

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MYLENA APARECIDA RODRIGUES ALVES

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO BRASILEIRA DO
INSTRUMENTO KIDSCREEN-27 PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE
CRIANÇAS

PONTA GROSSA

2018

MYLENA APARECIDA RODRIGUES ALVES

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO BRASILEIRA DO
INSTRUMENTO KIDSCREEN-27 PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE
CRIANÇAS

Dissertação apresentada para
obtenção do título de mestre na
Universidade Estadual de Ponta
Grossa, Área de Atenção
Interdisciplinar em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Pedroso
Coorientadora: Prof^aDr^a Márcia
Helena Baldani Pinto

PONTA GROSSA

2018

A474 Alves, Mylena Aparecida Rodrigues
Propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento KIDSCREEN-27 para a avaliação da qualidade de vida das crianças/ Mylena Aparecida Rodrigues Alves. Ponta Grossa, 2018.
81f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde – Área de concentração – Atenção Interdisciplinar em Saúde),
Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Pedroso
Coorientadora: Profa. Dra. Márcia Helena Baldani
Pinto.

1. Qualidade de vida. 2. Crianças. 3. KIDSCREEN-27. 4. Propriedades psicométricas. I. Pedroso, Bruno. II. Pinto, Márcia Helena Baldani. II. Costa, Lúcia Cortes da. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. IV. T.

CDD : 612.652

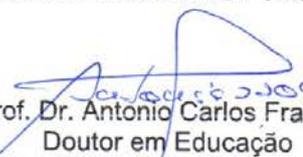
MYLENA APARECIDA RODRIGUES ALVES

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO BRASILEIRA DO
INSTRUMENTO KIDSCREEN-27 PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE
VIDA DE CRIANÇAS

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde na Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Ponta Grossa, 28 de maio de 2018.


Prof. Dr. Bruno Pedroso – Orientador
Doutor em Educação Física
Universidade Estadual de Ponta Grossa


Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson
Doutor em Educação
Universidade Tecnológica Federal do Paraná


Prof. Dr. Eridio Vicente Müller
Doutor em Saúde Coletiva
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Dedico este manuscrito à minha mãe Josélia Aparecida Muller,
aos meus irmãos Roger Alves e Jean Alves e ao meu pai David
Caruso, por todo amor que me concederam nesta etapa.

AGRADECIMENTO

Aqui se encontra a parte mais delicada e de valor imensurável do presente trabalho. Agradecer às pessoas que realmente demonstraram paciência, amor e apoio, não é uma tarefa fácil. Devido a isso, as palavras mencionadas não serão suficientes para agradecer a todos aqueles que caminharam ao meu lado e deram suporte para trilhar o percurso tão especial em minha vida, o tão esperado título de mestre. Tentarei descrever com as palavras mais simples possíveis a gratidão que tenho por todos aqueles que estiveram e aqueles que estão até hoje ao meu lado.

Primeiramente, quero agradecer a Deus, devido aos meus princípios, acredito que nada acontece sem a permissão Dele, mesmo sem entender os seus feitos torno-me honrosa naquilo que depositou em minhas mãos.

Gostaria de agradecerem especial à minha mãe, Josélia Aparecida Muller, por ser essa mulher valorosa e exemplo de caráter e honestidade, sempre me aconselhando a nunca desistir daquilo que sonho, apoiando-me e dando forças nos momentos de maior dificuldade e compartilhando os de felicidades.

Agradeço, também, ao meu padrasto David Caruso, pelos ensinamentos transmitidos, fazendo um maravilhoso papel de segundo pai em minha vida. Agradeço todo o meu elo de parentesco, sendo ele irmãos, primos, primas, tios, tias, avós e avôs. Acredito que se não fosse à família como um todo, não existiria uma base para construção de quem eu sou hoje.

Agradeço a todos os meus amigos/amigas, que são poucos, mas para mim são os melhores. Em especial à minha amiga Patrícia Kutz Nass, que demonstrou ser muito mais que uma amiga, apoiando-me em todas as minhas decisões, consolando-me quando precisei, pela paciência que teve em meus surtos repentinos, pelos momentos que me proporcionou e que me fizeram sentir muita alegria, enfim, acredito que o carinho e a paciência que teve comigo nessa minha trajetória ajudaram-me muito. Pessoa como ela, carregarei para sempre em minha vida.

Agradeço, também, à minha banca, composta pelo Professor Dr. Luiz Alberto Pilatti e Professor Dr. Erildo Vicente Muller, sinto-me demasiadamente privilegiada em ser avaliada por vocês.

Agradeço à minha coorientadora Professora Dra. Márcia Helena Baldani Pinto, obrigada de todo o coração pelos ensinamentos que me passou desde a primeira troca de e-mail, ainda no processo de seleção de mestrado, serei eternamente grata pela forma como me ajudou, com muito carinho e paciência. Agradeço a todos os professores do Programa de Pós-Graduação de Ciências da Saúde, pelas aulas ministradas e pelas correções realizadas em muitos dos meus trabalhos durante o ano letivo.

Gostaria de agradecer ao meu amigo e parceiro de estudos, Guilherme, que mesmo sem obrigação alguma me ajudou na construção de inúmeros trabalhos e pesquisas, o qual nunca me negou auxílio.

Por fim, e não menos importante, um agradecimento mais que especial ao meu orientador e amigo Professor Dr. Bruno Pedroso, que mesmo sem muito o que oferecer como orientada depositou em mim algo que dinheiro nenhum poderia comprar, a sua confiança. Em muitos momentos não acreditei e mesmo assim com sua paciência e uma maneira inexplicável de usar as palavras, deu-me forças para chegar até o final. Professor Bruno, você é o orientador que todos os alunos de pós-graduação precisariam ter algum dia.

Obrigada!

ALVES, M. A. R. **Propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento KIDSCREEN-27 para avaliação da qualidade de vida de crianças.** Ponta Grossa, 2018. 81 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2018.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi testar as propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento KIDSCREEN-27 para a avaliação da qualidade de vida de crianças e adolescentes. Para o cálculo da validade de critério foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman e, devido aos dados apresentarem uma distribuição não normal, as correlações foram significativas em todas as dimensões ($p < 0,001$). Destarte, infere-se que o instrumento KIDSCREEN-27 apresentou qualidade satisfatória. A consistência interna foi calculada pelo coeficiente de alfa de Cronbach, e dos sete itens analisados cinco deles obtiveram valores acima de 0,7. Assim, infere-se que a versão brasileira do instrumento KIDSCREEN-27 é capaz de reunir informações de qualidade e similares às das versões relacionadas à qualidade de vida de crianças e adolescentes. No que se refere à validade concorrente, utilizou-se o instrumento AUQEI como “padrão-ouro”, e obtiveram-se correlações significativas no que toca ao coeficiente de correlação de Spearman. De tal forma, infere-se que o instrumento KIDSCREEN-27 apresenta validade concorrente satisfatória em relação ao instrumento AUQEI. Quanto à fidedignidade teste-reteste, o cálculo da correlação de Spearman foi novamente utilizado. Não houve diferença significativa no que se refere às médias das dimensões em relação ao teste e reteste, ocasionando, assim, uma estabilidade satisfatória do instrumento supracitado. No que se refere à validade discriminante, houve diferença significativa na comparação entre crianças de escolas regulares com crianças de orfanatos, nas dimensões Bem-estar físico, Autonomia e relação com os pais e Ambiente escolar. Quanto ao cálculo do Split-half, a correlação foi satisfatória, com um valor de 0,727, o que reforça mais ainda a confiabilidade do instrumento KIDSCREEN-27. Conclui-se que as propriedades psicométricas do instrumento KIDSCREEN-27 da versão brasileira apresentaram, no geral, condições satisfatórias, criando mais uma possibilidade de investigação para que os pesquisadores e os profissionais avaliem a qualidade de vida de crianças e adolescentes na população brasileira.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Crianças. KIDSCREEN-27. Propriedades psicométricas.

ALVES, M. A. R. **Psychometric properties of the Brazilian version of KIDSCREEN-27 instrument for the measurement of children's quality of life**. Ponta Grossa, 2018. 81 f. Dissertation (Master in Health Sciences). State University of Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2018.

ABSTRACT

The objective of this study was to test the psychometric properties of the Brazilian version of KIDSCREEN-27 measurement instrument of quality of life of children and teenagers. The Spearman correlation coefficient was used for the calculation of validity of criteria. Due to the fact that the data show a non-normal distribution, and the correlations were significant in all the dimensions ($p < 0,001$). This way, we infer that the KIDSCREEN-27 instrument presented satisfactory quality. The internal consistency was calculated using the Cronbach's alpha coefficient and out of the seven analyzed items, five of them achieved values above 0.7. It follows that the Brazilian version of the KIDSCREEN-27 instrument is capable to gather high-quality information, similar to the ones from the versions concerning quality of life of children and teenagers. What pertains the concurring validity, using the AUQEI instrument as "gold standard", significative correlations were obtained regarding Spearman's correlation coefficient. This way, it appears that the KIDSCREEN-27 instrument presents satisfactory concurrent validity regarding the AUQEI instrument. In terms of the test-retest reliability, the Spearman's correlation calculation was again employed. There were no significative differences concerning the average of the dimensions in terms of the test and retest, hence leading to a satisfactory stability of the aforementioned instrument. Pertaining the discriminant validity, a significant difference could be found in the comparison of children from regular schools and children who grew up in orphanages, especially in the dimensions Physical Well-being, Autonomy and Parents, and School Environment. As for the Split-Half calculation, the correlation was satisfactory, with a value of 0.727, which reinforces even more the reliability of the KIDSCREEN-27 instrument. We concluded that the psychometric properties of the Brazilian version of KIDSCREEN-27 instrument presented, in general, satisfactory conditions, thus creating another possibility of investigation for researches and professionals to assess the quality of life of Brazilian children and teenagers.

Keywords: Quality of life. Children. KIDSCREEN-27. Psychometric properties.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Dimensões e questões do instrumento KIDSCREEN-52.....	30
Quadro 2	Dimensões e questões do instrumento KIDSCREEN-27.....	34
Quadro 3	Guia do processo de tradução, retrotradução, revisão e apreciação da equivalência de ambas as versões para instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Periódicos com maior número de publicação.....	14
Tabela 2	Público-alvo em relação aos anos publicados em um período de 2001-2016.....	15
Tabela 3	Visão geral dos instrumentos DISABKIDS.....	25
Tabela 4	Futuras traduções e seus processos de validações dos instrumentos KIDSCREEN.....	26
Tabela 5	Quantidade de questões para cada dimensão do instrumento KIDSCREEN-52.....	29
Tabela 6	Quantidade de questões para cada dimensão do instrumento KIDSCREEN-27.....	35
Tabela 7	Correlação entre as dimensões do instrumento KIDSCREEN-27.....	52
Tabela 8	Consistência interna aferida pelo coeficiente de alfa de Cronbach do instrumento KIDSCREEN-27.....	53
Tabela 9	Coeficiente de correlação entre o escore das dimensões e escore global do KIDSCREEN-27 com o escore global do instrumento AUQEI.....	55
Tabela 10	Comparativo entre teste-reteste dos escores das dimensões e escore global do instrumento KIDSCREEN-27	56
Tabela 11	Coeficiente de correlação dos escores das dimensões e escore global do instrumento KIDSCREEN-27 entre o teste e o reteste.....	57
Tabela 12	Comparação dos escores das dimensões e escore global do instrumento KIDSCREEN-27 entre crianças de escolas e crianças de orfanatos.....	58

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 LEVANTAMENTO DA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO KIDSCREEN MUNDIALMENTE: BASE DE DADOS DA SCOPUS.....	15
1.2 OBJETIVOS.....	19
2. REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	22
2.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES	24
2.2.1 AUQEI	24
2.2.2 PEDSQL.....	26
2.2.3 YQOL-R	26
2.2.4 KINDL-R.....	27
2.2.5 DISABKIDS	27
2.2.6 KIDSCREEN	29
2.3 INSTRUMENTOS KIDSCREEN	30
2.3.1 KIDSCREEN-52	32
2.3.2 KIDSCREEN-27	37
2.3.3 KIDSCREEN-10	39
2.4 VERSÃO PAIS (KIDSCREEN)	41
2.5 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO KIDSCREEN-27	42
2.5.1 Tradução.....	42
2.5.2 Retrotradução (back-translation)	43
2.5.3 Revisão	43
2.5.4 Apreciação da equivalência de ambas as versões.....	43
2.6 CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO	44
3. MATERIAIS E MÉTODOS	47
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	47
3.2 DESENHO METODOLÓGICO	47
3.3 CARACTERÍSTICAS E SELEÇÃO DA AMOSTRA	49
3.3.1 Critério de inclusão e exclusão.....	50
3.3.2 Aspectos éticos	50
3.4 PROCEDIMENTO	50
3.4.1 Obtenção do instrumento KIDSCREEN-27	50

3.5 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS	51
3.5.1 Validade de critério.....	52
3.5.2 Consistência Interna.....	52
3.5.3 Validade concorrente	53
3.5.4 Confiabilidade teste-reteste.....	53
3.5.5 Validade discriminante	54
3.5.6 Split-Half (metade partida)	54
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	55
4.1 VALIDADE DE CRITÉRIO.....	55
4.2 CONSISTÊNCIA INTERNA	56
4.3 VALIDADE CONCORRENTE	58
4.4 FIDEDIGNIDADE TESTE-RETESTE	59
4.5 VALIDADE DISCRIMINANTE.....	60
4.6 SPLIT-HALF	62
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	72
ANEXO A – Instrumento KIDSCREEN-27	75
ANEXO B – Instrumento AUQEI.....	81

1. INTRODUÇÃO

Diversas áreas do meio acadêmico pesquisam sobre a temática da qualidade de vida, entre elas a área das ciências da saúde, das ciências sociais aplicadas e das ciências humanas e, atualmente, também, da engenharia (PEDROSO, 2013). Vale ressaltar que a qualidade de vida vem sendo muito mencionada e discutida pela mídia e por pesquisadores, porém, não há um único significado que possa defini-la de forma unânime. Assim, acaba ocorrendo apenas uma visão diferenciada pelos pesquisadores, os quais englobam significados para alcançar o melhor entendimento sobre a temática da qualidade de vida.

Ainda que se tenha encontrado registros anteriores sobre o tema da qualidade de vida, o aprofundamento sobre tal temática ocorreu durante a década de 1990, com o objetivo de reduzir os equívocos acerca de sua conceituação, devido à subjetividade do termo (SOARES et al., 2011). E, desde então, o crescente aumento da preocupação com a saúde e o bem-estar da população resulta em um grande interesse e utilização da expressão qualidade de vida, tanto no meio acadêmico quanto pelos profissionais da saúde e na vida cotidiana de maneira geral (GORDIA et al., 2010). O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL) define a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK, 2008, p.34).

Nesse sentido, o conceito de qualidade de vida é bastante abrangente, pois engloba, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1995). Já para Gaspar (2001, p.47), a qualidade de vida é definida como “um conjunto subjetivo de impressões que cada ser humano possui, sendo simultaneamente um produto de diversos fatores que o afetam e um processo que ele experimenta a cada momento”. Tal conceito afirma que a qualidade de vida é individual e provém das experiências vividas no decorrer da vida.

De acordo com Santos (2002), uma boa ou excelente qualidade de vida deve oferecer, no mínimo, condições para que as pessoas possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, em todas as tarefas do cotidiano. A qualidade de vida, portanto,

deve ser um conjunto de domínios específicos, entre eles a saúde, as relações pessoais, a capacidade de realizar tarefas diárias, as condições de vida, a vida geral e particular, a segurança financeira e os estados positivos, tais como sentir-se animado e feliz (CHATTERJI; BICKENBACH, 2008, p.46).

Ainda para Nahas (2006), qualidade de vida é a percepção de bem-estar que reflete um conjunto de fundamentos individuais, socioculturais e ambientais, ou seja, as condições em que vive o ser humano. Para Fleck (2008, p.24) é possível ainda seccionar a qualidade de vida em dois grandes modelos:

Modelo de Satisfação: está relacionado com a felicidade e o bem-estar, a qualidade de vida está diretamente relacionada à satisfação com os vários domínios da vida definidos como importantes pelo próprio indivíduo.

Modelo funcionalista: este modelo considerado que, para ter uma boa qualidade de vida, o indivíduo precisa estar “funcionando”, isto é, desempenhando de forma satisfatória seu papel social e as funções que o valoriza. Sendo assim, a doença interfere diretamente no papel do indivíduo perante a sociedade, podendo diagnosticar a importância da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS).

Nota-se que ainda há uma dificuldade em definir a qualidade de vida em um único conceito, porém, os autores são unânimes no que diz respeito aos aspectos da subjetividade, multidimensionalidade e a existência de dimensões positivas e negativas da qualidade de vida (MION JÚNIOR; PIERIN; GUSMÃO, 2005 apud PEDROSO, 2013). Fleck (2008) também destaca a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas da qualidade de vida, como aspectos fundamentais implícitos para conceituar a qualidade de vida dentro do grupo WHOQOL.

A partir da subjetividade afere-se que o sentimento em relação aos fatores influentes do indivíduo deve ser avaliado por ele próprio. A multidimensionalidade sugere que a qualidade de vida é composta por várias dimensões, implicando que um instrumento de avaliação que apresente apenas um escore não é desejável. Por fim, a presença de dimensões positivas e negativas aponta para uma qualidade de vida considerada boa e, para isso, é necessário que alguns elementos estejam presentes (mobilidade) e outros ausentes (dor) (FLECK, 2008, p.27).

Já a qualidade de vida relacionada à saúde em crianças e adolescentes é um campo recente e tal investigação ocorreu em três etapas básicas. A primeira delas iniciou

em meados de 1980, e foi marcada pela preocupação em conceituar a qualidade de vida de crianças e de adolescentes de forma teórica, buscando diferenciar o conceito com a população adulta. Já a segunda etapa, que iniciou nos anos 1990 e perdura até hoje, consistiu na elaboração de instrumentos de qualidade de vida voltado às crianças e aos adolescentes. Por fim, a terceira etapa, emergida após 1995 e que perdura até os dias atuais, envolve o direcionamento das aplicações dos instrumentos a estudos clínicos e epidemiológicos (GASPAR; MATOS, 2008).

Vale ressaltar que a avaliação da qualidade de vida teve origem em estudos medicinais e de saúde pública, na qual se almejava mensurar o resultado de tratamentos utilizados pelos profissionais da saúde. Em se tratando de uma autoavaliação da qualidade de vida, era possível notar que o significado para os pacientes era maior que a avaliação clínica (PATRICK, 2008).

Dessa forma, partindo do princípio de que a infância é o início da vida, preparar instrumentos adequados para avaliar a qualidade de vida desse público é de suma importância. De maneira geral, a entrevista e a aplicação de questionários são as metodologias mais comuns encontradas na literatura para avaliar a temática nos mais diferentes grupos populacionais. Segundo Seidl e Zannon (2004) não há diferenças significativas nos resultados obtidos na avaliação de qualidade de vida quando empregadas essas duas formas de pesquisa.

Tendo em vista as diferenças nas condições de vida, os instrumentos direcionados à avaliação da qualidade de vida da população jovem e adulta não se aplicam ao público infantil. Aliado a isso, há uma notável escassez de estudos e instrumentos voltados à criança e ao adolescente (PEDROSO, 2013; SOARES et al., 2011). Estes fatores somados ao fato de que problemas de qualidade de vida relacionados à criança durante a infância podem trazer danos à vida destas, futuramente, tornaram evidente a importância da existência de ferramentas voltadas à avaliação da qualidade de vida de tal público (JIROJANAKUL; SKEVINGTON; HUDSON, 2003).

Às ponderações supracitadas acrescenta-se a premissa de que os poucos instrumentos de avaliação da qualidade de vida de crianças existentes são, em maioria, específicos e elaborados para serem respondidos pelos responsáveis das crianças (JIROJANAKUL; SKEVINGTON, 2000).

Neste contexto, os instrumentos voltados à avaliação da qualidade de vida de crianças, elaborados para o preenchimento dos responsáveis ou pais do indivíduo, apresentam algumas fragilidades, ao passo que negligenciam o fundamento conceitual da qualidade de vida referente à subjetividade.

Assim, a escassez de instrumentos voltados à avaliação da qualidade de vida de crianças reflete diretamente no número de produções científicas que contemplam a qualidade de vida em relação ao público de crianças e adolescentes. Ao mesmo passo “a despeito do grande crescimento de produções que contemplam o conceito de qualidade de vida, aquelas ligadas à saúde da criança e do adolescente, no seu sentido ampliado, no Brasil ainda são escassas” (SOARES et al., 2011, p.3198).

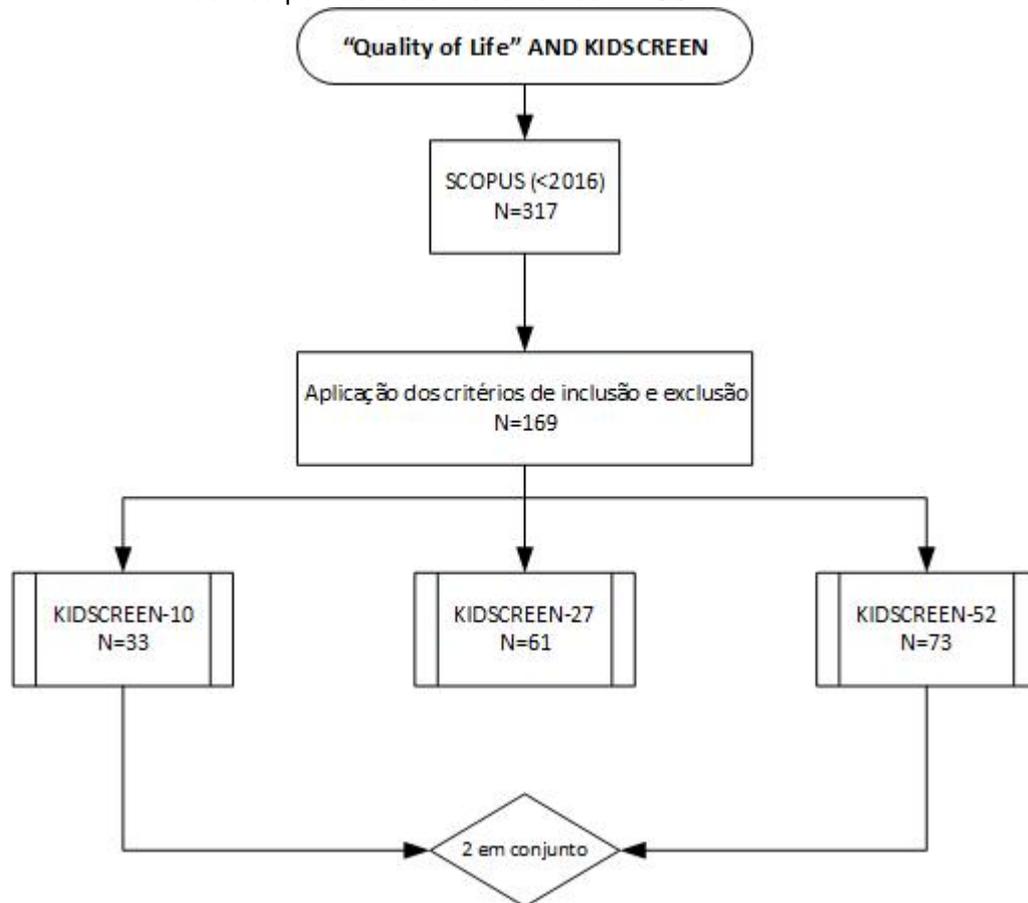
1.1 LEVANTAMENTO DA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO KIDSCREEN MUNDIALMENTE: BASE DE DADOS DA SCOPUS

Foi realizado um levantamento quantitativo de todas as produções científicas já publicadas até o ano de 2016 sobre o instrumento KIDSCREEN na base de dados Scopus. Tal base foi escolhida por ser considerada a maior fonte de resumos e referências do mundo, lançada pela editora Elsevier, em 2004, tendo dados Bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos e contém mais de 18 milhões de referências a artigos de jornais científicos (GRÁCIO; OLIVEIRA, 2012).

A coleta dos artigos foi conduzida utilizando as palavras-chave “Qualityof Life” e “KIDSCREEN”, selecionando a busca em “todos os títulos dos artigos, resumos e palavras-chave”. O período dos anos selecionados considerou todas as publicações anteriores até o ano de 2016, resultando em um total de 169 estudos, desde o primeiro artigo publicado (2001) até o ano de 2016.

Posteriormente, a fim de analisar estudos acadêmicos que atendessem aos objetivos dessa busca, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser um estudo disponível na íntegra e ter como instrumento principal o KIDSCREEN em sua metodologia. Já os critérios de exclusão foram: artigos de validações, artigos fora do intervalo do ano de 2001 a 2016 e artigos duplicados. O fluxograma 1 e o gráfico 1 a seguir mostram os resultados obtidos pela busca.

Fluxograma 1 – Desenho da busca feita na base de dados SCOPUS sobre a avaliação da qualidade de vida por meio dos instrumentos KIDSCREEN



Fonte: O autor.

Nota-se que o instrumento KIDSCREEN-52 (73) demonstrou um maior número de ocorrências e tal cenário justifica-se em virtude de o KIDSCREEN-52 ser o instrumento progenitor e, dentre seus pares, apresenta uma maior multidimensionalidade em relação às outras versões. O que também justifica é o fato de o instrumento KIDSCREEN-27 (61) ter sido o segundo mais utilizado.

E, por fim, a pouca utilização do instrumento KIDSCREEN-10, que embora leve um menor tempo de preenchimento ocorreu em apenas 20,7% dos trabalhos analisados. Dessa maneira, totalizou 169 artigos que utilizaram como instrumento principal, para avaliar a qualidade de vida de crianças e adolescentes, alguma versão do KIDSCREEN.

O gráfico 1 apresenta a distribuição de publicação por ano da seguinte maneira:

Gráfico 1 - Publicações científicas por ano sobre a utilização dos instrumentos KIDSCREEN



Fonte: O autor.

Convém citar que os anos de 2001, 2002 e 2003 não foram incluídos nessa busca, pois tratavam exclusivamente da construção do instrumento KIDSCREEN e não da sua utilização. Ademais, verifica-se que a partir do ano de 2013 houve um aumento do número de pesquisas que utilizaram o KIDSCREEN como instrumento de análise da qualidade de vida em crianças e adolescentes, e essa ascensão perdura até o último ano analisado (2016), possibilitando também um aumento no ano seguinte, pois fica perceptível que o crescimento de números de publicações está ocorrendo a cada ano. Neste mesmo sentido, observa-se que no ano de 2014 houve um aumento no número de pesquisas com o instrumento KIDSCREEN de 11 trabalhos em relação ao ano anterior, configurando o maior índice.

Em relação aos periódicos com o maior número de publicação, a tabela 1 mostra os dois melhores ranqueados com base na presente busca, no período de 2001 a 2015 (*Quality of Life Research* e o *Health And Quality*), e os dois melhores ranqueados (*Health And Quality* e o *PLoS ONE*) no ano de 2016.

Tabela 1 - Periódicos com maior número de publicação

REVISTA	JCR	Qualis	2001-2015	2016	Nº total
QUALITY OF LIFE RESEARCH	2,344	A2	14	0	14
HEALTH AND QUALITY OF LIFE OUTCOMES	6,426	A2	11	2	13
PLOS ONE	2,806	A1	0	3	3

JCR: Journal Citation Reports (2016).

Qualis: Sistema brasileiro de classificação dos periódicos (2017).

Nota-se que os periódicos *Quality of Life Research* e o *Health And Quality of Life Outcomes* estão em destaque, com 14 e 13 artigos publicados, respectivamente, os quais juntos obtiveram 15,9% do total das publicações. Em sequência, o periódico PLoS ONE obteve três publicações no total. Salienta-se que o periódico PLoS ONE no ano de 2016 foi o que mais publicou, obtendo 8,1% das publicações no mesmo ano. Com base nisso, o periódico PLoS ONE pode ser caracterizado em ascensão em relação às publicações relacionadas sobre o instrumento KIDSCREEN.

No que concerne aos dados retornados no levantamento por características do público investigado (tabela 2) foram nomeados 13 grupos distintos, sendo eles: População Geral, Doenças Crônicas, Outros, Paralisia Cerebral, Saúde Mental, Sobrepeso/Obesidade, Anomalia Congênita, Deficiência Física, Doenças Respiratórias, Violência (psicológica, sexual e física), Epilepsia, Dores Lombares e Doenças Inflamatórias Intestinais.

Vale explicitar que a População Geral engloba estudantes, participantes de projetos e atletas, ou seja, indivíduos caracterizados sem algum tipo de anormalidade na saúde e no ambiente social. As Doenças Crônicas englobaram em sua grande parte indivíduos com câncer e diabetes. Foram classificados como Saúde Mental, todos os acontecimentos da saúde mental e os transtornos mentais (estresse, autismo e o transtorno de déficit de atenção). O grupo designado Violência, englobou os trabalhos que descreveram em sua metodologia os abusos sexuais, maus-tratos e *bullying* em crianças e adolescentes.

O grupo “Outros” foi caracterizado por doenças altamente específicas, por se tratarem de trabalhos com uma única ocorrência e foram compostos por doenças agudas, doenças raras, transplantes, implantes, esferocitose hereditária, doença celíaca, doença falciforme e baixa estatura.

Tabela 2 – Público-alvo em relação aos anos publicados em um período de 2001-2016

GRUPO	2001-2015	2016	Total
População Geral	53	13	66
Doenças Crônicas	15	3	18
Outros	15	8	23
Paralisia Cerebral	10	3	13
Saúde Mental	10	3	13
Sobrepeso/Obesidade	7	1	8

Anomalia Congênita	5	2	7
Deficiência Física	4	-	4
Doenças Respiratórias	4	-	4
Violência (psicológica, sexual, física)	3	-	3
Epilepsia	3	-	3
Dores Lombares	3	-	3
Doenças Inflamatórias Intestinais	-	4	4

Fonte: Autoria própria (2016).

Vale salientar que tal busca foi realizada com o intuito de complementar o objetivo do presente texto de dissertação, e em adicional, disponibilizará dados quantitativos inéditos aos leitores sobre os instrumentos KIDSCREEN. Em uma breve síntese aos achados da presente busca, nota-se que o instrumento KIDSCREEN está em ascensão em relação às aplicações por pesquisadores com o propósito de avaliar a qualidade de vida de crianças e adolescentes.

Assim, os três periódicos com maior número de publicações juntos somam 30 artigos científicos, os quais estão classificados entre os estratos A2 e A1, caracterizados pela CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) com alta qualidade em sua área de avaliação. Em relação ao público-alvo dos pesquisadores, a População Geral ganha destaque em relação aos demais, no ano de 2016, entende-se que os instrumentos KIDSCREEN são bem aceitos pelos pesquisadores para avaliar crianças e adolescentes de forma geral, inclusive. Em contrapartida, os instrumentos KIDSCREEN, também, estão sendo aplicados demasiadamente pelos pesquisadores de forma positiva, com o objetivo de avaliar grupos específicos de crianças e adolescentes, os quais, na busca, totalizaram 60,9% do número total (169) de publicações.

1.2 OBJETIVOS

No contexto apresentado, o objetivo geral do presente trabalho é testar as propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento KIDSCREEN-27 para a avaliação da qualidade de vida de crianças e adolescentes brasileiros.

Por sua vez, os objetivos específicos se desdobram nos seguintes:

- Calcular a consistência interna, a validade de critério, a validade concorrente, a validade discriminante, a confiabilidade teste-reteste e o Split-Half;
- Seguir os critérios que avaliam a qualidade de vida em crianças e em adolescentes descritos por Harding (2001);
- Disponibilizar um instrumento que avalie a qualidade de vida em crianças e adolescentes.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A partir da década de 1970, surgiram diversos instrumentos que avaliariam a qualidade de vida da população. A saber, a respeito dos questionários que avaliam a qualidade de vida em determinada população, há duas propriedades essenciais que se tornam necessárias para uma apreciação completa da qualidade de vida: 1) a capacidade do instrumento de avaliar os domínios que influenciam a condição de saúde analisada e 2) uma medida de avaliação que permita a integração dos domínios gerais e específicos para tornar mais completa a avaliação da qualidade de vida (DUARTE; CICONELLI, 2006).

É pertinente salientar que para a elaboração de um estudo em que se pretende usar um questionário de qualidade de vida, a escolha do instrumento implica em um passo muito importante, que requer uma atenção especial em alguns pontos referentes a essa escolha, por parte do pesquisador ou do clínico, baseando-se sempre no propósito do estudo. Segundo Duarte e Ciconelli (2006), os cinco pontos que devem ser levados em consideração na escolha de um instrumento que avalie a qualidade de vida apropriado em seu estudo são: 1) definir o que realmente pretende medir (pacientes, comparar grupos ou avaliar um tratamento); 2) garantir que o instrumento contenha domínios necessários para a população escolhida; 3) o instrumento estar devidamente traduzido, adaptado culturalmente e validado por uma população similar a sua; 4) o tempo gasto de mensuração; 5) se os indivíduos serão capazes de avaliar sua própria qualidade de vida.

Vale destacar que é comum encontrar na literatura instrumentos de avaliação da qualidade de vida geral, assim como instrumentos de avaliação da qualidade de vida específicos. De acordo com Duarte e Ciconelli (2006), no que diz respeito à classificação quanto ao foco, os instrumentos de avaliação da qualidade de vida podem ser genéricos, específicos e ainda modulares:

- Os instrumentos genéricos procuram englobar a população em geral sem restrição aos aspectos específicos, como exemplo, o WHOQOL-100 e a sua abreviação, o WHOQOL-bref, ambos criados pela Organização Mundial da Saúde (OMS)

- Os instrumentos específicos são usados para detectar os aspectos particulares da qualidade de vida do indivíduo, como exemplo, o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), que é um indicador sociodental ou avaliador da qualidade de vida associada à Saúde Bucal.
- Já os instrumentos moduladores, termo não muito popularizado, combinam características dos aspectos genéricos e específicos. Um exemplo de um questionário modular é o *Dialysis-Quality of Life Questionnaire* (DIA-QOL), um questionário italiano desenvolvido para mensurar a qualidade de vida de pacientes com tratamentos dialíticos.

Em relação a sua aplicação, os instrumentos de avaliação da qualidade de vida podem ser classificados como: avaliadores, preditivos e discriminativos (DUARTE; CICONELLI, 2006):

- Avaliadores: o objetivo é avaliar as mudanças na qualidade de vida ocorridas com o passar do tempo em um grupo específico. Tem como valor quantificar os benefícios de certo tratamento ou intervenção.
- Preditivos: tem como objetivo classificar o indivíduo em categorias predefinidas. Essa aplicação identifica quais indivíduos possuem ou desenvolverão um estado específico.
- Discriminativos: o objetivo é avaliar diferenças entre os indivíduos em um ponto no tempo. Pode ser usado em pesquisas para diferenciar indivíduos ou grupos, de acordo com seu estado de saúde.

2.1 QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Segundo Gaspar e Matos (2008), a OMS contribuiu consideravelmente no campo da qualidade de vida, desenvolvendo um projeto com as seguintes etapas:

- Explicação do termo qualidade de vida feita por especialistas provenientes de diferentes culturas;
- Estudo do tipo qualitativo, em 15 cidades, de 14 países, contendo 25 grupos focais incorporados por pacientes, profissionais da saúde e pessoas da população geral,

para exploração de crenças, de atitudes, de representações e do significado do termo em diferentes culturas;

- Cálculos dos testes para análise fatorial e de confiabilidade, validade de constructo e validade discriminante.

E, as quatro dimensões que constituem a natureza multidimensional do WHOQOL foram validadas, nos seguintes modos:

- Física, referente à percepção que o indivíduo tem da sua condição física;
- Psicológica, referente à percepção que o indivíduo tem da sua condição afetiva e cognitiva;
- Social, associada à percepção que o indivíduo tem das suas relações e funções sociais;
- Ambiente, relativa à percepção que o indivíduo tem do ambiente e do contexto em que vive.

Assim, os autores ressaltam que a avaliação da qualidade de vida é, também, percebida de um modo geral. Logo, as quatro dimensões juntamente com os itens da qualidade de vida geral, constituem o Instrumento de Avaliação da Qualidade de vida da OMS.

É visto, na literatura, o aumento das doenças e a má qualidade de vida reproduzir-se na sociedade. Vale ressaltar que a saúde é somente um domínio da qualidade de vida (FLECK, 2008), ou seja, faz parte dela, mas não é sinônimo, pois a saúde é definida “não apenas como a ausência de doença e sim uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2014). Nota-se, na atualidade, duas tendências em relação à concepção do termo qualidade de vida na área da saúde: a qualidade de vida como conceito genérico e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS), que é descrita como resultado que engloba componentes do bem-estar e das funções físicas, emocionais, mentais, sociais e comportamentais (GASPAR; MATOS, 2008).

É fato que o desenvolvimento da qualidade de vida de um indivíduo inicia-se na infância e, devido a isso, é necessário oferecer saúde e bem-estar à criança logo cedo. Assim, quando isso é tratado desde os primeiros anos de vida do indivíduo, minimizará o surgimento de diversas doenças crônicas, que são mais comuns nos adultos, como a

pressão alta, a taxa de colesterol elevada, o alto percentual de gordura corporal e diversas enfermidades do coração (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000).

Nesse sentido, para mensurar a qualidade de vida de crianças e adolescentes não é recomendada a aplicação de questionários genéricos, pois as necessidades exigidas pelos adultos são distintas daquelas do público infantil, como exemplo, a vida sexual aplicável aos adultos não se enquadrará satisfatoriamente na vida de uma criança. Antagonicamente, a dependência em relação aos seus pais não se enquadrará satisfatoriamente aos adultos, devido a isso, utilizar instrumentos específicos para cada população é de extrema importância em sua confiabilidade.

2.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

2.2.1 AUQEI

O AutoquestionnaireQualité de Vie Enfant Imagé (AUQEI), desenvolvido na França, por Manificat e Dazord (1997), trata-se de um instrumento genérico que objetiva avaliar a qualidade de vida de crianças de quatro a 12 anos de idade. Nele, analisa-se o perfil de satisfação por meio de um questionário padronizado, composto por 26 questões, com quatro alternativas de respostas, já traduzidas, adaptadas e validadas à população brasileira (ASSUMPÇÃO JUNIOR et al., 2000).

A saber, o instrumento é composto por quatro domínios (Autonomia, Lazer, Função e Família), os quais estão agrupados em 18 questões, a Autonomia (15; 17; 19; 23; 24), o Lazer (11; 21; 25), a Função (1; 2; 4; 5; 8) e a Família (3; 10; 13; 16; 18). Já as questões numeradas em 6, 7, 9, 12, 14, 20, 22 e 26 não estão incluídas nos quatro domínios e detêm importância isolada. As questões serão mostradas, em sua ordem de aplicação, a seguir:

1. à mesa, junto com sua família;
2. à noite, quando você se deita;
3. se você tem irmãos, quando brinca com eles;
4. à noite, ao dormir;
5. na sala de aula;
6. quando você vê uma fotografia sua;

7. em momentos de brincadeiras, durante o recreio escolar;
8. quando você vai a uma consulta médica;
9. quando você pratica um esporte;
10. quando você pensa em seu pai;
11. no dia do seu aniversário;
12. quando você faz as lições de casa;
13. quando você pensa em sua mãe;
14. quando você fica internado no hospital;
15. quando você brinca sozinho (a);
16. quando seu pai ou sua mãe falam de você;
17. quando você dorme fora de casa;
18. quando alguém lhe pede que mostre alguma coisa que você sabe fazer;
19. quando os amigos falam de você;
20. quando você toma os remédios;
21. durante as férias;
22. quando você pensa em quando tiver crescido;
23. quando você está longe de sua família;
24. quando você recebe as notas da escola;
25. quando você está com os seus avós;
26. quando você assiste televisão.

Quanto à escala de respostas, o AUQEI utiliza a escala do tipo Likert. Todas as questões apresentam o mesmo número de alternativas, sendo elas: “Muito infeliz”, “Infeliz”, “Feliz”, “Muito feliz”. As respostas do referido instrumento são representadas com o auxílio de figuras (figura 1), ou seja, imagens que expressem diferentes estados emocionais, facilitando, assim, a interpretação pelas crianças entrevistadas (ASSUMPÇÃO JUNIOR *et al.*, 2000).

Figura 1 - Faces do AUQEI



Direita para esquerda: muito infeliz, infeliz, feliz, muito feliz.

Fonte: ASSUMPÇÃO JUNIOR *et al.*, 2000.

Vale salientar que a versão brasileira do AUQEI apresentou propriedades psicométricas satisfatórias, válidas e confiáveis para avaliar a qualidade de vida de uma população específica, crianças com doença falciforme (FERREIRA et al., 2008).

2.2.2 PEDSQL

PediatricQualityof Life Inventory (PedsQL) é um instrumento para avaliar a QVRS em crianças e em adolescentes, adequado para aplicação em populações pediátricas com condições agudas e crônicas de saúde, populações escolares e populações saudáveis. O PedsQL 4.0 engloba aspectos genéricos e doenças específicas. O PedsQL 1.0 foi construído com caráter genérico, posteriormente, as versões 2.0 e 3.0 do PedsQL foram aprimoradas, adicionaram-se mais questões, um intervalo de escala mais sensível e ampliou-se a faixa etária (PAIVA; SCARPELLI; PORDEUS, 2016).

O PedsQL surgiu nos Estados Unidos e acha-se validado em todas as versões e suas faixas etárias (criança/adolescente: 5 a 7, 8 a 12 e 13 a 18 anos – responsável: 2 a 4, 5 a 7, 8 a 12 e 13 a 18 anos) em diversos países, tais como Alemanha, Austrália, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, Croácia, República Tcheca, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, França, Geórgia, Hungria, Israel, Itália, Letônia, Lituânia, México, Noruega, Paquistão, Peru, Polônia, Portugal, Rússia, Suécia, Turquia, Reino Unido (PAIVA; SCARPELLI; PORDEUS, 2016).

2.2.3 YQOL-R

O YoughQualityof Life Instrument – ResearchVersion (YQOL-R) é um instrumento desenvolvido pelo Seattle Qualityof Life Group (2002), o qual avalia a qualidade de vida de indivíduos com idade ente 11 a 18 anos, segundo a sua percepção. O YQOL-R está disponível em Croata, Holandês, Inglês (UK), Inglês (EUA), Polonês, Português (Brasil), espanhol (US) e espanhol (Porto Rico).

O YQOL-R é um instrumento genérico, autoavaliativo e de fácil entendimento, porém, não apresenta a versão para o responsável. O instrumento contém quatro domínios: o Pessoal, com 14 questões; o Relacional, com 14 questões; o Ambiental, com

10 questões e três questões relacionadas à qualidade de vida Geral (PAIVA; SCARPELLI; PORDEUS, 2016). A versão do instrumento YQOL-R para a população brasileira foi desenvolvida na cidade de Porto Alegre - RS, com uma amostra de 419 estudantes, tendo como valor do coeficiente alfa de Cronbach de 0,93 para o resultado total e 0,78 – 0,88 para os domínios, considerando, assim, uma boa consistência interna (SALUM et al., 2012).

2.2.4 KINDL-R

O Kinderlebensqualitätfragebogen (KINDL-R) é um instrumento que serve para avaliar a QVRS em crianças e em adolescentes saudáveis e doentes, com idade entre quatro e 16 anos. O instrumento foi desenvolvido na Alemanha, no ano de 2000 (RONCADA, 2012). O KIND-R consiste de 24 itens, distribuídos em seis dimensões: Bem-estar físico (doenças, dores, fadigas), Bem-estar emocional (tédio, solidão, susto), Autoestima (orgulho, sentir-se o melhor), Família (relação com os pais, conflitos no lar), Amigos (dar-se bem, sentir-se diferenciado perante os outros) e Escola (curtir a sala de aula, preocupar-se com o futuro). A dimensão Doença é uma subescala opcional (doenças, proteção dos pais, relação com os estudos), então, é escolha do pesquisador em adicioná-la em sua pesquisa, em caso da amostra serem crianças com obesidade, diabetes mellitus, asma brônquica e dermatite atópica (HULLMANN et al., 2011).

Há três versões disponíveis do KINDL-R: o Kiddy-KINDL-R, para idade entre quatro e sete anos, em forma de entrevista; o Kid-KINDL-R, para idade entre oito e 12 anos, e o Kiddo-KINDL-R, para 13 a 16 anos de idade e, em adicional, apresenta seis módulos independentes para avaliar QVRS de crianças e de adolescentes com doenças específicas (RONCADA, 2012).

2.2.5 DISABKIDS

Os questionários DisabilityKids (DISABKIDS) foram desenvolvidos para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes de quatro a 16 anos de idade, portadoras de doenças crônicas, tais como: asma, artrite reumática juvenil,

epilepsia, paralisia cerebral, diabetes mellitus, dermatite atópica e fibrose cística (NUNES, 2014). Tal instrumento foi desenvolvido com o interesse de combinar duas populações específicas, sendo elas: o público infantojuvenil e pessoas com enfermidades crônicas.

Entre os instrumentos do DISABKIDS, há o módulo genérico (DISABKIDS-37), a sua forma abreviada (DISABKIDS 12) e, também, o DISABKIDS-Smileys que é módulo genérico para o mesmo público, porém, com idade entre quatro a sete anos. Todos os modelos contêm a versão self (para crianças e adolescente) e a versão proxy (para pais ou responsáveis).

O instrumento DISABKIDS-37 foi validado por Nunes (2014), para crianças e adolescentes brasileiras com condições crônicas, e traduzido e adaptado transculturalmente para crianças e adolescentes brasileiras com condições crônicas, por Fegadolli (2008). Tal instrumento possui 37 itens e as cinco alternativas estão dispostas em uma escala tipo Likert, relacionadas às seguintes dimensões: Independência, Emoção, Inclusão social, Exclusão social, Limitação e Tratamento. As dimensões estão associadas a três domínios: Físico, Mental e Social.

Já a sua versão abreviada, o DISABKIDS 12, consiste em 12 itens com escala de resposta do tipo Likert atribuídos, assim como a versão genérica, aos três domínios: mental, social e físico. Os itens podem ser combinados para produzir uma pontuação total e ambas as versões (versão self e proxy) estão disponíveis somente em seis idiomas: holandês, inglês, francês, alemão, grego e sueco (EUROPEAN DISABKIDS GROUP, 2006). Vale salientar que tal instrumento não é validado para a população brasileira.

Em resumo, a tabela 3 mostra uma visão geral dos instrumentos desenvolvidos pelo grupo DISABKIDS.

Tabela 3 - Visão geral dos instrumentos DISABKIDS

Modelo	versão	Idade (anos)	Nº de itens	Proposta
<i>Smileys</i>		4 - 7	6	Avaliar a qualidade de vida em crianças jovens.
Genérico	Versão longa	8 - 16	37	Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em crianças e adolescentes com diferentes condições crônicas de saúde e abordar aspectos de
Abreviado	Versão curta	8 - 16	12	

				QVRS que pertencem não somente a condições específicas, mas a condições crônicas em geral.
Condições específicas	Artrite	8 – 16	12	Avaliar a qualidade de vida em crianças e adolescentes com alguma doença crônica específica.
	Asma	8 – 16	11	
	Dermatite	8 – 16	12	
	Diabetes	8 – 16	10	
	Paralisia Cerebral	8 – 16	12	
	Fibrose Cística	8 – 16	10	
	Epilepsia	8 – 16	10	

Fonte: adaptado (www.disabkids.org).

O projeto DISABKIDS tem como objetivos: 1) desenvolver e promover o uso de instrumentos padronizados para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em crianças com condições de saúde crônicas, 2) aumentar a possibilidade de estudos europeus multinacionais da qualidade de vida relacionada à saúde, 3) avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, a partir da perspectiva dos pacientes, atendendo às necessidades dos cuidados e 4) melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde e à independência de crianças com condições de saúde crônicas (EUROPEAN DISABKIDS GROUP, 2006).

2.2.6 KIDSCREEN

Os instrumentos KIDSCREEN são transculturais e desenvolvidos na Europa, contemplando três versões, o KIDSCREEN-52, o KIDSCREEN-27 e o KIDSCREEN-10, as quais avaliam a qualidade de vida em crianças e adolescentes, de oito a 18 anos de idade (GASPAR; MATOS, 2008). Tais instrumentos são medidos de forma confiável, válida, sensível, apresentando-se conceitualmente e linguisticamente, apropriados em 38 idiomas (RAVENS-SIEBERER, 2014). No período entre 2014 até o momento da escrita do presente manuscrito, porém, ocorreram mais traduções em diferentes idiomas, tendo um total de nove novas pesquisas em processo de traduções e validações (kidscreen.org). Diante disso, findadas tais pesquisas, o instrumento KIDSCREEN passará de 38 idiomas para 47, disponíveis na literatura. Como mostra a tabela a seguir:

Tabela 4 - Futuras traduções e seus processos de validações dos instrumentos KIDSCREEN

Versão self			País	Idioma	Versão proxy		
10	27	52			10	27	52
	x		Bangladesh	Bengali		x	
x		x	China	Cantonense			
x	x	x	Estônia	Estoniano	x	x	X
x	x	x	Rússia	Russo	x	x	x
x	x	x	Arábia Saudita	Árabe	x	x	x
	x	x	Coreia do Sul	Coreano	x		
x			Suíça	Francês			
x			Suíça	Italiano			
x	x	x	Venezuela	Espanhol	x	x	x

Fonte: *kidscreen.org* (2018).

Segundo a tabela 4, na Arábia Saudita, na Estônia, na Rússia e na Venezuela estão sendo traduzidos para o idioma árabe, estoniano, russo e espanhol, respectivamente, as três opções do instrumento KIDSCREEN (52, 27 e 10), tanto na versão self (para crianças e adolescente) quanto na versão proxy (para pais ou responsáveis). Não obstante, há novos registros de traduções e validações de forma isolada do instrumento supramencionado.

2.3 INSTRUMENTOS KIDSCREEN

Os instrumentos KIDSCREEN são transculturais, desenvolvidos na Europa, que medem a qualidade de vida em crianças e adolescentes, de oito a 18 anos de idade (GASPAR; MATOS, 2008). Tal instrumento é uma medida confiável, válida, sensível, apresentando-se conceitualmente e linguisticamente, apropriada em 38 idiomas atualmente, com destaque para seu desenvolvimento, que ocorreu de forma transcultural em 13 países europeus e seguiu um severo e disciplinado procedimento metodológico (RAVENS-SIEBERER et al., 2014). São utilizados, atualmente, na epidemiologia em saúde pública, estudos de intervenção clínica e projetos de pesquisa (RAVENS-SIEBERER et al., 2014).

Ademais, os instrumentos KIDSCREEN apresentam características genéricas que podem ser utilizadas para medir, para monitorizar e para avaliar QVRS em crianças e em

adolescentes, no campo da saúde e da doença crônica. Ainda, pode ser aplicado em hospitais, em estabelecimentos médicos e em escolas, por profissionais do campo da saúde pública, da psicologia da saúde, da epidemiologia, da medicina e das clínicas (GASPAR et al., 2008).

Em geral, apresentam dimensões relacionadas à qualidade de vida em criança e em adolescentes, visando que as avaliações, por meio desses instrumentos, abarquem diversos assuntos. Isso possibilita o futuro diagnóstico dos pontos de carência do grupo analisado, em destaque o tema Bullying, sendo o único instrumento que trata desse assunto.

Além disso, seu constructo detém propriedades psicométricas satisfatórias (consistência interna e validade), com o intuito de padronizar o instrumento. O projeto final do desenvolvimento resultou em três versões: KIDSCREEN-52, KIDSCREEN-27 e KIDSCREEN-10 (HIDALGO-RAMUSSEN; RAJMIL; ESPINOZA, 2014; GASPAR; MATOS, 2008).

A construção do questionário KIDSCREEN estruturou-se em três passos: 1) uma revisão de literatura aprofundada que analisou os seguintes termos - saúde pública, populações de saúde, relatórios, divulgação em saúde, epidemiologia, qualidade de vida, estado de saúde, bem-estar e psicossocial associados a instrumentos de medição – com 9029 trabalhos para avaliação; 2) consultas por especialistas da área, e 3) construção de grupos focais (*focusgroup*), com o objetivo de analisar as dimensões e os itens que englobam a QVRS em crianças e em adolescentes (GASPAR; MATOS, 2008, p.44-45)

Em relação aos procedimentos metodológicos adotados para a consecução do instrumento KIDSCREEN, destaca-se que ocorreram em três etapas, entre eles o desenvolvimento e o teste do instrumento, a aplicação do instrumento em grandes amostras e a implementação. O instrumento piloto foi aplicado em 2100 crianças e para seus pais. Sua versão final obteve uma amostra de 1800 crianças em 14 países, o que totalizou uma amostra de 25.200 crianças. Já os resultados finais ocorreram em uma análise nacional e entre países. Para os cálculos estatísticos utilizados para a avaliação do instrumento foi usada a consistência interna calculada, por meio do Alfa de Cronbach, para as dez dimensões do KIDSCREEN, com resultados entre 0,76 a 0,89 (THE

KIDSCREEN GROUP EUROPE, 2006) e foi testada a validade convergente e divergente (GASPAR; MATOS, 2008).

Nas três versões, há duas variações existentes, sendo uma direcionada às crianças (*self*) e outra direcionada aos pais (*proxy*). O KIDSCREEN-52 é a única versão validada no Brasil (GUEDES; GUEDES, 2011).

É válido expor que os instrumentos KIDSCREEN almejam avaliar a qualidade de vida de crianças e de adolescentes em todas as suas versões, com idade entre oito e 18 anos. Esse método avalia conteúdo em itens paralelos, o que facilita uma comparação minuciosa na análise dos resultados de pais com seus filhos (VARNI; LIMBERS; BURWINKLE, 2007).

Quanto à escala de resposta, a abordagem é do tipo Likert, ou seja, todas as questões apresentam o mesmo número de alternativas (1, 2, 3, 4, 5), com escalas variando conforme a questão, sendo as existentes:

- Nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente e sempre;
- Nada, pouco, moderadamente, muito e totalmente;
- Excelente, muito boa, boa, fraca e ruim.

2.3.1 KIDSCREEN-52

O KIDSCREEN-52 é a versão completa dos instrumentos KIDSCREEN. É um instrumento que avalia a qualidade de vida das crianças, contendo 52 questões, agrupadas em dez dimensões, levando em média de 15 a 20 minutos para ser respondido.

Já a descrição do desenvolvimento e do relato do primeiro resultado psicométrico do instrumento KIDSCREEN-52, ocorreu em 22.110 crianças e adolescentes, com idade entre oito e 18 anos, envolvendo 12 países europeus (Austrália, Suíça, República Tcheca, Alemanha, Grécia, Espanha, França, Hungria, Holanda, Polônia, Suécia e Reino Unido) e foi exposta no estudo de Ravens-Sieberer et al. (2005). Logo, as dimensões de avaliação da qualidade de vida do KIDSCREEN-52 são as seguintes: Saúde e atividade física, Sentimentos, Estado emocional, Autopercepção, Autonomia e tempo livre,

Família/Ambiente familiar, Aspectos financeiros, Amigos e apoio social, Ambiente escolar e Provocação/Bullying.

A tabela 5 apresenta a quantidade de questões utilizadas pelo instrumento KIDSCREEN-52 para avaliar cada uma de suas dimensões:

Tabela 5 - Quantidade de questões para cada dimensão do instrumento KIDSCREEN-52

Dimensões	Quantidade de questões
1. Saúde e atividade física	5
2. Sentimentos	6
3. Estado emocional	7
4. Auto percepção	5
5. Autonomia e tempo livre	5
6. Família/Ambiente familiar	6
7. Aspectos financeiros	3
8. Amigos e apoio social	6
9. Ambiente escolar	6
10. Provocação/Bullying	3
TOTAL	52

Fonte: Adaptado de Guedes e Guedes (2011).

O Quadro 1 mostra a sequência das questões descritas em cada dimensão do instrumento KIDSCREEN-52

Quadro 1- Dimensões e questões do instrumento KIDSCREEN-52

DIMENSÃO	QUESTÕES
1. Saúde e atividade física	1. Em geral, como você diria que está sua saúde?
	2. Você tem se sentido apto e bem-disposto?
	3. Você tem sido fisicamente ativo (por exemplo: correr, andar de bicicleta)?
	4. Você tem sido capaz de correr bem?
	5. Você tem se sentido cheio de energia?
2. Sentimentos	6. Sua vida tem sido agradável?
	7. Você tem sentido prazer em estar vivo?
	8. Você tem estado satisfeito com sua vida?
	9. Você tem estado de bom humor?
	10. Você tem se sentido contente?
	11. Você tem se sentido divertido?
3. Estado emocional	12. Você tem sentido que tudo que faz tem ido mal?
	13. Você tem se sentido triste?
	14. Você tem se sentido tão mal que não tem vontade de fazer coisa alguma?
	15. Você tem sentido que tudo na sua vida tem dado

	errado?
	16. Você tem se sentido cheio de tudo?
	17. Você tem se sentido abandonado?
	18. Você tem se sentido pressionado?
4. Autopercepção	19. Você tem estado feliz do jeito que você é?
	20. Você tem estado feliz com as suas roupas?
	21. Você tem se preocupado com a sua aparência?
	22. Você tem sentido inveja da aparência dos outros meninos ou meninas?
	23. Você gostaria de mudar alguma coisa em seu corpo?
5. Autonomia e tempo livre	24. Você tem tido tempo suficiente para você mesmo?
	25. Você tem conseguido fazer as coisas que você quer no seu tempo livre?
	26. Você tem tido oportunidade de sair à rua?
	27. Você tem tido tempo suficiente para estar com seus amigos?
	28. Você tem conseguido escolher o que quer fazer no seu tempo livre?
6. Família/Ambiente familiar	29. Seus pais têm sido compreensivos com você?
	30. Você sente que tem sido amado pelos seus pais?
	31. Você tem se sentido feliz em casa?
	32. Seus pais têm tido tempo suficiente para você?
	33. Seus pais têm tratado você com justiça?
	34. Você tem conseguido conversar com seus pais quando quer?
7. Aspecto financeiro	35. Você tem tido dinheiro suficiente para fazer as mesmas coisas que seus amigos fazem?
	36. Você tem tido dinheiro suficiente para suas despesas?
	37. Você tem dinheiro suficiente para fazer as coisas com seus amigos?
8. Amigos e apoio social	38. Você tem passado tempo com seus amigos?
	39. Você tem feito coisas com outros meninos e meninas?
	40. Você tem se divertido com seus amigos?
	41. Você e seus amigos têm se ajudado?
	42. Você tem conseguido conversar com seus amigos sobre tudo?
	43. Você tem conseguido confiar nos seus amigos?
9. Ambiente escolar	44. Você tem estado feliz na escola?
	45. Você tem se saído bem na escola?
	46. Você tem estado satisfeito com seus professores?
	47. Você tem conseguido prestar atenção?
	48. Você tem gostado de ir à escola?
	49. Você tem se dado bem com os seus professores?
10. Provocação/Bullying	50. Você tem tido medo de outros meninos e meninas?
	51. Outros meninos e meninas têm feito gozação de você?
	52. Outros meninos e meninas têm amedrontado você?

Fonte: adaptado de Guedes e Guedes (2011).

No que se refere às dimensões supracitadas, o Grupo KIDSCREEN, segundo Gaspar e Matos (2008), apresenta as seguintes interpretações:

1. Saúde e atividade física - explora o nível de atividade, de energia e de aptidão física da criança, a qual é avaliada pela capacidade para praticar sua atividade física em diversos lugares. Um valor baixo significa sentir-se exausta fisicamente e com uma baixa energia, já um valor elevado refere-se a uma boa forma física, ativa, saudável e energética;
2. Sentimentos - avalia o bem-estar psicológico da criança e do adolescente, suas emoções positivas e satisfação com a vida. Um valor baixo significa pouco prazer com a vida e uma insatisfação com a vida, já um valor elevado revela felicidade, percepção positiva, satisfação com a vida, prazer e alegria;
3. Estado emocional - indica o quanto a criança vivencia e expressa sentimentos de emoções depressivos, estressantes e suas percepções. Um valor baixo significa estar deprimido, infeliz, mal-humorado, já um valor elevado revela estar bem-humorado e sentir-se bem;
4. Autopercepção - versa sobre a percepção que a criança tem de si própria e da sua imagem corporal de forma positiva ou negativa. Um valor baixo significa autorrejeição, baixa autoestima, estar desconfortável com sua aparência e uma imagem corporal negativa, já um valor elevado mostra confiança, satisfação com a sua imagem corporal, boa autoestima, estar feliz com a aparência;
5. Autonomia e tempo livre - refere-se à oportunidade que é dada à criança de gerir a sua vida, refere-se à liberdade de escolha, de independência, de autocompetência e de ser capaz de tomar suas próprias decisões do dia a dia. Um valor baixo significa sentir-se oprimido e dependente, já um valor elevado refere-se a ser independente em suas próprias decisões;
6. Família/Ambiente familiar- incide sobre a relação da criança com seus pais e familiares. Um valor baixo significa sentir-se só, ignorada pelos familiares e não estimada, já um valor elevado refere-se a estar protegida e amada, sentir-se compreendida e bem tratada pelos familiares e pelos pais;
7. Aspecto financeiro - avalia a qualidade dos recursos financeiros percebido pela criança e é comparada com os recursos financeiros de outras crianças. Um valor baixo

significa que os recursos financeiros estão a limitar o estilo de vida da criança, já um valor elevado refere-se a se sentir satisfeita com a questão econômica;

8. Amigos e apoio social - remete à natureza da relação da criança com outras crianças e a sua capacidade de começar e de manter suas amizades. Compreende como a criança se sente fazendo parte de um grupo e sendo respeitada pelos seus amigos. Um valor baixo significa sentir-se abandonada, não aceita e sem apoio pelos seus amigos, incluindo uma baixa confiança, já um valor elevado refere-se a se sentir acolhida e a confiar em seus amigos;

9. Ambiente escolar - explora a percepção da criança em relação a sua própria capacidade cognitiva. São considerados nessa dimensão o carinho da criança pela escola, se tem um atrativo para estar no espaço e as relações das crianças com seus professores. Um valor baixo significa o não afeto pela escola, não gostar dos professores e pouca capacidade cognitiva, já um valor elevado refere-se a uma relação com seus professores, estar satisfeita com o espaço da escola e uma boa capacidade cognitiva escolar na aprendizagem e na concentração;

10. Provocação/Bullying - analisa os sentimentos de rejeição da criança dentro da escola, a qual sofre provocações que não gosta. É positivo para a qualidade de vida quando esses atos são raros na vida da criança. Um valor baixo significa estar atormentada, provocada e rejeitada pelos seus colegas, já um valor elevado refere-se a se sentir respeitada pelos seus colegas.

Na apresentação do instrumento são descritas algumas orientações gerais sobre o KIDSCREEN-52, bem como o conhecimento de determinadas características do respondente, sendo elas: o gênero, a idade e se o indivíduo apresenta alguma deficiência, doença ou condição de dor crônica. Na sequência, exemplifica-se para a criança o contexto e pede-se que avalie a sua qualidade de vida, levando-se em consideração as experiências da última semana vivida.

O instrumento KIDSCREEN-52 encontra-se validado para os brasileiros e apresentou um processo de tradução, de adaptação transcultural e de qualidades psicométricas satisfatórias, o qual está disponível para a utilização em crianças e em adolescentes brasileiros, entre oito e 18 anos de idade (GUEDES; GUEDES, 2011). O KIDSCREEN-52 apresenta algumas vantagens em sua aplicação para avaliar a qualidade de vida, sendo elas: 1) a alta confiabilidade retornada pela literatura do instrumento, o que

indica o retorno de resultados fidedignos (GUEDES; GUEDES, 2011); 2) a avaliação é efetuada por meio da análise de dez dimensões distintas entre si, o que facilita o diagnóstico dos possíveis pontos de insuficiência e 3) utilização da escala de resposta do tipo Likert, que possibilita uma escolha satisfatória da criança em relação ao assunto abordado.

O referido instrumento, porém, apresenta como desvantagem o tempo necessário para seu preenchimento, relativamente superior às demais versões dos instrumentos KIDSCREEN. Sua aplicação é indicada para diversos profissionais: psicólogos, médicos, enfermeiros, professores e outros profissionais da saúde, para fins de análise epidemiológica e de monitoramento da qualidade de vida, de identificação da população de risco, de promoção da saúde e de investigação (GASPAR; MATOS, 2008).

2.3.2 KIDSCREEN-27

O KIDSCREEN-27 é considerado um instrumento promissor para uso clínico e nos estudos epidemiológicos (ROBITAIL et al., 2007). É a versão abreviada do KIDSCREEN-52, contendo 27 questões derivadas do KIDSCREEN-52, agrupadas em cinco dimensões. Conforme a literatura, requer em média de dez a 15 minutos para ser respondido (ALVES; CAETANO; PEDROSO, 2015).

No que se refere às dimensões do KIDSCREEN-27, o Grupo KIDSCREEN, segundo Gaspar e Matos (2008), reorganizou as seguintes dimensões:

Quadro 2 - Dimensões e questões do instrumento KIDSCREEN-27

DIMENSÃO	QUESTÕES
1. Atividade Física e Saúde	1. Em geral, como você diria que está a sua saúde?
	2. Você sentiu-se apto e bem-disposto?
	3. Você tem sido fisicamente ativo (correu, andou de bicicleta, por exemplo)?
	4. Você tem sido capaz de correr bem?
	5. Você tem se sentido cheio de energia?
2. Bem-estar psicológico	6. A sua vida tem sido agradável?
	7. Você tem estado de bom humor?
	8. Você tem se divertido?
	9. Você tem se sentido triste?
	10. Você tem se sentido tão mal que não tem vontade de fazer coisa alguma?
	11. Você tem se sentido abandonado?

	12. Você tem estado feliz do jeito que você é?
3. Autonomia e relação com os pais	13. Você tem tido tempo suficiente para você mesmo?
	14. Você tem conseguido fazer as coisas que você quer no seu tempo livre?
	15. Seus pais têm tido tempo suficiente para você?
	16. Seus pais têm tratado você com justiça?
	17. Você tem conseguido conversar com seus pais quando quer?
	18. Você tem tido dinheiro suficiente para fazer as mesmas coisas que seus amigos fazem?
	19. Você tem dinheiro suficiente para suas despesas?
4. Suporte social e grupo de pares	20. Você tem passado tempo com os amigos?
	21. Você tem se divertido com seus amigos?
	22. Você e seus amigos têm se ajudado?
	23. Você tem conseguido confiar nos seus amigos?
5. Ambiente Escolar	24. Você tem estado feliz na escola?
	25. Você tem se saído bem na escola?
	26. Você tem conseguido prestar atenção?
	27. Você tem se dado bem com os seus professores?

Fonte: adaptado de Guedes e Guedes (2011).

1. Bem-estar físico – refere-se a como a criança se sente em relação à saúde, nível de atividade física, energia e resistência. Um resultado baixo nessa dimensão demonstra que a criança está cansada, sem energia e doente, já um resultado mais elevado demonstra uma criança fisicamente saudável;
2. Bem-estar psicológico - explora as emoções positivas e negativas, satisfação de viver, do mesmo modo os sentimentos de infelicidade e depressão. Um resultado baixo nessa dimensão revela que a criança demonstra carência de viver, indícios depressivos, percepção de tristeza e pouca autoestima, já um resultado mais elevado demonstra felicidade, otimismo, satisfação de viver e o emocional equilibrado;
3. Autonomia e relação com os pais - avalia a interação entre a criança e seus familiares, pais ou responsáveis, avalia, também sua autonomia e seus recursos financeiros. Um resultado baixo nessa dimensão demonstra limitação, ausência da família e os recursos financeiros delimitam o seu estilo de vida, já um resultado mais elevado demonstra uma relação agradável com seus familiares, autonomia adequada para a idade e estar satisfeita com os recursos financeiros;
4. Suporte social e grupo de pares - consideram as relações sociais da criança com seus amigos, bem como a sensação de apoio percebido. Um resultado baixo nessa

dimensão revela sentir-se excluída e não aceita pelos grupos de pares, já um resultado mais elevado revela apoio e certo aceite por parte dos grupos de pares;

5. Ambiente escolar - explora a percepção da criança em relação às suas capacidades cognitivas, concentração e seus sentimentos pela escola e por seus professores. Um resultado baixo revela um negativismo em relação à escola e seu aprendizado, já um resultado mais elevado revela a satisfação pela escola e o sucesso escolar. Em cada dimensão citada, estão englobados uma certa quantidade de itens, como mostra a tabela a seguir:

Tabela 6 - Quantidade de questões para cada dimensão do instrumento KIDSCREEN-27

Dimensões	Quantidade de questões
1. Bem-estar físico	5
2. Bem-estar psicológico	7
3. Autonomia	7
4. Suporte social e grupo de pares	4
5. Ambiente escolar	4

Fonte: Adaptado de Gaspar e Matos (2008).

O KIDSCREEN-27 é indicado em diversos estudos epidemiológicos e de forma complementar em estudos de monitorização com crianças e com adolescentes com doença crônica, além de ser capaz de avaliar aspectos específicos de alguma doença (GASPAR; MATOS, 2008). Já no que concerne à escala de respostas e ao cabeçalho do instrumento KIDSCREEN-27, este se apresenta similar ao instrumento progenitor, não havendo alterações ou adaptações na composição em relação a estes.

A utilização do instrumento KIDSCREEN-27 apresenta como vantagem principal a redução do tempo de aplicação, sem a perda total da utilização de dimensões. Isso propicia, ainda que em menor escala, a possibilidade de inferir os pontos positivos e negativos dentro de cada aspecto.

2.3.3 KIDSCREEN-10

Quanto ao instrumento KIDSCREEN-10, Ravens-Sieberer et al. (2010) afirmam que este fornece uma medida válida de um fator geral da QVRS em crianças e em

adolescentes. É pertinente informar que não representa bem a maioria das dimensões individuais do KIDSCREEN-52. Cabe destacar, ainda, que o KIDSCREEN-10 contém dez questões derivadas do KIDSCREEN-27 (e naturalmente do KIDSCREEN-52), configurando-se uma versão superabreviada dos instrumentos KIDSCREEN, sendo unidimensional e requerendo apenas por volta de cinco minutos para seu preenchimento.

Esse instrumento, portanto, apresenta apenas um escore global da qualidade de vida, sendo recomendada sua aplicação em amostras com número de participantes elevados ou que se demande pouco tempo para a aplicação. Sua medida unidimensional representa um resultado global de todas as dimensões de seus instrumentos progenitores. O cabeçalho e as escalas de respostas são as mesmas dos instrumentos KIDSCREEN-52 e KIDSCREEN-27.

O instrumento KIDSCREEN-10 apresenta como vantagem a agilidade na aplicação, que requer um tempo menor se comparado com outras versões dos instrumentos KIDSCREEN. Há, porém, a desvantagem de apresentar uma avaliação unidimensional, que reduz a possibilidade de se investigar as carências específicas de cada dimensão. Tal instrumento também não se encontra validado na população brasileira.

Em um estudo piloto, os autores aplicaram a versão brasileira do instrumento KIDSCREEN-10 em 146 alunos, seguindo as seguintes diretrizes (STADLER, et al., 2015. p.1):

A versão do KIDSCREEN-10 foi elaborada a partir da verificação da numeração de cada questão do KIDSCREEN-52 que foi selecionada para a composição do KIDSCREEN-10 em suas versões de Portugal (GASPAR; MATOS, 2008), de forma que para a versão brasileira do KIDSCREEN-10 utilizou-se como base as questões do KIDSCREEN-52 de Guedes e Guedes (2011).

Convém citar que a perspectiva do estudo piloto não obteve resultados satisfatórios, pois o valor de alfa obtido foi de 0,499, abaixo do limiar aceito pela literatura (0,70) (STADLER, et al., 2015. p.1). Os autores salientam que novas investigações em populações superiores e mais dissimilares precisam ser realizadas.

2.4 VERSÃO PAIS (KIDSCREEN)

A aplicação conjunta das variações do KIDSCREEN de pais e filhos retornou escores mais elevados, fato de que os pais tendem a avaliar com mais otimismo a qualidade de vida de seus filhos se comparados com a autoperspectiva deles. Em contrapartida, nas dimensões “Aspecto financeiro” e “Amigos e apoio social”, os filhos apresentaram valores mais elevados em relação aos seus pais. Já no funcionamento físico e psicológico (emoções positivas e negativas), a maior parte das crianças tem uma autoavaliação menor em relação à percepção de seus pais. Esta tendência ocorreu em amostras em todos os continentes (GASPAR; MATOS, 2008).

Ademais, foram encontradas diferenças nos resultados obtidos em relação à idade na concordância de resultados entre pais e filhos, pois as crianças mais velhas obtiveram uma maior diferença em relação às mais novas nos itens relacionados com o bem-estar e o quesito emocional (GASPAR; MATOS, 2008, p.36). Gaspar e Matos (2008, p.36) salientam que “a informação fornecida pelos pais não pode ser substituída pela informação dos filhos”. Segundo os mesmos autores, as duas informações são válidas e necessárias, pois sugerem grandes diferenças entre a concordância em nível individual entre pais e filhos.

É pertinente destacar que os instrumentos KIDSCREEN, devido aos fatores que atestam sua fidedignidade, citados anteriormente, vêm sendo utilizados em diversas pesquisas ao redor do mundo (GASPAR; MATOS, 2008; RAVENS-SIEBERER et al., 2014; GUEDES; GUEDES, 2011). Além disso, tendo em vista sua disponibilização em três versões, há a possibilidade de que o KIDSCREEN seja aplicado em pesquisas com diferentes objetivos. No entanto, o KIDSCREEN é um instrumento em construção, relativamente recente e ainda não foi totalmente difundido no meio acadêmico, principalmente no Brasil, o que pode gerar distorções em sua utilização por pesquisadores da área. No artigo de Bertoletti et al. (2015), por exemplo, o instrumento KIDSCREEN-27 é citado como validado para a população brasileira, porém, em sua referência está descrito o instrumento KIDSCREEN-52, validado por Guedes e Guedes (2011), ou seja, a única versão validada para os brasileiros.

Vale salientar que até o momento em que a presente pesquisa não esteja publicada na literatura acadêmica, ainda não se tem os testes psicométricos de validação

do instrumento KIDSCREEN-27 para a população brasileira. Entretanto, alguns estudos podem trazer dados semelhantes do presente como, por exemplo, nos estudos de Júnior et al. (2017), o qual obteve como objetivo a estimativa da reprodutibilidade, da consistência interna e da validade de constructo do instrumento KIDSCREEN-27, e os cálculos foram baseados em uma amostra de crianças e adolescentes do estado da Paraíba, porém, tal amostra pode considerar-se distinta da presente pesquisa, pois o referido estudo trata-se de crianças e adolescentes paranaenses, tornando os interesses distintos.

2.5 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO KIDSCREEN-27

Em um primeiro momento é importante enfatizar que o processo de tradução e de adaptação transcultural do KIDSCREEN-52 de Guedes e Guedes (2011), seguiu o procedimento descrito por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), para sua elaboração. O procedimento de tradução e adaptação transcultural do instrumento KIDSCREEN-52 até chegar na sua versão brasileira (GUEDES; GUEDES, 2011), passou por tradução, retrotradução, revisão e apreciação da equivalência de ambas as versões.

A presente pesquisa baseou-se no instrumento supramencionado, extraindo-se as 27 questões do instrumento KIDSCREEN-52 para composição do instrumento em foco, o KIDSCREEN-27.

2.5.1 Tradução

A primeira tradução do idioma original (inglês) para o português foi realizada de forma independente por dois professores universitários (idioma natural o português e domínio do inglês), com o conhecimento aprofundado do instrumento KIDSCREEN-52. Houve, em sequência, o registro das expressões que gerassem dúvidas na interpretação (GUEDES; GUEDES, 2011).

2.5.2 Retrotradução (back-translation)

Os tradutores, nesta etapa, foram professores universitários de instituições brasileiras, os quais tinham como idioma natural o inglês, porém, comum domínio do idioma em português. Houve, também, o registro das expressões que gerassem dúvidas no processo de retrotradução. Findadas as duas etapas da tradução, os tradutores linguísticos compararam as duas traduções e geraram uma versão singular com os resultados de comum acordo (GUEDES; GUEDES, 2011).

2.5.3 Revisão

A revisão ocorreu nas sete versões finais realizadas pelos tradutores (criança/adolescente e pais/tutores), sendo elas: “versão original em língua inglesa, duas versões traduzidas para o português, versão síntese de ambas as traduções para o português, duas versões de retrotradução e versão síntese de ambas as retrotraduções” (GUEDES; GUEDES, 2011).

2.5.4 Apreciação da equivalência de ambas as versões

O comitê analisou o processo de tradução e revisão dos resultados alcançados nas etapas. O comitê foi formado por nove integrantes: “autores do estudo, tradutores que participaram do processo de tradução/retrotradução e três professores universitários da área da Psicologia da saúde e Saúde Pública, todos bilíngues inglês-português” (GUEDES; GUEDES, 2011).

Quadro 3 – Guia do processo de tradução, retrotradução, revisão e apreciação da equivalência de ambas as versões para instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde

1	Produzir várias traduções; Tradutores qualificados.	<u>Tradução</u>
2	Produzir tanto retrotraduções quanto traduções; Usar adequadamente retrotradutores.	<u>Retrotradução</u>
	Constituir um comitê para comparar as versões de origem e final; A composição do comitê deve ser multidisciplinar;	<u>Revisão</u>

3	Usar técnicas estruturadas para resolver discrepâncias; Modificar instruções ou formatar, modificar/rejeitar itens inapropriados, gerar novos itens; Assegurar que a tradução é totalmente compreensível; Verificar a equivalência transcultural das versões de origem e final.
4	<u>Apreciação da equivalência de ambas as versões (ponderações das pontuações)</u> Considerar a adaptação dos pesos das pontuações ao contexto cultural.

Fonte: Guillemin, Bombardier e Beaton (1993).

Em sequência, os seguintes aspectos foram avaliados nas etapas de tradução e adaptação (SANTOS, 2008; GUEDES; GUEDES, 2011):

- Equivalência semântica: avaliação cuidadosa da equivalência gramatical e de vocabulário;
- Equivalência idiomática: atenção especial na tradução de expressões idiomáticas;
- Equivalência cultural: a tradução transcultural eficiente é baseada na escolha de termos na língua traduzida que sejam coerentes com as experiências vividas por essa população, adequando o máximo possível o sentido das frases e sentenças.

2.6 CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO

A confiabilidade, também conhecida como fidedignidade, é a capacidade de um instrumento em medir fielmente e reproduzir de forma consistente em períodos diferentes (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010). Já a validade, ou validez, consiste em analisar a capacidade de um instrumento de avaliação para medir ou avaliar o fenômeno proposto (BELASCO; SESSO, 2006).

Assim, a característica de um instrumento de avaliação é decretada por características denominadas propriedades psicométricas. Na literatura, há um número considerável de instrumentos, cujas propriedades psicométricas são ilusórias ou permanecem obscuras (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010).

De acordo com Pasquali (1996, p.88-91), os vieses de resposta associados aos itens, falseiam os dados de um instrumento em processo de validação. Tais vieses podem ocasionar correlações falsas, mesmo em se tratando de um bom instrumento de avaliação e, segundo o mesmo autor, os vieses são agrupados em três categorias de erros, sendo a cultura/nível socioeconômico, a resposta aleatória e a resposta estereotipada.

Diante disso, a validade e a confiabilidade são as propriedades psicométricas importantes para a validação de um instrumento de avaliação da qualidade de vida. Entre os testes psicométricos mais utilizados pelos pesquisadores para validar os instrumentos de avaliação da qualidade de vida destacam-se: a validade de critério, a validade discriminante, a validade concorrente, a validade de face, a validade preditiva e, em se tratando da confiabilidade, considera-se a consistência interna e o teste-reteste (FLECK et al., 2000; FLECK; CHACHAMOVICK; TRENTINI, 2006; CRONBACH; MEEHL, 1955; GUEDES; GUEDES, 2011).

O estudo de Jafari, Bagheri e Safe (2012) relata que o Classical Test Theory (Teoria do Teste Clássico – CTT) e o *Item Response Theory* (Teoria da Resposta ao Item – IRT) são os dois métodos mais comuns usados para testar a confiabilidade e a validade de instrumentos da qualidade de vida. Os autores ressaltam, ainda, que as vantagens dos modelos de IRT são superiores se comparadas com as dos métodos do CTT, mesmo em se tratando de dois modelos consistentes e complementares. Convém destacar que a estrutura do KIDSCREEN-27 tem sido avaliada em 13 países europeus, usando os métodos da CTT e da IRT.

Já os questionários de autopreenchimento e as entrevistas são os instrumentos mais usados para a avaliação da qualidade de vida (SEIDI; ZANNON, 2004). Alguns critérios, portanto, devem ser seguidos quando se cria um questionário que avalie a qualidade de vida de uma determinada população.

Devido a isso, para um instrumento ser capaz de avaliar a qualidade de vida de crianças e de adolescentes, é recomendado ser aplicável a todas as crianças e adolescentes, que tenham ou não condições especiais. A saber, os critérios para apreciação dos instrumentos de avaliação envolvem:

(a) operacionalizar uma definição multidimensional, consensual, clara e genérica de qualidade de vida; (b) incluir critérios e domínios da qualidade de vida aplicáveis a todas as crianças; (c) fornecer resultados para cada domínio; (d) serem fáceis de aplicar e de cotar; (e) incluir abordagens objetivas e subjetivas; (f) incluir instrumentos paralelos para crianças e fontes complementares; (g) aumentar a satisfação em domínios percebidos como importantes para a criança; (h) ter características psicométricas satisfatórias (consistência interna e validade); (i) fornecer normas para a população em geral, para além de grupos específicos de crianças; (j) reconhecer que a criança está em desenvolvimento (GASPAR; MATOS, 2008, p.34).

Para Harding (2001), os critérios que avaliam a qualidade de vida em crianças e em adolescentes devem ser julgados da seguinte maneira:

- Conter os quatro domínios da OMS, funcionamento físico, psicológico, social e o ambiental.
- Incorporar dimensões de qualidade de vida geral, capaz de ser preenchido pela própria criança e ser sensível ao seu nível de desenvolvimento;
- Seja confiável, validado, fácil de administrar e sensível à mudança;
- Ser padronizada para a população relevante;
- Ser multicultural ou genérico, relacionado com a saúde, ou ter dimensões para doenças específicas;
- Incluir avaliação subjetiva ou qualitativa (emoções, satisfação ou preferências).

Oito instrumentos são descritos nos estudos de Harding (2001), que estão em conformidade com esses critérios citados, sendo os seguintes: How are you? (HAY); Children's Quality of Life - TACQOL (TNO-AZL); Kinder lebensqualitätfragebogen (KINDL); V'ecu et SantéPerç,ue de l'Adolescent (VSP-A); AutoquestionnaireQualité de Vie Enfant imagé (AUQEI); Child Health Questionnaire - Child Form (CHQ-CF87); Child Health and Illness Profile—Adolescent Edition (CHIP-AE) e Child Health-Related Quality of Life (CQOL). Além disso, a autora apresenta os instrumentos de avaliação da qualidade de vida de crianças e de adolescentes, conforme a idade abrangida, as cidades de origem, as dimensões envolvidas, as amostras de padronização, o tipo de medição, a validade e a consistência interna, a existência da versão para os pais e a versão no idioma inglês.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo de caráter transversal com o intuito de disponibilizar um novo produto. Dessa forma, realizou-se a validação do instrumento KIDSCREEN-27 para a língua portuguesa do Brasil, em escolares com idade entre oito e 18 anos, visando apenas a testagem das propriedades psicométricas, já que a tradução e a adaptação transcultural já foram realizadas em estudo realizado por Guedes e Guedes (2011).

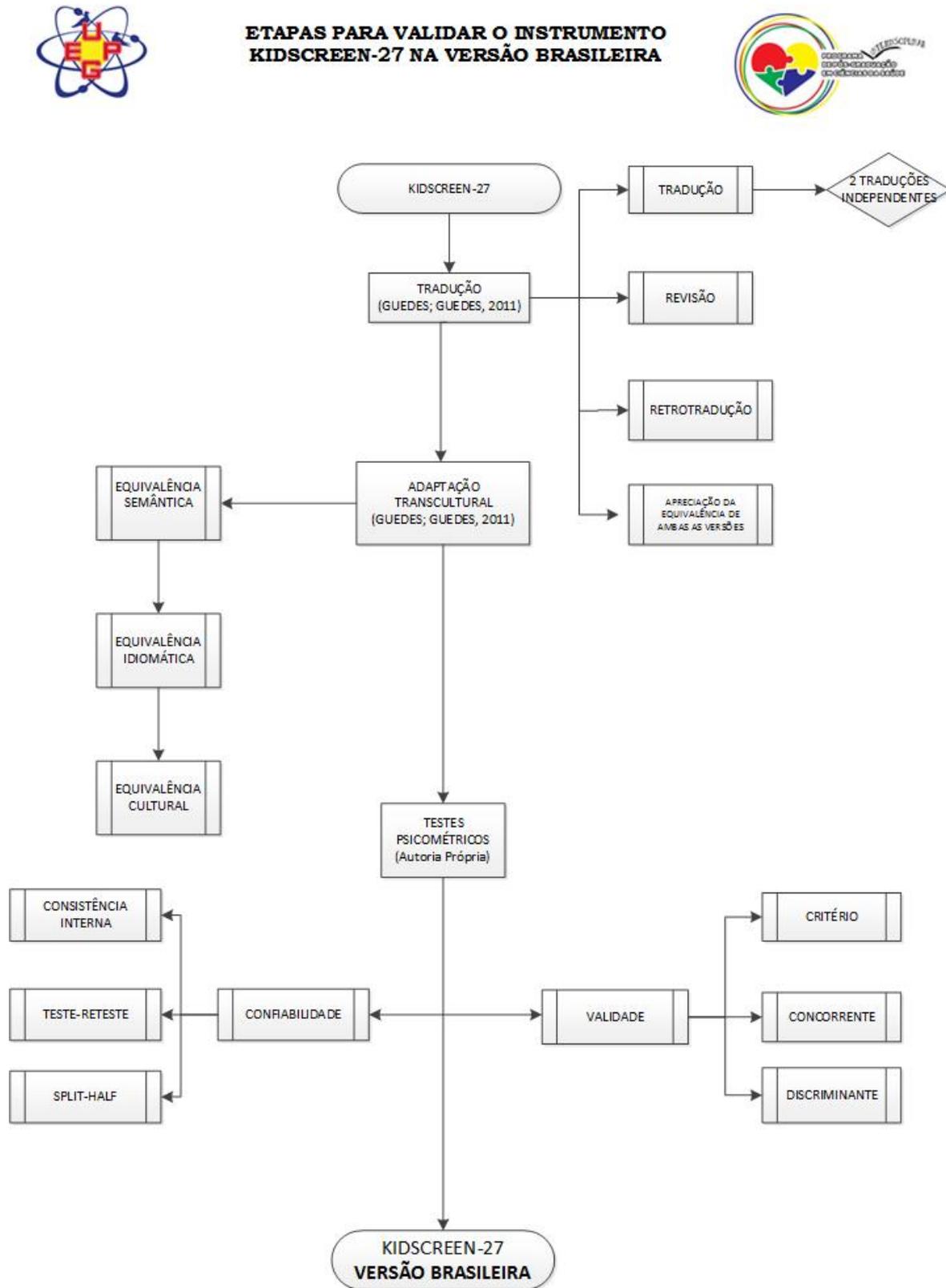
Foi analisada a validade e a confiabilidade do KIDSCREEN-27 para a população brasileira, por meio de testes psicométricos, que calculam a qualidade do instrumento para avaliação e a sua aplicabilidade, minimizando possíveis erros.

Considerou-se, com base no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente a pessoa com idade entre 12 e 18 anos.

3.2 DESENHO METODOLÓGICO

O fluxograma 2 apresenta as etapas a serem executadas para a construção da versão final do KIDSCREEN-27, aplicável na população brasileira.

Fluxograma 2- Etapas da construção da versão brasileira do instrumento KIDSCREEN-27



Fonte: O autor.

3.3 CARACTERÍSTICAS E SELEÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi por conveniência e, segundo Oliveira (2001), tal aplicação é recomendada para questionários de teste preliminares ou estudos-piloto. O presente estudo incluiu 1.140 escolares do 6º ano ao 9º ano do ensino fundamental, oriundos de Escolas Públicas Estaduais e Municipais do município de Ponta Grossa-PR, de um universo de 40.960 estudantes, totalizando 2,78% da população de escolares entre o 6º e o 9º anos do ensino fundamental.

Convém citar que a quantidade de 1.140 escolares na presente pesquisa caracteriza valores superiores aos encontrados em pesquisas atuais na literatura científica, que obtêm uma amostra inferior em comparação ao presente trabalho (GUEDES; GUEDES, 2011). Já a escolha da amostra que engloba o atual Ensino Fundamental do estado do Paraná, foi devido ao instrumento enquadrar-se melhor nesse público, pois ele, em processo de validação, abordou questões mais apropriadas a essa população, em que se enquadram, em sua maioria, alunos com idades entre 11 e 14 anos.

Já o Ensino Médio, frequentado em sua grande parte por adolescentes, não foi inserido no presente estudo. Tal justificativa foi determinada pelo estudo de Skevington et al. (2014), em que demonstrou que os instrumentos de avaliação da qualidade de vida destinados à população adulta têm se demonstrado mais apropriados em adolescentes se comparados aos instrumentos de avaliação da qualidade de vida direcionados a crianças. Tal evidência indica que o desenvolvimento de um novo instrumento voltado somente a adolescentes é justificável (SKEVINGTON et al., 2014).

Em sequência, não foram aplicados aos alunos do 5º ano e anteriores, tendo em vista que a maioria dos correspondentes da amostra não responderam ao número mínimo suficiente para autenticar o questionário, sendo desejável um retorno de 80% do total de questões obtidas no presente instrumento. Dessa forma, optou-se pela exclusão de tal grupo, justificando o não entendimento deles na interpretação das questões. Vale ressaltar, também, que as escolas Privadas não compuseram o estudo por motivo de inviabilidade técnica.

3.3.1 Critério de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão na presente pesquisa serão os seguintes: obter idade entre oito e 18 anos; estar regularmente matriculado em escola ou colégio da rede pública municipal e estadual de ensino de Ponta Grossa/PR; não possuir deficiência intelectual, haver concordância de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte do responsável pela instituição e dos escolares (participantes da pesquisa) e preencher minimamente 80% das questões do questionário proposto.

3.3.2 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), sob o número do Parecer: 2.059.915; CAAE: 57785216.6.0000.0105. E, imediatamente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, no mês de Maio de 2017, os pesquisadores do presente estudo iniciaram as coletas de dados como parte da metodologia proposta. A coleta findou no mês de novembro do ano de 2017. Desde a data da aprovação até o último dia de coletas, totalizaram-se seis meses de coleta de dados.

3.4 PROCEDIMENTO

3.4.1 Obtenção do instrumento KIDSCREEN-27

A versão do KIDSCREEN-27, foco da presente pesquisa, foi elaborada a partir da verificação da numeração de cada questão do KIDSCREEN-52 que foram selecionados para a composição do KIDSCREEN-27 em suas versões de Portugal (GASPAR; MATOS, 2008), de forma que para a versão brasileira do KIDSCREEN-27, todas as 27 questões foram extraídas da versão do KIDSCREEN-52 presente no estudo de Guedes e Guedes (2011). Dessa forma, para a validação do instrumento KIDSCREEN-27 foram aplicados

em uma amostra de aproximadamente 1.140 indivíduos, sendo estes estudantes da rede pública de escolas localizadas no município de Ponta Grossa – PR.

3.5 PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

A qualidade de informações contidas em um instrumento dependerá das suas propriedades psicométricas (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Segundo os mesmos autores, as propriedades psicométricas são referentes aos dados dos testes que determinam a qualidade de medida de um instrumento proposto.

Nos testes psicométricos tornam-se presentes três características fundamentais, sendo elas conhecidas como confiabilidade, consistência interna e validade. Nesse sentido, a confiabilidade, também conhecida como fidedignidade, é a capacidade de um instrumento em medir fielmente e reproduzir de forma consistente em períodos diferentes (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010). Já a validade, ou validez, consiste em analisar a capacidade de um instrumento de avaliação para medir ou avaliar o fenômeno proposto (BELASCO; SESSO, 2006).

Para a análise e o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 18.0. Para tal, realizaram-se cálculos matemáticos, caracterizados como propriedades psicométricas, uma vez que se torna necessário para a obtenção de um instrumento de avaliação com a devida qualidade (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010), sendo o destaque a confiabilidade e a validade.

É um erro bastante comum na etapa metodológica em pesquisas científicas selecionar um instrumento de coleta de dados que não atende ao propósito da pesquisa ou não é fidedigno (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1992). Nesse contexto, para minimizar tais erros frequentemente cometidos em pesquisas científicas, os testes utilizados para o desenvolvimento da presente pesquisa serão individualmente listados nas subdivisões a seguir.

3.5.1 Validade de critério

A validade de critério é a correlação dos elementos relacionados com o critério de interesse proposto e, quando o critério refere-se ao futuro, tem-se a validade preditiva, quando é hodierno, tem-se a validade concorrente, mensurados por um coeficiente de correlação. Vale ressaltar que o coeficiente de correlação é um método estatístico usado para avaliar uma possível associação linear entre duas variáveis contínuas (MUKAKA, 2012).

Já a interpretação do coeficiente de correlação é feita da seguinte maneira: valores entre 0,9 a 1 indicam uma correlação muito forte, valores de 0,7 a 0,9 indicam uma correlação forte, valores entre 0,5 a 0,7 indicam uma correlação moderada, valores de 0,3 a 0,5 indicam uma correlação fraca e valores de 0 a 0,3 indicam uma correlação desprezível (MUKAKA, 2012). Em casos em que o valor da correlação indicar para menos (negativos), a correlação será inversamente proporcional.

Para tal, foi aferida, por meio da inter-relação das dimensões do instrumento entre si e o quanto cada dimensão deste explica o seu escore global. No processo, foram utilizados os cálculos de correlação de Spearman.

3.5.2 Consistência Interna

A consistência interna avalia a confiabilidade de um constructo, por meio do teste estatístico do coeficiente de Alfa de Cronbach e nele, quanto menor for a soma da variância dos itens maior é a consistência do instrumento (PASQUALI, 2013). Pauta-se, portanto, na correlação dos itens avaliados entre si e o escore global deles (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010).

O coeficiente de Alfa de Cronbach tem uma escala de $-\infty$ a 1, sendo os valores de 0,7 considerados satisfatórios, e o seu cálculo é advindo por meio da variância das questões individuais e da variância da soma das questões de cada avaliador do total de questões do instrumento, o qual deve utilizar a mesma escala de aferição (CRONBACH, 1951).

Vale salientar que, segundo a literatura, é desejável uma moderada correlação dos itens entre si, e que cada item que compõe o instrumento apresente uma correlação, também, de grau moderado com o seu escore total (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010).

3.5.3 Validade concorrente

A validade concorrente é estudada quando um teste é proposto como substituto de outro, ou um teste é correlacionado com algum critério contemporâneo (CRONBACH; MEEHL, 1955). Dessa forma, mensura a confiabilidade do instrumento que se está validando com o outro instrumento com o mesmo propósito de aplicação já devidamente validado, chamado de “padrão-ouro”.

Nesse contexto, utilizou-se a validade concorrente para calcular, por meio da correlação entre o KIDSCREEN-27 e o instrumento AUQEI (padrão-ouro), ambos coletados juntos. Calculou-se para tal, o coeficiente de correlação de Spearman.

3.5.4 Confiabilidade teste-reteste

A confiabilidade teste-reteste é utilizada para atestar o índice de confiança a partir da estabilidade de um instrumento. Ela ocorre por meio do comparativo entre os resultados retornados em momentos diferentes, com o propósito de avaliar a sua estabilidade (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

De acordo com a literatura, recomenda-se um intervalo de 14 a 21 dias para a segunda aplicação. Se o intervalo de tempo do teste com o reteste for muito curto terá um efeito conhecido como superavaliação da estabilidade. Tal efeito pode ser provocado pela contaminação da memória. Já se o intervalo de tempo for muito longo entre o teste e o reteste, esse terá um efeito conhecido como subavaliação da estabilidade, o qual favorece a obtenção de novas aprendizagens (MARTINS, 2006).

Dessa maneira, foi reaplicado o instrumento para a mesma amostra, com um intervalo de 20 dias, especificamente. A saber, a primeira coleta aconteceu no dia 08

de julho de 2017 e, a segunda coleta, no dia 28 de julho de 2017.

3.5.5 Validade discriminante

Verifica se há diferença significativa entre dois resultados de aplicações em dois grupos distintos. Uma diferença significativa entre os itens de cada dimensão acaba sendo desejada (FERREIRA et al., 2008).

Dessa forma, foi aplicado o instrumento KIDSCREEN-27 em duas populações distintas, estudantes de uma escola pública da rede estadual de ensino e estudantes de um orfanato, ambas instituições do município de Ponta Grossa-PR, para que, então, fossem obtidas diferenças significativas na avaliação da qualidade de vida examinada. Para tal, foi utilizado o Teste U de Mann-Whitney, o qual envolveu a análise da variância e os testes de hipóteses.

3.5.6 Split-Half (metade partida)

O Split-Half, conhecido como a técnica das metades partidas, consiste na divisão do instrumento em duas partes iguais. Há duas formas de se efetuar tal divisão: 1) repartir o instrumento em primeira parte e segunda parte, ou seja, a parte superior e a parte inferior do instrumento e, 2) separar as questões de números pares com as questões de números ímpares. Vale salientar que tal técnica requer apenas uma única aplicação do instrumento (MARTINS, 200).

Ademais, o presente trabalho calculou a correlação entre o somatório dos escores das duas partes e das duas formas citadas de divisão. Caso o instrumento seja confiável, o somatório dos escores de ambas as metades deverão estar fortemente correlacionados (MARTINS, 2006), sendo desejável a obtenção de correlação positiva significativa. A correlação foi realizada por meio do coeficiente correlação de Spearman.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme a aplicação dos critérios de inclusão, já expostos, a distribuição da amostra ocorreu da seguinte forma: para os cálculos da validade de critério, consistência interna, validade discriminante e split-half houve, em um primeiro momento, 931 respondentes, destes, passou para 915 respondentes válidos.

Para os cálculos da validade concorrente e teste-reteste foram coletados 110 respondentes, destes, 102 foram válidos para o cálculo da validade concorrente e, dos mesmos 110 coletados, 100 foram válidos para os cálculos do teste-reteste. Já para calcular a validade discriminante (orfanato), a amostra passou de 99 respondentes para 94 respondentes válidos para os cálculos.

4.1 VALIDADE DE CRITÉRIO

Os escores das dimensões caracterizaram-se como não normais ($p < 0,001$), dessa forma, foram utilizados testes não-paramétricos como, por exemplo, o coeficiente de correção de Spearman.

A tabela 7 apresenta a correlação das dimensões entre si e a correlação das dimensões com o escore global do instrumento KIDSCREEN-27, por meio do cálculo de coeficiente de correlação de Spearman, em 915 casos válidos.

Tabela 7 – Correlação entre as dimensões do instrumento KIDSCREEN-27

Dimensões	1	2	3	4	5
Bem-estar físico (1)	-				
Bem-estar psicológico (2)	0,474	-			
Autonomia e relação com os pais (3)	0,396	0,563	-		
Suporte social e grupo de pares (4)	0,326	0,364	0,436	-	
Ambiente escolar (5)	0,403	0,492	0,490	0,384	-
ESCORE GLOBAL (KIDSCREEN)	0,697	0,744	0,784	0,692	0,738

*Todas as correlações são significativas no nível 0,001.

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

É pertinente expor que as correlações foram estatisticamente significativas entre todas as dimensões entre si e todas as dimensões com o escore global do instrumento KIDSCREEN-27. Ao analisar o coeficiente de correlação entre as dimensões, o caso em que obteve a maior correlação foi entre a dimensão Autonomia e relação com os pais com a dimensão Bem-estar psicológico (0,563). Por outro lado, o caso que obteve a menor correlação foi entre a dimensão Suporte Social e grupo de pares com a dimensão Bem-estar psicológico (0,326). A partir de tais achados, pode-se pressupor que a dimensão Suporte social e grupo de pares destaca-se como uma limitação que deve ser superada em futuros estudos envolvendo as versões brasileiras dos instrumentos KIDSCREEN.

As dimensões do KIDSCREEN-27 que apresentaram os valores mais significativos com o escore global em ordem decrescente foram: Bem-estar psicológico (0,744), Autonomia e relação com os pais (0,784), Ambiente escolar (0,738), Bem-estar físico (0,697) e Suporte social e grupo de pares (0,692). Assim, todas as dimensões correlacionadas com o escore global obtiveram correlação significativa, fato considerado de maior relevância para o presente estudo.

Conforme o exposto, baseado principalmente no retorno de correlações significativas no nível 0,001 em todos os itens, infere-se que o instrumento KIDSCREEN-27 apresentou qualidade satisfatória no que se refere à validade de critério.

4.2 CONSISTÊNCIA INTERNA

Conforme já exposto, a literatura reporta que, para um questionário ser considerado consistente, é desejado que o valor de alfa de Cronbach estivesse acima de 0,70 (CRONBACH; MEEHL, 1955). Para tal, calculou-se o alfa de Cronbach em uma amostra de 915 casos válidos.

Tabela 8 – Consistência interna aferida pelo coeficiente de alfa de Cronbach do instrumento KIDSCREEN-27

Itens	Alfa de Cronbach	Casos Válidos	Número de itens
Bem-estar físico	0,407	851	5
Bem-estar psicológico	-0,065	847	7
Autonomia e relação com os pais	0,735	856	7

Suporte social e grupo de pares	0,755	889	4
Ambiente escolar	0,713	894	4
27 Questões	0,805	723	27
Dimensões	0,790	915	5

Fonte: O autor.

Nota-se, conforme a literatura recomenda, que das cinco dimensões avaliadas, três apresentaram o valor de alfa de Cronbach satisfatório, sendo elas a Autonomia e relação com os pais (0,735), Suporte social e grupo de pares (0,755) e Ambiente escolar (0,713).

Em contrapartida, as dimensões Bem-estar físico (0,407) e Bem-estar psicológico (-0,065) não apresentaram um valor de alfa de Cronbach satisfatório. Em testes adicionais, verificou-se que, ao excluir a questão de número 1 da dimensão Bem-estar físico, o escore do Alfa de Cronbach aumentaria para 0,653, aproximando-se do valor desejável (0,70). Por sua vez, seria necessária a exclusão das questões 9, 10 e 11 da dimensão Bem-estar psicológico para que o valor do coeficiente alfa de Cronbach aumentasse para 0,348, valor ainda abaixo do desejável, porém, consideravelmente superior ao valor negativo obtido, conforme mostra a tabela 8. Somente com a exclusão de quatro questões (1, 9, 10 e 11), o valor do coeficiente de alfa de Cronbach do KIDSCREEN-27 aumentaria para 0,877.

Entretanto, cabe ressaltar que a consistência interna avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach foi satisfatória em cinco itens descritos na tabela 8, sendo eles: Autonomia e relação com os pais (0,735), Suporte social e grupo de pares (0,755), Ambiente escolar (0,713), Dimensões (0,790) e Todas as questões (0,805).

Além disso, o coeficiente do alfa de Cronbach calculado na versão traduzida, adaptada transculturalmente e validada à população brasileira do instrumento KIDSCREEN-52, o progenitor (GUEDES; GUEDES, 2011) e o instrumento AUQEI (ASSUMPÇÃO JUNIOR et al., 2000) obtiveram um valor global médio de 0,828 e 0,710, respectivamente. Tais valores estão próximos ao valor da presente pesquisa em relação aos itens “Dimensões” (0,790) e “Todas as questões” (0,805).

Dessa forma, tais ponderações mostram que, ao considerar os resultados obtidos do instrumento em sua totalidade, pode-se inferir que a versão brasileira do KIDSCREEN-27 é capaz de reunir informações de qualidade similar às versões relacionadas à QVRS de crianças e adolescentes brasileiros.

4.3 VALIDADE CONCORRENTE

Optou-se pelo cálculo de correlação de Spearman, devido à distribuição apresentar não normalidade. A amostra foi composta por 102 indivíduos e os resultados estão expostos na tabela a seguir:

Tabela 9 – Coeficiente de correlação entre o escore das dimensões e escore global do KIDSCREEN-27 com o escore global do instrumento AUQEI

Dimensões	Correlação
Bem-estar físico	0,378
Bem-estar psicológico	0,507
Autonomia e relação com os pais	0,323
Suporte social e grupo de pares	0,419
Ambiente escolar	0,426
ESCORE GLOBAL (KIDSCREEN)	0,575

*Todas as correlações são significativas no nível 0,001.

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

Conforme está descrito na tabela 9, todas as correlações demonstraram-se significativas entre as dimensões e o escore global com o escore global do AUQEI. Além disso, o coeficiente de correlação entre o escore global do KIDSCREEN-27 com o escore global do AUQEI obteve o maior grau de correlação (0,575).

Ressalta-se que o instrumento AUQEI engloba 26 questões, seccionadas em quatro itens (Autonomia, Lazer, Função e Família), totalizando 18 questões. Dessa maneira, das 26 questões, oito são tratadas de forma isolada, ou seja, sem relação entre si. Nesse contexto, pode-se justificar tais resultados da correlação entre os itens, pois tais questões são interpretadas particularmente no instrumento AUQEI, diferentemente do KIDSCREEN-27 em que todas as 27 questões estão seccionadas em cinco dimensões.

Vale salientar que a literatura atual ressalta que, para a obtenção de resultados satisfatórios na validade concorrente, as correlações devem ser significativas (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Devido ao exposto, baseado nas correlações significativas no nível 0,001 para as cinco dimensões e ao escore global e possuindo uma correlação no escore global de 0,575, infere-se que o instrumento KIDSCREEN-27 apresenta validade concorrente satisfatória em relação ao AUQEI.

4.4 FIDEDIGNIDADE TESTE-RETESTE

Devido aos dados não apresentarem normalidade, o coeficiente de correlação de Spearman foi calculado para atestar a confiabilidade, por meio da estabilidade e teste de hipótese. A tabela a seguir demonstra os resultados da aplicação do instrumento KIDSCREEN-27, em dois momentos distintos na mesma amostra, com o propósito de atestar a sua estabilidade no teste-reteste, em 100 casos válidos.

Tabela 10– Comparativo entre teste-reteste dos escores das dimensões e escore global do instrumento KIDSCREEN-27

Dimensões	Média (dp)		P
	Teste	Reteste	
Bem-estar físico	3,57 (0,87)	3,52 (0,95)	0,316
Bem-estar psicológico	3,85 (0,71)	3,77(0,83)	0,451
Autonomia e relação com os pais	3,54 (0,85)	3,58(0,96)	0,612
Suporte social e grupo de pares	4,02 (0,99)	3,93 (1,15)	0,200
Ambiente escolar	3,45 (0,92)	3,38 (1,06)	0,494
ESCORE GLOBAL (KIDSCREEN)	3,69 (0,64)	3,64 (0,76)	0,686

*Em nenhum caso há diferença significativa entre as médias.

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

Conforme o exposto, não houve diferença significativa na primeira aplicação em relação a segunda aplicação do instrumento KIDSCREEN-27. Já a tabela 11 apresenta o coeficiente de correlação de Spearman dos escores dos domínios e do escore global do KIDSCREEN-27, nas aplicações de teste e de reteste:

Tabela 11 – Coeficiente de correlação dos escores das dimensões e escore global do instrumento KIDSCREEN-27 entre o teste e o reteste

Dimensões	Correlação
Bem-estar físico	0,771
Bem-estar psicológico	0,664
Autonomia e relação com os pais	0,697
Suporte social e grupo de pares	0,643
Ambiente escolar	0,766
ESCORE GLOBAL (KIDSCREEN)	0,802

*Todas as correlações são significativas no nível 0,001.
Fonte: Pesquisa de campo (2017).

Conforme os dados expostos na tabela 11, os valores do escore global (0,802), Bem-estar físico (0,771) e Ambiente escolar (0,766), além de apresentarem correlações significativas ($p < 0,001$), os coeficientes de correlação foram superiores a 0,7, sendo uma estabilidade considerada satisfatória (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

Nesse contexto, a partir dos resultados retornados da tabela 10, infere-se que não houve diferenças significativas entre as médias das questões de cada dimensão se comparados entre o teste e o reteste do instrumento KIDSCREEN-27, ocasionando uma homogeneidade nos resultados retornados. Não obstante, na tabela 11, infere-se que todas as correlações, além de apresentarem significância ($p < 0,001$), foram classificadas com altas correlações. Tais achados indicam uma estabilidade satisfatória do instrumento KIDSCREEN-27.

4.5 VALIDADE DISCRIMINANTE

Na tabela 12 são expressos os resultados correspondentes as 915 crianças estudantes de escolas públicas comparando-as com 94 crianças de orfanatos:

Tabela 12 - Comparação dos escores das dimensões e escore global do instrumento KIDSCREEN-27 entre crianças de escolas e crianças de orfanatos

Dimensão	Média (dp)		Probabilidade de U
	Controle	Orfanato	
Bem-estar físico	3,56 (0,77)	3,73 (0,83)	0,017*
Bem-estar psicológico	3,99 (0,68)	3,89 (0,79)	0,368
Autonomia e relação com os pais	3,63 (0,85)	3,22 (1,00)	0,0001*
Suporte social e grupo de pares	4,00 (0,94)	4,07 (0,98)	0,355
Ambiente escolar	3,76 (0,77)	3,33 (1,10)	0,001*
ESCORE GLOBAL (KIDSCREEN)	3,79 (0,60)	3,65 (0,68)	0,071

*Diferenças significativas entre as médias de ambos os grupos
Teste U de Mann-Whitney.

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

Nos itens referentes ao Bem-estar físico, Autonomia e relação com os pais e Ambiente escolar, os valores respectivos de p foram menores que 0,05 (nível de significância adotado), sendo estatisticamente significativos. Dessa forma, infere-se que há diferença significativa entre os itens da qualidade de vida de crianças que frequentam escolas tradicionais em relação a crianças que frequentam escolas em orfanatos.

Segundo Gaspar e Matos (2008), quando a dimensão Autonomia e relação com os pais do instrumento KIDSCREEN-27 obtiver um escore baixo demonstra limitação, ausência da família e os recursos financeiros delimitam o seu estilo de vida. Logo, na dimensão Ambiente escolar um escore baixo revela um negativismo em relação à escola e seu aprendizado. Dessa forma, considerando que os recursos financeiros e o negativismo são algumas das subdimensões abordadas nos respectivos itens, os achados reforçam tais diferenças significativas entre as crianças de escolas tradicionais e crianças de escolas em orfanatos.

Em contrapartida, os itens referentes ao Bem-estar psicológico, Suporte social e grupo de pares e ao escore global, obtiveram o valor de p maior que 0,05, não havendo diferença significativa. Apesar da diferença, o resultado pode ser considerado satisfatório, tendo em vista que o número de crianças da amostra que frequenta escolas regulares foi por volta de dez vezes maior do que o grupo de crianças de orfanatos.

4.6 SPLIT-HALF

Por apresentar não normalidade nos dados, a correlação de Spearman foi calculada com o intuito de mensurar a confiabilidade do instrumento KIDSCREEN-27, em 915 casos válidos.

A correlação entre o somatório das respostas das questões que compõem a primeira metade do KIDSCREEN-27 com o somatório das respostas das questões que compõem a segunda metade do KIDSCREEN-27 obteve um valor de 0,516. Já a correlação entre o somatório das respostas das questões ímpares do KIDSCREEN-27 com o somatório das respostas das questões pares do KIDSCREEN-27 obteve um valor de 0,727.

Nota-se que, nos dois casos, houve valores distintos do coeficiente de correlação em que, no primeiro caso, a comparação resultou em uma correlação menor em relação ao segundo caso. Justifica-se tal diferença pelo fato de que as questões relacionadas as mesmas dimensões não foram distribuídas igualmente, obtendo, assim, uma comparação entre dimensões sem muitas relações entre si.

Já no segundo caso, em que separou as questões pares das questões ímpares, é justificável a correlação obter um valor maior, pelo fato de que a divisão tornou-se mais equiparada, obtendo, então, uma comparação mais homogênea entre si.

Conforme já foi exposto, para que o instrumento seja confiável, o somatório dos escores de ambas as comparações deverá estar fortemente relacionado, sendo desejável a obtenção de correlação positiva significativa (MARTINS, 2006).

Nesse contexto, os dois casos obtiveram uma correlação satisfatória. Tal fato expressa que os resultados reforçam, mais ainda, a confiabilidade do instrumento KIDSCREEN-27.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa trouxe, em seu contexto, diversos conceitos sobre a qualidade de vida encontrada na literatura acadêmica, citada por diferentes autores. Eles, no entanto, são unânimes no que diz respeito aos aspectos da subjetividade, da multidimensionalidade e da existência de dimensões positivas e negativas da qualidade de vida (MION JÚNIOR; PIERIN; GUSMÃO, 2005 apud PEDROSO, 2013).

Em uma busca realizada pelos pesquisadores, no período entre 2014 até o momento da escrita da presente dissertação, ocorreram mais traduções em diferentes idiomas dos instrumentos KIDSCREEN, tendo um total de nove novas pesquisas em processo de traduções e validações. Havendo a consecução de tais pesquisas, o instrumento KIDSCREEN passará de 38 idiomas para 47 idiomas disponíveis na literatura. Essa propagação mundial das versões do KIDSCREEN é de importância para o meio acadêmico, pois ampliará possibilidade de trocas de conhecimentos entre os pesquisadores de diversos continentes.

É pertinente destacar que o processo de tradução, de adaptação transcultural e de validação do instrumento KIDSCREEN-52 para a cultura brasileira foi realizado por Guedes e Guedes (2011). Como o instrumento KIDSCREEN-27 é derivado do KIDSCREEN-52, a tradução e a adaptação transcultural foram realizadas pela verificação da numeração de cada questão do KIDSCREEN-52 e foram selecionadas para a composição do KIDSCREEN-27, obtendo, pelo presente estudo, somente o processo de validação, o qual foi atestado pelas propriedades psicométricas.

No que concerne ao teste das propriedades psicométricas, o instrumento KIDSCREEN-27 reportou em seu contexto diversos cálculos, o que mensurou sua capacidade de se reproduzir consistentemente, bem como sua capacidade de avaliar aquilo a que realmente se propõe.

Quanto à validade de critério, em todos os itens as correlações foram significativas para um nível de 0,001, porém, a dimensão Suporte social e grupo de pares obteve os menores valores do coeficiente de correlação em relação às outras dimensões e em relação ao escore global, então, tal achado sugere, para estudos futuros, uma atenção isolada nessa dimensão. Nesse sentido, o presente estudo conclui, baseado principalmente no retorno de correlações significativas no nível 0,001 em todos os itens,

que o instrumento KIDSCREEN-27 apresentou qualidade satisfatória no que se refere à validade de critério.

Já em relação à consistência interna, tais achados demonstraram que ao considerar os resultados obtidos do instrumento em sua totalidade, pode-se inferir que a versão brasileira do KIDSCREEN-27 é capaz de reunir informações de qualidade, mesmo obtendo dois itens isolados com o alfa de Cronbach abaixo do desejável. Vale salientar que valores de alfa de Cronbach globais do instrumento KIDSCREEN-27 são próximos aos valores globais de instrumentos que avaliam a QVRS mundialmente utilizados por pesquisadores.

Ademais, quanto à validade concorrente, o instrumento AUQEI obteve uma correlação de 0,575 no escore global com o escore global do instrumento KIDSCREEN-27 e, com base nos fatos de que as correlações foram significativas no nível 0,001 para todos os itens, conclui-se que o instrumento KIDSCREEN-27 apresentou uma validade concorrente satisfatória em relação ao AUQEI, instrumento o qual é mundialmente utilizado para avaliação da qualidade de vida de crianças.

Ainda, quanto ao teste-reteste, tais achados indicaram uma estabilidade satisfatória do instrumento KIDSCREEN-27. A saber, todas as correlações apresentaram significância no nível de 0,001, além de terem sido classificadas como satisfatórias. Não obstante, em relação ao comparativo do teste com o reteste, concluiu-se que não houve diferença significativa dos itens entre si, ocasionando, assim, uma homogeneidade nos resultados retornados.

No que se refere à validade discriminante, o presente estudo retornou diferença significativa para as dimensões Bem-estar físico, Autonomia e relação com os pais e Ambiente escolar. Em contrapartida, no escore global, Bem-estar psicológico e Suporte social e grupo de pares não houve diferença significativa. Tais achados concluíram que é justificável que houvesse diferenças significativas nas dimensões Bem-estar-físico, Autonomia e relação com os pais e Ambiente escolar. O fato, porém, do escore global, Bem-estar psicológico e Suporte social e grupo de pares não obterem uma diferença significativa, acredita-se que foi pelo fato de que os dois grupos englobaram uma diferença de quase 10 vezes a mais do tamanho de uma amostra com a outra.

Quanto ao que se refere ao split-half, no primeiro caso, obteve-se um valor da correlação de 0,516 e, no segundo caso, obteve-se um valor da correlação de 0,727, ou

seja, ambos os valores são caracterizados como satisfatórios pelos presentes autores. Tais achados reforçam, mais ainda, a confiabilidade do instrumento KIDSCREEN-27 em seu processo de validação. Vale salientar que houve dificuldades na realização de comparações com o que a literatura acadêmica traz, pois há uma limitação na quantidade de trabalhos que reportam o split-half como forma de atestar a confiabilidade de instrumentos de medidas.

Por fim, o presente estudo cumpriu com o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas do instrumento KIDSCREEN-27, por meio dos testes da validade de critério, consistência interna, validade concorrente, teste-reteste, validade discriminante e split-half. Os resultados indicaram, portanto, que o mais novo instrumento validado na versão brasileira apresentou, no geral, propriedades psicométricas satisfatórias, criando mais uma possibilidade de investigação para que os pesquisadores e os profissionais avaliem a qualidade de vida de crianças e adolescentes na população brasileira.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M. A. R.; CAETANO, G.; PEDROSO, B. Avaliação da qualidade de vida em crianças: análise dos instrumentos KIDSCREEN. In: ZAMAI, C. A. (Org.). **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. Jundiaí: Paco, 2015. p. 39-51.
- ARAÚJO, D. S. M. S.; ARAÚJO, C. G. S. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Revista Brasileira da Medicina do Esporte**, Niterói, v. 6, n. 5, p. 194-203, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922000000500005&script=sci_arttext&tlnq=es. Acesso em: 9 de jan. 2018.
- ASSUMPTÃO JUNIOR, F. B. J. et al. Escala de avaliação de qualidade de vida (AUQEI - AutoquestionnaireQualité de Vie Infant Imagé): validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 119-127, mar. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2000000100018. Acesso em: 9 de jan. 2018.
- BELASCO, A. G. S.; SESSO, R. C. C. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenção. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. (Org.). **Guia de qualidade de vida**. São Paulo: Manole, 2006. p. 1-10.
- BERTOLETTI, J.; MARX, G. C.; JUNIOR, S. P. H.; PELLANDA, L. C. Health-related quality of life in adolescents with congenital heart disease. **Cardiology in the Young**, v. 25, p. 526-532, 2015.
- BRASIL. Estatuto **da criança e do adolescente**. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em 13 jul. 2018.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição federal seção II da saúde**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- CHATTERJI, S; BICKENBACH, J. Considerações sobre a qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 40-47.
- CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02310555> . Acesso em: 9 de jan. 2018.
- CRONBACH, L. J.; MEEHL, P. E. Construct validity in psychological tests. **Psychological Bulletin**, v. 52, n. 4, p. 281-302, 1955. Disponível em: http://mcps.umn.edu/assets/pdf/17_Cronbach.pdf. Acesso em: 9 de jan. 2018.

EUROPEAN DISABKIDS GROUP. **The DISABKIDS questionnaires**. Quality of life questionnaires for children with chronic conditions. Germany: Pabst Science Publishers, 2006. Disponível em: www.disabkids.org/disabkids-project/. Acesso em: 17 de jan. 2018.

DUARTE, P. S.; CICONELLI, R. M. instrumentos para avaliação da qualidade de vida: genéricos e específicos. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. (Org.). **Guia de qualidade de vida**. São Paulo: Manole, 2006. p. 11-18.

FEGADOLLI, C. **Adaptação transcultural e validação do instrumento DISABKIDS-37 para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas**: fase 1. 2008. 192 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2008.

FERREIRA, P. R. A.; PINTO, R. M. C.; MORALES, N. M.O.; SILVA, C. H. M. Propriedades psicométricas do autoquestionnaire qualité de vie enfant imagé (AUQEI) aplicado em crianças com doença falciforme. **Horizonte Científico**, Uberlândia, v. 2, n. 1, p. 2-22, out. 2008. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/view/3991/2973>. Acesso em: 17 de jan. 2018.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, jan./mar. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>. Acesso em: 17 de jan. 2018.

FLECK, M. P. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista da Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200000200012. Acesso em: 17 de jan. 2018.

FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. et al. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.

GASPAR, C. A. F. **Qualidade de vida de trabalhadores que participam de práticas externas de cidadania empresarial**: possibilidades de transformações individuais e coletivas. 2001. 188 f. dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

GASPAR, T; MATOS, M. G. **Qualidade de vida em crianças e adolescentes**: versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN 52. Lisboa: Aventura Social e Saúde, 2008. 125 p.

GASPAR, T. et al. Qualidade de vida instrumentos KIDSCREEN-52 para pais e crianças e adolescente. **Revista Peruana de Psicometria**, v. 1, n. 2, p. 1-19, 2008.

GORDIA, A. P. et al. Variáveis comportamentais e sociodemográficas estão associadas ao domínio psicológico da qualidade de vida de adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 29-35, mar. 2010.

GRÁCIO, M. C. C.; OLIVEIRA, E. F. T. A inserção e o impacto internacional da pesquisa brasileira em 'estudos métricos': uma análise na base Scopus. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, v. 5, n. 1, p. 1-19, 2012.

GUEDES, D. P; GUEDES, J. E. R. P. Tradução, adaptação cultural e propriedades psicométricas do KIDSCREEN-52 para população brasileira. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 364-372, mar./jan. 2011.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal Clinical Epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 417-432, 1993.

HARDING, L. Children's quality of life assessments: a review of generic and health related quality of life measures completed by children and adolescent. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, v. 8, p. 79-96, 2001.

HIDALGO-RAMUSSEN, C. A; RAJMIL, L; ESPINOZA, R. M. Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana de 8 a 18 años. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2215-2224, jun./out. 2014.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto e Produção**, v. 11, n. 2, p. 85-103, 2010.

HULLMANN, S. E. et al. Measures of general pediatric quality of life: Child Health Questionnaire (CHQ), DISABKIDS Chronic Generic Measure (DCGM), KINDL-R, Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) 4.0 Generic Core Scales, and Quality of My Life Questionnaire (QoML). **Arthritis Care and Research (Hoboken)**, v. 63, n. Suppl 11, p. S420-30, 2011.

JAFARI, P.; BAGHERI, Z.; SAFE, M. Item and response-category functioning of the Persian version of the KIDSCREEN-27: rasch partial credit model. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 10, n. 127, p. 1-6, 2012.

JIROJANAKUL, P.; SKEVINGTON, S. M. Developing a quality of life measure for children aged 5-8 years. **British Journal of Health Psychology**, v. 5, n. 3, p. 299-321, set. 2000.

JIROJANAKUL, P.; SKEVINGTON, S. M.; HUDSON, J. Predicting young children's quality of life. **Social Science and Medicine**, v. 57, n. 7, p. 1277-1288, oct. 2003.

KESZEI, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 68, n.4, p. 319-323, apr. 2010.

MACHADO, C. S. et al. The Brazilian version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ). **Clinical and Experimental Rheumatology**, v. 19, n. (4 Suppl 23), p. S25-9, 2001.

MANIFICAT, S.; DAZORD, A. Évaluation de la qualité de vie de l'enfant: validation d'un questionnaire, premiers résultats. **Neuropsychiatrie de l'Enfance et l'Adolescence**, France, v. 45, p. 106-114, 1997.

MUKAKA, M. M. A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. **Malawi Medical Journal**, v. 24, n. 3, p. 69-71, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576830/>>. Acesso em: 9 de jan. 2018.

MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aval/v16n2/a08v16n2.pdf>. Acesso em: 9 de jan. 2018.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006. 318 p.

NUNES, S. P. H. **Validação do instrumento DISABKIDS-37 para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas**. 2014. 143 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2014.

OLIVEIRA, T. M. V. Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. **Revista Administração Online - FECAP**, v. 2, n. 3, 2001. Disponível em: [https://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/veludo - amostragem nao probabilistica adequacao de situacoes para uso e limitacoes de amostras por conveniencia.pdf](https://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/veludo_-_amostragem_nao_probabilistica_adequacao_de_situacoes_para_uso_e_limitacoes_de_amostras_por_conveniencia.pdf). Acesso em: 17 de jul. 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Documentos básicos**. 48.ed. Ginebra: OMS, 2014.

PAIVA, S. M.; SCARPELLI, A. C.; PORDEUS, I. A. Instrumentos de avaliação de uso na infância e adolescência. In: GORENSTEIN, C.; WANG, Y. P.; HUNGERBUHLER, I. (Org.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 492-497.

PASQUALI, L. Medidas Psicométricas. In: PASQUALI, L. (Org.). **Teoria e Métodos de Medida em Ciências do Comportamento**. Brasília: INEP, 1996. p. 73-112.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 43, (esp), p. 992-999, 2009.

PASQUALI L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação.** Rio de Janeiro: Vozes; 2013.

PATRICK, D. L. A qualidade de vida pode ser medida? Como?. In: FLECK, M. P. A. et al. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008. 29-39 p.

PEDROSO, B. **Possibilidades e limites da avaliação da qualidade de vida: análise dos instrumentos WHOQOL e modelos clássicos de qualidade de vida no trabalho.** 2013. 154 f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

PILATTI, L. A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedade psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. **Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia**, v. 3, n. 1, p. 81-91, jan./abr. 2010.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. **Manual de investigação em ciências sociais.** Lisboa: Gradiva, 1992.

RAVENS-SIEBERER, U. et al. The KIDSCREEN-52 Quality of life measure for children and adolescents: development and first results from a European survey. **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, v. 5, n. 3, p. 353-364, 2005.

RAVENS-SIEBERER, U. et al. Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. **Quality of Life Research**, v. 19, p. 1487-1500, 2010.

RAVENS-SIEBERER, U. et al. The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 23, n. 3, p. 791-803, abr. 2014.

ROBITAIL, S. et al. Testing the structural and cross-cultural validity of the KIDSCREEN-27 quality of life questionnaire. **Quality of Life Research**, v. 16, p. 1335-1345, 2007.

RONCADA, C. **Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Crianças Escolares com Diagnóstico de Asma em Porto Alegre – Brasil.** 2012. 99f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação) - Programa de pós-graduação em pediatria e saúde da criança, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SALUM, G. A.; PATRICK, D. L.; MANFRO, G. G.; FLECK, M. P. Youth Quality of Life Instrument-Research version (YQOL-R): psychometric properties in a community sample, **Journal Pediatric**, v. 88, n. 5, p. 443-448, 2012.

SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 757-754, nov./dez. 2002.

SATO, F. P. **Validação da versão em português de um questionário para validação de autismo infantil**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-07052009-134103/pt-br.php>. Acesso em: 11 de fev. 2016.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos metodológicos e conceituais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr, 2004.

SKEVINGTON, S. M. et al. How appropriate is the WHOQOL-BREF for assessing the quality of life of adolescents? **Psychology & Health**, Abingdon, v. 29, n. 3, p. 297-317, mar. 2014.

SOARES, A. H. R. et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.7 p. 3197-3206, jul. 2011.

SOUZA, J. G. S et al. Instrumentos utilizados na avaliação da qualidade de vida de crianças brasileiras. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 2, p. 272-278, 2014.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, jul./set. 2017.

STADLER H.; PINTO, G. M. C.; PEDROSO, P.; JÚNIOR, M. A. F. Propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento KIDSCREEN-10 para avaliação da qualidade de vida de crianças e adolescentes: um estudo piloto. **Revista Digital EFDeportes**, Buenos Aires, Año, 20, n. 11, 2015. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd211/propriedades-psicometricas-do-kidscreen-10.htm>. Acesso em: 2 de ago. 2017.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

THE KIDSCREEN GROUP EUROPE. **The KIDSCREEN questionnaires**: quality of life questionnaires for children and adolescents. Germany: Pabst Science Publishers, 2006.

VARNI, J. W.; LIMBERS, C.; BURWINKLE, T. M.; Literature review: health-related quality of life measurement in pediatric oncology: hearing the voices of the children. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 32, n. 9, p. 1151-1163, 2007.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA PARA PESQUISA:**

Olá, pais/responsáveis do menor _____, venho por meio do presente documento, solicitar a sua autorização para que o menor a ser relacionado abaixo, preencha voluntariamente o instrumento KIDSCREEN-27, para avaliação da qualidade de vida de crianças e adolescentes. Os dados serão armazenados anonimamente, de forma a preservar a segurança e a integridade do menor voluntário.

Nome do pai/mãe/responsável:..... Idade: RG: Telefones: / Grau de parentesco:
Nome de outra pessoa para contato: Telefone.....:

Título do projeto: Tradução, adaptação transcultural e validação da versão brasileira do instrumento KIDSCREEN-27 para avaliação da qualidade de vida de crianças

Justificativa e os Objetivos da Pesquisa: Os instrumentos direcionados à avaliação da qualidade de vida da população jovem e adulta não se aplicam ao público infantil. Aliado a isso, há uma notável escassez de estudos e instrumentos voltados a esse público (PEDROSO, 2013; SOARES et al., 2011). Estes fatores, somados ao fato de que problemas de qualidade de vida relacionados à criança durante a infância podem trazer danos à vida destas futuramente, tornaram evidente a importância da existência de ferramentas voltadas à avaliação da qualidade de vida de tal público (JIROJANAKUL; SKEVINGTON; HUDSON, 2003). Além disso, o instrumento KIDSCREEN-27 ainda não é validado para população brasileira. O objetivo da presente pesquisa é, portanto, traduzir, adaptar transculturalmente e validar a versão brasileira do instrumento KIDSCREEN-27 para avaliação da qualidade de vida de crianças e adolescentes.

Descrição dos procedimentos: O menor será convidado para preencher um questionário que contém 27 perguntas fechadas, cada uma contendo cinco alternativas de respostas, de forma a autoavaliar a sua própria qualidade de vida.

IMPORTANTE! Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa e retirar esse termo de consentimento, sem que haja qualquer prejuízo em sua relação com os pesquisadores e com a Universidade Estadual de Ponta Grossa. Mantém-se o sigilo e o caráter confidencial do trabalho sem expor sua identidade. Qualquer situação indesejada que aconteça em função da pesquisa será de responsabilidade dos pesquisadores e qualquer despesa eventual será custeada pelos mesmos.

Em caso de necessidade, entrar em contato com o **Pesquisador Responsável:**

mylena_cg@hotmail.com

--

ou com a **Comissão de Ética em Pesquisa:**

COEP/UEPG – Av. Carlos Cavalcanti, 4748, CEP 84.030-900 Campus Universitário em Uvaranas, Bloco M. Sala 12 TELEFONE: (42) 3220-3108 / FAX: (42) 3220-3102 e-mails: coep@uepg.br (Coordenação) e seccoep@uepg.br (Secretaria)
--

Pesquisador principal, responsável pelo Projeto:
(Mylena Aparecida Rodrigues Alves)

Concordo/autorizo a participação na pesquisa.
Ponta Grossa, ___/___/___ (Assinatura do pai/mãe/responsável)

ANEXO A – Instrumento KIDSCREEN-27

KIDSCREEN 27 - Filhos

Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	excelente	muito Boa	boa	fraca	ruim
Em geral, como você diria que está a sua saúde?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você considera a sua saúde "fraca" apoio, como abaixo.

	excelente	muito Boa	boa	fraca	ruim
Em geral, como você diria que está a sua saúde?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você considera a sua saúde "excelente".

Você é homem ou mulher?

Homem

Mulher

Quantos anos você tem?

_____ anos

Você sofre de alguma doença crônica ou incapacitante?

Não

Sim Qual? _____

1 – Atividade Física e Saúde

		excelente	muito Boa	boa	fraca	ruim
1	Em geral, como você diria que esta a sua saúde?	1	2	3	4	5

		nada	pouco	moderadamente	muito	totalmente
2	Você sentiu-se apto e bem disposto?	1	2	3	4	5
3	Você tem sido fisicamente ativo (correu, andou de bicicleta, por exemplo)?	1	2	3	4	5
4	Você tem sido capaz de correr bem?	1	2	3	4	5

Pensando na semana passada

		nunca	raramente	frequentemente	muito frequentemente	sempre
5	Você tem se sentido cheio de energia?	1	2	3	4	5

2 Bem-estar psicológico

Pensando sobre a semana passada

		nada	pouco	moderadamente	muito	totalmente
1	A sua vida tem sido agradável?	1	2	3	4	5

		nunca	raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
2	Você tem estado de bom humor?	1	2	3	4	5
3	Você tem se divertido?	1	2	3	4	5
4	Você tem se sentido triste?	1	2	3	4	5
5	Você tem se sentido tão mal que não tem vontade de fazer coisa alguma?	1	2	3	4	5
6	Você tem se sentido abandonado?	1	2	3	4	5
7	Você tem estado feliz do jeito que você é?	1	2	3	4	5

3 Autonomia e relação com os pais

		nunca	raramente	frequentemente	muito frequentemente	sempre
1	Você tem tido tempo suficiente para você mesmo?	1	2	3	4	5
2	Você tem conseguido fazer as coisas que você quer no seu tempo livre?	1	2	3	4	5
3	Seus pais tem tido tempo suficiente para você?	1	2	3	4	5
4	Seus pais tem tratado você com justiça?	1	2	3	4	5
5	Você tem conseguido conversar com seus pais quando quer?	1	2	3	4	5
6	Você tem tido dinheiro suficiente para fazer as mesmas coisas que seus amigos fazem?	1	2	3	4	5
7	Você tem dinheiro suficiente para suas despesas?	1	2	3	4	5

4 Suporte social e grupo de pares

Pensando na semana passada

		nunca	raramente	frequentemente	muito frequentemente	sempre
1	Você tem passado tempo com os amigos?	1	2	3	4	5
2	Você tem se divertido com seus amigos?	1	2	3	4	5
3	Você e seus amigos têm se ajudado?	1	2	3	4	5
4	Você tem conseguido confiar nos seus amigos?	1	2	3	4	5

5 Ambiente Escolar

Pensando na semana passada

		nada	pouco	moderadamente	muito	totalmente
1	Você tem estado feliz na escola?	1	2	3	4	5
		nada	pouco	moderadamente	muito	totalmente
2	Você tem se saído bem na escola?	1	2	3	4	5
		nunca	raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
3	Você tem conseguido prestar atenção?	1	2	3	4	5
4	Você tem se dado bem com os seus professores?	1	2	3	4	5

ANEXO B – Instrumento AUQEI

Anexo I. AUQEI - Questionário de avaliação de qualidade de vida em crianças e adolescentes. Manificat e Dazord²³.

Algumas vezes você está muito infeliz? Diga por quê:	Algumas vezes você está infeliz? Diga por quê:	Algumas vezes você está feliz? Diga por quê:	Algumas vezes você está muito feliz? Diga por quê:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Diga como você se sente:	Muito infeliz	Infeliz	Feliz	Muito feliz
1. à mesa, junto com sua família.	()	()	()	()
2. à noite, quando você se deita.	()	()	()	()
3. se você tem irmãos, quando brinca com eles	()	()	()	()
4. à noite, ao dormir.	()	()	()	()
5. na sala de aula.	()	()	()	()
6. quando você vê uma fotografia sua.	()	()	()	()
7. em momentos de brincadeiras, durante o recreio escolar.	()	()	()	()
8. quando você vai a uma consulta médica.	()	()	()	()
9. quando você pratica um esporte.	()	()	()	()
10. quando você pensa em seu pai.	()	()	()	()
11. no dia do seu aniversário.	()	()	()	()
12. quando você faz as lições de casa.	()	()	()	()
13. quando você pensa em sua mãe.	()	()	()	()
14. quando você fica internado no hospital.	()	()	()	()
15. quando você brinca sozinho (a).	()	()	()	()
16. quando seu pai ou sua mãe falam de você.	()	()	()	()
17. quando você dorme fora de casa.	()	()	()	()
18. quando alguém te pede que mostre alguma coisa que você sabe fazer.	()	()	()	()
19. quando os amigos falam de você.	()	()	()	()
20. quando você toma os remédios.	()	()	()	()
21. durante as férias.	()	()	()	()
22. quando você pensa em quando tiver crescido.	()	()	()	()
23. quando você está longe de sua família.	()	()	()	()
24. quando você recebe as notas da escola.	()	()	()	()
25. quando você está com os seus avós.	()	()	()	()
26. quando você assiste televisão.	()	()	()	()