



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

FÁBIO MIGUEL DA SILVA GOMES

**FATORES QUE INFLUENCIAM QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA POR
CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ SANTIAGO

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO

Abril de 2018

Curso de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da
Universidade de Coimbra, Portugal

**FATORES QUE INFLUENCIAM QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA POR
CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Investigador:

Fábio Miguel da Silva Gomes¹

¹**Email:** gmoes.fms@gmail.com

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS.....	3
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	4
RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	7
INTRODUÇÃO.....	9
Qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com saúde.....	9
Qualidade de vida relacionada com saúde em crianças e adolescentes.....	9
MATERIAIS E MÉTODOS.....	12
RESULTADOS.....	14
DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	19
Discussão.....	19
<u>Limitações do Estudo</u>	19
<u>QdVRS em função do sexo e idade</u>	19
<u>Dimensões da escala de representação pictográfica</u>	20
➤ Em função do sexo.....	20
➤ Em função da idade.....	21
➤ Em função da QdVRS.....	21
➤ Análise da dimensão “outros”.....	22
Conclusões.....	22
AGRADECIMENTOS.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
ANEXO I.....	27
ANEXO II.....	28
ANEXO III.....	29

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra: QdV reportada de acordo com o sexo.....	14
Tabela 2. Caracterização da amostra: QdV reportada de acordo com o grupo etário.....	14
Tabela 3. Dimensões representadas na escala pictográfica e respetiva mediana.....	15
Tabela 4. Número de respostas abaixo da mediana de acordo com o sexo.....	16
Tabela 5. Número de respostas abaixo da mediana de acordo com o grupo etário.....	16
Tabela 6. Número de respostas abaixo da mediana de acordo com a QdV reportada na escala de faces.....	17
Tabela 7. Resultados da dimensão “outros” e significância estatística de acordo com sexo, idade e resultados de QdVRS.....	18

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CHQ: *Child Health Questionnaire*

HRQoL: *Health Related Quality of Life*

PedsQL: *Pediatric Quality of Life Inventory*

QdV: Qualidade de Vida

QdVRS: Qualidade de Vida Relacionada com Saúde

QoL: *Quality of Life*

QoML: *Quality of My Life Questionnaire*

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

RESUMO

Introdução: A Qualidade de Vida Relacionada com Saúde refere-se à Qualidade de Vida que se encarrega de analisar aspetos relacionados com a saúde e é utilizada como medida que avalia a perceção do indivíduo sobre a sua saúde. Nas crianças e adolescentes, a avaliação da Qualidade de Vida percecionada tem ganho uma grande importância pois evidência demonstra que piores resultados de Qualidade de Vida Relacionada com Saúde nesta população estão associados ao desenvolvimento de patologias como depressão e obesidade.

Objetivo: Conhecer que fatores presentes numa escala de representação pictográfica mais influenciam a Qualidade de Vida de crianças e adolescentes de uma escola de Coimbra de acordo com o seu sexo, grupo etário e Qualidade de Vida reportada.

Materiais e métodos: Aplicação de uma escala de representação pictográfica para as dimensões “escola”, “família”, “amigos”, “desporto”, “livros”, “telemóvel ou *tablet*”, “televisão” e “outros”, e utilização de uma escala de faces para avaliar a Qualidade de Vida Relacionada com Saúde. Estudo realizado numa amostra de 257 indivíduos representativa de uma população de 610 crianças e adolescentes com idades entre os 8 e os 16 anos que frequentam uma escola básica do concelho de Coimbra. Realizou-se a análise estatística descritiva e inferencial com o programa SPSS[®], *Statistical Package for the Social Sciences*, tendo-se utilizado testes paramétricos, qui-quadrado e teste U de *Mann-Whitney* para um valor estatisticamente significativo de $p < 0,05$.

Resultados: Na amostra estudada existem 131 indivíduos do sexo masculino (51,0%). Cerca de 64,6% (166 alunos) dos participantes são crianças enquanto 36,2% (86 dos participantes) são adolescentes. As diferenças nos resultados de Qualidade de Vida Relacionada com Saúde encontradas entre sexo masculino e feminino não são significativas. Verificou-se que as crianças apresentam melhores resultados de Qualidade de Vida Relacionada com Saúde

comparativamente aos adolescentes ($p < 0,001$). Na escala de representação pictográfica, entre sexos existem diferenças significativas nas dimensões “livros” ($p = 0,017$) e “desporto” ($p = 0,001$), sendo que entre crianças e adolescentes encontram-se diferenças nos fatores “escola” ($p = 0,012$), “família” ($p = 0,009$), “livros” ($p = 0,009$), “telemóvel ou *tablet*” ($p = 0,001$) e “outros” ($p = 0,006$); de acordo com a Qualidade de Vida percebida encontramos diferenças significativas nas dimensões “amigos” ($p = 0,028$) e “outros” ($p = 0,012$).

Discussão e conclusões: Para os rapazes o “desporto” é mais importante para a sua Qualidade de Vida do que para as raparigas e a dimensão “livros” é significativamente mais importante para a Qualidade de Vida das raparigas. Crianças consideram como mais importante para a sua Qualidade de Vida as dimensões “escola”, “família” e “livros” em comparação com os adolescentes que consideram mais importantes as dimensões “telemóvel ou *tablet*” e “outros”. O fator “amigos” é mais importante para aqueles com “Má Qualidade de Vida”.

Palavras-chave: qualidade de vida; qualidade de vida relacionada com saúde; crianças; adolescentes.

ABSTRACT

Background: Health Related Quality of Life is seen as the measure to assess the perception one has of their Quality of Life related to health aspects. In children and adolescents this assessment is particularly relevant since evidence shows that lower Health Related Quality of Life outcomes are associated with the development of certain diseases as depression and obesity.

Aim: To know which factors present in a pictographic representation tool contribute the most to the Quality of Life of children and adolescents of a portuguese school, according to their gender, age group and reported Quality of Life.

Methods: Application of a pictographic representation tool for the variables “school”, “family”, “friends”, “sports”, “books”, “mobile phone or tablet”, “television” and “others”, and application of a faces scale to evaluate Health Related Quality of Life. Sample of 257 individuals that represents a population of 610 children and adolescents with ages between 8 and 16 years old in a portuguese school. Descriptive and inferential analysis with the software SPSS®, Statistical Package for the Social Sciences using parametric tests, chi-squared test and the Mann-Whitney U test for a statistically significant value of $p < 0.05$.

Results: In the sample of 257 individuals there are 131 males (51.0%). About 64.6% (166 students) of the participants are children while 36.2% (86 participants) are adolescents. The differences found between genders are not significant. It was found that children have better results of Health Related Quality of Life comparing to adolescents ($p < 0.001$). In the pictographic representation tool, among genders were found significant differences in the variables “books” ($p = 0.017$) and “sports” ($p = 0.001$); the significant differences between children and adolescents are in the variables “school” ($p = 0.012$), “family” ($p = 0.009$), “books” ($p = 0.009$), “mobile phone or tablet” ($p = 0.001$) and “others” ($p = 0.006$); according to the

perceived Quality of Life there are differences in the variables “friends” ($p=0.028$) and “others” ($p=0.012$).

Discussion and conclusions: For the boys “sports” are more important to their Quality of Life than for girls, while the variable “books” is significantly more important for the girls. Children see as more important for their Quality of Life the variables “school”, “family” and “books” comparing to adolescents who consider more important the variables “mobile phone or tablet” and “others”. The variable “friends” is more important for those with “Bad Quality of Life”.

Key-words: quality of life; health related quality of life; child; adolescent.

INTRODUÇÃO

Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com Saúde

A Qualidade de Vida (QdV) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida tendo em conta a cultura e os valores que regem a sociedade em que está inserido, estando relacionada com aspetos como os seus objetivos, expectativas, princípios e preocupações.¹

Por outro lado, o conceito que se encarrega de analisar aspetos que envolvem a saúde do indivíduo é chamado de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVRS).² Trata-se um conceito visto como um constructo multidimensional que incorpora três domínios: o físico, o psicológico e o bem-estar social³ e que tem sido usado como medida que avalia a percepção do indivíduo relativamente à sua saúde.⁴

A avaliação da QdVRS, seguida da sua análise e publicação, reveste-se de elevada importância no sentido em que permite aos serviços de saúde identificar os grupos com piores indicadores de saúde auto-percecionada, permitindo uma adequada intervenção que vise melhorar as suas condições e prevenir consequências futuras mais graves.⁵ Para além disso tem vindo a crescer a sua importância como indicador da eficácia dos serviços de saúde³, uma vez que permite uma melhor gestão de recursos ao guiar e monitorizar políticas de saúde pública.⁵

Qualidade de Vida Relacionada com Saúde em Crianças e Adolescentes

No que diz respeito a crianças e adolescentes a avaliação da sua QdV tem ganho, ao longo dos últimos anos, cada vez mais importância⁶ sendo atualmente vista como um importante constructo na saúde pediátrica.⁷ Existe uma crescente evidência que nos indica que a saúde mental e sensação de bem-estar nesta população estão fortemente associados com a sua

Qualidade de Vida.⁸ Diferentes estudos revelam que indivíduos destas faixas etárias que apresentem piores resultados de QdVRS estão mais suscetíveis a desenvolver determinadas patologias como a depressão e outras doenças de foro psiquiátrico^{2,9}, bem como obesidade¹⁰, o que nos indica que a avaliação da QdVRS desta população constitui uma oportunidade para lhes garantirmos um desenvolvimento mais saudável.³

Atualmente existe um conjunto de ferramentas (entre instrumentos genéricos e instrumentos específicos de doenças) que avaliam a QdVRS em crianças e adolescentes¹¹, tais como: *Child Health Questionnaire* (CHQ), KINDL-R, KIDSCREEN, *Quality of My Life Questionnaire* (QoML), *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL), entre “outros”.¹¹ Em Portugal, apesar de alguns dos instrumentos terem tradução e estarem validados para a língua e população portuguesa, como por exemplo a ferramenta *KIDSCREEN-52* (cujos resultados foram analisados e publicados)¹², foi encontrada pouca literatura sobre a avaliação da QdVRS em crianças e adolescentes.

Os questionários referidos acima apresentam diferenças relativas entre si, sendo que alguns deles são constituídos por um número elevado de itens (desde 6 a 183 itens, no caso dos questionários genéricos)¹¹, o que, aliado à dificuldade de expressão associada a esta faixa etária, pode levar a uma maior dificuldade da sua aplicação.¹³ Assim, a representação pictográfica pode constituir uma alternativa viável a estes questionários tendo em conta a sua maior simplicidade e à fiabilidade que apresenta.¹³

De forma geral, o objetivo é conhecer os fatores que influenciam a QdV em crianças e adolescentes que frequentam a uma escola básica do agrupamento de escolas Rainha Santa Isabel, em Coimbra, através de uma escala visual de representação pictográfica para as dimensões: “escola”, “família”, “amigos”, “desporto”, “livros”, “telemóvel ou *tablet*”, “televisão” e “outros”. De forma mais específica, pretende-se perceber se existem diferenças

entre sexos e entre grupos etários relativamente à sua percepção de QdV e os fatores que mais a influenciam; pretende-se também verificar a existência de associação entre os resultados de QdV percebida e determinadas dimensões da escala de representação pictográfica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo observacional e transversal realizado numa população de 257 indivíduos, representativa de um universo de 610 crianças e adolescentes, com intervalo de confiança de 95%, margem de erro de 5% e com uma taxa de resposta superior a 30%. Os participantes frequentam o ensino básico do 1º ao 3º Ciclo (do 3º ao 9ºano), numa escola básica do agrupamento de escolas Rainha Santa Isabel, no concelho de Coimbra. O universo deste estudo apresenta idades entre os 8 e os 16 anos.

A realização deste estudo obteve um parecer positivo por parte da Comissão de Ética da Administração Regional do Centro. Cada participante deste estudo assinou um consentimento informado (ANEXO I) com linguagem adequada à sua idade e foi também obtido o consentimento informado dos encarregados de educação (ANEXO II).

Foi aplicada uma escala visual analógica de representação pictográfica (ANEXO III) para as dimensões: “escola”, “família”, “amigos”, “desporto”, “livros”, “telemóvel ou *tablet*”, “televisão” e “outros”. Relativamente às variáveis demográficas era pedido que referissem o seu sexo e a sua idade. Pediu-se aos alunos que colocassem os números referentes a cada dimensão num círculo de *Thrower* modificado, sendo que lhes foi explicado que deveriam colocar mais perto do centro os fatores mais importantes para a sua qualidade de vida nas últimas semanas. A escala visual foi analisada tendo em conta o espaço e a linha em que a criança ou adolescente coloca os números referentes a cada uma das variáveis em estudo. Atribuiu-se um valor numérico crescente (de 1 a 10) desde o espaço mais perto do centro do círculo e a linha mais afastada do mesmo. Para além disso, foi pedido que avaliassem através de uma escala de faces (cada face desenhada tem uma mímica diferente e corresponde a um número de 1 a 10) a sua QdV nas últimas duas semanas, em que o número “1” corresponde à melhor Qualidade de Vida possível e o número “10” corresponde à pior Qualidade de Vida

possível. Definiu-se como “Boa QdV” respostas menores ou iguais a “2” e “Má QdV” respostas superiores a “2” em função da mediana das respostas a esta escala.

As escalas foram impressas em papel e distribuídas aos alunos através da colaboração com a psicóloga da escola, sendo que todos os custos foram suportados pelo investigador. O preenchimento foi efetuado pelos alunos de forma anónima e voluntária, tendo decorrido ao longo dos meses de novembro e dezembro de 2017 em contexto de aula. Obteve-se respostas de 14 turmas (uma turma do 3º ano, uma turma do 4º ano, três turmas do 5º ano, quatro turmas do 6º ano, uma turma do 7º ano, duas do 8º ano e duas do 9º ano). Como critério de inclusão apenas se considerou crianças e adolescentes com idades entre os 8 e os 16 anos. Não foram estabelecidos critérios de exclusão. Foram definidas as seguintes variáveis: grupo etário até aos 11 anos de idade e grupo etário com idade superior ou igual a 12 anos; grupo qualidade de vida em função da mediana, sendo considerada como “Boa Qualidade de Vida” para valores inferiores ou iguais a essa mediana.

Realizou-se análise estatística descritiva da amostra e dos resultados encontrados tendo em conta o sexo e as faixas etárias (dos 8 aos 11 anos e dos 12 aos 16 anos), bem como a análise inferencial com o programa SPSS[®], *Statistical Package for the Social Sciences*. Verificou-se a normalidade das variáveis em estudo e foram utilizados testes paramétricos, o teste qui-quadrado e o teste U de Mann-Whitney para analisar a relação entre o nível de qualidade de vida reportado em função das variáveis em estudo, definindo como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$. Utilizou-se o teste de U de *Mann-Whitney* para relacionar os resultados da dimensão “outros” com o sexo, grupo etário e QdV reportada.

RESULTADOS

A amostra é constituída por 257 crianças e adolescentes, com 131 indivíduos do sexo masculino (51,0%), sendo que 4 dos inquiridos não assinalaram nenhuma opção de sexo (1,6%). Existe um predomínio de indivíduos com idade igual ou inferior a 11 anos, 166 dos inquiridos, o que representa 64,6% da amostra, existindo 86 inquiridos com idade igual ou superior a 12 anos (36,2%); 5 indivíduos não referiram a sua idade (1,9%).

Na tabela 1, encontramos descritos os resultados relativamente à escala de faces de acordo com o sexo dos inquiridos. Do total dos participantes, 20 alunos (7,8%) não assinalaram uma resposta na escala de faces. Verifica-se que não existe diferença significativa de QdV de acordo com o sexo.

Tabela 1. Caracterização da amostra: QdV reportada de acordo com o sexo.

	Boa QdV (%)	Má QdV (%)	Total	Significância (p)
Sexo Masculino	76 (61,8%)	47(38,2%)	123	0,486
Sexo Feminino	68(60,7%)	44(39,3%)	112	

Estão descritos na tabela 2 os resultados obtidos na escala de faces de acordo com o grupo etário dos inquiridos, sendo que existem diferenças significativas a nível da QdV reportada ($p < 0,001$).

Tabela 2. Caracterização da amostra: QdV reportada de acordo com o grupo etário.

	Boa QdV (%)	Má QdV (%)	Total	Significância (p)
Até aos 11 anos	107 (71,8%)	42 (28,2%)	149	< 0,001
Maior ou igual a 12 anos	37 (43,5%)	48 (56,5%)	85	

Na tabela 3 estão descritas as dimensões representadas na escala pictográfica. É referido o número de vezes que cada dimensão foi colocada no círculo de *Thrower* modificado, bem como o respetivo valor da mediana da posição de cada variável dentro do círculo (tendo em conta a escala numérica de 1 a 10 utilizada, em que “1” refere-se ao espaço mais próximo do centro e “10” refere-se à linha mais afastada do mesmo). Para cada variável é apresentado o número e percentagem de respostas com valor numérico abaixo da sua mediana. Verifica-se uma mediana mais baixa para as dimensões “amigos”, “família” e “outros” e uma mediana mais alta em “livros” e “televisão”.

Tabela 3. Dimensões representadas na escala pictográfica e respetiva mediana.

	Escola	Amigos	Família	Livros	Telemóvel ou tablet	Televisão	Desporto	Outros
Número de respostas	245	250	257	221	231	211	237	123
Mediana	5	3	3	7	5	7	5	3
Respostas abaixo da mediana (%)	147 (60,8%)	152 (60,8%)	219 (85,2%)	130 (58,8%)	120 (51,9%)	138 (65,4%)	128 (54%)	62 (50,4%)

Na tabela 4, para cada variável presente na escala pictográfica, é apresentado o número de respostas (e percentagem) de acordo com o sexo dos indivíduos, sendo também avaliada a existência de significado estatístico por análise inferencial. Encontram-se diferenças significativas nas dimensões “livros” ($p=0,017$) e “desporto” ($p=0,001$).

Tabela 4. Número de respostas abaixo da mediana de acordo com o sexo.

	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total	Significância (p)
Escola	70 (56,9%)	77 (64,7%)	147 (60,7%)	0,134
Amigos	77 (60,6%)	73 (61,3%)	150 (61,0%)	0,506
Família	108 (82,4%)	107 (87,7%)	215 (85,0%)	0,160
Livros	58 (51,3%)	69 (66,3%)	127 (58,5%)	0,017
Telemóvel ou Tablet	68 (56,7%)	51 (47,2%)	119 (52,2%)	0,098
Televisão	76(66,7%)	59(62,8%)	135 (64,9%)	0,329
Desporto	84 (66,1%)	42(39,3%)	126 (53,8%)	0,001
Outros	34(47,9%)	28(53,8%)	62 (50,4%)	0,319

Na tabela 5, para cada variável presente na escala pictográfica, é apresentado o número de respostas (e percentagem) de acordo com o grupo etário dos participantes, sendo também avaliada a existência de significado estatístico por análise inferencial. Verifica-se a existência de diferenças significativas nas dimensões “escola”, “família”, “livros”, “telemóvel ou tablet” e “outros”.

Tabela 5. Número de respostas abaixo da mediana de acordo com o grupo etário.

	Até aos 11 anos	> ou = 12 anos	Total	Significância (p)
Escola	105 (66,5%)	42 (50,6%)	147 (61,0%)	0,012
Amigos	93 (58,5%)	57 (66,3%)	150 (61,2%)	0,145
Família	148 (89,2%)	66 (76,7%)	215 (85,0%)	0,009
Livros	90 (63,8%)	37 (49,3%)	127 (58,8%)	0,028
Telemóvel ou tablet	63 (44,1%)	55 (65,5%)	118(52,0%)	0,001
Televisão	86 (65,2%)	49 (65,3%)	135 (65,2%)	0,552
Desporto	82 (53,9%)	44 (54,3%)	126 (54,1%)	0,534
Outros	38 (43,2%)	24 (70,6%)	62 (50,8%)	0,006

Na tabela 6, para cada variável presente na escala pictográfica, é apresentado o número de respostas (e percentagem) de acordo com os resultados de QdV obtidos na escala de faces, sendo também avaliada a existência de significado estatístico por análise inferencial. Existem diferenças significativas nas dimensões “amigos” e “outros”.

Tabela 6. Número de respostas abaixo da mediana de acordo com a QdV reportada na escala de faces.

	Boa QdV	Má QdV	Significância (p)
Escola	84 (61,8%)	53(59,6%)	0,423
Amigos	76 (54,7%)	62 (68,1%)	0,028
Família	126 (87,5%)	78 (83,9%)	0,274
Livros	77 (63,6%)	44 (53,7%)	0,101
Telemóvel ou tablet	57 (45,6%)	51 (57,3%)	0,061
Televisão	76 (65,5%)	49 (61,3%)	0,322
Desporto	70 (51,5%)	48 (56,5%)	0,279
Outros	27 (38%)	26 (61,9%)	0,012

Na tabela 7 estão descritos os resultados da dimensão “outros” da escala visual de representação pictográfica. As respostas dos participantes foram agrupadas em categorias. Não foi encontrada significância estatística de acordo com o sexo, grupo etário e QdV reportada na escala de faces. Um total de 127 alunos (ou seja, 49,4% do total dos participantes) colocou esta dimensão no círculo de *Thrower* modificado.

Tabela 7. Resultados da dimensão “outros” e significância estatística de acordo com sexo, idade e resultados de QdVRS.

	Número de respostas (%)	Significância de acordo com o sexo	Significância de acordo com o grupo etário	Significância de acordo com a QdVRS
Brincar/Jogos	20 (15,7%)	<i>p</i> =0,375	<i>p</i> =0,217	<i>p</i> =0,126
Dançar e Cantar	6 (4,7%)			
Viajar	12 (9,4%)			
Outros gadgets	21 (16,5%)			
Animais	14 (11,0%)			
Outras relações pessoais	21 (16,5%)			
Outros relacionados com a escola	3 (2,4%)			
Comida	10 (7,9%)			
Outras atividades de lazer	13 (10,2%)			
Objetos pessoais	2 (1,6%)			
Dormir/descansar	4 (3,1%)			
Pensamentos negativos	1 (0,8%)			
Total	127 (100%)			

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Discussão

Limitações do estudo

Sobre as limitações deste estudo pode-se referir a possível existência de um viés de seleção tendo em conta o fato de termos uma amostra de apenas uma escola do concelho de Coimbra, o que pode não refletir a realidade desta população no global. Outra limitação prende-se com o facto de nem todos os indivíduos que participaram no estudo terem colocado a sua idade (1,9% dos participantes) ou o seu sexo biológico (1,6%). Para além disso, 20 alunos (7,8%) de diferentes turmas escolares não preencheram a escala de faces o que pode indicar um viés de informação não diferencial. A presença do investigador no momento do preenchimento das escalas poderia solucionar estas questões. Outro viés a ter em conta é o da desejabilidade social, uma vez que existe evidência que revela que os participantes em estudos têm tendência a dar respostas que são vistas como mais socialmente desejadas.¹⁴ No entanto, a participação de forma autónoma, em anonimato e sigilo pode ter ajudado a mitigar a presença deste viés.

Qualidade de Vida em função do sexo e idade

Na literatura existente sobre QdV em crianças e adolescentes residentes em Portugal está descrito que os rapazes apresentam resultados mais positivos que as raparigas na maioria das dimensões analisadas⁶, o que está de acordo com os resultados obtidos em estudos europeus para os mesmos grupos etários.¹⁵ Nos resultados obtidos neste estudo, apesar de os rapazes apresentarem melhores resultados de QdV do que as raparigas (61,8% dos rapazes referem “Boa QdV” contra 60,7% das raparigas), estas diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas ($p=0,486$), algo que pode estar associado a uma crescente igualdade de oportunidades para ambos os sexos.

Relativamente às diferenças entre crianças (até aos 11 anos de idade) e adolescentes (12 ou mais anos de idade) pode-se verificar que os primeiros têm uma melhor QdV percebida comparativamente aos segundos (71,8% das crianças com “Boa QdV” contra 43,5% dos adolescentes com “Boa QdV”), uma diferença com significado estatístico, $p < 0,001$. Trata-se portanto de um facto que merece estudos ulteriores. Encontram-se resultados semelhantes na literatura publicada que demonstram que as crianças apresentam resultados melhores de QdV na maioria das dimensões estudadas quando comparadas com os adolescentes.¹²

Dimensões da escala de representação pictográfica

Quando se analisa para cada variável presente na escala pictográfica (“escola”, “amigos”, “família”, “livros”, “telemóvel ou *tablet*”, “televisão”, “desporto” e “outros”) o número e percentagem de respostas abaixo da respetiva mediana, encontram-se diferenças significativas de acordo com o sexo e idade dos participantes e também de acordo com a sua QdVRS reportada na escala de faces.

➤ Em função do sexo

Relativamente ao sexo, verifica-se que é o “desporto” que apresenta a maior diferença e estatisticamente significativa ($p=0,001$), sendo que 66,1% dos rapazes colocam esta dimensão numa posição inferior à sua mediana contra 39,3% das raparigas, dando-lhe assim maior relevo. Outro fator com diferença entre sexos estatisticamente significativa ($p=0,017$) é a dimensão “livros” em que existe um predomínio de raparigas (66,3%) a colocarem este fator numa posição inferior à sua mediana em comparação com os rapazes (51,3%), conferindo-lhe assim maior importância. A razão pela qual tal acontece é motivo que deve levar à realização de estudos posteriores, podendo estar relacionada com o facto de a sociedade ainda encarar certas atividades como mais adequadas a um determinado género em detrimento do outro.

➤ Em função da idade

De acordo com o grupo etário, encontram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “escola”, “família”, “livros”, “telemóvel ou *tablet*” e “outros”. Relativamente às três primeiras são as crianças que predominantemente colocam estas dimensões em posições mais próximas do centro do círculo em comparação com os adolescentes, atribuindo-lhes maior importância. É o fator “família” que apresenta uma maior diferença estatisticamente significativa ($p=0,009$), seguida pela “escola” ($p=0,012$) e “livros” ($p=0,028$). Nas dimensões “telemóvel ou *tablet*” e “outros” são os adolescentes que mais frequentemente as colocam em posições inferiores à sua mediana, sendo que é sobre o “telemóvel ou *tablet*” que existe uma maior diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos etários ($p=0,001$), o que poderá ser explicado pela idade em que crianças e adolescentes recebem estes dispositivos. Numa época de comunicações, como será que a comunicação virtual está relacionada com o surgimento de problemas psicológicos, nomeadamente em adolescentes? É possível que os piores resultados de QdV reportada em adolescentes comparativamente com as crianças sejam explicados em parte por esta maior importância atribuída ao telemóvel. Evidência revela que o uso de telemóvel torna-se um problema quando se sobrepõe a aspetos fundamentais da vida de um adolescente, levando, por exemplo, a redução do número de horas de sono¹⁶ o que pode resultar em pior QdV.¹⁷

➤ Em função da QdVRS

Quanto aos resultados obtidos na escala de faces, encontram-se nos fatores “amigos” ($p=0,028$) e “outros” ($p=0,012$) diferenças significativas quando se compara alunos que referem “Boa Qualidade de Vida” com os que referem “Má Qualidade de Vida”. A dimensão “amigos” é mais vezes colocada numa posição mais próxima do centro do círculo pelos alunos que reportam “Má QdV” (68,1%) quando comparada com aqueles com “Boa QdV”

(54,7%). Que razões haverá para que os “amigos” estejam mais associados com aqueles que reportaram uma pior QdV? Uma explicação possível será que o facto de apresentarem uma pior QdV faz com que estes indivíduos tenham mais apoio por parte dos seus amigos.

➤ Análise da dimensão “outros”

Verifica-se que dentro das categorias estabelecidas para as repostas à dimensão “outros” aquelas que agregam mais resultados são as categorias “outros gadgets” e “outras relações pessoais”, ambas com 21 respostas (16,5%), seguidas da categoria “brincar e jogos” que contém 20 respostas (15,7%). Pela análise inferencial efetuada observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos ($p=0,375$), entre grupo etário ($p=0,217$) e entre alunos com “Boa QdV” ou “Má QdV” ($p=0,126$).

Conclusões

As diferenças de QdV encontradas entre sexo masculino e feminino não são significativas. De acordo com o grupo etário, as diferenças verificadas revelam melhores resultados de QdV em crianças comparativamente a adolescentes.

Para cada dimensão da escala pictográfica utilizada, as melhores respostas foram as colocadas em níveis mais próximos do centro do círculo de *Thrower* modificado, o que permite concluir que os participantes deste estudo valorizam sobretudo a dimensão “família”.

Para os rapazes o “desporto” é significativamente mais importante para a sua QdV do que para as raparigas e a dimensão “livros” é significativamente mais importante para a QdV das raparigas do que é para os rapazes. Quanto ao grupo etário, conclui-se que as crianças vêem como sendo mais importante para a sua QdV as dimensões “escola”, “família” e “livros” em comparação com os adolescentes, que por sua vez consideram as dimensões “telemóvel ou *tablet*” e “outros” como mais importantes quando comparados com as crianças. Tendo em

conta a QdV reportada pela escala de faces verifica-se que o fator “amigos” é mais importante para aqueles com “Má QdV” do que aqueles com “Boa QdV”.

Não foram encontradas diferenças significativas na distribuição das respostas à dimensão “outros” de acordo com o sexo, idade ou QdV reportada.

Com a aplicação de um instrumento com pouco itens e de preenchimento simples conseguiu-se obter importantes informações sobre a QdVRS de crianças e adolescentes que podem servir como orientação para a tomada de medidas que melhorem a QdV nesta população. Assim, seria importante aplicar esta escala de representação pictográfica em escolas de outras regiões do país de forma a obter resultados mais robustos que confirmem estes resultados e permitam encontrar outras diferenças significativas que não foram verificadas neste estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Luiz Santiago pela orientação e pela disponibilidade que demonstrou do início ao fim, e à Professora Doutora Inês Rosendo pela coorientação e ajuda prestada sempre que a solicitei.

Agradeço à Dr.^a Joana Minderico, psicóloga do agrupamento de escolas Rainha Santa Isabel, pela grande ajuda na logística deste trabalho e ao Dr. Nuno Dias, diretor do agrupamento de escolas Rainha Santa Isabel.

Agradeço à minha família, aos meus amigos e ao Tiago por todo o apoio e motivação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>. Acedido em 10 de janeiro, 2018.
2. Granö N, Karjalainen M, Edlund V, et al. Health-related quality of life among adolescents: A comparison between subjects at risk for psychosis and other help seekers. *Early Interv Psychiatry*. 2014;8(2):163-169. doi:10.1111/eip.12033
3. Meade T, Dowswell E. Adolescents' health-related quality of life (HRQoL) changes over time: A three year longitudinal study. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14(1):1-8. doi:10.1186/s12955-016-0415-9
4. Petersen-Ewert C, Erhart M, Ravens-Sieberer U. Assessing health-related quality of life in European children and adolescents. *Neurosci Biobehav Rev*. 2011;35(8):1752-1756. doi:10.1016/j.neubiorev.2011.02.012
5. CDC. <https://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>. Acedido em 14 de janeiro, 2018.
6. Abreu M, Marques I, Martins M, Fernandes TM, Gomes P. Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes: estudo bicêntrico e comparação com dados europeus TT - Health-related quality of life of children and adolescents: bicentric study and comparison to european data. *Nascer e Crescer*. 2016;25(3):141-146.
7. Nelson TD, Kidwell KM, Hoffman S, Trout AL, Epstein MH, Thompson RW. Health-related quality of life among adolescents in residential care: Description and correlates. *Am J Orthopsychiatry*. 2014;84(3):226-233. doi:10.1037/h0099812
8. Gaspar T, Pais Ribeiro JL, Matos MG, Leal I. Promoção De Qualidade De Vida Em Crianças E Adolescentes. *Psicol Saúde Doenças*. 2008;9 (1):55-71.

9. Power C, Thomas C, Li L, Hertzman C. Childhood psychosocial adversity and adult cortisol patterns. *Br J Psychiatry*. 2012;201(3):199-206. doi:10.1192/bjp.bp.111.096032
10. Anderson SE, Cohen P, Naumova EN, Must A. Association of Depression and Anxiety Disorders With Weight Change in a Prospective Community-Based Study of Children Followed Up Into Adulthood. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(3):285. doi:10.1001/archpedi.160.3.285
11. Solans M, Pane S, Estrada M-D, et al. Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents: A Systematic Review of Generic and Disease-Specific Instruments. *Value Heal*. 2008;11(4):742-764. doi:10.1111/j.1524-4733.2007.00293.x
12. Gaspar T, Matos MG. Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes Versão Portuguesa dos Instrumentos Kidscreen-52. *Behaviour*. 2008:125.
13. Vaz A, Melo I, Pereira C, et al. PAS-099 Qualidade de Vida em Jovens - Verificação da Fiabilidade de Escala Pictográfica. *Acta Pediátrica Port*. 2016;47(Suplemento):S61.
14. van de Mortel T. Faking it : social desirability response bias in self- report research report research. *Aust J Adv Nurs*. 2008;25(4):40-48.
15. Bisegger C, Cloetta B, von Rueden U, et al. Health-related quality of life: Gender differences in childhood and adolescence. *Soz Praventivmed*. 2005;50(5):281-291. doi:10.1007/s00038-005-4094-2
16. Vernon L, Modecki KL, Barber BL. Mobile Phones in the Bedroom: Trajectories of Sleep Habits and Subsequent Adolescent Psychosocial Development. *Child Dev*. 2018;89(1):66-77. doi:10.1111/cdev.12836
17. Tel H. Sleep quality and quality of life among the elderly people. *Neurol Psychiatry Brain Res*. 2013;19(1):48-52. doi:10.1016/j.npbr.2012.10.002

ANEXO I

Consentimento Informado

Este estudo serve para saber quais são os fatores que, na tua opinião mais influenciam a tua “Qualidade de vida” nas últimas duas semanas.

Pretende-se saber qual é a tua opinião acerca dos vários bonecos que estão no desenho.

Queremos saber quais são os que mais te influenciaram nas últimas duas semanas, por os colocares mais perto do centro, onde tu estás.

Caso aceites preencher, ninguém vai saber se preencheste nem como preencheste.

Não deves colocar qualquer informação acerca de ti – como o nome - e apenas referir o teu sexo (rapaz ou rapariga) – e a tua idade em anos.

Este trabalho foi aprovado pela tua escola.

Estás à vontade para deixar de preencher quando já começaste. Se não assinaste este documento e preencheste o desenho é porque concordas com o trabalho e para nós, investigadores, tal tem o mesmo valor.

Coimbra, ___/___/___

Nome: _____

ANEXO II

Consentimento Informado

“Autorizo o(a) meu filho(a) ou aquele(a) de quem estou encarregue de educação, a preencher a escala pictográfica sobre Qualidade de Vida, reconhecendo que a qualquer momento ele poderá deixar de o fazer e tendo ainda a garantia de que ninguém saberá quem respondeu nem como respondeu. Mais reconheço que o preenchimento da escala após lhe ter sido exibido consentimento informado funciona como preenchimento com consentimento num trabalho que o Agrupamento e Escolas Rainha Santa Isabel aprovou e que constitui parte integrante de estudo em Tese de Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e orientado por Luiz Miguel Santiago, médico.”

Coimbra: __/__/____

Nome: _____

ANEXO III

POR FAVOR COLOCA NAS LINHAS, OU NOS ESPAÇOS ENTRE ELAS, OS NÚMEROS RELATIVOS À ESCALA ABAIXO PONDO MAIS PERTO DE TI OS QUE FORAM MAIS IMPORTANTES NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS. QUANTO MAIS PERTO DE TI, MAIS IMPORTANTE. APENAS QUEREMOS SABER A TUA OPINIÃO!

RAPAZ RAPARIGA IDADE EM ANOS _____

Amigos [2]

Desporto [7]

Escola [1]

Família [3]



Livros [4]

Telemóvel Tablet [5]

Televisão [6]

[8]

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A scale of 10 smiley faces, numbered 1 to 10. The faces transition from a wide, happy smile (1) to a neutral expression (5) and finally to a sad, frowning mouth (10).

NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS COMO CLASSIFICAS A TUA QUALIDADE DE VIDA?