

Optimismo em Crianças e Adolescentes: Adaptação e Validação do LOT-R

Optimism in Children and Adolescents: LOT-R Adaptation and Validation

Tania Gaspar^{*,a,b,c,d}, José Luís Pais Ribeiro^d, Margarida Gaspar Matos^{a,b},
Isabel Leal^e & Aristides Ferreira^{c,f}

^aUniversidade Técnica de Lisboa, ^bUniversidade Nova de Lisboa,

^cUniversidade Lusíada de Lisboa, ^dUniversidade do Porto,

^eInstituto Superior de Psicologia Aplicada & ^fUniversidade do Minho

Resumo

O objectivo deste trabalho visa a adaptação e validação da Escala Revista de Orientação para a Vida para Crianças e Adolescentes Portugueses. O presente estudo incidiu sobre um total de 3195 participantes do 5º e 7º anos de escolaridade. A análise de componentes principais encontrou dois factores, um ligado ao optimismo e outro que reflecte o pessimismo. Os resultados evidenciados na análise factorial confirmatória revelam um bom ajustamento da escala. Analisou-se a validade discriminante e concorrente com variáveis relacionadas com o constructo, nomeadamente: satisfação com o suporte social, auto-estima e qualidade de vida. O instrumento revela-se adequado na medição da orientação para a vida em populações de crianças e adolescentes, sendo útil no âmbito da psicologia da saúde.

Palavras-chave: Orientação para a vida; Optimismo; Crianças e adolescentes; Bem-estar subjectivo.

Abstract

The aim of this study was to adapt and validate the Life Orientation Test, reviewed for children and adolescents. This study included a sample of 3195 participants from the 5th and 7th grades. Through Principal Component Analyses we found two dimensions, one related to optimism and another linked to pessimism. Results in the confirmatory factor analysis showed a good fit model. Additionally, items discriminating validity and concurrent validity were inspected with measures related to optimism, such as, social support satisfaction, self-worth and quality of life. This instrument seems to be adequate for the measurement of life orientation in children and in teenagers, and may be useful in other contexts, such as health psychology.

Keywords: Life orientation; Optimism; Children and adolescents; Subjective well-being.

Optimismo pode ser definido como um recurso psicológico associado à saúde mental, e associado a um melhor ajustamento e adaptação efectiva tornando-se especialmente importante quando o indivíduo enfrenta situações de desafio ou acontecimentos ameaçadores (Jackson, Pratt, Hunsberger, & Pancer, 2005; Taylor, Kemeny, Reed, Bower, & Gruenewald, 2000). O optimismo encontra-se, também, relacionado com as expectativas e comportamentos de saúde (Albery & Messer, 2005). Uma orientação optimista surge associada à saúde física e mental, enquanto que a vertente pessimista relaciona-se com a depressão, ansiedade e práticas de comportamentos de risco para a saúde e dificuldades de relação nos diferentes contextos como escola, família e comunidade (Bandeira, Bekou, Lott, Teixeira, & Rocha,

2002; Jenson, Olympia, Farley, & Clark, 2004; Seligman & Csikzentmihalyi, 2000).

O optimismo encontra-se fortemente associado a outras variáveis pessoais como a auto-estima, auto-conceito, *locus* de controlo, auto-eficácia, estilo de atribuição e *neuroticismo* (Scheier & Carver, 1992; Scheier, Carver, & Bridges, 1994). Neste sentido, os indivíduos com baixa auto-estima apresentam níveis inferiores de optimismo (Carroll, Sweeny, & Shepperd, 2006). Carver e Scheier (2003) sugerem ainda que o optimismo e o pessimismo podem confundir-se com outros constructos como a auto-estima e esperança.

Na relação entre o optimismo, compreendido como expectativa generalizada de um resultado positivo e variável de orientação para a vida parecem ter sido encontradas diferenças importantes de género e idade ao nível da orientação para a vida. Neste particular, os rapazes são significativamente mais optimistas que as raparigas (Albery & Messer, 2005), e as crianças mais novas denotam uma tendência para serem mais optimistas do que os

* Endereço para correspondência: Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Estrada da Costa, Cruz Quebrada, Portugal, 1495-688. Tel.: 21414 9152. E-mail: taniagaspar@fmh.utl.pt

adolescentes (Albery & Messer, 2005; Csikszentmihalyi & Schneider, 2001; Lockhart, Chang, & Story, 2002).

O Teste de Orientação para a Vida (*Life Orientation Test* - LOT) de Scheier et al. (1994), mede o constructo de orientação da vida reflectindo facetas que pretendem avaliar a forma como as pessoas percebem a sua vida (de modo mais optimista ou pessimista). Este constructo pode operacionalizar-se como as expectativas que os indivíduos têm sobre o que acontecerá na sua vida no futuro.

Nakano (2004) e Reilley, Geers, Lindsay, Deronde e Dember (2005) defendem a existência de dois factores no LOT-R (versão reduzida do LOT), apresentando o optimismo e o pessimismo como constructos distintos que se correlacionam de forma diferente com outros instrumentos. O optimismo e o pessimismo não se excluem mutuamente, uma vez que alguns indivíduos podem esperar coisas boas e más. Os itens do LOT e LOT-R (Ribeiro & Pedro, 2006; Scheier & Carver, 1985; Scheier et al., 1994) provam de algum modo a existência de dois factores: um de cariz optimista e outro pessimista, funcionando como constructos diferentes e não como extremos opostos do mesmo constructo. No entanto, outros autores defendem uma estrutura unidimensional (Chang & McBride-Chang, 1996; Lai, Cheung, Lee, & Yu, 1998). A versão original do LOT-R apresentou um valor de consistência interna satisfatória ($\alpha = 0,76$), a análise factorial exploratória identificou a presença de dois factores correlacionados ($r = -0,64$) mas a análise factorial confirmatória indicou que os dois modelos (uni e bidimensional) eram igualmente satisfatórios (Scheier et al., 1994). A versão brasileira e a versão canadense-francesa obtiveram uma consistência interna de $\alpha = 0,68$ (Bandeira et al., 2002) e a versão chinesa um $\alpha = 0,70$ (Lai et al., 1998).

O presente estudo visa adaptar o Teste de Orientação para a Vida ([LOT-R]; Scheier et al., 1994) para crianças e adolescentes de língua portuguesa de Portugal, entre os 9 e os 16 anos de idade. Pretendemos assim mostrar indicadores de validade ao nível da análise do constructo e do cruzamento com outras escalas destinadas a avaliar populações com características similares. De igual forma, procurar-se-á apresentar os valores de consistência interna do instrumento, bem como a sua capacidade diferenciadora ao nível das variáveis género, idade e estatuto socio-económico (ESE).

Método

Participantes

Os dados analisados resultam de uma amostra aleatória e representativa constituída por crianças e adolescentes do 5º e 7º ano de escolaridade do ensino público regular nas cinco regiões de educação de Portugal continental. Foram seleccionadas aleatoriamente de uma base de dados com todas as escolas nacionais, tendo em conta a representatividade nas 5 regiões de Portugal continen-

tal. Para cada escola seleccionada, foram sorteadas aleatoriamente as turmas a aplicar os questionários. A taxa de resposta dos questionários recebidos e validados foi de 81%.

O presente estudo envolveu 95 escolas, incluindo 162 turmas do 5º (48,8%) e do 7º ano (51,2%) de escolaridade. A distribuição foi representativa por regiões – Norte (48,5%), Lisboa e Vale do Tejo (26,0%), Centro (15,3%), Alentejo (6,4%) e Algarve (3,8%) – abrangendo um total de 3195 crianças e adolescentes. Desses elementos, 50,8% pertencem ao sexo feminino e apresentam idades compreendidas entre os 10 e os 16 anos, com uma média etária de 11,81 anos.

A grande maioria dos participantes possui nacionalidade portuguesa enquanto que os restantes 3,3% referem proveniência de um país estrangeiro de língua portuguesa (país Africano de Língua Oficial Portuguesa ou Brasil). O estatuto socio-económico e a nacionalidade são apresentados e caracterizados como variáveis em estudo, tendo-se verificado que a maioria dos inquiridos (62,2%) refere um estatuto socio-económico (ESE) baixo e 37,8% refere ter um ESE médio/alto. O ESE foi aferido pela escala de classificação nacional, baseada na escala de Grafar, tendo em conta a profissão do pai. Foi perguntado à criança e adolescente qual a profissão do pai, a resposta foi categorizada por valores que variam de 1 (profissões que envolvam 4 anos de escolaridade ou menos) a 5 (profissões que envolvam ensino superior completo ou mais), o ESE médio/alto foi a junção do 5 e 4, e ESE baixo foi a junção dos valores 1, 2 e 3.

Instrumentos

Scheier e Carver (1985), apresentaram o LOT (*Life Orientation Test*), instrumento de auto-preenchimento constituído por doze itens, dos quais, quatro são distractores e os restantes avaliam o optimismo disposicional. Posteriormente, foi proposta uma versão revista e reduzida, designada por LOT-R (*Life Orientation Test – Revised*]; Scheier et al., 1994) constituída por 10 itens. O presente estudo utiliza precisamente a versão do LOT-R traduzida, adaptada e validada no Brasil por Bandeira et al. (2002) e que recebeu a denominação no Brasil de TOV-R (Teste de Orientação na Vida) com base na versão canadense-francesa. O LOT-R é constituído por dez itens, dos quais, quatro são distractores e os restantes seis avaliam o optimismo disposicional. Diversos autores e estudos reforçam a validade de constructo associada a duas dimensões que abrangem as facetas positivas e negativas do optimismo (Nakano, 2004; Reilley et al., 2005; Scheier & Carver, 1985). O instrumento é de auto-preenchimento e as modalidades de respostas apresentam-se numa escala ordinal de cinco pontos, cujos pólos variam entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”, permitindo um registo do grau de concordância face às afirmações apresentadas. Três itens são colocados numa perspectiva positiva e três itens apresentam um cariz negativo e são invertidos. Para obter a

nota final os itens são somados. No presente estudo, foram efectuadas algumas alterações para adequar a crianças e adolescentes.

A versão do LOT-R utilizada nesta investigação foi testada, primeiro individualmente com 15 crianças de idades compreendidas entre os 9 e os 12 anos de idade. O investigador solicitou às crianças que lessem as frases e que as descrevessem por palavras suas. Este procedimento permitiu-nos aferir o grau de compreensão das frases e do vocabulário utilizado, bem como o tempo médio despendido. Com a informação adquirida nesta primeira fase, após consulta de 4 especialistas da área da psicologia clínica e educacional e, ainda, com a percepção dos professores face às características do instrumento, sua aplicação nestas idades e em contexto de sala de aula, optou-se pela alteração de algumas palavras e construções fráscas no sentido de melhorar a compreensão das crianças. Por exemplo no item 1, a primeira versão era “Nos momentos de incerteza, geralmente eu espero que aconteça o melhor”, uma vez que as crianças mostraram dificuldade em compreender a palavra incerteza, propusemos a seguinte alteração “Em momentos em que não sei o que vai acontecer, eu espero sempre o melhor”. A versão obtida foi aplicada em teste piloto numa turma do 4º ano do primeiro ciclo e duas turmas do 5º ano de escolaridade. Optou-se por utilizar esta última versão final mas decidiu-se que o instrumento não iria ser aplicado a crianças do primeiro ciclo pois demonstraram muitas dificuldades de compreensão e despendiam muito tempo no seu preenchimento.

A adaptação do LOT-R (Scheier et al., 1994) foi realizada no seio de uma pesquisa mais alargada na qual foram, também, adaptados e validados outros instrumentos. Deste modo, conjuntamente com a LOT-R (Scheier et al., 1994) e seguindo o procedimento atrás apresentado, foram aplicados os seguintes instrumentos: (a) KIDSCREEN-52 (versão para crianças e adolescentes), traduzida, adaptada e validada para Portugal por Matos, 2006 (Gaspar & Matos, 2008; Gaspar, Matos, Ribeiro, & Leal, 2005, 2006; The KIDSCREEN Group Europe, 2006); (b) Sub-escala de auto-estima global da escala de auto-conceito (Harter, 1985 adaptada por Martins, Peixoto, Mata, & Monteiro, 1995 e adaptada e validada por Gaspar, Ribeiro, Leal, Matos, & Ferreira, in press); (c) Adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de Ribeiro (1999) adaptada e validada por Gaspar, Ribeiro, Leal, Matos e Ferreira (2009).

Instrumento KIDSCREEN-52©. O KIDSCREEN-52© é um instrumento de avaliação da percepção da Qualidade de vida relacionada com a saúde, em crianças e adolescentes, aplicável em crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos de idade e aos seus pais. É um questionário de auto-preenchimento. O tempo de aplicação é de 10 a 15 minutos. De seguida são apresentadas dez dimensões que descrevem a Qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) seguidas do valor de consistência

interna da adaptação e validação Portuguesa: (a) Saúde e Actividade Física ($\alpha = 0,77$); (b) Sentimentos ($\alpha = 0,84$); (c) Estado de Humor Global ($\alpha = 0,86$); (d) Auto-percepção (sobre si próprio) ($\alpha = 0,60$); (e) Autonomia/Tempo Livre ($\alpha = 0,81$); (f) Família e Ambiente Familiar ($\alpha = 0,84$); (g) Questões Económicas ($\alpha = 0,88$); (h) Amigos (Relações interpessoais de apoio social) ($\alpha = 0,84$); (i) Ambiente Escolar e Aprendizagem ($\alpha = 0,84$); (j) Provocação (*Bullying*) ($\alpha = 0,75$) (Bisegger et al., 2005; Gaspar & Matos, 2008; Gaspar et al., 2005; Ravens-Sieberer et al., 2001)

Sub-Escala Auto-Estima Global da Self Perception Profile for Children (SPPC). A *Self Perception Profile for Children* (SPPC) de Susan Harter (1985) foi traduzida e adaptada para Portugal, como pode ser verificado nos estudos de Faria e Fontaine (1995) e Martins et al. (1995). A escala SPPC (Harter, 1985) é constituída por 36 itens em seis sub-escalas: Competência Escolar; Aceitação Social; Competência Atlética; Aspecto Físico; Atitude Comportamental e Auto-Estima Global. As primeiras cinco sub-escalas são de auto-percepção de competência e a última associa-se a uma sub-escala de Auto-Estima. Cada uma das sub-escalas é constituída por seis itens. É introduzido um item adicional que é utilizado como exemplo de treino, mas não é contabilizado para as pontuações finais. Cada item é composto por duas afirmações, interligadas com um “mas”. O indivíduo escolhe aquela que mais se parece consigo, expressando ainda o grau de identificação. Em cada sub-escala três itens são apresentados de forma à primeira afirmação representar alta competência e os outros três de forma à primeira afirmação representar baixa competência. Este formato de resposta pretende evitar a desejabilidade social. A cotação é efectuada para cada item numa escala de 4 pontos. A pontuação 1 indica baixa competência percebida e a cotação 4 alta competência percebida. Após a cotação dos itens calcula-se a média para cada uma das sub-escalas, obtendo-se algumas afirmações foram construídas na negativa (itens 1, 2 e 6), e devem ser invertidas.

A adaptação e validação da sub-escala de auto-estima global realizada por Gaspar et al. (2009) obteve um valor de consistência interna de 0,80.

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de Ribeiro (1999) mede a satisfação com o suporte social. A ESSS original é constituída por 15 frases afirmativas que são apresentadas para auto-preenchimento. O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação, numa escala de Likert com cinco posições, “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte” e “discordo totalmente”. Estes 15 itens distribuem-se por quatro dimensões ou factores gerados empiricamente para medir os seguintes aspectos da Satisfação com o Suporte Social: “Satisfação com a Amizade” que mede a satisfação com as amizades/amigos; “Intimidade” mede

a percepção da existência de suporte social íntimo; “Satisfação com a Família” mede a satisfação com o suporte social familiar existente; e, por último, “Actividades Sociais” mede a satisfação com as actividades sociais realizadas (Ribeiro, 1999). Face à referida versão original foram efectuadas algumas alterações e adequações para crianças e adolescentes portugueses, nomeadamente, alteração de algumas palavras e extração de 3 itens que se revelaram de difícil compreensão para esta faixa etária. A presente versão obteve um valor de consistência interna de 0,75 (Gaspar et al., 2009).

Procedimentos e Análises dos Dados

A recolha de dados utilizou o mesmo protocolo e procedimento utilizado no estudo internacional *Health Behaviour School Aged-Children*, a uma amostra nacional aleatória e representativa dos 5º e 7º anos de escolaridade (Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001; Matos, 2003).

Foi solicitada a autorização do Ministério da Educação, da Comissão Nacional de Protecção dos Dados e de uma Comissão de Ética. Foram seleccionadas escolas de todo o país através de um processo aleatório, tendo em conta a representatividade numérica por cada região.

A aplicação foi efectuada no âmbito da equipa da Aventura Social com o mesmo protocolo e procedimento utilizado no estudo internacional *Health Behaviour School Aged-Children*, a uma amostra nacional aleatória e representativa dos 5º e 7º anos de escolaridade (Currie et al., 2001; Matos, 2003). Foi solicitada a colaboração e autorização do Ministério da Educação e das cinco sub-regiões de Educação (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), da comissão de ética

do Hospital São João e da Comissão de Protecção dos Dados. Todas as escolas foram contactadas telefonicamente para confirmar a sua disponibilidade para participar na investigação. Foi enviado um envelope por turma seleccionada aleatoriamente contendo uma carta de instruções dirigida ao professor para ser lida em voz alta, antes do preenchimento do questionário. Os questionários foram aplicados pelos professores em sala de aula e posteriormente reenviados por correio para a equipa de investigação

Os instrumentos adaptados foram aplicados na forma de um caderno sempre com a mesma ordem: primeiro o instrumento KIDSCREEN-52©, de seguida a sub-escala de auto-estima global, depois o LOT-R e por fim a ESSS. A recolha de dados total demorou cerca de 2 meses.

Resultados

Para estudar as características psicométricas da escala de optimismo desenvolveu-se uma Análise de Componentes Principais (ACP). Como primeiro procedimento para decisão do número de componentes a reter, optou-se pelo método de Kaiser e rotação Varimax, tendo-se obtido três factores com eigenvalues superiores à unidade. Todavia, verificou-se que o terceiro factor não revelava uma estrutura factorialmente interpretável. Perante isso, a solução inicial da ACP foi rodada de várias maneiras, sendo que a melhor aproximação a uma estrutura objectiva e interpretável foi concebida através da rotação oblíqua (Promax; K= 5) e conseqüente obtenção de dois factores. Os valores obtidos surgem reflectidos na Tabela 1, tendo sido eliminadas as correlações iguais ou inferiores a 0,35.

Tabela 1
Estrutura Factorial da Escala de Orientação para a Vida

Nº Item*	Itens	Factor 1	Factor 2
Item 1	Em momentos em que não sei o que vai acontecer, eu espero sempre o melhor.	0,78	
Item 10	Em geral, espero que me aconteçam mais coisas boas do que más.	0,75	
Item 4	Sinto-me sempre optimista acerca do meu futuro.	0,71	
Item 7	Quase nunca espero que as coisas vão correr como eu quero.		0,76
Item 9	Raramente espero que me aconteçam coisas boas.		0,73
Item 3	Se houver a mínima hipótese de alguma coisa de mal me acontecer, tenho a certeza que me acontecerá.		0,69
<i>Eigenvalues</i>		1,73	1,551
Percentagem de variância explicada		28,88	25,85
Alfa de Cronbach		0,61	0,56

Nota. *número dos itens da escala original (Scheier et al., 1994).

Da análise dos dados encontramos um primeiro componente que surge representado em 28,88% de percentagem de variância explicada e uma segunda dimensão que permite explicar 25,85% da variância da escala. Através

da análise da natureza dos itens, optou-se por denominar o primeiro factor por “Optimismo”, uma vez que é caracterizado por uma forma positiva de encarar a vida. Por outro lado, verificou-se que os itens associados ao

factor dois ilustram uma perspectiva negativa da vida, tendo tomado a designação de “Pessimismo”. No que diz respeito à fidelidade foram encontrados valores de consistência interna ao nível do alfa de Cronbach que variam entre 0,61 e 0,56 para as duas dimensões obtidas.

No sentido de efectuar uma análise da validade de conteúdo dos itens que integram a escala, procedeu-se a um conjunto de correlações de Pearson. Uma correlação significativa entre itens de uma mesma escala sugerem uma abrangência do domínio de um comportamento a ser medido e conseqüentemente garantem pressupostos importantes de validade de conteúdo (Anastasi & Urbina, 2000). Neste particular foram encontradas correlações significativas e positivas entre grande parte dos itens que compõem a escala, valores que embora significativos não são muito elevados ($r \leq 0,38$, $p < 0,05$). A presença de correlações significativas entre os itens poderá indiciar uma aceitável representatividade da validade de conteúdo da escala. Estes resultados complementam um trabalho prévio com recolha de impressões junto de especialistas que normalmente trabalham com crianças e adolescentes.

Análise Factorial Confirmatória

Com o intuito de confirmar os resultados exploratórios, foi desenvolvida uma análise factorial confirmatória com recurso ao software estatístico AMOS 6.0 (Arbuckle, 2005). Procurou-se analisar e confirmar a estrutura anteriormente obtida e verificar se os baixos valores do alfa reflectem alterações na consistência estrutural da escala. O modelo de confirmação utilizado integra num primeiro factor 3 itens (itens 1, 10 e 4) e num outro componente as afirmações representadas pelos itens 3, 9 e 7. De acordo com a análise factorial confirmatória, o modelo revela um *Qui-quadrado* (χ^2) de 50 com 8 graus de liberdade (*df*) e CMIN/DF de 6,246. Este último indicador encontra-se associado a graus de liberdade onde o valor p é o número de variáveis observadas e o t o número de parâmetros a estimar (Bollen, 1989). De referir que este valor tende a ajustar-se ao modelo em amostras grandes (Jöreskog & Sörbom, 1996), o que é o caso do presente estudo. Procurou-se, ainda, complementar a análise dos dados com a interpretação do *incremental fit index* (IFI). Como o valor do ajustamento foi de 0,976, enquadra-se no parâmetro designado por Bollen (1989) segundo o qual, é considerado um bom ajustamento com valores superiores a 0,90. O resultado de outros indicadores, como o *normed fit index* (NFI), foi de 0,972, e o *compared fit index* (CFI) foi de 0,976, valores que revelam um bom ajustamento pois, de acordo com Bentler e Dudgeon (1996), para haver uma ajustamento adequado nestes índices, os dados devem ser igualmente superiores a 0,90. Por último, como o resultado do *root mean squared error of approximation* (RMSEA) foi de 0,041 (embora com um valor algo distanciado de zero), podemos considerar o ajustamento, já que indicadores até 0,08 podem ser

razoavelmente aceites. Em concordância com a literatura (Nakano, 2004; Reilley et al., 2005; Scheier & Carver, 1985), e em linha com os estudos realizados com recurso à ACP, o factor 1 surge associado a uma dimensão de “Optimismo”, enquanto que o factor 2 aparece relacionado com a vertente “Pessimismo”.

Análise Diferencial

No âmbito do estudo procurámos estudar e averiguar a capacidade diferenciadora da escala em função de algumas variáveis importantes como o género, idade e ESE. Neste sentido, verificámos que nos domínios de orientação para a vida (Optimismo e Pessimismo), foram encontradas diferenças significativas para as variáveis género, idade e ESE.

No que diz respeito à dimensão género, e no âmbito dos dois factores da escala, apenas foram encontradas diferenças significativas para o factor 1, ou seja, a escala de Optimismo [$F(1, 3037) = 22,06$; $p < 0,001$]. Depreende-se que os elementos pertencentes ao sexo masculino ($M = 12,54$; $DP = 2,20$) possuam índices de optimismo significativamente ($p < 0,001$) mais elevados do que os participantes femininos ($M = 12,17$; $DP = 2,19$). Em relação à idade, os elementos pertencentes à amostra da faixa etária inferior (10 e 11 anos) apresentaram valores significativamente superiores ($p < 0,05$) na escala de Optimismo [$F(1, 3037) = 5,62$; $p = 0,018$] quando comparados face aos elementos do estrato etário superior (12 anos ou mais), ($M = 8,64$; $DP = 2,79$) e ($M = 8,40$; $DP = 2,84$), respectivamente. Na escala de Pessimismo [$F(1, 3037) = 55,75$; $p < 0,001$], também foram encontrados valores significativamente superiores ($p < 0,001$) na amostra dos 10 e 11 anos ($M = 12,70$; $DP = 2,12$) comparativamente aos elementos com 12 ou mais anos ($M = 12,10$; $DP = 2,23$). Relativamente à variável ESE encontraram-se maiores níveis de optimismo nos indivíduos do ESE médio alto ($M = 9,17$; $DP = 2,84$) face ao ESE inferior ($M = 8,43$; $DP = 2,68$).

Validade Concorrente

Procurando estudar a relação entre os três instrumentos estudados desenvolveu-se um conjunto de correlações de Pearson (Tabela 2). Estas correlações permitem aferir a validade concomitante acerca do comportamento de escalas, inferindo-se desta forma algumas características em comum nos instrumentos.

É possível observar que todas as escalas se encontram significativamente correlacionadas. Salientando-se nesse particular as correlações significativas ($r > 0,40$, $p < 0,01$) existentes entre a escala de Optimismo global e as escalas de Satisfação com o Suporte Social Global e Auto-estima Global, e ainda, com a dimensão “Estado de Humor Geral” do instrumento KIDSCREEN-52. De referir as correlações ($r > 0,30$, $p < 0,01$) existentes entre a escala de optimismo global e as dimensões “Sentimentos” e “Família e Ambiente Familiar”.

Tabela 2

Correlações entre Escalas de Auto-Estima; Satisfação com o Suporte Social; Sub-Escalas de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (Kidscreen-52) e Orientação para a Vida (Optimismo e Pessimismo).

Escalas Globais de Orientação para a Vida, Auto-estima e Satisfação com o Suporte Social	Orientação para a Vida
Auto-Estima	0,44**
Satisfação com o Suporte social global	0,44**
Variantes do Kidscreen (QVRS):	
Saúde e Actividade Física	0,28**
Sentimentos	0,36**
Estado de Humor Geral	0,41**
Sobre Si Próprio	0,30**
Tempo Livre	0,24**
Família e Ambiente Familiar	0,32**
Questões Económicas	0,23**
Amigos (as)	0,26**
Ambiente Escolar e Aprendizagem	0,27**
Provocação	0,23**

Nota. ** $P < .001$.

Discussão

O presente artigo tem como objectivo o estudo das qualidades métricas da adaptação para crianças e adolescentes da escala revista de Orientação para a Vida (Scheier et al., 1994). Trata-se de um instrumento que é frequentemente utilizado na literatura para analisar aspectos relacionados com a saúde e o bem-estar. No que diz respeito à escala de Optimismo, e na mesma linha daquilo que vem sendo defendido pela literatura (Nakano, 2004; Reilley et al., 2005) foram encontrados dois factores que explicam 54,73% do total da variância da escala. Alerta-se todavia para o facto das dimensões da escala possuírem um alfa baixo, o que vem denotar uma fraca consistência interna e um elevado erro associado à medida. Estes baixos valores de alfa poderão dever-se sobretudo à idade das crianças e a alguma incompreensão dos itens. Por outro lado, poderá remeter para o número reduzido de itens e para algum acaso nas respostas, frequente em populações com estas características. Apesar disso, houve uma grande preocupação para modificar a escala no sentido de melhor servir os propósitos do estudo e da amostra. Ainda na análise do comportamento individual dos itens verificaram-se algumas correlações significativas e positivas entre grande parte dos itens e entre os três itens de cada factor, o que em complementaridade com a análise dos peritos valoriza a validade de conteúdo do instrumento.

A literatura tem-nos mostrado que os factores pessoais do indivíduo influenciam a qualidade de vida, nomeadamente, o optimismo no âmbito da capacidade de gestão adaptativa face a situações críticas de vida (Wrosch & Scheier, 2003). No que diz respeito às variáveis demográficas em estudo verifica-se que na orientação para a

vida (optimismo e pessimismo), os rapazes, as crianças (10 e 11 anos de idade) e as crianças e adolescentes com estatuto socio-económico médio/alto apresentam valores significativamente superiores ao das raparigas, adolescentes (12 anos ou mais) e participantes com ESE baixo. A orientação para a vida é, como vimos, um factor que influencia o bem-estar da criança e do adolescente, descrevendo-o como tendencialmente optimista ou pessimista. Neste sentido, tal como no nosso estudo, têm sido encontradas diferenças de género, idade e ESE a nível da orientação para a vida. As crianças mais novas têm tendência a ser mais optimistas do que os adolescentes (Albery & Messer, 2005; Csikszentmihalyi & Schneider, 2001; Lockhart et al., 2002). No que diz respeito ao género, a literatura mostra-nos que os rapazes são significativamente mais optimistas que as raparigas (Albery & Messer, 2005).

No âmbito deste trabalho é, ainda, possível observar que todas as escalas se encontram significativamente correlacionadas, salientando-se algumas correlações ($r > 0,40$) existentes entre a escala de Optimismo Global e as escalas de Satisfação com o Suporte Social Global e Auto-estima Global e, ainda, com a dimensão “Estado de Humor Geral” do instrumento KIDSCREEN-52. De referir também, as correlações ($> 0,30$) existentes entre a escala de optimismo global e as dimensões “Sentimentos” e “Família e Ambiente Familiar”. O optimismo surge associado a outros factores pessoais e sociais, aspecto que é reforçado pelas associações encontradas no estudo entre a escala de Orientação para a Vida e as outras dimensões. As correlações encontradas entre o optimismo e outros constructos como a auto-estima, auto-conceito, locus de controlo, auto-eficácia, estilo de atribuição e *neuroticismo* surgem devidamente documentadas na literatura.

tura (Carver & Scheier, 2002, 2003; Scheier & Carver, 1992; Scheier et al., 1994). O optimismo está, ainda, associado a resultados desejáveis e estilos de *coping* activos e efectivos. Os indivíduos optimistas tendem a usar mais estratégias de *coping* centradas no problema, no entanto, se estas não forem viáveis, activam estratégias de *coping* centradas nas emoções, tais como, aceitação, humor ou perspectiva positiva (Wrosch & Scheier, 2003). Pelo contrário, os indivíduos com baixa auto-estima apresentam níveis inferiores de optimismo (Carroll et al., 2006). Estes resultados mostram-nos que o optimismo e o pessimismo confundem-se muitas vezes com outros constructos distintos como é o caso da auto-estima e esperança (Carver & Scheier, 2002, 2003). O optimismo encontra-se também relacionado com aspectos sociais patentes nas interacções com o grupo de pares, família e escola. Perante isto, um maior nível de optimismo correlaciona-se positivamente com interesse pela escola, relação com os pares, sucesso académico, adopção de comportamentos de saúde protectores e menos sintomas depressivos (Wrosch & Scheier, 2003). Pelo contrário, um nível baixo de optimismo é preditivo de dificuldades de adaptação ao contexto escolar (Bandeira et al., 2002; Jenson et al., 2004) e reflecte um traço de personalidade que se vai desenvolvendo desde a infância.

Por fim, pode-se concluir que a escala apresenta um comportamento aceitável, principalmente no que concerne à validade concorrente em que se verifica alguma associação entre constructos. Também no que diz respeito à predição dos comportamentos e à análise diferencial encontraram-se resultados consonantes com a literatura e que explicam a importância destas escalas para a avaliação do bem-estar e dos factores intrapessoais promotores da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Referências

- Albery, I., & Messer, D. (2005). Comparative optimism about health and nonhealth events in 8 and 9 years old children. *Health Psychology, 24*(3), 316-320.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. São Paulo, SP: Artmed.
- Arbuckle, J. L. (2005). *AMOS 6.0 User's guide*. Chicago: SPSS.
- Bandeira, M., Bekou, V., Lott, K., Teixeira, M., & Rocha, S. (2002). Validação transcultural do Teste de Orientação da Vida (TOV-R). *Estudos de Psicologia (Natal), 7*(2), 251-258.
- Bentler, P., & Dudgeon, P. (1996). Covariance structure analysis: Statistical practice, theory, and directions. *Annual Review of Psychology, 47*, 563-655.
- Bisegger, C., Cloetta, B., von Rueden, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U., & European KIDSCREEN Group. (2005). Health-related quality of life: Gender differences in childhood and adolescence. *Soz-Präventivmed, 50*, 281-291.
- Bollen, K. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley
- Carroll, P., Sweeny, K., & Shepperd, J. (2006). Forging optimism. *Review of General Psychology, 10*(1), 56-73.
- Carver, C., & Scheier, M. (2002). Optimism. In C. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). London: Oxford University Press.
- Carver, C., & Scheier, M. (2003). Optimism. In S. Lopez & C. Snyder (Eds.), *Positive psychology assessment: A handbook of models and measures* (pp. 75-89). Washington, DC: American Psychological Association.
- Chang, L., & McBride-Chang, C. (1996). The factor structure of the life orientation test. *Educational and Psychological Measurement, 56*(2), 325-329.
- Csikszentmihalyi, M., & Schneider, B. (2001). Conditions for optimal development in adolescence: An experimental approach. *Applied Developmental Science, 5*(3), 122-124.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: Research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen, Denmark: WHO.
- Faria, L., & Fontainne, A. (1995). Reflexões sobre a adaptação de um instrumento de auto-conceito a crianças e pré-adolescentes. In L. Almeida & I. Ribeiro (Eds.), *III Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 323-330). Braga, Portugal: Universidade do Porto.
- Gaspar, T., & Matos, M. (Eds.). (2008). *Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52: Instrumentos de qualidade de vida para crianças e adolescentes*. Lisboa, Portugal: Faculdade de Motricidade Humana.
- Gaspar, T., Matos, M., Ribeiro, J., & Leal, I. (2005). Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento. In M. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 61-68). Lisboa, Portugal: Faculdade de Motricidade Humana.
- Gaspar, T., Ribeiro, J., Leal, I., Matos, M., & Ferreira, A. (2009). *Adaptação da Escala de Auto-Estima de Susan Harter para crianças e adolescentes portuguesas*. Laboratório de Psicologia. Manuscrito submetido à publicação.
- Gaspar, T., Ribeiro, J., Leal, I., Matos, M., & Ferreira, A. (2009). Adaptation and validation of Social Support Satisfaction Scale for children and adolescents. *Spanish Journal of Psychology, 12*(1), 360-372.
- Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile for Children*. Denver, CO: University of Denver Press.
- Jackson, M., Pratt, M., Hunsberger, B., & Pancer, S. (2005). Optimism as a mediator of the relation between perceived parental authoritativeness and adjustment among adolescents: Finding the sunny side of the street. *Social Development, 14*(2), 273-304.
- Jenson, W., Olympia, D., Farley, M., & Clark, E. (2004). Positive psychology and externalizing students in a sea of negativity. *Psychology in the School, 41*(1), 67-79.
- Jöreskog, K., & Sörbom, D. (1996). *LISREL 8 User's reference guide* [Computer software]. Chicago: Sci Software.
- Lai, J., Cheung, H., Lee, W., & Yu, H. (1998). The utility of the revised life orientation test to measure optimism among Hong Kong Chinese. *International Journal of Psychology, 33*(1), 45-56.
- Lockhart, K., Chang, B., & Story, T. (2002). Young children's beliefs about stability of traits: Protective optimism?. *Child Development, 73*(5), 1405-1430.
- Martins, M., Peixoto, F., Mata, L., & Monteiro, V. (1995). Escala de auto-conceito para crianças e adolescentes de Susan Harter (*Self-Perception Profile for Children*). In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Provas psicológicas em Portugal* (pp. 79-89). Braga, Portugal: APPORT.
- Matos, M. (Ed.). (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa, Portugal: Faculdade de Motricidade Humana.

- Matos, M. (Ed.). (2006). *A saúde dos adolescentes portugueses (hoje e em 8 anos)*. Lisboa, Portugal: Faculdade de Motricidade Humana.
- Nakano, K. (2004). Psychometric properties of Life Orientation Test-Revised in samples of Japanese students. *Psychological Reports*, 94(3), 849-855.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B., Bruil, J., et al. (2001). Quality of life in children and adolescents: A European public health perspective. *Preventivmed*, 46, 294-302.
- Reilly, S., Geers, A., Lindsay, D., Deronde, L., & Dember, W. (2005). Convergence and predictive validity in measures of optimism and pessimism: Sequential studies. *Current Psychology*, 24(1), 43-59.
- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Ribeiro, J., & Pedro, L. (2006). *Contribuição para a análise psicométrica e estrutural da escala revista de avaliação do optimismo (escala de orientação para a vida revista -LOT-R) em doentes com esclerose múltipla*. Paper present at the meeting of the VI Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Faro, Portugal.
- Scheier, M., & Carver, C. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcomes expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-147.
- Scheier, M., & Carver, C. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Scheier, M., Carver, C., & Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Seligman, M., & Csikzentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Taylor, S., Kemeny, M., Reed, G., Bower, J., & Gruenewald, T. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American Psychologist*, 55(1), 99-109.
- Wrosch, C., & Scheier, M. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12(1), 59-72.