo, os valores da consistência interna serão posteriormente apresentados, uma vez que este instrumento será objeto de análise detalhada.

### **2.2.2. Kidscreen-27**

O *Kidscreen*, desenvolvido por Ravens-Sieberer e European *KIDSCREEN* Group (2005), (versão portuguesa de Gaspar & Matos, 2008) é um instrumento estandardizado que avalia a qualidade de vida em crianças e adolescentes (Gaspar & Matos, 2008).

O instrumento *Kidscreen-27* é uma versão reduzida do *Kidscreen-52*, onde foram seleccionados 27 itens da versão original e agrupados em 5 dimensões: bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relações com os pais, suporte social e grupo de pares, e ambiente escolar. Este questionário é aplicável a crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos de idade e pode ser utilizado em estudos epidemiológicos e como instrumento complementar, em pesquisas de monitorização com crianças e adolescentes com doença crónica (Gaspar & Matos, 2008). É um questionário de autopreenchimento, no qual se pede ao sujeito que responda que afirmações se aplicaram a ele na última semana.

Relativamente à pontuação, um valor baixo neste instrumento reflete sentimento de infelicidade, insatisfação e desadequação face aos diversos contextos da vida da criança e adolescente, nomeadamente, família, grupo de pares e escola. Uma cotação elevada revela uma sensação de felicidade, perceção de adequação e satisfação com os seus contextos (Gaspar & Matos, 2008).

Na versão original, o *Kidscreen-27* apresentou valores de alfa de Cronbach que variam entre 0,80 e 0,84 para as diferentes subescalas que a constituem (Ravens-Sieberer, et al., 2007).

Na versão portuguesa foram obtidos níveis de consistência interna moderados a elevados para a totalidade da escala ( $\alpha = 0,89$ ) (Gaspar & Matos, 2008).

Na amostra da nossa investigação, o *Kidscreen-27* mostrou ter uma consistência interna razoável a boa (Pestana & Gageiro, 2008), oscilando os valores de alfas de Cronbach entre 0,71 (para a dimensão ambiente escolar) e 0,87 (para a dimensão bem-estar psicológico).

### **2.2.3. Escala da depressão, ansiedade e stresse (EADS-21)**

A *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS) desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995), traduzida por Escala da Depressão, Ansiedade e Stresse (EADS; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004), é um instrumento de autorresposta que pretende avaliar três constructos, a depressão, a ansiedade e o stresse mediante um modelo tripartido (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

No presente estudo foi utilizada a versão reduzida de 21 itens (EADS-21), que propõe medir os mesmos constructos do mesmo modo que a versão de 42 itens (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

A EADS organiza-se em três escalas: depressão, ansiedade e stresse, incluindo cada uma delas sete itens, formando no total 21 itens. Cada item consiste numa frase que remete para sintomas emocionais negativos. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência: 1-“não se aplicou nada a mim”, 2-“aplicou-se a mim algumas vezes”, 3-“aplicou-se a mim muitas vezes” e 4-“aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por cada escala, em que o mínimo é 0 e o máximo é 21. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

No que diz respeito à consistência interna obtida na versão inglesa original da EADS, esta foi favorável, com valores de alfa de Cronbach de 0,81 para a depressão, de 0,83 para a ansiedade e de 0,81 para o stresse (Lovibond & Lovibond, 1995).

Quanto à versão portuguesa, os valores da consistência interna encontrados foram respetivamente de 0,85 para a escala da depressão, de 0,74 para a de ansiedade e de 0,81 para a de stresse (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Na amostra do presente estudo, verificaram-se também valores adequados de consistência interna (depressão:  $\alpha = 0,88$ , ansiedade:  $\alpha = 0,83$  e stresse:  $\alpha = 0,87$ ). Como se pode constatar, os valores obtidos nesta amostra são semelhantes aqueles obtidos no estudo original.

### 2.3. Amostra

A amostra é constituída por 507 adolescentes, 287 do género feminino (56,6%) e 220 do género masculino (43,4%), com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos, sendo a média de idades de 15,74 anos ( $DP=1,62$ ).

Estes adolescentes vivem predominantemente em meio rural ( $n=400$ , 78,9%) e frequentam entre o 7º e o 12º ano de escolaridade, com uma média de 10,28 ( $DP=1,55$ ).

A maior parte dos jovens considera ter um rendimento escolar suficiente ( $n=241$ , 47,5%) e 34,7% ( $n=176$ ) percecionam-o como bom.

Relativamente à prática de atividades extracurriculares (por exemplo, desporto, pintura ou música), a maioria dos participantes refere ter pelo menos uma atividade extracurricular ( $n=299$ , 59%).

No que concerne ao nível socioeconómico, os jovens referem um rendimento médio, em que 49,3% ( $n=250$ ) percecionam como médio baixo e 46,2% ( $n=234$ ) como médio alto.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros masculino e feminino no que diz respeito ao meio onde vivem ( $\chi^2(1) = 4,29$ ;  $p = 0,038$ ), e participação em atividades extracurriculares ( $\chi^2(1) = 6,75$ ;  $p = 0,009$ ). As raparigas pertencem maioritariamente ao meio rural, (54,3% vs. 45,8%) e frequentam mais atividades extracurriculares, comparativamente aos rapazes (51,8% vs. 48,2%).

Rapazes e raparigas não diferem significativamente no que respeita à média de idades ( $t(443,52) = 0,28$ ;  $p = 0,779$ ), anos de escolaridade ( $t(450,81) = 0,75$ ;  $p = 0,451$ ), perceção do rendimento escolar ( $\chi^2(3) = 6,78$ ;  $p = 0,079$ ) e nível socioeconómico ( $\chi^2(3) = 2,64$ ;  $p = 0,451$ ).

### **3. Procedimentos**

#### **3.1. Procedimento metodológico**

A fim de iniciar a presente investigação procedeu-se à recolha das autorizações para a utilização dos questionários junto dos respetivos autores.

De seguida foram contactadas as escolas onde iriam ser recolhidos os dados, tendo sido previamente pedida a autorização aos diretores dos referidos estabelecimentos de ensino.

Após estas autorizações, foram contactados os encarregados de educação dos alunos, com o intuito de solicitar o consentimento para os seus educandos participarem no estudo.

No final das devidas aprovações para a realização da investigação, foi construído o protocolo com os três instrumentos de avaliação mencionados, acompanhados da folha de rosto, onde é explicado o objetivo central da investigação, os procedimentos e a salvaguarda de questões éticas, como o anonimato, a confidencialidade, a participação voluntária e o direito a interromper a participação a qualquer momento.

Depois dos procedimentos anteriormente referidos, os questionários foram administrados individualmente em contexto de sala de aula, demorando o seu preenchimento cerca de 15 minutos.

#### **3.2. Procedimento estatístico**

A fim de analisar os dados recolhidos, recorreu-se ao *software* estatístico SPSS (versão 19.0).

Foi utilizada a estatística paramétrica dado o tamanho da amostra o justificar. Explorou-se o pressuposto da distribuição normal das variáveis, com recurso ao teste Kolmogorov-Smirnov e ainda aos coeficientes de assimetria (*Skewness*) e de achatamento (*Kurtosis*), uma vez que o teste de K-S é sensível ao tamanho da amostra. Os resultados obtidos permitiram-nos concluir, de acordo com Kline (2005), que os dados das variáveis em estudo seguem uma distribuição normal, já que  $SK < |3|$  e  $Ku < |10|$ , sugerindo que nenhuma variável apresentou valores indicadores de violações na distribuição.

Com o intuito de examinar as diferenças de género para variáveis categoriais (zona de residência, atividade extracurricular, rendimento escolar e nível socioeconómico) utilizou-se o teste do qui-quadrado. A verificação das diferenças de género para variáveis contínuas (idade

e anos de escolaridade) foi conseguida recorrendo ao teste  $t$  de Student para amostras independentes.

Na cotação do instrumento em estudo, seguiu-se as recomendações dos autores da versão original da escala (Patrick, et al., 2002). O YQOL-R fornece um perfil de qualidade de vida dos adolescentes através de quatro domínios (individual, relações sociais, ambiente e qualidade de vida geral), permitindo ainda, uma pontuação total de qualidade de vida. Cada item contribui equitativamente para cada subescala. Primeiro, os itens que estão formulados na negativa são cotados inversamente (itens 21 e 28) e, assim, os resultados elevados representam elevados níveis de qualidade de vida. Segundo, todos os itens são transformados numa escala de 0 a 100 pontos, usando a seguinte fórmula (nota  $t$ ):

$$t = \frac{\text{pontuação no item} - \text{pontuação mínima da escala de resposta}}{\text{pontuação máxima da escala de resposta}} \times 100$$

Esta transformação converte as pontuações baixas e altas em 0 e 100, respetivamente. As pontuações obtidas entre estes valores representam a percentagem da pontuação total possível alcançada. Após obter a pontuação  $t$  para cada item, calcula-se a média para cada domínio e para o total percetual de qualidade de vida.

No estudo exploratório das dimensões do YQOL-R, recorreu-se à análise de componentes principais com rotação *varimax* ortogonal que permitiu analisar o agrupamento das variáveis em fatores.

A análise da consistência interna dos vários instrumentos de autorresposta foi calculada através do alfa de Cronbach, uma vez que é considerada a melhor estimativa de fidelidade de um teste.

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson no estudo da estabilidade temporal do YQOL-R, bem como na análise da sua validade convergente e divergente, tendo sido considerada a convenção de Pestana e Gageiro (2008) na determinação das magnitudes das associações.



## 4. Resultados

### 4.1. Análise fatorial exploratória dos itens

À semelhança do procedimento estatístico utilizado no estudo original (Patrick, et al., 2002) procedeu-se a uma análise fatorial exploratória para analisar a estrutura dimensional da versão portuguesa do YQOL-R.

Num primeiro momento foi averiguada a indicação do número de fatores a reter, tendo em conta o critério de *Kaiser*, valor próprio (*eigenvalue*) igual ou superior a 1 (Maroco, 2010), e perceber se o mesmo era coincidente com a proposta dos autores.

Os resultados desta primeira solução indicaram 8 fatores a explicarem 63,88% da variância total. No entanto, pela observação do *scree test* de Cattell, apontado como o melhor método para a extração de fatores, existe uma maior inflexão da curva entre o terceiro e o quarto componente. Consequentemente foi repetida a análise, forçando o número de fatores a 4 componentes, o que é consistente com a indicação teórica do modelo segundo os autores desta escala, utilizando-se a rotação *varimax* ortogonal para a solução de 4 fatores. Os resultados mostraram uma adequação da matriz (*Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) = 0,95; teste de esfericidade de *Bartlett*  $\chi^2(820) = 12397,77$ ;  $p < 0,001$ ) a explicarem 52,48% da variância total.

Para a análise dos dados foi considerado um valor de saturação fatorial dos itens superior a 0,30, a não existência de saturações duplas (*crossloadings*) e a constituição de cada fator pelo mínimo de três itens (Costello & Osborne, 2005).

Verificou-se que o item 31 (“gosto da minha vizinhança”) apresentou uma saturação fatorial inferior a 0,30 nos quatro domínios, revelando ainda uma baixa correlação com os restantes itens da escala, razão pela qual foi excluído da matriz, repetindo-se seguidamente o mesmo procedimento estatístico.

A solução de 4 fatores sem o item 31 passou a explicar 53,55% da variância total. Na Tabela 1 são apresentadas as saturações e comunalidades dos quatro fatores do YQOL-R.

Tabela 1  
*Saturações fatoriais e comunalidades ( $h^2$ ) para a estrutura fatorial da versão portuguesa do YQOL-R (N=507).*

Item	Fatores				Comunalidades ( $h^2$ )
	1	2	3	4	
1. Eu continuo a tentar, mesmo que não seja bem-sucedido(a) à primeira.	0,12	0,33	-0,04	<b>0,56</b>	0,48
2. Eu consigo lidar com a maior parte das dificuldades que surgem no meu caminho.	0,04	<b>0,56</b>	0,06	0,44	0,52
3. Sou capaz de fazer a maior parte das coisas tão bem quanto eu queria.	0,06	<b>0,62</b>	0,01	0,35	0,51
4. Sinto-me bem comigo mesmo(a).	0,16	<b>0,76</b>	0,31	0,09	0,71
5. Sinto que sou importante para os outros.	0,13	<b>0,69</b>	0,32	0,14	0,61
6. Sinto-me confortável com os meus sentimentos e comportamentos enquanto rapaz/rapariga.	0,25	<b>0,62</b>	0,36	0,11	0,59
7. Sinto energia suficiente para fazer as coisas que eu quero fazer.	0,21	<b>0,57</b>	0,23	0,23	0,48
8. Estou satisfeito(a) com a minha aparência.	0,16	<b>0,71</b>	0,31	0,06	0,64
9. Sinto-me capaz de lidar com a quantidade de <i>stress</i> na minha vida.	0,16	<b>0,70</b>	0,21	0,15	0,59
10. Sinto que não há problema se eu cometer algum erro.	0,09	<b>0,53</b>	0,06	0,01	0,30
11. Sinto que a minha vida tem significado.	0,30	<b>0,59</b>	0,27	0,07	0,52
12. Os meus valores pessoais dão-me força.	0,31	<b>0,61</b>	0,23	0,27	0,60
13. Sinto que a maior parte dos adultos me trata honestamente.	<b>0,51</b>	0,29	0,19	0,26	0,45
14. Sinto que tenho a devida atenção por parte da minha família.	<b>0,82</b>	0,19	0,15	0,10	0,74
15. Sinto-me compreendido/a pelos meus pais ou encarregados de educação.	<b>0,79</b>	0,28	0,11	0,00	0,72
16. Sinto-me útil e importante para a minha família.	<b>0,77</b>	0,38	0,17	0,11	0,77
17. Sinto que a minha família se preocupa comigo.	<b>0,85</b>	0,17	0,15	0,14	0,80
18. A minha família encoraja-me a fazer o meu melhor.	<b>0,83</b>	0,18	0,11	0,13	0,75
19. Sinto que me dou bem com os meus pais ou encarregados de educação.	<b>0,85</b>	0,12	0,12	0,13	0,76
20. Sinto que os meus pais permitem que eu participe nas decisões importantes que me envolvem/afetam.	<b>0,64</b>	0,12	0,11	0,25	0,50
21. Sinto-me sozinho(a) na vida.	0,17	0,32	<b>0,49</b>	0,05	0,37
22. Eu tento ser um modelo para os outros.	-0,02	0,36	-0,24	<b>0,44</b>	0,38

23. Eu posso dizer aos meus amigos aquilo que eu realmente sinto.	0,09	0,27	<b>0,51</b>	0,21	0,39
24. Sinto-me satisfeito/a com os amigos que tenho.	0,06	0,15	<b>0,77</b>	0,17	0,64
25. Sinto-me satisfeito/a com a minha vida social.	0,17	0,32	<b>0,69</b>	0,17	0,64
26. Sinto que posso participar nas mesmas atividades que os outros da minha idade.	0,23	0,21	<b>0,61</b>	0,17	0,49
27. As pessoas da minha idade tratam-me com respeito.	0,19	0,24	<b>0,60</b>	0,19	0,49
28. Sinto-me posto/a de parte por ser como sou.	0,13	0,16	<b>0,49</b>	-0,01	0,29
29. Sinto que a minha vida está cheia de coisas interessantes para fazer.	0,29	<b>0,49</b>	0,32	0,18	0,46
30. Gosto de experimentar coisas novas.	0,09	0,04	0,37	<b>0,54</b>	0,44
32. Tenho expectativas (esperanças) em relação ao futuro.	0,21	0,22	0,27	<b>0,53</b>	0,45
33. A minha família tem dinheiro suficiente para viver uma boa vida.	0,31	0,19	-0,00	<b>0,46</b>	0,34
34. Sinto-me seguro(a) quando estou em casa.	<b>0,47</b>	0,05	0,17	0,42	0,43
35. Sinto que estou a ter uma boa educação.	<b>0,62</b>	-0,01	0,26	0,40	0,61
36. Eu sei como obter a informação de que necessito.	0,26	0,06	0,27	<b>0,59</b>	0,49
37. Gosto de aprender coisas novas.	0,16	0,13	0,32	<b>0,65</b>	0,56
38. Sinto-me seguro(a) quando estou na escola.	0,29	0,14	0,24	<b>0,35</b>	0,28
39. Gosto da vida.	0,39	<b>0,47</b>	0,37	0,21	0,55
40. Sinto-me satisfeito(a) com a minha vida tal como é agora.	0,43	<b>0,51</b>	0,37	0,13	0,60
41. Sinto que a vida vale a pena.	0,40	<b>0,49</b>	0,32	0,20	0,55
Valor próprio	14,67	3,13	1,88	1,74	
Variância explicada	36,66	7,83	4,70	4,35	

Após a análise da tabela 1 foi possível verificar que o componente 1 parece corresponder ao domínio das relações sociais com 10 itens, o que no estudo original é composto por 14. O componente 2 parece corresponder ao domínio individual com 15 itens (14 na versão original). O componente 3 parece corresponder ao domínio do ambiente com 7 itens (10 na versão original). Por fim, o componente 4 parece corresponder ao domínio da qualidade de vida geral com 8 itens (3 na versão original) (Tabela 2).

Tabela 2

*Itens do YQOL-R da versão original e da versão portuguesa.*

<b>Domínio</b>	<b>Itens da versão original</b>	<b>Itens da versão portuguesa</b>
Individual	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 21 e 28	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 29, 39, 40, 41
Relações sociais	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 34, 35
Ambiente	29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38	21, 23, 24, 25, 26, 27, 28
Qualidade de vida geral	39, 40, 41	1, 22, 30, 32, 33, 36, 37, 38
Total	1-41	1-40

#### 4.2. Análise dos itens e consistência interna

O YQOL-R revelou ter uma consistência interna razoável a muito boa, com valores de alfa de Cronbach de 0,93 para o domínio individual, de 0,93 para o domínio das relações sociais, de 0,81 para o domínio do ambiente e de 0,74 para o domínio da qualidade de vida geral (Pestana & Gageiro, 2008).

Através da análise dos itens (Tabela 3) foi possível certificar que todos mostram correlações item-total superiores ou iguais a 0,41, exceto o item 22 (“eu tento ser um modelo para os outros”) que apresentou uma correlação de 0,29. Quando eliminado este item, o valor de alfa de Cronbach não foi alterado, pelo que foi decidido mantê-lo na escala.

Tabela 3

*Médias, desvios-padrão, correlações item-total e coeficientes de consistência interna para cada item do YQOL-R.*

<b>Itens</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>r item-total</b>	<b>α de Cronbach se o item for removido</b>
2	66,73	19,02	0,52	0,93
3	60,39	18,79	0,55	0,93
4	67,26	24,25	0,78	0,92
5	61,44	22,47	0,70	0,92
6	71,70	21,72	0,70	0,92
7	73,31	21,63	0,64	0,93
8	64,20	25,14	0,72	0,92
9	61,32	23,52	0,70	0,92
10	50,67	25,84	0,43	0,93
11	70,28	25,65	0,67	0,93
12	73,61	20,47	0,73	0,92
29	70,75	24,13	0,64	0,93
39	80,97	22,24	0,70	0,92
40	71,70	24,60	0,72	0,92
41	79,84	23,82	0,70	0,92

<b>Domínio individual</b>	<b>1024,16</b>	<b>244,60</b>	<b>X</b>	<b>0,93</b>
13	76,67	18,75	0,60	0,93
14	80,24	21,18	0,82	0,92
15	75,01	24,20	0,77	0,92
16	77,04	23,49	0,81	0,92
17	84,16	19,33	0,85	0,92
18	83,77	20,84	0,81	0,92
19	84,54	20,71	0,82	0,92
20	78,60	20,79	0,64	0,93
34	85,11	17,86	0,52	0,93
35	86,47	16,89	0,65	0,93
<b>Domínio relações sociais</b>	<b>811,60</b>	<b>160,84</b>	<b>X</b>	<b>0,93</b>
21	71,56	28,67	0,49	0,80
28	74,32	28,04	0,43	0,81
23	69,19	22,75	0,48	0,79
24	79,49	19,19	0,64	0,77
25	73,83	21,18	0,67	0,76
26	79,84	21,26	0,58	0,77
27	76,29	19,27	0,61	0,77
<b>Domínio ambiente</b>	<b>524,52</b>	<b>110,18</b>	<b>X</b>	<b>0,81</b>
1	71,24	18,78	0,44	0,71
22	49,15	28,77	0,29	0,76
30	84,85	18,21	0,45	0,71
32	79,23	20,84	0,54	0,69
33	71,08	21,71	0,41	0,71
36	82,86	15,64	0,50	0,70
37	86,25	16,02	0,57	0,69
38	74,06	22,45	0,41	0,72
<b>Domínio qualidade de vida geral</b>	<b>598,74</b>	<b>98,12</b>	<b>X</b>	<b>0,74</b>

### 4.3. Fidelidade teste-reteste

A fim de analisar a estabilidade temporal, o YQOL-R foi novamente administrado, três semanas mais tarde a um grupo de 56 adolescentes.

Os resultados mostraram uma boa estabilidade temporal do instrumento para os vários domínios, nomeadamente para o domínio individual ( $r = 0,87$ ;  $p < 0,001$ ), relações sociais ( $r = 0,79$ ;  $p < 0,001$ ), ambiente ( $r = 0,76$ ;  $p < 0,001$ ), qualidade de vida geral ( $r = 0,78$ ;  $p < 0,001$ ) e para o total do questionário ( $r = 0,87$ ;  $p < 0,001$ ) (Pestana & Gageiro, 2008).

#### 4.4. Validade convergente e divergente

Para estudar a validade convergente e divergente do YQOL-R foi analisada, respetivamente, a sua associação com o *Kidscreen-27* e com a Escala da depressão, ansiedade e stresse (EADS-21).

Todas as dimensões do YQOL-R (individual, relações sociais, ambiente e qualidade de vida em geral) estão significativa e positivamente associadas a todas as dimensões da qualidade de vida avaliadas pelo *Kidscreen-27* (bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia, grupo de pares e ambiente escolar). Se tivermos em conta apenas o total do YQOL-R, verifica-se a existência de uma associação positiva moderada a elevada com as dimensões do *Kidscreen*, o que atesta a sua validade convergente (Tabela 4).

Quanto à validade divergente, verifica-se que todas as dimensões da qualidade de vida (YQOL-R) apresentam uma correlação significativa e negativa com a ansiedade, depressão e stresse. Relativamente aos valores totais do YQOL-R, salienta-se uma associação negativa alta com a depressão ( $r = -0,62$ ), e moderada com o stresse ( $r = -0,46$ ) e com a ansiedade ( $r = -0,41$ ). Por outras palavras, os adolescentes que percecionam níveis mais elevados de qualidade de vida, demonstram menores níveis de depressão, stresse e ansiedade (ver Tabela 4).

Tabela 4  
*Correlações entre as variáveis em estudo.*

	Individual	Relações sociais	Ambiente	Qualidade de vida geral	YQOL total
<b><i>Kidscreen-27</i></b>					
Bem-estar físico	0,44*	0,32*	0,37*	0,34*	0,45*
Bem-estar psicológico	0,73*	0,50*	0,65*	0,43*	0,71*
Autonomia	0,41*	0,60*	0,41*	0,37*	0,55*
Grupo de pares	0,36*	0,25*	0,58*	0,30*	0,45*
Ambiente escolar	0,48*	0,37*	0,34*	0,50*	0,51*
<b>EADS-21</b>					
Depressão	-0,66*	-0,43*	-0,54*	-0,39*	-0,62*
Ansiedade	-0,43*	-0,31*	-0,40*	-0,20*	-0,41*
Stresse	-0,48*	-0,36*	-0,42*	-0,23*	-0,46*

Nota: \*  $p < 0,001$

#### 4.5. Influência do género, idade e ano de escolaridade

A idade e os anos de escolaridade não se mostraram significativamente correlacionados com os domínios da qualidade de vida (YQOL-R), ou seja, estas variáveis parecem não ter um impacto na perceção da qualidade de vida nos jovens.

Já em relação à variável sexo, os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas, à exceção dos domínios de relações sociais e qualidade de vida geral, onde os valores médios não se distinguiram. Verificaram-se, por sua vez, diferenças estatisticamente significativas em função do sexo para os domínios individual, ( $t = -5,40$ ;  $p < 0,001$ ), ambiente ( $t = -2,10$ ;  $p = 0,036$ ) e qualidade de vida total ( $t = -2,46$ ;  $p = 0,014$ ). Em qualquer destes domínios os rapazes evidenciaram médias mais elevadas que as raparigas (ver Tabela 5).

Tabela 5  
*Médias, Desvios-padrão e teste t de Student (amostras independentes) para a verificação das diferenças de género.*

YQOL-R	Rapazes (n=220)		Raparigas (n=283)		t	p
	M	DP	M	DP		
Individual	72,53	14,32	65,02	16,99	-5,40	0,000
Relações sociais	81,64	15,67	80,79	16,41	-0,59	0,553
Ambiente	76,59	15,12	73,66	16,11	-2,10	0,036
Qualidade de vida geral	74,64	12,42	75,00	12,16	0,32	0,749
YQOL total	76,35	12,27	73,62	12,59	-2,46	0,014

## 5. Discussão

O presente estudo teve como objetivo primordial a análise das qualidades psicométricas e validação do *Youth Quality of Life* (YQOL-R) para a população portuguesa. Neste sentido, procedeu-se à análise da sua estrutura fatorial, consistência interna, seguindo-se a avaliação da estabilidade temporal e validade convergente e divergente.

A fim de testar a estrutura fatorial da versão portuguesa do YQOL-R recorreu-se a uma análise fatorial confirmatória, tendo, numa primeira fase, identificado o item 31 (“gosto da minha vizinhança”) como apresentando uma saturação fatorial inferior a 0,30 nos quatro domínios (individual, relações sociais, ambiente e qualidade de vida geral), revelando ainda uma baixa correlação com os restantes itens da escala. Por este motivo, o referido item foi

excluído da matriz, repetindo-se seguidamente o mesmo procedimento estatístico. A solução de 4 fatores sem o item 31 passou a explicar 53,55% da variância total.

Acrescenta-se ainda que a estrutura fatorial da versão em estudo apresentou resultados variados comparativamente com o estudo original, no entanto, estes são similares ao do estudo realizado no Brasil sobre a adaptação do YQOL-R para a população brasileira (Salum, Patrick, Isolan, Manfro & Fleck, 2012).

O facto de alguns itens terem migrado para outros domínios pode ser justificado pelo conteúdo dos próprios itens. Por exemplo, na análise exploratória do presente estudo, os itens alusivos à amizade apresentaram cargas mais elevadas no domínio do ambiente do que no domínio das relações sociais. Isto porque o domínio do ambiente apresenta vários itens relacionados com o ambiente escolar (e.g., “sinto que posso participar nas mesmas atividades que os outros da minha idade” e “as pessoas da minha idade tratam-me com respeito”). Além disso, torna-se importante destacar que no estudo original existem itens que saturam em mais do que um fator e os autores optaram por mantê-los nos domínios formulados teoricamente. Este facto pode comprometer as análises em outras amostras, e em especial noutros países, devido a questões culturais e linguísticas.

Relativamente à análise dos itens e à sua consistência interna, verificou-se que o YQOL-R apresenta uma boa qualidade dos mesmos, não obstante a existência de um item (22) com um baixo valor de correlação com o total da escala. Optou-se por não o retirar, uma vez que não alterava a consistência interna da escala avaliada pela determinação do alfa de Cronbach. À semelhança dos resultados obtidos no estudo original (Patrick, et al., 2002), a versão portuguesa do YQOL-R obteve valores elevados de consistência interna, sendo assim indicador de uma boa fidedignidade deste instrumento.

Quanto à estabilidade temporal, esta foi avaliada com três semanas de intervalo, evidenciando os resultados uma boa estabilidade deste instrumento para os vários domínios.

Foram obtidas correlações significativas e no sentido esperado, quer com as subescalas do *KidScreen* (qualidade de vida), quer com as subescalas de depressão, ansiedade e stresse, o que abona em favor da validade convergente e divergente do YQOL-R.

Por último, quando analisada as diferenças entre os géneros em relação à perceção da qualidade de vida, verificou-se que os rapazes evidenciaram médias mais elevadas relativamente às raparigas. O mesmo resultado foi encontrado no estudo de Gaspar e Matos (2008).



Apesar de os resultados das qualidades psicométricas do YQOL-R na versão portuguesa serem adequados, o facto de se tratar de um questionário de autorresposta baseado apenas nos relatos dos adolescentes, pode ser uma limitação. Estudos futuros podem beneficiar de entrevistas semiestruturadas e/ou multi-informadores para complementar a avaliação da percepção de qualidade de vida nesta faixa etária.

Uma vez que na versão em estudo, vários itens migram para outros componentes, o mesmo acontecendo no estudo brasileiro, torna-se importante continuar a explorar e estudar os itens do YQOL-R em outras amostras de adolescentes e em outros países.

Salienta-se ainda que os resultados não podem ser generalizados para populações clínicas, pelo que estudos futuros devem usar amostras clínicas.

Não obstante as referidas recomendações, o presente estudo contribuiu para a disponibilização de um novo instrumento para avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes, o qual evidenciou boas propriedades psicométricas, apoiando empiricamente a sua utilização nas práticas de saúde e investigação em amostras da comunidade. Deste modo é possível avaliar e comparar a qualidade de vida de grupos de adolescentes vulneráveis (como por exemplo aqueles com disfunções ou cuidados especiais de saúde) com grupos da população geral (Patrick, et al., 2002), monitorizar a qualidade de vida relacionada com a saúde, identificar as populações de risco, promover a saúde (Gaspar & Matos, 2008) e ainda, mensurar a satisfação de uma determinada população relativamente ao sistema de saúde (Salum, Patrick, Isolan, Manfro & Fleck, 2012).

## 6. Referências Bibliográficas

Costello, A. B. & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical assessment, research & evaluation, 10*(7), 1-9.

Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: an interactive model. *Social indicators research, 52*(1), 55–72. doi: 10.1023/A:1007027822521

Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of intellectual disability research, 49*(10), 699–706. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00738.x

Cunha, M., Xavier, A. & Pinto-Gouveia, J. (2011). A versão portuguesa do *youth quality of life instrument-research version* (YQOL-R). (Manuscrito não publicado). Coimbra, CINEICC, FPCE da Universidade de Coimbra.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist, 55*(1), 34–43. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.34

Edwards, T. C., Huebner, C. E., Connell, F. A. & Patrick, D. L. (2002). Adolescent quality of life, part I: conceptual and measurement model. *Journal of adolescence, 25*(3), 275-286. doi: 10.1006/yjado.470

Ferraz, R. B., Tavares, H. & Zilberman, M. L. (2007). Felicidade: uma revisão. *Revista de psiquiatria clínica, 34*(5), 234-242. doi: 10.1590/S0101-60832007000500005

Fuh, J.-L., Wang, S.-J., Lu, S.-R. & Juang, K.-D. (2005). Assessing quality of life for adolescents in Taiwan. *Psychiatry and clinical neurosciences, 59*(1), 11–18. doi: 10.1111/j.1323-1316.2005.01306.x

Gaspar, T. & Matos, M.G. (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes-versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52*. Lisboa: Aventura social e saúde.

Harding, L. (2001). Children's quality of life assessments: A review of generic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. *Clinical psychology and psychotherapy*, 8(2), 79–96. doi: 10.1002/cpp.275

Hawthorne, G., Richardson, J. & Osborne, R. (1999). The assessment of quality of life (AQoL) instrument: a psychometric measure of health-related quality of life. *Quality of life research*, 8(3), 209–224. doi: 10.1023/A:1008815005736

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford.

Lovibond, P. & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U

Maroco, J. (2010). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Meuleners, L. B., Lee, A. H., Binns, C. W. & Lower, A. (2003). Quality of life for adolescents: assessing measurement properties using structural equation modelling. *Quality of life research*, 12(3), 283–290. doi: 10.1023/A:1023221913292

Pais-Ribeiro, J. L. (2003). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical nutrition*, 23(1), 121-130. doi: 10.1016/S0261-5614(03)00109-2

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stresse (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doença*, 5(2), 229-239.

Patrick, D. L., Edwards, T. C. & Topolski, T. D. (2002). Adolescent quality of life, part II: initial validation of a new instrument. *Journal of adolescence*, 25(3), 287-300. doi: 10.1006/jado.2002.0471

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Ravens-Sieberer, U.; Gosch, A.; Abel, T.; Auquier, P.; Bellach, B. M.; Bruil, J.; Dur, W.; Power, M.; Rajmil, L. & European KIDSCREEN Group. (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Preventivmed* 46(5), 294-302. doi: 10.1007/BF01321080

Ravens-Sieberer, U., Auquier, P., Erhart, M., Gosch, A., Rajmil, L., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Cloetta, B., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. & The European KIDSCREEN Group. (2007). The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results of a cross-cultural survey in 13 European countries. *Quality of life research*, 16(8), 1347-1356. doi: 10.1007/s11136-007-9240-2

Salum, G. A., Patrick, D. L., Isolan, L. R., Manfro, G. G. & Fleck, M. P. (2012). Youth quality of life instrument-research version (YQOL-R): psychometric properties in a community sample. *Jornal de pediatria*, 88(5), 443-448. doi: org/10.2223/JPED.2193

Seidl, E. & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos. *Caderno de saúde pública*, 20(2), 580-588. doi: 10.1590/S0102-311X2004000200027

Wallander, J.L., Schmitt, M. & Koot, H. M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments and applications. *Journal of clinical psychology*, 57(4), 571-585. doi: 10.1002/jclp.1029

World Health Organization. (1997). *WHOQOL measuring quality of life*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1998). *WHOQOL annotated bibliography*. Geneva: WHO.

## **7. Anexos**