



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO
COMPORTAMENTO

RELAÇÕES ENTRE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À
SAÚDE E AUTOCONCEITOS E CONCEITOS DE OUTROS
SIGNIFICATIVOS DE ADOLESCENTES POR MEIO DA
MODELAGEM DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS

Silvia Maués Santos Rodrigues

Belém – Pará

2015



Programa de Pós-Graduação em
Teoria e Pesquisa do Comportamento UFPA

**RELAÇÕES ENTRE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À
SAÚDE E AUTOCONCEITOS E CONCEITOS DE OUTROS
SIGNIFICATIVOS DE ADOLESCENTES POR MEIO DA
MODELAGEM DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS**

Silvia Maués Santos Rodrigues

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para aquisição do título de Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Augusto Ramos Pontes

Co-orientador: Prof. Dr. Janari da Silva Pedroso

Belém – Pará

2015

Rodrigues, Sílvia Maués Santos, 1959 -

Relações entre qualidade de vida relacionada à saúde e autoconceitos e conceitos de outros significativos de adolescentes por meio da modelagem de equações estruturais / Sílvia Maués Santos Rodrigues. — 2015.

Orientador: Fernando Augusto Ramos Pontes;

Coorientador: Janari da Silva Pedroso.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2015.

1. Qualidade de vida. 2. Saúde. 3. Saúde da Família. 4. Adolescentes. 4. Família. I. Título.

CDD 23.ed. 616.89



Tese de Doutorado

“Relações Entre Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Autoconceitos e Conceitos de Outros Significativos de adolescentes por meio da modelagem das equações estruturais.”

Aluna: Silvia Maués Santos Rodrigues.

Data da Defesa: 30 de Outubro de 2015.

Resultado: Aprovada.

Banca examinadora:


Prof. Dr. Fernando Augusto Ramos Pontes (UFPA – Orientador).


Prof. Dr. Janari da Silva Pedrosa (UFPA – Coorientador).


Prof.ª Dr.ª Julia Sarsis Nobre Ferro Bucher-Maluschke (UCB – Membro).


Prof.ª Dr.ª Deise Matos do Amparo (UNB – Membro).


Prof.ª Dr.ª Silvia dos Santos de Almeida (UFPA – Membro).


Prof.ª Dr.ª Celina Maria Colino Magalhães (UFPA – Membro).

*Para
José Brasil*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Theódulo e Maria do Carmo, e aos meus irmãos e irmãs, Lucia, Marcia, Selma, João Luis e Theódulo Junior *in memoriam* que representam, antes de tudo, a origem desse sonho e a possibilidade que ele tenha o significado que possui...e que me ensinam que a vida é tolerância e crescimento a cada dia;

Ao meu esposo, José Brasil, com quem reparto cada etapa deste sonho e de todos os demais;

Aos meus filhos Felipe, Flavia, Fabricio e Fernando por sua paciência, apoio incondicional e presença em cada momento desta jornada. Agradeço especialmente ao Fabrício por sua imprescindível ajuda desde a organização do banco de dados até a revisão dos manuscritos tanto na língua portuguesa quanto na inglesa;

Ao Professor Dr. Janari Pedroso, Orientador na jornada do Mestrado e Co-orientador no Doutorado por ser um modelo de cientista, pesquisador e orientador e por me incentivar sem restrições nas trilhas do mestrado e do doutorado. É um privilégio ter contado com sua amizade e suporte ao longo destes sete anos!! Muito obrigada...

Ao Professor Dr. Fernando Pontes, Orientador neste Doutorado exemplo de saber científico compartilhado com suavidade e rigor, nos momentos apropriados. Certamente foi uma honra ser sua orientanda! Muito obrigada...

Aos Professores Dr. Christoph Käppler, Dra. Deise Matos do Amparo e Dra. Silvia Koller por favorecerem minha integração em seu projeto de pesquisa e compartilharem sua produção e ensinamentos favorecendo minha caminhada;

A Dra. Camila de Aquino Moraes, pesquisadora responsável pela integração da base de dados nacional que possibilitou nosso acesso e compartilhou sua produção colaborando para que nossa pesquisa se tornasse exequível;

A Professora Dra. Júlia Bucher-Maluschke por favorecer minha integração ao projeto brasileiro, facilitar a interlocução com outros pesquisadores nacionais e estrangeiros, e em particular, a minha inserção no Grupo de Trabalho Família, Processos de Desenvolvimento e Promoção da Saúde, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Professora, seu acolhimento, direcionamento, suporte e afeto....foram essenciais!!! Muito obrigada...

A Professora Dra. Celina Magalhães por seu acolhimento no Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento e suas sugestões e correções na Banca de Qualificação do Doutorado;

Aos eternos Professores Dr. Edson Ramos e Dra. Silvia Almeida que me ensinaram passos essenciais na compreensão da estatística. Exemplos de mestres e educadores! Sem vocês, certamente, não teria chegado aqui...

Aos amigos e companheiros de equipe do Centro de Atenção Especial à Saúde: Vania, Dilva, Adriana, Fabíola, Carlos, Jacirene e Michele, por seu apoio diário.

Aos amigos e colegas docentes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, na pessoa de sua Diretora, Professora Dra. Tânia Costa e, em particular, ao colega Dr. Paulo Mazzini, cujo apoio permitiu que eu pudesse realizar esse Doutorado;

Ao amigo, ex-aluno e agora Professor Dr. Darcio Castelo Júnior, por ter assumido minhas turmas de Psiquiatria na Faculdade de Medicina. Parceiro, sua dedicação e amor ao ensino da medicina para mim são exemplos e, renovação de minha fé na juventude e no amanhã. Sua presença na Faculdade me deu a tranquilidade para poder me afastar temporariamente. Muito obrigada...

Aos ex- alunos e agora colegas de profissão, por sua curiosidade e estímulo que me ajudaram buscar a pesquisa acadêmica;

Aos meus queridos clientes e seus familiares por sua compreensão e paciência;

Aos adolescentes e seus familiares por aceitaram partilhar suas vivências sem o que tudo teria sido impossível.

**Science is an infinite regression – behind each answer
lurks a question, and behind that, another.**

Hans Christian von Baeyer
Rainbows, Snowflakes, and Quarks

SUMÁRIO

Resumo	x
Abstract	xi
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	xii
LISTA DE TABELAS	xiii
LISTA DE SIGLAS	xv
1. APRESENTAÇÃO	17
2. INTRODUÇÃO	18
2.1 Conceitos, Definições e Referencial Teórico	21
2.1.1 Padrões de Identificação Familiar	22
2.1.2 Bem-Estar, Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde	23
2.1.3 Traços de Personalidade e Qualidade de Vida	29
3. OBJETIVOS	33
3.1 Geral	33
3.2 Específicos	33
4. HIPÓTESES	35
5. CASUÍSTICA E MÉTODOS	38
5.1 Participantes	38
5.2 Instrumentos	41
5.3 Análise Estatística	51
5.4 Procedimentos e Aspectos Éticos	56
6. PUBLICAÇÕES	
Artigo 1 Measuring health-related quality of life in adolescents by subgroups of students and outpatient mental health clients.....	57
Artigo 2 Patterns of family identifications in adolescents from different backgrounds.....	71
Artigo 3 Do self-concepts and significant other concepts predict Health-Related Quality of Life?.....	87
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
8. REFERÊNCIAS	116
9. ANEXOS	

ANEXO A - Questionário de Saúde Mental Versão Adolescentes	128
ANEXO B - Questionário de Saúde Mental Versão Cuidadores	138
ANEXO C - Carta do Comitê de Ética.....	147
ANEXO D - Permissão de uso do FIT.....	148
ANEXO E - Permissão de uso do KIDSCREEN-27.....	149

RESUMO

RODRIGUES, Silvia Maués Santos. *Relações entre Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Autoconceitos e Conceitos de Outros Significativos de adolescentes por meio da Modelagem de Equações Estruturais*. 2015. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém, Pará. Brasil. 149 páginas.

A partir de dados coletados em população de adolescentes de quatro capitais brasileiras (Belém, Brasília, Fortaleza e Porto Alegre), testar a validade de modelo teórico que investiga as relações entre as variáveis envolvidas nos constructos dos padrões de identificação familiar obtidas com o Teste de Identificação da Família (FIT) e àquelas de qualidade de vida relacionada à saúde obtidas com o questionário genérico KIDSCREEN-27, por meio da aplicação da modelagem de equações estruturais (SEM). 1.082 adolescentes selecionados, constituíram três grupos: um dos que frequentavam serviços de atenção em saúde mental ambulatorial (GC), um de estudantes do setor público (GP) e um de estudantes do setor privado (GPr). Os três grupos foram investigados com o KIDSCREEN-27, em cinco dimensões de sua qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e com o FIT (Teste de Identificação da Família), em seus padrões de identificações familiares. Os instrumentos foram analisados em suas propriedades psicométricas, obtiveram-se escores de QVRS, de autoconceitos e de identificações familiares que permitiram comparar os três grupos com estatísticas descritivas e inferenciais (MANOVA, MANCOVA e Análise Discriminate); e em uma segunda etapa, foram analisadas as repercussões dos padrões de identificação na QVRS por meio da Modelagem de Equações Estruturais. A média de idades dos adolescentes na amostra geral foi de 15.30 (SD = 1.60) anos, sendo 54,1% do sexo feminino; foram encontrados escores mais baixos de QVRS em adolescentes com doença mental em quatro de cinco dimensões, com um tamanho de efeito variando de 0,25 para bem-estar físico a 0,46 para a Autonomia & Pais. Na análise do FIT, foi obtido um efeito estatisticamente significativo com MANOVA seguido por uma série de ANOVAs que indicou diferenças nos padrões de identificação da família. Os adolescentes GPr apresentaram médias mais elevadas do que adolescentes de GP em auto-congruência, identificações real e ideal com o pai e identificação ideal com avós; e também mostrou diferenças com o GC na identificação real e ideal com o pai. Os resultados diferenciaram adolescentes oriundos de contextos diferentes. Na última etapa de análise, foi realizado estudo da estrutura fatorial do KIDSCREEN-27 e do FIT e, a seguir, foi realizado um Modelo Multivariado de Regressão Linear e foi observado que o autoconceito real prevê a qualidade de vida em suas cinco dimensões; a imagem percebida da mãe, do pai e do avô/avó prevê a qualidade de vida principalmente na dimensão da qualidade de vida relacionada a Autonomia & Relação com os Pais. O estudo fornece informações pertinentes e valiosas sobre a mensuração de QVRS e Padrões de Identificações em grupos de adolescentes brasileiros de diferentes origens. A constatação de que adolescentes oriundos de escolas públicas e grupo clínico mostrarem um desejo menor para se parecerem como seus pais pode apontar para uma menor coesão familiar ou sentimentos mais pronunciados de rejeição com figura paterna. Além disso, aspectos destacados pela percepção de autoconceitos e conceitos de outros podem ser preditores de escores maiores de qualidade de vida relacionada à saúde. Ambos os instrumentos constituem, portanto, ferramentas úteis na avaliação da saúde mental e bem-estar de adolescentes.

Palavras-chave: autoconceito, autocongruência, padrões de identificação, adolescente, família, QVRS, KIDSCREEN, FIT.

ABSTRACT

RODRIGUES, Silvia Maués Santos. *Relations between Health Related Quality of Life and Self-concepts and Significant Others Concepts of adolescents through Structural Equation Modeling*. 2015. Thesis (Doctorate) - Federal University of Para, Theory and Research of Behaviour Nucleus, Theory and Research of Behaviour Post Graduation Program. Belém, Pará. Brazil. 149 pages.

From data collected in the adolescent population of four Brazilian capitals (Belém, Brasília, Fortaleza and Porto Alegre), test the validity of theoretical model that investigates the relationship between the variables involved in the constructs of the familiar identifying patterns obtained with the Identification Test Family (FIT) and those of health-related quality of life questionnaire obtained using the generic KIDSCREEN-27, by applying the structural equation modeling (SEM). 1,082 adolescents selected, constituted three groups: one of the attending health care services in outpatient mental health (CG), a student group of the public sector (GP) and a student group of the private sector (GPr). The three groups were investigated with the KIDSCREEN-27 in five dimensions of quality of life related to health (HRQoL) and the FIT (the Family Identification Test) in their patterns of family identifications. The instruments were analyzed in its psychometric properties, scores of HRQoL were obtained, self-concepts and family identifications that allowed us to compare the three groups with descriptive and inferential statistics (MANOVA, MANCOVA and Discriminante Analysis); and, in a second step, were analyzed the repercussions of identification patterns in HRQoL by structural equation modeling. The mean age of the adolescents in the general sample was from 15.30 (SD = 1.60) years old; 54.1% female; lower scores were found in adolescents with mental illness in four of five dimensions of KIDSCREEN-27, with an effect size ranging from 0.25 to physical well-being 0.46 for Autonomy & Parents. In FIT analysis, was obtained a statistically significant effect with MANOVA that indicated differences in the family identification patterns. Adolescents from PrG had higher scores than PG adolescents in self-congruence, identifications actual and ideal with the father and ideal identification with grandparents; and also showed differences with the CG in actual and ideal identification with the father. The results differentiated adolescents from different backgrounds. In the last analysis stage, was conducted a factorial structure study of the KIDSCREEN-27 and the FIT and after that was conducted a Multivariate Regression Model and it was observed that the actual self-concept predicts the quality of life in its five dimensions; the perceived image of the mother, father and grandfather / grandmother predicts the quality of life mainly in the aspect of quality of life related to Autonomy & Relationship with Parents. The study provides relevant and valuable information on the measurement of HRQoL and Identifications Patterns in Brazilian adolescents groups from different backgrounds. The finding that adolescents from public schools and clinical group show fewer desires to look like their parents can point to a lower family cohesion or more pronounced feelings of rejection with father figure. Additionally, aspects highlighted by the perception of self-concepts and other's concepts can be predictors of higher scores of Health-Related Quality of Life. Both instruments, therefore, are useful tools in assessing the mental health and well-being of adolescents.

Keywords: self-concept, self-congruence, identification patterns, adolescent, family, HRQoL, KIDSCREEN, FIT.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 2.1- Visão geral dos conceitos básicos mais importantes do FIT.....	23
Quadro 5.1- Adjetivos utilizados no FIT e sua fundamentação teórica.....	43
Figura 5.1- Exemplo de Possibilidades de Avaliação com FIT.....	44
Quadro 5.2: Variáveis de execução Versão Criança/ Adolescente.....	45
Quadro 5.3: Variáveis de execução Versão Pai.....	45
Quadro 5.4: Variáveis de execução Versão Mãe.....	45
Quadro 5.3 - Diretrizes para a interpretação dos valores da Identificação Real e Ideal na Versão Infantil.....	52
ARTIGO 1	
Figure 1. Canonical Discriminant Functions derived from self-report KIDSCREEN-27.....	66
ARTIGO 2	
Figure 1. FIT's Execution Variables: Means by Groups (PG, PrG and CG).....	79
ARTIGO 3	
Figure 1. KIDSCREEN-27, Original Model.....	93
Figure 2. KIDSCREEN-27, Adjusted Model.....	94
Figure 3. FIT (Self-images and Other's image), Original Model.....	97
Figure 4. FIT (Self-images and Other's image), Model 1.....	98
Figure 5. FIT (Self-images and Other's image), Model 2.....	99
Figure 6. Structural Model.....	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Caracterização dos adolescentes na Amostra Geral.....	39
Tabela 5.2 - Caracterização dos cuidadores na Amostra Geral	40
ARTIGO 1	
Table 1. Adolescents sample distribution.....	63
Table 2. Multitrait-Multimethod Matrix (MTMM) for Pearson correlations between adolescents and parents (proxy) reports for KIDSCREEN-27 version.....	64
Table 3. Means, standards deviations and T-tests by gender for self-report KIDSCREEN-27.....	64
Table 4. Means, standards deviations and F-tests by groups for self-report KIDSCREEN-27.....	64
Table 5. Mean differences in KIDSCREEN-27 between groups of adolescents.....	65
Table 6. Discriminant Functions Coefficients associated with the MANOVA	66
Table 7. Means, standards deviations and F-tests by groups for Canonical variates derived from self-report KIDSCREEN-27.....	66
Table 8. Mean differences on Canonical variates derived from self-report KIDSCREEN-27 between groups of adolescents.....	67
ARTIGO 2	
Table 1. Descriptive Statistics of FIT's Execution Variables by Adolescents Groups.	78
Table 2. Correlations among Sex, Age, Socioeconomic Status (FAS) and Fisher's Z scores of Adolescents FIT's Execution Variables.....	80
Table 3. MANOVA Tests of Groups Differences.....	80
Table 4. MANCOVA Tests of Groups Differences with Sex, Age and Socioeconomic Status (FAS) as predictors.....	81
Table S1. Demographic variables distribution.....	84
Table S2. General sample, N = 1082, Adolescent version (12-18 years old, 583 female, 499 male).....	84
Table S3. Clinical sample, N = 178, Adolescent version (12-18 years old, 92 female, 86 male).....	85
Table S4 (a). Private school sample, N = 394, Adolescent version (12-18 years old, 215 female, 179 male).....	85
Table S4 (b). Public school sample, N = 510, Adolescent version (12-18 years old,	85

276 female, 234 male).....	
Table S5. Mother Figure sample, N = 350, Mother version.....	86
Table S6. Father Figure sample, N = 129, Father version.....	86

ARTIGO 3

Table 1. Reliability of KIDSCREEN-27, Adjusted Model.....	95
Table 2. AVE comparisons with the squared inter-factor correlations of KIDSCREEN-27 Adjusted Model.....	96
Table 3. Reliability of FIT (Self-images and Other's image), Adjusted Model.....	100
Table 4. AVE comparisons with the squared inter-factor correlations of FIT (Self- images and Other's image), Adjusted Model.....	100
Table 5. Trajectories of Structural Model	102
Table 6. Standardized Total Effects from FIT Self-concepts on KIDSCREEN-27 (Dimensions and Subscales)	103

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ACP	Análise dos Componentes Principais
AFC	Análise Fatorial do Tipo Confirmatória
AFE	Análise Fatorial de Tipo Exploratória
AMHC	Access Mental Health Care in Children
ANS	Agência Nacional de Saúde
AVE	Average Variance Extracted
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infanto juvenil
CCCY	Care Centers of Children and Youth
CE	Ceará (Estado Brasileiro)
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CFA	Confirmatory Factor Analysis
CFI	Comparative Fit Index
CGF	Cinco Grandes Fatores
CMLV	Causal Model with Latent Variables
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CR	Composite Reliability
CSHCN	Children with Special Health Care Needs Screener for Parents
DF	Distrito Federal
DIF	Funcionamento Diferencial dos Itens
DIKJ	Depressions-Inventar fur Kinder und Jugendliche
EQ-5D-Y	Euro-QoL-5D Youths
FAS	Family Affluent Scale
FIT	Family Identification Test (Teste de Identificação da Família)
FP5	Framework Programme
GFI	Goodness of Fit Index
GT	Gießen-Test
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HDI	Human Development Index
HRQoL	Health-Related Quality of Life
IACAPAP	International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied

	Professions
IBM SPSS	Internacional Business Machines, Statistical Package for the Social Sciences
IC	Intervalo de Confiança
KIDSCREEN	Health-Related Quality of Life Questionnaire for Children and Adolescents
KMO	Testes de Kayser-Meyer-Olkin
MANCOVA	Multivariate Analysis of Covariance
MANOVA	Multivariate Analysis Of Variance
MAS	Medida de Adequação da Amostra
MCF	Modelo dos Cinco Fatores
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MTMM	Multitrait Multimethods Matrix
NFI	Normal Fit Index
NRP	National Research Programmes
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pará (Estado Brasileiro)
PHY	Physical Well-Being
PWB	Psychological Well-Being
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada a Saúde
RFI	Relative Fit Index
RMSEA	Root Mean_Square Error of Approximation
RS	Rio Grande do Sul (Estado Brasileiro)
SDQ	Strength and Difficulties Questionnaire
SE	School Environment
SEM	Structural Equation Modeling
SFB	Subjektiven Familienbild
SOC	Social Support and Peer Relations
SUS	Sistema Único de Saúde
UCB	Universidade Católica de Brasília
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
WHO	World Health Organization

1 APRESENTAÇÃO

A presente Tese tem como foco principal a aplicação da modelagem de equações estruturais (SEM) na avaliação da existência de correlações significativas entre medidas de autoconceitos e conceitos de outros significativos obtidas com o Teste de Identificação da Família (FIT) e àquelas de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), obtidas com o questionário KIDSCREEN-27, em uma amostra de adolescentes brasileiros. Concentra-se inicialmente na investigação dos constructos de padrões de identificação familiar e de qualidade de vida relacionada à saúde. A partir de tais constructos, obtidos com instrumentos já consagrados de mensuração, pretende-se avaliar a existência de correlações significativas entre os mesmos. Em seu corpo, o presente projeto de Tese é composto por:

a) uma introdução, na qual serão abordados os constructos presentes no Teste de Identificação da Família (FIT) e no Questionário KIDSCREEN-27 e sua relevância enquanto áreas de pesquisa no âmbito da avaliação da saúde e qualidade de vida de adolescentes;

b) os objetivos;

c) as hipóteses;

d) a casuística e métodos;

e) três artigos científicos publicados em periódicos científicos, os quais abordarão: a aplicação e o desempenho psicométrico de instrumentos destinados à avaliação dos padrões de identificação familiar e da qualidade de vida em adolescentes brasileiros e a testagem da validade de modelo teórico que investiga as relações entre as variáveis envolvidas nos constructos de autoconceitos e conceitos de outros e, aqueles de QVRS por meio da modelagem de equações estruturais;

f) considerações finais

g) referências

g) anexos.

2 INTRODUÇÃO

O estudo Access Mental Health Care in Children (AMHC) – realizado na Suíça, pela Universidade de Zurique – inspirou o desenvolvimento desta tese. O projeto iniciou em 2004, liderado pelos professores Christoph Käppler e Beat Möhler (Gianella et al., 2005; Christoph Käppler, 2004; Käppler & Mohler, 2006). Posteriormente, em 2006, foi estabelecida parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Dr. Christoph Käppler, quando o projeto de mestrado “Concepções de saúde mental e percepções dos serviços na perspectiva de jovens e seus familiares” (Morais, 2008) buscou replicar o uso do instrumento desenvolvido no estudo AMHC em sua metodologia.

O projeto de mestrado de Moraes (2008) inspirou projeto nacional de mesmo nome, o qual foi contemplado por Edital do CNPq MCT/CNPq/ANS 25/2007. O projeto brasileiro foi implantado, em co-execução, pela Universidade de Brasília e pela Universidade Católica de Brasília e, em parceria com Universidade do Rio Grande do Sul, Universidade de Fortaleza, bem como parceria Internacional com a Universidade de Zurique. A execução do projeto ficou com a Coordenação Nacional da Dra. Deise Matos do Amparo (Brasília-DF) e Coordenações locais da Dra. Silvia Koller (Porto Alegre - RS) e da Dra. Júlia Bucher-Maluschke (Fortaleza - CE) para coleta de dados naquelas três cidades. A cidade de Belém - PA aderiu ao projeto nacional em 2009, com a Coordenação local do Dr. Janari Pedroso.

O objetivo do estudo AMHC foi compreender os conceitos de saúde e doença mental, de ajuda eficaz, as principais estratégias de enfrentamento de problemas de saúde e o acesso a serviços de saúde mental em uma abordagem multidimensional, a partir da perspectiva da criança/adolescente e de sua família. O estudo, baseado em metodologia quali-quantitativa, destinou-se a investigar toda a população Suíça, incluindo os imigrantes (Käppler, 2004).

O estudo AMHC incluiu, além das três principais origens lingüísticas existentes na Suíça (alemão, francês e italiano), o português, devido à representatividade do grupo de imigrantes de Portugal e do Brasil ser a maior após os três grupos mencionados. A etapa qualitativa do estudo Suíço permitiu a construção de um Questionário, com uma versão para crianças e adolescentes e uma versão para cuidadores (*proxy*), denominadas em língua portuguesa de "Questionário da visão dos jovens sobre saúde e doença mental e sobre os serviços de saúde" e "Questionário da visão dos cuidadores sobre saúde e doença mental e sobre os serviços de saúde", respectivamente (Käppler, 2004).

Em seu protocolo, K ppler (2004) destacou que, devido   carência de instrumentos na literatura, no escopo de sua pesquisa, partes dos questionários desenvolvidos foram suplementadas com instrumentos já padronizados para a coleta de dados acerca das rela es familiares - o Teste de Identifica es da Família (FIT) (Remschmidt & Mattejat, 1999); acerca das rela es entre saúde e qualidade de vida - o KIDSCREEN 27 (U. Ravens-Sieberer et al., 2006) e acerca de aspectos socioecon micos - o FAS II (Family Affluency Scale, Escala de Prosperidade da Família, livre tradu o) (Boyce, Torsheim, Currie, & Zambon, 2006).

O protocolo de pesquisa brasileiro desenvolvido nas cidades de Brasília, Porto Alegre, Fortaleza e Belém investigou crianças/adolescentes (cuidadores) selecionados em três contextos diferentes (um clínico, um de estudantes da rede pública e um de estudantes da rede privada) e resultou, em uma primeira etapa, em análises parciais dos dados coletados, no escopo de duas disserta es de mestrado focadas nas amostras de Porto Alegre e Belém (Morais, 2008; Rodrigues, 2011) e um Relatório de Pesquisa, no âmbito da amostra de Brasília (Amparo et al., 2010). Em uma segunda etapa, a coleta de dados nas quatro capitais brasileiras foi integrada em uma base de dados nacional e, dado o volume de informa es e interesses de grupos de pesquisa, a análise dos achados foi segmentada em duas vertentes: uma, desenvolvida por Moraes (Moraes, 2014), objetivou adapta o transcultural do instrumento de acesso aos cuidados em saúde mental; e a outra, desenvolvida na presente tese, focada na análise do constructo presentes no FIT (autoconceitos e conceitos de outros) e suas rela es com a qualidade de vida e bem-estar.

Por conseguinte, os dados brasileiros obtidos com os instrumentos que suplementaram o Questionário da Visão de Saúde de K ppler (2004), ou seja, o FIT, o KIDSCREEN-27 e o FAS II, passaram a ser o foco de análise desta proponente e os três instrumentos serão descritos com maiores detalhes no Capítulo 5.

Considerou-se no presente estudo a oportunidade de integrar os achados das quatro capitais brasileiras com foco no adolescente em contextos culturais de diferentes regiões geográficas brasileiras e avançar, particularmente, no que tange ao estudo das rela es familiares, assim como dos aspectos envolvidos em sua qualidade de vida e bem-estar, partindo-se da premissa de que estes aspectos tem um papel relevante nas escolhas realizadas pelos adolescentes em período singular de sua evolu o. Tais escolhas podem ser mais ou menos saudáveis e, por conseguinte, mais ou menos favoráveis ao desenvolvimento.

Os adolescentes vivenciam importante fase de seu desenvolvimento, marcada de maneira inexorável pela presença dos primeiros sinais de matura o sexual, desencadeados

pela puberdade, que modifica seus corpos e também o modo como passam a ver a si mesmos e como são percebidos e tratados pelos outros (Call et al., 2002; Garcia, 2010).

As primeiras concepções de self se desenvolvem dentro de um contexto de interação com a família (Blatter-Meunier, Lavalée, & Schneider, 2013). As crianças se comparam aos outros e com a percepção dos outros sobre elas (auto-espelho), observando as diferenças e semelhanças de si mesmas com relação aos outros (Sinigaglia & Rizzolatti, 2011) e, desse modo, desenvolvem um autoconceito e uma identificação com os outros.

Em uma etapa seguinte do desenvolvimento, a adolescência caracteriza uma fase em que os indivíduos estão mais preocupados em estabelecer um sentido de identidade interna. A relação entre a identificação e a identidade torna-se mais importante quando o salto de identificações parentais para os pares e outras pessoas (como figuras líder fora da família) contribui para a formação de uma identidade pessoal mais estável. Ao se identificar com os outros e imitar algumas de suas características, o adolescente constrói sua própria identidade (Erikson, 1968/1994).

A presença de condições desfavoráveis no contexto social de adolescentes, tais como, por exemplo: práticas sexuais inseguras (Taquette, Vilhena, & Paula, 2004), gravidez precoce (Chalem et al., 2007; Rodrigues, Almeida, & Ramos, 2011), uso e abuso de substâncias (Humensky, 2010; Lemstra et al., 2008; Tavares, Béria, & Lima, 2004), hábitos alimentares inadequados (Levy et al., 2010; Veiga, Cunha, & Sichieri, 2004), falta de exercícios (Sacker & Cable, 2006; Seabra, Mendonça, Thomis, Anjos, & Maia, 2008), violência intrafamiliar, abuso sexual (Teixeira & Taquete, 2010) e punição física grave (Sá, Bordin, Martin, & Paula, 2010), podem repercutir na sua saúde mental (Borges & Werlang, 2006; Cruzeiro et al., 2008; Jatobá & Bastos, 2007) e são consideradas como fatores de risco ao seu pleno desenvolvimento.

No Brasil, em que pese à elevada prevalência de problemas de saúde mental na infância e adolescência (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2008; Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho, & Gouveia, 2000; P. B. Sukiennik, Salle, Piltcher, Outeiral, & Traub, 1989; P.B. Sukiennik, Segal, & Salle, 2000), a carência de serviços públicos voltados para esta etapa do desenvolvimento é uma realidade (Brasil, 2005; Delgado et al., 2007).

Percebe-se que, para além do conhecimento epidemiológico acerca dos problemas que incidem sobre a saúde mental dos adolescentes, faz-se necessário aprofundamento nesta temática por meio de estudos que possam ampliar a compreensão do modo como os adolescentes percebem seu próprio estado de saúde e qualidade de vida e com isso se obter melhor dimensionamento da realidade brasileira.

A adolescência constitui-se momento ímpar, no qual a pessoa começa a dar maior atenção ao seu próprio bem-estar e desenvolver um senso de identidade pessoal (Mussen, Conger, Kagan, & Huston, 1990; Schulze, Richter-Werling, Matschinger, & Angermeyer, 2003). Esse olhar diferenciado para si mesmo e, em contrapartida, para o outro, particularmente no que se refere à saúde mental, ainda tem sido alvo de poucos estudos que possam trazer luz a questões como o entendimento acerca de seus próprios problemas psicológicos, assim como de seus pares (Hennessy, Swords, & Heary, 2008). Do mesmo modo, não está claro em que medida as modificações vivenciadas na adolescência influenciam sua qualidade de vida, em particular naqueles adolescentes com doenças crônicas (Taylor, Gibson, & Franck, 2008).

Esta pesquisa é focalizada exatamente na interação entre os autoconceitos e conceitos de outros significativos e qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes selecionados em diferentes contextos de quatro capitais brasileiras, com a compreensão de que os processos identitários vivenciados na adolescência podem influenciar na saúde e bem-estar. Nesta direção, são propostos três artigos. O artigo 1 visa: (a) obter escores de qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS), por sexo e grupos (estudantes e clínico) e (b) analisar se o instrumento KIDSCREEN-27 mostrou qualidades psicométricas similares às de sua validação original e se os resultados obtidos se mostraram confiáveis e válidos para a população de adolescentes alvo do estudo. O artigo 2 visa: (a) obter escores brutos (nível de adjetivo) de autoconceitos ("como eu sou", "como eu quero ser") e conceitos de outros ("como meu pai é", "como minha mãe é", etc.); (b) obter escores de correlações (nível de identificações) entre autoconceitos e conceitos de outros (autocongruência, identificações real e ideal com outros significativos), i.e., os padrões de identificações familiares e (c) analisar as medidas obtidas no nível de identificações por grupos de adolescentes (clínico e estudantes), na direção de analisar as propriedades discriminantes do instrumento nos subgrupos estudados. O artigo 3 visa a construção e validação de um modelo teórico que analise as relações entre as variáveis envolvidas nos constructos dos padrões de identificação familiar (nível de adjetivo) obtidas com o Teste de Identificação da Família (FIT) e aqueles de qualidade de vida relacionada à saúde obtidas com o questionário KIDSCREEN-27, por intermédio da modelagem de equações estruturais (SEM).

Os resultados obtidos são apresentados na forma de artigos científicos (já publicados) com objetivo de melhor sintetizar os achados; entretanto, dado as limitações de espaço nas publicações científicas, será apresentada, na seção seguinte, breve revisão dos principais conceitos e referenciais teóricos no escopo desta tese.

2.1 Conceitos, Definições e Referencial Teórico

2.1.1 Padrões de Identificação Familiar

Estudos realizados desde a década de 1970, com filhos de pais esquizofrênicos e deprimidos, encorajaram o desenvolvimento de um sistema de mensuração de padrões de identificação familiar (Renschmidt & Mattejat, 1999). Tais padrões referem-se ao grau de similaridade ou semelhança entre as descrições que um sujeito em avaliação tem de si mesmo e dos outros, ou seja, o seu nível de identificação. O trabalho de Renschmidt & Mattejat originou a elaboração do Teste de Identificação da Família, o qual visa a mensuração destes padrões por meio do cálculo de um perfil de correlações.

A metodologia do FIT envolve o uso de uma lista de adjetivos e um formato de respostas que permitem a autodescrição (autoconceito, self real e ideal) e a descrição de outras pessoas significativas (conceito de outro) e, a partir destes perfis, determinam a semelhança entre os mesmos por meio de coeficientes de correlação, os quais são interpretados como indicadores de autocongruência (semelhança entre self real e self ideal) e da identificação (real e ideal) da pessoa com os outros membros da família (Renschmidt & Mattejat, 1999).

A escolha de adjetivos foi justificada, teoricamente, com base em pesquisas empíricas no campo da psicologia da personalidade que evidenciam suas cinco principais dimensões no assim conhecido Modelo dos Cinco Fatores (MCF) ou "The Big Five" (os "Cinco Grandes") (McCrae & Costa, 1987). Estes aspectos intrínsecos ao FIT são aprofundados na Seção 2.1.3 (Traços de personalidade e Qualidade de vida), no Capítulo 5 (Casuística e Método) e nos Artigos 2 e 3.

Como se pode observar, a criação do teste FIT envolveu uma série de conceitos operacionais, tais como: identificação, autoconceito, self ideal, self real, conceito de outro, autocongruência, similaridade - cujas bases repousam em diversas tradições teóricas que possibilitaram seus autores a relacionar os resultados de pesquisa empírica com questões da prática clínica (Renschmidt & Mattejat, 1999). Os conceitos envolvidos na construção do FIT estão descritos em detalhe no Artigo 2. A Figura 2.1 ilustra graficamente os conceitos mais importantes e suas interrelações subjacentes na construção do FIT.

Renschmidt & Mattejat (1999) argumentam que deficiências nas possibilidades de identificação podem resultar de uma grande variedade de estressores psicossociais que agem conjuntamente sobre as possibilidades de identificação e, portanto, sobre o

autodesenvolvimento e a saúde mental. Os processos de identificação funcionam como um mecanismo central de mediação entre os diferentes encargos psicossociais e a saúde mental das crianças. Assim, existe uma relação entre estresse psicossocial e os processos de identificação e evidências de que identificações deficitárias têm um impacto sobre a interação familiar, o que pode resultar em um maior comprometimento da estrutura psicossocial.

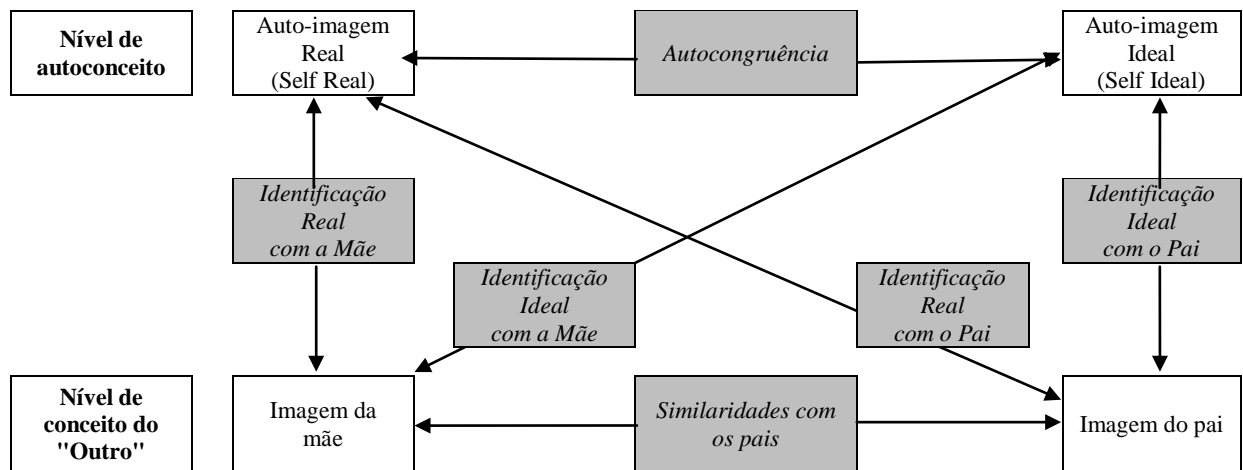


Figura 2.1- Visão geral dos conceitos básicos mais importantes do FIT*

Nota: * Adaptado de Remschmidt & Mattejat, 1999, pp. 8.

2.1.2 Bem-Estar, Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

Nas últimas décadas, as investigações sobre qualidade de vida (QV) e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) vêm mobilizando crescente interesse na comunidade científica. Entretanto, a operacionalização de tais conceitos tem se mostrado um desafio e seu uso está repleto de preconceitos, equívocos e, muitas vezes, confusão (Coghill, Danckaerts, Sonuga-Barke, Sergeant, & the, 2009; Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

No senso comum, o termo “qualidade de vida” muitas vezes é utilizado de maneira indistinta com bem-estar, satisfação com a vida, felicidade, realização pessoal, estado de saúde, estado funcional. Minayo et al. (2000), em sua revisão, destacam que o termo transita em um campo semântico polissêmico e abrange muitos significados que refletem a cultura de uma determinada sociedade em um determinado momento histórico e caracteriza uma construção social com a marca da relatividade cultural; engloba ideias que se relacionam às condições e estilos de vida, desenvolvimento sustentável e ecologia humana, desenvolvimento

e direitos humanos e sociais, bem como, padrões de conforto e tolerância estabelecidos por determinada sociedade (Minayo et al., 2000).

Cummins atribuiu a cunhagem do termo “qualidade de vida” em sua "forma moderna" – compreendida como um atributo individual das pessoas que reflete a prosperidade de uma nação (Cummins, 1988/1997) – a um discurso proferido em 1964, pelo então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, o qual afirmou, conforme citação de Bech (1995), que o progresso nas metas sociais "não pode ser medido pelo tamanho do nosso equilíbrio bancário. Ele só pode ser medido pela qualidade de vida que as pessoas levam" (Bech, 1995). Ou seja, a ideia de qualidade de vida como um indicador mensurável das conquistas da "grande sociedade", desde a sua cunhagem no programa político de Johnson, foi inseparável da noção de progresso (Rapley, 2003).

O interesse por indicadores objetivos que pudessem mensurar a qualidade de vida tornou-se mais difundido nos EUA após a II Guerra Mundial e chegou a caracterizar um verdadeiro "Movimento de Indicadores Sociais", trazendo em seu bojo um aparato de técnicas estatísticas, com o objetivo de monitorar mudanças em áreas da vida pública como: saúde, educação, emprego, violência, participação política, crescimento e migração populacional. Enfim, um movimento na direção de tentar "quantificar" a felicidade experimentada pelos cidadãos, capitaneada principalmente por economistas, demógrafos e sociólogos. Na sequência deste movimento, também, seguiram-se esforços em produzir indicadores subjetivos de qualidade de vida e o engajamento de psicólogos e outros profissionais da saúde neste novo campo de pesquisa (A. Campbell, 1976).

No intuito de organizar a diversidade de ideias relacionadas ao termo qualidade de vida, Eiser & Morse (2001) apresentaram uma síntese das cinco abordagens conceituais mais relevantes para o uso do termo qualidade de vida - filosófica, econômica, sociológica, psicológica e médica - as quais são destacadas abaixo (Eiser & Morse, 2001).

A abordagem filosófica parte da indagação, que tem atraído interesse desde a antiguidade sobre o que é qualidade de vida. Questões aristotélicas que buscavam argumentar se algum grau de conflito e desafio estariam relacionados a uma boa qualidade de vida são consideradas como embriões de ideias de que a qualidade de vida se relaciona com a superação de desafios e com a capacidade em lidar com a adversidade.

A abordagem econômica reflete preocupações relacionadas ao crescimento econômico medido em termos de produto interno bruto, assim como de outros indicadores que estão mais relacionados à saúde, tais como: mortalidade infantil, expectativa de vida, taxas de alfabetização e número de crianças na força de trabalho. Este tipo de medida busca refletir a

qualidade de vida em termos de riqueza alcançada. Entretanto, rendimentos mais elevados não são necessariamente sinônimos de qualidade de vida elevada.

A abordagem sociológica enfatiza que a qualidade de vida está mais relacionada com a auto-avaliação sobre as suas circunstâncias de vida; está vinculada aos relacionamentos com os outros, assim como na extensão na qual o indivíduo se sente amado pelos outros. Dessa forma, reflete mais os aspectos sociais e ambientais, destaca a natureza subjetiva da experiência individual assim como a interdependência entre qualidade de vida e a experiência cultural.

A abordagem psicológica destaca a importância da auto-avaliação e relaciona uma boa qualidade de vida a quem tem auto-estima elevada, capacidade de tomar decisões, é ativo, feliz e realizado. Assim, quanto mais próximos dos objetivos de vida, melhor a qualidade de vida.

Finalmente, a abordagem médica surgiu em resposta aos avanços nos tratamentos médicos e passou a valorizar não apenas o tempo de sobrevida frente a patologias incuráveis, mas também o modo como o paciente se sente durante esse tempo.

Eiser & Morse (2001) concluíram, com destaque, para a definição de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e postularam que esta se baseava em ideias de todas as tradições descritas acima e se referia, especificamente, ao impacto da saúde e da doença na qualidade de vida do indivíduo e, desse modo, diferenciava-se dos significados mais populares relativos ao termo qualidade de vida (Eiser & Morse, 2001).

Em que pese à inexistência de um consenso para o conceito de qualidade de vida, alguns aspectos inerentes ao seu constructo vêm obtendo consenso entre grupos de pesquisadores, quais sejam – a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de domínios positivos e negativos (Fleck et al., 1999).

A subjetividade destaca a autopercepção sobre o seu estado de saúde, assim como uma auto-avaliação global acerca de seu comportamento, capacidades e estados de satisfação/insatisfação (Harding, 2001; Kuyken et al., 1995; Seidl & Zannon, 2004). Este aspecto contempla percepções e expectativas com a própria vida, baseadas na experiência individual (The Australian WHOQoL Field Centre, 2007).

A multidimensionalidade busca obter medidas que possam capturar a dimensionalidade em termos da quantidade em que determinada dimensão da qualidade de vida é representada (Monika Bullinger, 2002). No mínimo, inclui as dimensões: física (autopercepção de seu estado físico), psicológica (autopercepção do seu estado cognitivo e afetivo) e social (autopercepção sobre as relações interpessoais e papéis sociais). Além dessas, pode incluir

outras dimensões por razões conceituais ou empíricas, tais como: ocupacional, funcionamento social, espiritual (Herrman et al., 1993; Kuyken et al., 1995). Uma clara implicação desta abordagem é que a QV não pode ser reduzida a um único escore (Coghill et al., 2009).

Quanto à existência de dimensões, tanto positivas (por exemplo, sono, comunicação, mobilidade), quanto negativas (por exemplo, dependência de medicação, fadiga excessiva, dor), há o reconhecimento de que a obtenção de medidas positivas são especialmente relevantes para a avaliação de mudanças que podem resultar de intervenções e atividades com foco na promoção da saúde (Herrman et al., 1993; Kuyken et al., 1995).

Baseado nos três aspectos consensuais descritos (Fleck et al., 1999), o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) - WHOQoL Group - formado por especialistas, que representavam originalmente 15 nações no mundo todo, reunidos em um estudo colaborativo multicêntrico, com intuito de elaborar um instrumento internacional de avaliação para o constructo, definiu QV como:

a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente, incorporando de maneira complexa a saúde física da pessoa, seu estado psicológico, nível de independência, relações sociais, e sua relação com características marcantes de seu ambiente (The WHOQoL Group, 1994, p.43).

O trabalho daquele grupo de especialistas resultou em um instrumento com 100 itens que abrangem seis domínios - físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/ religião/ crenças pessoais - o WHOQoL-100 (Fleck et al., 1999).

A elaboração de instrumento internacional para a avaliação da QV sem dúvida representou um avanço nas investigações neste campo e incluiu o pré-requisito da transculturalidade nas várias etapas que envolveram a construção do questionário. Entretanto, apesar do crescente aumento no rigor e sofisticação metodológica na construção de instrumentos de mensuração como o WHOQoL-100, o termo continuou a ser usado com uma variedade de significados dificultando a comparação de diferentes estudos, assim como a obtenção de conclusões e aplicações práticas dos achados (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005).

Na direção de uma solução em termos das pesquisas, especificamente, no campo da saúde, o termo “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS) começou a aparecer com maior frequência na literatura especializada e sua criação pretendeu delimitar o foco da qualidade de vida para os efeitos decorrentes da saúde, doença e tratamentos, na vida do indivíduo (Monika Bullinger, 2002; Ferrans et al., 2005).

As pesquisas em QVRS em adultos mostraram rápido avanço nas últimas décadas, com o desenvolvimento de muitos instrumentos genéricos e outros específicos para doenças, principalmente nas áreas da oncologia, cardiologia, neurologia, psiquiatria, diabetes, síndromes dolorosas, dentre outras (Monika Bullinger, 2002; Kuenstner et al., 2002; Seidl & Zannon, 2004). Tal crescimento é indicado tanto pelo crescimento no número de publicações como também pelo surgimento de muitos instrumentos validados com técnicas estatísticas bastante sofisticadas (Monika Bullinger, 2002).

Avanço similar também vem ocorrendo no desenvolvimento de instrumentos para avaliar a QVRS em crianças e adolescentes e vários estão disponíveis na atualidade para utilização nestes grupos (Erhart & Ravens-Sieberer, 2006; Gaspar, Matos, Ribeiro, & Leal, 2006; Rajmil et al., 2012; Solans et al., 2008). Medidas genéricas de QVRS podem ser úteis na identificação de subgrupos de crianças e adolescentes que estão em risco para problemas de saúde e podem ajudar a determinar o peso de uma determinada doença ou deficiência na identificação de desigualdades no campo da saúde, na alocação de recursos e em estudos epidemiológicos (Gaspar et al., 2006; Ravens-Sieberer et al., 2008; Solans et al., 2008).

Do mesmo modo que os instrumentos para avaliação de QV progrediram na direção da criação de instrumentos internacionais que permitissem estudos transculturais, no campo da QVRS este se mostrou, também, o caminho natural a ser seguido, haja vista a necessidade de analisar o impacto de tratamentos específicos em diferentes contextos, ou mesmo, quando se trata de problemas de saúde raros e com baixa prevalência, que indicam a necessidade de estudos multicêntricos no intuito de aumentar o tamanho da amostra e favorecer a análise dos dados (Rajmil et al., 2012; WHO, 1994).

Na trilha deste percurso, em reunião de grupo de trabalho realizada em Londres (1993) promovida pela OMS e IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions), foi examinada a possibilidade de que a metodologia em uso pelo Grupo WHOQoL com adultos também pudesse ser utilizada com crianças/adolescentes. Desta reunião resultou um documento com diretrizes para a criação de instrumentos destinados a mensurar QVRS em crianças/adolescentes, o qual, em linhas gerais, deveria ser: centrado na criança; empregar, sempre que possível, o auto-relato subjetivo; ser

adequado à idade ou fase do desenvolvimento; ser culturalmente comparável; possuir um núcleo genérico e módulos específicos e dar ênfase aos aspectos de saúde que aumentam a qualidade de vida, em vez de aspectos meramente negativos como presentes em muitos instrumentos. Além disso, foi sugerida uma lista de domínios e/ou facetas a serem incluídos, tais como: relações familiar/social; função física, psicológica (interna); aparência física; relações psicossociais relativas ao ambiente social e material e às características do ambiente em si, por exemplo: escola, alimentação, tarefas, espaços e conforto material (WHO, 1994).

A demanda acadêmica por instrumentos internacionais de medida da QVRS para crianças e adolescentes também caminhou par e passo com demandas emergentes nas agendas das políticas de saúde, as quais visam determinar a natureza e extensão das necessidades de cuidados de saúde, a utilização de serviços e a alocação de recursos, problematizadas inicialmente em nível de cada nação para, em seguida, naturalmente, estender-se para o nível internacional (U. Ravens-Sieberer et al., 2006).

Os instrumentos de utilização genérica, para adequar-se às diretrizes da OMS, deveriam ser culturalmente construídos, harmonizados e testados no contexto de um processo de desenvolvimento simultâneo multinacional (Ulrike Ravens-Sieberer et al., 2006; WHO, 1994). O primeiro instrumento genérico que cumpriu de forma abrangente às diretrizes lançadas pela OMS, no intuito de obter mensurações adequadas para a criança/adolescente em termos de QVRS, resultou do projeto europeu KIDSCREEN (Ulrike Ravens-Sieberer et al., 2006).

Projetos similares realizados por outros grupos de pesquisadores também originaram instrumentos de mensuração de QVRS em crianças/adolescentes com validação internacional como o DISABKIDS (Baars, Atherton, Koopman, Bullinger, & Power, 2005), o Euro-Qol-5D Youths (EQ-5D-Y) (Wille et al., 2010) e o Haemo-Qol (específico para portadores de hemofilia) (M. Bullinger et al., 2002). Entretanto, a maior parte dos instrumentos em uso na atualidade não foi desenvolvida dentro desta metodologia.

O KIDSCREEN resultou do empenho inicial de treze países europeus e cuja geração de itens foi embasada em extensa revisão da literatura, painéis de experts com uso do método *Delphi*, formação de grupos focais para entrevistar crianças e adolescentes em todos os países membros. Além disso, a estrutura do instrumento e a calibração da escala ocorreram no bojo de um estudo piloto multinacional, onde foram empregados métodos psicométricos atuais embasados nas teorias do teste, clássica e probabilística (Ravens-Sieberer et al., 2001).

Rajmil et al. (2012), em recente revisão de instrumentos QVRS em uso para crianças e adolescentes em grande parte da ibero-américa, encontraram 31 instrumentos, dos quais 24 já

havia passado por processos de adaptação em outras línguas que não a original e, na análise das propriedades psicométricas realizada, reportaram, dentre outros aspectos, a extensa variabilidade no número e características das dimensões presentes nos instrumentos, provavelmente, relacionadas ao próprio processo de desenvolvimento, à população alvo e ao embasamento teórico utilizado (Rajmil et al., 2012).

Assim, a escolha de um instrumento de pesquisa QVRS deve ser embasada nos objetivos envolvidos na investigação, ou seja, se as dimensões presentes em determinado instrumento são relevantes para o contexto em estudo e se abrange a faixa etária de interesse (Rajmil et al. 2012).

Especificamente neste estudo, onde se pretende obter medidas genéricas da QVRS de adolescente e analisar suas possíveis correlações com padrões de identificação familiares, importa a escolha de instrumento que vise à avaliação multidimensional da qualidade de vida e prestigie indicadores subjetivos da vida interna (pensamentos, emoções e percepções), de adaptação social e aquisição de papéis - daí a escolha recair sobre o KIDSCREEN-27, instrumento resultante do projeto KIDSCREEN, cujas características serão aprofundadas no Capítulo 5 (Casuística e Método).

2.1.3 Traços de Personalidade e Qualidade de Vida

Vários estudos têm demonstrado associações de diferentes facetas da personalidade com dimensões da qualidade de vida em diferentes grupos: de informantes adultos, saudáveis (Costa & McCrae, 1980; Siegler & Brummett, 2000; Yamaoka et al., 1998), portadores de doenças somáticas (Aarstad, Aarstad, & Olofsson, 2008; Boye et al., 2008; Gomes & Ribeiro, 2001; Penedo et al., 2003; Yamaoka et al., 1998), portadores de doenças psíquicas (Masthoff, Trompenaars, Van Heck, Hodiament, & De Vries, 2007; van Straten, Cuijpers, van Zuuren, Smits, & Donker, 2007); e de informantes jovens com problemas somáticos (De Clercq, De Fruyt, Koot, & Benoit, 2004; Van De Ven & Engels, 2011).

Um grande número de pesquisas sobre personalidade está embasado na hipótese léxica fundamental (Lewis R. Goldberg, 1990), a qual teve suas origens no final do século de XIX com Sir Francis Galton, que empreendeu os primeiros esforços na direção de reconhecer a possibilidade de codificação das diferenças individuais mais importantes, em algumas ou todas as línguas do mundo como segue:

Tentei ter uma ideia do número dos aspectos mais evidentes do caráter por meio da contagem em um dicionário apropriado das palavras usadas para

expressá-las...eu examinei aleatoriamente muitas páginas de seu índice, como amostras do todo, e estimei que ele continha umas mil palavras expressivas do caráter, cada uma das quais tem um tom distinto de significado, embora cada uma partilhe uma grande parte do seu significado com algumas das demais (Galton 1884, pp. 181).

A estimativa original de Galton (1884) do número de termos em Inglês relacionados à personalidade foi posteriormente ratificada empiricamente – primeiro por Allport e Odbert (1936), que selecionaram os termos da segunda edição do *Webster's Unabridged New International Dictionary* (Novo Dicionário Internacional Completo de Webster) e mais tarde, por Norman (1967), que completou a lista anterior com os termos da terceira edição (Norman, 1967; Goldberg, 1990).

De acordo com John, Angleitner, & Ostendorf (2006), em sua revisão histórica das pesquisas em taxonomia dos traços, a suposição fundamental que está na base das várias abordagens lexicais, como encontrado em Klages, 1926/1929, Allport, 1937, Cattell, 1943, Norman, 1963 e Goldberg, 1982, repousa na premissa de que:

As diferenças individuais que são mais salientes e socialmente relevantes na vida das pessoas acabarão por tornar-se codificadas em sua língua; a maior probabilidade é que tal diferença mais importante vai ser expressa com uma única palavra (John et al., 2006, pp. 174).

Um dos cientistas que se tornou bastante influente na construção de uma taxonomia da personalidade foi Raymond B. Cattell, que realizou uma leitura atenta dos termos descritivos da personalidade em língua inglesa (Lewis R. Goldberg, 1990). Os estudos de Cattell (1943) se basearam na lista desenvolvida por Allport e Odbert (1936) e na inclusão de outros termos selecionados da literatura psicológica, os quais originaram 171 escalas, permitindo a construção de um conjunto de 35 grupos de termos relacionados, com polaridades positivas e negativas (bipolares). Sua análise, por meio de correlações com procedimentos de rotação oblíqua, identificou originalmente doze fatores. Pesquisas posteriores realizadas por outros pesquisadores com os mesmos grupos de termos, porém com procedimentos de rotação ortogonal, confirmaram a presença de apenas cinco fatores (Digman & Takemoto-Chock, 1981; Fiske, 1949; Norman, 1963; Tupes & Christal, 1961/1992) e novas pesquisas com outros conjuntos de termos também encontraram resultados semelhantes, isto é, uma estrutura

de cinco fatores (Borgatta, 1964; Digman & Inouye, 1986; Lewis R. Goldberg, 1990; McCrae & Costa, 1987, 1985).

Com vias à generalização deste modelo, Goldberg (1990) utilizou grupos de termos da língua inglesa para representar traços característicos e descreveu a personalidade em uma estrutura de cinco dimensões (os "*Big Five*"), enumeradas e rotuladas, com suas polaridades positivas e negativas, da seguinte forma: Fator I- Extroversão ou Autoconfiança (*Surgency*), p.ex. entusiasmo, comunicação *versus* inibição, reserva; Fator II- Adequação social (*Agreeableness*), p.ex. simpatia, cordialidade *versus* antagonismo, querelância; Fator III- Conscienciosidade (*Conscientiousness*), p.ex. organização, eficiência *versus* desorganização, negligência; Fator IV- Estabilidade emocional (*vs.* Neuroticismo) p. ex. independência, autonomia *versus* instabilidade, nervosismo e Fator V- Intelectualidade (*Intellect*), p. ex. criativo, esperto *versus* não imaginativo, rude, também rotulado como Abertura (*Openness*) (McCrae & Costa, 1987).

Na atualidade, um grande número de pesquisas sobre personalidade está focado no Modelo de Cinco Fatores (MCF) (Ozer & Benet-Martínez, 2006; Van De Ven & Engels, 2011), pois, dentre diferentes tipos de unidades usadas na psicologia da personalidade (Hooker & McAdams, 2003), as dimensões de traços, em virtude de sua independência, contexto e natureza não-contingente, possivelmente têm maior utilidade na previsão de múltiplos resultados que podem surgir da agregação natural de ações ou eventos, como eles ocorrem ao longo do tempo e das situações (Ozer & Benet-Martínez, 2006).

Esses fatores, baseados em traços como no MCF, podem também ser usados para descrever a personalidade em crianças/adolescentes (Branje, van Lieshout, & van Aken, 2004) e têm sido usados, ainda de forma incipiente, em estudos que visam correlacionar os traços de personalidade com a qualidade de vida em portadores de alguma condição somática (De Clercq et al., 2004; Van De Ven & Engels, 2011; Vollrath & Landolt, 2005).

No que tange à Extroversão, os estudos em amostras de crianças/adolescentes encontraram tanto uma relação positiva (Van De Ven & Engels, 2011), como uma relação fraca (De Clercq et al., 2004) ou mesmo, ausência de relação (Vollrath & Landolt, 2005) com a qualidade de vida. Quanto à Adequação social, foi encontrada uma relação positiva na maioria dos estudos (De Clercq et al., 2004; Van De Ven & Engels, 2011; Vollrath & Landolt, 2005). No que se refere à Conscienciosidade, foi encontrada uma relação positiva fraca (De Clercq et al., 2004) e, às vezes, somente nas subescalas de qualidade de vida (Vollrath & Landolt, 2005). Quanto ao neuroticismo, foram encontradas de forma consistente relações negativas com a QV (Vollrath & Landolt, 2005; De Clercq et al., 2004; Van De Ven

& Engels, 2011). Finalmente, resultados menos consistentes foram encontrados para a Abertura, com relação positiva apenas para algumas medidas de QV (Vollrath & Landolt, 2005; De Clercq et al., 2004).

Assim, a análise desses achados preliminares que correlacionam personalidade e QV somados ao conhecimento de que o FIT está embasado no uso de adjetivos que guardam estreita relação com traços de personalidade permitiu que fosse inferida uma possível relação entre os conceitos mensurados com o FIT e o questionário KIDSCREEN-27.

O desejo em pesquisar sobre modelos de interação entre padrões de identificação e qualidade de vida e bem-estar é impulsionado, também, na percepção de que novas compreensões nas relações diádicas estabelecidas pelos adolescentes a partir da família, com pessoas e instituições de seu universo cultural, possam ser discutidas, em função de práticas diferenciadas que se impõem na interação social entre as pessoas, com especial destaque para os profissionais de saúde que anseiam pelo gerenciamento adequado de problemas emergentes na população adolescente e, em particular, daqueles que repercutem na saúde e desenvolvimento saudável.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

A partir de dados coletados em amostra de adolescentes das capitais brasileiras – Belém (PA), Brasília (DF), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS): (a) obter escores de QVRS, com o questionário KIDSCREEN-27 e analisar a propriedades psicométricas do instrumento; (b) obter escores dos autoconceitos, da autocongruência e das identificações com o FIT e analisar as propriedades discriminantes do instrumento e (c) contruir e testar a validade de modelo teórico que investiga as relações entre as variáveis envolvidas nos constructos dos padrões de identificação familiar obtidas com o FIT e àquelas de qualidade de vida relacionada à saúde obtidas com o questionário KIDSCREEN-27, por meio da aplicação da modelagem de equações estruturais.

3.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos foram organizados em função das publicações que esta proposta de tese originou.

3.2.1 Artigo 1: Investigar amostra de adolescentes selecionados em quatro capitais brasileiras - Belém (PA), Brasília (DF), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS), com a aplicação do questionário genérico KIDSCREEN-27 para: (a) obter escores de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), por sexo e grupos (estudantes e clínico) e (b) analisar se o instrumento mostra qualidades psicométricas similares às de sua validação original e se seus resultados se mostraram confiáveis e válidos para a população de adolescentes/cuidadores das capitais brasileiras.

3.2.2 Artigo 2: Investigar amostra de adolescentes selecionados em quatro capitais brasileiras - Belém (PA), Brasília (DF), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS), com a aplicação do Teste de Identificação da Família (FIT) para: (a) obter escores brutos de autoconceitos, conceitos de outros e similaridade entre conceitos de outros (nível de adjetivo); (b) obter escores de correlações entre autoconceitos e conceitos de outros (nível de correlação ou identificações), i.e., os padrões de identificações familiares e (c) analisar as medidas obtidas no nível de correlações por grupos de adolescentes (clínico e estudantes) na direção de analisar as propriedades discriminantes do instrumento nos subgrupos estudados;

3.2.3 Artigo 3: Construção e testagem de um modelo teórico que vise a investigação de relações entre as variáveis envolvidas nos constructos dos padrões de identificação familiar obtidas com o Teste de Identificação da Família (FIT) em nível de adjetivo (autoconceitos e conceitos de outros) e aqueles de qualidade de vida relacionada à saúde obtidas com o questionário KIDSCREEN-27 por intermédio da modelagem de equações estruturais (SEM) em amostra de adolescentes das capitais brasileiras - Belém (PA), Brasília (DF), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS).

4 HIPÓTESES

4.1 Artigo 1

4.1.1 Hipóteses Conceituais

Hipótese Conceitual A: Existem diferenças nos escores de qualidade de vida obtidos com o instrumento genérico KIDSCREEN-27 para adolescentes das capitais brasileiras - Belém (PA), Brasília (DF), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS) - oriundos de diferentes contextos de estudantes e clínicos.

Hipótese Conceitual B: Existem diferenças nos escores de qualidade de vida obtidos com o instrumento genérico KIDSCREEN-27 para adolescentes das capitais brasileiras - Belém/PA, Brasília/DF, Fortaleza/CE e Porto Alegre/RS - quando se considera o sexo dos respondentes.

Hipótese Conceitual C: O instrumento KIDSCREEN-27 apresenta qualidades psicométricas similares às de sua validação original. Seus resultados mostraram-se confiáveis e válidos para a população estudada.

4.1.2 Hipóteses Operacionais

Hipótese Operacional A:

H_0 : os escores de qualidade de vida obtidos com o KIDSCREEN-27 de adolescentes das capitais brasileiras - Belém (PA), Brasília (DF), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS) - oriundos de contextos de estudantes = escores obtidos em contextos clínicos.

H_1 : os escores de qualidade de vida obtidos com o KIDSCREEN-27 de adolescentes das capitais brasileiras - Belém (PA), Brasília (DF), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS) - oriundos de contextos de estudantes \neq escores obtidos em contextos clínicos.

Hipótese Operacional B:

H_0 : os escores de qualidade de vida obtidos com o KIDSCREEN-27 com adolescentes das capitais brasileiras - Belém (PA), Brasília (DF), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS) - do sexo masculino = escores obtidos com respondentes do sexo feminino.

H₁: os escores de qualidade de vida obtidos com o KIDSCREEN-27 com adolescentes das capitais brasileiras - Belém (PA), Brasília (DF), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS) - do sexo masculino \neq escores obtidos com respondentes do sexo feminino.

Hipótese Operacional C:

H₀: o desempenho psicométrico do KIDSCREEN-27 em Português \neq desempenho psicométrico do KIDSCREEN-27 em sua validação original.

H₁: desempenho psicométrico do KIDSCREEN-27 em Português = desempenho psicométrico do KIDSCREEN-27 em sua validação original.

4.2 Artigo 2

4.2.1 Hipóteses Conceituais

Hipótese Conceitual A: Existem diferenças nos padrões de identificações familiares em adolescentes das capitais brasileiras - Belém (PA), Brasília (DF), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS) - oriundos de contextos de estudantes e clínicos.

Hipótese Conceitual B: Existem diferenças nos padrões de identificações familiares em adolescentes das capitais brasileiras - Belém (PA), Brasília (DF), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS) - oriundos de contextos de estudantes e clínicos, que se mantém mesmo quando se utilizam sexo, idade e nível socioeconômico como variáveis preditoras.

4.1.2 Hipóteses Operacionais

Hipótese Operacional A:

H₀: os padrões de identificações familiares em adolescentes das capitais brasileiras - Belém (PA), Brasília (DF), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS) - são iguais em contextos de estudantes e clínico.

H₁: os padrões de identificações familiares em adolescentes das capitais brasileiras - Belém (PA), Brasília (DF), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS) - são diferentes em contextos de estudantes e clínico.

Hipótese Operacional B:

H_0 : os padrões de identificações familiares em adolescentes das capitais brasileiras - Belém (PA), Brasília (DF), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS) - são iguais quando se utilizam sexo, idade e nível socioeconômico como variáveis preditoras.

H_1 : os padrões de identificações familiares em adolescentes das capitais brasileiras - Belém (PA), Brasília (DF), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS) - são diferentes quando se utilizam sexo, idade e nível socioeconômico como variáveis preditoras.

4.3 Artigo 3

4.3.1 Hipótese Conceitual: Existem correlações entre as variáveis obtidas com o Teste de Identificação da Família (FIT), no nível de adjetivo (autoconceitos e conceitos de outros) e com questionário KIDSCREEN-27, evidenciadas por intermédio da modelagem de equações estruturais (SEM), em amostra de adolescentes das capitais brasileiras - Belém (PA), Brasília (DF), Fortaleza (CE) e Porto Alegre (RS).

4.3.2 Hipótese Operacional:

H_0 : as variáveis obtidas com o Teste de Identificação da Família (FIT), no nível de adjetivo (autoconceitos e conceitos de outros) não se correlacionam com as variáveis obtidas com questionário KIDSCREEN-27.

H_1 : as variáveis obtidas com o Teste de Identificação da Família (FIT), no nível de adjetivo (autoconceitos e conceitos de outros) se correlacionam às variáveis obtidas com questionário KIDSCREEN-27

5 CASUÍSTICA E MÉTODOS

5.1 Participantes

Na realização da presente pesquisa, foi tomada uma amostra constituída de 1.082 adolescentes (12 a 18 anos), de ambos os sexos, e 479 cuidadores (350 figuras maternas e 129 figuras paternas), residentes nas cidades brasileiras de Belém, Brasília, Porto Alegre e Fortaleza. Os participantes da pesquisa constituíram três grupos: Grupo Clínico (GC), Grupo de Estudantes de Escolas Públicas (GP) e Grupo de Estudantes de Escolas Privadas (GPr).

Na formação do grupo clínico (CG), serviços ambulatoriais públicos e privados foram identificados nas quatro cidades-alvo da pesquisa (de preferência, Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis). Após a autorização dos gestores das instituições selecionadas, convites orais foram realizados para todos os adolescentes e cuidadores que frequentavam as salas de espera desses serviços dentro do prazo estipulado para a coleta de dados. Aqueles que aceitaram o convite oral foram convidados a assinar o termo de consentimento para participação no estudo.

Após esses procedimentos, os instrumentos foram aplicados em ambientes privados para adolescentes e cuidadores, separadamente. Os grupos de estudantes (GP e GPr) foram selecionados em dois tipos de escolas: públicas (com baixo IDH) e privado (com alto IDH), ambos localizados geograficamente próximos aos serviços de saúde selecionados, quando selecionado o grupo clínico (CG). Após a autorização dos diretores das escolas, os convites foram realizados nas salas de aula para todos os alunos na faixa etária em estudo. Aqueles que concordaram em participar levaram uma carta para seus cuidadores para obter o consentimento para a sua própria participação, bem como a de seus cuidadores. Após esses procedimentos, os instrumentos foram aplicados individualmente ou em pequenos grupos. A caracterização dos adolescentes e cuidadores na amostra geral pode ser vista nas Tabelas 5.1 e 5.2

5.1.2 Delimitação da Amostra

Apesar de o banco de dados brasileiro ser constituído originalmente de um número maior de participantes (1266 casos), procedeu-se a exclusão de alguns participantes com intuito de melhor controle da amostra e para evitar o uso de dados confusos que se afastassem dos objetivos propostos nesta pesquisa. Os motivos de exclusão foram: de 103 casos nos quais não houve a participação do adolescente, apenas a do cuidador; 45 casos com dados

demográficos básicos (idade e sexo) ausentes; 31 casos fora da faixa etária adolescente (14 crianças de 10 aos 11 anos e 17 adultos jovens de 19 aos 21 anos) e cinco casos com menos de 10% dos dados preenchidos.

Tabela 5.1 - Caracterização dos adolescentes na Amostra Geral

Variáveis	Categorias	GP		GPr		GC		Total	
		n	%	N	%	n	%	n	%
Cidades brasileiras									
	Brasília	320	29,6%	137	12,7%	68	6,3%	525	48,5%
	Porto Alegre	95	8,8%	185	17,1%	59	5,5%	339	31,3%
	Fortaleza	71	6,6%	51	4,7%	3	,3%	125	11,6%
	Belém	24	2,2%	21	1,9%	48	4,4%	93	8,6%
	Total	510	47,1%	394	36,4%	178	16,5%	1082	100,0%
Sexo									
	feminino	276	25,5%	215	19,9%	92	8,5%	583	53,9%
	masculino	234	21,6%	179	16,5%	86	7,9%	499	46,1%
	Total	510	47,1%	394	36,4%	178	16,5%	1082	100,0%
Faixa etária									
	12 - 13 anos	62	5,7%	56	5,2%	59	5,5%	177	16,4%
	14 - 15 anos	170	15,7%	119	11,0%	69	6,4%	358	33,1%
	16 - 18 anos	278	25,7%	219	20,2%	50	4,6%	547	50,6%
	Total	510	47,1%	394	36,4%	178	16,5%	1082	100,0%
Anos de estudo									
	4 a 6 anos	12	1,2%	5	,5%	44	4,4%	61	6,1%
	7 a 9 anos	348	34,6%	227	22,6%	80	8,0%	655	65,1%
	10 a 12 anos	100	9,9%	157	15,6%	33	3,3%	290	28,8%
	Total	460	45,7%	389	38,7%	157	15,6%	1006	100,0%
Cor									
	branca	133	12,6%	249	23,6%	73	6,9%	455	43,1%
	parda	259	24,5%	102	9,7%	82	7,8%	443	42,0%
	negra	96	9,1%	10	,9%	20	1,9%	126	11,9%
	outra	21	2,0%	9	,9%	1	,1%	31	2,9%
	Total	509	48,2%	370	35,1%	176	16,7%	1055	100,0%
Nível socioeconômico									
	baixo	220	20,3%	24	2,2%	76	7,0%	320	29,6%
	médio	241	22,3%	144	13,3%	66	6,1%	451	41,7%
	alto	49	4,5%	226	20,9%	36	3,3%	311	28,7%
	Total	510	47,1%	394	36,4%	178	16,5%	1082	100,0%
Participação									
	figura materna	106	22,1%	117	24,4%	127	26,5%	350	73,1%
	figura paterna	31	6,5%	82	17,1%	16	3,3%	129	26,9%
	Total	137	28,6%	199	41,5%	143	29,9%	479	100,0%

Tabela 5.2 - Caracterização dos cuidadores na Amostra Geral

Categorias	GP		GPr		GC		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estados brasileiros								
Brasília	8	1,7%	53	11,1%	34	7,1%	95	19,8%
Porto Alegre	47	9,8%	86	18,0%	58	12,1%	191	39,9%
Fortaleza	58	12,1%	39	8,1%	3	0,6%	100	20,9%
Belém	24	5,0%	21	4,4%	48	10,0%	93	19,4%
Total	137	28,6%	199	41,5%	143	29,9%	479	100,0%
Escolaridade								
analfabeto	6	1,3%	-	-	1	,2%	7	1,5%
fundamental incompleto	51	10,6%	11	2,3%	40	8,4%	102	21,3%
fundamental completo	22	4,6%	6	1,3%	25	5,2%	53	11,1%
médio incompleto	12	2,5%	4	,8%	9	1,9%	25	5,2%
médio completo	31	6,5%	25	5,2%	45	9,4%	101	21,1%
superior incompleto	6	1,3%	18	3,8%	4	0,8%	28	5,8%
superior completo	6	1,3%	116	24,2%	17	3,5%	139	29,0%
mestrado/doutorado	-	-	17	3,5%	1	0,2%	18	3,8%
perdido	3	0,6%	2	0,4%	1	0,2%	6	1,3%
Total	137	28,6%	199	41,5%	143	29,9%	479	100,0%
Renda Familiar								
menos 400 reais	18	3,8%	6	1,3%	32	6,7%	56	11,7%
de 401 a 1000 reais	52	10,9%	15	3,1%	61	12,7%	128	26,7%
de 1001 a 1600 reais	47	9,8%	17	3,5%	19	4,0%	83	17,3%
de 1601 a 2200	7	1,5%	9	1,9%	9	1,9%	25	5,2%
de 2201 a 2800	7	1,5%	15	3,1%	4	0,8%	26	5,4%
de 2801 a 5000	2	0,4%	32	6,7%	7	1,5%	41	8,6%
acima de 5000	3	0,6%	103	21,5%	8	1,7%	114	23,8%
perdido	1	0,2%	2	0,4%	3	0,6%	6	1,3%
Total	137	28,6%	199	41,5%	143	29,9%	479	100,0%
Profissão								
nível superior	5	1,0%	84	17,5%	13	2,7%	102	21,3%
nível médio	20	4,2%	29	6,1%	9	1,9%	58	12,1%
nível elementar	60	12,5%	16	3,3%	59	12,3%	135	28,2%
aposentado	2	0,4%	7	1,5%	3	0,6%	12	2,5%
desempregado	3	0,6%	-	-	1	0,2%	4	0,8%
servidor público	9	1,9%	33	6,9%	7	1,5%	49	10,2%
do lar	11	2,3%	11	2,3%	14	2,9%	36	7,5%
estudante	1	0,2%	3	0,6%	-	-	4	0,8%
autonomo	3	0,6%	1	0,2%	1	0,2%	5	1,0%
perdido	23	4,8%	15	3,1%	36	7,5%	74	15,4%
Total	137	28,6%	199	41,5%	143	29,9%	479	100,0%

(continua)

Tabela 5.2 - Caracterização dos cuidadores na Amostra Geral

Categorias	(conclusão)								
	GP		GPr		GC		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cor									
branca	48	10,0%	140	29,2%	48	10,0%	236	49,3%	
parda	57	11,9%	34	7,1%	74	15,4%	165	34,4%	
negra	29	6,1%	3	0,6%	19	4,0%	51	10,6%	
outra	1	0,2%	2	0,4%	1	0,2%	4	0,8%	
perdido	2	0,4%	20	4,2%	1	0,2%	23	4,8%	
Total	137	28,6%	199	41,5%	143	29,9%	479	100,0%	

5.2 Instrumentos

Os Questionários da Visão de Saúde (Käppler, 2004), em suas versões *Jovens e Cuidadores*, contêm questões qualitativas e quantitativas e abrangem conteúdo organizado em quatro partes distintas - Saúde, Família, Bem-Estar e Condições de Vida - as quais, por sua vez, estão divididas em Seções.

Nesta pesquisa serão analisadas variáveis que estão organizadas a partir da segunda parte dos Questionários da Visão de Saúde - Seções J a R na versão jovens (Anexo A) e Seções K a R na versão cuidadores (Anexo B), discriminadas abaixo:

Na Versão dos Jovens:

Parte 2 (FAMÍLIA): Seção J (Questões 127 a 134) corresponde ao Teste de Identificação da Família (FIT)

Parte 3 (BEM-ESTAR): Seções K a O (Questões 135 a 162) corresponde ao questionário KIDSCREEN-27.

Parte 4 (CONDIÇÕES DE VIDA): Seções P a R (Questões 163 a 169) relativas à caracterização do perfil sócio-demográfico. A Seção Q corresponde à escala FAS II (William Boyce & Lorenza Dallago, 2004).

Na Versão dos Cuidadores:

Parte 2 (FAMÍLIA): Seção K (Questões 142 a 145) corresponde ao Teste de Identificação da Família (FIT)

Parte 3 (BEM-ESTAR): Seções L a Q (Questões 152 a 178) corresponde ao questionário KIDSCREEN-27.

Parte 4 (CONDIÇÕES DE VIDA): R (Questões 179 a 182) relativas à caracterização do perfil sócio-demográfico.

5.3.1 Teste de Identificação da Família - FIT

O *Familien-Identifikations-Test* - FIT (Teste de Identificação da Família) - foi desenvolvido por Remschmidt e Matthejat (1999) inspirado em outros processos psicodiagnósticos e tem, como um de seus fundamentos, os processos de identificação na constituição do sujeito. Foi desenvolvido originalmente em dois formatos equivalentes para aplicação do teste - uma versão tabuleiro e uma versão questionário - ambos organizados com base em 12 adjetivos que são utilizados para avaliar em que medida o adolescente se percebe e se identifica com outros membros da família.

As duas versões do FIT (tabuleiro e questionário) lançam mão dos mesmos doze adjetivos como atributos de personalidade das pessoas em investigação. Tais atributos guardam correspondência com três dos cinco fatores do modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF) ou Teste *Big Five*, quais sejam - Extroversão, Adequação Social e Estabilidade/Labilidade Emocional (Neuroticismo). Os dois primeiros, devido a sua relevância interacional e o último, devido ao seu significado clínico. O fator "extroversão" foi representado no FIT em dois aspectos distintos: a "atividade social" e a "assertividade", entendidos por seus autores como fundamentais na percepção da personalidade da pessoa (Remschmidt & Matthejat, 1999).

O modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), fundamentado na teoria do traço - uma visão do mundo que vê a essência da natureza humana em diferenças individuais - busca descrever dimensões da personalidade humana de forma consistente e replicável (McCrae, & John 1992). O modelo CGF identifica cinco dimensões com polaridades positivas e negativas: extroversão (*extraversion*) versus introversão (por exemplo, assertivo, versus tímido, submisso), adequação social (*agreeableness*) versus hostilidade (por exemplo, prestativo, simpático versus rude, cruel), estabilidade emocional versus neuroticismo (por exemplo, calmo, equilibrado versus ansioso, mal-humorado), conscienciosidade (*conscientiousness*) versus alheamento (por exemplo, controlado, trabalhador versus negligente, impulsivo) e intelectualidade/abertura (*openness*) versus falta de intelectualidade/não aberto à experiência (por exemplo, curioso, criativo versus ignorante, sem imaginação) (Hampson, Goldberg, Vogt, & Dubanoski, 2006).

Assim, a estrutura teórica na qual o FIT repousa foi testada por seus autores (Renschmidt & Mattejat, 1999) por meio de análise fatorial confirmatória em várias amostras. Seus adjetivos, com suas polaridades e fundamentação teórica, estão sumarizados no Quadro 5.1.

Quadro 5.1- Adjetivos utilizados no FIT e sua fundamentação teórica*

Adjetivo (Polaridade)	Fundamentação Teórica (Dimensões da Personalidade)	
animado/a (+) comunicativo/a (+) tranquilo/a (-)	Atividade Social	Extroversão
seguro/a de si (+) independente (+) medroso/a (-)	Assertividade	
compreensivo/a (+) atencioso/a (+) simpático/a (+)	Capacidade de resposta social	Adequação Social
nervoso/a (+) de lua (+) satisfeito/a (-)	Labilidade Emocional	Neuroticismo

* Adaptado de Renschmidt & Mattejat, 1999, p. 10.

O FIT objetiva detectar o autoconceito, a autocongruência, conceito de outro e identificações relativas a interações interpessoais significativas, assim como a estabilidade emocional da pessoa em investigação. Além disso, visa determinar, por meio de coeficientes de correlação, a semelhança entre estes conceitos. Esses coeficientes de correlação, por sua vez, são interpretados como indicadores da autocongruência e da identificação da pessoa com os outros membros da família (Renschmidt & Mattejat, 1999).

No processo de *execução padrão* do FIT são coletados quatro descritores: Self Real ("como você descreveria a si mesmo, como você pensa que é"), Self Ideal ("descreva como você gostaria de ser"), Imagem do pai ("descreva o seu pai, como você acha que ele é") e Imagem da mãe ("descreva sua mãe, como você acha que ela é").

Da mesma maneira, na investigação padrão com os pais também são coletados quatro descritores (versão pai ou versão mãe): Self real, Self ideal, Imagem do adolescente, Imagem do parceiro. Além disso, é possível obter descrições de outras pessoas presentes no contexto do adolescente em investigação, dependendo do interesse do pesquisador. Do mesmo modo, também é possível uma "*execução reduzida*" na ausência de um membro da família (Renschmidt & Mattejat, 1999).

O FIT foi traduzido para o português e validado por Teodoro (2000), que o utilizou em seu formato de tabuleiro (Teodoro, 2000). A versão em forma de questionário utilizada nesta pesquisa corrobora as adequações realizadas por K  ppler (2004) em seu protocolo original de pesquisa (AMHC), o qual direcionou a investigação para o próprio jovem, ou seja, seus autoconceitos (real e ideal) e perspectivas sobre pessoas importantes de seu contexto social, no caso, sua mãe (figura materna), seu pai (figura paterna) e acrescentou    aplicação *Standard* do FIT a figura do av  /av   considerado importante. Do mesmo modo, no questionário *proxy*, sua adaptação visou investigar os autoconceitos (real e ideal), assim como as perspectivas dos cuidadores com relação ao adolescente em investigação e ao parceiro/a no cuidado do adolescente.

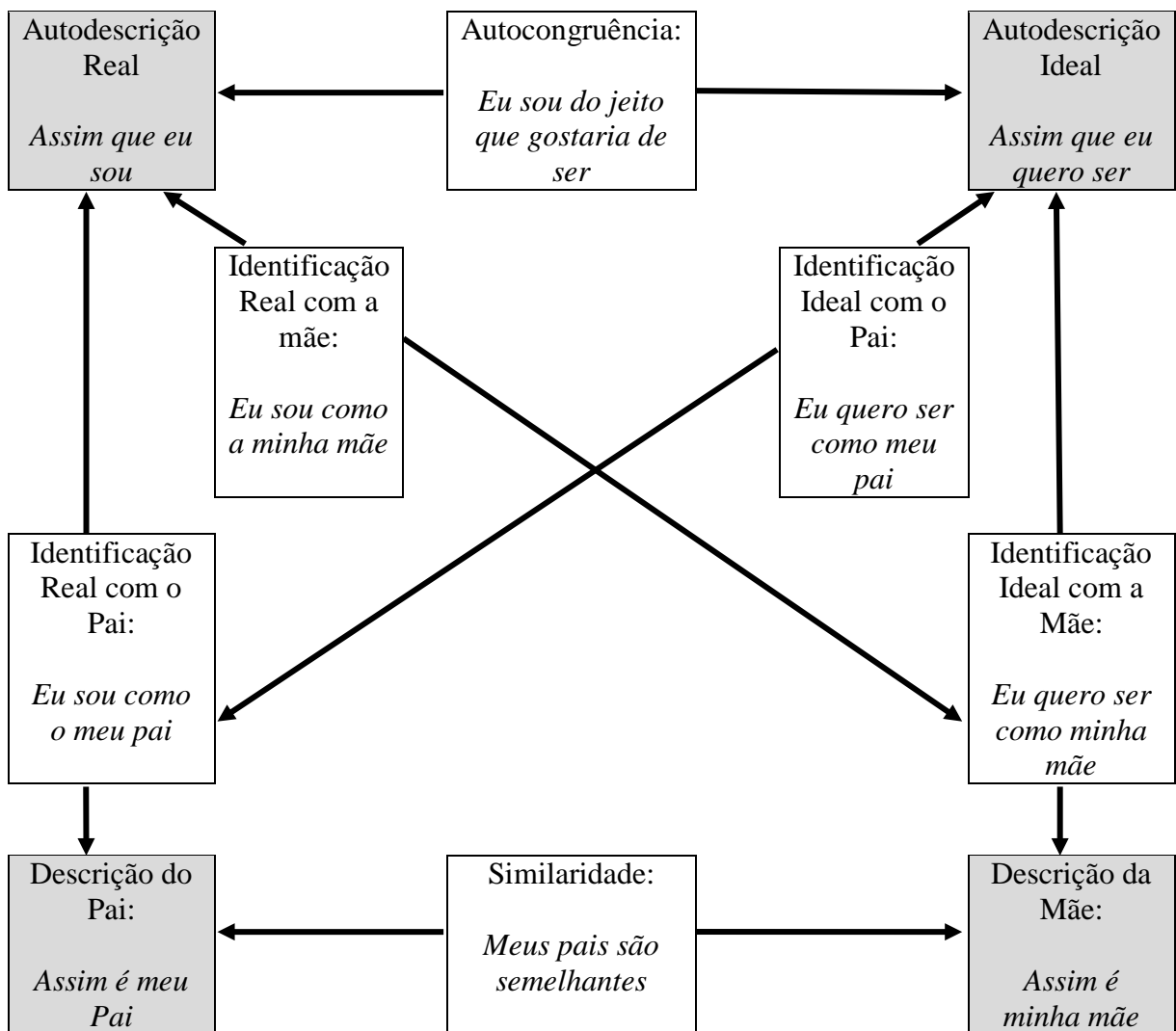


Figura 5.1- Exemplo de Possibilidades de Avaliação com FIT (Versão Criança/ Adolescente)*

* Adaptado de Remschmidt & Mattejat, 1999, p. 12.

Nas descrições, foram empregados os 12 adjetivos já descritos, devendo, no questionário utilizado na coleta, a pessoa pesquisada indicar até que ponto os adjetivos se aplicavam a cada pessoa descrita. As possibilidades de resposta foram distribuídas em uma escala tipo de *Likert* de 5 pontos que iam do 1 "não corresponde" ao 5 "corresponde totalmente". Ao correlacionar estas descrições sobre si mesmo e acerca do outro, diversas variáveis podem ser obtidas. A Figura 5.1 ilustra algumas possibilidades de análise.

Desse modo, no processo de avaliação da versão administrada ao adolescente, foram obtidos dez coeficientes de correlação e na versão administrada ao cuidador (Versão Pai e Versão Mãe), foram obtidos seis coeficientes de correlação para cada uma. Uma visão geral de todas as variáveis (coeficientes de correlação) de execução obtidas nesta pesquisa são fornecidas nos Quadros 5.2 - 5.4.

Quadro 5.2: Variáveis de execução Versão Criança/ Adolescente.

Abreviatura	Denominação
A:A	Informação do Adolescente: Autocongruência
A:RP	Informação do Adolescente: Identificação Real com o Pai
A:IP	Informação do Adolescente: Identificação Ideal com o Pai
A:RM	Informação do Adolescente: Identificação Real com a Mãe
A:IM	Informação do Adolescente: Identificação Ideal com a Mãe
A:RA	Informação do Adolescente: Identificação Real com o Avô/ Avó
A:IA	Informação do Adolescente: Identificação Ideal com o Avô/ Avó
A:PM	Informação do Adolescente: Similaridade Pai - Mãe
A:PA	Informação do Adolescente: Similaridade Pai com o Avô/ Avó
A:MA	Informação do Adolescente: Similaridade Mãe com o Avô/ Avó

Quadro 5.3: Variáveis de execução Versão Pai.

Abreviatura	Denominação
P:A	Informação do Pai : Autocongruência
P:RA	Informação do Pai : Identificação Real com o Adolescente
P:IA	Informação do Pai : Identificação Ideal com o Adolescente
P:RPa	Informação do Pai : Identificação Real com a Parceira
P:IPa	Informação do Pai : Identificação Ideal com a Parceira
P:PaA	Informação do Pai : Similaridade Parceira com o Adolescente

Quadro 5.4: Variáveis de execução Versão Mãe.

Abreviatura	Denominação
M:A	Informação da Mãe : Autocongruência
M:RA	Informação da Mãe : Identificação Real com o Adolescente
M:IA	Informação da Mãe : Identificação Ideal com o Adolescente
M:RPa	Informação da Mãe : Identificação Real com o Parceiro
M:IPa	Informação da Mãe : Identificação Ideal com o Parceiro
M:PaA	Informação da Mãe : Similaridade Parceiro com o Adolescente

Na avaliação dos resultados obtidos, são indicados dois níveis possíveis de avaliação intra-individual e dois níveis possíveis de avaliação inter-individual.

No *nível intra-individual* podem ser avaliados:

(a) os escores brutos, que são descrições de si mesmo (como eu sou, como eu quero ser) e de outros (como é a minha mãe, como é meu pai, etc.) chamado nível de adjetivo e

(b) o nível de correlação, ou seja, semelhança entre descrições de si mesmo e outros, chamado nível de identificação (autocongruência, identificações real e ideal e similaridades), que obtém as medidas de correlação entre conceitos medidos no primeiro nível (adjetivo) nomeadas de variáveis de execução.

No *nível inter-individual* pode ser avaliado:

(a) o nível de consistência de descrições inter-individual e

(b) o nível de consistência de identificações inter-individual.

No nível de correlação ou de identificação, são orientados pontos de corte para os valores de correlações (de autocongruência e identificações) com base em estudos de validação que fornecem parâmetros para interpretação de resultados:

- muito baixa = -1,00 a 0,29,
- baixa = 0,30 a 0,39,
- médio = 0,40 a 0,79,
- alta = 0,80 a 0,89 e
- muito alta = 0,90 a 1,00

Os valores dos resultados do FIT, no nível de identificações, são dados em Correlações de Pearson (r^2). Para possibilitar a execução de análises estatísticas, essas correlações são sempre transformadas em escores Z, segundo Fisher (Fisher, 1921). Para a apresentação dos resultados da análise estatística (valores médios dos grupos, desvios-padrão, os intervalos de percentil, etc.), estes escores Z são sempre transformados em correlações (r^2) novamente (Renschmidt & Mattejat, 1999).

Os valores de confiabilidade de testes paralelos para autocongruência e identificações, descritos no Manual de Aplicação do FIT, são de 0,68 e 0,83. A confiabilidade teste-reteste dos valores de ensaio determinada após um breve período foi na média de 0,78 (Reteste com duas semanas) e 0,75 (Reteste com 6 semanas) (Renschmidt & Mattejat, 1999).

Os estudos de sua validação original foram realizados por meio de comparações com vários instrumentos: (a) perguntas diretas à crianças/adolescentes e pais acerca da auto-

satisfação e identificação; (b) Inventário de Depressão para Crianças e Adolescentes (*Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche* - DIKJ); (c) Teste Giessen (Gießen-Test - GT) e (d) Imagem Subjetiva da Família (*Subjektiven Familienbild* - SFB) e demonstraram que, quanto menor a autocongruência, maiores os escores de depressão; quanto mais positivamente o relacionamento familiar é experimentado, mais forte é a identificação ideal com os pais, o que foi melhor evidenciado em populações clínicas do que nas de escolares e que existem correlações significativas entre os escores obtidos com o FIT e estresse psicossocial (Remschmidt & Matthejat, 1999).

O instrumento *Familien-Identifikations-Test* - FIT© [Teste de Identificação da Família] - e traduções estão protegidos por *copyright*, com todos os direitos reservados à Editora Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG (Anexo C). As condições para utilização e tradução do instrumento são descritos no sitio <http://www.testzentrale.de/hogrefe-verlag/>.

5.3.2 Questionários de qualidade de vida para crianças e adolescentes - KIDSCREEN-27

O projeto KIDSCREEN foi coordenado pelo Centro de Estudos do Instituto Robert Koch em Berlim, em conjunto com 13 países europeus (Áustria, República Tcheca, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Polônia, Holanda, Espanha, Suécia, Suíça, Reino Unido e Alemanha). O projeto durou três anos (2001-2004) e foi financiado pela Comissão Europeia, no âmbito do 5º Programa de Estruturação (FP5 Framework Programme). Este projeto fez parte do Programa de Qualidade de Vida e de Gestão de Recursos de Vida (Quality of Life and Management of Living Resources Programme) como um dos sete programas específicos do FP5. O projeto visou desenvolver, testar e implementar instrumentos de avaliação do bem-estar e saúde subjetivos em crianças e adolescentes com idades entre 8 e 18 anos, tanto saudáveis como naqueles portadores de condições crônicas que abalam a saúde. Do mesmo modo, visou obter medições *proxy* para pais e cuidadores (U. Ravens-Sieberer et al., 2006).

Deste projeto resultaram 03 versões de questionários com 52, 27 e 10 itens, para crianças/adolescentes e similares para pais/ cuidadores (*proxy*). A versão de 27 itens foi acrescentada aos questionários de saúde mental de Käppler (2004) em seu formato e ordem original de itens. O instrumento KIDSCREEN-27, portanto, trata-se de uma versão reduzida do KIDSCREEN-52, na qual foram selecionados 27 itens da versão original e agrupados em 5 dimensões com uma perda mínima de informação comparativamente à versão de 52 itens e com qualidade psicométrica similar. O instrumento já foi traduzido e validado em vários idiomas, inclusive para o Português (U. Ravens-Sieberer et al., 2006).

O instrumento KIDSCREEN-27 mede cinco dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), cuja interpretação está sumarizada abaixo (U. Ravens-Sieberer et al., 2006):

(1) Bem-Estar Físico (5 itens): explora o nível de atividade ou performance física e energia, assim como a intensidade na qual uma criança ou adolescente se sente mal e se queixa de saúde ruim. Um escore baixo nesta dimensão revela que a criança/adolescente se sente fisicamente exausto, indisposto, incapaz, com baixa energia. Um escore elevado revela percepção de sentir-se fisicamente capaz, ativo, saudável e com energia.

(2) Bem -Estar Psicológico (7 itens): explora emoções positivas e satisfação com a vida, assim como a presença de sentimentos como solidão e tristeza. Escores baixos nesta dimensão revelam ausência de prazer na vida, sentimentos de tristeza, baixa auto-estima, infelicidade. Os escores elevados, por sua vez, revelam sentimentos de felicidade, que a criança/adolescente vê a vida positivamente e/ou se encontra equilibrado emocionalmente.

(3) Autonomia e Relações com os Pais (7 itens): explora a qualidade das interações entre a criança/adolescente e os pais (ou cuidadores), assim como se o jovem se sente amado e amparado pela família. Examina também o nível de autonomia, assim como a qualidade dos recursos financeiros percebida pelo jovem. Um escore baixo nesta dimensão revela que a criança/adolescente se sente limitada, negligenciada, não apreciada por parte da família e que os recursos económicos restringem o seu estilo de vida. Um escore elevado revela sentimentos positivos relativos ao relacionamento com os pais, com suficiente autonomia adequada para a idade; sente-se afortunado e satisfeito com seus recursos financeiros.

(4) Suporte Social e Relações com Pares (4 itens): examina relações sociais com amigos e pares por meio da investigação da interação entre o jovem e seus pares, assim como do suporte percebido. Um escore baixo nesta dimensão revela sentimentos de exclusão, de não aceitação pelos pares. Um escore elevado, por outro lado, revela sentimentos de aceitação, amparo e inclusão no grupo de pares.

(5) Ambiente Escolar (4 itens): Explora a percepção do jovem acerca de sua capacidade cognitiva, de aprendizagem e concentração e seus sentimentos quanto à escola. Além disso, explora a visão do jovem acerca de seu relacionamento com seus professores. Escores baixos traduzem sentimentos negativos quanto à escola, desgosto e insucesso escolar. Já escores elevados traduzem sentimentos de felicidade e sucesso na escola.

O KIDSCREEN-27 foi testado inicialmente em 10.000 crianças e adolescentes europeus em seu projeto piloto. Posteriormente, foi aplicado em amostras randomizadas de 1.800 crianças e adolescentes pareados com seus pais em cada um dos 13 países partícipes do

projeto, totalizando 22.830 sujeitos, o que permitiu a produção de dados normativos que confirmaram os resultados obtidos com o projeto piloto. As subescalas possibilitam medições transculturais em escalas de nível intervalar seguindo as pressuposições do Modelo Rasch e sem exibir funcionamento diferencial dos itens (DIF). Pode ser auto-administrado ou administrado por um pesquisador. Suas respostas aos 27 itens são dadas em escalas de 5 pontos que vão do "nunca/nada" ao "sempre/totalmente". O período de tempo de referência refere-se à semana anterior à pesquisa. Possibilita o cálculo de escores em cada uma das dimensões e comparações com valores de T e percentagens obtidas para cada país participante do Projeto original, por sexo e grupos de idades (U. Ravens-Sieberer et al., 2006).

Os itens da escala do KIDSCREEN satisfazem os pressupostos do Modelo Rasch, quais sejam - unidimensionalidade, homogeneidade de itens e pessoas e quantidade suficiente de escores de soma. Em decorrência destas características, na validação original, os questionários foram computados como "Escalas Rasch", com a obtenção dos respectivos escores de escalas Rasch, os quais por sua vez, foram traduzidos para T-Escores (U. Ravens-Sieberer et al., 2006).

No cálculo para obtenção dos escores estão indicados vários Passos e uso de syntax do programa SPSS inclusa no CD-Rom do Manual de Uso (U. Ravens-Sieberer et al., 2006).

No que tange à confiabilidade, o instrumento mostrou resultados satisfatórios: seus valores de consistência interna variaram de 0,79 (Bem-Estar Físico) a 0,84 (Bem-Estar Psicológico); a confiabilidade teste-reteste, com intervalo de duas semanas, variou entre 0,61 a 0,74 e a correlação intraclasse entre os escores de auto relatos das crianças e adolescentes comparativamente às versões *proxy* respondidas pelos pais variaram de 0,44 (Suporte Social e Relações com Pares) a 0,61 (Bem-Estar Físico) (U. Ravens-Sieberer et al., 2006).

Do mesmo modo, sua validação convergente e discriminante mostrou resultados satisfatórios quando comparados com instrumentos já validados de triagem para problemas físicos, o *Children with Special Health Care Needs Screener for Parents*- CSHCN (Bethell, Read, Neff, et al., 2002; Bethell, Read, Stein, et al., 2002) e de saúde mental, o *Strength and Difficulties Questionnaire* - SDQ (Goodman,1997) (U. Ravens-Sieberer et al., 2006).

Os questionários KIDSCREEN e traduções estão protegidos por *copyright*, com todos os direitos reservados ao Grupo Europeu KIDSCREEN (Anexo D). As condições para utilização dos instrumentos são descritos em detalhes no Formulário de Colaboração. Pesquisadores e outros potenciais usuários interessados podem obter autorização de uso por meio de procedimentos orientados no sitio <http://www.kidscreen.org/cms/thekidscreenproject>.

5.3.3 *Family Affluent Scale II (FAS II)*

Family Affluent Scale II (FAS II) (Escala de Prosperidade da Família, livre tradução), (Boyce et al., 2006) é um indicador socioeconômico direcionado à população adolescente. Seus escores permitem classificar as famílias como de baixa (escores = 0,1,2), média (escore = 3,4,5) e alta (escore = 6,7,8,9) prosperidade.

Nos últimos 30 anos, a OMS vem realizando inqueritos populacionais direcionados ao comportamento relativo à saúde de crianças em idade escolar (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) e, no que tange ao status socioeconômico, com a utilização de medidas objetivas e subjetivas de prosperidade pois, em que pese que crianças e adolescentes tenham conhecimento de desigualdades socioeconômicas e de oportunidades, muitos tem dificuldades em relatar com precisão as ocupações de seus pais, níveis educacionais e renda familiar (Currie, Elton, Todd, & Platt, 1997). Os estudos HBSC lançaram mão da FAS (Currie et al., 1997) com três itens (carro, quarto e férias) (W. Boyce & L. Dallago, 2004) e posteriormente, da escala FAS II. A FAS II é relacionada a índices comuns de consumo, de privação material e prosperidade doméstica e pergunta aos escolares coisas que são susceptíveis de saberem sobre a sua família (Boyce et al., 2006).

A escala é composta de quatro itens:

1- A sua família possui um carro, van ou caminhão? (Não [0]; Sim, um [1]; Sim, dois ou mais [2]). Este item é um componente do índice de privação escocês (Carstairs & Morris, 1990), que é amplamente utilizado na investigação das desigualdades na saúde.

2- Você tem seu próprio quarto para si mesmo? (Não [0]; Sim [1]). Este item é um equivalente simples para a superlotação, classificada por Townsend (1987) como privação de habitação e também é um componente do índice de privação escocês.

3- Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você viajou para longe, de férias, com sua família? (Nenhuma [0]; Uma vez [1], duas vezes [2]; mais do que duas vezes [3]). Este item é uma medida de privação de comodidades no lar (Townsend, 1987).

4- Quantos computadores sua família possui? (Nenhum [0]; Um [1]; Dois [2]; Mais de dois [3]). Este novo item foi usado para identificar famílias com condições socioeconômicas superiores em países ricos.

A FAS II representa uma ferramenta valiosa para estudos de saúde dos adolescentes e em nível individual de análise, parece ser um indicador valioso da prosperidade da família que pode ser facilmente relatado pela juventude.

5.3 Análise Estatística

5.3.1 Análise das variáveis demográficas dos Questionários da Visão de Saúde Mental (versão jovens e versão cuidadores)

A análise das variáveis demográficas dos Questionários da Visão de Saúde Mental (versão jovens e versão cuidadores) foi organizada a partir da quarta parte dos questionários (Condições de Vida), de modo a apresentar aspectos sócio demográficos relevantes da amostra brasileira, tais como:

a) Para os jovens: local de coleta, idade, sexo, anos de estudo, cor/ raça e nível socioeconômico (calculado pelos escores da escala FAS II) por grupos (GP, GPr e GC)

b) Para os cuidadores: local de coleta, tipo de familiar (figura materna e figura paterna), escolaridade, profissão, renda familiar e cor/raça por grupos (GP, GPr e GC).

Na primeira abordagem dos dados, para as variáveis demográficas, foram realizadas estatísticas descritivas, por meio do cálculo de frequências e porcentagens, os quais já foram apresentados no item 5.1.2 - *Delimitação da Amostra*.

Para a variável quantitativa idade foram realizadas as estatísticas descritivas, cálculo da média aritmética e desvio padrão. A variável idade também foi classificada por classes: 12 - 13 anos, 14 - 15 anos e 16 - 18 anos, visando facilitar comparações entre os grupos, por sexo (masculino e feminino) e tipo (estudantes e clínico), assim como comparações com outros estudos.

5.3.2 Análise do Teste de Identificação Familiar, versão questionário (jovens e cuidadores)

Na avaliação do teste FIT, foram obtidos, inicialmente, os resultados do FIT em nível de adjetivo (auto-imagens real e ideal, imagem de outros significativos), que permitiram o cálculo das variáveis de execução (nível de correlação), apresentadas por meio de coeficientes de correlação de Pearson, em número de 10 para a versão administrada ao jovem e seis para a versão administrada ao cuidador (Versão Pai e Versão Mãe), descritas nos Quadros 5.2 - 5.4.

Os valores obtidos em Correlações de Pearson (r^2) foram transformadas, em escores Z. Para cada um dos valores de r^2 - o coeficiente de correlação produto momento de Pearson - foi realizado o cálculo da transformação de r para Z, segundo Fisher, de acordo com a equação:

$$Z_r = \left(\frac{1}{2}\right) [\log_e(1 + r) - \log_e(1 - r)],$$

onde \log_e é o logaritmo natural. Esta transformação de dados visa garantir a normalidade da amostra e permite a execução do cálculo de médias, desvios-padrão e intervalos de percentil, por sexo, idades e grupos (estudantes e clínico). Quando r foi exatamente igual a 1 ($r = 1$), foi utilizada uma aproximação, com acurácia de 99%, o que resultou em um valor aproximado de $Z = 2,65$. Na sequência, estes escores Z foram transformados em correlações novamente para a apresentação dos resultados (Fisher, 1921).

O Quadro 4.3 apresenta diretrizes aproximadas para a interpretação (com base na versão infantil) dos resultados (Remschmidt & Mattejat, 1999). Os valores obtidos com a amostra brasileira permitiram a comparação com dados normalizados da validação original.

Quadro 5.3 - Diretrizes para a interpretação dos valores da Identificação Real e Ideal na Versão Infantil*

Limite:	0,30	0,40	0,80	0,90	
Interpretação:	Valor muito baixo	Valor inferior (abaixo da média)	Valor intermediário (na média)	Valor elevado (acima da média)	Valor muito elevado
Area:	-1,0 a 0,29	0,10 a 0,39	0,40 a 0,79	0,80 a 0,89	0,90 a 1,00

* Fonte: Remschmidt & Mattejat, 1999, p.22

A apresentação dos resultados da análise do FIT estão reportados nos Artigos 2 e 3.

No Artigo 2 são apresentados os cálculos das médias, desvios padrões e intervalos de percentis, tanto para os adolescentes, quanto para seus cuidadores, por grupos (GP, GPr e GC) no nível de correlação (autocongruência, identificações real e ideal e similaridades) e a apresentação da validade discriminante do instrumento, onde foram analisadas comparativamente as médias obtidas entre os sexos (masculino e feminino) por meio do teste T para amostras independentes e por grupos (GP, GPr e GC), com a utilização de técnicas de análise multivariada (MANOVA, MANCOVA) com utilização do r de Pearson para a estimativa do tamanho de efeito (J. Cohen, 1988).

No Artigo 3 são apresentados os resultados da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) do FIT e KIDSCREEN-27 e o Modelo Estrutural (Marôco, 2014), realizados com as variáveis do

FIT, no nível de adjetivo (auto-imagem real e ideal, imagem da mãe, imagem do pai e imagem do avô/ avó) e dimensões do KIDSCREEN-27.

5.3.3 Análise do KIDSCREEN-27, versões auto administrada e proxy

Como os itens do KIDSCREEN-27 em sua validação original provaram satisfazer os pressupostos do modelo *Rasch* (Bond & Fox, 2013), os resultados nesta pesquisa foram computados como escores de escalas Rasch com uso de Syntaxe do IBM©SPSS© fornecida com o Manual de Uso do questionário (U. Ravens-Sieberer et al., 2006). Os valores resultantes foram convertidos em escores-*T* para realização do cálculo de médias e desvios padrão, por sexo e grupos (estudantes e clínico).

Propriedades Psicométricas

Confiabilidade. Na avaliação da confiabilidade do instrumento, foi analisada sua consistência interna por meio do coeficiente alfa de *Cronbach* para cada uma das cinco dimensões e da escala geral (Cronbach, 1951).

Validade convergente. Foram analisadas as convergências/discrepâncias existentes entre os questionários para os pais/cuidadores e os auto-relatos de seus filhos, utilizando-se a Matriz Multitraço Multimétodos (MTMM) (D. T. Campbell & Fiske, 1959; Raykov, 2011).

Validade discriminante. As médias obtidas foram analisadas para comparar os sexos por meio do teste *t* para amostras independentes e para comparar os grupos por meio de análise multivariada da variância one-way (MANOVA), usando o *d* de Cohen para estimar o tamanho do efeito (Jacob Cohen, 1988). A MANOVA foi seguida de análise discriminante para investigar a natureza das relações entre os escores do KIDSCREEN-27 e grupos de adolescentes de diferentes origens (GP, GPr e GC). Uma abordagem conservadora para testes de significância estatística foi aplicada. Um nível alfa de 0,001 com correção de Bonferroni foi especificado para a nova MANOVA realizada com funções canônicas derivadas do KIDSCREEN-27 (versão auto relato) após a análise discriminante. O nível de decisão adotado por todas as outras análises foi um alfa de 0,05

5.3.4 Correlações entre o FIT e KIDSCREEN-27

Por certo, os modelos teóricos envolvidos na construção dos instrumentos FIT e KIDSCREEN-27 obtiveram suas validações em estudos anteriores, as quais se pretende confirmar para a população de adolescentes alvo desta pesquisa. Nosso grande desafio foi o

de avaliar a existência de correlações significativas entre as medidas de autoconceitos e conceitos de outros significativos obtidos com o FIT (nível de adjetivo) e àquelas de qualidade de vida obtidas com o KIDSCREEN-27 para a população em estudo, lançando mão da modelagem de equações estruturais (SEM).

Então, o teste de hipóteses foi colocado dessa forma:

H₀: não existem correlações significativas entre o FIT (autoconceitos e conceitos de outros) e o KIDSCREEN-27

H₁: existem correlações significativas entre o FIT (autoconceitos e conceitos de outros) e o KIDSCREEN-27

A análise das equações estruturais é descrita como uma combinação das técnicas clássicas da análise fatorial e de regressão linear, diferenciando-se, entretanto, das técnicas clássicas no fato de sua análise basear-se em uma teoria estabelecida *a priori*, ou seja, é a partir da teoria que a análise é formulada, enquanto que na estatística clássica, os dados é que levam a formulação de teorias. Na SEM, a teoria é o motor da análise (Marôco, 2014).

A modelagem de equações estruturais (SEM) engloba uma família de modelos estatísticos que buscam explicar a relação entre múltiplas variáveis ao examinar a estrutura de interrelações expressas em uma série de equações, semelhante ao que ocorre na regressão múltipla (Hair Jr, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2006/2009). Para descrever todas as relações entre tais equações, que nesta pesquisa postula-se existir entre os constructos FIT e KIDSCREEN-27, foi utilizado o programa computacional IBM© AMOS v.22.0.

5.3.4.1 Diretrizes para a Modelagem de Equações Estruturais

A modelagem das equações estruturais nesta tese seguiu as diretrizes propostas por Hair Jr et al., (2006/2009) e sintetizadas a seguir:

a) Definição dos constructos envolvidos na análise: FIT (nível de adjetivo) e dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde (KIDSCREEN-27), nas versões destinadas aos adolescentes.

b) Desenvolvimento do modelo: organização das variáveis, representadas nos constructos em análise, em um diagrama de caminhos.

c) Planejamento do estudo empírico com a abordagem dos dados perdidos, método de estimação e adequação do tamanho amostral.

d) Avaliação da validade do modelo

Em síntese, em um primeiro estágio foi realizada a análise fatorial confirmatória (AFC) das variáveis FIT (nível de adjetivo) e dimensões do KIDSCREEN-27, por meio do diagrama de caminhos, com uso do software IBM©SPSS©AMOS v.22.0 como descrito em Marôco (2014). A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis (D^2) e a normalidade da amostra foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (Sk) e curtose (Ku) uni e multivariada. Como índices de qualidade de ajustamento global dos modelos, foram usados: o X^2/dl (razão entre o qui-quadrado e os graus de liberdade), cujo valor absoluto é considerado bom caso seja menor do que 2 (Byrne, 1989); o *CFI* (*Comparative Fit Index*) (Bentler, 1990), o *NFI* (*Normal Fit Index*) (Bentler & Bonett, 1980) e o *GFI* (*Goodness of Fit Index*) (Jöreskog & Sörbom, 1984; Tanaka & Huba, 1985), cujos valores próximos de 1 indicam bom ajuste e o *RMSEA* (*Root Mean Square Error of Approximation*) (Browne & Cudeck, 1993), cujo valor de 0,05 a 0,1 são considerados bons para um Intervalo de Confiança (*IC*) de 90% e p valor $\leq 0,05$. A qualidade de ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais e pela confiabilidade individual dos itens. O ajustamento do modelo foi feito a partir dos índices de modificação (superiores a 11, $p < 0,001$) produzidos pelo AMOS (Marôco, 2014). A confiabilidade composta e a variância média extraída (*AVE*) para cada fator foram descritas conforme Fornell & Larcker (1981) e permitiram a determinação da validade de constructo. A validade de constructo é determinada através de outros três tipos de validade: validade fatorial, validade convergente e validade discriminante. A validade convergente pretende avaliar se todos os itens utilizados medem o mesmo constructo enquanto que a validade discriminante pretende avaliar se os itens utilizados medem constructos diferentes. Assim, se os itens estiverem fortemente correlacionados entre si, devem definir um mesmo constructo. Por outro lado, se os itens estiverem fracamente correlacionados entre si, supostamente medem constructos diferentes.

Em um segundo estágio, após a obtenção dos modelos ajustados do FIT (nível de adjetivo) e dimensões KIDSCREEN-27, foi delineado um modelo utilizando-se a Modelagem das Equações Estruturais, método da máxima verossimilhança (*ML*) entre os fatores do FIT (Autoconceitos e Conceitos de outros) e as dimensões de QVRS, do questionário KIDSCREEN-27. A significância dos coeficientes de regressão foi avaliada, após a estimação dos parâmetros, pelo método *ML* implementado com o IBM©AMOS v. 22.0. O nível de decisão adotado para todas as análises foi um alfa de 0,05.

Na realização das análises estatísticas e geração de figuras e tabelas, foram utilizados os programas computacionais Excel 2010®, IBM©SPSS 20.0 e IBM©AMOS 22.0.

5.4 Procedimentos e Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi operacionalizada por intermédio das seguintes etapas:

Após a conclusão da dissertação de mestrado "Perspectivas de adolescentes e cuidadores sobre saúde mental e serviços" de autoria desta proponente (Rodrigues, 2011), os dados oriundos da cidade de Belém foram integrados ao Projeto Multicêntrico Brasileiro "Serviços de Saúde Pública: Concepções de Saúde Mental e Percepções do Serviço na perspectiva de jovens e seus familiares", quando foram realizados contatos com as Coordenações Brasileira e Internacional, com intuito de definir os objetivos para o desenvolvimento do projeto. Desse modo, os dados aqui utilizados foram coletados por equipes de pesquisadores em cada uma das quatro capitais brasileiras: em Brasília, sob a coordenação da Dra Deise Matos do Amparo; em Fortaleza, sob a coordenação da Dra Júlia Bucher-Maluschke; em Porto Alegre, sob a coordenação da Dra Silvia Helena Koller e em Belém, sob a coordenação do Dr. Janari Pedroso.

Os dados foram integrados e organizados em uma base de dados nacional, com a utilização de uma máscara do programa IBM© SPSS©, elaborada a partir do protocolo original de Käßpler (2004), tendo à frente a Dra. Camila de Aquino Morais. A codificação dos sujeitos partícipes na base de dados assegurou o sigilo em relação aos nomes e outros dados da casuística, os quais estão, também, totalmente resguardados pela autora desta pesquisa quando do seu manuseio. Na primeira fase do estudo, que abrangeu a coleta de dados nas quatro cidades brasileiras, foram assegurados todos os aspectos éticos envolvidos em pesquisas em seres humanos com assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tanto por parte das instituições partícipes das coletas como por parte das crianças/adolescentes e cuidadores. O projeto foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da Universidade Católica de Brasília (UCB) com Ofício CEP/UCB nº 86/2006 (Anexo C) e as etapas envolvidas na primeira fase estão descritas em detalhes nos trabalhos de Morais (2008), Amparo et al. (2010) e Rodrigues (2011). A Permissão de Uso pelos detentores de *copyright* dos instrumentos *Familien-Identifikations-Test-FIT* e KIDSCREEN-27 para a realização desta pesquisa se encontram nos Anexos D e E, respectivamente.

Artigo 1

Measuring health-related quality of life in adolescents by subgroups of students and outpatient mental health clients*

*Artigo publicado na Revista Psychology 6(7), 833-845. [doi:10.4236/psych.2015.67082](https://doi.org/10.4236/psych.2015.67082) (foi preservada a formatação da publicação original)

Measuring Health-Related Quality of Life in Adolescents by Subgroups of Students and Outpatient Mental Health Clients

Silvia Maués Santos Rodrigues¹, Janari da Silva Pedroso²,
Fernando Augusto Ramos Pontes¹, Christoph O. Käppler³

¹Theory and Research of Behaviour Post Graduation Program, Federal University of Pará, Belém, Brazil

²Psychology Post Graduation Program, Federal University of Pará, Belém, Brazil

³Faculty of Rehabilitation Sciences, Social and Emotional Development in Rehabilitation and Education, Technical University of Dortmund, Dortmund, Germany

Email: silviamaués@ufpa.br

Received 12 May 2015; accepted 1 June 2015; published 4 June 2015

Copyright © 2015 by authors and Scientific Research Publishing Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

Abstract

This study aims to compare generic measures of HRQoL obtained with the KIDSCREEN-27 into subgroups of adolescents from different contexts including subgroup of outpatient treatment for mental disorders and subgroups of students from regions with low and high human development index in the direction of analyzing the discriminant properties of the instrument and its utility to monitor health outcomes in adolescents. Descriptive statistics are presented by group and gender. The statistical analyses aimed to check the reliability, convergent validity between self-report and proxy versions and discriminant validity between clinical and students contexts using KIDSCREEN-27 questionnaires. Most assumptions about the reliability, convergent and discriminant validity of the instrument KIDSCREEN-27 were established. This research highlighted lower scores of HRQoL in adolescents with mental illness in four of five dimensions, with an effect size ranging from 0.25 for Physical Well-Being to 0.46 for Autonomy & Parents. The results were acceptable, but the findings in this study were more modest than those obtained in the original validation of the instrument.

Keywords

Quality of Life, Adolescence, Validity, Mental Health, KIDSCREEN-27

1. Introduction

In common sense, the term “quality of life” is often used interchangeably with well-being, life satisfaction, happiness, personal fulfillment, health status, functional status. Researchers point out that the term moves in a polysemic semantic field and encompasses many meanings which reflect the culture of a particular society at a particular historical moment and feature a social construction with the mark of cultural relativity. This term includes ideas that relate to the life conditions and lifestyles, sustainable development and human ecology, development and human rights and social standards of comfort and tolerance, established by the society (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

Of the five conceptual approaches identified as most relevant to the use of the term quality of life—philosophical, economic, sociological, psychological and medical, it was highlighted the medical approach, that emerged in response to advances in medical treatments and allowed to value not only the survival time in the face of incurable diseases, but also how the patient feels during that time (Eiser & Morse, 2001). The emergence of the term “Health-Related Quality of Life” (HRQoL) was based on ideas of all traditions to refer specifically to the impact of health and disease on quality of life of the individual and thereby differentiate them from the meanings most popular relating to term quality of life (Eiser & Morse, 2001).

Despite the lack of a consensus on the concept of quality of life, some aspects inherent in its construct have been achieving consensus among research groups, namely, subjectivity, multidimensionality and the presence of positive and negative domains (Fleck et al., 1999).

Researches about HRQoL on adults have shown rapid progress in recent decades, with the development of many generic instruments and other specific for diseases, mainly in the areas of oncology, cardiology, neurology, psychiatry, diabetes, pain syndromes among others (Bullinger, 2002; Kuenstner et al., 2002; Seidl & Zannon, 2004).

Similar advancement is also occurring in the development of instruments to assess HRQoL in children and adolescents and several are currently available for use in these groups (Erhart & Ravens-Sieberer, 2006; Gaspar, Matos, Ribeiro, & Leal, 2006; Rajmil et al., 2012; Solans et al., 2008). Generic HRQoL measures may be useful for identifying subgroups of children and adolescents who are at risk of health problems and can help determine the weight of a particular disease or disability, identifying health inequalities in resource allocation and in epidemiological studies (Gaspar et al., 2006; Ravens-Sieberer et al., 2008; Solans et al., 2008).

The first generic instrument that comprehensively fulfill guidelines released by WHO (WHO, 1994) in order to obtain adequate measurements of HRQoL for children/adolescents, came from the KIDSCREEN European project (Ravens-Sieberer et al., 2006). Similar projects conducted by other research groups, also originated measurement instruments with international validation as DISABKIDS (Baars, Atherton, Koopman, Bullinger, & Power, 2005), Euro-QoL-5D Youths (EQ-5D-Y) (Wille et al., 2010) and Haemo-QoL (specific to people with hemophilia) (Bullinger et al., 2002).

The KIDSCREEN project resulted in three versions of questionnaires for children/adolescents and similar for parents/caregivers (proxy) with 52, 27 and 10 items. A reduced version from KIDSCREEN-52 had 27 items that were grouped into the following dimensions—Physical Well-Being, Psychological Well-Being, Autonomy and Parent Relations, Social Support and Peer Relations, and School Environment—with a minimal loss of information compared to version of 52 items and with similar psychometric quality. The instrument has been translated and validated in several languages, including Portuguese (Gaspar & Matos, 2008; The KIDSCREEN Group Europe, 2006).

With regard to reliability, the KIDSCREEN-27 showed satisfactory results: its internal consistency values ranged from 0.79 (Physical Well-Being) to 0.84 (Psychological Well-Being); the test-retest reliability with an interval of two weeks, ranged from 0.61 to 0.74 and intraclass correlation between the scores of self-reports of children and adolescents compared with proxy versions answered by parents ranged from 0.44 (Social Support and Peer Relations) to 0.61 (Physical Well-Being) (The KIDSCREEN Group Europe, 2006).

Similarly, its convergent and discriminant validation showed satisfactory results (The KIDSCREEN Group Europe, 2006) when compared with previously validated screening tools for physical problems, the Children with Special Health Care Needs Screener for Parents—CSHCN (Bethell, Read, Neff et al., 2002; Bethell, Read, Stein et al., 2002) and of mental health, the Strength and Difficulties Questionnaire-SDQ (Goodman, 1997; The KIDSCREEN Group Europe, 2006).

The KIDSCREEN validation studies reported that children/adolescents with special health care needs showed lower scores for HRQoL in the dimensions of physical and psychological well-being compared with healthy child-

ren (The KIDSCREEN Group Europe, 2006). These findings were confirmed by other researchers in Europe (Bisegger & Cloetta, 2005) and one in particular, highlighted more pronounced differences when the gender was considered, showing that girls with special needs showed the lowest HRQoL scores (Mohler-Kuo & Dey, 2011). In the process of validation of KIDSCREEN there was a theoretical expectation that children/adolescents with mental health problems could display low HRQoL scores especially in dimensions of Psychological Well-being and Mood & Emotions. Actually, the findings confirmed such expectation in most dimensions of the instrument. Particularly, the version of 27 items highlighted lower scores of HRQoL in patients with mental illness in all of its dimensions, with an effect size ranging from 0.42 to the Physical Well Being 0.68 to Psychological Well-being (The KIDSCREEN Group Europe, 2006). Other studies have also sought to demonstrate empirically the relationship between mental health and HRQoL in children/adolescents (Karatzias, Chouliara, Power, & Swanson, 2006; Sawatzky, Ratner, Johnson, Kopec, & Zumbo, 2010) but it is still an area that needs expansion aiming to routinely include such indices as an indicator of health (Huebner et al., 2004; The KIDSCREEN Group Europe, 2006).

In Brazil a multicenter project developed in four state capitals investigated the understanding of the concept of health and disease, health-related quality of life as well as issues related to evaluation of mental health care services offered to children and adolescents, particularly in the public sector (Amparo et al., 2010). The public health system in Brazil-called Unified Health System (SUS, acronym in Portuguese), follows the principles of regionalization and hierarchy of services and therefore includes a set of organized units in an articulated way, responsible for the full provision of health services in a given geopolitical structure, understood as the territorial and populational base that has self-sufficiency to the level of complexity previously defined (Jesus & Assis, 2010). Regarding the mental health of children and adolescents, customers who have disorders from moderate to severe complexity and are in need of specialized mental health care are oriented toward specialized services that offer different psychotherapeutic techniques, biological therapy and occupational therapy carried out by specialized teams of psychologists, psychiatrists, social workers, nurses, occupational therapists and pharmacists and in some, a physical education teacher. These services are called Psychosocial Care Centers of Children and Youth (CAPSi, acronym in Portuguese) and are the main strategy of the Brazilian Psychiatric Reform in contrast to the hospital-centered model, hegemonic until a few years ago (Brasil, 2004). Nowadays the establishment of these centers in some Brazilian geopolitical regions is still incipient to meet the demands of the population (Moraes, Amparo, Fukuda, & Brasil, 2012) and because of that it is considered necessary to examine the customer base that frequents those services.

This study, linked to the Brazilian multicenter study (Amparo et al., 2010) aims to compare generic measures of HRQoL obtained with the KIDSCREEN-27 into subgroups of adolescents from different contexts including a subgroup of outpatient treatment for mental disorders and subgroups of students from regions with low and high human development index in the direction of analyzing the discriminant properties of the instrument and its utility to monitor health outcomes in adolescents.

2. Methods

2.1. Study Type and Local

It is an exploratory and cross sectional study which aims to present part of the results of the second phase of a multicenter Brazilian project research, which investigated the perspectives of adolescents and caregivers about mental health and health services in four Brazilian state capitals: Brasilia, Porto Alegre, Fortaleza and Belém. These cities are included in four of five major geopolitical regions of the country: Midwest, South, Northeast and North, respectively. The data were integrated into a national database for analysis.

2.2. Participants

1082 adolescents, aged between 12 - 18 years old, of both sexes participated in this study. The sample was selected in a multistage sampling from three groups (clusters): a clinical group (CG), a group of public schools students (PG) and a group of private schools students (PrG).

To constitute the clinical group (CG), in the first phase, the public and private services considered reference in outpatient mental health care for children and youth in each of the target cities in the survey were identified (particularly, Psychosocial Care Centers of Children and Youth). Then, the institutional adherence to research

was asked to their managers. In a second step, in the centers that joined the research, the samples were composed from invitations to all adolescents and their caregivers who were attending in the waiting rooms of services in the period for data collection stipulated for each city. So, for those adolescents who accepted the invitation was requested to the caregiver the authorization for the teenager to participate, as well as its own adherence to answer voluntarily the proxy version of questionnaire. Only after these procedures the instrument was administered in private rooms for adolescents and caregivers separately.

To constitute the students groups (PG and PrG), in the first stage were selected two types of schools—public (with low Human Development Index-HDI) and private (with high HDI), both located geographically close to selected health services when forming the clinical group (CG) considering the principle of regionalization of health services mentioned above. Again, was requested for school principals, adherence to research. In schools that have joined to the research, invitations were performed in the classroom for all students in the age group under study. Those who volunteered to participate in the study took a letter to their caregivers to give them consent for participation beyond their own adherence to answer Proxy instrument. For students—who brought the consent signed by themselves and by their caregivers—was applied the research instrument, individually or in small groups, depending on the class schedule. For caregivers who agreed to respond to the proxy instrument, meetings were scheduled to apply the instrument, at school or in some cases, at the caregiver's home.

It was obtained approval from the Ethics Committee in Human Beings Research of the Catholic University of Brasília (CEP/UCB No. 86/2006) and participants and the participating institutions were asked to signing the term of free and informed consent stating their knowledge and acceptance of research.

2.3. Instruments

In the first phase of this multicenter study, self-report and proxy versions of KIDSCREEN-27 in Lusitanian Portuguese (Gaspar & Matos, 2008), were adapted for the Brazilian study through a semantics validation process that resulted in minor changes related to the use of the treatment pronoun of the second singular person, to a more usual form in colloquial language in much of the Brazilian territory. Due to the idiomatic similarity, back translation was not performed. Other details of semantic validation can be found in the work of Morais (Morais, 2008).

The answers to the 27 items were given on a five-point scale ranging from poor/never/not at all to excellent/always/extremely. The instruments were administered in the researcher presence. The reference period of time was the week prior to the study (Erhart, Ottova et al., 2009).

The KIDSCREEN-27 instrument measures five dimensions of Health-Related Quality of Life (HRQoL) (The KIDSCREEN Group Europe, 2006):

1) Physical Well-Being (PHY) (four items): explores the level of physical activity or performance and energy, as well as the intensity at which a child or teenager feels ill and complains of poor health.

2) Psychological Well-Being (PWB) (seven items): explores positive emotions and life satisfaction, as well as the presence of feelings of loneliness and sadness.

3) Autonomy and Relationships with Parents (PAR) (seven items): explores the quality of interactions between children/adolescents and their parents (or caregivers), as if the young feels loved and supported by family. It also examines the level of autonomy as well as the quality of financial resources perceived by the young.

4) Social Support and Peer Relations (SOC) (four items): examines social relationships with friends and peers, as well as the support received.

5) School Environment (SE) (four items): explores the perception of the youth about their cognitive ability, learning and concentration and their feelings about school. Moreover, explores the vision of the young about their relationship with their teachers.

2.4. Statistical Analysis

Statistical analyzes were designed to check the reliability and convergent validity between self-report and proxy versions and the discriminant validity between clinical contexts and students using KIDSCREEN-27 questionnaires. The internal consistency reliability was determined by computing Cronbach's alpha for all dimensions and for general scale (Cronbach, 1951). To check the convergent validity was performed a Multitrait Multimethods Matrix (MTMM) (Campbell & Fiske, 1959; Raykov, 2011).

To check the discriminant validity it is important to emphasize that KIDSCREEN items in original validation

studies proved to satisfy the assumptions of the Rasch model (Bond & Fox, 2013). So, the answers on five-point scales were computed as scores of Rasch scales using IBM®SPSS® syntax provided by KIDSCREEN Handbook (The KIDSCREEN Group Europe, 2006). The resulting values were converted into T-scores to perform the calculation of means and standard deviations by gender and group (students and clinical). Toward discriminant validity of the instrument, the averages obtained were analyzed to compare sexes by *t* test for independent samples and to compare groups by one-way multivariate analysis of variance (MANOVA), using the Cohen *d* to estimate the effect size (Cohen, 1988). The MANOVA was followed up with discriminant analysis to investigate the nature of relationships between the KIDSCREEN-27 scores and groups of adolescents from different backgrounds. A conservative approach to statistical significance testing was applied. An alpha level of 0.001 with Bonferroni correction was specified for a new MANOVA performed with canonical functions derived from self-report KIDSCREEN-27 after the discriminant analysis. Descriptive statistics are presented by group, and gender. The decision level adopted for all other analyzes was an alpha of 0.05.

3. Results

In the overall sample, consisting of 1082 adolescents, 53.88% were female, mean age 15.3 (*SD* = 1.6) years old. There were no differences in age, between the sexes *t* (1080) = -1.436, *p* = 0.151. The means age by group were *M* = 15.4 (*SD* = 1.47) years old, *M* = 15.53 (*SD* = 1.61) years old and *M* = 14.49 (*SD* = 1.68) years old, respectively, for PG, PrG and CG and the differences were significant [*F* (2, 141.753) = 29.242, *p* < 0.001]. ANOVA multiple comparisons performed with the post hoc Hochberg Test revealed that adolescents from clinical group (CG) had means ages significantly lower than PG (mean difference -0.908, *p* < 0.001) and that of PrG (mean difference -1.036, *p* < 0.001). There was no difference between the ages for groups of students (PG and PrG). The distribution of adolescent and caregivers sample are in [Table 1](#).

3.1. Internal Consistency

It was obtained a Cronbach's alpha for the general scale of 27 items of 0.91 for self-report version and 0.93 for proxy version. In self-report version internal consistency values ranged from 0.77 (School Environment) to 0.86 (Social Support and Peer Relations) while the proxy version internal consistency values ranged from 0.82 (Autonomy and Relationships with Parents) to 0.87 (Physical Well-Being). Values for each of the five dimensions are specified in [Table 2](#). In self-report version, the median of item-total correlations was 0.52, classified as moderate, and three items had values below 0.40, which means weak indices (Hair Jr., Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009). They are: item 1 (In general, how would you say your health is?), item 16 (Have your parent(s) treated you fairly?) and item 25 (Have you got on well at school?). In proxy version, the median item-total correlations was 0.54 and all items were above 0.40.

3.2. Convergent Validity

The MTMM matrix ([Table 3](#)) showed positive correlations between the scores of proxy version and the scores of self-report version. Convergent validity was achieved. All coefficients representing the monotrait-heteromethod were significantly different and higher than zero for all of the five dimensions (*r* ranged from 0.25 to 0.40, *p* < 0.01) (Campbell & Fiske, 1959). Four of five coefficients (Physical Well-Being, Psychological Well-Being, Autonomy & Parents and the School Environment) representing a monotrait-heteromethod were higher than other correlations inside this trait with other coefficients measured by other methods (heterotrait-heteromethod). The only dimension which showed weak discrepancies inside its trait was Support & Peers, with Psychological Well-Being. All heterotrait triangles showed approximately the same pattern. The average correlation between adolescents and proxy scores for corresponding domains (average *r* = 0.35) were higher than that for divergent domains (average *r* = 0.21).

3.3. Discriminant Validity

Means and standard deviations obtained from T-scores, by gender and groups (students and clinical), are shown in [Table 3](#) and [Table 4](#). T tests were performed for independent samples by gender ([Table 3](#)).

The male participants showed higher scores in dimensions Physical Well-Being, Psychological Well-Being and Autonomy & Parents than females, with effect size *d* of -0.47, -0.43 and 0.28, respectively. Only in Support

Table 1. Adolescents sample distribution.

Variables	Categories	PG		PrG		CG		Total	
		n	%	n	%	n	%	N	%
City									
	Brasília	320	29.57	137	12.66	68	6.28	525	48.52
	Porto Alegre	95	8.78	185	17.10	59	5.45	339	31.33
	Fortaleza	71	6.56	51	4.71	3	0.28	125	11.55
	Belém	24	2.22	21	1.94	48	4.44	93	8.60
Sex									
	female	276	25.51	215	19.87	92	8.50	583	53.88
	male	234	21.63	179	16.54	86	7.95	499	46.12
Age range									
	12 - 13 years old	62	5.73	56	5.18	59	5.45	177	16.36
	14 - 15 years old	170	15.71	119	11.00	69	6.38	358	33.09
	16 - 18 years old	278	25.69	219	20.24	50	4.62	547	50.55
Schooling years									
	4 - 6 years	12	1.11	5	0.46	44	4.07	61	5.64
	7 - 9 years	348	32.16	227	20.98	80	7.39	655	60.54
	10 - 11 years	100	9.24	157	14.51	33	3.05	290	26.80
	total valid	460	42.51	389	35.95	157	14.51	1006	92.98
	missing	50	4.62	5	0.46	21	1.94	76	7.02
Socioeconomic status*									
	Low FAS	219	20.24	24	2.22	76	7.02	319	29.48
	Medium FAS	241	22.27	144	13.31	66	6.10	451	41.68
	High FAS	49	4.53	226	20.89	36	3.33	311	28.74
	Missing	1	0.09						0.09
Caregivers									
	maternal figure	106	9.80	117	10.81	127	11.74	350	32.35
	paternal figure	31	2.87	82	7.58	16	1.48	129	11.92
	total valid	137	12.66	199	18.39	143	13.22	479	44.27
	without participation	373	34.47	195	18.02	35	3.23	603	55.73
Total general		510	47.13	394	36.41	178	16.45	1082	100.00

Note: PG = Public School Group, PrG = Private School Group, CG = Clinical Group, * FAS = Family Affluence Scale (0–2 = low; 3–5 = medium; 6–9 = high)

& Peers dimension, the female participants showed higher scores than males, with an effect size d of 0.12. In School Environment dimension differences were not observed.

Prior to conducting the MANOVA, a series of Pearson correlations were performed between KIDSCREEN-27 in order to test the MANOVA assumption that the dependent variables would be correlated with each other in the moderate range (Meyer, Gampst, & Guarino, 2006). As can be seen in Table 2, a meaningful pattern of

Table 2. Multitrait-multimethod matrix (MTMM) for Pearson correlations between adolescents and parents (proxy) reports for KIDSCREEN-27 version.

		Adolescents					Proxy				
		PHY	PWB	PAR	SOC	SE	PHY	PWB	PAR	SOC	SE
Adolescents	PHY	(0.81)									
	PWB	0.57*	(0.83)								
	PAR	0.45*	0.50*	(0.80)							
	SOC	0.36*	0.38*	0.41*	(0.86)						
	SE	0.43*	0.42*	0.43*	0.32*	(0.77)					
Proxy	PHY	<i>0.40*</i>	0.27*	0.24*	0.20*	0.14*	(0.87)				
	PWB	0.33*	<i>0.33*</i>	0.29*	0.29*	0.26*	0.65*	(0.84)			
	PAR	0.18*	0.22*	<i>0.29*</i>	0.17*	0.18*	0.37*	0.45*	(0.82)		
	SOC	0.13*	0.13*	0.15*	<i>0.25*</i>	0.09	0.42*	0.41*	0.31	(0.86)	
	SE	0.22*	0.23*	0.22*	0.22*	<i>0.40*</i>	0.40*	0.50*	0.37*	0.33*	(0.84)

Note: Range of N = 479 to 1082; PHY = Physical Well-Being, PWB = Psychological Well-Being, PAR = Autonomy & Parents, SOC = Social Support & Peers, SE = School Environment; *significant correlation at the 0.01 level. The diagonal validity (convergent) is the set of values in italics (monotrait-heteromethod). The diagonals of reliability are the two sets of values in parentheses (values of Cronbach’s alpha). The two triangles heterotrait monomethod are delimited by a solid line. The triangles heterotrait heteromethod are delimited by a broken line.

Table 3. Means, standards deviations and T-tests by gender for self-report KIDSCREEN-27

Dimensions KIDSCREEN-27	Female (n =583)	Male (n = 499)	T Test			
	M (SD)	M (SD)	T	df	p	d
PHY	45.51 (11.54)	50.98 (11.47)	-7.791	1080	< 0.01	-0.47
PWB	44.71 (10.38)	49.41 (11.48)	-7.060	1080	< 0.01	-0.43
PAR	43.63 (10.77)	46.56 (10.00)	-4.614	1080	< 0.01	-0.28
SOC	49.41 (12.64)	47.92 (12.02)	1.987	1080	< 0.05	0.12
SE	49.57 (9.77)	49.42 (10.41)	0.235	1080	0.81	0.01

Note: PHY = Physical Well-Being, PWB = Psychological Well-Being, PAR = Autonomy &Parents, SOC = Social Support & Peers, SE = School Environment.

Table 4. Means, standards deviations and F-tests by groups for self-report KIDSCREEN-27

KIDSCREEN-27	PG (n = 510)	PrG (n=394)	CG (n = 178)	ANOVAS		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F (2,1079)	p	η ²
PHY	47.94 (12.46)	49.57 (10.40)	44.88 (12.31)	9.839	< 0.01	0.02
PWB	46.74 (11.91)	48.27 (9.70)	44.19 (11.39)	8.385	< 0.01	0.02
PAR	43.39 (11.28)	48.40 (8.82)	41.95 (9.69)	36.283	< 0.01	0.06
SOC	47.10 (13.28)	52.38 (10.11)	45.27 (12.31)	29.976	< 0.01	0.05
SE	48.66 (10.63)	50.83 (8.85)	48.99 (10.68)	5.478	< 0.05	0.01

Note: PHY = Physical Well-Being, PWB = Psychological Well-Being, PAR = Autonomy &Parents, SOC = Social Support & Peers, SE = School Environment.

correlations was observed amongst most of the dependent variables, suggesting the appropriateness of a MANOVA. Additionally, the Box's M value of 112.92 was associated with a $p < 0.001$ but matrices were equal thus, the covariance matrices between the groups were assumed to be equal for the purposes of the MANOVA (Field, 2013).

A one-way multivariate analysis of variance (MANOVA) was conducted to test the hypothesis that there would be one or more mean differences between adolescents groups (PG, PrG and CG) and KIDSCREEN-27 scores. A statistically significant MANOVA effect was obtained, Pillais's Trace = 0.097, $F(4, 2152) = 11.019$, $p < 0.001$. The multivariate effect size was estimated at 0.049, which implies that 4.9% of the variance in the canonically derived dependent variable was accounted for by groups.

Prior to conducting a series of follow-up ANOVAs, the homogeneity of variance assumption was tested for all five KIDSCREEN-27 dimensions. Based on a series of Levene's F tests, the homogeneity of variance assumption was considered satisfied. A series of one-way ANOVA's on each of the five dependent variables was conducted as a follow-up tests to the MANOVA. As can be seen in Table 2, all of the ANOVA's were statistically significant, with effect sizes (partial η^2) ranging from 0.01 (SE) to 0.06 (PAR).

After that, a series of post-hoc analyses (Hochberg) were performed to examine individual mean difference comparisons across all three adolescents groups and all five KIDSCREEN-27 dimensions. The results revealed that ten of fifteen post-hoc mean comparisons were statistically significant ($p < 0.05$). In all cases, the trend of the effect was linear. That is, on average, PrG adolescents showed better HRQoL scores than CG adolescents for all dimensions and that PG adolescents for three dimensions (PAR, SOC and SE). PG adolescents showed, on average, better HRQoL scores than CG adolescents for two dimensions (PHY and PWB). The effect sizes as estimated by Cohen's d are reported in Table 5. It can be observed that the largest effects tended to be associated with the dimensions SOC and PAR with mean Cohen's d values equal to 0.46 and 0.42, respectively, which are small effect according to Cohen's (1988) guidelines.

The MANOVA was followed up with discriminant analysis. As the independent variable was associated with three levels (PG, PrG and CG), two eigenvalues and canonical correlations were extracted by the MANOVA. The first eigenvalue was equal to 0.09 and accounted for nearly all (88.42%) of the model variance. The canonical correlation associated with the first eigenvalue was equal to 0.292, which implies that 29.2% of the variance in the discriminant function derived scores which was accounted for groups. By contrast, the second eigenvalue was equal to 0.012 and a corresponding canonical correlation of 0.011, both of them was found to be statistically significant, (Wilks $\Lambda = 0.90$, $F(10, 11.18)$, $p < 0.001$) and (Wilks $\Lambda = 0.99$, $F(4, 3.29)$, $p < 0.05$), respectively.

As can be seen in Table 6, the standardized discriminant function coefficients suggested that the three groups of adolescents (PG, PrG and CG) were maximally differentiated by canonical variate first function with greater weightings from the PAR (0.77) and SOC (0.58) dimensions and by canonical variate second function with greater weightings from the PHY (0.76), SE (-0.70) and PWB (0.59) dimensions.

The estimates at group centroids performed to the first function showed that the PrG group was associated with the largest group centroid ($M = 0.40$, $SD = 0.85$), the PG group was associated with the next largest group centroid ($M = -0.19$, $SD = 1.11$) and, finally, the CG was associated with the smallest group centroid ($M = -0.34$, $SD = 0.98$). By contrast, the estimates performed to the second function showed that the PG group was associated with the largest group centroid ($M = 0.10$, $SD = 1.07$), the PrG group was associated with the next largest group centroid ($M = -0.03$, $SD = 0.87$) and, finally, the CG was associated with the smallest group

Table 5. Mean differences in KIDSCREEN-27 between groups of adolescents

KIDSCREEN-27	PrG vs. PG		PrG vs. CG		PG vs. CG		Mean Cohen's d
	Mean Difference	d	Mean Difference	d	Mean Difference	d	
PHY	1.63	0.14	4.69*	0.41	3.06*	0.25	0.27
PWB	1.53	0.14	4.08*	0.38	2.55*	0.22	0.25
PAR	5.01*	0.49	6.45*	0.70	1.44	0.19	0.46
SOC	5.27*	0.48	7.10*	0.63	1.83	0.14	0.42
SE	2.17*	0.22	1.83*	0.19	-0.34	-0.03	0.13

Note: *The mean difference is significant at the 0.05 level.

centroid ($M = -0.22$, $SD = 1.05$) (Figure 1).

A conservative approach to statistical significance testing was applied. Specifically, an alpha level of 0.001 was specified to the MANOVA. A statistically significant MANOVA effect was obtained, Pillais's Trace = 0.10, $F(4, 2158) = 27.625$, $p < 0.001$ with three adolescents groups (PG, PrG and CG) that was performed on the canonically derived KIDSCREEN-27 (Table 7). The first function, yielded $F(2, 1079) = 50.344$, $p < 0.001$, and η^2

= 0.085, which implies that 8.5% of the variance in the canonically derived associated with the first eigenvalue reported above. By contrast, second function, yielded $F(2, 1079) = 6.591$, $p = 0.001$, and $\eta^2 = 0.012$, which implies that 1.2% of the variance in the canonically derived associated with the second eigenvalue reported above.

Bonferroni adjusted post-hoc tests were performed to specifically contrast the adolescents groups variable on the canonically derived KIDSCREEN-27 dimensions (Table 8). Contrasts were found to be statistically significant ($p < 0.00025$) to both variates. The mean Cohen's d values were as follows: Function 1 = 0.51 and Function 2 = 0.12. The first value is suggestive of a moderate effect size, according to Cohen (1992).

Table 6. Discriminant Functions Coefficients associated with the MANOVA

KIDSCREEN-27 Dimensions	Canonical Discriminant Function Coefficients				Structure Matrix	
	Raw		Standardized		Function1	Function 2
	Function1	Function 2	Function1	Function 2		
PHY	0.00	0.07	-0.03	0.76	0.85	0.04
PWB	-0.02	0.05	-0.19	0.59	0.77	0.11
PAR	0.08	-0.03	0.77	-0.28	0.32	-0.26
SOC	0.05	0.00	0.58	-0.05	0.37	0.66
SE	-0.01	-0.07	-0.10	-0.70	0.35	0.57

Table 7. Means, standards deviations and F-tests by groups for Canonical variates derived from self-report KIDSCREEN-27

Canonical variate	Groups			ANOVAS		
	PG (n = 510)	PrG (n=394)	CG (n = 178)	$F(2,1079)$	p	η^2
	$M(SD)$	$M(SD)$	$M(SD)$			
Function 1	-0.19 (1.11)	0.40 (0.85)	-0.34 (0.98)	50.344	< 0.001	0.085
Function 2	0.10 (1.07)	-0.03 (0.87)	-0.22 (1.05)	6.591	0.001	0.012

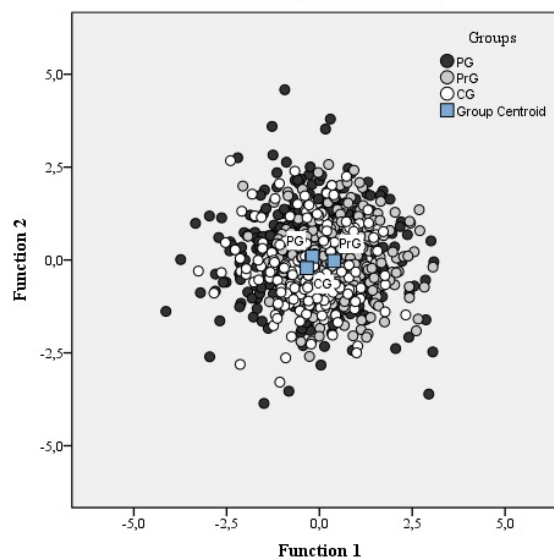


Figure 1. Canonical discriminant functions derived from self-report KIDSCREEN-27.

Table 8. Mean differences on Canonical variates derived from self-report KIDSCREEN-27 between groups of adolescents

Canonical variate	PrG vs PG		PrG vs CG		PG vs CG		Mean Choen's <i>d</i>
	Mean differences ^a	<i>d</i>	Mean differences ^a	<i>d</i>	Mean differences ^a	<i>d</i>	
Function 1	0.58*	0.59	0.74*	0.80	0.15	0.15	0.51
Function 2	-0.12	-0.12	0.19	0.20	0.31	0.29	0.12

Note: *The mean difference is significant at the 0.001 level. ^aAdjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

4. Discussion

This exploratory study, inserted in a second phase of a multicenter research project performed in four Brazilian capital cities, aimed to compare generic HRQoL measures for subgroups of adolescents from schools and from outpatient mental health services to analyze discriminant properties of the KIDSCREEN-27 questionnaire.

Beforehand, the results indicated that both KIDSCREEN-27 versions enable a reliable assessment of general HRQoL in adolescents with and without mental health problems.

Both self-report and proxy versions presented Cronbach's alphas suitable for screening tools and resembles the results obtained in the European validation whose coefficients ranged from 0.78 to 0.84 for the individual dimensions (Robitail et al., 2007).

Regarding the convergence/discrepancy between the answers given by participants and those provided by their caregivers (proxy) in the same dimensions, the findings showed moderate to weak convergence for the different areas. These findings are similar to those found in literature which indicate that, in general, there is good agreement in areas that reflect observable functioning and poor agreement for the areas that reflect non-observable functioning (Davis et al., 2007; Robitail, Siméoni, Ravens-Sieberer, Bruil, & Auquier, 2007; Upton, Lawford, & Eiser, 2008).

As regards the discriminant validity, the instrument was able to discriminate between gender and between students and clinical groups. Those findings were also reported in studies on similar populations (Erhart, Ottova et al., 2009; Erhart, Ravens-Sieberer, Dickinson, & Colver, 2009; Mohler-Kuo & Dey, 2011).

In general, scores on the subscales which compared children and adolescents considered healthy belonging to the students group with those with acute or chronic mental illnesses in the clinical group, rated the quality of life of the first group as better in almost all areas, both for the gender as to the age range adolescent, consistent with findings in other studies (Mohler-Kuo & Dey, 2011; Ravens-Sieberer et al., 2008).

In summary, we can say that most of the assumptions about the reliability, convergent and discriminant validity of the instrument KIDSCREEN-27 were established. The results were acceptable, and are similar to those obtained in its original validation. The instrument was well accepted by the respondents, reliable for use in adolescents, and useful for its multidimensional characteristic synthesized in a relatively small number of items. KIDSCREEN-27 allows the assessment of quality of life in several areas, translating into an important tool in national and international multicenter studies that might contribute with indicators in the search for improvements in policies aimed at health care of children and adolescents.

This study, although covering a community-based sample related to the Psychosocial Care Centers of Children and Youth, which imply a population base of 100,000 people, in each surveyed city, the number of centers was below the actual demand. This fact generated several problems in accessibility of researchers to participants such as concerns of the participants with the necessary time to respond to the instrument and the time required to attend scheduled appointments in centers. Thus, despite the apparently easy access of researchers to the participants previously stratified the evidence of structural problems, limited the sample universe beyond the spontaneous demand and voluntary participation. This means that, as the study is not population-based, our findings cannot be generalized to the population of Brazilian adolescents. Furthermore, due to their cross-sectional design cannot be inferred causal factors.

5. Conclusion

In conclusion, the study provides pertinent and valuable information about measuring HRQoL in adolescents, a field that has been the subject of little research. In addition, we can say that most of the assumptions about the reliability, convergent and discriminant validity of the instrument KIDSCREEN-27 were established. The results

were acceptable, and are similar to those obtained in the original validation. The instrument was well accepted by the respondents, reliable for use in adolescents, and useful for its multidimensional characteristic synthesized in a relatively small number of items. KIDSCREEN-27 allows the assessment of quality of life in several areas, translating into an important tool in national and international multicenter studies that might contribute with indicators in the search for improvements in policies aimed at health care of children and adolescents.

Acknowledgements

We thank Prof. Dr. Deise Matos do Amparo, National University of Brasilia, Brazilian Coordinator of the multicenter project “Public health services: concepts of mental health and perceptions of the service from the perspective of adolescents and their families” and Coordinator of the research team in the city of Brasilia.

We thank Prof. Dr. Julia Bucher-Maluschke, Catholic University of Brasilia, Coordinator of the research team in the city of Fortaleza.

We thank Prof. Dr. Silvia Helena Koller, Federal University of Rio Grande do Sul, Coordinator of the research team in the city of Porto Alegre.

We thank to the Psychologist Camila de Aquino Morais who during her Masters in Psychology at Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil organized the national database and performed the data collection in the city of Porto Alegre.

We thank to Foundation for Research Support of the Federal District for financial assistance for the development of the research project “Public health services: concepts of mental health from the perspective of young people and their families” that contributed to the construction of a national database.

We thank to National Council for Scientific and Technological Development for financial assistance for the development of the research project “Conceptions and perceptions of mental health services from the perspective of youth and family” that contributed to the construction of a national database.

References

- Amparo, D. M., Brasil, K., Fukuda, C. C., Morais, C. A., Antunes, C., Penso, M. A. et al. (2010). *Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens e seus cuidadores*. Brasília DF: Universidade Católica de Brasília/Universidade de Brasília.
- Baars, R. M., Atherton, C. I., Koopman, H. M., Bullinger, M., & Power, M. (2005). The European DISABKIDS Project: Development of Seven Condition-Specific Modules to Measure Health Related Quality of Life in Children and Adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 70. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-3-70>
- Bethell, C. D., Read, D., Neff, J., Blumberg, S. J., Stein, R. E. K., Sharp, V., & Newacheck, P. W. (2002). Comparison of the Children with Special Health Care Needs Screener to the Questionnaire for Identifying Children with Chronic Conditions—Revised. *Ambulatory Pediatrics*, 2, 49-57. [http://dx.doi.org/10.1367/1539-4409\(2002\)002<0049:COTCWS>2.0.CO;2](http://dx.doi.org/10.1367/1539-4409(2002)002<0049:COTCWS>2.0.CO;2)
- Bethell, C. D., Read, D., Stein, R. E. K., Blumberg, S. J., Wells, N., & Newacheck, P. W. (2002). Identifying Children with Special Health Care Needs: Development and Evaluation of a Short Screening Instrument. *Ambulatory Pediatrics*, 2, 38-48. [http://dx.doi.org/10.1367/1539-4409\(2002\)002<0038:ICWSHC>2.0.CO;2](http://dx.doi.org/10.1367/1539-4409(2002)002<0038:ICWSHC>2.0.CO;2)
- Bisegger, C., & Cloetta, B., The European Kidscreen Group (2005). *Kidscreen: Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen*. Bern: Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern.
- Bond, T. G., & Fox, C. M. (2013). *Applying the Rasch Model: Fundamental Measurement in the Human Sciences*. Psychology Press.
- Brasil (2004). *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília DF: Ministério da Saúde.
- Bullinger, M. (2002). Assessing Health Related Quality of Life in Medicine. An Overview over Concepts, Methods and Applications in International Research. *Restorative Neurology & Neuroscience*, 20, 93-101.
- Bullinger, M., Von Mackensen, S., Fischer, K., Khair, K., Petersen, C., Ravens-Sieberer, U. et al. (2002). Pilot Testing of the “Haemo-QoL” Quality of Life Questionnaire for Haemophilic Children in Six European Countries. *Haemophilia*, 8, 47-54. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1351-8216.2001.114.doc.x>
- Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and Discriminant Validation by the Multitrait-Multimethod Matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105. <http://dx.doi.org/10.1037/h0046016>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cronbach, L. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.

- <http://dx.doi.org/10.1007/BF02310555>
- Davis, E., Nicolas, C., Waters, E., Cook, K., Gibbs, L., Gosch, A. et al. (2007). Parent-Proxy and Child Self-Reported Health-Related Quality of Life: Using Qualitative Methods to Explain the Discordance. *Quality of Life Research*, 16, 863-871. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-007-9187-3>
- Eiser, C., & Morse, R. (2001). A Review of Measures of Quality of Life for Children with Chronic Illness. *Archives of Disease in Childhood*, 84, 205-211. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.84.3.205>
- Erhart, M., Ottova, V., Gaspar, T., Jericek, H., Schnohr, C., Alikasifoglu, M. et al. (2009). Measuring Mental Health and Well-Being of School-Children in 15 European Countries Using the KIDSCREEN-10 Index. *International Journal of Public Health*, 54, 160-166. <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-009-5407-7>
- Erhart, M., & Ravens-Sieberer, U. (2006). Health-Related Quality of Life Instruments and Individual Diagnosis—A New Area of Application. *Psycho-social Medicine*, 3, 11.
- Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Dickinson, H. O., & Colver, A. (2009). Rasch Measurement Properties of the KIDSCREEN Quality of Life Instrument in Children with Cerebral Palsy and Differential Item Functioning between Children with and without Cerebral Palsy. *Value in Health*, 12, 782-792. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4733.2009.00508.x>
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using SPSS* (4th ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G. et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100) [Development of the Portuguese Version of the OMS Evaluation Instrument of Quality Of Life]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>
- Gaspar, T., & Matos, M. G. (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- 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, 47-60.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Hair Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Huebner, E. S., Valois, R. F., Suldo, S. M., Smith, L. C., McKnight, C. G., Seligson, J. L. et al. (2004). Perceived Quality of Life: A Neglected Component of Adolescent Health Assessment and Intervention. *Journal of Adolescent Health*, 34, 270-278. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.07.007>
- Jesus, W. L. A., & Assis, M. M. A. (2010). Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: Contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 161-170. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>
- Karatzias, A., Chouliara, Z., Power, K., & Swanson, V. (2006). Predicting General Well-Being from Self-Esteem and Affectivity: An Exploratory Study with Scottish Adolescents. *Quality of Life Research*, 15, 1143-1151. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-006-0064-2>
- Kuenstner, S., Langelotz, C., Budach, V., Possinger, K., Krause, B., & Sezer, O. (2002). The Comparability of Quality of Life Scores: A Multitrait Multimethod Analysis of the EORTC QLQ-C30, SF-36 and FLIC Questionnaires. *European Journal of Cancer*, 38, 339-348. [http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049\(01\)00369-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049(01)00369-0)
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. (2006). *Applied Multivariate Research: Design and Interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publishers.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 7-18. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>
- Mohler-Kuo, M., & Dey, M. (2011). A Comparison of Health-Related Quality of Life between Children with versus without Special Health Care Needs, and Children Requiring versus Not Requiring Psychiatric Services. *Quality of Life Research*, 21, 1577-1586.
- Morais, C. A. (2008). *Saúde, doença mental e serviços de saúde na visão de adolescentes e seus cuidadores* (Dissertation). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Morais, C. A., Amparo, D. M., Fukuda, C. C., & Brasil, K. T. (2012). Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens brasileiros. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17, 369-379. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300004>
- Rajmil, L., Roizen, M., Psy, A. U., Hidalgo-Rasmussen, C., Fernández, G., & Dapuerto, J. J. (2012). Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents in Ibero-American Countries, 2000 to 2010. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 15, 312-322.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., Wetzel, R., Nickel, J., & Bullinger, M. (2006). Generic Health-Related Quality-

- of-Life Assessment in Children and Adolescents: Methodological Considerations. *PharmacoEconomics*, 24, 1199-1220. <http://dx.doi.org/10.2165/00019053-200624120-00005>
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M. et al. (2008). The KIDSCREEN-52 Quality of Life Measure for Children and Adolescents: Psychometric Results from a Cross-Cultural Survey in 13 European Countries. *Value in Health*, 11, 645-658. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00291.x>
- Raykov, T. (2011). Evaluation of Convergent and Discriminant Validity with Multitrait-Multimethod Correlations. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 64, 38-52. <http://dx.doi.org/10.1348/000711009X478616>
- Robitail, S., Ravens-Sieberer, U., Simeoni, M.-C., Rajmil, L., Bruil, J., Power, M. et al. (2007). Testing the Structural and Cross-Cultural Validity of the KIDSCREEN-27 Quality of Life Questionnaire. *Quality of Life Research*, 16, 1335-1345. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-007-9241-1>
- Robitail, S., Siméoni, M.-C., Ravens-Sieberer, U., Bruil, J., & Auquier, P. (2007). Children Proxies' Quality-of-Life Agreement Depended on the Country Using the European KIDSCREEN-52 Questionnaire. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60, 469.e1-469.e13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.09.007>
- Sawatzky, R., Ratner, P. A., Johnson, J. L., Kopec, J. A., & Zumbo, B. D. (2010). Self-Reported Physical and Mental Health Status and Quality of Life in Adolescents: A Latent Variable Mediation Model. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 17. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-8-17>
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 580-588. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>
- Solans, M., Pane, S., Estrada, M.-D., Serra-Sutton, V., Berra, S., Herdman, M. et al. (2008). Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents: A Systematic Review of Generic and Disease-Specific Instruments. *Value in Health*, 11, 742-764. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00293.x>
- The KIDSCREEN Group Europe (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires Quality of Life Questionnaires for Children and Adolescents* (Manual). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Upton, P., Lawford, J., & Eiser, C. (2008). Parent-Child Agreement across Child Health-Related Quality of Life Instruments: A Review of the Literature. *Quality of Life Research*, 17, 895-913. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-008-9350-5>
- WHO (1994). *Measurement of Quality of Life in Children* (MNH/PSF/94.5). Geneva: World Health Organization.
- Wille, N., Badia, X., Bonsel, G., Burström, K., Cavrini, G., Devlin, N. et al. (2010). Development of the EQ-5D-Y: A Child-Friendly Version of the EQ-5D. *Quality of Life Research*, 19, 875-886.

Artigo 2

Patterns of family identifications in adolescents from different
backgrounds *

*Artigo publicado na Revista Psychology, 6, 1516-1530. doi: [10.4236/psych.2015.612148](https://doi.org/10.4236/psych.2015.612148)
(foi preservada a formatação da publicação original)

Patterns of Family Identifications in Adolescents from Different Backgrounds*

Silvia Maués Santos Rodrigues¹, Janari da Silva Pedroso²,
Fernando Augusto Ramos Pontes¹, Christoph O.
Käppler³, Júlia Sursis N. F. Bucher-Maluschke⁴

¹Theory and Research of Behaviour Post Graduation Program, Federal University of Pará, Belém, Brazil

²Psychology Post Graduation Program, Federal University of Pará, Belém, Brazil

³Faculty of Rehabilitation Sciences, Social and Emotional Development in Rehabilitation and Education, Technical University of Dortmund, Dortmund, Germany

⁴Catholic University of Brasilia

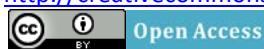
Email: silviamaués@ufpa.br

Received 12 August 2015; accepted 15 September 2015; published 21 September 2015

Copyright © 2015 by author(s) and Scientific Research Publishing Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Abstract

This exploratory study aims to examine the family identification patterns obtained with the Family Identification Test (FIT) in 1082 adolescents, by subgroups from different backgrounds including subgroup of outpatient treatment for mental disorders (clinical group, CG), and subgroups of students from regions with low and high human development index: public school group (PG), and private school group (PrG), in order to explore discriminant properties of the instrument and its utility to monitor mental health outcomes in adolescents. The FIT allows one to describe different self-concepts (self-congruence, actual and ideal self-image), and the perception of others (father's image, mother's image, etc.) by using twelve attributes related to three common personality dimensions (extraversion, neuroticism and agreeableness). The correlation between those concepts indicates the patterns of identification. Statistical analyzes were performed to test the hypothesis that there would be one or more differences of means between the groups and the results of the FIT. A statistically significant effect was obtained with MANOVA followed by a series of ANOVAs that indicated differences in family identification patterns. The adolescents from PrG showed higher means than adolescents from PG in auto-congruence, actual and ideal identification with the father and ideal identification with grandparent variables; and also showed differences with the CG in actual and ideal identification with the father. The results differentiated adolescents from different backgrounds. Adolescents from clinical and public schools groups reported a smaller desire to look like their fathers, which might have some clinical significance like lower cohesion or family attachment or more pronounced feelings of rejection with father figure. Future studies are needed to analyze these findings over time and in representative population samples.

How to cite this paper: Rodrigues, S. M. S., da Silva Pedroso, J., Pontes, F. A. R., Käppler, C. O., & Bucher-Maluschke, J. S. N. F. (2015). Patterns of Family Identifications in Adolescents from Different Backgrounds. *Psychology*, 6, 1516-1530.
<http://dx.doi.org/10.4236/psych.2015.612148>

Keywords

Adolescent; Self-concept; Self-congruence; Actual self; Ideal self; Family

1. Introduction

Adolescents experience important phase of its development, and that is marked inexorably by the presence of early sexual maturation signals and triggered by puberty, which changes their bodies and also how they begin to see themselves and how they are perceived and treated by others (Call et al., 2002; Garcia, 2010).

It is understood the adolescence as the time when individuals are most concerned with establishing a sense of inner identity. The relation between identification and identity is more important during adolescence when the jump from parental identification to peers and other people (as leader figures outside the family) contributes to the formation of a more stable personal identity. By identifying with others and imitating certain characteristics of others, the adolescent builds its own identity (Erikson, 1968/1994).

The family identification processes represent a crucial moment in the development and organization of family relationships (partner relationships, parent-child relationships). In addition, they play an important role in the development of self-concept and, therefore, of personality and mental health; in the last analysis, they will affect the psychosocial development of children (Remschmidt & Matthejat, 1999).

1.1. The Concept of Identification

The term identification is used in various theoretical approaches and therefore, understanding it depends on the basis of which it is based on. In order to better define the meaning of the term in this paper, its origin will be highlighted according to the main theoretical approaches of support, namely, psychoanalytic, social learning and cognitive theories.

In psychoanalytic theory, its origin goes back to the Oedipal scene. The original draft, based on the Greek tragedy Oedipus Rex (Sófocles, 1997), was presented by Freud in 1897 in a letter to Fliess (Freud, 1950/2006); achieved the status of founder concept with the publication of the Oedipus Complex Dissolution (Freud, 1924/2006) and came to represent crucial role in the subject's constitution. Identification is presented as a solution to the oedipal scene; at the positive Oedipus, a male child, facing the anxiety experienced by the threat of castration, leaves the cathexis directed to the mother (primary identification), replacing them with identifications with the father (secondary identification). The paternal authority is internalized into the ego, perpetuates the prohibition against incest and encourages the construction of the superego morality and the rise of the other in the subject constitution (Moreira, 2004).

Similarly, in the theories of learning, identification with one parent is considered as a central process for the development of self-image and personality. However, this will occur under conditions similar to imitation and, in contrast to psychoanalytic theory, the imitation of same-sex parents is related to positive reinforcements linked to the conduct to be emulated and not for the castration fear by rival quality directed to fathers or mothers (Bandura, 1969). An individual can identify with a model, not only to reduce anxiety due to the anticipated aggression. The motivation for the acquisition and keeping of identification response is related to the desire to achieve positive target states dominated by the model beyond the mastery of the environment and the loving support. Reinforcement for acquiring identification occurs because of the attributes of perceived similarity between the person and the model. Once identification has been established, the individual behaves as though the model of the target states belong to it; in turn, this positive effect derived from vicarious sharing also helps to keep identification. In addition, the individual can be identified in varying degrees, with a variety of models (Kagan, 1958).

In cognitive approaches, whose foundation takes place from the Piaget's structural developmental psychology, cognitive aspects of identification are highlighted. The identification is seen as a part of a structural cognitive level of a more general process of imitation, or a process of social participation. The identification, to this approach, also shows discrepancy with psychoanalytic theory—on the one hand it is not linked exclusively to the needs and relationships from the primitive parent-child interaction and on the other hand, it is not established completely and irreversibly—and works more like development tasks solutions. Cognitive approaches also dif-

fer from social learning theory because at first, the reinforcing have their main role associated with cognitive coping for the establishment of social or success standards (Piaget, 1932, 1959). Important contribution for this approach comes from the Kohlberg's theory of moral development, which postulates that internalization occurs to the extent that the contact of children with physical and social environment gradually promotes the appropriate adjustments to their stage of development. His research indicated that aspects of moral development are continuous and resulting from the reaction to the entire social world and not as a product of a particular stage, a particular concept (reciprocity), or a particular type of social relationship (peer relations). The development of a morality, of identification with authority, depends on the assumption of social role and the development of concepts such as reciprocity, justice and well-being of the group (Kohlberg, 1963).

In the face of conceptual diversity some distinctions are necessary for better understanding of the identification concept in this paper. The first distinction is between process and outcome. The processual identification occurs towards the dynamics established for a person to assume the behaviors of others and the structural identification refers to the degree of similarity or guidance with respect to a model person (function model), meaning that it can be seen as the result of the process. The second distinction made is related to differences between imitation and identification. In the case of imitation, this would involve the perception and adoption of the behavior of a model by an observer (Bandura, 1963, 1969). However, imitations at an elementary level may occur, without necessarily lead to cognitive impairment, while the identification process produces changes in cognitive structure, self-knowledge and behavior oriented to action. Thus, the concept of identification has a greater comprehensiveness than the term derived from the learning theory model (Remschmidt & Mattejat, 1999).

1.2. Family Identification Patterns

The term "patterns of identifications" used in this paper is derived from Remschmidt & Mattejat's studies carried out since the 70s with children of schizophrenic and depressed parents (Remschmidt & Mattejat, 1999). The authors developed a measurement system that implied on the degree of similarity between descriptions that a subject under evaluation had of himself and others, that is their level of identification. Their work led to a test—Familien-Identifikations-Test-FIT (Family Identification Test), which aimed to measure these patterns by calculating a correlation profile. The FIT methodology involves the use of a list of adjectives and one format of answers that allow self-description and the description of other significant persons. Thus, the fundamental design of the FIT is to obtain personal descriptions of the subjects (actual self, ideal self, other's concept) in assessment and determine, through correlation coefficients, the similarity among these concepts. The correlation coefficients, in turn, are interpreted as indicators of self-congruence of a person and the identification with the other members of the family (Remschmidt & Mattejat, 1999).

1.3. Self-Concept

The main theoretical reference about the self-concept employed on FIT have its origins in Carl Rogers personality theory. The differentiation of self lies in part on the tendency to self-realization, in which part of the individual's experience becomes differentiated and symbolized in awareness of being, consciousness of operate, that is, their self-experience. The interaction of self-experience with an environment, which comprises significant others, fosters the development of a concept of him/herself—the self—as object of perception on experimental field. So the perceptions of their own characteristics, or "him/herself" towards others and to various aspects of life, together with the values attached to these perceptions configure the self or self-concept that may be available to consciousness at a specific time, but, characteristically, is a fluid and changing process. The term, self or self-concept in Rogerian conception is used to refer to one's vision about himself, his self-structure (Rogers, 1951, 1959). In their update of concept, complemented with the cognitive theories, Remschmidt & Mattejat postulated that the self is the cognitive representation that an individual makes of himself, which is developed from interactions (experience) of the individual with his environment. Such interactions are generalized to include all cognitions likely to become conscious, which the individual relates to himself as the bearer of certain traits. Thus, the self-concept is used to control the activity and to structure new experiences, that is, the self affects the person's action trends and his/her interpretation of situations (Remschmidt & Mattejat, 1999).

In the conception of FIT, the self-concept can be considered as a cognitive schema, because it is structured, on the one hand, from the individual and the others experiences (assimilation). These experiences can be changed

based on past experiences (accommodation) producing a scheme in relatively high level of generalization. So each developmental challenge related to individual experience can promote changes in self-concept and characterize thus self-schemes, said contextual. In addition, the individual tends to seek consistency of his self-concept looking for experiences that give meaning and confirm himself and to avoid experiences that place him in question (Remschmidt & Mattejat, 1999).

1.4. Actual Self, Ideal Self and Self-Congruence

The self-concept differentiates two aspects: a descriptive one, concerning to the actual self-image—“How I am” and a normative one, concerning to the ideal self-image—“How I want to be”. Self-congruence refers to the consistency between them—the actual self and the ideal self. Discrepancies between actual and the ideal self-images imply in a change or pressure developing in the direction of a change in the search for convergence between the actual self and the ideal self (Lynch, La Guardia, & Ryan, 2009). In addition, discrepancies may indicate both psychological problems that affect the functioning of the person, but can also represent a stimulus and positively affect the development (Remschmidt & Mattejat, 1999).

1.5. Other’s Concept and Identification

The ideas that form on the individuality of others, especially of interaction partners constitute the concepts of “other”. Similar to what was discussed about the self concept, others’ concept represent generalizations of individual interactions with the environment where the individual relates to others, as individuals with their own characteristics and in the same way as cognitive schemes that have an emotional and motivational burden. The self-concept and other’s concepts develop in parallel and influence each other by internal comparative cognitive processes in which the individual relates to others and conducts assessments noting similarities and/or differences. The underlying processes and changes in the self-concept, and the other’s concepts, occur to a large extent by the experiences and reactions of the others significant to the person (Remschmidt & Mattejat, 1999).

Thus, as more positive is the emotional value of the other’s concept greater is the probability of ideal identification with that person. Individuals often have the tendency to evaluate in emotionally positive way their most important reference persons and ideally identify with them, namely, to achieve a minimum level of agreement between the ideal self-concept and concepts of the other. When this is not possible, it is experienced by the individual as a cognitive inconsistency and the cohesion of the social system could be questioned (Remschmidt & Mattejat, 1999).

At this point, referring to the definition of identification postulated by FIT’s authors as a concordance between self-concept and other’s concept of an individual, we can assume that as higher is the concordance between these concepts, greater is the individual's identification with the other person. It is, therefore, a concept of structural identification related to cognitive representations of a person (Remschmidt & Mattejat, 1999).

The FIT can be performed with isolated individuals to obtain information on their identifications. However, the test is best stated in terms of family diagnosis, implementation with the adolescent/child’s parents evaluation and possibly with other people in their social context (Teodoro, 2000). Usually, the structural identification with the people currently living with the person searched (family home) is investigated. The parallel test reliability values for self-congruence and identifications are 0.68 and 0.83. Test-retest reliability of the test values determined after a brief period was on average 0.78 (retest after two weeks) and 0.75 (retest after 6 weeks) (Remschmidt & Mattejat, 1999).

Since it was created, some studies have used the FIT in evaluating samples of children and youth, in comparative studies of healthy populations with other with some type of mental health problems, particularly depression separation anxiety disorder, attention deficit hyperactivity disorder and unspecified mental disorders with clinical (Blatter-Meunier, Lavalée, & Schneider, 2013; Käppler, 2005; Käppler, 1998; Meyer, Mattejat, König Wehmeier, & Remschmidt, 2001; Oswald, 2008) and non-clinical samples (Graeff-Martins et al., 2006; Teodoro, 2000). A Brazilian multicenter project developed in four state capitals inspired by a Swiss Study—the Access Mental Health Care in Children (Käppler & Mohler, 2006; Käppler et al., 2008) investigated, among other relevant health issues, family identification patterns in the public health system (Amparo et al., 2010). The public health system—called the Unified Health System (SUS, acronym in Portuguese) in Brazil, is based on the principles of regionalization and hierarchy of services and, with regard to attention the mental health of children and adolescents, it is directed for specialized services called Psychosocial Care Centers of Children and Youth

(CAPSi, acronym in Portuguese). Those services are still insufficient to meet the demands of the target population (Rodrigues, Pedroso, Pontes, & K appler, 2015) thus it is necessary to investigate the customer base that frequents these services nowadays.

1.6. The Present Study

This study, linked to the Brazilian multicenter study (Amparo et al., 2010) aims to examine family identification patterns obtained with the FIT by adolescents subgroups from different contexts including a subgroup of outpatient treatment for mental disorders and subgroups of students from regions with low and high Human Development Index (HDI) in the direction of analyzing the discriminant properties of the instrument and its utility to monitor health outcomes in adolescents. It was hypothesized that families with adolescents in treatment for mental disorders would report lower levels of self-congruence and identification than families with adolescent students without disorders.

2. Methods

2.1. Participants

Adolescents (12 - 18 years old) and their parents were recruited as part of an exploratory and cross sectional study of a multicenter Brazilian project research in four Brazilian state capitals: Brasília, Porto Alegre, Fortaleza and Belém (Amparo et al., 2010). These cities are included in four of five major geopolitical regions of the country: Midwest, South, Northeast and North, respectively. The data were integrated into a national database for analyzes. The sample was selected in a multistage sampling from three groups (clusters): a clinical group (CG), a group of public schools students (PG) and a group of private schools students (PrG) (Amparo et al., 2010; Morais, Amparo, Fukuda, & Brasil, 2012; Rodrigues et al., 2015). In order to form clinical group (CG) public and private outpatient services were identified in the four targeted cities of the research (preferably, Psychosocial Care Centers for Children and Youth). After authorization of the selected institutions managers, oral invitations were performed to all adolescents and caregivers who were attending at the waiting rooms of those services within the stipulated period for data collection. Those who accepted the oral invitation, were asked to sign the consent form for participation in the study. After these procedures, the instruments were applied in private settings for adolescents and caregivers, separately. Student groups (PG and PrG) were selected in two types of schools: public (with low HDI) and private (with high HDI), both located geographically close to selected health services when formed the clinical group (CG). After authorization of the school principals, invitations were conducted in the classrooms for all students in the age group under study. Those who agreed to participate took a letter to their caregivers to obtain consent for their own participation as well as of their caregivers. After these procedures, the instruments were applied individually or in small groups. Participants included 1.082 adolescents (583 females and 499 males), and 479 caregivers (350 maternal figures and 129 paternal figures). The mean age of adolescents from total sample was 15.30 ($SD = 1.60$) years old. There was no difference in age, between the sexes $t(1080) = -1.436, p = 0.151$. The mean ages by group were $M = 15.4 (SD = 1.47)$ years old, $M = 15.53 (SD = 1.61)$ years old, and $M = 14.49 (SD = 1.68)$ years old, respectively, for PG, PrG and CG and the differences were significant [$F(2, 141.753) = 29.242, p < 0.001$]. ANOVA multiple comparisons performed with the *post hoc* Hochberg test revealed that adolescents from clinical group (CG) had mean ages significantly lower than PG (mean difference = $-0.908, p < 0.001$) and that of PrG (mean difference = $-1.036, p < 0.001$). There was no difference between the ages for groups of students (PG and PrG) (Rodrigues et al., 2015).

It was obtained approval from the Ethics Research Committee in Human Beings of the Catholic University of Brasília (CEP/UCB No.86/2006) and participants and institutions selected were asked to signing the term of free and informed consent stating their knowledge and acceptance of the research.

2.2. Instruments

The Family Identification Test (FIT). This instrument was developed originally in two equivalent formats for test application—paperboard and questionnaire—both organized based on twelve adjectives (active, talkative, calm, self-confident, independent, anxious, understanding, considerate, friendly, nervous, moody and content) that are used to assess the extent that the person perceives and identifies himself with other family members. These attributes keep match with three of the five factors of the Big Five model, namely, extraversion, agreeableness and neuroticism (McCrae & John, 1992), the first two factors, due to its interactional relevance, and the

latter because of its clinical significance. The extraversion factor was represented at the FIT in two distinct aspects, the social activity (active, talkative and calm) and assertiveness (self-confident, independent and anxious) defined by its authors as fundamental in the perception of one's personality (Remschmidt & Mattejat, 1999). In assessing the results obtained with the FIT, in its Instruction Manual two possible levels of intra-individual assessment and two possible levels of inter-individual assessment are indicated. In the intra-individual level can be assessed: 1) the raw scores, which are descriptions of yourself (How I am, How I want to be) and others (How is my mother, How is my father, etc.) called adjective level and 2) the level of correlation, it means, similarity between descriptions of yourself and others, called identification level (self-congruence, actual and ideal identifications), which obtains the correlation measures between concepts measured on the first level (adjective) named execution variables. In the inter-individual level can be assessed: 1) the level of inter-individual descriptions consistency and 2) the level of inter-individual identifications consistency. The analysis focus in this article is the second level of intra-individual assessment, i.e. the degree of correlation or identification. Guidelines with cutoff points for self-congruence and identifications correlations values, based on validation studies, provide parameters for interpreting results: very low = -1.00 to 0.29, low = 0.30 to 0.39, medium = 0.40 to 0.79, high = 0.80 to 0.89 and very high = 0.90 to 1.00 (Remschmidt & Mattejat, 1999). The FIT was translated into Brazilian Portuguese and validated, on its paperboard format (Teodoro, 2000). The questionnaire format used in this research keeps the adjustments made by K appler (K appler, 2004). Thus, to the adolescent was asked to describe himself, his father, his mother and his grandfather or grandmother (grandparent) considered important; to the caregiver was asked to describe himself (or herself), the adolescent in investigation and their care partner with adolescent. In the FIT questionnaires, the person searched must indicate to what extent the adjectives could be applied to each person described. The possible answers were given on a Likert scale of five points ranging from one "does not match" to five "match totally".

Thus, from the evaluation version administered to the adolescents were obtained ten correlation coefficients and from the version given to the caregiver (father and mother versions) were obtained six correlation coefficients for each. An overview of the execution variables (correlation coefficients) presented in this study are provided in **Table 1**. This implies that the variables that will be analyzed in this paper are those reported by adolescents. The results for the caregivers will be reported as **Appendices** to this article.

Sociodemographic Data. Background variables taken into account in the analyses came from adolescents and their caregivers. Data collected from the adolescents were age, sex, and the Family Affluent Scale II (FAS II). The FAS is a socioeconomic indicator addressed to adolescent population, which includes family car ownership, having their own unshared room, the number of computers at home, and how many times they spent on holidays in the past 12 months. Three FAS levels were considered: low affluence (scores = 0, 1, 2), medium (scores = 3, 4, 5), and high (scores = 6, 7, 8, 9) (Boyce, Torsheim, Currie, & Zambon, 2006). Data collected from the caregivers taken into consideration in this paper were which parental figure the caregiver represented: maternal or paternal.

2.3. Statistical Analysis

In assessing of the data obtained with the FIT on the identification level, the execution variables were obtained and presented by Pearson correlation coefficients, ten in number for the version administered to adolescents and six for the version administered to the caregiver (father and mother version). The values obtained from Pearson correlations were transformed into Fisher's Z scores by the Equation (1)

$$Z = 0.5[\ln(1+r) - \ln(1-r)] \quad (1)$$

where \ln is the natural logarithm. This data transformation aims to ensure normality of the sample and allows one to perform the calculation of means, standard deviations, and percentile ranges, by groups (students and clinical). When r was exactly equal to one ($r = 1$) an approximation was used, with 99% of accuracy, which results in an approximate value of $Z = 2.65$. Following, these Z scores were transformed into correlations again to the presentation of results (Fisher, 1921). A MANOVA was conducted to test the hypothesis that there would be one or more means differences between the target groups (PG, PrG and CG) and the results of FIT. The MANOVA was followed up by a MANCOVA in order to investigate the influence of sex, age and socioeconomic status (FAS) as covariate factors by groups of adolescents from different backgrounds (PG, PrG and CG). It was used the Cohen d to estimate the effect size (Cohen, 1988). The decision level adopted for all analyzes was an alpha of 0.05.

Table 1. Descriptive Statistics of FIT's Execution Variables by Adolescents Groups.

FIT's execution variables	Groups	Fisher's Z scores				Pearson <i>r</i> transformed back			
		Mean	SD	95% CI for Mean		Mean	SD	95% CI for Mean	
				Lower	Upper			Lower	Upper
SC	PG	0.52	0.62	0.46	0.57	0.47	0.55	0.43	0.52
	PrG	0.66	0.66	0.59	0.73	0.58	0.58	0.53	0.62
	CG	0.56	0.69	0.45	0.66	0.51	0.60	0.42	0.58
AIM	PG	0.44	0.52	0.39	0.49	0.42	0.48	0.37	0.45
	PrG	0.50	0.50	0.45	0.55	0.46	0.47	0.42	0.50
	CG	0.46	0.54	0.37	0.54	0.43	0.49	0.36	0.49
AIF	PG	0.38	0.55	0.32	0.43	0.36	0.50	0.31	0.40
	PrG	0.49	0.50	0.44	0.54	0.45	0.46	0.41	0.49
	CG	0.38	0.51	0.31	0.46	0.37	0.47	0.30	0.43
AIG	PG	0.42	0.55	0.36	0.47	0.39	0.50	0.35	0.44
	PrG	0.50	0.50	0.45	0.55	0.46	0.46	0.42	0.50
	CG	0.46	0.53	0.38	0.54	0.43	0.49	0.36	0.50
IIM	PG	0.58	0.66	0.52	0.64	0.52	0.58	0.48	0.57
	PrG	0.69	0.68	0.62	0.76	0.60	0.59	0.55	0.64
	CG	0.62	0.61	0.53	0.71	0.55	0.55	0.48	0.61
IIF	PG	0.60	0.69	0.53	0.66	0.54	0.60	0.49	0.58
	PrG	0.78	0.64	0.72	0.85	0.65	0.57	0.62	0.69
	CG	0.53	0.70	0.42	0.63	0.48	0.60	0.40	0.56
IIG	PG	0.69	0.71	0.63	0.76	0.60	0.61	0.55	0.64
	PrG	0.85	0.68	0.78	0.91	0.69	0.59	0.65	0.72
	CG	0.76	0.68	0.66	0.87	0.64	0.59	0.58	0.70
SMF	PG	0.59	0.67	0.53	0.66	0.53	0.59	0.49	0.58
	PrG	0.65	0.67	0.58	0.72	0.57	0.59	0.52	0.61
	CG	0.56	0.67	0.45	0.66	0.51	0.59	0.43	0.58
SMG	PG	0.66	0.63	0.60	0.72	0.58	0.56	0.54	0.61
	PrG	0.66	0.65	0.59	0.73	0.58	0.57	0.53	0.62
	CG	0.62	0.61	0.53	0.71	0.55	0.55	0.48	0.61
SFG	PG	0.62	0.66	0.56	0.68	0.55	0.58	0.51	0.59
	PrG	0.66	0.67	0.60	0.73	0.58	0.59	0.53	0.62
	CG	0.56	0.63	0.47	0.66	0.51	0.56	0.44	0.58

Note: PG = Public School Group, PrG = Private School Group, CG = Clinical Group, AIM = actual identification with mother, AIF = actual identification with father, AIG = actual identification with grandparent, IIM = ideal identification with mother, IIF = ideal identification with father, IIG = ideal identification with grandparent, SMF= similarity mother-father, SMG = similarity mother-grandparent, SFG = similarity father-grandparent.

3. Results

3.1. Descriptive Statistics and Correlations

Table 1 presents means and standard deviations obtained to the FIT's execution variables by adolescent groups (PG, PrG and CG) derived from Pearson correlations (r^2) transformed into Fisher's Z scores and converted again into Pearson correlations. **Figure 1** summarizes means differences in Pearson's correlations transformed back.

3.2. Multivariate Analysis of Variance (MANOVA)

Prior to conducting the MANOVA, a series of Pearson correlations were performed between FIT's execution

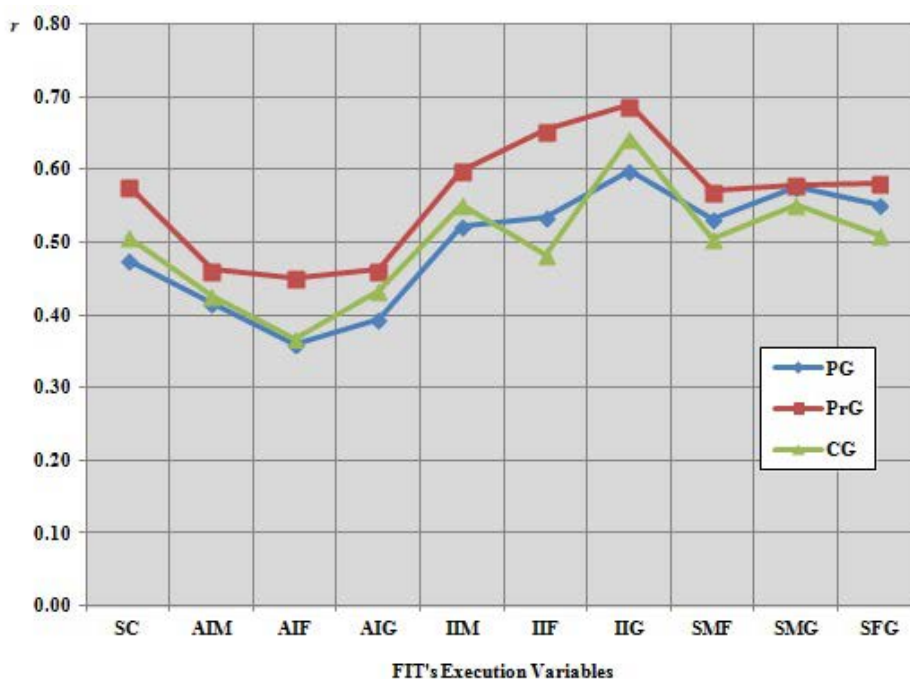


Figure 1. FIT's Execution Variables: Means by Groups (PG, PrG and CG).

variables and potential mediators in order to test the MANOVA assumption that the dependent variables would be correlated with each other in a moderate range (Meyers, Gamst, & Guarino, 2006) (Table 2). Additionally, the Box's M value of 128.54 was associated with a $p < 0.137$ suggesting the appropriateness of the MANOVA. A one-way multivariate analysis of variance was conducted to test the hypothesis that there would be one or more mean differences between adolescents groups (PG, PrG and CG) and FIT's Z scores. A statistically significant MANOVA effect was obtained, Wilk's $\Lambda = 0.958$, $F(20, 1962) = 2.110$, $p < 0.003$, $\eta^2 = 0.021$. The homogeneity of variance assumption was tested and considered satisfied based on a series of Levene's F tests (Table 3). A series of one-way ANOVA's on each of the ten dependent variables was conducted. As can be seen in Table 3, four of the ANOVA's were statistically significant, with effect sizes (partial η^2) ranging from 0.01 to 0.02. Thus, MANOVA indicated group differences on four of ten FIT's execution variables: self-congruence, actual and ideal identification with father and ideal identification with grandparent (grandfather or grandmother). Planned comparisons between groups (PG, PrG and CG) indicated lower self-congruence (SC), actual identification with father (AIF) and grandparent (AIG), ideal identifications with mother (IIM), father (IIF) and grandparent (IIG) in adolescents from PG than PrG with effect sizes (Cohen's d) ranging from 0.17 (IIM) to 0.28 (IIF) and, lower actual (AIF) and ideal (IIF) identifications with father in adolescents from CG than PrG, with effect sizes (Cohen's d) ranging from 0.20 (AIF) to 0.39 (IIF). No statistically significant differences were found between PG and CG groups.

3.3. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)

A MANCOVA was used to check whether the independent variables were influencing the dependent variable groups (PG, and GC PrG) after removing the effect of the covariate factor (Table 4). When sex, age and socioeconomic status (FAS) were added as covariates in the MANCOVA the effects became a bit weaker, Wilk's $\Lambda = 0.963$, $F(20, 1952) = 1.881$, $p < 0.010$, $\eta^2 = 0.019$ but univariate outcomes (adjusted for gender, age and socioeconomic status) showed the same linear tendency to differences the groups for actual (AIF) and ideal (IIF) identification with father and ideal identification with grandparent (IIG) and *post hoc* (Bonferroni) analyzes confirmed the same differences between groups of adolescents (PG, PrG and CG) already reported with the MANOVA except for ideal identification with mother (IIM) that disappeared.

4. Discussion and Conclusions

The aim of this study was to investigate differences in family identification patterns between adolescents sub-

Table 2. Correlations among Sex, Age, Socioeconomic Status (FAS) and Fisher's Z scores of Adolescents FIT's Execution Variables.

		Potential mediators				FIT's execution variables								
		Sex	Age	FAS	SC	AIM	AIF	AIG	IIM	IIF	IIG	SMF	SMG	SFG
Sex	r	1												
	n	1082												
Age	r	0.04	1											
	n	1082	1082											
FAS	r	0.07*	-0.04	1										
	n	1081	1081	1081										
SC	r	0.20**	-0.06	0.11	1									
	n	1082	1082	1081	1082									
AIM	r	0.07*	0.07*	0.09**	0.50**	1								
	n	1082	1082	1081	1082	1082								
AIF	r	0.17**	-0.05	0.09**	0.46**	0.51**	1							
	n	1055	1055	1054	1055	1055	1055							
AIG	r	0.12**	-0.03	0.06	0.55**	0.55**	0.54**	1						
	n	1037	1037	1036	1037	1037	1022	1037						
IIM	r	0.02	-0.03	0.12**	0.44**	0.50**	0.29**	0.35**	1					
	n	1082	1082	1081	1082	1082	1055	1037	1082					
IIF	r	0.09**	-0.05	0.14**	0.35**	0.31**	0.49**	0.31**	0.41**	1				
	n	1027	1027	1026	1027	1027	1025	996	1027	1027				
IIG	r	0.05	-0.03	0.09**	0.34**	0.30**	0.24**	0.48**	0.43**	0.42**	1			
	n	1012	1012	1011	1012	1012	996	1010	1012	998	1012			
SMF	r	0.03	-0.04	0.12**	0.29**	0.43**	0.48**	0.36**	0.49**	0.50**	0.24**	1		
	n	1047	1047	1046	1047	1047	1045	1014	1047	1021	994	1047		
SMG	r	-0.02	-0.07*	0.07*	0.29**	0.45**	0.30**	0.48**	0.58**	0.26**	0.44**	0.51**	1	
	n	1031	1031	1030	1031	1031	1014	1029	1031	994	1008	1016	1031	
SFG	r	0.065*	-0.05	0.05	0.26**	0.34**	0.47**	0.46**	0.29**	0.59**	0.46**	0.54**	0.47**	1
	n	1024	1024	1023	1024	1024	1022	1022	1024	998	998	1016	1016	1024

Note: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, FAS = socioeconomic status, SC = self-congruence, AIM = actual identification with mother, AIF = actual identification with father, AIG = actual identification with grandparent, IIM = ideal identification with mother, IIF = ideal identification with father, IIG = ideal identification with grandparent, SMF= similarity mother-father, SMG = similarity mother-grandparent, SFG = similarity father-grandparent.

Table 3. MANOVA Tests of Groups Differences.

FIT's execution variables	Levene's Test		Univariate Tests			Contrasts					
	$F_{(2,989)}$	p	$F_{(2,989)}$	p	η^2	PrG vs PG			PrG vs CG		
						MD	p	Cohen's d	MD	p	Cohen's d
SC	3.06	0.048	5.11	0.006*	0.010	0.14	0.002*	0.23	0.10	0.091	0.15
AIM	1.00	0.367	1.30	0.272	0.003	0.06	0.113	0.11	0.04	0.362	0.08
AIF	0.70	0.494	4.88	0.008*	0.010	0.11	0.003*	0.21	0.10	0.039*	0.20
AIG	0.17	0.842	2.67	0.070	0.005	0.09	0.022*	0.16	0.04	0.450	0.07
IIM	1.39	0.250	2.89	0.056	0.006	0.11	0.017*	0.17	0.07	0.255	0.11
IIF	0.78	0.458	11.57	0.001*	0.023	0.18	0.001*	0.28	0.26	0.001*	0.39
IIG	0.01	0.989	5.00	0.007*	0.010	0.15	0.002*	0.22	0.08	0.208	0.12
SMF	0.09	0.914	1.28	0.280	0.003	0.06	0.239	0.08	0.09	0.144	0.14
SMG	0.47	0.627	0.25	0.778	0.001	0.00	0.934	0.01	0.04	0.499	0.06
SFG	0.90	0.407	1.41	0.244	0.003	0.04	0.343	0.07	0.10	0.099	0.15

Note: * $p < 0.05$, MD = Mean difference, SC = self-congruence, AIM = actual identification with mother, AIF = actual identification with father, AIG = actual identification with grandparent, IIM = ideal identification with mother, IIF = ideal identification with father, IIG = ideal identification with grandparent, SMF= similarity mother-father, SMG = similarity mother-grandparent, SFG = similarity father-grandparent.

Table 4. MANCOVA Tests of Groups Differences with Sex, Age and Socioeconomic Status (FAS) as predictors.

FIT's execution variables	Sex		Age		FAS		Group		Contrasts					
									PrG vs PG			PrG vs CG		
	$F_{(1,985)}$	η^2	$F_{(1,985)}$	η^2	$F_{(1,985)}$	η^2	$F_{(2,985)}$	η^2	MD	p	Cohen's d	MD	p	Cohen's d
SC	51.23*	0.049	6.19*	0.006	1.21	0.001	2.91	0.006	0.12	0.021*	0.19	0.12	0.074	0.18
AIM	7.18*	0.007	6.37*	0.006	2.32	0.002	0.39	0.001	0.03	0.490	0.06	0.04	0.407	0.08
AIF	31.49*	0.031	5.24*	0.005	0.22	0.000	3.69*	0.007	0.10	0.015*	0.19	0.12	0.023*	0.24
AIG	15.17*	0.015	1.73	0.002	0.00	0.000	2.01	0.004	0.09	0.045*	0.16	0.05	0.319	0.11
IIM	0.30	0.000	1.21	0.001	6.21*	0.006	0.38	0.001	0.05	0.388	0.07	0.02	0.712	0.04
IIF	9.65*	0.010	4.45*	0.004	1.65	0.002	7.65*	0.015	0.15	0.004*	0.23	0.26	0.001*	0.39
IIG	3.00	0.003	1.18	0.001	0.81	0.001	2.72*	0.005	0.13	0.020*	0.19	0.08	0.289	0.11
SMF	0.65	0.001	2.42	0.002	10.91*	0.011	0.56	0.001	-0.03	0.572	-0.05	0.03	0.635	0.05
SMG	0.12	0.000	4.78*	0.005	3.92*	0.004	0.73	0.001	-0.04	0.414	-0.07	0.02	0.735	0.03
SFG	5.92*	0.006	4.02*	0.004	0.13	0.000	1.66	0.003	0.04	0.465	0.06	0.12	0.071	0.19

Note: * $p < 0.05$, FAS = Family Affluence Scale, MD = Mean difference, SC = self-congruence, AIM = actual identification with mother, AIF = actual identification with father, AIG = actual identification with grandparent, IIM = ideal identification with mother, IIF = ideal identification with father, IIG = ideal identification with grandparent, SMF = similarity mother-father, SMG = similarity mother-grandparent, SFG = similarity father-grandparent.

groups from different backgrounds (students and clinic) in the direction of analyzing the discriminant properties of the FIT and its utility to monitor health outcomes in adolescents. Initially, it was hypothesized that families with adolescents in treatment for mental disorders would report lower levels of self-congruence and identification than families with adolescent students without disorders but this was only partially confirmed, i.e., the clinical group showed lower identification rates that private school group into two patterns and presented similarity to the public school group in all patterns. The results from the present study indicated patterns of identification that differed more evidently between adolescents from private school and public school, and that were similar between adolescents from clinical group and public school group. Considering this, adolescents from public school identify significantly less with their fathers and grandparents and report less desire to be like their parents and grandparent. Moreover, those public school adolescents reported less self-congruence than the two other groups and although it has achieved a medium level ($r = 0.47$) for self-congruence, the levels for actual identifications with father ($r = 0.36$) and grandparent ($r = 0.39$) were lower than expected and, actual identification with mother ($r = 0.42$) was in a medium level, according to specific normative values of the validation studies (Remschmidt & Mattejat, 1999). These findings may be indicative of less cohesion in families of these adolescents with low incomes, which affects negatively the self-concept compared to the other analyzed groups.

Regarding the clinical group, lower values of identification related to the father figure were obtained, which indicated that adolescents did not perceive themselves as their parents and did not want to be like them; however, they showed median values in other standards values, including self-congruence which seemed to indicate a clear gap of the father figure in the clinical population. Interestingly, the participation of fathers was lower than the mothers particularly in the clinical and public school groups (9% and 6.1%) compared with the private group (20.8%) and as one could analyze in a recent review study from 47 articles that highlighted that paternal absence might contribute negatively to children's social-emotional adjustment that could persist until adolescence, increasing adolescents' risky behavior and leading to the negative effects on high school graduation (McLanahan, Tach, & Schneider, 2013). So, the findings in this study can be developed in the future, through longitudinal studies, both in order to clarify the weight of father absence in the rates of self-congruence and identification, as to contribute to psychosocial interventions focused on adolescents at-risk in order to mitigate the problems related with self-concept, self-congruence and other's concept and prevent the persistence of mental problems into adulthood.

Acknowledgements

We thank Professor Deise Matos do Amparo, PhD in Psychology, National University of Brasilia, Brazilian Coordinator of the multicenter project "Public health services: concepts of mental health and perceptions of the

service from the perspective of adolescents and their families” and Coordinator of the research team in the city of Brasilia.

We thank Professor Silvia Helena Koller, PhD in Psychology and Education, Federal University of Rio Grande do Sul, Coordinator of the research team in the city of Porto Alegre.

We thank the Psychologist Camila de Aquino Morais, Doctor in Psychology, who during her Masters in Psychology at Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil organized the national database and performed the data collection in the city of Porto Alegre.

We thank Foundation for Research Support of the Federal District for financial assistance for the development of the research project “Public health services: concepts of mental health from the perspective of young people and their families” that contributed to the construction of a national database.

We thank National Council for Scientific and Technological Development for financial assistance for the development of the research project “Conceptions and perceptions of mental health services from the perspective of youth and family” that contributed to the construction of a national database.

References

- Amparo, D. M., Brasil, K., Fukuda, C. C., Morais, C. A., Antunes, C., Penso, M. A., Wolff, L. et al. (2010). Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens e seus cuidadores Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília/Universidade de Brasília.
- Bandura, A. (1963). The Role of Imitation in Personality. *The Journal of Nursery Education*, 18, .
- Bandura, A. (1969). Social-Learning Theory of Identificatory Processes. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of Socialization Theory and Research* (pp. 213-262). Chicago, IL: Rand McNally & Company.
- Blatter-Meunier, J. C., Lavalley, K. L., & Schneider, S. (2013). Patterns of Family Identification and Self-Congruence in Childhood Separation Anxiety Disorder. *Psychopathology*, 47, 57-64. <http://dx.doi.org/10.1159/000348629>
- Boyce, W., Torsheim, T., Currie, C., & Zambon, A. (2006). The Family Affluence Scale as a Measure of National Wealth: Validation of an Adolescent Self-Report Measure. *Social Indicators Research*, 78, 473-487. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-005-1607-6>
- Call, K. T., Riedel, A. A., Hein, K., McLoyd, V., Petersen, A., & Kipke, M. (2002). Adolescent Health and Well-Being in the Twenty-First Century: A Global Perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 12, 69-98. <http://dx.doi.org/10.1111/1532-7795.00025>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Erikson, E. H. (1994). *Identity: Youth and Crisis*. New York: W.W. Norton & Company (1968).
- Fisher, R. A. (1921). On the “Probable Error” of a Coefficient of Correlation Deduced from a Small Sample. *Metron*, 1, 3-32.
- Freud, S. (2006). O ego e o ID e outros trabalhos. (J. Salomão, Trans.). In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (1st ed., Vol. XIX, pp. 101-106). Rio de Janeiro: Imago (1924).
- Freud, S. (2006). Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (J. Salomão, Trans.). In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (1st ed., Vol. I, pp. 129-211). Rio de Janeiro: Imago. (1950).
- Garcia, C. (2010). Conceptualization and Measurement of Coping during Adolescence: A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42, 166-185. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01327.x>
- Graeff-Martins, A., Oswald, S., Obst Comassetto, J., Kieling, C., Rocha Gonçalves, R., & Rohde, L. (2006). A Package of Interventions to Reduce School Dropout in Public Schools in a Developing Country. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, 442-449. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-006-0555-2>
- Kagan, J. (1958). The Concept of Identification. *Psychological Review*, 65, 296-305. <http://dx.doi.org/10.1037/h0041313>
- Käppler, C. (2004). *Access to Mental Health Care in Children (the AMHC-Study): Concepts of Mental Health and Perception of Services from the Perspective of Children, Adolescents and Their Families (4052-103375)*. Zürich: Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich.
- Käppler, C. (2005). Familienbeziehungen bei hyperaktiven Kindern im Behandlungsverlauf. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 21-29. <http://dx.doi.org/10.1026/0942-5403.14.1.21>
- Käppler, C., & Mohler, B. (2006). Mental Health and Access to Public Services: The Views of Children, Young People and Their Families. In P. Perrig-Chiello, & C. Suter (Eds.), *Childhood, Youth and Intergenerational Relationships in a Changing Society: Portrait of the National Research Programme NRP 52* (pp. 68-69). Berne: Swiss National Science Foundation.

- Kappler, C. D. O., Goncalves, M., Gianella, D., Zehnder, S., Peng, A., & Mohler-Kuo, M. (2008). Concepts of Mental Health and Barriers to Help Services from the Perspective of Children and Parents: Recent Results from the AMHC- (Access to Mental Health Care in Children)-Study [Special Issue: Abstracts of the XXIX International Congress of Psychology]. *International Journal of Psychology*, *43*, 90.
- Käppler, K. C. (1998). Padrões de identificação em famílias: Um estudo comparativo entre crianças com e sem problemas psicológicos. *Cadernos de Psicologia*, *8*, 241-252.
- Kohlberg, L. (1963). Moral Development and Identification. In H. W. S. J. Kagan, C. S. N. B. Henry, & H. G. Richey (Eds.), *Child Psychology: The Sixty-Second Yearbook of the National Society for the Study of Education, Part 1* (pp. 277-332). Chicago, IL: University of Chicago Press. <http://dx.doi.org/10.1037/13101-008>
- Lynch, M. F., La Guardia, J. G., & Ryan, R. M. (2009). On Being Yourself in Different Cultures: Ideal and Actual Self-Concept, Autonomy Support, and Well-Being in China, Russia, and the United States. *The Journal of Positive Psychology*, *4*, 290-304. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760902933765>
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An Introduction to the Five-Factor Model and Its Applications. *Journal of Personality*, *60*, 175-215. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x>
- McLanahan, S., Tach, L., & Schneider, D. (2013). The Causal Effects of Father Absence. *Annual Review of Sociology*, *39*, 399-427. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145704>
- Meyer, C., Matthejat, F., König, U., Wehmeier, P. M., & Remschmidt, H. (2001). Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *50*, 525-536.
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2006). *Applied Multivariate Research: Design and Interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Morais, C. A., Amparo, D. M., Fukuda, C. C., & Brasil, K. T. (2012). Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens brasileiros. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *17*, 369-379. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300004>
- Moreira, J. O. (2004). Édipo em Freud: O movimento de uma teoria. *Psicologia em Estudo*, *9*, 219-227. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722004000200008>
- Oswald, S. H. (2008). *Familienbeziehungen, Selbstkongruenz und Identifikationsmuster von brasilianischen Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung im Behandlungsverlauf: Perspektive des Kindes und der Eltern*. Tübingen: Universität Tübingen.
- Piaget, J. (1932). *The Moral Judgement of the Child*. London: Kegan Paul.
- Piaget, J. (1959). *The Language and Thought of the Child*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Remschmidt, H., & Matthejat, F. (1999). *Familien-Identifikations-Test (FIT)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe, Verlag GmbH & Co.
- Rodrigues, S. M. S., Pedroso, J. D. S., Pontes, F. A. R., & Käppler, C. O. (2015). Measuring Health-Related Quality of Life in Adolescents by Subgroups of Students and Outpatient Mental Health Clients. *Psychology*, *6*, 833-845. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2015.67082>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centred Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Boston: Houghton Mifflin
- Rogers, C. R. (1959). A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships: As Developed in the Client-Centered Framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A Study of a Science. Formulations of the Person and the Social Context* (Vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw Hill.
- Sófocles (1997). *Édipo rei*. Rio de Janeiro: EDIOURO.
- Teodoro, M. (2000). *Habilidades sociais e processos de identificação em crianças e adolescentes*. Unpublished Master's Dissertation, Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Available from Sistema de Bibliotecas UFMG Database (104650006).

Appendices

Table S1. Demographic variables distribution.

Demographic variables	PG			PrG			CG		
	n	%	Mean (SD)	n	%	Mean (SD)	n	%	Mean (SD)
Sex			1.46 (0.50)			1.45 (0.50)			1.48 (0.50)
female	276	54.1		215	54.6		92	51.7	
male	234	45.9		179	45.4		86	48.3	
Age			15.40 (1.47)			15.53 (1.61)			14.49 (1.68)
12 - 13 years old	62	12.2		56	14.2		59	33.1	
14 - 15 years old	170	33.3		119	30.2		69	38.8	
16 - 18 years old	278	54.5		219	55.6		50	28.1	
FAS			1.67 (0.64)			2.51 (0.61)			1.78 (0.76)
low	220	43.1		24	6.1		76	42.7	
medium	241	47.3		144	36.5		66	37.1	
high	49	9.6		226	57.4		36	20.2	
With parents			1.23 (0.42)			1.41 (0.49)			1.11 (0.32)
mother figure	106	20.8		117	29.7		127	71.3	
father figure	31	6.1		82	20.8		16	9.0	
Total	137	26.9		199	50.5		143	80.3	
Without parents	373	73.1		195	49.5		35	19.7	
Total general	510	100.0		394	100.0		178	100.0	

Table S2. General sample, N = 1082, Adolescent version (12-18 years old, 583 female, 499 male).

General Sample	N		Mean	SD	Percentiles		
	valid	missing			25	50	75
SC	1082	0	0.50	0.57	0.08	0.47	0.71
AIM	1082	0	0.42	0.47	0.10	0.41	0.65
IIM	1082	0	0.53	0.57	0.10	0.52	0.76
AIF	1055	27	0.39	0.49	0.04	0.37	0.62
IIF	1027	55	0.57	0.59	0.19	0.54	0.77
SMF	1047	35	0.54	0.59	0.17	0.50	0.75
AIG	1037	45	0.42	0.48	0.11	0.43	0.63
IIG	1012	70	0.64	0.60	0.26	0.62	0.82
SMG	1031	51	0.57	0.56	0.22	0.56	0.78
SFG	1024	58	0.55	0.58	0.16	0.52	0.77

Note: SC = self-congruence, AIM = actual identification with mother, AIF = actual identification with father, AIG = actual identification with grandparent, IIM = ideal identification with mother, IIF = ideal identification with father, IIG = ideal identification with grandparent, SMF = similarity mother-father, SMG = similarity mother-grandparent, SFG = similarity father-grandparent.

Table S3. Clinical sample, N = 178, Adolescent version (12-18 years old, 92 female, 86 male).

Clinical Sample	N		Mean	SD	Percentiles		
	valid	missing			25	50	75
SC	178	0	0.49	0.60	0.02	0.49	0.72
AIM	178	0	0.41	0.49	0.02	0.44	0.68
IIM	178	0	0.53	0.54	0.13	0.56	0.77
AIF	174	4	0.37	0.50	0.00	0.34	0.60
IIF	172	6	0.48	0.60	0.00	0.47	0.73
SMF	173	5	0.51	0.59	0.08	0.41	0.73
AIG	172	6	0.43	0.48	0.12	0.44	0.64
IIG	171	7	0.64	0.59	0.23	0.65	0.82
SMG	171	7	0.56	0.56	0.23	0.54	0.78
SFG	172	6	0.51	0.56	0.14	0.46	0.71

Note: SC = self-congruence, AIM = actual identification with mother, AIF = actual identification with father, AIG = actual identification with grandparent, IIM = ideal identification with mother, IIF = ideal identification with father, IIG = ideal identification with grandparent, SMF= similarity mother-father, SMG = similarity mother-grandparent, SFG = similarity father-grandparent.

Table S4. (a) Private school sample, N = 394, Adolescent version (12-18 years old, 215 female, 179 male). (b) Public school sample, N = 510, Adolescent version (12 - 18 years old, 276 females, 234 males).

(a)

Private school sample	N		Mean	SD	Percentiles		
	valid	missing			25	50	75
SC	394	0	0.57	0.58	0.17	0.56	0.80
AIM	394	0	0.46	0.46	0.18	0.45	0.68
IIM	394	0	0.59	0.59	0.18	0.58	0.80
AIF	394	0	0.45	0.46	0.12	0.44	0.66
IIF	385	9	0.66	0.57	0.33	0.64	0.83
SMF	394	0	0.57	0.58	0.21	0.55	0.78
AIG	390	4	0.46	0.46	0.17	0.49	0.66
IIG	381	13	0.69	0.59	0.37	0.66	0.86
SMG	390	4	0.58	0.57	0.21	0.56	0.78
SFG	390	4	0.58	0.58	0.19	0.57	0.79

(b)

Public school sample	N		Mean	SD	Percentiles		
	valid	missing			25	50	75
SC	510	0	0.44	0.54	0.06	0.42	0.64
AIM	510	0	0.40	0.47	0.06	0.37	0.62
IIM	510	0	0.49	0.57	0.04	0.46	0.73
AIF	487	23	0.35	0.50	0.00	0.31	0.60
IIF	470	40	0.53	0.60	0.16	0.46	0.74
SMF	480	30	0.53	0.58	0.17	0.49	0.73
AIG	475	35	0.38	0.50	0.06	0.37	0.61
IIG	460	50	0.60	0.61	0.19	0.56	0.77
SMG	470	40	0.56	0.55	0.20	0.56	0.77
SFG	462	48	0.54	0.58	0.13	0.49	0.77

Note: SC = self-congruence, AIM = actual identification with mother, AIF = actual identification with father, AIG = actual identification with grandparent, IIM = ideal identification with mother, IIF = ideal identification with father, IIG = ideal identification with grandparent, SMF= similarity mother-father, SMG = similarity mother-grandparent, SFG = similarity father-grandparent.

Table S5. Mother Figure sample, N = 350, Mother version.

Mother figure sample	N		Mean	SD	Percentiles		
	valid	missing			25	50	75
MSG	334	16	0.52	0.62	0.02	0.50	0.77
MAIA	337	13	0.41	0.54	0.00	0.35	0.67
MIIA	340	10	0.53	0.60	0.16	0.51	0.77
MAIP	335	15	0.37	0.56	-0.09	0.30	0.64
MIIP	338	12	0.62	0.63	0.21	0.62	0.80
SMPA	342	8	0.44	0.53	0.03	0.42	0.68

Note: MSC = Mother self-congruence, MAIA = Mother Actual Identification with adolescent, MIIA = Mother Ideal Identification with adolescent, MAIP = Mother Actual Identification with partner, MIIP = Mother Ideal Identification with partner, SMPA = Similarity Mother's partner with adolescent.

Table S6. Father Figure sample, N = 129, Father version.

Father figure sample	N		Mean	SD	Percentiles		
	valid	missing			25	50	75
FSG	127	2	0.66	0.62	0.19	0.63	0.86
FAIA	128	1	0.49	0.56	0.08	0.45	0.75
FIIA	128	1	0.59	0.62	0.11	0.58	0.82
FAIP	127	2	0.48	0.54	0.07	0.49	0.73
FIIP	126	3	0.63	0.60	0.27	0.59	0.82
SFPA	127	2	0.49	0.51	0.13	0.51	0.73

Note: FSC = Father self-congruence, FAIA = Father Actual Identification with adolescent, FIIA = Father Ideal Identification with adolescent, FAIP = Father Actual Identification with partner, FIIP = Father Ideal Identification with partner, SFPA = Similarity Father's partner with adolescent.

Artigo 3

Do self-concepts and significant other concepts predict Health-Related Quality of Life?*

*Artigo publicado na Revista *Psychology* 6(13), 1624-1645. doi:[10.4236/psych.2015.613159](https://doi.org/10.4236/psych.2015.613159)
(foi preservada a formatação da publicação original)

Do self-concepts and Significant Other Concepts Predict Health-Related Quality of Life?

Silvia Maués Santos Rodrigues¹, Fernando Augusto Ramos Pontes¹,
Janari da Silva Pedroso²

¹ Theory and Research of Behavior Post Graduation Program, Federal University of Pará, Belém, Brazil

² Psychology Post Graduation Program, Federal University of Pará, Belém, Brazil

Email: silviamauaes@ufpa.br

Received 7 September 2015; accepted 10 October 2015; published 13 October 2015

Copyright © 2015 by author(s) and Scientific Research Publishing Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Abstract

This article concerns the relations between self-concepts and concepts of significant others and, health related quality of life (HRQoL) in adolescents from different backgrounds. It was introduced that both constructs highlighted their importance to adolescents health status and, with a sample of 1.082 adolescents who answered two instruments aimed at each of these constructs, the Family Identification Test (FIT) and KIDSCREEN-27, respectively, it was sought to an analysis model to answer the research questions. In the first part, the factor structure of the instruments through confirmatory factor analysis (CFA) was investigated in order to confirm the factor structure of the two constructs. In the second part, a Structural Model through causal pathways between the latent variables and analysis of their significance through Z tests to critical ratios was developed. The reported evidence supports the conclusions that identity processes experienced by adolescents especially, the actual self-concept, has a significant impact on their health and wellbeing.

Keywords

Self-concept, Other's concept, HRQoL, FIT, Structural Equation Modeling

1. Introduction

During the adolescence, it can be considered that maladaptive behavior and self-concept converge in an important way (Ybrandt, 2008). Despite that, the vast majority of adolescents go through this phase of development

How to cite this paper: Rodrigues, S. M. S., Pontes, F. A. R., & da Silva Pedroso, J. (2015). Do Self-Concepts and Significant Other Concepts Predict Health-Related Quality of Life? *Psychology*, 6, 1624-1645.
<http://dx.doi.org/10.4236/psych.2015.613159>

without too many surprises. However, some will experience psychological and behavioral problems. Thus, the central task in adolescence to establish a stable and coherent identity (Erikson, 1968/1994) may face difficulties and the self-concept plays an important role in this scenario.

The self-concept is structured from the individual and the others current experiences (assimilation) and, these experiences can be changed based on past experiences (accommodation), producing a scheme in a relatively high level of generalization. So, each developmental challenge related to individual experience can promote changes in self-concept and characterize contextual self-schemes (Remschmidt & Mattejat, 1999). Theorists of social psychology had already noted that just might be the sense of self if there were a corresponding sense of the other members of their social group. That means, the social relations and the role that someone plays in society will constitute the person (Mead, 1934/2009).

Current and past experiences can be complicated by unfavorable conditions present in the social context of adolescents such as for example, unsafe sexual practices (Taquette, Vilhena, & Paula, 2004), early pregnancy (Chalem et al., 2007; Rodrigues, Almeida, & Ramos, 2011), use and abuse of substances (Humensky, 2010; Lemstra et al., 2008; Tavares, Béria, & Lima, 2004), poor eating habits (Levy et al., 2010; Veiga, Cunha, & Sichieri, 2004), lack of exercise (Sacker & Cable, 2006; Seabra, Mendonça, Thomis, Anjos, & Maia, 2008), family violence, sexual abuse (Teixeira & Taquette, 2010), severe physical punishment (Sá, Bordin, Martin, & Paula, 2010), that may impact on their mental health (Borges & Werlang, 2006; Cruzeiro et al., 2008; Jatobá & Bastos, 2007) and can be considered risk factors to their full development, including their self-concept and self-esteem.

Rogers (1961) pointed out that the self-concept played an important role in regulating behavior, determining which aspects of the experience were admissible to consciousness and what aspects needed to be repressed to minimize conflict with himself or with others. If particular aspects of self-concept are considered acceptable or not is partly determined by the nature of one's interactions with others including the experience of being conditionally considered by them. Moreover, in agreement with other authors (Butler & Haigh, 1954), he argued that it is possible to put in correlation aspects of actual self with the ideal self, using appropriate techniques to evaluate discrepancies in self-concept before and after therapy and convert the phenomenological data into elements, objectives and analyzable, useful to evaluate outcomes (Rogers, 1961/2012).

Some authors have highlighted the importance of others and the environment experienced by the person for the self-concept and the well-being (Craven & Marsh, 2008; Locke, 2006; Lynch, 2004; Lynch, 2014; Lynch, La Guardia, & Ryan, 2009; Rogers & Dymond, 1954) and self-concept measures using the Big Five Model (BFM) could be analyzed in its relations with the well being (Lynch et al., 2009). Others studies have investigated the relationship between self-concept and health-related quality of life (Beasley & Garn, 2013; Fonseca, 2013; Barnett & Hunter, 2012; Martinez, Martin, & Dowson, 2006). Additionally, several studies have shown associations of different facets of the personality with dimensions of quality of life in different groups: healthy adult informants (Costa & McCrae, 1980; Siegler & Brummett, 2000; Yamaoka et al., 1998), patients with somatic diseases (Aarstad, Aarstad, & Olofsson, 2008; Boye et al., 2008; Gomes & Ribeiro, 2001; Penedo et al., 2003; Yamaoka et al., 1998), patients with mental illness (Masthoff, Trompenaars, Van Heck, Hodiament, & De Vries, 2007; van Straten, Cuijpers, van Zuuren, Smits, & Donker, 2007) and, young informants with somatic problems (De Clercq, De Fruyt, Koot, & Benoit, 2004; Van De Ven & Engels, 2011).

Research on quality of life in children and adolescents has progressed with the understanding that it is closely related to their mental health and subjective wellbeing (Gaspar, Ribeiro, Matos, & Leal, 2008). In research, specifically in the health field, the term "health related quality of life" (HRQoL) began to appear more frequently in the literature and its creation intended to define the focus of the quality of life for the effects of health, disease and treatments, the life of the individual (Monika Bullinger, 2002; Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005). The increasing interest in the investigation of HRQoL has provided the development of measuring instruments for this construct and several are currently available (Erhart & Ravens-Sieberer, 2006; Gaspar, Matos, Ribeiro, & Leal, 2006; Rajmil et al., 2012; Solans et al., 2008). Some were designed to evaluate populations with specific health problems like Haemo-QoL (specific to people with hemophilia) (Bullinger et al., 2002) and others are generic and can be used in any population of children and adolescents (Rodrigues, Pedroso, Pontes, & K appler, 2015). In that direction the creation of the generic instrument KIDSCREEN for the age group of 8 to 18 years sought in its self-report version, the perceptions of quality of life through the eyes of children and adolescents themselves to reveal what is important to them, including the level and determinants of their health in the context of their lives (Gaspar et al., 2008).

In this paper, it was assumed that the self-concept (and other's concept) could be understood as the cognitive

representations (actual self-image, ideal self-image) that an individual makes of himself (and of others), which are developed from interactions (experience) of the individual with his environment and that such interactions are generalized to include all cognitions likely to become conscious, which the individual relates to himself (and to others) as individuals with their own characteristics and, in the same way, as cognitive schemes that have an emotional and motivational burden (Remschmidt & Mattejat, 1999). From this assumption, it was hypothesized that there are relations between the self and the significant others cognitive representations and health-related quality of life.

This study used the Family Identification Test (FIT) (Remschmidt & Mattejat, 1999) to obtain self-concepts and concepts of significant others and the generic questionnaire KIDSCREEN-27 (Ravens-Sieberer et al., 2006) to obtain HRQoL measures in a sample of adolescents from 12 to 18 years old. The methodology of the FIT involves the use of a list of adjectives and an answer format that allow self-descriptions (actual self and ideal self) and descriptions of significant others (other's concept) that enable the measurement of these concepts similarly to other studies that used BFM methodology (Lynch et al., 2009). The attributes present in FIT keep match with three (extraversion, agreeableness and neuroticism) of the five factors of the Big Five Model (McCrae & John, 1992; Remschmidt & Mattejat, 1999). The KIDSCREEN questionnaires resulted from a project carried out jointly with 13 European countries (Austria, Czech Republic, France, Greece, Hungary, Ireland, Poland, the Netherlands, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom and Germany) which lasted for three years (2001-2004) and resulted in three versions of the questionnaires with 52, 27 and 10 items for children/adolescents (self-report version), and similar for parents/caregivers (proxy version). The KIDSCREEN-27 instrument, therefore, is a reduced version of the KIDSCREEN-52, from which 27 items were selected from the original version that were grouped in five dimensions with minimal loss of information and similar psychometric quality compared to the version of 52 items (Ravens-Sieberer, The KIDSCREEN Group Europe et al., 2006).

The present study aims to evaluate the impact of self-concepts (actual and ideal images) and the significant others concepts (mother image, father image, grandparent image) in the HRQoL, measured with the generic questionnaire KIDSCREEN-27 through the structural equation modeling (SEM).

This article presents the results of an empirical analysis of two stages that used a statistical methodology based on Structural Equation Modeling (SEM) to overcome such challenges. Here, the impact of self-concepts (actual and ideal) and concepts of significant other (mother's image, father's image and grandparent's image) was examined in health-related quality of life (HRQoL). This research, in particular, seeks to develop a structural model giving evidence to the relations between these two important constructs in the field of health and well-being.

The analysis of structural equations is described as a combination of classical techniques of factorial analysis and linear regression, differing, however, from conventional techniques in fact that its analysis is based on a theory established *a priori*, i.e., is from the theory that the analysis is made, while in the classical statistics, data is leading the formulation of theories. In the SEM, the theory is the engine of analysis (Marôco, 2014).

SEM provides a useful way to determine whether the observed data agree with a hypothesis *a priori* on the impact of self-concepts and concepts of other significant in HRQoL. It has the advantage of providing a method for handling multiple, interrelated dependence relationships, providing statistical efficiency and to evaluate directly observable concepts to which respondents have about subjective assessments (Hair Jr., Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2006/2009).

2. Methods

2.1. Participants

Adolescents aged from 12 to 18 years old were recruited of an exploratory and cross sectional study of a multi-center Brazilian project research in four Brazilian state capitals: Brasilia, Porto Alegre, Fortaleza and Belém (Amparo et al., 2010). The data were integrated into a national database for analyzes. The sample was selected in a multistage sampling from three groups (clusters) of different backgrounds: clinical group (CG), selected in outpatient mental health services, after invitations in waiting rooms and voluntary acceptance; a group of public schools students (PG) formed from public schools with low human development index (HDI) and a group of private schools students (PrG) formed from schools with high HDI (Amparo et al., 2010; Morais, Amparo, Fukuda, & Brasil, 2012; Rodrigues, Pedroso, Pontes, & K  ppler, 2015). In schools invitations were carried out to adolescents in classrooms. In each of the participating institutions, their directors or managers were asked to ac-

cept the study voluntarily and signed form of consent. In all three groups, those adolescents who volunteered to participate, answered the instruments after their own signature (as well as their caregivers) in the consent form. The instruments were completed by 1.082 adolescents (53.9% females). The mean age of adolescents from total sample was 15.30 ($SD = 1.60$) years old. There was no difference in age, between the sexes $t(1080) = -1.436, p = 0.151$. The mean ages by group were $M = 15.4$ ($SD = 1.47$) years old, $M = 15.53$ ($SD = 1.61$) years old, and $M = 14.49$ ($SD = 1.68$) years old, respectively, for PG, PrG and CG and the differences were significant [$F(2, 141.753) = 29.242, p < 0.001$]. ANOVA multiple comparisons performed with the *post hoc* Hochberg test revealed that adolescents from clinical group (CG) had mean ages significantly lower than PG (mean difference = $-0.908, p < 0.001$) and that of PrG (mean difference = $-1.036, p < 0.001$). There was no difference between the ages for groups of students (PG and PrG) (Rodrigues, Pedroso, Pontes, & Käppler, 2015).

It was obtained approval from the Ethics Research Committee in Human Beings of the Catholic University of Brasília (CEP/UCB No. 86/2006) and participants and institutions selected were asked to signing the term of free and informed consent stating their knowledge and acceptance of the research (Rodrigues, 2015).

2.2. Instruments

KIDSCREEN-27. In the first phase of the Brazilian multicenter study, self-report and proxy versions of KIDSCREEN-27 in Lusitanian Portuguese (Gaspar & Matos, 2008) were adapted through a semantics validation process (Morais, 2008; Rodrigues, Pedroso, Pontes, & Käppler, 2015). The answers to the 27 items were given on a five-point scale ranging from poor/never/not at all to excellent/always/extremely. The answers on five-point scales were computed as scores of Rasch scales using IBM®SPSS® syntax provided by KIDSCREEN Manual (Ravens-Sieberer et al., 2006). The instruments were administered in the researcher presence. The reference period of time was the week prior to the study (Erhart, Ottova, et al., 2009). The KIDSCREEN-27 instrument measures five dimensions of Health-Related Quality of Life (HRQoL) (Ravens-Sieberer et al., 2006): 1) Physical Well-Being (PHY) (five items): explores the level of physical activity or performance and energy, as well as the intensity at which a child or teenager feels ill and complains of poor health; 2) Psychological Well-Being (PWB) (seven items): explores positive emotions and life satisfaction, as well as the presence of feelings of loneliness and sadness; 3) Autonomy and Relationships with Parents (PAR) (seven items): explores the quality of interactions between children/adolescents and their parents (or caregivers), as if the young feels loved and supported by family. It also examines the level of autonomy as well as the quality of financial resources perceived by the young; 4) Social Support and Peer Relations (SOC) (four items): examines social relationships with friends and peers, as well as the support received and, 5) School Environment (SCH) (four items): explores the perception of the youth about their cognitive ability, learning and concentration and their feelings about school. Moreover, explores the vision of the young about their relationship with their teachers.

The Family Identification Test (FIT). This instrument was developed originally in two equivalent formats for test application—paperboard and questionnaire—both organized based on twelve adjectives (active, talkative, calm, self-confident, independent, anxious, understanding, considerate, friendly, nervous, moody and content) that are used to assess the extent that the person perceives and identifies himself with other family members. These attributes keep match with three of the five factors of the Big Five Model, namely—extraversion, agreeableness and neuroticism (McCrae & John, 1992)—the first two factors, due to its interactional relevance, and the latter because of its clinical significance. The extraversion factor was represented at the FIT in two distinct aspects, the social activity (active, talkative and calm) and assertiveness (self-confident, independent and anxious) (Remschmidt & Mattejat, 1999). The FIT was translated into Brazilian Portuguese and validated, on its paperboard format (Teodoro, 2000). The questionnaire format used in this research keeps the adjustments made by Käppler (Käppler, 2004). There are two possible types of evaluation with FIT: intra-individual assessment and inter-individual. In the intra-individual level can be assessed: a) the raw scores, which are descriptions of yourself (How I am, How I want to be) and others (How is my mother, How is my father, etc.) called adjective level and b) the level of correlation, it means, similarity between descriptions of yourself and others, called identification level (self-congruence, actual and ideal identifications), which obtains the correlation measures between concepts measured on the first level (adjective) named execution variables. In the inter-individual level can be assessed: a) the level of inter-individual descriptions consistency and b) the level of inter-individual identifications consistency. The results of the correlation level were presented in a previous article (Rodrigues, Pedroso, Pontes, Käppler, & Bucher-Malusckhe, 2015). The analysis focus in this article is the first level of intra-individual assessment, i.e. the

self-concepts (actual and ideal self) and the other's concept (mother image, father image and grandparent image) (Remschmidt & Matthejat, 1999). Thus, the adolescent was asked to describe himself, his father, his mother and his grandfather or grandmother (grandparent) considered important. In the FIT questionnaires, the person searched must indicate to what extent the adjectives could be applied to each person described. The possible answers were given on a Likert scale of five points ranging from one "does not match" to five "match totally".

2.3. Statistical Analysis

The relationship between the factors of the two instruments, FIT and KIDSCREEN-27, defined a causal model with latent variables that was evaluated in two steps as described by Marôco (2014) with the IBM © AMOS software v. 22.0 Marôco (2014).

Step 1: Validation of measuring models through the use of CFA. The statistical analysis was designed to, in a last stage, examine relationships between the questionnaire KIDSCREEN and FIT in its intra-individual adjective level, i.e, the descriptions of himself and of others (actual and ideal self-image, mother image, father image and grandparent image). To achieve this goal, in the first stage, confirmatory factor analysis (CFA) of both constructs was carried out through usage the paths diagram, with IBM©AMOS v. 20.0 software as described in Marôco (Marôco, 2014). The composite reliability and average variance extracted (AVE) for each factor were described as in Fornell & Larcker (Fornell & Larcker, 1981). The existence of outliers was assessed by the Mahalanobis distance squared (D^2) and the univariate and multivariate normality of the sample were evaluated by the skewness (Sk) and kurtosis (Ku) coefficients. As a global quality indicators of adjustment of the models were used: the X^2/df which absolute value is considered good, if less than 2 (Byrne, 1989); the CFI (Comparative Fit Index) (Bentler, 1990), the NFI (Normal Fit Index) (Bentler & Bonett, 1980) and GFI (Goodness of Fit Index) (Jöreskog & Sörbom, 1984; Tanaka & Huba, 1985) whose values close to 1 indicate good fit and $RMSEA$ (Root Mean Square Error of Approximation) (Browne & Cudeck, 1993) with a value from 0.05 to 0.08 is considered a reasonable fit for a Confidence Interval (CI) of 90% and p value ≤ 0.05 .

Step 2: Structural Model. Corresponds to the causal pathways between latent variables and the determination of its significance through Z test to critical ratios (obtained by dividing the estimate of regression weight by the estimate of its standard error).

3. Results

3.1. Exploring KIDSCREEN-27 Factorial Structure

In the validation of the CFA assumptions, none of the variables showed skewness (Sk) and kurtosis (Ku) values as indicators of severe violations of the normal distribution ($|Sk| < 3$ and $|Ku| < 7 - 10$) (Marôco, 2014). The existence of outliers was evaluated by the Mahalanobis distance square (D^2) and several observations (54) were multivariate outliers. The analysis without these observations, did not produce significant improvements in the model, for this reason it was decided to keep all observations and make the model refinement only by analyzing the modification indices (MI). The original measurement model with all variables and all observations including outliers is in Figure 1. As can be seen the values of the adjustment quality indices are slightly apart from the values deemed acceptable ($X^2/df < 2$, $GFI > 0.9$, $CFI > 0.9$, $NFI > 0.9$, $RMSEA < 0.05$) (Marôco, 2014). Standardized factor weights for the vast majority of the items were above 0.5 except for KY27PHY1 (0.317) and KY27PAR4 (0.480) items and, all were statistically significant ($p < 0.001$).

It was obtained the improvement over the original measurement model by analyzing the modification indices (MI) sequentially. After analyzing the MI, errors associated with KY27PHY3 and KY27PHY4; KY27PWB4 and KY27PWB5; KY27PAR1 and KY27PAR2; KY27PAR3 and KY27PAR5; KY27PAR6 and KY27PAR7; KY27SOC3 and KY27SOC4 items were correlated and the obtained model can be seen on Figure 2.

The contribution of each item to the corresponding dimension was, in most cases, greater than 0.5 and all the items were statistically significant ($p < 0.001$). The reliability of the model was evaluated by composite reliability (CR). The results showed that all dimensions presented composite reliability higher than the reference value 0.7, whereby one can conclude that one can conclude that the instrument are reliable. With regard to individual reliability of each item, it was evaluated by squared factorial standardized weights (λ^2) and, if this was greater than 0.25, it can be said that the items are individually reliable. As can be seen in Table 1, most of the items had a value greater than 0.25, so it can be concluded the items displayed individual reliability.

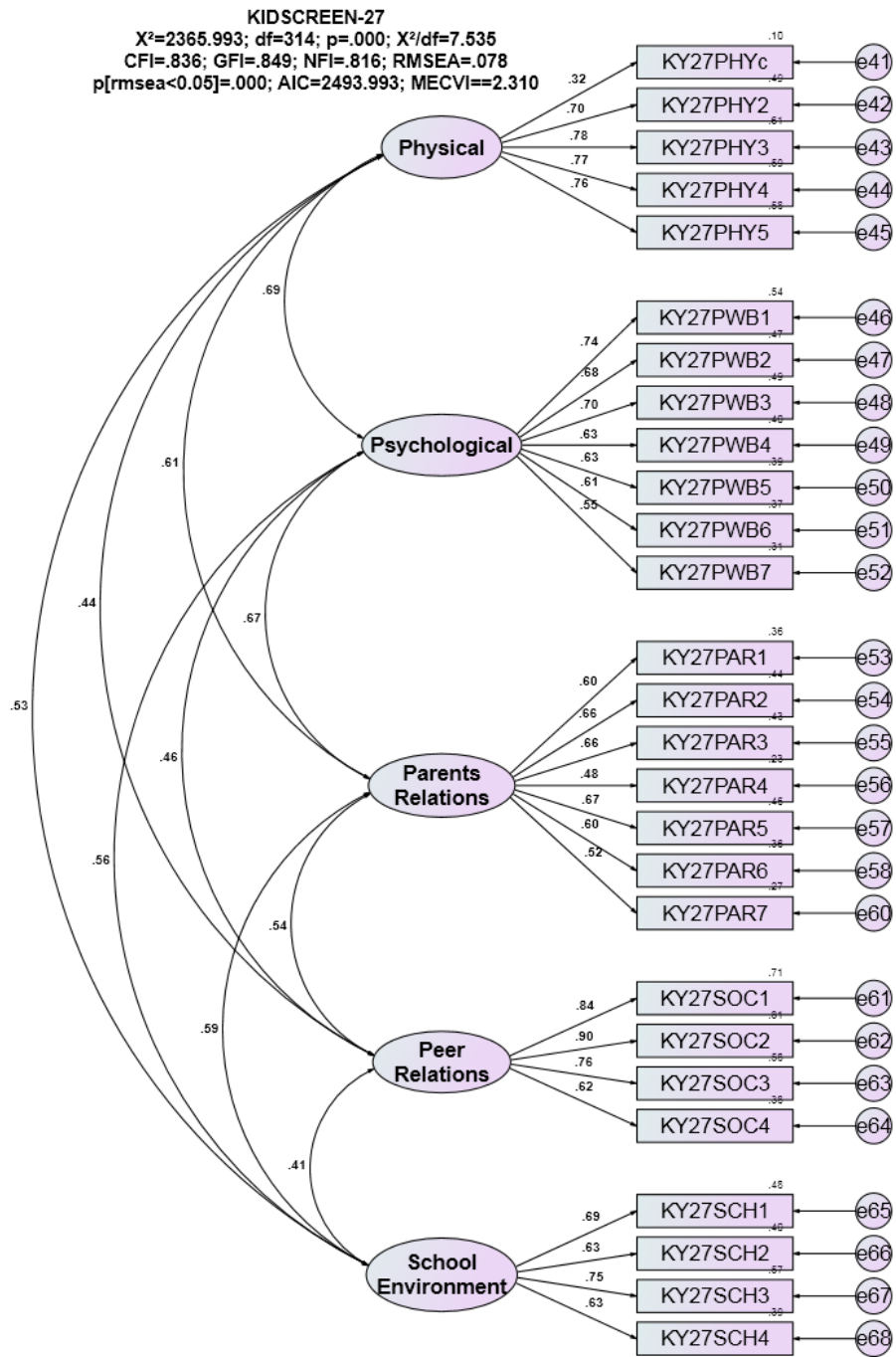


Figure 1. KIDSCREEN-27, Original Model.

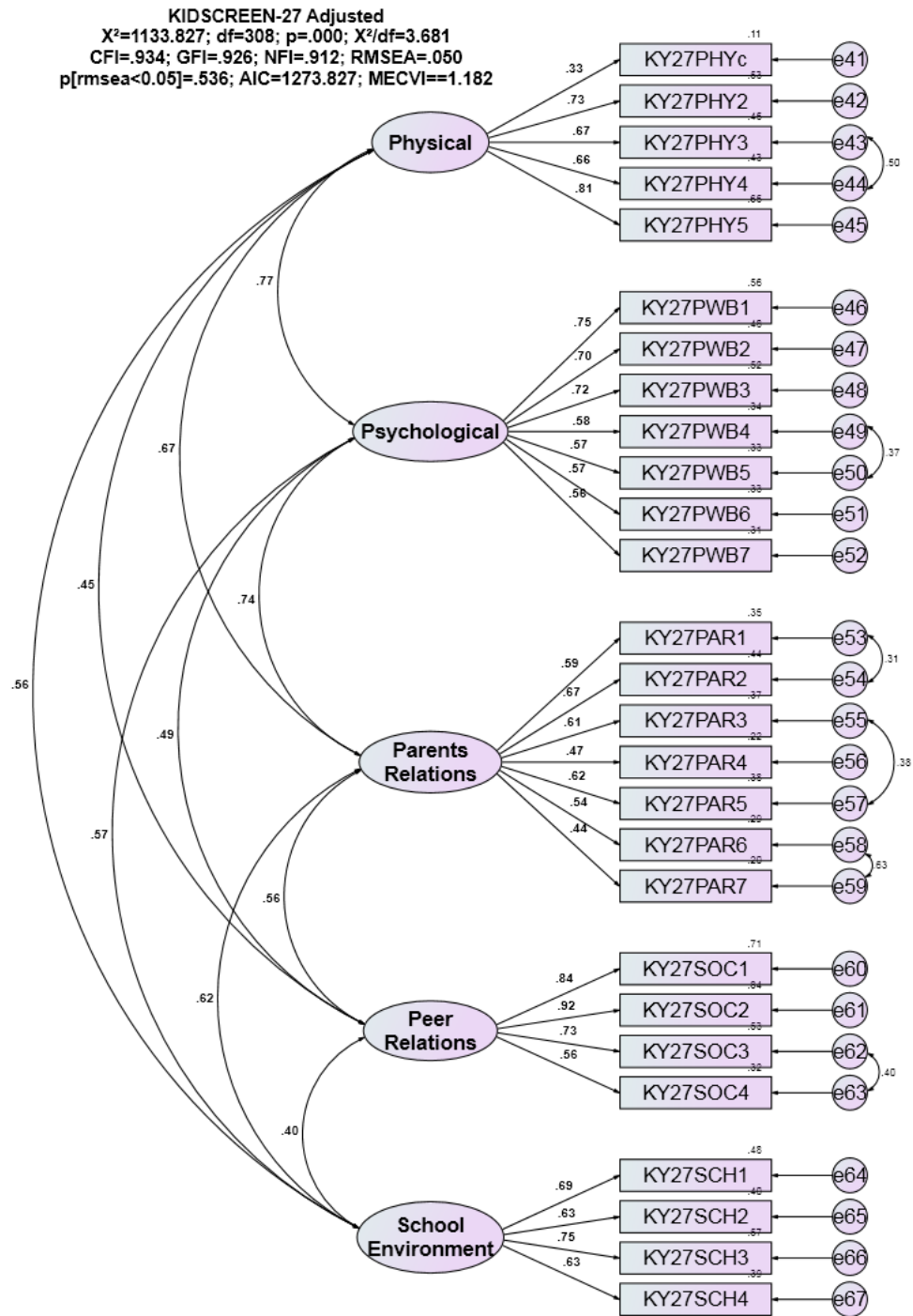


Figure 2. KIDSCREEN-27, Adjusted Model.

Table 1. Reliability of KIDSCREEN-27 Adjusted Model.

Dimension	Variable	Factorial weight (λ)	Sig.	Composite reliability (CR)	Individual reliability (λ^2)	Average Variance Extracted (AVE)
Physical Well Being (PHY)	KY27PHY1	0.388	< 0.001	0.792	0.151	0.443
	KY27PHY2	0.733	< 0.001		0.537	
	KY27PHY3	0.670	< 0.001		0.449	
	KY27PHY4	0.658	< 0.001		0.433	
	KY27PHY5	0.804	< 0.001		0.646	
Psychological Well Being (PSY)	KY27PWB1	0.746	< 0.001	0.827	0.557	0.409
	KY27PWB2	0.696	< 0.001		0.484	
	KY27PWB3	0.721	< 0.001		0.52	
	KY27PWB4	0.580	< 0.001		0.336	
	KY27PWB5	0.572	< 0.001		0.327	
	KY27PWB6	0.571	< 0.001		0.326	
	KY27PWB7	0.561	< 0.001		0.315	
Autonomy Parental relation (PAR)	KY27PAR1	0.589	< 0.001	0.765	0.347	0.322
	KY27PAR2	0.666	< 0.001		0.444	
	KY27PAR3	0.610	< 0.001		0.372	
	KY27PAR4	0.474	< 0.001		0.225	
	KY27PAR5	0.616	< 0.001		0.379	
	KY27PAR6	0.536	< 0.001		0.287	
	KY27PAR7	0.444	< 0.001		0.197	
Social Support and Peers (SOC)	KY27SOC1	0.843	< 0.001	0.853	0.711	0.601
	KY27SOC2	0.919	< 0.001		0.845	
	KY27SOC3	0.727	< 0.001		0.529	
	KY27SOC4	0.565	< 0.001		0.319	
School Environment (SCH)	KY27SCH1	0.694	< 0.001	0.773	0.482	0.461
	KY27SCH2	0.633	< 0.001		0.401	
	KY27SCH3	0.755	< 0.001		0.57	
	KY27SCH4	0.626	< 0.001		0.392	

Three types of validity determine construct validity: factorial validity, convergent validity and discriminant validity. As all items showed factorial weights greater than 0.5 (except for KY27PHY1, KY27PAR4 and KY27PAR7 items), it can be said that the scale has factorial validity as a whole.

Convergent validity was assessed by Average Variance Extracted (AVE) (Fornell & Larcker, 1981). If AVE is greater than 0.50, then the variance due to measurement error is fewer than the variance captured by the construct, by which it can be concluded that the measuring instrument presents convergent validity. As can be seen in Table 1, AVE is below 0.50 for four of five factors. Only Social Support & Peers showed AVE greater than 0.5 and convergent validity is questionable.

The discriminant validity can be evaluated by the average variance extracted test (Fornell & Larcker, 1981). Therefore, if AVE is greater than the square of the correlation between latent variables (inter-factor correlations) then the instrument or model measure has discriminant validity. The analysis of these values (shown in the Table 2) allows us to state that Social Support & Peers Relations (SOC) and School Environment (SCH) constructs discriminate all other factors scale, i.e., its AVE is greater than the square of the correlation that these factors establish with the other factors of the scale, the same is not true for the other factors which AVE were fewer than the square of the correlation inter-factor.

3.2. Exploring FIT (Self-Concepts and Other's Concepts) Factorial Structure

In the validation of the CFA assumptions, none of the variables showed skewness (Sk) and kurtosis (Ku) values as indicators of severe violations of the normal distribution ($|Sk| < 3$ and $|Ku| < 7 - 10$) (Marôco, 2014). The existence of outliers was evaluated by the Mahalanobis distance squared (D^2) and several observations (100) were multivariate outliers. The analysis without these observations, did not produce significant improvements in the model, for this reason it was decided to keep all observations and make the model refinement only by analyzing the modification indices (MI). The original measurement model with all variables and all observations including outliers is in Figure 3 ($X^2/df = 5.965$, $GFI = 0.716$, $CFI = 0.728$, $NFI = 0.691$, $RMSEA = 0.068$). As can be seen, the values of the adjustment quality indices are slightly apart from the values deemed acceptable ($X^2/df < 2$, $GFI > 0.9$, $CFI > 0.9$, $NFI > 0.9$, $RMSEA < 0.05$) (Marôco, 2014).

Examining the regression weights and standardized regression weights obtained in the model, some items showed problems: several items showed very low factor weights (much less than 0.5) and were not statistically significant (Jk127_3, Jk127_6, Jk128_6, Jk129_6, Jk133_3, Jk133_6).

Even after successive refinements, the FIT model 1 (Figure 4) presented adjustment indices (AI) better than the original, but the adjustment remained only poorly ($X^2/df = 4.236$, $GFI = 0.799$, $CFI = 0.826$, $NFI = 0.784$, $RMSEA = 0.055$).

From these findings, it was proceeded to the removal of items not significant ($p > 0.10$) and items that were with very low factor weights (below 0.5). In summary, items 3, 6, and 9 of all factors were eliminated. The item 8 obtained appropriate factor weight in only two factors (ideal self-image and grandparent image) and was also cut off from all factors. There was, thus, obtained an alternative model (Figure 5). This model has an acceptable adjustment quality ($X^2/df = 4.352$, $GFI = 0.861$, $CFI = 0.902$, $NFI = 0.877$, $RMSEA = 0.056$), with better indices than the previous models.

The reliability of the measurement model 2 was assessed by composite reliability. The results showed that all factors presented a high composite reliability, superior to 0.8 in every factor, so it can be concluded that taken together, the items are a reliable measure of the respective construct. Regarding to individual reliability of the items, it was assessed by the square of the standardized factorial weights (λ^2). If these were greater than 0.25 it could be said that the items were individually reliable. As can be seen, all items had a higher value than 0.25, so it can be concluded that all items showed individual reliability (Table 3).

Regarding the factorial validity it can be said that the measuring instrument has factorial validity since all its items showed factorial weights higher than 0.5. The convergent validity of each factor was evaluated by the Average Variance Extracted (AVE). As can be seen, all factors, except the Real Self-image factor, exhibited AVE values above 0.5 (Table 3).

Table 2. AVE comparisons with the squared inter-factor correlations of KIDSCREEN-27 Adjusted Model.

	Squared inter-factor correlation					AVE
	PHY	PSY	PAR	SOC	SCH	
Physical wellbeing (PHY)		0.593	0.448	0.203	0.316	0.443
Psychological wellbeing (PSY)	0.593		0.545	0.235	0.327	0.409
Autonomy & Relationships with Parents (PAR)	0.448	0.545		0.316	0.387	0.322
Social Support & Peer Relations (SOC)	0.203	0.235	0.316		0.162	0.601
School Environment (SCH)	0.316	0.327	0.387	0.162		0.461

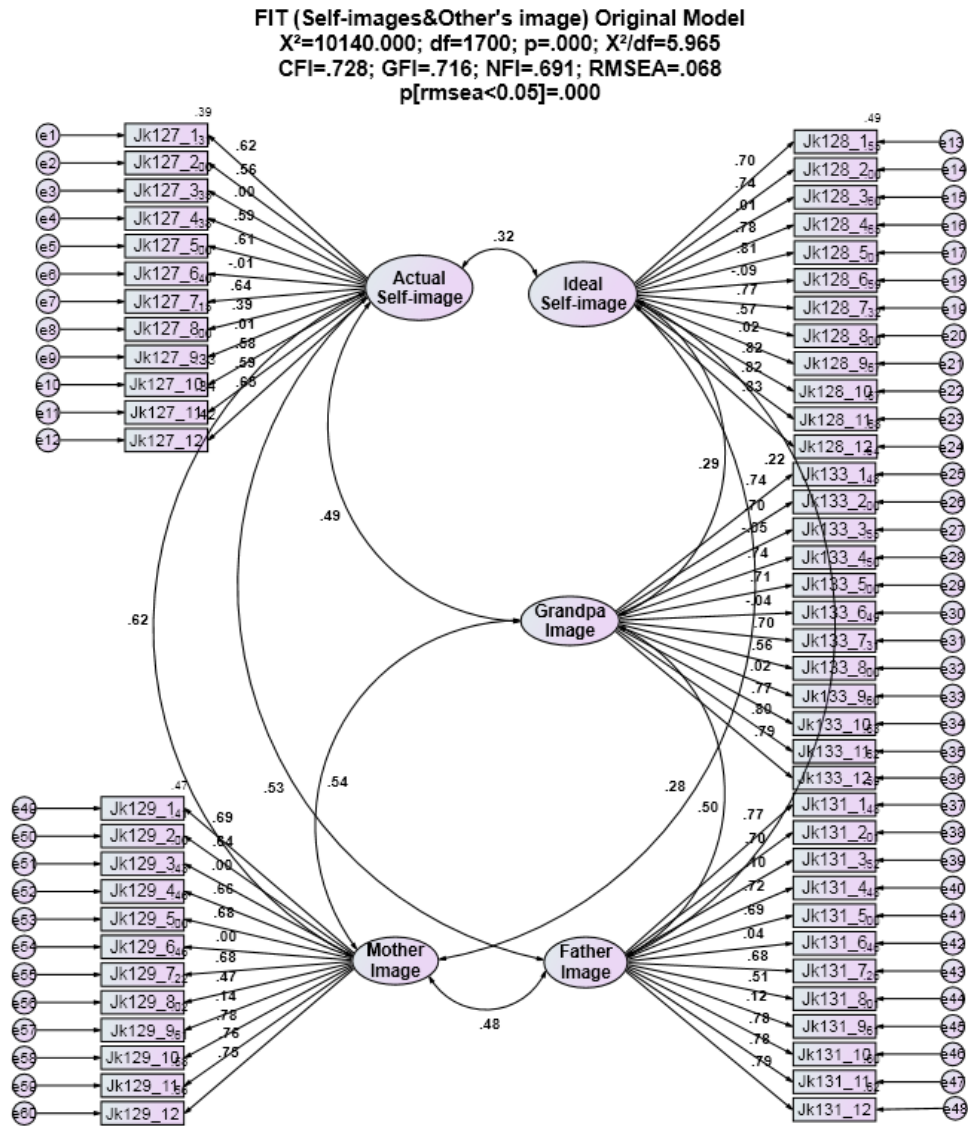


Figure 3. FIT (Self-images and Other's image), Original Model.

To assess the discriminant validity, it was proceeded to compare the AVE values of each factor with the squared inter-factor correlation (Table 4). As can be seen, all factors, except the factors Real Self-image and Mother Image, discriminate each other.

This model has acceptable psychometric qualities: has factorial validity, convergent validity was not obtained for the Real Self-image factor only, and discriminant validity just does not happen between two factors. Moreover, it presents reliability as a whole, as well as individual reliability.

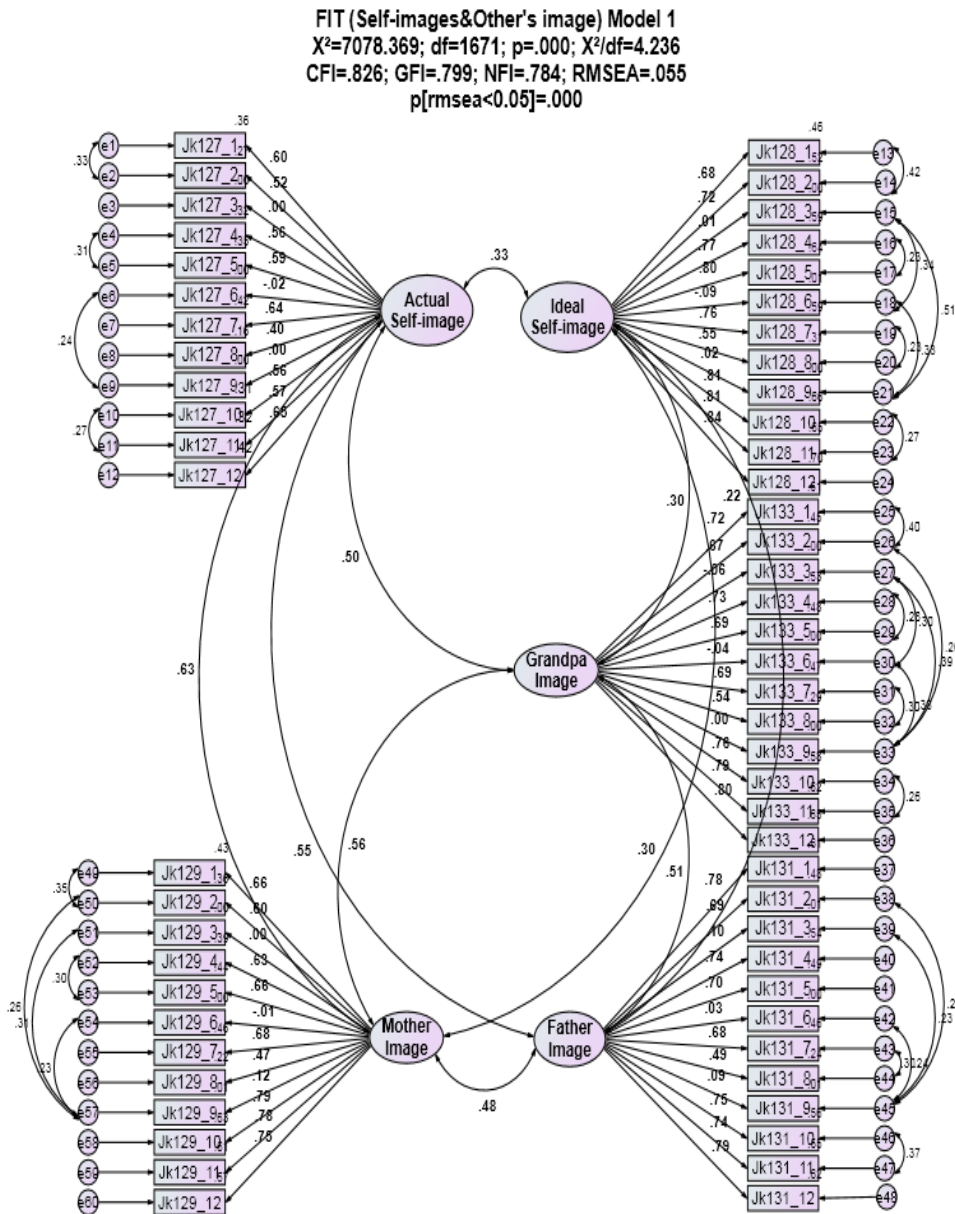


Figure 4. FIT (Self-images and Other's image), Model 1.

3.3. The Structural Model: FIT (Self-Concepts & Other's Concepts) versus KIDSCREEN-27

After obtaining the adjusted models of the two constructs target, it was drawn a structural model through the Causal Model with Latent Variables (CMLV) as described in Marôco (Marôco, 2014). The factor structure of both target models had already been properly validated, as previously reported. The factors obtained with the FIT were considered as the predictor variables and from each one, paths were drawn to obtain the causal trajectories. After the estimation by maximum likelihood method implemented with IBM©AMOS, the significance of the regression coefficients were evaluated and, for parsimony reasons, all non-significant trajectories were removed from the model. The structural model adjusted is on Figure 6.

The trajectories of the model with their non-standardized partial regression coefficients (*B*) with p-values, standardized errors (*SE*) and the standardized partial regression coefficients (β) are on Table 5.

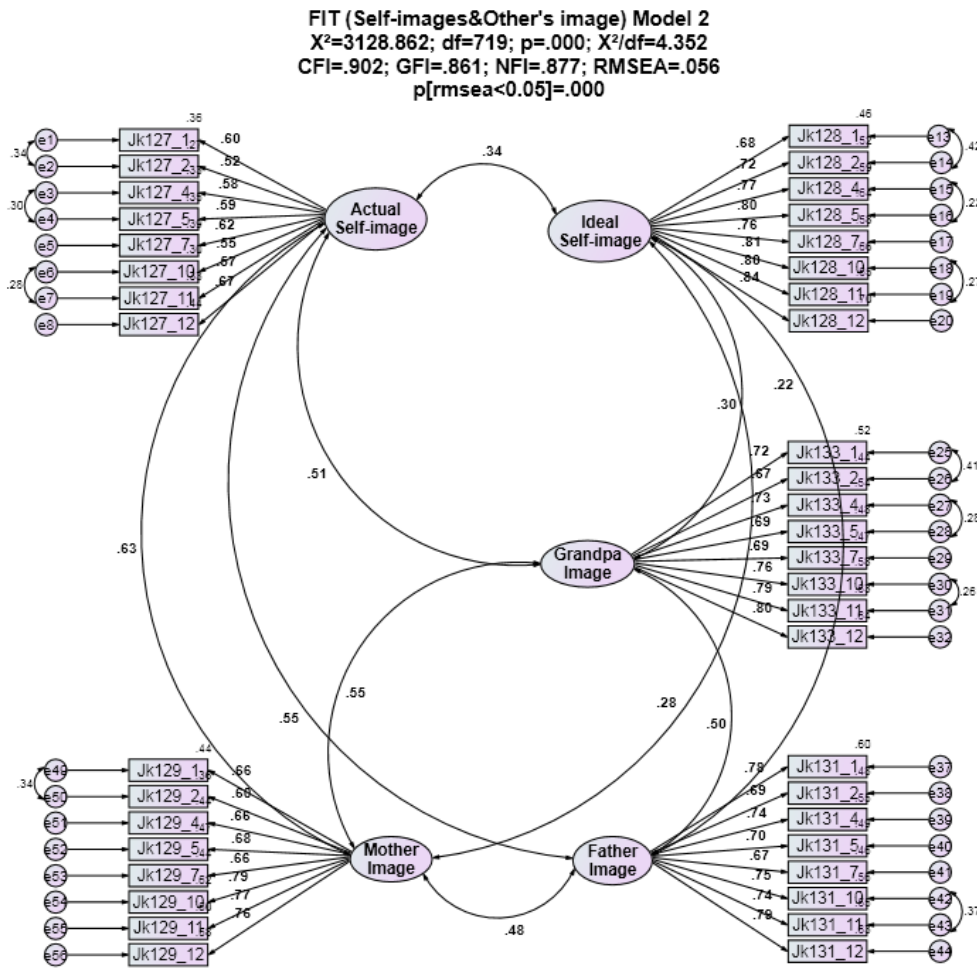


Figure 5. FIT (Self-images and Other's image), Model 2.

As can be seen, the Structural Model has a reasonably good quality ($X^2/df = 2.853$, $GFI = 0.847$, $CFI = 0.899$, $NFI = 0.853$, $RMSEA = 0.041$, $p = 1$). The trajectories analysis of the factors show that: the Actual Self-image shows a statistically significant and positive impact on all factors that comprise the KIDSCREEN-27 questionnaire and has greater impact on Physical Wellbeing ($B = 0.789$, $SE = 0.06$, $\beta = 0.630$, $p < 0.001$) and Psychological Wellbeing ($B = 0.734$, $SE = 0.053$, $\beta = 0.636$, $p < 0.001$) factors and a lower impact on Autonomy & Relationships with Parents ($B = 0.228$, $SE = 0.049$, $\beta = 0.252$, $p < 0.001$) factor; the Ideal Self-image presents a statistically significant and negative impact on only three of five factors of KIDSCREEN-27, Physical Wellbeing ($B = -0.110$, $SE = 0.033$, $\beta = -0.108$, $p = 0.001$), Psychological Wellbeing ($B = -0.085$, $SE = 0.029$, $\beta = -0.090$, $p = 0.003$) and Autonomy & Relationships with Parents ($B = -0.062$, $SE = 0.023$, $\beta = -0.083$, $p = 0.007$); the Mother Image has statistically significant and positive impact only on Autonomy & Relationships with Parents ($B = 0.246$, $SE = 0.038$, $\beta = 0.292$, $p < 0.001$) factor; the Father Image as the Mother Image has a positive and statistically significant impact on Autonomy & Relationships with Parents ($B = 0.157$, $SE = 0.026$, $\beta = 0.235$, $p < 0.001$) factor and also features a statistically significant and positive impact, although with much less weight on the School Environment factor ($B = 0.076$, $SE = 0.034$, $\beta = 0.094$, $p = 0.023$); the Grandparent Image as the Father Image has a positive and statistically significant impact on Autonomy & Relationships with Parents ($B =$

Table 3. Reliability of FIT (Self-images and Other's image) Adjusted Model.

Factor	Item	Factorial weight (λ)	Sig.	Composite reliability	Individual reliability (λ^2)	AVE
Real Self-image	Jk127_1	0.599	< 0.001	0.808	0.359	0.349
	Jk127_2	0.522	< 0.001		0.272	
	Jk127_4	0.577	< 0.001		0.333	
	Jk127_5	0.591	< 0.001		0.349	
	Jk127_7	0.622	< 0.001		0.387	
	Jk127_10	0.549	< 0.001		0.301	
	Jk127_11	0.571	< 0.001		0.326	
	Jk127_12	0.666	< 0.001	0.444		
Ideal Self-image	Jk128_1	0.679	< 0.001	0.923	0.461	0.600
	Jk128_2	0.722	< 0.001		0.521	
	Jk128_4	0.768	< 0.001		0.590	
	Jk128_5	0.798	< 0.001		0.637	
	Jk128_7	0.764	< 0.001		0.584	
	Jk128_10	0.811	< 0.001		0.658	
	Jk128_11	0.804	< 0.001		0.646	
	Jk128_12	0.838	< 0.001	0.702		
Mother image	Jk129_1	0.661	< 0.001	0.885	0.437	0.493
	Jk129_2	0.604	< 0.001		0.365	
	Jk129_4	0.661	< 0.001		0.437	
	Jk129_5	0.684	< 0.001		0.468	
	Jk129_7	0.663	< 0.001		0.440	
	Jk129_10	0.787	< 0.001		0.619	
	Jk129_11	0.773	< 0.001		0.598	
	Jk129_12	0.762	< 0.001	0.581		
Father image	Jk131_1	0.776	< 0.001	0.904	0.602	0.540
	Jk131_2	0.695	< 0.001		0.483	
	Jk131_4	0.741	< 0.001		0.549	
	Jk131_5	0.702	< 0.001		0.493	
	Jk131_7	0.675	< 0.001		0.456	
	Jk131_10	0.748	< 0.001		0.560	
	Jk131_11	0.744	< 0.001		0.554	
	Jk131_12	0.792	< 0.001	0.627		
Grandparent image	Jk133_1	0.719	< 0.001	0.902	0.517	0.537
	Jk133_2	0.665	< 0.001		0.442	
	Jk133_4	0.732	< 0.001		0.536	
	Jk133_5	0.691	< 0.001		0.477	
	Jk133_7	0.689	< 0.001		0.475	
	Jk133_10	0.759	< 0.001		0.576	
	Jk133_11	0.791	< 0.001		0.626	
	Jk133_12	0.803	< 0.001	0.645		

Table 4. AVE comparisons with the squared inter-factor correlations of FIT (Self-image and Other's image) Adjusted Model.

FIT (Self-images & Other's image)	Squared inter-factor correlation					AVE
	RSI	ISI	MI	FI	GI	
Real self-image (RSI)		0.112	0.401	0.303	0.256	0.349
Ideal self-image (ISI)	0.112		0.081	0.047	0.089	0.600
Mother image (MI)	0.401	0.081		0.225	0.307	0.493
Father image (FI)	0.303	0.047	0.225		0.252	0.540
Grandparent image (GI)	0.256	0.089	0.307	0.252		0.537

Structural Model
 $\chi^2=5968.707$; $df=2092$; $p=.000$; $\chi^2/df=2.853$
 $CFI=.899$; $GFI=.847$; $NFI=.853$; $RMSEA=.041$
 $p[rmsea<0.05]=1.000$; $AIC=6340.707$; $MECVI=-5.889$

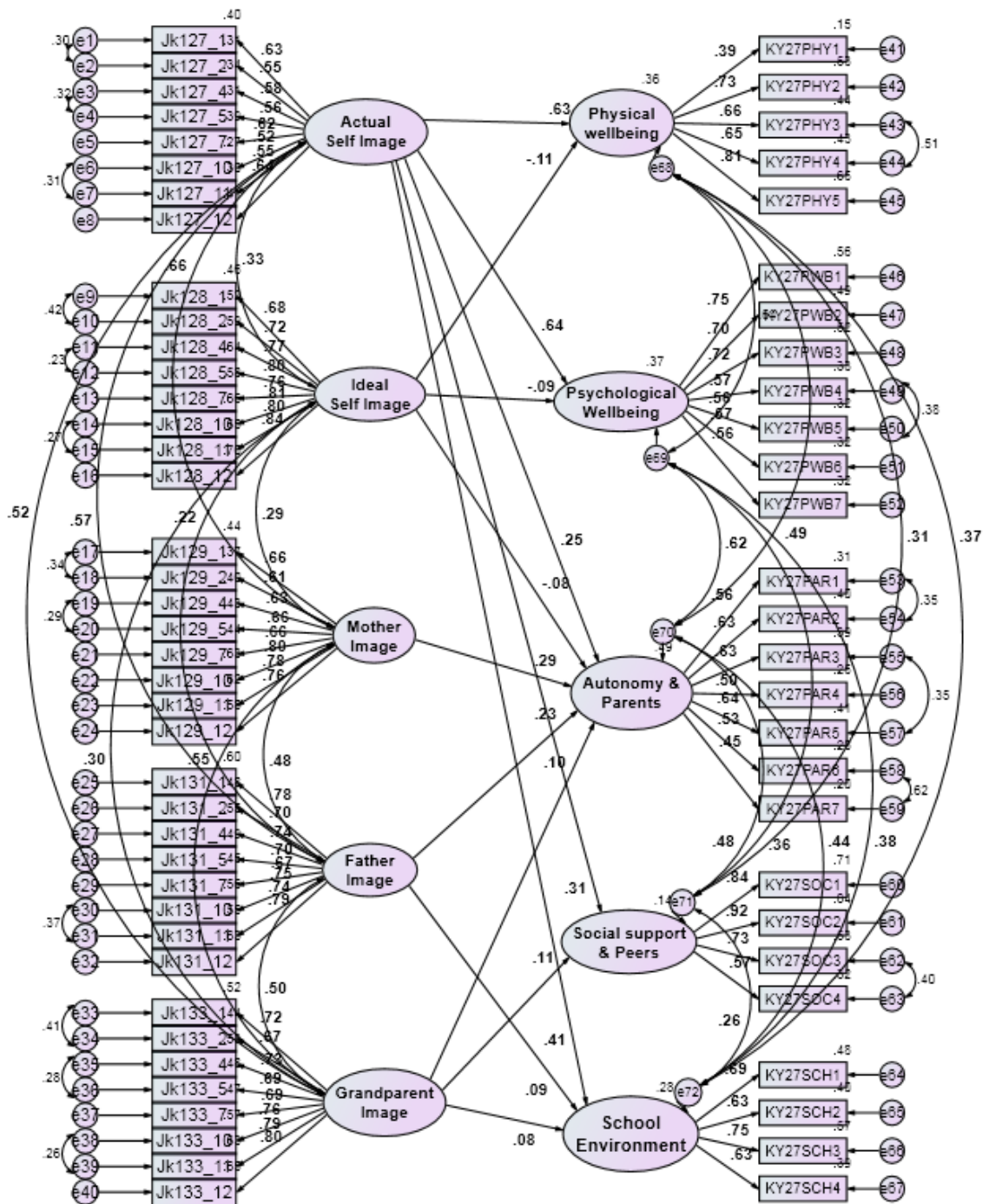


Figure 6. Structural Model.

Table 5. Trajectories of Structural Model.

Trajectory	B	SE	β	Sig. (<i>p</i> -value)
Actual Self-image ↔ Physical Wellbeing	0.789	0.060	0.630	< 0.001
Actual Self-image ↔ Psychological Wellbeing	0.734	0.053	0.636	< 0.001
Actual Self-image ↔ Autonomy & Relationships with Parents	0.228	0.049	0.252	< 0.001
Actual Self-image ↔ Social support & Peers relations	0.397	0.056	0.306	< 0.001
Actual Self-image ↔ School Environment	0.453	0.057	0.414	< 0.001
Ideal Self-image ↔ Physical Wellbeing	-0.110	0.033	-0.108	< 0.001
Ideal Self-image ↔ Psychological Wellbeing	-0.085	0.029	-0.090	0.003
Ideal Self-image ↔ Autonomy & Relationships with Parents	-0.062	0.023	-0.083	0.007
Mother Image ↔ Autonomy & Relationships with Parents	0.246	0.038	0.292	< 0.001
Father Image ↔ Autonomy & Relationships with Parents	0.157	0.026	0.235	< 0.001
Father Image ↔ School Environment	0.076	0.034	0.094	0.023
Grandparent Image ↔ Autonomy & Relationships with Parents	0.074	0.029	0.098	0.012
Grandparent Image ↔ Social support & Peers relations	0.119	0.041	0.109	0.004
Grandparent Image ↔ School Environment	0.076	0.037	0.083	0.037

0.074, $SE = 0.029$, $\beta = 0.098$, $p = 0.012$) and School Environment ($B = 0.076$, $SE = 0.037$, $\beta = 0.084$, $p = 0.037$) factors, although with a lower weight. However, it is in the KIDSCREEN-27 factor of Social Support & Peers Relations that the impact of Grandparent Image has the greatest effect ($B = 0.119$, $SE = 0.041$, $\beta = 0.109$, $p = 0.004$).

The standardized total effects from self-concepts measured with FIT on KIDSCREEN-27 (dimensions and subscales) by Structural Model are on Table 6. Regarding the effects of Actual Self-image on Physical Wellbeing, the items with higher contribution were items 5 (KY27PHY5) "Have you felt full of energy?" and 2 (KY27PHY2) "Have you felt physically fit and well?". Regarding the effects of Actual Self-image on Psychological Wellbeing, the items with the highest contribution were items 1 (KY27PSY1) "Has your life been enjoyable?" and 3 (KY27PSY3) "Have you had fun?".

Regarding the effects of perceived Image of the Mother on Autonomy & Relationships with Parents, there was a balance between the seven items of the KIDSCREEN-27 subscale with the greatest contribution of item 5 (KY27PAR5) "Have you been able talk to your parent(s) when you wanted to?". Regarding the effects of perceived Image of the Father on Autonomy & Relationships with Parents, the same trend found with mother continued and, on the dimension School Environment, the greatest contribution was from subscale 3 (KY27SCH3) "Have you been able to pay attention?".

Regarding the effects of perceived Image of the Grandparent it was found a weak predictive power in three dimensions of KIDSCREEN-27, Social Support and Peer Relations (SOC), Autonomy & Relationships with Parents (PAR) and School Environment (SCH). On the first one, the greatest contribution was from item 2 (KY27SOC2) "Have you had fun with your friends?"; on the second, the greatest contribution was from item 5 (KY27PAR5) similar to parents and for the last, the greatest contribution was from item 3 (KY27SCH3) "Have you been able to pay attention?".

4. Discussion and Conclusion

The present study aimed to evaluate the impact of self-concepts and the concepts of significant others measured with the FIT in the HRQoL, measured with the generic questionnaire KIDSCREEN-27. It was hypothesized that there were relations between those cognitive representations of self with HRQoL dimensions similarly to what has been found by other researchers regarding to the wellbeing.

Table 6. Standardized Total Effects from FIT Self-concepts on KIDSCREEN-27 (Dimensions and Subscales).

	Actual self-image	Ideal self-image	Mother image	Father image	Grandparent image
Physical Wellbeing (PHY)	0.630	-0.108			
Psychological Wellbeing (PSY)	0.636	-0.090			
Autonomy & Relationships with Parents (PAR)	0.252	-0.083	0.292	0.235	0.098
Social Support & Peers relations (SOC)	0.306				0.109
School Environment (SCH)	0.414			0.094	0.083
KY27PHY1 In general, how would you say your health is?	0.246	-0.042			
KY27PHY2 Have you physically felt fit and well?	0.460	-0.079			
KY27PHY3 Have you been physically active ?	0.419	-0.072			
KY27PHY4 Have you been able to run well?	0.413	-0.071			
KY27PHY5 Have you felt full of energy?	0.510	-0.087			
KY27PWB1 Has your life been enjoyable?	0.476	-0.068			
KY27PWB2 Have you been in a good mood?	0.447	-0.064			
KY27PWB3 Have you had fun?	0.458	-0.065			
KY27PWB4 Have you felt sad?	0.364	-0.052			
KY27PWB5 Have you felt so bad that you didn't want to do anything?	0.359	-0.051			
KY27PWB6 Have you felt lonely?	0.360	-0.051			
KY27PWB7 Have you been happy with the way you are?	0.357	-0.051			
KY27PAR1 Have you had enough time for yourself?	0.141	-0.047	0.163	0.131	0.055
KY27PAR2 Have you been able to do the things that you want to do in your free time?	0.159	-0.052	0.184	0.148	0.061
KY27PAR3 Have your parent(s) had enough time for you?	0.158	-0.052	0.184	0.148	0.061
KY27PAR4 Have your parent(s) treated you fairly?	0.126	-0.042	0.146	0.117	0.049
KY27PAR5 Have you been able talk to your parent(s) when you wanted to?	0.160	-0.053	0.186	0.150	0.062
KY27PAR6 Have you had enough money to do the same things as your friends?	0.134	-0.044	0.155	0.125	0.052
KY27PAR7 Have you had enough money for your expenses?	0.114	-0.038	0.132	0.106	0.044
KY27SOC1 Have you spent time with your friends?	0.258				0.092
KY27SOC2 Have you had fun with your friends?	0.280				0.100
KY27SOC3 Have you and your friends helped each other?	0.222				0.079
KY27SOC4 Have you been able to rely on your friends?	0.173				0.062
KY27SCH1 Have you been happy at school?	0.286			0.065	0.058
KY27SCH2 Have you got on well at school?	0.261			0.060	0.053
KY27SCH3 Have you been able to pay attention?	0.312			0.071	0.063
KY27SCH4 Have you got along well with your teachers?	0.260			0.059	0.052

In the construction of the structural model covering the two constructs, it was necessary to evaluate the factorial structure of both instruments. Regarding the factorial structure of the KIDSCREEN-27 questionnaire, the validity of a five-factor model was evident, but it was necessary to fit the model through the modification indices with the correlation between seven pairs of variables errors over four of the five factors. The model, as a whole, achieved factorial validity. However, the convergent and discriminant validity were not achieved at all factors. Regarding the factor structure of FIT, the original factorial structure did not show acceptable quality indicators and their analysis showed multiple items with factorial weights very low and/or negative, particularly items 3, 6, 8 and 9 that correspond to the adjectives, anxious, moody, independent and nervous, respectively. The adjectives anxious, moody and nervous corresponding to neuroticism factor (the first, with negative polarity and the last two with positive polarity) and the adjective independent corresponding to extraversion factor (assertiveness). As the FIT aims to cover three of the five major personality factors (Agreeableness, Extraversion and Neuroticism), it was found that with the removal of the problematic items would remain: two adjectives linked to negative polarity of neuroticism (content and calm); three linked to positive polarity of extraversion (active, talkative and self-confident) and three linked to agreeableness (understanding, considerate and friendly) that showed no problems. As the descriptors would be reduced from 12 to eight without losing the original test coverage was proceeded CFA, which after adjustments showed high composite reliability and individually reliability of the items.

In this analysis, in spite that the aim was not to investigate the concept of discrepancy between the actual self and the ideal self, the fact that two descriptors (adjectives) of the FIT that measure neuroticism have obtained very low and/or negative factor weights and thus were removed from the scale shows compatibility with Lynch et al. study (Lynch et al., 2009) who used the Big Factor Model to assess the self-concept in cross-cultural study with college students and found that young people had a tendency not to think of themselves as neurotic. Here this trait also, was partially rejected. It is possible that the translations of the FIT for the Brazilian Portuguese (Käppler, 2004; Teodoro, 2000) do not reflect exactly the current meaning of those descriptors in the original language (German) in which the FIT was created (Remschmidt & Mattejat, 1999). Further cross-cultural studies are needed to analyze this aspect better.

After the factorial analysis of the instruments and the necessary adjustments, it was sought to outline a structural model to answer the main question: if the cognitive representations of self and significant others concepts may predict HRQoL in adolescents from different backgrounds. It was found evidence of that Actual Self-image can predict each of the dimensions of HRQoL measured by the KIDSCREEN-27, especially in the dimensions Physical Wellbeing and Psychological Wellbeing. The mother's perceived image is able to predict HRQoL only in dimension Autonomy & Relationships with Parents; the father's perceived image in the dimensions Autonomy & Relationships with Parents and School Environment and the perceived image of the significant grandparent predict HRQoL especially in dimension Social Support & Peer Relations. The Ideal Self-image showed a weak negative predictive potential on three of five dependent variables (Physical Wellbeing, Psychological Wellbeing and Autonomy & Relationships with Parents), meaning that, for every increase in the β coefficient of the predictor variable, there is a reduction in the β coefficient of the KIDSCREEN-27 dependent variable. It can be considered that, in terms of HRQoL of the adolescents under review, it is more important the perception of "how I am" and not "how I want to be".

When observing the effects of self-concepts and concepts of significant others on KIDSCREEN-27 subscales, some aspects are highlighted. The main effects of Actual Self-image on Physical Wellbeing subscales stressed the importance of leisure and physical activity. The effects of perceived Image of the Mother and Father on Autonomy & Relationships with Parents subscales stressed the quality of interactions between adolescents and their parents. The effects of perceived Image of the Father on the dimension School Environment, stressed the perception of the adolescents about their cognitive ability, learning and concentration. Surprisingly the perceived images of the father and mother did not show predictive power in the other dimensions of HRQoL measured by KIDSCREEN-27. Finally with respect to the perceived Image of the Grandparent, the predictive effects were more weak than that of the parents images but their contribution was more extensive, which may indicate for a possible role of replacing or of complementing, which these parental figures represent for health and wellbeing of these adolescents, particularly on Social Support & Peer Relations.

The structural model obtained as a whole sheds light on the role of Actual Self-image regarding the dimensionalities of HRQoL in adolescents measured from personality traits and confirmed that there are relations between the self-concepts and the significant others concepts with health-related quality of life as other authors

(Beasley & Garn, 2013; Fonseca, 2013; Barnett & Hunter, 2012; Martinez, Martin, & Dowson, 2006) have reported using different methodologies. Specifically, the study, which analyzed the adjustment of siblings of children with mental health problems, pointed out that several domains of self-concept were important predictors of behavior scores, but despite QoL be significantly lower in the group of siblings, this was not a significant predictor variable in the behavioral scores (Barnett & Hunter, 2012) and similarly, the current study also concluded that the domains of QoL may be affected by self-concepts and not the opposite. The self-concepts, especially the actual self, proved that may predict all dimensions of HRQoL.

The findings cannot be generalized because of the characteristics of the sample but the results bring additions in this field and further studies are required to confirm the findings, especially cross-cultural studies.

Acknowledgements

We thank Professor Deise Matos do Amparo, PhD, from National University of Brasilia, Brazilian Coordinator of the multicenter project “Public health services: concepts of mental health and perceptions of the service from the perspective of adolescents and their families” and Coordinator of the research team in the city of Brasilia.

We thank Professor Júlia Bucher-Maluschke, PhD from Catholic University of Brasilia, Coordinator of the research team in the city of Fortaleza.

We thank Professor Silvia Helena Koller, PhD from Federal University of Rio Grande do Sul, Coordinator of the research team in the city of Porto Alegre.

We thank Professor Christoph Käppler, PhD from Technical University of Dortmund, International consultant of the Brazilian multicenter project “Public health services: concepts of mental health and perceptions of the service from the perspective of adolescents and their families”.

We thank Psychologist Camila de Aquino Morais, PhD who during her Masters in Psychology at Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil organized the national database and performed the data collection in the city of Porto Alegre.

We thank to Foundation for Research Support of the Federal District for financial assistance for the development of the research project “Public health services: concepts of mental health from the perspective of young people and their families” that contributed to the construction of a national database.

We thank to National Council for Scientific and Technological Development for financial assistance for the development of the research project “Conceptions and perceptions of mental health services from the perspective of youth and family” that contributed to the construction of a national database.

References

- Aarstad, A. K. H., Aarstad, H. J., & Olofsson, J. (2008). Personality and Choice of Coping Predict Quality of Life in Head and Neck Cancer Patients during Follow-Up. *Acta Oncologica*, *47*, 879-890. <http://dx.doi.org/10.1080/02841860701798858>
- Amparo, D. M., Brasil, K., Fukuda, C. C., Morais, C. A., Antunes, C., Penso, M. A. et al. (2010). *Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens e seus cuidadores*. Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília/Universidade de Brasília.
- Barnett, R., & Hunter, M. (2012). Adjustment of Siblings of Children with Mental Health Problems: Behaviour, Self-Concept, Quality of Life and Family Functioning. *Journal of Child & Family Studies*, *21*, 262-272. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-011-9471-2>
- Beasley, E. K., & Garn, A. C. (2013). An Investigation of Adolescent Girls' Global Self-Concept, Physical Self-Concept, Identified Regulation, and Leisure-Time Physical Activity in Physical Education. *Journal of Teaching in Physical Education*, *32*, 237-252.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative Fit Indexes in Structural Models. *Psychological Bulletin*, *107*, 238-246. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance Tests and Goodness of Fit in the Analysis of Covariance Structures. *Psychological Bulletin*, *88*, 588-606. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588>
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos (Study of Suicide Ideation in Adolescents from 15 to 19 Years Old). *Estudos de Psicologia*, *11*, 345-351. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-294x2006000300012>
- Boye, B., Lundin, K. E. A., Leganger, S., Mogleby, K., Jantschek, G., Jantschek, I. et al. (2008). The INSPIRE Study: Do Personality Traits Predict General Quality of Life (Short Form-36) in Distressed Patients with Ulcerative Colitis and

- Crohn's Disease? *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 43, 1505-1513.
<http://dx.doi.org/10.1080/00365520802321196>
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative Ways of Assessing Model Fit. In K. A. Bollen, & J. S. Long (Eds.), *Testing Structural Equation Models* (Vol. 154, pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage Focus Editions.
- Bullinger, M. (2002). Assessing Health Related Quality of Life in Medicine: An Overview over Concepts, Methods and Applications in International Research. *Restorative Neurology & Neuroscience*, 20, 93-101.
- Bullinger, M., Von Mackensen, S., Fischer, K., Khair, K., Petersen, C., Ravens-Sieberer, U. et al. (2002). Pilot Testing of the "Haemo-QoL" Quality of Life Questionnaire for Haemophilic Children in Six European Countries. *Haemophilia*, 8, 47-54. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1351-8216.2001.114.doc.x>
- Butler, J. M., & Haigh, G. V. (1954). Changes in the Relation between Self-Concepts and Ideal Concepts Consequent upon Client-Centered Counseling. In C. R. Rogers, & R. F. Dymond (Eds.), *Psychotherapy and Personality Change* (pp. 55-75). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Byrne, B. M. (1989). *A Primer of LISREL: Basic Applications and Programming for Confirmatory Factor Analytic Models*. New York: Springer-Verlag Publishing. <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-8885-2>
- Chalem, E., Mitsuhiro, S. S., Ferri, C. P., Barros, M. C. M., Guinsburg, R., & Laranjeira, R. (2007). Gravidez na adolescência: Perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil (Teenage Pregnancy: Behavioral and Socio-Demographic Profile of an Urban Brazilian Population). *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 177-186. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000100019>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of Extraversion and Neuroticism on Subjective Well-Being: Happy and Unhappy People. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.38.4.668>
- Craven, R. G., & Marsh, H. W. (2008). The Centrality of the Self-Concept Construct for Psychological Wellbeing and Unlocking Human Potential: Implications for Child and Educational Psychologists. *Educational and Child Psychology*, 25, 104-118.
- Cruzeiro, A. L. S., Silva, R. A. D., Horta, B. L., Souza, L. D. D. M., Faria, A. D., Pinheiro, R. T. et al. (2008). Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional (Prevalence and Factors Associated with Behavioral Disorders in Adolescents: A Population-Based Study). *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 2013-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900007>
- De Clercq, B., De Fruyt, F., Koot, H. M., & Benoit, Y. (2004). Quality of Life in Children Surviving Cancer: A Personality and Multi-Informant Perspective. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 579-590. <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsh060>
- Erhart, M., & Ravens-Sieberer, U. (2006). Health-Related Quality of Life Instruments and Individual Diagnosis—A New Area of Application. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 3, 11.
- Erhart, M., Ottova, V., Gaspar, T., Jericek, H., Schnohr, C., Alikasifoglu, M., the HBSC Positive Health Focus Group (2009). Measuring Mental Health and Well-Being of School-Children in 15 European Countries Using the KIDSCREEN-10 Index. *International Journal of Public Health*, 54, 160-166. <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-009-5407-7>
- Erikson, E. H. (1994). *Identity: Youth and Crisis*. New York: W.W. Norton & Company.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 336-342. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>
- Fonseca, M. D. S. (2013). *O estudo da influência da perturbação de hiperatividade com défice de atenção (PHDA) nas variáveis autoconceito e percepção de qualidade de vida em crianças com 10 a 12 anos de idade*. Master's Dissertation, Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18, 39-50. <http://dx.doi.org/10.2307/3151312>
- Gaspar, T., & Matos, M. G. (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes (Quality of Life and Well-Being among Children and Adolescents). *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2, 47-60. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20060016>
- Gaspar, T., Ribeiro, J. L. P., Matos, M. G., & Leal, I. (2008). Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes (Quality of Life Promotion with Children and Adolescents). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9, 55-71.
- Gomes, M. C., & Ribeiro, J. (2001). Relação entre o auto-conceito e bem-estar subjectivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário (Relationship between Self-Concept and Subjective Well-Being in Male Patients Undergoing Coronary Artery Bypass). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 35-45.
- Hair Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise Multivariada de Dados (Mul-*

- tivariate Data Analysis*) (6th ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Humensky, J. (2010). Are Adolescents with High Socioeconomic Status More Likely to Engage in Alcohol and Illicit Drug Use in Early Adulthood? *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5, 19. <http://dx.doi.org/10.1186/1747-597X-5-19>
- Jatobá, J. D. A. V. N., & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas (Depression and Anxiety in Adolescents from Public and Private Schools). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56, 171-179. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300003>
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1984). *LISREL-VI User's Guide* (3rd ed.). Mooresville: Scientific Software.
- Käppler, C. (2004). *Access to Mental Health Care in Children (The AMHC-Study): Concepts of Mental Health and Perception of Services from the Perspective of Children, Adolescents and Their Families* (4052-103375). Zürich: Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich.
- Lemstra, M., Bennett, N. R., Neudorf, C., Kunst, A., Nannapaneni, U., Warren, L. M. et al. (2008). A Meta-Analysis of Marijuana and Alcohol Use by Socio-Economic Status in Adolescents Aged 10-15 Years. *Canadian Journal of Public Health*, 99, 172-177.
- Levy, R. B., Castro, I. R. R. D., Cardoso, L. D. O., Tavares, L. F., Sardinha, L. M. V., Gomes, F. D. S., & Costa, A. W. N. D. (2010). Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009 [Food Consumption and Eating Behavior among Brazilian Adolescents: National Adolescent School-Based Health Survey (PeNSE), 2009]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 3085-3097. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000800013>
- Locke, K. D. (2006). What Predicts Well-Being: A Consistent Self-Concept or a Desirable Self-Concept? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 228-247. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2006.25.2.228>
- Lynch, M. (2004). Basic Needs and Well-Being: A Self-Determination Theory View. *Psychology Journal of Higher School of Economics*, 1, 137-142.
- Lynch, M. (2014). The Self-Concept in Relationships. In N. Weinstein (Ed.), *Human Motivation and Interpersonal Relationships* (pp. 121-137). Dordrecht: Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-94-017-8542-6_6
- Lynch, M. F., La Guardia, J. G., & Ryan, R. M. (2009). On Being Yourself in Different Cultures: Ideal and Actual Self-Concept, Autonomy Support, and Well-Being in China, Russia, and the United States. *The Journal of Positive Psychology*, 4, 290-304. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760902933765>
- Marôco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software & Aplicações* (2nd ed.). Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number.
- Martinez, C. J., Martin, A. J., & Dowson, M. (2006). Investigating Self-Concept and Health-Related Quality of Life. Symposium Conducted at the Meeting of the Fourth International Biennial SELF Research Conference, Ann Arbor. <http://researchdirect.uws.edu.au/islandora/object/uws:8741>
- Masthoff, E. D., Trompenaars, F. J., Van Heck, G. L., Hodiamont, P. P., & De Vries, J. (2007). The Relationship between Dimensional Personality Models and Quality of Life in Psychiatric Outpatients. *Psychiatry Research*, 149, 81-88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2006.01.004>
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An Introduction to the Five-Factor Model and Its Applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x>
- Mead, G. H. (2009). *Mind, Self, and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Morais, C. A. (2008). *Saúde, doença mental e serviços de saúde na visão de adolescentes e seus cuidadores*. Master's Dissertation, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Morais, C. A., Amparo, D. M., Fukuda, C. C., & Brasil, K. T. (2012). Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens brasileiros (Brazilian Young People Perceptions of Mental Health and Illness). *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17, 369-379. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300004>
- Penedo, F. J., Gonzalez, J. S., Dahn, J. R., Antoni, M., Malow, R., Costa, P., & Schneiderman, N. (2003). Personality, Quality of Life and HAART Adherence among Men and Women Living with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 271-278. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00482-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00482-8)
- Rajmil, L., Roizen, M., Psy, A. U., Hidalgo-Rasmussen, C., Fernández, G., & Dapuetto, J. J. (2012). Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents in Ibero-American Countries, 2000 to 2010. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 15, 312-322. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2011.11.028>
- Ravens-Sieberer, U., & KIDSCREEN Group Europe (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires Quality of Life Questionnaires for Children and Adolescents*. Lengerich: PABST.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., Wetzel, R., Nickel, J., & Bullinger, M. (2006). Generic Health-Related Quality-

- of-Life Assessment in Children and Adolescents: Methodological Considerations. *Pharmaco Economics*, 24, 1199-1220. <http://dx.doi.org/10.2165/00019053-200624120-00005>
- Remschmidt, H., & Matthejat, F. (1999). *Familien-Identifikations-Test (FIT)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe, Verlag GmbH & Co.
- Rodrigues, S. M. S. (2015). *Relações entre Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Autoconceitos e Conceitos de Outros Significativos: Uma investigação teórica em amostra de adolescentes por meio da Modelagem de Equações Estruturais (Relations between Health Related Quality of Life and Self-Concepts and Concepts of Significant Others: A Theoretical Research in a Sample of Adolescents through Structural Equation Modeling)*. Doctoral Thesis in Theory and Research of Behavior. Brazil: Universidade Federal do Pará.
- Rodrigues, S. M. S., Almeida, S. D. S. D., & Ramos, E. M. L. S. (2011). Suporte familiar e transtornos mentais comuns de adolescentes grávidas no município de Belém. (Family Support and Common Mental Disorders among Pregnant Teenagers). *Psicologia Argumento*, 29, 91-100.
- Rodrigues, S. M. S., Pedroso, J. D. S., Pontes, F. A. R., & Káppler, C. O. (2015). Measuring Health-Related Quality of Life in Adolescents by Subgroups of Students and Outpatient Mental Health Clients. *Psychology*, 6, 833-845. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2015.67082>
- Rodrigues, S. M. S., Pedroso, J. D. S., Pontes, F. A. R., Káppler, C. O., & Bucher-Maluschke, J. S. N. F. (2015). Patterns of Family Identifications in Adolescents from Different Backgrounds. *Psychology*, 6, 1516-1530. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2015.612148>
- Rogers, C. (2012). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. New York: Houghton Mifflin Harcourt.
- Rogers, C. R., & Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and Personality Change. Coordinated Research Studies in the Client-Centered Approach*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Sá, D. G. F., Bordin, I. A. S., Martin, D., & Paula, C. S. (2010). Fatores de Risco para Problemas de Saúde Mental na Infância/Adolescência (Risk Factors for Mental Health Problems in Childhood/Adolescence). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 643-652. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000400008>
- Sacker, A., & Cable, N. (2006). Do Adolescent Leisure-Time Physical Activities Foster Health and Well-Being in Adulthood? Evidence from Two British Birth Cohorts. *The European Journal of Public Health*, 16, 331-335. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cki189>
- Seabra, A. F., Mendonça, D. M., Thomis, M. A., Anjos, L. A., & Maia, J. A. (2008). Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes (Biological and Socio-Cultural Determinants of Physical Activity in Adolescents). *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 721-736. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400002>
- Siegler, I. C., & Brummett, B. H. (2000). Associations among NEO Personality Assessments and Well-Being at Midlife: Facet-Level Analyses. *Psychology and Aging*, 15, 710-714. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.15.4.710>
- Solans, M., Pane, S., Estrada, M. D., Serra-Sutton, V., Berra, S., Herdman, M. et al. (2008). Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents: A Systematic Review of Generic and Disease-Specific Instruments. *Value in Health*, 11, 742-764. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00293.x>
- Tanaka, J. S., & Huba, G. J. (1985). A Fit Index for Covariance Structure Models under Arbitrary GLS Estimation. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38, 197-201. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8317.1985.tb00834.x>
- Taquette, S. R., Vilhena, M. M. D., & Paula, M. C. D. (2004). Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: Estudo de fatores de risco (Sexually Transmitted Diseases in Adolescence: Study of Risk Factors). *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37, 210-214. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822004000300003>
- Tavares, B. F., Béria, J. U., & Lima, M. S. D. (2004). Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares (Factors Associated with Drug Use among Adolescent Students in Southern Brazil). *Revista de Saúde Pública*, 38, 787-796. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000600006>
- Teixeira, S. A. M., & Taquette, S. R. (2010). Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos (Violence and Unsafe Sexual Practices in Adolescents under 15 Years of Age). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56, 440-446. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000400017>
- Teodoro, M. (2000). *Habilidades sociais e processos de identificação em crianças e adolescentes*. Master's Dissertation, Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.
- Van De Ven, M. O. M., & Engels, R. C. M. E. (2011). Quality of Life of Adolescents with Asthma: The Role of Personality, Coping Strategies, and Symptom Reporting. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 166-173. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.03.002>
- van Straten, A., Cuijpers, P., van Zuuren, F. J., Smits, N., & Donker, M. (2007). Personality Traits and Health-Related Quality of Life in Patients with Mood and Anxiety Disorders. *Quality of Life Research*, 16, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-006-9124-x>
- Veiga, G. V. D., Cunha, A. S. D., & Sichieri, R. (2004). Trends in Overweight among Adolescents Living in the Poorest and

- Richest Regions of Brazil. *American Journal of Public Health*, 94, 1544-1548. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.9.1544>
- Yamaoka, K., Shigehisa, T., Ogoshi, K., Haruyama, K., Watanabe, M., Hayashi, F., & Hayashi, C. (1998). Health-Related Quality of Life Varies with Personality Types: A Comparison among Cancer Patients, Non-Cancer Patients and Healthy Individuals in a Japanese Population. *Quality of Life Research*, 7, 535-544. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1008830509237>
- Ybrandt, H. (2008). The Relation between Self-Concept and Social Functioning in Adolescence. *Journal of Adolescence*, 31, 1-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.03.004>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os três artigos apresentados configuram esta tese de doutoramento, a qual se propôs a apresentar um modelo teórico para investigar as relações entre autoconceitos e conceitos de outros significantes obtidos com o Teste de Identificação da Família (FIT) e dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde obtidas com o questionário KIDSCREEN-27, por meio da aplicação de técnicas de modelagem de equações estruturais.

A proposição do modelo estrutural final percorreu trilhas que permitiram o estudo e a análise dos constructos envolvidos em ambos os instrumentos e a apresentação de resultados com os indicadores propostos na validação original dos mesmos, no escopo dos dois primeiros artigos. Os três artigos basearam-se em análise de amostra de 1.082 adolescentes na faixa etária de 12 aos 18 anos, obtida em quatro capitais brasileiras (Brasília, Belém, Fortaleza e Porto Alegre) que constituíram três subgrupos: um clínico (GC), obtido em serviços públicos ambulatoriais de cuidados para crianças e adolescentes com problemas de saúde mental; um de estudantes de escolas públicas em regiões com baixo IDH (GP) e um de estudantes de escolas privadas em regiões de alto IDH (GPr).

No primeiro artigo, "*Measuring health-related quality of life in adolescents by subgroups of students and outpatient mental health clients*", obteve-se os escores de QVRS com o questionário genérico KIDSCREEN-27 por subgrupos de adolescentes de diferentes contextos (GC, GP e GPr). Os resultados indicaram que ambas as versões do KIDSCREEN-27 (autorrelato e *proxy*) permitiram uma avaliação confiável da QVRS geral em adolescentes com e sem problemas de saúde mental. Ambas as versões (autorrelato e *proxy*) apresentaram coeficientes de confiabilidade dados por alfas de Cronbach (de 0,77 a 0,86) adequados para instrumentos de triagem e similares aos resultados obtidos na validação Europeia do instrumento, cujos coeficientes variaram de 0,78 a 0,84 para as dimensões individuais (Stephane Robitail et al., 2007). Quanto à convergência (discrepância) entre as versões de autorrelato e *proxy*, os resultados mostraram convergência de fraca à moderada para as diferentes dimensões. Tais resultados foram similares aos de outros estudos, cuja concordância é boa nas áreas que refletem funcionamento observável (Bem-estar Físico e Ambiente Escolar) e fraca para as áreas que refletem funcionamento não observável (Bem-estar Psicológico, Autonomia & Relação com os Pais, Suporte Social & Relação com Pares) (Davis et al, 2007;. Robitail, Simeoni, Ravens-Sieberer, Bruil, & Auquier, 2007; Upton, Lawford, e Eiser, 2008). O KIDSCREEN-27 foi capaz de discriminar gêneros e os grupos alvo do estudo à semelhança de estudos realizados em populações similares (Erhart, Ottova, et

al., 2009; Erhart, Ravens-Sieberer, Dickinson, & Colver, 2009; Mohler-Kuo & Dey, 2011). Os resultados obtidos, de maneira geral, evidenciaram melhores escores de qualidade de vida para o grupo de estudantes em quase todas as dimensões, tanto para o gênero como nas diversas faixas etárias, quando comparado com o grupo clínico, consistentes com o observado em outros estudos (Mohler-Kuo & Dey, 2011; Ravens-Sieberer et al., 2008). A maioria das suposições sobre a confiabilidade, validade convergente e discriminante do instrumento KIDSCREEN-27 foram evidenciadas. O instrumento se mostrou confiável e de boa aceitação para uso em adolescentes e os resultados alcançados são aceitáveis e similares aos obtidos na sua validação original. A característica multidimensional do KIDSCREEN-27, sintetizado em um número relativamente pequeno de itens, é útil na obtenção de indicadores de qualidade de vida em diversas áreas; mostrou-se como um instrumento valioso que pode ser utilizado em estudos voltados para melhorias das políticas destinadas aos cuidados de saúde de crianças e adolescentes.

No segundo artigo, "*Patterns of family identifications in adolescents from different backgrounds*", analisou-se os padrões de identificação familiar obtidos com o Teste de Identificação da Família (FIT), por subgrupos de adolescentes de diferentes contextos (GC, GP e GPr). Inicialmente, foram obtidos escores brutos (nível de adjetivo) de autoconceitos ("como eu sou", "como eu quero ser") e conceitos de outros ("como meu pai é", "como minha mãe é", "como meu avô/ avó é") e, posteriormente, foram obtidos os escores de correlações (nível de identificações) entre estes conceitos (autocongruência, identificações real e ideal com outros significativos), ou seja, os padrões de identificações familiares. A partir dos escores obtidos no nível de identificações, procedeu-se a análise dos resultados. As análises estatísticas foram realizadas para testar a hipótese de que haveria uma ou mais diferenças nas médias do FIT obtidas para os grupos alvo do estudo e, de fato, houve. Um efeito estatisticamente significativo foi obtido com a MANOVA, que foi seguida por uma série de ANOVAs que indicaram diferenças nos padrões de identificação da família. Os adolescentes do GPr apresentaram médias mais elevadas do que adolescentes do GP na autocongruência, nas identificações real e ideal com o pai e na identificação ideal com os avós; e também mostrou diferenças com o GC na identificação real e ideal com o pai. Os resultados diferenciaram adolescentes de contextos diferentes: adolescentes dos grupos de escolas públicas e clínico relataram um desejo menor de se parecerem como seus pais, o que pode sugerir uma menor coesão ou apego familiar ou sentimentos mais pronunciados de rejeição com figura paterna. Futuros estudos são necessários para analisar estes resultados ao longo do tempo e em amostras representativas da população. Além da análise psicométrica do

instrumento, focada na amostra de adolescentes, foram apresentados os resultados obtidos com os cuidadores (médias, desvios padrão e intervalos de percentil por grupos alvo e na amostra geral) como suplementos ao estudo, para permitir comparações com outros estudos que tenham como foco a análise de cuidadores.

O terceiro artigo, "*Do self-concepts and significant other concepts predict Health-Related Quality of Life?*", propôs a construção e validação de um modelo teórico para analisar as relações entre as variáveis obtidas com o Teste de Identificação da Família (FIT) em nível de adjetivo (autoconceitos e conceitos de outros significativos) e àquelas de qualidade de vida relacionada à saúde obtidas com o questionário KIDSCREEN-27, por intermédio da modelagem de equações estruturais (SEM). A relação entre os fatores dos dois instrumentos, FIT e KIDSCREEN-27, definiu um modelo causal com variáveis latentes que foi avaliado em dois passos como descrito por Marôco (2014) com uso do software IBM® AMOS v. 22.0. A primeira etapa visou a validação de modelos de medida dos dois constructos por meio da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e a segunda etapa visou a construção de um Modelo Estrutural, que corresponde às relações causais entre as variáveis latentes e a determinação da sua importância, por meio de testes Z às razões críticas (obtido pela divisão da estimativa do peso da regressão pela estimativa do seu erro padrão). Em relação à estrutura fatorial do questionário KIDSCREEN-27, ficou evidente a validade de um modelo de cinco fatores, mas foi necessário ajustar o modelo por meio dos índices de modificação (IM). O modelo, como um todo, alcançou validade fatorial. Quanto ao FIT, a estrutura fatorial original na primeira AFC não mostrou indicadores globais de qualidade aceitáveis e a análise mostrou vários itens com pesos fatoriais muito baixos e/ou negativos, particularmente os itens 3 (medroso), 6 ("de lua"), 8 (independente) e 9 (nervoso). Os adjetivos medroso, "de lua" e nervoso correspondem ao fator neuroticismo (o primeiro, com polaridade negativa e os dois últimos com polaridade positiva) e o adjetivo independente corresponde ao fator extroversão (assertividade). Como o FIT pretende abranger três, dos cinco principais fatores de personalidade (amabilidade, extroversão e neuroticismo), verificou-se que com a remoção dos itens problemáticos permaneceriam: dois adjetivos ligados à polaridade negativa do neuroticismo (satisfeito e tranquilo); três ligados à polaridade positiva de extroversão (animado, comunicativo e seguro de si) e três ligados à polaridade positiva da amabilidade (compreensivo, atencioso e simpático), os quais não apresentaram problemas. Como os descritores seriam reduzidos de 12 para oito sem perder a abrangência de teste original, procedeu-se a AFC de um novo modelo com oito descritores, que após os ajustes demonstrou alta confiabilidade composta e confiabilidade individual dos itens. O Modelo Estrutural proposto considerou as variáveis

latentes obtidas com o FIT como as variáveis preditoras e, a partir de cada uma delas, foram desenhados caminhos (*paths diagrams*) visando obter as trajetórias causais em direção às variáveis latentes do KIDSCREEN-27 (dependentes). O Modelo evidenciou indicadores de que a auto-imagem (autoconceito) real pode prever cada uma das dimensões da QVRS medida pelo KIDSCREEN-27, especialmente nas dimensões Bem-estar Físico e Bem-estar Psicológico; a imagem percebida da mãe é capaz de prever QVRS apenas na dimensão Autonomia & Relações com os Pais; a imagem percebida do pai nas dimensões Autonomia & Relações com os Pais e Ambiente Escolar e a imagem percebida do avô/avó significativo, prediz QVRS especialmente na dimensão de Apoio Social & Relações com Pares. A auto-imagem (autoconceito) ideal mostrou um potencial preditivo negativo fraco em três das cinco variáveis dependentes (Bem-estar Físico, Bem-estar Psicológico e Autonomia & Relações com os pais), o que significa que, para cada aumento do coeficiente beta (β) da variável preditora (FIT), há uma redução do coeficiente β da variável dependente KIDSCREEN-27. Pode-se considerar que, em termos da QVRS, dos adolescentes estudados, é mais importante a percepção de "como eu sou" e não "como eu quero ser". A evidência relatada apoia a conclusão de que processos identitários vivenciados por adolescentes, especialmente, o autoconceito real, têm um impacto significativo sobre a sua saúde e bem-estar.

Na análise do potencial preditivo do autoconceito real, positivo para todas as dimensões da QVRS, voltamos à base teórica defendida por Remschmidt & Mattejat (1999), os quais definem o *self* como a representação cognitiva que um indivíduo faz de si mesmo. Esta representação se desenvolve a partir das interações (experiências) do indivíduo com seu ambiente, que por um lado são generalizadas e, por outro, incluem as demais cognições passíveis de se tornarem conscientes e que levam o indivíduo a perceber a si mesmo como portador de traços que o caracterizam, controlam sua atividade e terminam por estruturar suas novas experiências, ou seja, afetam seu comportamento e sua leitura da realidade. Essa compreensão fica claramente indicada nos resultados obtidos com o Modelo Estrutural proposto, onde para cada aumento do coeficiente beta da variável preditora autoconceito real, há um aumento do coeficiente β da variável dependente do KIDSCREEN-27, especialmente nas dimensões Bem-estar Físico (PHY) e Bem-estar Psicológico (PSY). Então, os escores de QVRS serão maiores quanto maior for o escore do autoconceito real. Em outras palavras, a percepção de "como eu sou" (minha personalidade, os traços que me caracterizam) influenciam o comportamento e podem estruturar novas experiências. Este aspecto é particularmente interessante quando se observa as subescalas das duas dimensões PHY e PSY, onde o maior peso se dá nas variáveis relativas ao lazer, a atividade, energia e bom humor.

Por outro lado, ao analisarmos o autoconceito ideal como apresentando um valor preditivo negativo na QVRS, particularmente nas dimensões de Bem-estar Físico, Bem-estar Psicológico e Autonomia e Relações com os Pais, entendemos que o "como eu quero ser", se elevado, prejudica estas dimensões da QVRS, o que também evidencia o modelo teórico defendido por Renschmidt & Matthejat (1999), pois o autoconceito ideal vem na contramão do autoconceito real. Quanto mais discrepantes, mais prováveis serão as consequências negativas na saúde mental do indivíduo. No Modelo Estrutural proposto fica estabelecida uma indicação clara do fenômeno, no âmbito da QVRS.

Os resultados obtidos com o Modelo Estrutural proposto caminham na mesma direção de outros estudos que vem apontando a interrelação entre os autoconceitos e a qualidade de vida (Beasley & Garn, 2013; Fonseca, 2013; Barnett & Hunter, 2012; Martinez, Martin, & Dowson, 2006). Entretanto, estas pesquisas utilizaram metodologias ajustadas para a abordagem teórica que considera o aspecto hierárquico e multidimensional do autoconceito com seus conteúdos acadêmicos e não acadêmicos (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976), enquanto a base teórica do modelo proposto nesta pesquisa repousa em autoconceitos considerados como auto-esquemas cognitivos contextuais, isto é, a percepção de si mesmo em interação com o mundo (Renschmidt & Matthejat, 1999), não sendo possível uma comparação de resultados.

Um estudo que destacou um aspecto interessante (e que permitiu uma comparação com os achados da presente pesquisa) analisou o ajustamento de irmãos de crianças com problemas de saúde mental e encontrou que vários domínios do autoconceito foram importantes preditores de escores de comportamento, mas, apesar da qualidade de vida ser significativamente menor no grupo de irmãos, esta não foi uma variável preditora significativa nos escores comportamentais (Barnett & Hunter, 2012). Do mesmo modo, o presente estudo também concluiu que os domínios de qualidade de vida podem ser afetados pelos autoconceitos e não o contrário.

O uso do KIDSCREEN-27 nesta pesquisa permitiu que fosse possível esmiuçar particularmente os dois aspectos do autoconceito (real e ideal), com a devida atenção para dimensionalidade de um constructo tão complexo como o da QVRS, onde se faz necessário colocar em relevo indicadores subjetivos da vida interna (pensamentos, emoções e percepções), de adaptação social e aquisição de papéis. Tais características vieram ao encontro do modelo teórico que embasa o FIT e que norteou esta pesquisa.

Nosso desejo é de que abordagem aqui apresentada possa contribuir para ampliar a compreensão teórica do constructo de autoconceito, que evidentemente tem papel relevante na

qualidade de vida relacionada à saúde. Ambos os constructos - autoconceito e QVRS - são reconhecidamente importantes, tanto do ponto de vista terapêutico, no acompanhamento de resultados após intervenções terapêuticas, como do ponto de vista preventivo, na indicação de áreas do funcionamento psicossocial que podem ser trabalhadas, com foco nas vulnerabilidades percebidas. Além disso, a evidência do papel de outros significativos na vida do adolescente (extensão e limites), no âmbito de sua qualidade de vida e bem-estar, apresenta-se como área fértil para pesquisas futuras.

A Modelagem das Equações Estruturais, que foi utilizada como metodologia para validar uma hipótese teórica, vem sendo cada vez mais utilizada em Ciências Sociais e na Psicologia e constitui-se em ferramenta valiosa por vários motivos, dentre os quais destacam-se: as hipóteses subjacentes às análises estatísticas mostram-se claras e passíveis de comprovação; permitem ao investigador controle total do modelo, além de permitir aprofundar a compreensão das análises; a interface gráfica do software de análise aumenta a criatividade e facilita a correção do modelo; os programas SEM, como o IBM©AMOS, que foi usado nesta pesquisa, fornecem testes globais de ajuste do modelo e testes individuais de estimativas de parâmetros, simultaneamente; coeficientes de regressão, médias e variâncias podem ser comparados simultaneamente, inclusive através de múltiplos grupos com elementos relacionados; os modelos de medida e de análise fatorial confirmatória podem ser usados para remover os erros, tornando as relações estimadas entre as variáveis latentes menos vulneráveis aos erros de medição.

Alguns desafios são evidentes ao término desta pesquisa, dentre os quais destaca-se a necessidade de estudos transculturais com objetivo de melhor analisar os quatro descritores (adjetivos) utilizados no FIT que precisaram ser excluídos do Modelo Estrutural proposto, pois não passaram na Análise Fatorial Confirmatória, no sentido de reavaliar a tradução proposta em pesquisas anteriores (Teodoro, 2000; K  ppler, 2004), ou mesmo, uma possível substituição por descritores que se ajustem melhor    população de jovens brasileiros.

Outro aspecto importante    que neste estudo trabalhou-se com amostras de conveniência e, para que os achados possam ser generalizados, estudos posteriores com amostras representativas da população adolescente brasileira são necessários. Além disso, parece relevante um estudo complementar ainda no âmbito da SEM, com Análise Multigrupos, onde se possa comparar a reprodutibilidade do modelo proposto nos subgrupos de adolescentes estudados.

8 REFERÊNCIAS

- Aarstad, A. K. H., Aarstad, H. J., & Olofsson, J. (2008). Personality and choice of coping predict quality of life in head and neck cancer patients during follow-up. *Acta Oncologica*, 47(5), 879-890. doi:10.1080/02841860701798858
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Oxford, England: Holt.
- Allport, G. W., & Odbert, H. S. (1936). Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological monographs*, 47(1), 171.
- Amparo, D. M., Brasil, K., Fukuda, C. C., Morais, C. A., Antunes, C., Penso, M. A., ... Wolff, L. (2010). *Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens e seus cuidadores* Brasília, DF.: Universidade Católica de Brasília/ Universidade de Brasília.
- Associação Brasileira de Psiquiatria, A. (2008). *Pesquisa sobre sintomas de transtornos mentais e utilização de serviços em crianças brasileiras de 6 a 17 anos*. Retrieved 01 november, 2008.
- Baars, R. M., Atherton, C. I., Koopman, H. M., Bullinger, M., & Power, M. (2005). The European DISABKIDS project: development of seven condition-specific modules to measure health related quality of life in children and adolescents. *Health Qual Life Outcomes*, 3, 70. doi:10.1186/1477-7525-3-70
- Barnett, R., & Hunter, M. (2012). Adjustment of Siblings of Children with Mental Health Problems: Behaviour, Self-Concept, Quality of Life and Family Functioning. *Journal of Child & Family Studies*, 21(2), 262-272. doi:10.1007/s10826-011-9471-2
- Beasley, E. K., & Garn, A. C. (2013). An investigation of adolescent girls' global self-concept, physical self-concept, identified regulation, and leisure-time physical activity in physical education. *Journal of Teaching in Physical Education*, 32(3), 237-252.
- Bech, P. (1995). Quality of life measurement in the medical setting. *European Psychiatry*, 10, Supplement 3(0), 83s-85s. doi:10.1016/0924-9338(96)80085-x
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606. doi:10.1037/0033-2909.88.3.588
- Bethell, C. D., Read, D., Neff, J., Blumberg, S. J., Stein, R. E. K., Sharp, V., & Newacheck, P. W. (2002). Comparison of the Children With Special Health Care Needs Screener to the Questionnaire for Identifying Children With Chronic Conditions—Revised. *Ambulatory Pediatrics*, 2(1), 49-57. doi:10.1367/1539-4409(2002)002<0049:cotcws>2.0.co;2
- Bethell, C. D., Read, D., Stein, R. E. K., Blumberg, S. J., Wells, N., & Newacheck, P. W. (2002). Identifying Children With Special Health Care Needs: Development and Evaluation of a Short Screening Instrument. *Ambulatory Pediatrics*, 2(1), 38-48. doi:10.1367/1539-4409(2002)002<0038:icwshc>2.0.co;2

- Blatter-Meunier, J. C., Lavalley, K. L., & Schneider, S. (2013). Patterns of family identification and self-congruence in childhood separation anxiety disorder. *Psychopathology, 47*(1), 57-64. doi:10.1159/000348629
- Bond, T. G., & Fox, C. M. (2013). *Applying the Rasch model: Fundamental measurement in the human sciences*: Psychology Press.
- Borgatta, E. F. (1964). The structure of personality characteristics. *Behavioral Science, 9*(1), 8-17. doi:10.1002/bs.3830090103
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos [Study of suicide ideation in adolescents from 15 to 19 years old]. *Estudos de Psicologia, 11*(3), 345-351. doi:10.1590/S1413-294X2006000300012
- Boyce, W., & Dallago, L. (2004). Socioeconomic inequality. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, & V. Barnakov-Rasmussen (Eds.), *Young people's health in context. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) Study: international report from the 2001/2002 survey* (Vol. 4, pp. 13-25). Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Boyce, W., Torsheim, T., Currie, C., & Zambon, A. (2006). The Family Affluence Scale as a Measure of National Wealth: Validation of an Adolescent Self-Report Measure. *Social Indicators Research, 78*(3), 473-487. doi:10.1007/s11205-005-1607-6
- Boye, B., Lundin, K. E. A., Leganger, S., Mogleby, K., Jantschek, G., Jantschek, I., ... Jahnsen, J. (2008). The INSPIRE study: Do personality traits predict general quality of life (Short form-36) in distressed patients with ulcerative colitis and Crohn's disease? *Scandinavian Journal of Gastroenterology, 43*(12), 1505-1513. doi:10.1080/00365520802321196
- Branje, S. J. T., van Lieshout, C. F. M., & van Aken, M. A. G. (2004). Relations Between Big Five Personality Characteristics and Perceived Support in Adolescents' Families. *Journal of Personality and Social Psychology, 86*(4), 615-628. doi:10.1037/0022-3514.86.4.615
- Brasil. (2005). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Opas Brasília*. Symposium conducted at the meeting of the Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In Kenneth A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing Structural Equation Models* (Vol. 154, pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage Focus Editions.
- Bullinger, M. (2002). Assessing health related quality of life in medicine. An overview over concepts, methods and applications in international research. *Restorative Neurology & Neuroscience, 20*(3/4), 93-101
- Bullinger, M., Von Mackensen, S., Fischer, K., Khair, K., Petersen, C., Ravens-Sieberer, U., ... Van Den Berg, M. (2002). Pilot testing of the 'Haemo-QoL' quality of life

- questionnaire for haemophiliac children in six European countries. *Haemophilia*, 8, 47-54. doi:http://dx.doi.org/10.1046/j.1351-8216.2001.114.doc.x
- Byrne, B. M. (1989). *A primer of LISREL: Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. New York, NY, US: Springer-Verlag Publishing.
- Call, K. T., Riedel, A. A., Hein, K., McLoyd, V., Petersen, A., & Kipke, M. (2002). Adolescent Health and Well-Being in the Twenty-First Century: A Global Perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 12(1), 69-98. doi:10.1111/1532-7795.00025
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 31(2), 117-124. doi:10.1037/0003-066x.31.2.117
- Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56(2), 81-105. doi:10.1037/h0046016
- Carlini-Cotrim, B., Gazal-Carvalho, C., & Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo [Health behavior among students of public and private schools in S. Paulo, Brazil]. *Revista de Saúde Pública*, 34, 636-645. doi:10.1590/S0034-89102000000600012
- Carstairs, V., & Morris, R. (1990). Deprivation and health in Scotland. *Health bulletin*, 48(4), 162-175.
- Cattell, R. B. (1943). The description of personality. I. Foundations of trait measurement. *Psychological review*, 50(6), 559-594.
- Chalem, E., Mitsuhiro, S. S., Ferri, C. P., Barros, M. C. M., Guinsburg, R., & Laranjeira, R. (2007). Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 177-186.
- Coghill, D., Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E., Sergeant, J., & the, A. E. G. G. (2009). Practitioner Review: Quality of life in child mental health – conceptual challenges and practical choices. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 544-561. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02008.x
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(4), 668-678. doi:10.1037/0022-3514.38.4.668
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. doi:10.1007/bf02310555

- Cruzeiro, A. L. S., Silva, R. A. d., Horta, B. L., Souza, L. D. d. M., Faria, A. D., Pinheiro, R. T., ... Ferreira, C. D. (2008). Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, *24*, 2013-2020. doi:10.1590/S0102-311X2008000900007
- Cummins, R. A. (1997). Assessing quality of life. In R. I. Brown (Ed.), *Quality of Life for People With Disabilities: Models, Research and Practice* (2nd ed., pp. 116-150): S. Thorne Publishers. (1988)
- Currie, C. E., Elton, R. A., Todd, J., & Platt, S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health education research*, *12*(3), 385-397. doi:10.1093/her/12.3.385
- Davis, E., Nicolas, C., Waters, E., Cook, K., Gibbs, L., Gosch, A., & Ravens-Sieberer, U. (2007). Parent-proxy and child self-reported health-related quality of life: using qualitative methods to explain the discordance. *Quality of Life Research*, *16*(5), 863-871. doi:10.1007/s11136-007-9187-3
- De Clercq, B., De Fruyt, F., Koot, H. M., & Benoit, Y. (2004). Quality of Life in Children Surviving Cancer: A Personality and Multi-Informant Perspective. *Journal of Pediatric Psychology*, *29*(8), 579-590. doi:10.1093/jpepsy/jsh060
- Delgado, P. G. G., Schechtman, A., Weber, R., Amstalden, A. F., Bonavigo, E., Cordeiro, F., ... Grigolo, T. (2007). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In M. F. Mello, A. A. F. Mello, & R. Khon (Eds.), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 39-83). Porto Alegre: Artmed.
- Digman, J. M., & Inouye, J. (1986). Further specification of the five robust factors of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(1), 116-123. doi:10.1037/0022-3514.50.1.116
- Digman, J. M., & Takemoto-Chock, N. K. (1981). Factors in the natural language of personality: Re-analysis, comparison, and interpretation of six major studies. *Multivariate Behavioral Research*, *16*(2), 149-170. doi:10.1207/s15327906mbr1602_2
- Eiser, C., & Morse, R. (2001). A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood*, *84*(3), 205-211. doi:10.1136/ad.84.3.205
- Erhart, M., Ottova, V., Gaspar, T., Jericek, H., Schnohr, C., Alikasifoglu, M., ... Group, t. H. P. H. F. (2009). Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. *International Journal of Public Health*, *54*(0), 160-166. doi:10.1007/s00038-009-5407-7
- Erhart, M., & Ravens-Sieberer, U. (2006). Health-related quality of life instruments and individual diagnosis - a new area of application *GMS Psychosoc Med*, *3*, 11.
- Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Dickinson, H. O., & Colver, A. (2009). Rasch Measurement Properties of the KIDSCREEN Quality of Life Instrument in Children with Cerebral

Palsy and Differential Item Functioning between Children with and without Cerebral Palsy. *Value in Health*, 12(5), 782-792. doi:10.1111/j.1524-4733.2009.00508.x

Erikson, E. H. (1994). *Identity: youth and crisis*. New York: W.W. Norton & Company. (1968)

Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342. doi:10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x

Fisher, R. A. (1921). On the " Probable Error" of a Coefficient of Correlation Deduced from a Small Sample. *Metron*, 1, 3-32.

Fiske, D. W. (1949). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 44(3), 329.

Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., ... Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28. doi:10.1590/S1516-44461999000100006

Fonseca, M. d. S. (2013). *O estudo da influência da perturbação de hiperatividade com défice de atenção (PHDA) nas variáveis autoconceito e percepção de qualidade de vida em crianças com 10 a 12 anos de idade* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50. doi:10.2307/3151312

Galton, F. (1884). The Measurement of Character. *Fortnightly Review*, 36, 179-185.

Garcia, C. (2010). Conceptualization and Measurement of Coping During Adolescence: A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 166-185. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01327.x

Gaspar, T., Matos, M. G., Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes [Quality of life and well-being among children and adolescents]. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(2), 47-60.

Gianella, D., Gonçalves, M., Höfler, S., Inglin, S., Borges, M., Käßpler, C., & Mohler, B. (2005). *Access to Mental Health Care in Children: the AMHC - Study. Concepts of Mental Health and Perception of Services from the Perspective of Children, Adolescents and their Families*. presented at the meeting of the International Conference Tailoring Health Messages: Bridging the Gap Between Social and Humanistic Perspectives on Health Communication., Monte Verità.

Goldberg, L. R. (1982). From Ace to Zombie: Some explorations in the language of personality. In C. D. Spielberger & J. N. Butcher (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol. 1, pp. 203-234). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

- Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1216-1229. doi:10.1037/0022-3514.59.6.1216
- Gomes, M. C., & Ribeiro, J. (2001). Relação entre o auto-conceito e bem-estar subjectivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 35-45.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Hair Jr, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise Multivariada de Dados*. (A. S. Sant'Anna, Trans., 6 ed.). Porto Alegre: Bookman. (2006)
- Hampson, S. E., Goldberg, L. R., Vogt, T. M., & Dubanoski, J. P. (2006). Forty years on: Teachers' assessments of children's personality traits predict self-reported health behaviors and outcomes at midlife. *Health Psychology*, 25(1), 57-64. doi:10.1037/0278-6133.25.1.57
- 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 & Psychotherapy*, 8(2), 79-96. doi:10.1002/cpp.275
- Hennessy, E., Swords, L., & Heary, C. (2008). Children's understanding of psychological problems displayed by their peers: a review of the literature. *Child: Care, Health and Development*, 34(1), 4-9. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00772.x
- Herrman, H., Metelko, Z., Van Heck, G., De Vries, J., Szabo, S., Rajkumar, S., ... WHOQoLGroup, T. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2(2), 153-159. doi:10.1007/bf00435734
- Hooker, K., & McAdams, D. P. (2003). Personality reconsidered: A new agenda for aging research. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), P296-P304.
- Humensky, J. (2010). Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood? *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5(1), 19.
- Jatobá, J. D. A. V. N., & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56, 171-179. doi:10.1590/S0047-20852007000300003
- John, O. P., Angleitner, A., & Ostendorf, F. (2006). The lexical approach to personality: A historical review of trait taxonomic research. *European journal of Personality*, 2(3), 171-203. doi:10.1002/per.2410020302

- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1984). *LISREL-VI user's guide* (3rd ed.). Mooresville: Scientific Software.
- Käppler, C. (2004). *Access to mental health care in children (the AMHC-Study): concepts of mental health and perception of services from the perspective of children, adolescents and their families*. Final scientific report. Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich, Zürich.
- Käppler, C., & Mohler, B. (2006). *Mental health and access to public services: The views of children, young people and their families*. Berne: Swiss National Science Foundation.
- Klages, L. (1929). *The science of character* (W. H. Johnston, Trans., English Edition ed.) [translation from the Fifth and Sixth German Editions]. London: Allen & Unwin Ltd. (1926)
- Kuenstner, S., Langelotz, C., Budach, V., Possinger, K., Krause, B., & Sezer, O. (2002). The comparability of quality of life scores: a multitrait multimethod analysis of the EORTC QLQ-C30, SF-36 and FLIC questionnaires. *European Journal of Cancer*, 38(3), 339-348. doi:10.1016/s0959-8049(01)00369-0
- Kuyken, W., Orley, J., Power, M., Herrman, H., Schofield, H., Murphy, B., ... et.al. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k
- Lemstra, M., Bennett, N. R., Neudorf, C., Kunst, A., Nannapaneni, U., Warren, L. M., ... Scott, C. R. (2008). A meta-analysis of marijuana and alcohol use by socio-economic status in adolescents aged 10-15 years. *Canadian Journal of Public Health*, 99(3), 172-177.
- Levy, R. B., Castro, I. R. R. d., Cardoso, L. d. O., Tavares, L. F., Sardinha, L. M. V., Gomes, F. d. S., & Costa, A. W. N. d. (2010). Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Suppl 2), 3085-3097. doi:10.1590/S1413-81232010000800013
- Marôco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software & Aplicações* (2 ed.). Pêro Pinheiro, Portugal: ReportNumber.
- Martinez, C. J., Martin, A. J., & Dowson, M. (2006). Investigating self-concept and health-related quality of life *SELF Research Centre University of Western Sydney*. Symposium conducted at the meeting of the Fourth International Biennial SELF Research Conference, Ann Arbor, US.
- Masthoff, E. D., Trompenaars, F. J., Van Heck, G. L., Hodiament, P. P., & De Vries, J. (2007). The relationship between dimensional personality models and quality of life in psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 81-88. doi:10.1016/j.psychres.2006.01.004

- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81-90. doi:10.1037/0022-3514.52.1.81
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr., (1985). Comparison of EPI and psychoticism scales with measures of the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 6(5), 587-597. doi:10.1016/0191-8869(85)90008-x
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 7-18. doi:10.1590/S1413-81232000000100002
- Mohler-Kuo, M., & Dey, M. (2011). A comparison of health-related quality of life between children with versus without special health care needs, and children requiring versus not requiring psychiatric services. *Quality of Life Research*, 1-10. doi:10.1007/s11136-011-0078-2
- Morais, C. A. (2008). *Saúde, doença mental e serviços de saúde na visão de adolescentes e seus cuidadores* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Morais, C. A. (2014). *Concepções de saúde e doença mental: adaptação transcultural do instrumento de acesso aos cuidados em saúde mental*. (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, UNB, Brasília.
- Mussen, P. H., Conger, J. J., Kagan, J., & Huston, A. C. (Eds.). (1990). *Child Development and Personality* (7 ed.). New York: Harpercollins College Div.
- Norman, W. T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66(6), 574.
- Norman, W. T. (1967). *2800 Personality trait descriptors: normative operating characteristics for a university population*: Ann Arbor. Coll. of Literature, Science, and the Arts: Department of Psychology, University of Michigan.
- Ozer, D. J., & Benet-Martínez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401-421. doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190127
- Patrick, D. L., & Bergner, M. (1990). Measurement of Health Status in the 1990s. *Annual Review of Public Health*, 11(1), 165-183. doi: 10.1146/annurev.pu.11.050190.001121
- Penedo, F. J., Gonzalez, J. S., Dahn, J. R., Antoni, M., Malow, R., Costa, P., & Schneiderman, N. (2003). Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(3), 271-278. doi:10.1016/s0022-3999(02)00482-8
- Rajmil, L., Roizen, M., Psy, A. U., Hidalgo-Rasmussen, C., Fernández, G., & Dapueto, J. J. (2012). Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents in

- Ibero-American Countries, 2000 to 2010. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 15(2), 312-322. doi:10.1016/j.jval.2011.11.028
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research: A Critical Introduction*. London: SAGE Publications Ltd.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., Wetzel, R., Nickel, J., & Bullinger, M. (2006). Generic Health-Related Quality-of-Life Assessment in Children and Adolescents: Methodological Considerations. *Pharmacoeconomics*, 24(12), 1199-1220. doi:http://dx.doi.org/10.2165/00019053-200624120-00005
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B.-M., Bruil, J., ... Rajmil, L. (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*, 46(5), 294-302. doi:10.1007/bf01321080
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M., ... the, K. G. (2008). The KIDSCREEN-52 Quality of Life Measure for Children and Adolescents: Psychometric Results from a Cross-Cultural Survey in 13 European Countries. *Value in Health*, 11(4), 645-658. doi:10.1111/j.1524-4733.2007.00291.x
- Ravens-Sieberer, U., The KIDSCREEN Group Europe, Gosch, A., Erhart, M., von Rueden, U., Nickel, J., ... Waters, E. (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires Quality of life questionnaires for children and adolescents* [Manual]. Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers.
- Raykov, T. (2011). Evaluation of convergent and discriminant validity with multitrait-multimethod correlations. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 64(1), 38-52. doi:10.1348/000711009x478616
- Remschmidt, H., & Matzejat, F. (1999). *Familien-Identifikations-Test (FIT). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe, Verlag GmbH & Co.
- Robitail, S., Siméoni, M.-C., Ravens-Sieberer, U., Bruil, J., & Auquier, P. (2007). Children proxies' quality-of-life agreement depended on the country using the European KIDSCREEN-52 questionnaire. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(5), 469.e461-469.e413. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.09.007
- Rodrigues, S. M. S. (2011). *Perspectivas de adolescentes e cuidadores sobre saúde mental e serviços*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Pará, Belém.
- Rodrigues, S. M. S., Almeida, S. d. S. d., & Ramos, E. M. L. S. (2011). Suporte familiar e transtornos mentais comuns de adolescentes grávidas no município de Belém. *Psicologia Argumento*, 29(64), 91-100.
- Sá, D. G. F., Bordin, I. A. S., Martin, D., & Paula, C. S. (2010). Fatores de Risco para Problemas de Saúde Mental na Infância/Adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 643-652.

- Sacker, A., & Cable, N. (2006). Do adolescent leisure-time physical activities foster health and well-being in adulthood? Evidence from two British birth cohorts. *The European Journal of Public Health, 16*(3), 331-335. doi:10.1093/eurpub/cki189
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 107*(2), 142-150. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.02444.x
- Seabra, A. F., Mendonça, D. M., Thomis, M. A., Anjos, L. A., & Maia, J. A. (2008). Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública, 24*, 721-736. doi:10.1590/S0102-311X2008000400002
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública, 20*, 580-588. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research, 46*(3), 407-441. doi:10.2307/1170010
- Siegler, I. C., & Brummett, B. H. (2000). Associations among NEO personality assessments and well-being at midlife: Facet-level analyses. *Psychology and Aging, 15*(4), 710-714. doi:10.1037/0882-7974.15.4.710
- Sinigaglia, C., & Rizzolatti, G. (2011). Through the looking glass: self and others. *Consciousness and cognition, 20*(1), 64-74. doi:10.1016/j.concog.2010.11.012
- Solans, M., Pane, S., Estrada, M.-D., Serra-Sutton, V., Berra, S., Herdman, M., ... Rajmil, L. (2008). Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents: A Systematic Review of Generic and Disease-Specific Instruments. *Value in Health, 11*(4), 742-764. doi:10.1111/j.1524-4733.2007.00293.x
- Sukiennik, P. B., Salle, E., Piltcher, R. B., Outeiral, J. O., & Traub, C. (1989). *Prevalência de Sintomatologia Depressiva em Adolescentes*. presented at the meeting of the III Congresso Brasileiro de Adolescência, Porto Alegre.
- Sukiennik, P. B., Segal, J., & Salle, E. (2000). Implicaciones de la depresión y del riesgo de suicidio en la escuela durante la adolescencia. *Adolesc. latinoam, 2*(1), 36-44.
- Tanaka, J. S., & Huba, G. J. (1985). A fit index for covariance structure models under arbitrary GLS estimation. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 38*(2), 197-201.
- Taquette, S. R., Vilhena, M. M. d., & Paula, M. C. d. (2004). Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risc. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 37*, 210-214. doi:10.1590/S0037-86822004000300003

- Tavares, B. F., Béria, J. U., & Lima, M. S. d. (2004). Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Revista de Saúde Pública*, 38, 787-796. doi:10.1590/S0034-89102004000600006
- Taylor, R. M., Gibson, F., & Franck, L. S. (2008). A concept analysis of health-related quality of life in young people with chronic illness. *Journal of Clinical Nursing*, 17(14), 1823-1833. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02379.x
- Teixeira, S. A. M., & Taquette, S. R. (2010). Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56, 440-446. doi:10.1590/S0104-42302010000400017
- Teodoro, M. (2000). *Habilidades sociais e processos de identificação em crianças e adolescentes* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Available from Sistema de Bibliotecas UFMG database. (104650006)
- The Australian WHOQoL Field Centre (2007). About the World Health Organisation Quality of Life (WHOQoL) Project [PDF article]. *About WHOQoL*.
- The WHOQoL Group. (1993, 1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In J. Orley & W. Kuyken (Chair), *Springer-Verlag*. Symposium conducted at the meeting of the Quality of life assessment: international perspectives: proceedings of the joint-meeting organized by the World Health Organization and the Foundation IPSEN, Paris, July 2 - 3. doi:10.1007/978-3-642-79123-9
- Townsend, P. (1987). Deprivation. *Journal of social policy*, 16(02), 125-146. doi:10.1017/S0047279400020341.
- Tupes, E. C., & Christal, R. E. (1992). Recurrent Personality Factors Based on Trait Ratings. *Journal of Personality*, 60(2), 225-251. doi:10.1111/j.1467-6494.1992.tb00973.x (Technical Report No. ASD-TR-61-97, May 1961. Lackland Air Force Base, TX: US Air Force.)
- Upton, P., Lawford, J., & Eiser, C. (2008). Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature. *Quality of Life Research*, 17(6), 895-913. doi:10.1007/s11136-008-9350-5
- Van De Ven, M. O. M., & Engels, R. C. M. E. (2011). Quality of life of adolescents with asthma: The role of personality, coping strategies, and symptom reporting. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(3), 166-173. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.03.002
- van Straten, A., Cuijpers, P., van Zuuren, F. J., Smits, N., & Donker, M. (2007). Personality traits and health-related quality of life in patients with mood and anxiety disorders. *Qual Life Res* 16(1), 1-8. doi:10.1007/s11136-006-9124-x
- Veiga, G. V. d., Cunha, A. S. d., & Sichieri, R. (2004). Trends in overweight among adolescents living in the poorest and richest regions of Brazil. *Am J Public Health*, 94(9), 1544-1548. doi:10.2105/ajph.94.9.1544

- Vollrath, M., & Landolt, M. A. (2005). Personality Predicts Quality of Life in Pediatric Patients with Unintentional Injuries: A 1-Year Follow-up Study. *Journal of Pediatric Psychology, 30*(6), 481-491. doi:10.1093/jpepsy/jsi073
- WHO. (1994). *Measurement of quality of life in children* (MNH/PSF/94.5). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Wille, N., Badia, X., Bonsel, G., Burström, K., Cavrini, G., Devlin, N., ... Herdman, M. (2010). Development of the EQ-5D-Y: a child-friendly version of the EQ-5D. *Quality of Life Research, 19*(6), 875-886. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s11136-010-9648-y
- Yamaoka, K., Shigehisa, T., Ogoshi, K., Haruyama, K., Watanabe, M., Hayashi, F., & Hayashi, C. (1998). Health-related quality of life varies with personality types: a comparison among cancer patients, non-cancer patients and healthy individuals in a Japanese population. *Quality of Life Research, 7*(6), 535-544. doi:10.1023/a:1008830509237

ANEXO A
QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL - Versão Jovens
(Käppler, 2004)

PARTE 1:SAÚDE

A. Para mim, alguém estar saudável mentalmente/emocionalmente significa...

	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
1. estar feliz, alegre	0	0	0	0
2. não ser tão sensível/frágil	0	0	0	0
3. poder pensar de forma clara	0	0	0	0
4. pensar positivo, ser otimista	0	0	0	0
5. ter controle sobre a própria vida	0	0	0	0
6. não usar drogas	0	0	0	0
7. não ter problemas	0	0	0	0
8. sentir-se equilibrado/a	0	0	0	0
9. ter energia/disposição	0	0	0	0
10. não precisar ir ao psicólogo/psiquiatra	0	0	0	0
11. poder ir à escola	0	0	0	0
12. poder se relacionar bem com os outros	0	0	0	0
13. ser normal	0	0	0	0
14. perceber o que não deve ser feito	0	0	0	0
15. algo muito importante	0	0	0	0
16. eu sei mais ou menos o que é, mas é difícil de explicar	0	0	0	0
17. caso ache que falta alguma coisa, escreva abaixo:	0	0	0	0

B. Para mim alguém estar doente mentalmente/emocionalmente significa...

	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
18. estar infeliz, triste	0	0	0	0
19. não se sentir bem	0	0	0	0
20. ter sentimentos feridos	0	0	0	0
21. que algo não está bem com a cabeça	0	0	0	0
22. estar estressado/a	0	0	0	0
23. ser diferente dos outros	0	0	0	0
24. quando o corpo não está bem, a cabeça também sofre e vice-versa	0	0	0	0
25. não conseguir enfrentar os desafios do dia a dia	0	0	0	0
26. algo mais difícil de controlar do que uma doença física, do corpo	0	0	0	0
27. ter dificuldade de se concentrar bem	0	0	0	0
28. não ter amigos	0	0	0	0
29. quando profissionais como psicólogos ou psiquiatras aconselham um tratamento	0	0	0	0
30. algo que não se percebe logo	0	0	0	0
31. algo que deve ser levado a sério	0	0	0	0
32. algo que quase não pode ser curado	0	0	0	0
33. algo que se tem desde o nascimento	0	0	0	0
34. é difícil de definir	0	0	0	0
35. caso ache que falta alguma coisa, escreva abaixo:	0	0	0	0

C. Você acha que as suas idéias sobre saúde e doença mental/emocional vêm...

	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
36. dos meus pais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. dos meus avós	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. dos meus irmãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. dos meus amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. da escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. de profissionais (por ex.: médico, psicólogo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. da mídia (televisão, rádio, internet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. de outro lugar, escreva abaixo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D. Você acha que a religião contribui para:

	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
44. a saúde mental/emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. a formação de uma doença mental/emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. a cura de uma doença mental/emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E. O que você faz quando tem algum problema mental/emocional?

	1 nunca	2 raramente	3 geralmente	4 sempre
47. espero um pouco, descanso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. procuro distrair-me: leio, ouço música	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. convivo com isso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. penso: isso não é tão mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. procuro mudar a situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. espero ser procurado/a pelos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. falo com alguém sobre o problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. tomo medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. tento medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. tento meios naturais, caseiros (chás, banhos, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. procuro ajuda nos números de telefone de disque-ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. não procuro ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. prefiro ficar sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. não faço nada e penso que ninguém pode me ajudar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. não sei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. outra coisa, escreva abaixo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F. Alguns jovens procuram pessoas quando têm um problema mental/emocional. (Caso alguma destas pessoas não exista na sua vida, deixe a linha correspondente em branco.)

Quando eu tenho um problema mental/emocional eu procuro...	1 nunca	2 raramente	3 geralmente	4 sempre
63. a minha mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. o meu pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. os meus irmãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. a minha avó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. o meu avô	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. os meus amigos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. o meu professor/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70. uma pessoa do contexto religioso (por ex.: padre, guia espiritual)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71. o médico de família ou o pediatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quando eu tenho um problema mental/emocional eu procuro...		1	2	3	4
		nunca	raramente	geralmente	sempre
72.	uma pessoa da medicina alternativa, natural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73.	um psicólogo/psiquiatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74.	um outro especialista (por ex.: neurologista)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75.	uma clínica ou hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76.	outra pessoa ou instituição, escreva abaixo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G. Imagine que um jovem tenha um problema mental/emocional e é proposto a ele(a) ir a um psicólogo/psiquiatra. Quais podem ser os motivos para ele(a) não querer ir?

Porque...		1	2	3	4
		não concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
77.	ele (ela) não sabe o que o psicólogo/psiquiatra vai fazer com ele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78.	ele (ela) pensa que os psicólogos/psiquiatras dão muitos medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79.	pensa que só vai ao psicólogo/psiquiatra quem não está bem da cabeça ou quem é maluco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80.	ele (ela) não quer ser gozado/caçoado pelos colegas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81.	ele (ela) tem medo de depois ter que mudar para uma classe ou escola especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82.	ele (ela) tem medo de ter que ir para uma clínica/hospital psiquiátrico ou um lar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83.	pensa que quem é realmente responsável pelo problema são os pais e eles é que precisam de ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84.	ele (ela) pensa que os pais não querem que ele vá ao psiquiatra/psicólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85.	ele (ela) pensa que problemas mentais/emocionais devem ser resolvidos na família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86.	ele (ela) pensa que quando se trata de problemas mentais/emocionais só a própria pessoa é que pode ajudar a si mesma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87.	ele (ela) acha que este problema é normal na sua própria família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88.	pensa que uma psicoterapia demora muito tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89.	ele (ela) pensa que o consultório do psicólogo/psiquiatra fica muito longe de sua casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90.	pensa que uma terapia custa muito dinheiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91.	acha que não é necessário nenhuma ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92.	ele (ela) não sabe onde se pode obter ajuda e nem quem é competente para ajudá-lo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
93.	outra coisa, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

H. Alguma vez você já recebeu ajuda de um profissional como um psicólogo ou psiquiatra devido a um problema mental/emocional?

1. O sim		2. O não	
94.	Se tiver feito um "X" no "Sim" responda às perguntas marcadas com o Cebolinha	Se tiver feito um "X" no "Não" responda às perguntas marcadas com o Bidu	

95.a Para que tipo de problema você recebeu ajuda? (por exemplo: medos, problemas na escola, problemas com os colegas, ansiedade, depressão, problemas de comportamento, uso de álcool e drogas, etc.)



Quem te ajudou?

95.b O psicólogo O psiquiatra O outro profissional. Qual? _____

96. a) Quando é que o problema apareceu pela primeira vez?

Quando eu tinha mais ou menos _____ anos



b) Quando é que começou o primeiro tratamento?

Quando eu tinha mais ou menos _____ anos

c) O tratamento já terminou?

1. O não 2. O sim

Mais ou menos quando terminou o tratamento?

Há: _____ anos ou

há: _____ meses

Como foram ou como estão sendo a(s) experiência(s) de tratamento?

Achei/acho que ...



Como imagina um tratamento para um problema mental/emocional?

Imagino que ...



		1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
97.	a terapia ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
98.	me sinto bem com o terapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
99.	não aceitei a terapia no início	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
100.	a terapia me dá estabilidade, segurança, apoio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
101.	posso expressar a minha própria opinião	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
102.	as pessoas me olham de forma estranha quando eu vou ao consultório/clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
103.	outra coisa, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Quem procurou ajuda profissional para você (por ex.: psiquiatra/ psicólogo)?



Se tivesse um problema mental/emocional quem procuraria ajuda profissional para você (por ex.: psicólogo/ psiquiatra)?

		1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
104.	eu próprio/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
105.	a minha mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106.	o meu pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
107.	a minha avó/avô	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
108.	o professor/a escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
109.	o médico de família, o pediatra, agente comunitário de saúde ou outros especialistas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
110.	o conselho tutelar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
111.	outra pessoa ou instituição, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTE 2:FAMÍLIA

I. Para que uma pessoa possa se manter saudável mentalmente/ emocionalmente na sua família, que importância têm o significado das frases abaixo?

	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 Concordo totalmente
112. estar satisfeito e satisfazer os outros na família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
113. sentir-se aceito/amado como se é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
114. haver comunicação agradável entre os membros da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
115. chamar a atenção dos outros para o lado bom das coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
116. saber ouvir e falar entre si, estar disponível para o diálogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
117. haver consenso/acordo entre os pais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
118. ter pais que orientam/ensinam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
119. ter compreensão mútua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
120. poder partilhar na família experiências e carregar problemas em conjunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
121. poder confiar uns nos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
122. ter as refeições em conjunto na família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
123. ter relações próximas com os outros membros da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
124. ter uma orientação religiosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
125. ter tempo livre /lazer em comum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

126. Agora escreva uma frase ou palavra sobre como sua família tenta manter e incentivar o bem-estar mental/emocional. _____

TESTE DE IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA (FIT) (Renschmidt & Mattejat, 1999)

J. Tente com a lista de características abaixo descrever a si e à sua família.

127. Por favor, descreva como **você é** na sua opinião:

Eu sou...	1 Não corresponde	2 Corresponde pouco	3 Corresponde em parte	4 Corresponde muito	5 Corresponde totalmente
1. satisfeito/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. tranquilo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. medroso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. animado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. comunicativo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. “ de lua”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. seguro/a de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. independente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. nervoso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. compreensivo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. atencioso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. simpático/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

128. Por favor, descreva como você gostaria de ser:

Eu gostaria de ser...	1 Não corresponde	2 Corresponde pouco	3 Corresponde em parte	4 Corresponde muito	5 Corresponde totalmente
1. satisfeito/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. tranquilo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. medroso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. animado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. comunicativo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eu gostaria de ser...	1 Não corresponde	2 Corresponde pouco	3 Corresponde em parte	4 Corresponde muito	5 Corresponde totalmente
6. “ de lua”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. seguro/a de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. independente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. nervoso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. compreensivo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. atencioso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. simpático/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

129. A sua mãe

Por favor, descreva como é sua mãe na sua opinião. Caso não more com a sua mãe biológica, escolha uma outra pessoa que desempenhe para você o papel de mãe. Caso não haja uma pessoa dessa na sua vida, continue na questão 131.

	1 Não corresponde	2 Corresponde pouco	3 Corresponde em parte	4 Corresponde muito	5 Corresponde totalmente
1. satisfeita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. tranqüila	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. medrosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. animada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. comunicativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. “ de lua”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. segura de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. independente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. nervosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. compreensiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. atenciosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. simpática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quem é que você acabou de descrever?

130. 1. mãe 2. madrasta/companheira do pai
 3. outra pessoa _____

131. O seu pai

Por favor, descreva como é seu pai na sua opinião. Caso não more com seu pai biológico, escolha uma outra pessoa que desempenhe para você o papel de pai. Caso não haja uma pessoa dessa na sua vida, continue na 133.

	1 Não corresponde	2 Corresponde pouco	3 Corresponde em parte	4 Corresponde muito	5 Corresponde totalmente
1. satisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. tranqüilo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. medroso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. animado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. comunicativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. “ de lua”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. seguro de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. independente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. nervoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. compreensivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. atencioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. simpático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quem você acabou de descrever?

132. 1. pai 2. padrasto/companheiro da mãe
 3. outra pessoa _____

133. A sua avô ou seu avô

Escolha um dos seus avós, aquele que é mais importante para você, de quem mais gosta e tente descrevê-lo(a). Caso não haja uma pessoa dessa na sua vida, continue na 135.

		1 Não corresponde	2 Corresponde pouco	3 Corresponde em parte	4 Corresponde muito	5 Corresponde totalmente
1.	satisfeito/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	tranquilo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	medroso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	animado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	comunicativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	“ de lua”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	seguro/a de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	independente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	nervoso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	compreensivo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	atencioso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	simpático/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

134. Quem é o avô ou a avó que você acabou de descrever?

1. mãe da minha mãe 2. mãe do meu pai
 3. pai da minha mãe 4. pai do meu pai
 5. não sei

PARTE 3:BEM-ESTAR

KIDSCREEN-27, versão auto-relato (The KIDSCREEN Group Europe, 2006)

K. Agora responda mais algumas perguntas sobre a sua saúde física e mental/emocional

135. Em geral, como você descreve a sua saúde?

1. excelente 2. muito boa 3. boa 4. ruim 5. péssima

136. Você tem alguma incapacidade, doença ou condição física crônica?

1. não
 2. sim Qual? _____

Pense na última semana ...

		1 nada	2 pouco	3 moderadamente	4 muito	5 totalmente
137.	sentiu-se bem e em forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
138.	esteve fisicamente ativo (brincou, praticou esporte)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

139.	foi capaz de ter bom desempenho nas atividades físicas?	O	O	O	O	O
Pense na última semana ...		1 nunca	2 raramente	3 algumas vezes	4 frequentemente	5 sempre
140.	sentiu-se cheio/a de energia?	O	O	O	O	O

L. Sobre os seus sentimentos e estados de humor

Pense na última semana ...		1 nada	2 pouco	3 moderadamente	4 muito	5 totalmente
141.	sentiu-se satisfeito/a com a vida?	O	O	O	O	O

Pense na última semana ...		1 nunca	2 raramente	3 algumas vezes	4 frequentemente	5 sempre
142.	esteve de bom humor?	O	O	O	O	O
143.	divertiu-se?	O	O	O	O	O

Pense na última semana ...		1 nunca	2 raramente	3 algumas vezes	4 frequentemente	5 sempre
144.	sentiu-se triste?	O	O	O	O	O
145.	sentiu-se tão mal que não quis fazer nada?	O	O	O	O	O
146.	sentiu-se sozinho/a?	O	O	O	O	O
147.	sentiu-se feliz com a sua maneira de ser?	O	O	O	O	O

M. Família e Tempo Livre

Pense na última semana ...		1 nunca	2 raramente	3 algumas vezes	4 frequentemente	5 sempre
148.	teve tempo suficiente para si?	O	O	O	O	O
149.	no seu tempo livre foi capaz de fazer atividades que gosta de fazer?	O	O	O	O	O
150.	os seus pais tiveram tempo suficiente para você?	O	O	O	O	O
151.	os seus pais o trataram com justiça?	O	O	O	O	O
152.	foi capaz de conversar com os seus pais quando você quis?	O	O	O	O	O
153.	teve dinheiro suficiente para fazer as mesmas atividades que os seus amigos?	O	O	O	O	O
154.	teve dinheiro suficiente para as suas despesas?	O	O	O	O	O

N. Amigos

Pense na última semana		1 nunca	2 raramente	3 algumas vezes	4 frequentemente	5 sempre
155.	passou tempo com os seus amigos?	O	O	O	O	O
156.	você se divertiu com os seus amigos?	O	O	O	O	O
	você e seus amigos se ajudaram uns	O	O	O	O	O

157. aos outros?

158. sentiu que podia confiar nos seus amigos? **O. Ambiente Escolar e Aprendizagem**

Pense na última semana...		1 nunca	2 raramente	3 algumas vezes	4 frequentemente	5 sempre
159.	sentiu-se feliz na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
160.	foi bom aluno/a na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pense na última semana...		1 nunca	2 raramente	3 algumas vezes	4 frequentemente	5 sempre
161.	você se sentiu capaz de prestar atenção?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
162.	teve uma boa relação com os seus professores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTE 4: CONDIÇÕES DE VIDA**P. Como é a sua situação escolar?**

163.

Escola: 1.pública 2.particular Série: _____ Grau _____

Q. Como vive a sua família?

164.

1.nenhum 2.um 3.dois ou mais

165.

1.não 2.sim

166.

1.nenhuma vez 2.uma vez 3.duas vezes 4.mais de duas vezes

167.

1.nenhum 2.um 3.dois 4.três ou mais

167a Seus pais:

1.nunca viveram juntos 2.vivem juntos 3.são casados
 4.são separados 5.são divorciados 6.é viúvo/a

167b Com quem você mora?

R. Agora só mais algumas perguntas para terminar

168.

Você é do sexo feminino ou masculino?

O 1.feminino

O 2.masculino

169.

Quando é que você nasceu?

mês _____

ano _____

170.

Você trabalha?

O 1.sim

O 2.não

171.

Qual a sua cor?

O 1.branca

O 2.parda

O 3.negra

4.outra _____

**Veja se você respondeu a todas as perguntas. Caso tenha algum comentário sobre o tema e sua participação na pesquisa, utilize as folhas em branco do final.
Muito obrigada por ter participado!!**

ANEXO B

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL- Versão Cuidadores (Käppler, 2004)

PARTE 1: SAÚDE

A. Para mim, alguém estar saudável mentalmente/emocionalmente significa ...

	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
1. estar feliz, alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. não ser tão sensível/frágil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. poder pensar de forma clara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. pensar positivo, ser otimista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ter controle sobre a própria vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. não usar drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. não ter problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. sentir-se equilibrado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ter energia/disposição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. não precisar ir ao psicólogo/psiquiatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Poder ir trabalhar e estudar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Poder se relacionar bem com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ser normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. algo muito importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. perceber o que não deve ser feito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. eu sei mais ou menos o que é, mas é difícil de explicar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. caso ache que falta alguma coisa, escreva abaixo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Para mim, alguém estar doente mentalmente/emocionalmente significa ...

	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
18. estar infeliz, triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. não se sentir bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ter sentimentos feridos/ ser magoado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. que algo não está com a cabeça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. estar estressado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ser diferente dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. quando o corpo não está bem, a cabeça também sofre e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. não conseguir enfrentar os desafios do dia a dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. algo mais difícil de controlar do que uma doença física, do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ter dificuldade em se concentrar bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. não ter amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. quando profissionais como psicólogos ou psiquiatras aconselham um tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. algo que não se percebe logo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. algo que deve ser levado a sério	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. algo que quase não pode ser curado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. algo que se tem desde o nascimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. é difícil de definir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. caso ache que falta alguma coisa, escreva abaixo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C. Você acha que as idéias do(a) jovem sobre saúde e doença mental/emocional vêm...

	1	2	3	4
	não concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
36. dos pais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. dos avós	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. dos irmãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. dos amigos do(a) jovem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. da escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. de profissionais (por ex.: médico, psicólogo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. da mídia (televisão, rádio, internet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. de outro lugar, escreva abaixo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D. Você acha que a religião contribui para:

	1	2	3	4
	não concordo	concordo em parte	concordo bastante	concordo totalmente
44. a saúde mental/emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. a formação de uma doença mental/emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. a cura de uma doença mental/emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E. Agora pense no(a) jovem que você cuida e que respondeu o questionário

Quando o(a) jovem tem um problema mental/emocional eu digo a ele(a) que ...		1	2	3	4
		nunca	raramente	geralmente	sempre
47.	deve esperar um pouco, descansar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.	deve procurar distrair-se: ler, ouvir música	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49.	deve conviver com isso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50.	deve pensar: isso não é tão mau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51.	deve procurar mudar a situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52.	deve esperar ser procurado pelos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53.	deve falar com alguém sobre o problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54.	deve tomar medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55.	deve tentar medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56.	deve tentar meios naturais, caseiros (chá, banhos, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57.	deve procurar ajuda nos números de telefone de disque-ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58.	não deve procurar ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59.	deve ficar sozinho/a, retirar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60.	não digo nada e penso que ninguém pode ajudá-lo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61.	na verdade não sei muito bem o que devo dizer o(a) jovem nessas situações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62.	outra coisa, escreva abaixo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F. Eu penso que quando o(a) jovem tem um problema mental/emocional ele(a) procura... (Caso alguma destas pessoas não exista na vida do(a) jovem deixe a linha correspondente em branco.)

	1	2	3	4
	nunca	raramente	geralmente	sempre
63. a mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. o pai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. os irmãos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. a avó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. o avô	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. os amigos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. o professor/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70. uma pessoa do contexto religioso (por ex.: padre, guia espiritual)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71. o médico de família ou o pediatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72. uma pessoa da medicina alternativa, natural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73. um psicólogo/psiquiatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. um outro especialista (por ex.: neurologista)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

75.	uma clínica ou hospital	O	O	O	O
		1	2	3	4
		nunca	raramente	geralmente	sempre
76.	outra pessoa ou instituição, escreva abaixo:	O	O	O	O

G. Imagine que um(a) jovem tenha um problema mental/emocional e é proposto a ele(a) ir a um psicólogo/psiquiatra. Quais podem ser os motivos para ele(a) não querer ir?

	Porque ele(a) ...	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
77.	não sabe o que o psicólogo/ psiquiatra vai fazer com ele	O	O	O	O
78.	pensa que os psicólogos/ psiquiatras dão muitos medicamentos	O	O	O	O
79.	pensa que só vai ao psicólogo/ psiquiatra quem não está bem da cabeça ou quem é maluco	O	O	O	O
80.	ele (ela) não quer ser gozado/caçoado pelos colegas	O	O	O	O
81.	tem medo de depois ter que mudar para uma classe ou escola especial	O	O	O	O
82.	tem medo de ter que ir para uma clínica/hospital psiquiátrico ou um lar	O	O	O	O
83.	pensa que quem é realmente responsável pelo problema são os pais e eles é que precisam de ajuda	O	O	O	O
84.	pensa que os pais não querem que ele vá ao psiquiatra/psicólogo	O	O	O	O
85.	pensa que problemas mentais/emocionais devem ser resolvidos na família	O	O	O	O
86.	pensa que quando se trata de problemas mentais/emocionais só a própria pessoa é que pode ajudar a si mesma	O	O	O	O
87.	acha que este problema é normal na sua própria família	O	O	O	O
88.	pensa que uma psicoterapia demora muito tempo	O	O	O	O
89.	pensa que o consultório do psicólogo/psiquiatra fica muito longe de sua casa	O	O	O	O
90.	pensa que uma terapia custa muito dinheiro	O	O	O	O
91.	acha que não é necessário nenhuma ajuda	O	O	O	O
92.	não sabe onde se pode obter ajuda e quem é competente para isso	O	O	O	O
93.	outra coisa, escreva abaixo:	O	O	O	O

H. Alguma vez o(a) jovem que você cuida já recebeu ajuda de um profissional como um psicólogo ou psiquiatra devido a um problema mental/emocional?






94.	O 1. sim	O 2. não
	 Se tiver feito um "X" no "Sim" responda por favor só às perguntas marcadas com o Cebolinha	 Se tiver feito um "X" no "Não" responda por favor só às perguntas marcadas com o Bidu

95.a Para que tipo de problema o(a) jovem recebeu ajuda?
(por exemplo: medos, problemas na escola, problemas com os colegas, ansiedade, depressão, problemas de comportamento, uso de álcool e drogas, etc.)



95.b Quem o(a) ajudou?

O psicólogo O psiquiatra O outro profissional Qual? _____

96.	a)	Quando é que o problema apareceu pela primeira vez? Quando o(a) jovem tinha mais ou menos _____ anos					
	b)	Quando é que começou o primeiro tratamento? Quando o(a) jovem tinha mais ou menos _____ anos					
	c)	O tratamento já terminou? O 1.não O 2.sim Mais ou menos quando é que terminou o tratamento? Há: _____ anos ou Há: _____ meses					
		Como foram ou como estão sendo a(s) experiência(s) de tratamento enquanto cuidador? Achei/acho que ...			Como imagina um tratamento para o(a) jovem no caso de um problema mental/emocional? Imagino que ...		
				1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
97.	a terapia ajuda o(a) jovem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
98.	o(a) jovem se sente bem com o terapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
99.	o(a) jovem não aceitou a terapia no início	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
100.	a terapia dá ao(a) jovem estabilidade, segurança e apoio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
101.	o(a) jovem pode expressar a sua própria opinião	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
102.	as pessoas olham o(a) jovem de forma estranha quando ele/a vai ao consultório/clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
103.	outra coisa, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Quem é que procurou ajuda profissional para o(a) jovem (ex.: psiquiatra/ psicólogo)?		Se o(a) jovem tivesse um problema mental/emocional quem procuraria ajuda profissional para ele/a (por ex.: psicólogo)?				
				1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
104.	o meu filho/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
105.	eu própria/o	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
106.	o pai/mãe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
107.	a avó/o avô	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
108.	o professor/a escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
109.	o médico de família, o pediatra, agente comunitário de saúde ou outros especialistas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
110.	o conselho tutelar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
111.	outra pessoa ou instituição, escreva abaixo: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

PARTE 2: FAMÍLIA

I. Para que uma pessoa se mantenha saudável mentalmente/emocionalmente na sua família, que importância têm o significado das frases abaixo?

		1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
112.	estar satisfeito e satisfazer os outros na família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
113.	sentir-se aceito/amado como se é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
114.	haver comunicação agradável entre os membros da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
115.	chamar a atenção dos outros para o lado bom das coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
116.	saber ouvir e falar entre si, estar disponível para o diálogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
117.	haver consenso/acordo entre os pais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
118.	ter pais que orientam/ensinam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
119.	ter compreensão mútua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
120.	poder partilhar na família experiências e carregar problemas em conjunto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
121.	poder confiar uns nos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
122.	ter as refeições em conjunto na família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
123.	ter relações próximas com os outros membros da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
124.	ter uma orientação religiosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
125.	ter tempo livre/lazer em comum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
126.	ter um equilíbrio entre a vida profissional e a vida privada, entre família e trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J. Para manter a saúde mental/emocional dos jovens, o que você faz enquanto mãe/pai/madrasta/padrasto/cuidador?

		1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
127.	estar feliz e alegre e tentar fazer os meus filhos felizes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
128.	aceitar cada filho como ele é e não preferir um em especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
129.	motivar os meus filhos para o esporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
130.	transmitir aos meus filhos calma e paz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
131.	incentivar a vida familiar, por exemplo, o estar junto ou passeios aos fins de semana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
132.	ensinar os meus filhos a ver a vida de forma positiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
133.	estar sempre disponível para ouvir e manter um diálogo aberto com os meus filhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
134.	dar aos meus filhos amor e segurança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
135.	estar disponível para ajudar os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
136.	mostrar total confiança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
137.	tentar perceber os meus filhos com as suas necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
138.	conhecer os amigos dos meus filhos e incentivá-los a boas companhias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
139.	incentivar algumas atividades que melhor se adaptem aos seus talentos como por exemplo tocar um instrumento, ler, fazer teatro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
140.	transmitir valores/tradições religiosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

141. Agora escreva uma frase ou palavra sobre como sua família tenta manter e incentivar o bem-estar mental/emocional. _____

TESTE DE IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA (FIT) (Renschmidt & Mattejat, 1999)

K. Tente com a lista de características abaixo descrever a si e à sua família.

142. Como é na sua opinião o(a) jovem que você cuida e que também preencheu o questionário

		1 Não corresponde	2 Corresponde pouco	3 Corresponde em parte	4 Corresponde muito	5 Corresponde totalmente
1.	satisfeito/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	tranquilo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	medroso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	animado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	comunicativo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	“ de lua”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Seguro/a de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	independente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	nervoso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	compreensivo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	atencioso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	simpático/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

143. Descreva a si próprio/a:

Eu sou...	1 Não corresponde	2 Corresponde pouco	3 Corresponde em parte	4 Corresponde muito	5 Corresponde totalmente
1. Satisfeito/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. tranquilo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. medroso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. animado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. comunicativo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. “ de lua”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. seguro/a de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. independente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. nervoso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. compreensivo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. atencioso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. simpático/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

144. Como você gostaria de ser:

Eu gostaria de ser...	1 Não corresponde	2 Corresponde pouco	3 Corresponde em parte	4 Corresponde muito	5 Corresponde totalmente
1. satisfeito/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. tranquilo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. medroso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. animado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. comunicativo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. “ de lua”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. seguro/a de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. independente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. nervoso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. compreensivo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. atencioso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. simpático/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

145. Descreva agora como é na sua opinião seu/sua companheiro(a) (mãe/pai/padrasto/madrasta/cuidador) que também é responsável pelo(a) jovem. Se não existir essa pessoa na sua vida, continue na pergunta 147.

Ele(a) é...	1 Não corresponde	2 Corresponde pouco	3 Corresponde em parte	4 Corresponde muito	5 Corresponde totalmente
1. satisfeito/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. tranquilo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. medroso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. animado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. comunicativo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. “ de lua”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. seguro/a de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. independente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. nervoso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. compreensivo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. atencioso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. simpático/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

146. Quem é a pessoa que você acabou de descrever?

<input type="radio"/>	1.mãe	<input type="radio"/>	2.madrasta/a minha companheira
<input type="radio"/>	3.pai	<input type="radio"/>	4.padrasto/o meu companheiro
<input type="radio"/>	5.outra pessoa _____		

PARTE 3: BEM-ESTAR

L. Primeiro pedimos que indique o seguinte:

147. Qual a sua relação de parentesco com o(a) jovem?

- O 1.mãe O 2.madrasta/companheira do pai
 O 3.pai O 4.padrasto/companheiro da mãe
 O 5.outro Quem? _____

Que idade tem o(a) jovem?

148. _____ anos _____ meses

O(a) jovem é do sexo feminino ou masculino?

149. O 1.feminino O 2.masculino

Qual é a altura do(a) jovem?

150. _____ centímetros

Quanto é que pesa o(a)

151. _____ quilos

KIDSCREEN-27, versão Proxy (The KIDSCREEN Group Europe, 2006)

Responda às seguintes questões assegurando que as suas respostas correspondem à pessoa do(a) jovem. Tente recordar o que se passou com ele(a) na última semana.

M. Saúde e Movimento

Em geral, como descreve a saúde do(a)

152. O 1.excelente O 2.muito boa O 3.boa O 4.ruim O 5.péssima

Pense na última semana ...

	1 Nada	2 pouco	3 moderadamente	4 muito	5 total mente
153. o(a) jovem se sentiu bem?	O	O	O	O	O
154. o(a) jovem esteve fisicamente ativo/a (brincou, praticou esporte)?	O	O	O	O	O
155. o(a) jovem teve bom desempenho nas atividades físicas?	O	O	O	O	O

Pense na última semana ...		1	2	3	4	5
		Nunca	rara mente	algumas vezes	frequentemente	sempre
156.	o(a) jovem se sentiu cheio de energia?	O	O	O	O	O

N. Sentimentos e Estados de Humor Geral

Pense na última semana ...		1	2	3	4	5
		Nada	pouco	moderadamente	muito	totalmente
157.	o(a) jovem se sentiu satisfeito/a com a sua própria vida?	O	O	O	O	O

Pense na última semana ...		1	2	3	4	5
		Nunca	raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
158.	o(a) jovem esteve de bom humor?	O	O	O	O	O
159.	o(a) jovem se divertiu?	O	O	O	O	O
160.	o(a) jovem se sentiu triste?	O	O	O	O	O
161.	o(a) jovem se sentiu tão mal que não quis fazer nada?	O	O	O	O	O
162.	o(a) jovem se sentiu sozinho/a?	O	O	O	O	O
163.	o(a) jovem se sentiu feliz com a sua própria forma de ser?	O	O	O	O	O

O. Família e Tempo Livre

Pense na última semana...		1	2	3	4	5
		nunca	raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
164.	o(a) jovem teve tempo suficiente para si próprio/a?	O	O	O	O	O
165.	o(a) jovem tem conseguido fazer atividades que gosta de fazer no tempo livre?	O	O	O	O	O
166.	o(a) jovem sentiu que os pais tiveram tempo suficiente para ele/a?	O	O	O	O	O
167.	o(a) jovem sentiu que os pais o/a trataram com justiça?	O	O	O	O	O
168.	o(a) jovem foi capaz de falar com os pais quando quis?	O	O	O	O	O
169.	o(a) jovem teve dinheiro suficiente para fazer as mesmas atividades que os amigos?	O	O	O	O	O
170.	o(a) jovem teve dinheiro suficiente para as suas próprias despesas?	O	O	O	O	O

P. Amigos

Pense na última semana ...		1	2	3	4	5
		Nunca	raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
171.	o(a) jovem passou o tempo com os amigos?	O	O	O	O	O
172.	o(a) jovem se divertiu com os amigos?	O	O	O	O	O
173.	o(a) jovem e os amigos se ajudam	O	O	O	O	O

uns aos outros?					
174. o(a) jovem foi capaz de confiar nos amigos?	O	O	O	O	O

Q. Ambiente Escolar e Aprendizagem

Pense na última semana ...		1	2	3	4	5
		nunca	raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
175.	o(a) jovem se sentiu feliz na escola?	O	O	O	O	O
176.	o(a) jovem foi bom aluno/a na escola?	O	O	O	O	O

Pense na última semana ...		1	2	3	4	5
		nunca	raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
177.	o(a) jovem se sentiu capaz de prestar atenção?	O	O	O	O	O
178.	o(a) jovem teve uma boa relação com os professores	O	O	O	O	O

PARTE 4: CONDIÇÕES DE VIDA

179. Qual é a sua profissão? _____

180. Qual é a renda da sua família?
 O 1. menos de 400 reais O 2. de 401 a 1000 reais
 O 3. de 1001 a 1600 reais O 4. de 1601 a 2200 reais
 O 5. de 2201 a 2800 reais O 6. de 2801 a 5000 reais
 O 7. acima de 5000 reais

181. Qual é a sua escolaridade?
 O 1. analfabeto
 O 2. fundamental incompleto
 O 3. fundamental completo
 O 4. médio incompleto
 O 5. médio completo
 O 6. superior incompleto
 O 7. superior completo
 O 8. mestrado/doutorado

182. Qual a sua cor?
 O 1. branca O 2. parda O 3. negra 4. outra Qual? _____

**Por favor, veja se você respondeu a todas as perguntas. Caso tenha algum comentário sobre o tema e sua participação na pesquisa, utilize as folhas em branco do final.
 Muito obrigada por ter participado!!**

ANEXO C

Carta de Autorização do Comitê de Ética

Universidade Católica de Brasília - UCB
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Brasília, 17 de outubro de 2006

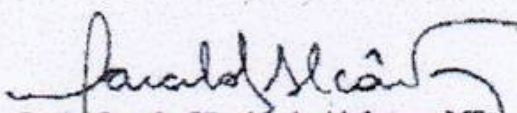
Ofício CEP/UCB Nº 86 /2006

Prezados senhores,

É com satisfação que informamos formalmente a V.Sas. que o projeto "Acesso ao serviço de saúde pública: concepções de saúde mental e percepção dos serviços na perspectiva de crianças, adolescentes e suas famílias" foi aprovado por este CEP em sua 57ª Reunião, realizada em 17 de outubro do corrente ano, podendo, portanto, ter a sua fase de coleta de dados iniciada. Informamos ainda que no prazo máximo de 1 (um) ano a contar desta data deverá ser enviado a este CEP um relatório sucinto sobre o andamento da presente pesquisa.

Esperando poder servi-los em outra ocasião, apresentamos nossos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,



Prof. Marcelo Silveira de Alcântara, MSc
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - UCB

Ilmos Srs.

Deise Matos do Amparo, Afonso Celso Tanus Galvão, Carmen Jansen de Cárdenas, Kátia Cristina Tarouquella Rodrigues Brasil e Paola Biasoli Alves.

Brasília - DF

NESTA

ANEXO D

Permissão de uso do Familien-Identifikations-Test-FIT

From: [Foreignrights](#)
To: [Silvia Rodrigues](#)
Subject: AW: Request for translation and written permission to reproduce copies of Familien-Identifikations-Test (FIT)
Date: segunda-feira, 23 de janeiro de 2012 10:49:58
Attachments: [Rodrigues FIT Portuguisisch.pdf](#)

Dear Ms. Prof. Rodrigues,

Thank you very much for your detailed information above your study and the agreement with the conditions for translation into Brazilian Portuguese Language of the *Familien-Identifikations-Test (FIT)* by Remschmidt and Mattejat.

We are pleased to grant you permission the use of the Portuguese *FIT* within your planned study "Patterns of identification and quality of life of teenagers in Brazil in the light of bioecological model" under the terms of the agreement dated January 18, 2012.

We point out the permission is only granted for the before mentioned purpose. For each additional use of the scale you need again to request ask for permission.

Yours sincerely,

Iris Krawinkel
-Foreign Rights-

Neue Adresse / New Address:

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, Germany
Tel.: +49-551-99950-0
Fax: +49-551-99950-111
rights@hogrefe.de
www.hogrefe.de
Geschäftsführer: Dr. G.-Jürgen Hogrefe
Eingetragen beim AG Göttingen HRA 3361,
USt.-ID: DE 160968622

ANEXO E

Permissão de uso do KIDSCREEN-27

From: [Hauschild, Anika](#)
To: silyjamaues@oi.com.br
Cc: [Ravens-Sieberer, Ulrike](#)
Subject: AW: Registration
Date: quarta-feira, 30 de novembro de 2011 10:48:18

Dear Prof. Silvia Maués Santos Rodrigues,

Thank you for your interest in the KIDSCREEN instruments. I am a co-worker of Prof. Dr. Ravens-Sieberer, working in the co-ordination of the European KIDSCREEN project in Hamburg, Germany. We have received your signed collaboration form and are very happy to collaborate with you.

You are registered for the use of the KIDSCREEN Quality of Life questionnaires for children/adolescents and parents. For the following countries linguistic adapted language versions are available (please see our website for all existing languages): e.g. Austria, Brazil, Czech Republic, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Korea, Netherlands, Poland, Portugal, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom.

As a collaboration partner of the KIDSCREEN group you are welcome to join the members area of our project website www.kidscreen.org. There you can download the respective KIDSCREEN questionnaire version and other useful material.

Your username is:
Your password is:

For using the KIDSCREEN questionnaires we advise you to work with the KIDSCREEN manual. The [KIDSCREEN manual](#)* (only available in English) can be directly ordered for 40 € (plus handling and shipping) at the publishing company Pabst-Science-Publishers (<http://pabst-science-publishers.com/36.0.html>) - here you can search for *KIDSCREEN*).

The manual describes all relevant user information necessary for applying the KIDSCREEN questionnaires, e.g. psychometrics, norm data for group and individual comparisons, and instructions on how to score the instrument.

The non-commercial use (e.g. Governmental Institutions; Universities or Hospitals) of the KIDSCREEN questionnaires is free. In case of commercial use (e.g. Pharmacy) the licence fee is 500 Euro for each language version of the KIDSCREEN questionnaire in each study. If that is applying to your study you will find the corresponding invoice attached to this email.

We are looking forward to collaborating with you and wish you all the best for your studies.

With best wishes,
Anika Hauschild

KIDSCREEN Group Europe

* http://pabst-science-publishers.com/index.php?30&backPID=30&swords=kidscreen&tt_products=100

Anika Hauschild

Mediation Studies, Health and Nutrition