Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Rocha, Cássia Aparecida de Souza
Heleno, Maria Geralda Viana
Bartholomeu, Daniel
Montiel, José Maria

Análise fatorial confirmatória do kidscreen-52 em uma amostra brasileira

http://hdl.handle.net/11067/3534
https://doi.org/10.34628/0tqj-e783

Metadados

Data de Publicação 2016

Resumo Este estudo objetivou identificar evidencias de validade para o Kidscreen-52 em uma amostra da população Brasileira. Procurou-se ter como base os apontamentos realizados pelos autores do instrumento, especialmente no que tange a estrutura interna do mesmo. Foram participantes deste estudo 348 pessoas, sendo 174 adolescentes e 174 responsáveis e a seleção foi realizada por conveniência. O instrumento utilizado foi o Kidscreen-52. Nos resultados obtidos por meio das análises realizadas é possível ...

Palavras Chave Crianças - Saúde e higiene - Brasil, Adolescentes - Saúde e higiene - Brasil, Qualidade de vida

Tipo article

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] RPCA, v. 07, n. 1-2 (Janeiro-Dezembro 2016)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-19T04:08:49Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA DO KIDSCREEN-52 EM UMA AMOSTRA BRASILEIRA

CONFIRMATORY FACTOR ANALYSIS OF KIDSCREEN-52 IN A BRAZILIAN SAMPLE

Cássia Aparecida de Souza Rocha
Maria Geralda Viana Heleno
Daniel Bartholomeu
José Maria Montiel
Núcleo de Pesquisa em Saúde e Desempenho Humano
Centro Universitário FIEO – UNIFIEO/SP

Resumo: Este estudo objetivou identificar evidencias de validade para o Kidscreen-52 em uma amostra da população Brasileira. Procurou-se ter como base os apontamentos realizados pelos autores do instrumento, especialmente no que tange a estrutura interna do mesmo. Foram participantes deste estudo 348 pessoas, sendo 174 adolescentes e 174 responsáveis e a seleção foi realizada por conveniência. O instrumento utilizado foi o Kidscreen-52. Nos resultados obtidos por meio das análises realizadas é possível observar que estes resultados reafirmam a estrutura fatorial deste instrumento já identificada em inúmeros países incluindo no Brasil. Ainda, a alta concordância na amostra brasileira pode indicar necessidade de adaptação dos itens ou do instrumento. Seguindo tais apontamentos é possível considerar que, novas investigações devem ser conduzidas e que analisem a invariância de parâmetros entre diferentes países, incluindo o Brasil para se obter melhores informações sobre este aspecto.

Palavras-chave: Adolescente, Avaliação psicológica, Psicologia educacional, Qualidade de vida.

Abstract: This study aimed to identify evidence of validity for Kidscreen-52 in a sample of the Brazilian population. It tried to be based on notes made by the authors of the instrument, especially as regards the internal structure of the same. The subjects of this study 348 people, including 174 adolescents and 174 responsible and the selection was done for convenience. The instrument used was the Kidscreen 52. The results obtained through the analyzes can be seen that these results confirm the factorial structure of this instrument already identified in many countries including in Brazil. Yet, the high concordance in the Brazilian sample may indicate the need for adaptation of the items or instrument. Following such notes can be considered that further research should be conducted and to analyze the invariance of parameters between different countries, including Brazil to obtain better information on this aspect.

Keywords: Teenager, Psychological evaluation, Educational psychology, Quality of life.

Introdução

De acordo com Minayo et al. (2000) o termo qualidade de vida é utilizado há mais de um século, porém existem divergências acerca da sua conceituação na literatura. O conceito começou a ser utilizado nos Estados Unidos, após a Segunda Guerra Mundial, com o então presidente Lyndon Johnson através da publicação do Relatório da *Commission on National Goals* que trazia, mediante indicadores sociais e ambientais, questionamentos sobre a qualidade de vida e bem estar da

população. Nesse momento a avaliação era realizada levando em consideração o desenvolvimento econômico da sociedade, porém posteriormente também foi considerado o desenvolvimento social, incluindo transporte, lazer, condições de saúde, educação e moradia (Minayo et al., 2000). Os indicadores sociais e ambientais de qualidade de vida estavam diretamente relacionados a parâmetros objetivos, com o passar dos tempos observou-se que apenas esses parâmetros não eram insuficientes para mensurar a qualidade de vida. Foi, então, agregados a avaliação do quanto cada sujeito se percebia satisfeito ou não com sua qualidade de vida. A inclusão de novos parâmetros marca uma mudança significativa em relação às medidas objetivas, tendo em vista a constatação da importância de levar em consideração a subjetividade e a singularidade do indivíduo (Scattolin, 2006).

Sobre a possibilidade de avaliar a percepção do sujeito acerca da sua qualidade de vida, por volta dos anos 70, Fleck (2008) destaca que esse termo começou a ser utilizado e discutido na área da saúde como uma maneira de medir o modo que as pessoas viviam após o aparecimento de uma doença. O termo também se tornou habitual na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, assim como no contexto de pesquisas científicas. A qualidade de vida é um conceito geralmente vinculado à satisfação que os indivíduos possuem em relação à sua vida e ao ambiente em que vivem, através de conceitos tais como felicidade, harmonia, saúde, prosperidade, morar bem, ganhar salário digno, ter amor e família, etc. (Minayo, et al., 2000; Queiroz & Assis, 2004).

Mediante a dificuldade de conceituação do termo qualidade de vida, no ano de 1995, foi criado o *WHOQOL Group – World Health Organization Quality of Life Group*, que tinha por finalidade a clarificação do conceito, estabelecendo um consenso e adotando uma abordagem internacional de avaliação. De acordo com Nahas (2003) esse momento foi considerado como marco teórico da qualidade de vida mundial, pois foi a partir de então que se deixou conceitualmente de considerar a qualidade de vida como sobrevida e passou-se a mensurá-la como a qualidade de cada variável que influencia o ser humano. Como fruto desse grupo de estudos, a Organização Mundial de Saúde – OMS definiu qualidade de vida como: "a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (Whoqol-Bref, 1996, p. 6).

A definição da OMS traz à tona a importância de analisar o ser humano como ser regido por fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais, isto é, como um todo e não um corpo fragmentado e, é pautada nesta definição que a presente pesquisa transcorreu. O termo qualidade de vida abrange significados que refletem conhecimentos, experiência e valores de indivíduos ou coletividades e diz respeito a uma construção social (Minayao et al., 2000). Levando em consideração a importância de compreender a totalidade do ser humano, o conceito qualidade de vida considera os aspectos de bem-estar psicológico e social, funcionamento emocional, condição de saúde, desempenho

funcional, satisfação com a vida, suporte social e padrão de vida. Desta forma, qualidade de vida é considerada como condição humana que resulta de um conjunto de padrões individuais e sócio ambientais, que podem ser modificados ou não e que caracterizam as condições em que vive o ser humano (Nahas, 2003).

Embora o conceito de qualidade de vida tenha algumas variações, Katsching e Angermeyer (1997) e Nahas (2003) concordam acerca de vários princípios que fazem parte de sua definição, tais como: (a) multidimensionalidade, relacionando-se ao fato de que a vida compreende múltiplas dimensões, tais como social, mental, material, física, cultural, econômica, dentre outras; (b) dinâmica, dada a sua característica inconstante no tempo e em diferentes espaços, como o trabalho, a família e a sociedade; (c) subjetividade, determinada pelo significado individual atribuído às experiências inter e intrapessoais; d) presença de dimensões positivas e negativas.

Em função dos diversos fatores determinantes relacionados à qualidade de vida, muitos estudos têm sido realizados, objetivando avaliar os fatores que são percebidos pelo indivíduo e/ou comunidade como positivos e/ou negativos. Em consequência disso, torna-se possível compreender, através da utilização de instrumentos avaliativos, o nível de satisfação da população relacionada à qualidade de vida e, consequentemente propor intervenções nos aspectos que não favoreçam uma melhor qualidade de vida (Nahas, 2003). Gordia et al. (2009) afirmam que os instrumentos relacionados à análise de condições gerais da qualidade de vida enfatizam questões sobre domínios físicos (dor, fadiga, capacidades e limitações), psicológicos (percepção do estado de saúde, depressão, autoestima, ansiedade e imagem corporal), relações sociais (apoio familiar e social, limitações impostas pela sociedade e as relações interpessoais), nível de independência (mobilidade, atividades cotidianas, capacidade para o trabalho) e noções sobre o bem-estar (corporal, emocional, saúde mental e vitalidade)

Segundo Seidl e Zannon (2004) na utilização dos instrumentos de avaliação são identificadas duas tendências à conceituação de qualidade de vida: qualidade de vida como um conceito genérico e qualidade de vida relacionada à saúde. O enfoque genérico não faz referência a disfunções ou agravos na saúde, sendo que as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população, nunca se restringindo a amostras de pessoas portadoras de patologias específicas. Já o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde é muito frequente na literatura e tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação genérica, porém implica os aspectos mais diretamente associados às patologias ou às intervenções em saúde.

Gaspar et al. (2008) afirmam que qualidade de vida relacionada à saúde é justamente a saúde percebida pelo indivíduo, sendo um construto que abrange os componentes de bem-estar e funções físicas, emocionais, mentais, sociais e comportamentais, da forma que são percebidos pelos próprios e pelos outros. Eiser e Morsi (2001) afirmam que a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde não se restringe apenas à gravidade de sintomas ou doenças, mas possibilita

também a descrição de experiências individuais em diferentes estados de saúde. Ravens-Sieberer et al. (2006), afirmam que qualidade de vida relacionada à saúde implica num modelo compreensivo de saúde subjetivo e multidimensional. Salientam ainda que esse conceito pode ser visto como um construto psicológico que descreve aspectos físicos, psicológicos, mentais, sociais e funcionais do bem-estar.

Diante da importância de métodos consistentes para avaliação, Souza (2007) afirma que diferentes questionários e escalas já foram propostos para avaliar a qualidade de vida em diferentes situações. Esses instrumentos são divididos em três categorias: genéricos, específicos e medidas de *utility*. Os instrumentos genéricos têm por objetivo avaliar qualidade de vida refletindo o impacto de uma situação vivida, de uma enfermidade ou de um procedimento terapêutico levando em consideração as diversas dimensões. Já os específicos focalizam enfermidades ou populações específicas, focando aspectos da qualidade de vida mais relevantes no que diz respeito à saúde. Por fim, as medidas *utility* foram desenvolvidas numa perspectiva econômica e relacionando qualidade de vida e custo financeiro para a saúde.

Embora seja importante avaliação para o planejamento de programas que visem à promoção de saúde, poucos estudos avaliam a qualidade de vida de pessoas aparentemente saudáveis, assim como a maior parte dos mesmos visam à perspectiva do adulto, sendo escassas as pesquisas que enfocam o adolescente como população. Desta forma, ressalta-se a importância da existência de pesquisas que também se proponham a avaliar a qualidade de vida de pessoas aparentemente saudáveis, assim como os adolescentes (Custódio & Benincasa, 2010). Sendo assim, a seguir articula-se a questão da qualidade de vida e adolescência.

Quando se analisam resultados no âmbito da saúde pública que incluam medidas de qualidade de vida relacionada à saúde em crianças e adolescentes faz se necessário levar em conta a percepção de saúde das mesmas, no que diz respeito aos fatores físicos, culturais, envolvimento social, estressores sociais, comportamentos de saúde e processos psicossociais, tais como estilos de *coping* e suporte social. Esses fatores podem exercer função protetora ou evidenciarem fatores de risco em termos da saúde subjetiva. Sendo assim, a avaliação desses fatores auxilia na investigação da saúde e, consequentemente, na elaboração de propostas de intervenção, que devem ser posteriormente avaliadas (Ravens-Sieberer et al., 2006).

Gordia et al. (2009) afirmam que o interesse de diversos profissionais da saúde sobre o conceito de qualidade de vida de crianças e adolescentes tem crescido, tendo em vista que esta é uma fase considerada chave para intervenções e modificações nos hábitos de vida. Entretanto, como já mencionado anteriormente, a maioria dos estudos e instrumentos focaliza somente crianças e adolescentes com alguma patologia e, desta forma, os aspectos relacionados à qualidade de vida de crianças e adolescentes saudáveis ainda são pouco estudados.

Gaspar et al. (2008) evidenciam o fato de que os primeiros modelos que avaliavam a qualidade de vida de crianças e adolescentes concentravam-se no nível de saúde e de incapacidade funcional de pessoas com doenças crônicas, defendendo que esses indivíduos necessariamente tinham um pior funcionamento do que as pessoas saudáveis. Entretanto, percebeu-se que indivíduos sem problemas de saúde física ou mental podem apresentar baixa qualidade de vida, ao passo que indivíduos com problemas de saúde podem apresentar alta qualidade de vida. Além disso, através de pesquisa realizada por Strelhow (2010) e Galárraga et al. (2009) acerca da percepção de qualidade de vida em adolescentes constatou-se a existência de diferença entre meninos e meninas. Taquette (2004) afirma que tal diferença parece relacionar-se com as representações simbólicas de masculinidade e feminilidade que se constroem historicamente.

Diante dos fatores apontados acima, o grupo Europeu Kidscreen (2005) desenvolveu um instrumento transcultural que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde em crianças e adolescentes. Em sua base conceitual, o grupo defende a existência de dez dimensões relacionadas à qualidade de vida: (1) Saúde e Atividade Física; (2) Sentimentos; (3) Estado de Humor Global; (4) Auto-percepção; (5) Autonomia / Tempo Livre; (6) Família e Ambiente Familiar; (7) Questões econômicas; (8) Amigos (Relações interpessoais de apoio social); (9) Ambiente Escolar e Aprendizagem; (10) Provocações (Bullying) (Ravens-Sieberer et al., 2006).

O objetivo do projeto Kidscreen não foi apenas desenvolver um instrumento de medida de qualidade de vida relacionada à saúde em crianças e adolescentes e seus pais, mas também descrever as relações entre aspectos avaliados no questionário e outros determinantes evidenciados na literatura, além das variáveis demográficas (gênero, idade), saúde física e mental da criança e do adolescente, a sua relação com os pais, o estado de saúde (física, mental e social) dos pais e o suporte social (The Kidscreen Group Europe, 2006).

O KIDSCREEN-52© é um instrumento genérico, transcultural que mede a saúde geral associada à qualidade de vida de crianças e adolescentes entre 8 e 18 anos de idade e aos seus pais, no âmbito da saúde e da doença crônica. Esse questionário foi desenvolvido pelo grupo europeu Kidscreen com o objetivo de construir um instrumento estandartizado para avaliação da qualidade de vida em crianças, adolescentes e seus pais e foi aplicado em amostras europeias e nacional. As medidas estão disponíveis em: Inglês, Alemão, Holandês, Francês, Espanhol, Polonês, Checo, Húngaro, Grego, Sueco. Existem estudos em andamento em Italiano, Koreano, Português (Portugal e Brasil) e encontram-se disponíveis no site do projeto (http://kidscreen.org).

O projeto KIDSCREEN desenvolveu-se ao longo de três fases: (1) desenvolvimento e teste do instrumento; (2) aplicação do instrumento em amostras de grandes dimensões no âmbito da saúde; (3) implementação, onde seria testada a utilização do instrumento em diferentes contextos. O centro

de estudos localiza-se no Robert Kock Institute (RKI), a instituição central é o Ministério da Saúde em Berlim. A construção do questionário foi baseada na revisão de literatura, consultoria de especialistas e grupos focais com crianças de todos os países envolvidos, no sentido de identificar as dimensões e os itens da qualidade de vida relacionada com a saúde, relevantes para os inquiridos em todos os países. A revisão de literatura permitiu a identificação inicial das dimensões e dos métodos de avaliação para o projeto. Foi efetuado um estudo piloto europeu com 2100 crianças e com os seus pais. O instrumento final foi usado numa amostra representativa em 1800 crianças e seus pais por país participante (total = 25200 crianças) e foram produzidos dados normativos. A análise final envolve uma análise nacional e uma análise entre os diferentes países que confirma os resultados do estudo piloto. Além de uma análise psicométrica comum, foi realizada uma análise de itens e um modelo de equações estruturais para determinação das características optimizadas dos itens e da escala do questionário. Para avaliação da consistência interna foi calculado o Alfa de Cronbach para as dez dimensões do KIDSCREEN com resultados entre 0, 76 (Bullying) e 0, 89 (Questões Econômicas) (Ravens-Sieberer et al., 2006).

O estudo de Guedes e Guedes (2011) traz elementos de tradução, adaptação e propriedades psicométricas para população brasileira. Seu estudo foi realizado com 758 estudantes e 653 pais e empregou-se a análise fatorial exploratória com método de componentes principais para extração dos fatores com rotação varimax e os fatores obtidos em ambas as amostras, após a tradução do instrumento, sugeriram bons resultados dos 10 fatores com 69% de variância explicada e alfas entre 0,72 e 0,89. Os autores enfatizam que seriam necessários novos estudos de validade por estrutura interna para este instrumento, sobretudo a partir de um modelo de análise fatorial confirmatória. Assim, a partir desta lacuna, esta pesquisa se insere para realizar esta análise em busca de novas evidências de validade para o Kidscreen no Brasil.

Método

Participantes

Participaram desse estudo 348 sujeitos, sendo 174 adolescentes e 174 responsáveis e a seleção foi realizada por conveniência. De acordo com Rea e Parker (2000), nesse tipo de amostra os participantes são escolhidos em função de sua semelhança e disponibilidade imediata. Quanto aos responsáveis, as mães (N=142, 81,6%) foram a maioria, idade média de 42,12 anos (DP = 7,51) e concentram-se na faixa etária de 29 a 49 anos (N=140, 80,5%). Em relação aos adolescentes, a maioria pertence ao gênero feminino (N=102, 58,6%), apresentam idade média de 14,48 anos (DP = 1,84) e concentram-se na faixa de 12 a 14 anos (N=93, 53,5%).

A maioria (N = 107, 61,5%) dos responsáveis nasceu na cidade de São Paulo e cursou até o ensino médio completo (N = 52, 30%). Já em relação aos

adolescentes, a maioria (N = 153, 87,9%) também nasceu na cidade de São Paulo e cursam o ensino fundamental incompleto (N = 80, 45,9%). De acordo com a tabela 3, os pais (N = 95; 54,60%) foram considerados os chefes de família sendo que a maioria (N = 55, 31,61), cursou até o ensino médio completo. Em relação à situação socioeconômica das famílias, a maioria (N = 99; 56,89) está classificada como "C". No que diz respeito à situação conjugal, a maioria (N = 107; 61,49) está casada e o relacionamento (N = 61; 52,14) dura há mais de vinte anos.

Instrumento
Kidscreen 52© (versões: adolescentes, pais)

O instrumento é composto por 52 questões fechadas, agrupadas em dez dimensões:

- Saúde e Atividade Física (05 questões), Esta dimensão explora o nível de atividade física, energia e exercícios praticados pelas crianças e adolescentes. O nível de atividade física é avaliado através da capacidade da criança/adolescente locomover-se de casa para escola, brincar e fazer atividades físicas como esportes, desde que nenhuma deficiência afete a atividade física. Essa dimensão também examina a capacidade da criança/adolescente brincar/jogar de forma ativa e animada. Além disso, também é examinado se a criança/adolescente não se sente bem e se queixa de problemas de saúde. Escore alto indica que o sujeito se sente fisicamente ativo e com energia. Escore baixo indica que o sujeito se sente fisicamente exausto, indisposto, em más condições físicas e com baixa energia.
- Sentimentos (06 questões), Essa dimensão avalia o bem estar psicológico de crianças e adolescentes, incluindo emoções positivas e satisfação com a vida. Ela revela especificamente as emoções e percepções positivas experimentadas pelo indivíduo. As perguntas verificam o quanto as crianças/adolescentes experimentam sentimentos positivos, como felicidade e alegria. Além disso, reflete a visão de satisfação com a vida até o momento. Escore alto indica que o sujeito sente felicidade, contentamento, vê a vida de forma positiva, satisfação com a vida. Escore baixo indica que o sujeito não possui nenhum prazer de estar vivo e se encontra descontente com a mesma.
- Estado de Humor Geral (07 questões), Essa dimensão envolve o quanto a criança/adolescente experimenta estados/emoções depressivas e sentimentos de estresse. Revela especificamente sentimentos como solidão, tristeza, suficiência/insuficiência e abandono. Além disso, essa dimensão leva em conta o quão angustiante esses sentimentos são percebidos. Essa dimensão apresenta um escore alto se a ocorrência desses sentimentos negativos for rara. Escore alto indica que o sujeito se sente bem e de bom humor. Escore baixo indica sentimentos depressivos, infelicidade e mau humor.

- Auto Percepção (05 questões), Essa dimensão explora a percepção da criança/adolescente sobre si. Avalia se a percepção do corpo é vista de forma positiva ou negativa. A imagem corporal é explorada através de questões que investigam a satisfação com a aparência, bem como roupas e acessórios pessoais. Essa dimensão avalia o quão segura e satisfeita a criança/adolescente se sente sobre si mesma e sua aparência. Avalia o valor que os outros atribuem à ela e a percepção de como os outros avaliam-lhe positivamente. Escore alto indica que o sujeito se sente autoconfiante, satisfeito consigo mesmo, imagem corporal positiva, felicidade consigo mesmo, boa auto-estima, confortável com sua aparência. Escore baixo indica que o sujeito possui uma imagem corporal negativa, não aceitação, infeliz e insatisfeito consigo mesmo, baixa auto-estima, incomodado com sua aparência.
- Tempo Livre (05 questões), Essa dimensão avalia o que a criança/adolescente realiza em seus momentos de contato social e de lazer. Analisando o seu nível de autonomia, vista como uma questão importante para o seu desenvolvimento e estabelecimento de uma identidade individual. Reflete questões como liberdade de escolha, auto-suficiência e independência, em particular, considerando o quanto a criança/adolescente se sente capaz de moldar sua própria vida, bem como ser capaz de tomar decisões sobre as atividades do dia-a-dia. Além disso, essa dimensão avaliação se a criança/adolescente percebe se foi oferecida oportunidade suficiente de participar das atividades sociais, particularmente em atividade de lazer e passatempos. Escore alto indica que o sujeito se sente livre para tomar decisões, independente e autônomo. Escore baixo indica que o sujeito restringido, oprimido e dependnte.
- Família e Ambiente Familiar (06 questões), Essa dimensão avalia o relacionamento com os pais e o ambiente familiar na residência. Explora a qulidade das interações entre os adolescentes e pais ou responsáveis e os sentimentos dos adolescentes em relação aos seus responsáveis. É atribuída particular importância ao fato do adolescente sentir-se amado e a oferta de suporte familiar, assim como se o ambiente familiar é considerado confortável ou não e se o adolescente sente que é tratado com justiça. Escore alto indica que o sujeito percebe o suporte familiar satisifatório, sente-se seguro, amado, compreendido bem cuidado, percepção dos pais como disponíveis e justos. Escore baixo indica que o sujeito sente-se sozinho, negligenciado, não amado e percepção dos pais como indisponíveis e injustos.
- Questões Econômicas (03 questões), Essa dimensão avalia a qualidade percebida pelos adolescentes de seus recursos financeiros. Explora se o adolescente percebe que possui recursos financeiros suficientes para viver um estilo de vida parecido com outros adolescentes e se esses recursos proporciona oportunidade de fazes coisas com os seus colegas. Escore

alto indica que o sujeito possui sentimento de satisfação com os recursos financeiros, sente-se afortunado, desfrutando de recursos financeiros. Escore baixo indica que o suejeito possui sentimento de que os recursos financeiros restringem seu estilo de vida, sente-se financeiramente desfavorecido.

- Amigos (06 questões), Essa dimensão avalia o tipo de relacionamento que os adolescentes estabelecem com outros adolescentes (amigos e pares). Explora a qualidade de interação entre os adolescentes e seus pares, bem como a percepção de suporte oferecido por estes (pares). As questões examinam o quanto os adolescentes sentem-se aceitos e contam com o suporte dos amigos, bem como a habilidade de manter os relacionamentos de amizade, para isso, leva-se em consideração a comunicação. Além disso, explora as experiências positivas vividas em grupo e o quanto o adolescente se sente parte de um grupo, assim como se sente-se respeitado por seus pares e amigos. Escore alto indica que o sujeito se sente aceito, pertencente a um grupo de pares, percepção de que pode contar com os amigos. Escore baixo indica que o sujeito possui sentimento de exclusão, não aceitação do grupo de pares, percepção de que não pode contar com os amigos.
- Ambiente Escolar e Aprendizagem (06 questões), Essa dimensão explora a percepção do adolescente sobre sua capacidade cognitiva, aprendizagem e concentração em relação à escola, incluindo a sua satisfatação com o rendimento escolar. Sentimentos gerais sobre a escola, como se é um lugar agradável de esar é considerado. Também é explorada a percepção do adolescente sobre o relacionamento com professores. As questões incluem se os adolescentes relacionam-se bem com seus professores, assim como se os seus professores são vistos como pessoas que se preocupam com o adolescente enquanto pessoa. Escore alto indica que o sujeito sente-se bem na escola, percebe o seu rendimento como satisfatório, gosta da vida escolar. Escore baixo indica que o sujeito não gosta da escola ou professores, possui sentimentos negativos sobre a escola, não percebe o seu rendimento como satisfatório.
- Provocação / Bullying (03 questões), Essa dimensão explora se os adolescentes percebem sentimentos de rejeição dos colegas de escola. Explora o sentimento de ser rejeitado por outros colegas, assim como a sentimento de ansiedade. Considera-se que um estudante é provocado quando um outro colega ou grupo de estudantes dizem ou fazem coisas desagradáveis para ele. Também é considerado provocação quando um estudante é provocado de uma forma que não gosta, porém não é provocação quando dois estudantes, de mesma força, lutam ou brigam. Escore alto indica que o sujeito não se sente respeitado e aceito pelos seus pares. Escore baixo indica que o sujeito se sente atormentado, provocado e rejeitado por seus pares.

É um questionário de auto preenchimento, com tempo médio de aplicação entre 10 e 15 minutos. As questões são respondidas em uma escala tipo Likert de cinco pontos, nas quais os adolescentes assinalam 1 = nada / nunca, 2 = pouco / raramente, 3 = moderadamente / algumas vezes, 4 = muito / frequentemente e 5 = totalmente / sempre. Já os pais, assinalam 1 = nada / nunca, 2 = pouco / raramente, 3 = moderadamente / frequentemente, 4 = muito / muito frequentemente e 5 = extremamente / sempre. As pontuações de cada item variam de 1 a 5, o escore total varia entre 52 e 260 pontos, pontuações mais altas indicam melhor qualidade de vida relacionada à saúde.

Para homogeneizar os resultados de modo que para todos os itens o valor maior reflita a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde mais elevada, alguns itens tiveram que ser invertidos (1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1), nomeadamente:

- "Saúde e Atividade Física" (1 – Em geral como você diria que está sua saúde),
- "Estado de Humor Geral" (1 – Você tem sentido que tudo que faz tem ido mal?), (2 – Você tem se sentido triste), (3 – Você tem se sentido tão mal que não tem vontade de fazer coisa alguma?), (4 – Você tem sentido que tudo na sua vida tem dado errado?), (5 – Você tem se sentido cheio de tudo?), (6 – Você tem se sentido abandonado?), (7 – Você tem se sentido pressionado?);
- "Auto Percepção" (3 – Você tem se preocupado com a sua aparência?), (4 – Você tem sentido inveja da aparência dos outros meninos e meninas?), (5 – Você gostaria de mudar alguma coisa em seu corpo?);
- Provocação / Bullying (1 – Você tem tido medo de outros meninos e meninas?), (2 – Outros meninos e meninas têm feito gozação de você?), (3 – Outros meninos e meninas têm amedrontado você?).

Foi possível identificar diferenças semânticas entre o questionário utilizado nesta pesquisa e o de Guedes e Guedes (2011) Mesmo com um N significativamente menor (n=348) aos dados apresentados por Guedes e Guedes (2011), que possuía um n= 1411, foram encontrados valores satisfatórios de consistência interna e alfas Cronbach entre 0,75 e 0,87 para a versão dos responsáveis e 0,76 e 0,88 para adolescentes.

Resultados

Considerando que a Kidscreen já foi estudado no exterior e no Brasil com uma estrutura de dez fatores em seus itens, optou-se examinar se esta seria mantida na amostra brasileira em questão, seguindo a indicação de Guedes e Guedes (2011). Assim, foi realizada uma análise fatorial confirmatória, utilizando o programa R (lavaan). Anteriormente, análise exploratória foi realizada para verificar a adequação deste modelo para os dados em questão (Tabachnick & Fidell, 2001). Inicialmente, as omissões não alcançaram 5% do total de dados,

nem foram identificados casos extremos univariados ou multivariados que poderiam afetar os resultados (informação obtida pela análise da distância de Cook e Mahalanobis). No entanto, apenas dez itens passaram os limites da -1 e 1 em assimetria e três em curtose nas crianças e 8 em curtose e em assimetria na versão dos pais. Assim, estes dados são moderadamente anormais, o que justifica o uso do método de máxima verossimilhança para estimar os parâmetros, como indicado por Arbuckle & Wothke (1999).

Para testar o ajuste do modelo foram utilizados os Índices relação entre qui-quadrado e graus de liberdade (limite de 2), índice Akaike, CFI (Índice Fit Comparativo), com valores ideais acima de 0,9, e RMSEA (erro quadrático médio de aproximação), com valor ideal perto ou abaixo de 0,08. É interessante observar que a estrutura fatorial foi testada separadamente para a versão de pais e de adolescentes, considerando que, apesar de serem os mesmos fatores, os itens apresentam algumas diferenças na sua formulação que julgou-se não se tratar de um único instrumento, inviabilizando análises como a análise fatorial confirmatória multigrupo, por exemplo. A Tabela 1 apresenta os índices de ajuste de ambas as formas do teste.

Tabela 1. Índices de ajuste da análise fatorial confirmatória do Kidscreen versão brasileira na versão de adolescentes e de pais.

Avaliação / índices de ajuste	Akaike (AIC)	CFI	RMSEA	X2/gl
Pais	22365,22	0,73	0,07	1,99
Adolescentes	22971,52	0,80	0,06	1,76

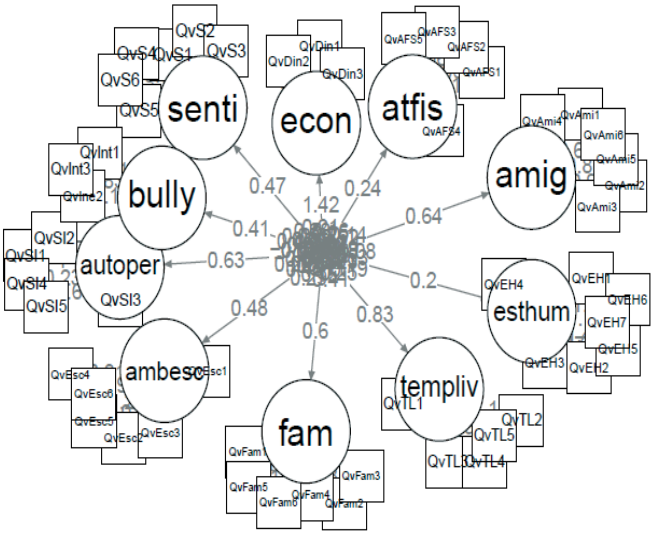

Figura 1. *Representação gráfica do modelo de análise fatorial confirmatória para o Kidscreen versão adolescentes.*

As Figuras 1 e 2 demonstra a estrutura do Kidscreen com os seus respectivos coeficientes (que devem ser interpretadas como coeficientes de regressão). Estas figuras apresentam uma reprodução do modelo testado. As elipses representam fatores latentes e os retângulos as variáveis observadas. As setas indicam unidireccionais que cada fator latente produz uma resposta para cada um dos itens associados. No entanto, as respostas não são determinadas apenas pelo fator, mas também por outros aspectos desconhecidos (termos de erro). O centro com números são relativos à interrelação entre os factores. Todos os coeficientes apresentados nas Figuras foram significativos, com excessão do fator de bullying que foi o que apresentou mais coeficientes não significativos sobretudo na interrelação com outros fatores tanto na versão de pais como de adolescentes.

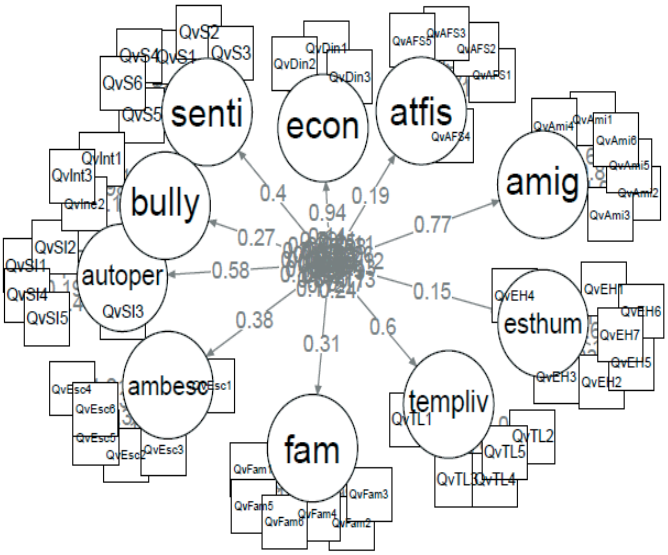

Figura 2. *Representação gráfica do modelo de análise fatorial confirmatória para o Kidscreen versão pais.*

Discussão

Esta pesquisa foi proposta com base na necessidade de novas análises do Kidscreen de sua estrutura interna no Brasil para se obter mais evidências de validade deste instrumento. É interessante observar que estes resultados reafirmam a estrutura fatorial deste instrumento já identificada em inúmeros países e no Brasil (Ravens-Sieberer et al., 2006; Guedes e Guedes, 2011; Kidscreen group europeu, 2006). Apesar de o ajuste do modelo fatorial testado ter sido

satisfatório, ele não foi excelente, sugerindo que nem todos os indicadores podem ter sido bem ajustados ao modelo. De fato, o fator Bullying foi o que mais apresentou problemas quanto a ter coeficientes não significativos e quanto a ter menor interrelação entre os fatores, o que convida a novas investigações sobre esta dimensão para se obter melhor compreensão sobre a adequação de seus itens e mesmo no modelo apresentado.

Problemas de tradução ou mesmo de adequação deste fator no Brasil em detrimento de outros países são possíveis explicações para este fato, já que, apesar de não se ter obtido grandes alterações de normalidade nos itens, justificando o modelo de máxima verossimilhança adotado na comparação dos modelos teóricos e observados, os indicadores que mais apresentaram problemas com assimetria e curtose são os itens relacionados ao fator de Bullying, indicando que houve uma concordância mais elevada nestes indicadores sobretudo na amostra de adolescentes mas também na de pais.

Assim, a alta concordância na amostra brasileira neste fator pode indicar necessidade de adaptação dos itens ou do instrumento em certa medida, valendo-se a pena novas investigações que analisem a invariância de parâmetros entre diferentes países, incluindo o Brasil para se obter melhores informações sobre este aspecto. Ainda, o modelo de teoria de resposta ao item pode ser empregado visando clarificar melhor os fatores de complexidade dos itens e funcionamento diferencial de itens por sexo, por exemplo, já que outros aspectos como questões de gênero podem estar relacionados à resposta aos itens, provocando vieses de medida. Também a quantidade de categorias deve ser examinada (*rating scale ou partial credits model*) já que pode afetar a estrutura dos itens e do teste como um todo como consequência. Aspectos subjacentes à estas afirmações já foram feitas por Strelhow (2010) e Galárraga et al. (2009), bem como por Taquette (2004) que enfatizaram as diferenças na qualidade de vida de adolescentes meninos e meninas.

Há que se considerar ainda que a estrutura fatorial do teste analisada por Guedes e Guedes (2011) foi feita pela análise de componentes principais e com rotação varimax, modelo distinto do que comumente se analisa em modelos fatoriais confirmatórios. Assim, seria mais adequado ter sido testado modelo de extração fatorial ou por resíduos mínimos e uma rotação oblíqua e não ortogonal, já que supõe-se na análise fatorial confirmatória que os fatores sejam relacionados em alguma medida como o foram. Com isso, algumas destas diferenças nos coeficientes obtidos no modelo confirmatório podem decorrer das diferenças usadas no modelo exploratório que partem de suposições distintas e podem produzir erros (Figueiredo Filho e Silva Júnior, 2010). Isso demanda novas análises da estrutura interna deste instrumento no Brasil, em outros estados para verificar a compreensão dos itens e estrutura fatorial sobretudo no nordeste do país, já que este estudo foi feito em São Paulo e o de Guedes e Guedes (2011) no Paraná. Vale ressaltar que as análises fatoriais confirmatórias realizadas em outros países também confirmaram esta estrutura de 10 fatores, como o trabalho

de Gaspar et. Al (2010) em Portugal e Taliep e Florence (2012) na África do Sul. Com isso, os resultados da presente pesquisa estão em consonância com a literatura internacional.

Conclusões

Considerando os resultados obtidos neste estudo cabe ressaltar que os achados, enfatizam que a alta concordância para a população estudada, neste caso a amostra brasileira indica a necessidade de adaptação de alguns itens do instrumento para a amostra brasileira. Nisto sugere-se novos estudos que analisem informações mais apuradas sobre diferentes aspectos que são mensurados pelo instrumento, mais especificamente a qualidade de vida de crianças e adolescentes no que tange o nível de saúde e de incapacidade funcional detectados. Em outro apontamento cabe mencionar que a amostra estudada pode ter sido influenciadora nos resultados obtidos, ficando também como sugestão aumento da diversidade de participantes que neste caso sua maioria eram provenientes da cidade de São Paulo. É sabido que diferentes regiões do País apresentam peculiaridades que podem ser diferenciadoras nos possíveis resultados, isto remete a necessidade de novos estudos também considerando este fator.

Referências

Arbuckle, J. & Wothke, W. (1999). AMOS 4 user's reference guide. Chicago: Smallwaters Corp.

Custódio, E. M. & Benincasa, M. (2010). Adolescência e qualidade de vida em São Paulo (Brasil). *Revista de Psicologia, Fortaleza*, 1(1), 23-39.

Eiser, C. & Morse, R. (2001). A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Archive of Disease in Childhood*, 84(3), 205-211.

Figueiredo Filho, D.B. & Silva Júnior, J.A. (2010). Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Revista Opinião P*ública, 16 (1), 160-185.

Fleck, M. P. A. (2008). *Problemas conceituais em qualidade de vida.* In: FLECK, M. P. A avaliação de qualidade de vida: um guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed.

Galárraga, R. V.; Aguilá, S. L. & Rajmil, L. (2009). Género y salud percibida em la infância y la adolescência em España. *GacSanit, 23*(5), 433–439.

Gaspar, T.; Matos, M. G.; Ribeiro, J. L. P. & Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(2), 47-60.

Gaspar, T. & Matos, M. G. (2010). Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes - Versão Portuguesa dos Instrumentos *Kidscreen* 52, 2008.

Gordia, A. P.; Quadros, T. M. B.; Campos, W. & Vilela, G. B. J. (2009). Qualidade

de vida de adolescentes da rede particular de ensino: comparação de gêneros. *Revista Brasileira de Vida,* 1(2), 16-24.

Guedes, D. P. G. & Guedes, J. E. R. P. (2011). Tradução, adaptação transcultural e propriedades psicométricas do Kidscreen-52 para a população brasileira. *Revista Paulista de Pediatria, 29*(3) 364-371.

Katsching, H. & Angermeyer, M. Quality of life in depression, p.137-147. In H Katsching, H. Freeman & N.Sartorius. Quality of life in mental disorders. Wiley, Chichester. 1998;

Minayo, M. C. S.; Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 5, (1), 7-18.

Nahas, M. V. (2003). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 3. ed. Londrina: Midiograf.

Queiroz, C. M. B.; Sá, E. N. C. & Assis, M. M. A. (2004). Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(9), 580-588.

Ravens-Sieberer, U., et al. (2006). *The Kidscreen Questionnaries Quality of life questionnaries for children and adolescents*. Germany: Pabst Science Publishers.

Scattolin, F. A. A. (2006). Qualidade de vida a evolução do conceito e os instrumentos de medida. *Revista da Faculdade de Ciências Médias Sorocaba*, 8(4), 1-5.

Siedel, E. & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública, 20*(2), 580-582.

Souza, C. B. (2007). *Qualidade de vida e saúd*e. In: Siqueira, M. M. M.; Jesus, S. N.; Oliveira, V. B. R. Psicologia da saúde: teoria e pesquisa. São Bernardo do Campo: UMESP.

Strelhow, M. R. W.; Bueno, C. O. & Câmara, S. G. (2010). Percepção de Saúde e Satisfação com a Vida em Adolescentes: diferença entre os sexos. Revista Psicologia e Saúde, 2(2), 42-49.

Tabachnick, B.G. & Fidell, L.F. (2001). Using Multivariate Statistics. London: Pearson.

Taliep, N. & Florence, M. (2012). Evaluating the Construct Validity of the Kidscreen-52 Quality of Life Questionnaire within a South African Context. *South African Journal of Psychology,* 42 (2) 15-32.

Taquette, S. R.; Vilhena, M. M. & Paula, M. C. (2004). Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 20(1), 15-34.

World Health Organization Quality Of Life – WHOQOL. (1995). Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine, 41*(10), 1403-1409.