UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FCF / FEA / FSP

Programa de Pós-Graduação Interunidades em
Nutrição Humana Aplicada - PRONUT

Qualidade de Vida: o papel do estado nutricional e da
percepção do relacionamento familiar de crianças do município
de Indaiatuba/SP

Jemima Giron

São Paulo

2016

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FCF / FEA / FSP

**Programa de Pós-Graduação Interunidades em
Nutrição Humana Aplicada - PRONUT**

**Qualidade de Vida: o papel do estado nutricional e da
percepção do relacionamento familiar de crianças do município
de Indaiatuba/SP**

Jemima Giron

Versão corrigida da Dissertação conforme resolução CoPGr 6018.

O original encontra-se disponível no Serviço de Pós Graduação da FCF/USP.

Dissertação para obtenção do Título de Mestre

Orientadores:

Profa. Dra. Denise Cavallini Cyrillo

Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Junior

São Paulo

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Seção de Processamento Técnico do SBD/FEA/USP

Giron, Jemima

Qualidade de vida: o papel do estado nutricional e da percepção do relacionamento familiar de crianças do município de Indaiatuba – SP / Jemima Giron. – São Paulo, 2016.
83 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2016.

Orientador: Denise Cavallini Cyrillo.

Co-orientador: Francisco B. Assumpção Júnior.

1. Qualidade de vida 2. Crianças 3. Relacionamento familiar 4. Estado nutricional I. Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. II. Título.

CDD – 306

Jemima Giron

Qualidade de Vida: o papel do estado nutricional e da
percepção do relacionamento familiar de crianças do município
de Indaiatuba/SP

Comissão Julgadora da
Dissertação para obtenção do grau de Mestre

Profa. Dra. Denise Cavallini Cyrillo

Orientadora/presidente

Profa. Dra. Sandra Maria Lima Ribeiro

1º Examinador

Profa. Dra. Helena Rinaldi Rosa

2º Examinador

São Paulo, 29 de fevereiro de 2016

AGRADECIMENTOS

A Deus pela saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a realização de mais esta etapa em minha vida acadêmica.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa concedida durante o mestrado.

Aos meus professores e orientadores Denise Cavallini Cyrillo e Francisco Baptista Assumpção Junior pelo aprendizado fundamental e cuidadosa orientação.

Aos meus pais, Cláudio e Sandra, e meu irmão Denver por sempre acreditarem nos meus sonhos.

Ao meu esposo Claudio pelo apoio, incentivo, paciência e amor incondicional, assim como ao Zeus.

A Secretaria de Esportes e de Educação do município de Indaiatuba pela atenção e auxílio fundamental durante a realização da pesquisa de campo.

Aos meus colegas de pesquisa Cidinha, Julia, Cinthia, Milena, César, Júlio e Jefferson, pelas sábias conversas, ideias e auxílio.

Aos demais professores e colegas que, de algum modo, fizeram parte desta conquista.

RESUMO

GIRON, J. **Qualidade de Vida: o papel do estado nutricional e da percepção do relacionamento familiar de crianças do município de Indaiatuba/SP**. 2016. 93f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

Introdução: A importância da investigação da qualidade de vida de crianças está diretamente relacionada ao fato de que muitos problemas na vida adulta têm sua origem na infância. **Objetivo:** analisar a contribuição da percepção do relacionamento familiar e do estado nutricional sobre a qualidade de vida de crianças do município de Indaiatuba. **Metodologia:** Na etapa 1 foi realizado o estudo de validade do instrumento APGAR Familiar adaptado à crianças de 7 a 11 anos, utilizando como medida de confiabilidade a técnica do Teste-Retest e para a avaliação da validade convergente foi utilizada a Escala de Avaliação de Qualidade de Vida Infantil. Na etapa 2 foram avaliados os determinantes da Qualidade de Vida de crianças sob aspectos familiares, estado nutricional e socioeconômicos e demográficos. Os dados foram analisados por meio de Regressão Linear Múltipla com método dos Mínimos Quadrados Ordinários. **Resultados:** Na etapa 1 a análise de confiabilidade obteve a correlação de 0,764 do coeficiente de Spearman-Brown. Na análise de Validade Convergente o coeficiente de correlação de Rô de Spearman entre os escores dos dois instrumentos foi de 0,570 ($p < 0,01$). Na etapa 2 foi estimado um modelo dos determinantes da qualidade de vida a partir de uma amostra de 1028 crianças de 7 a 11 anos de ambos os sexos. As variáveis independentes foram capazes de explicar a Qualidade de Vida de crianças a uma significância de 1% ($Z = 8,417$), sendo o R^2 ajustado de 0,104. A idade da criança e a percepção do relacionamento familiar foram as variáveis estatisticamente significativas, ao passo que o estado nutricional, o tamanho da família, o sexo da criança, a classe social e a escolaridade do responsável, não foram estatisticamente significantes. **Conclusão:** O instrumento APGAR Familiar apresentou índices preliminares de validade e precisão; a idade e o relacionamento familiar foram as variáveis que explicaram a qualidade de vida percebida sob a perspectiva subjetiva de bem-estar.

Palavras Chave: Qualidade de Vida, Crianças, Relacionamento Familiar e Estado Nutricional.

ABSTRACT

GIRON, J. **Quality of Life: the role of nutritional status and the perception of the family relationships of children in the city of Indaiatuba / SP**. 2016. 93f.

(Master's dissertation) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

Introduction: The importance to research of children's quality of life is directly related to the fact that many problems in adulthood starts in childhood. **Objective:** To analyze the role of the perception of family relationship and of nutritional status on the children's quality of life, in the city of Indaiatuba. **Methodo:** In step 1 was conducted of validity of the Family APGAR appropriate for children 7-11 years old using as reliability measurement technique Test-Retest and to evaluate the convergent validity was used the Assessment Children's Quality of Live Scale. In step 2 was evaluated the determinants of children's quality of life of under family aspects, nutritional status and socioeconomic and demographic. Data were analyzed using multiple linear regression method with the OLS. **Results:** In step 1 reliability analysis obtained correlation of 0.764 Spearman-Brown coefficient. Convergent validity of the analysis the correlation coefficient of Spearman Rô between the scores of the two instruments was 0.570 ($p < 0.01$). In step 2 was estimated a model of the determinants of quality of life with a sample of 1028 children 7-11 years old both sexes. The independent variables were able to explain the children's quality of life a significance of 1% ($Z = 8.417$), and the adjusted R^2 of 0.104. The child's age and the perception of family relationships were the variables statistically significant while the nutritional status, family size, child sex, social class and education of the responsible, were not statistically significant. **Conclusion:** The Family APGAR instrument presented preliminary validity and precision, the age and family relationships were variables that explain the perceived quality of life from the viewpoint of the subjective well being

Keywords: Quality of Life, Children, Family Relationships and Nutritional Status.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Exemplo da segunda parte do instrumento APGAR Familiar versão adultos.....	32
Quadro 2. Comparação entre a versão para adultos e a versão 1 para crianças do APGAR Familiar.....	50
Quadro 3. Comparação entre a versão 1 e a versão final do APGAR Familiar para crianças.....	53
Quadro 4. Pontuação para itens presentes no domicílio.....	87
Quadro 5. Pontuação para o grau de instrução do chefe da família.....	87
Quadro 6. Conversão da soma dos pontos em Classe Sociais.....	87

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Histograma das respostas da questão 1 do APGAR Familiar na primeira aplicação.....	54
Gráfico 2. Histograma das respostas da questão 2 do APGAR Familiar na primeira aplicação.....	54
Gráfico 3. Histograma das respostas da questão 3 do APGAR Familiar na primeira aplicação.....	55
Gráfico 4. Histograma das respostas da questão 4 do APGAR Familiar na primeira aplicação.....	55
Gráfico 5. Histograma das respostas da questão 5 do APGAR Familiar na primeira aplicação.....	56
Gráfico 6. Histograma do escore total do APGAR Familiar na primeira aplicação...	56
Gráfico 7. Distribuição da população pesquisada, segundo idade e sexo.....	59
Gráfico 8. Distribuição da população pesquisada, segundo classificação do Estado Nutricional.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra do estudo piloto 1.....	51
Tabela 2. Distribuição da amostra do estudo piloto 2.	51
Tabela 3. Distribuição da amostra da 1º aplicação do APGAR Familiar.....	53
Tabela 4. Coeficiente de Correlação de Rô de Spearman entre as questões do APGAR Familiar da primeira aplicação.....	57
Tabela 5. Coeficiente de Correlação de Rô de Spearman entre as questões da primeira aplicação (Teste) e segunda aplicação (Reteste).....	58
Tabela 6. Distribuição da população pesquisada, segundo idade e sexo.....	59
Tabela 7. Distribuição da amostra, segundo escolaridade do responsável.....	61
Tabela 8. Distribuição da amostra, segundo a renda familiar mensal em salários mínimos de 2014.....	61
Tabela 9. Matriz de correlação entre as variáveis presentes no modelo de regressão.	66
Tabela 10. Matriz da Regressão Linear Múltipla.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS

PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar

ONU – Organização das Nações Unidas

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

PNPS – Política Nacional de Promoção à Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas

PRONUT – Programa Interunidades em Nutrição Humana Aplicada

PRINUTHA – Projeto Integrado em Nutrição Humana Aplicada

POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares

IMC – Índice de Massa Corporal

Sumário

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS E HIPÓTESES	16
2.1. OBJETIVO GERAL	16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
2.3. HIPÓTESES	16
3. APORTE TEÓRICO	17
3.1. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA INFÂNCIA E O PAPEL DO ESTADO	17
3.2. QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS	20
3.2.1. CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA	20
3.2.2. DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA.....	22
3.2.2.1. ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS	22
3.2.2.2. ASPECTOS FAMILIARES	24
3.2.2.3. ESTADO NUTRICIONAL.....	26
4. MÉTODO	29
4.1. ETAPA 1: ESTUDO DE VALIDADE DO INSTRUMENTO APGAR FAMILIAR.....	29
4.1.1. AMOSTRAGEM	32
4.1.2. ADAPTAÇÃO DO APGAR FAMILIAR	33
4.1.2.1. ADAPTAÇÃO DA LINGUAGEM	33
4.1.2.2. REVISÃO POR UM COMITÊ DE JUÍZES.....	34
4.1.2.3. ESTUDO PILOTO	34
4.1.3. AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DE UM INSTRUMENTO	35
4.1.3.1. CONFIABILIDADE	36
4.1.3.2. VALIDADE	39
4.1.4. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	41
4.1.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA	41
4.2. ETAPA 2: ANÁLISE DOS DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS	42
4.2.1. AMOSTRAGEM	42
4.2.2. INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	43
4.2.2.1. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	43
4.2.2.2. CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA.....	44
4.2.2.3. AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS FAMILIARES.....	45
4.2.2.4. AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS NUTRICIONAIS	45
4.2.3. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	47

4.2.4. MODELO DOS DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS	47
4.2.5. ANÁLISES ESTATÍSTICAS	49
4.3. ASPECTOS ÉTICOS.....	49
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
5.1. ETAPA 1: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO INSTRUMENTO APGAR FAMILIAR	50
5.1.1. PRÉ REQUISITOS PARA ANÁLISE DE CONFIABILIDADE	52
5.1.2. ANÁLISE DA CONFIABILIDADE	57
5.1.3. VALIDADE	58
5.2. ETAPA 2: QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS	59
5.2.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA.....	59
5.2.2. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL.....	62
5.2.3. AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS FAMILIARES	64
5.2.4. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	65
5.2.5. ESTUDO DOS DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS	65
6. CONCLUSÃO.....	70
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS.....	77

1. INTRODUÇÃO

A criança e a infância foram negligenciadas durante muito tempo pela ciência, várias décadas se passaram até que os pesquisadores considerassem a criança como sujeito histórico e de direitos (CORSARO, 2003). O conceito de infância, tal como é entendido hoje, era inexistente na era medieval. Naquela época as crianças ficavam expostas à violência comum do meio adulto compartilhando com eles os mesmos lugares e situações, sendo vistas apenas como adultos em miniaturas (ARIÈS, 1981).

A noção da infância moderna foi-se solidificando aos poucos e o conceito de criança como um ser singular se tornou cada vez mais presente (GHIRALDELLI, 2001). A modernidade passou a defini-la como um período de ingenuidade e fragilidade do ser humano, legitimando a infância como um período da vida único e com características específicas. Assim a criança foi assumindo identidade, voz e estatuto legal (SARMENTO, 2003).

Incluídas no grupo de vulneráveis, as crianças recebem atenção especial na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Política esta que tem como objetivo geral “Promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes” (BRASIL, 2010, p. 17).

Investigar a qualidade de vida da criança é um tema importante não só pelos seus efeitos imediatos, mas também porque muitos problemas de saúde na vida adulta têm sua origem nessa fase (DAVIM et al., 2008; FARIAS et al., 2009).

Segundo Assumpção et al. (2000), a qualidade de vida deve ser entendida como a sensação subjetiva de bem-estar, podendo ser interpretada como a capacidade de aproveitar a vida e de superar desafios, passível de observação em diferentes momentos, no trabalho, na escola, na família, em atividades culturais e esportivas, na velhice, na maturidade como também durante a infância. Apesar da importância do tema, poucos têm sido os estudos realizados acerca da qualidade de vida em crianças sob a perspectiva subjetiva de bem-estar.

Estudos nas áreas sociais e da saúde têm evidenciado a relação entre a qualidade de vida e diversos aspectos ambientais nas quais a criança está inserida. Dentre estes, estão os aspectos socioeconômicos, demográficos, de saúde, aspectos emocionais e familiares.

Dentro dos aspectos socioeconômicos e demográficos a renda per capita, a classe social da família, a escolaridade do responsável, a idade e o gênero da criança parecem estar correlacionadas com o nível de qualidade de vida apresentado (KLATCHOIAN et al., 2010; SILVEIRA et al., 2013; MACEDO et al., 2015; SÁNCHEZ, EYMAN & CUNTO, 2014; VON RUEDEN et al., 2006; BISEGGER et al., 2005; KUMAR, KROON & LALLOO, 2014).

Outro aspecto social que também parece influenciar a qualidade de vida de crianças é o ambiente familiar. Pesquisas relatam que o apoio familiar é capaz de diminuir a sensação de dor e sofrimento emocional (LIM, MANCHING & PENSERGA, 2012); mas por outro lado a família pode exacerbar ou manter problemas de comportamento (HASTINS & LLOYD, 2007). Outro estudo cita que crianças que percebem baixos níveis de suporte social e familiar tendem a ser mais retraídas e menos ativas em seus ambientes, mais desatentas e ofensivas (BAPTISTA & DIAS, 2001).

Já aspectos relacionados à saúde, como o estado nutricional, considerando os extremos da magreza e da obesidade, têm sido apontados como situações que influenciam de forma negativa a qualidade de vida. Crianças que sofreram com desnutrição grave na primeira infância apresentaram nos anos seguintes problemas em seu desenvolvimento emocional (DE GRANDIS, ARMELINIB & CUESTASC, 2014) e na mesma direção o sobrepeso e a obesidade têm sido associados a uma ampla gama de complicações, como ansiedade, depressão, angústia, baixa autoestima, sentimento de culpa, problemas de ajustamento social e distúrbios de comportamento/conduita (TURCO et al., 2003; POETA, DUARTE & GIULIANO, 2010).

Tendo em vista a importância da infância, a investigação dos fatores que influenciam a qualidade de vida nessa etapa da vida pode fornecer subsídios para a formulação de políticas de prevenção e promoção da saúde e do bem-estar.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESES

2.1.Objetivo Geral

Investigar o papel dos aspectos familiares e do estado nutricional sobre a qualidade de vida de crianças de 7 a 11 anos do município de Indaiatuba/SP.

2.2.Objetivos Específicos

- Realizar estudo de validade de um instrumento de percepção do relacionamento familiar adaptado para crianças;
- Caracterizar a família e a percepção do relacionamento familiar de crianças de 7 a 11 anos do município de Indaiatuba/SP;
- Caracterizar o estado nutricional de crianças de 7 a 11 anos do município de Indaiatuba/SP;
- Estimar os determinantes da qualidade de vida de crianças de 7 a 11 anos do município de Indaiatuba/SP.

2.3.Hipóteses

- Magreza e excesso de peso estão associados a uma baixa qualidade de vida percebida;
- Existe uma associação positiva entre a percepção do relacionamento familiar e a qualidade de vida percebida pela criança.

3. APORTE TEÓRICO

O presente capítulo apresentará os pilares conceituais que norteiam a análise da qualidade de vida de crianças. Inicialmente, apresenta-se o histórico acerca do surgimento da infância moderna e o papel do Estado neste novo contexto. Na sequência discute-se o conceito de qualidade de vida de crianças e determinantes gerais destacando-se nos dois últimos tópicos a importância dos aspectos familiares e do estado nutricional.

3.1. A construção social da infância e o papel do Estado

Durante muito tempo, as Ciências Sociais e Humanas não consideraram a criança e a infância como objetos de suas pesquisas; foram necessárias várias décadas até que os pesquisadores considerassem a criança como sujeito histórico e de direitos. A busca pela interpretação das representações infantis é objeto de estudo relativamente novo, pois eram ainda raros no Brasil até início do século XXI (CORSARO, 2003).

Analisando a produção existente sobre a história da infância, é possível afirmar que as publicações sobre a infância como sendo uma fase distinta da fase do adulto começaram a surgir a partir do século XX. Foi na França, em 1960, e nos Estados Unidos, em 1962, que o livro de Ariès intitulado *História social da infância e da família* (ARIÈS, 1981), seguido em 1974 da publicação do texto de De Mause com o título *A história da infância* (DE MAUSE, 1991), que os pesquisadores e os historiadores passaram a construir e legitimar os estudos no campo da infância.

Assim, até este período, poucos estudiosos haviam manifestado algum interesse pelo tema, mas, para Ariès (1981) e De Mause (1991), a infância já estava estabelecida conceitual e socialmente. Os autores enfatizaram a simultaneidade no tempo do descobrimento ou reconhecimento da infância moderna e da aparição de instituições protetoras para cuidar e formar a geração mais jovem (NASCIMENTO, OLIVEIRA & BRANCHER, 2008).

De acordo com as ideias apresentadas por Ariès (1981), o conceito de infância, tal como é entendido hoje, era inexistente na era medieval. Naquela época, a vida era relativamente igual para todas as idades, ou seja, não havia muitos estágios

reconhecidos como diferentes entre si, e os que existiam não eram tão claramente demarcados.

Neste período, as crianças tinham menos poder do que atualmente têm. Além disso, ficavam expostas à violência comum do meio adulto, pois, logo após o período de dependência física materna, a criança era incorporada irrestritamente ao mundo dos adultos; todos compartilhavam os mesmos lugares e situações, fossem eles domésticos, de trabalho ou de festa. As crianças eram vistas como adultos em miniaturas, representação bem presente nos quadros da época que retratavam as crianças apenas com um tamanho menor, mas com rosto, corpo e roupas de adultos. Assim, na sociedade medieval, não havia a divisão espacial e de atividades em função da idade, não havia o sentimento de infância ou uma representação elaborada dessa fase da vida (ARIÈS, 1981).

Contudo não significa que antes se negava a existência biológica das crianças, crianças sempre existiram independentemente das concepções que se tinham delas; a consciência social da época medieval é que não admitia a existência autônoma da infância como uma categoria diferenciada do gênero humano (NASCIMENTO, OLIVEIRA & BRANCHER, 2008).

Aos poucos foi-se solidificando a noção da infância moderna e o conceito de criança como um ser singular e particular se tornou cada vez mais firme (GHIRALDELLI, 2001). Para Sarmiento (2003), a modernidade elaborou um conjunto de saberes sobre a infância, passando a defini-la como um período de ingenuidade e fragilidade do ser humano. Assim, a infância passou a ser tema de estudos e observação, e aos poucos a criança foi assumindo identidade, voz e estatuto legal.

Essa mudança também pôde ser percebida com a criação de campos de atuação específicos à esta fase, nas áreas da psicologia, medicina, pedagogia, assistência social, no poder judiciário, dentre outros, tornando a infância uma categoria particular, um período específico de crescimento e desenvolvimento do ser humano (SZYMANSKI, 2008).

De acordo com Badinter (1985), ocorre também na família moderna uma progressiva valorização do lugar ocupado pela criança, tornando o filho, o centro da família, passando ele a ser objeto de investimentos econômicos, educacionais e afetivos. Tudo o que se referia às crianças e à família, sua simples presença e existência, tornou-se um assunto digno de preocupação.

Como resultado de todas estas mudanças na sociedade, o Estado passou a demonstrar interesse pela criança e pelo seu pleno desenvolvimento. Assim, estando o Estado ciente de que, estes seres, ainda imaturos, poderiam ser vitimados ou simplesmente carentes de cuidados, ele toma para si o dever de zelar e cuidar destes pequenos seres em desenvolvimento (BADINTER, 1985).

Assim, o mundo moderno reconheceu e legitimou a infância como um período da vida único e com características específicas, que deve ter a atenção não só dos sociólogos e educadores, mas também no que diz respeito à saúde, ao seu bem-estar e seu desenvolvimento pleno.

Uma das primeiras leis existentes no Brasil de cuidado e atendimento à infância, e pioneira em nível mundial, foi a Campanha de Merenda Escolar de 1955 (BRASIL, 1955). Originalmente esta ação visava, entre outros objetivos, “proporcionar ou facilitar a alimentação do escolar” e “estudar e adotar providências destinadas à melhoria do valor nutritivo da merenda escolar...”. Ao longo dos anos essa ação foi aprimorada e expandida, e diversas resoluções foram publicadas com este intuito. Atualmente está em vigor com o nome de Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae) e “visa a transferência, em caráter suplementar, de recursos financeiros aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios destinados a suprir, parcialmente, as necessidades nutricionais dos alunos”.¹

Em 1959 a Organização das Nações Unidas (ONU) publicou a Declaração Universal dos Direitos da Criança², legitimando o princípio do “interesse superior da criança”, e a partir daí muitos países passaram a elaborar leis contemplando e privilegiando esta fase. Em 1990, em acordo com as diretrizes fornecidas pela Constituição Federal de 1988, foi criado no Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - que tem como objetivo a proteção integral da criança e do adolescente - um marco legal e regulatório dos direitos humanos (BRASIL, 1990).

Com o aparecimento do ECA foi atribuída às crianças prioridade nas políticas públicas com destinação de recursos orçamentários das diversas instâncias político-administrativas do país (ALBERNAZ & FERREIRA, 1998). De acordo com o ECA “a

¹ <http://www.fnade.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-historico>; acesso em 29/12/15 às 10h36.

² Inspirada na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Declaração Universal dos Direitos das Crianças está disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex41.htm. Acesso em: 21/07/2014.

criança goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana”, sem prejuízo da proteção integral, facultando-lhe o “pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade” (BRASIL, 1990).

Incluídas no grupo de vulneráveis, as crianças recebem atenção especial também na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Instituída em 2006 pelo Ministério da Saúde, a PNPS tem como objetivo geral: “Promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes”, como: “modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2010, p. 17).

A PNPS em suas diretrizes dá ênfase a intersectorialidade como um processo em que as diversas áreas do conhecimento se integram na busca de programas e ações para a melhoria da qualidade de vida. Neste sentido, entender os determinantes da qualidade de vida de crianças se torna fundamental para que ações de promoção à saúde específicas para este grupo etário possam ser criadas e melhoradas.

3.2. Qualidade de Vida de Crianças

A investigação da qualidade de vida da criança tem se mostrado importante, pois muitos problemas de saúde na vida adulta têm sua origem nessa fase (DAVIM et al., 2008; FARIAS et al., 2009), assim, a análise dos fatores determinantes da qualidade de vida das crianças, como características socioeconômicas e demográficas, aspectos familiares e estado nutricional, podem fornecer subsídios para a formulação de políticas de prevenção e promoção da saúde e de bem-estar.

3.2.1. Conceito de Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida surgiu na década de 1970 como uma medida atrelada, especificamente, à saúde como sinônimo de ausência de doença. Com o progresso da medicina, doenças anteriormente letais, passaram a ser curáveis ou a ter seus sintomas controlados, retardando seu curso natural, trazendo o

prolongamento na expectativa da vida. No entanto, o prolongamento da vida nem sempre ocorre sem sequelas, tornando de grande importância mensurar a qualidade desses anos a mais de vida (NESPECA, 2009).

Sob este enfoque, o instrumento do WHOQOL-Group procura avaliar o grau da qualidade de vida com base em sintomas e incapacidades do indivíduo, ou seja, mede a qualidade de vida por aspectos relacionados à condição de saúde. Um indicativo deste viés é o fato de que o estudo da validade discriminante do instrumento, em sua versão em português de Portugal, mostrou-se eficaz em discriminar pessoas doentes da população em geral (SERRA et al., 2006).

Com o passar das últimas décadas, evidenciou-se que o conceito de qualidade de vida não deveria se restringir ao contexto da ausência da doença. Segundo Assumpção et al. (2000), a qualidade de vida deve ser entendida como a sensação subjetiva de bem-estar, podendo ser interpretada, segundo Araújo e Araújo (2000), como a capacidade de aproveitar a vida e de superar desafios, passível de observação em diferentes momentos, no trabalho, na escola, na família, em atividades culturais e esportivas, na velhice, na maturidade como também durante a infância.

Shin e Johnson (apud ASSUMPÇÃO et al., 2000, p.120) já acreditavam na década de 1970 que a qualidade de vida também se relaciona com “a posse de recursos necessários para a satisfação das necessidades e dos desejos individuais”, com a “participação em atividades que permitem o desenvolvimento pessoal, com a auto realização” e com uma “comparação satisfatória entre si mesmo e os outros”.

Ainda segundo Assumpção (2010), o conceito de qualidade de vida deve ser um equilíbrio entre os conceitos provenientes da psicologia, biologia e sociologia, pois deve estar relacionado ao bem-estar físico e emocional, às relações interpessoais, às atividades de lazer, sociais e a realização pessoal, assimilando-se, em certo ponto, ao conceito biopsicossocial de qualidade de vida conforme defendido por Constantino (2008), embora este último considere importante a avaliação de aspectos de saúde como a alimentação, sono, repouso e atividade física.

Assim, a maior dificuldade ao falar sobre qualidade de vida é considerar, de maneira clara, seu conceito, e atualmente, estas duas vertentes ainda dominam: a qualidade de vida como um conceito mais amplo, que privilegia a sensação subjetiva de bem-estar; e a qualidade de vida atrelada à condição de saúde (SOARES et al., 2011).

Assim, estabelecer uma definição universal sobre o que é qualidade de vida, sobretudo quando se refere à criança, é extremamente difícil. Muitas tentativas vêm sendo elaboradas a partir de diferentes óticas, buscando um consenso entre os autores, no entanto, apesar do frequente uso do termo, ainda não existe do ponto de vista acadêmico, a aceitação de uma única definição (ALBUQUERQUE, 2005).

Apesar da importância do tema, poucos têm sido os estudos realizados acerca da qualidade de vida em crianças sob a perspectiva que vai para além da ausência de doença. Boa parte da escassez de pesquisas voltadas a esta concepção genérica está em alguma medida nas dificuldades em como mensurar este constructo sob o ponto de vista subjetivo. Neste estudo optou-se por avaliar os determinantes da qualidade de vida através da ótica da sensação subjetiva de bem-estar conforme definido por Assumpção et al., (2000) utilizando justamente um instrumento que privilegia os aspectos sociais e psíquicos da qualidade de vida – *Autoquestionnaire Qualité De Vie Enfant Imagé* / AUQEI.

3.2.2. Determinantes da Qualidade de Vida

Estudos nas áreas sociais e da saúde têm evidenciado a relação entre a qualidade de vida e aspectos socioeconômicos, demográficos, de saúde, aspectos emocionais e familiares, conforme descrito abaixo.

3.2.2.1. Aspectos socioeconômicos e demográficos

Dentre os aspectos socioeconômicos que têm sido apontados como fatores determinantes da qualidade de vida estão, principalmente, a renda, a classe social da família e a escolaridade do responsável.

Um estudo realizado em 2010, com crianças e adolescentes da periferia da cidade de São Paulo, apresentou uma correlação estatisticamente significativa entre classe social e qualidade de vida. Aqueles que pertenciam às classes sociais mais elevadas - classes A e B conforme classificação do IBGE - apresentavam maiores escores nos aspectos emocional, social e psicológico do Inventário Pediátrico de Qualidade de Vida (PedsQL). No entanto, a mesma pesquisa relatou não ter

encontrado correlação entre o nível de educação do responsável com o escore de qualidade de vida (KLATCHOIAN et al., 2010).

Um outro estudo brasileiro realizado com adolescentes de Montes Claros/MG demonstrou que aqueles que pertenciam a famílias com maior renda per capita apresentavam resultados significativamente melhores em qualidade de vida no domínio físico do instrumento *12-Item Short-Form Health Survey* em comparação com aqueles com menor renda per capita (SILVEIRA et al., 2013).

Em estudo realizado com adolescentes de Rio Branco/AC foram encontradas diferenças significativas entre os gêneros, apresentando as meninas menor escore de qualidade de vida no PedsQL em comparação com os meninos (MACEDO et al., 2015).

Já em nível mundial, estudo em Buenos Aires demonstrou que crianças e adolescentes de famílias de níveis socioeconômicos mais baixos apresentaram menor escore no questionário Kidscreen-52, que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde (SÁNCHEZ, EYMANN & CUNTO, 2014).

Ainda nesta ótica associada à saúde, um estudo com crianças e adolescentes de seis países da União Europeia também encontrou diferença estatisticamente significativa entre escores de qualidade de vida e níveis de renda familiar (VON RUEDEN et al., 2006). Em outro estudo do mesmo grupo de pesquisadores, as crianças apresentaram maior escore de qualidade de vida do que os adolescentes e meninas apresentaram menor escore em comparação com os meninos, independentemente da idade (BISEGGER et al., 2005).

Em pesquisa recente de revisão e meta análise que avaliou a influência de questões socioeconômicas na qualidade de vida de crianças, dos 36 artigos avaliados, 12 deles encontraram associação positiva estatisticamente significativa entre maior renda familiar e melhor qualidade de vida, e 15 destes estudos encontraram associação entre educação dos pais e boa qualidade de vida. Vale ressaltar que cerca de 50% dos artigos analisados neste estudo eram oriundos do Brasil (KUMAR, KROON & LALLOO, 2014).

Estas pesquisas evidenciam o papel da condição socioeconômica na qualidade de vida avaliada no âmbito da saúde, na medida em que esta condição determina não apenas o acesso a bens e serviços mas também as relações sociais e a capacidade de interpretação do mundo. Neste contexto, salienta-se a importância de

se avaliar a influência de aspectos socioeconômicos sobre a qualidade de vida de crianças na perspectiva subjetiva de bem-estar.

3.2.2.2. Aspectos familiares

A família é a primeira instituição social da qual a criança está inserida, nela ocorre a possibilidade de estruturar-se como sujeito e desenvolver suas chances de sobrevivência e adaptação ao mundo. Para Stanhope (1997), a família é uma célula que organiza e contribui para formação da vida em sociedade, ela é um sistema capaz de manter seus membros moral, material e reciprocamente unidos durante uma vida ou durante gerações.

A família, enquanto grupo social, é uma formação humana universal dentro da qual cada membro tem uma função repleta de sentido, que vai, ao longo do tempo, ganhando novas formas, configurações e significados (SOUZA, 1996).

A família é um importante núcleo responsável pela formação do indivíduo nas mais variadas dimensões, desde a constituição de seus hábitos alimentares até o caráter de suas relações sociais. Neste sentido, a família é o principal responsável por elucidar tanto o sentimento de bem-estar social quanto contribuir para o surgimento de dificuldades afetivas e relacionais entre seus membros (PRATTA & SANTOS, 2007).

Segundo Minuchin (1990), cabem à família as funções de proteção e socialização de seus membros mais novos, bem como a transmissão da cultura na qual estão inseridos. Desta forma, a família tem papel fundamental na constituição do indivíduo, uma vez que, segundo Pratta e Santos (2007), é ela quem dá o suporte para o desenvolvimento e amadurecimento de seus membros nas esferas biológica, psicológica e social.

Com o objetivo de estabelecer relacionamentos seguros e estáveis, a família apresenta-se como peça fundamental para a saúde mental dos filhos, promovendo o seu crescimento emocional e seu bem-estar. Além disso, o apoio e suporte provenientes da família podem ser considerados um dos mais relevantes amortecedores do efeito de diversos estressores da vida adulta (FÉRES-CARNEIRO, 1992).

Neste sentido, a percepção do relacionamento familiar e outros aspectos da vida familiar, mostram-se relevantes na investigação da qualidade de vida das crianças, principalmente por estarem elas ainda em fase de amadurecimento e desenvolvimento emocional (SPEECHLEY, FERRO & CAMFIELD, 2012; FERRO, AVISON & CAMPBELL, 2011).

Durante as três últimas décadas, muitos estudos têm sido realizados a fim de analisar e entender como o tipo de funcionamento familiar afeta o desenvolvimento humano. Nesta linha muitas pesquisas, principalmente na área da saúde mental e qualidade de vida, foram realizadas. Lim, Manching e Penserga (2012) relataram que o apoio familiar tem se mostrado fator capaz de diminuir a sensação de dor e sofrimento emocional em pacientes portadores de dor crônica e, além disso, o apoio familiar percebido pelos pacientes se mostrou importante fator na reabilitação. Outro estudo realizado por Lim e Moon (1998) encontrou correlação positiva estatisticamente significativa entre tipo de funcionamento familiar e qualidade de vida em adultos.

Hastings e Lloyd (2007) afirmaram que as famílias em seus modos de funcionamento podem exacerbar ou manter problemas de comportamento das crianças, e ressaltam que a investigação da qualidade do relacionamento familiar se faz necessária a fim de compreender e intervir de forma mais eficaz para melhorar a qualidade de vida.

Crianças que percebem baixos níveis de suporte social e familiar tendem a ser mais retraídas e menos ativas em seus ambientes, mais desatentas, ofensivas e não cooperativas, além de possuírem mais desesperança, aumentando as chances de desenvolvimento de transtornos mentais posteriormente (BAPTISTA & DIAS, 2001).

Smith, Greenberg e Mailick (2014), em uma pesquisa longitudinal realizada ao longo de 13 anos, estudaram um grupo de 406 famílias de pessoas com Transtorno do Espectro Autista e concluíram que, naquela amostra, o ambiente familiar teve efeito positivo significativo sobre o funcionamento desses indivíduos, achados estes que são, segundo os autores, semelhantes aos de outros estudos que mostram a importância do ambiente familiar para a saúde mental dos filhos.

Outra variável familiar importante é o número de irmãos que a criança tem, pois, quanto maior a família, maiores são as despesas e portanto menor a renda per capita,

e menos tempo e atenção os pais poderão dedicar a cada filho (MARCIANO & SCHEUER, 2005).

Outros trabalhos com foco em intervenções de base familiar têm mostrado que as crianças que recebem intervenções desse tipo melhoram seus índices de qualidade de vida. Assim, a avaliação do contexto familiar tem se tornado essencial para identificar quais fatores biopsicossociais exercem impacto sobre o bem-estar da criança e quais desses fatores podem ser modificados com intervenção de base familiar (WU et al., 2014).

É, portanto, inegável a influência que a qualidade dos relacionamentos familiares exerce nas principais dimensões humanas, pois quando a família não proporciona um ambiente adequado para o desenvolvimento emocional saudável, as chances da criança inserida neste ambiente vir a desenvolver problemas de ordem psiquiátrica e física são maiores (FÉRES-CARNEIRO, 1992).

É possível perceber então que os estudos internacionais recentes têm indicado que melhorar a qualidade do relacionamento familiar é um importante mecanismo para melhorar a qualidade de vida das pessoas (LIM, MANCHING & PENSERGA, 2012). No entanto, a grande maioria desses trabalhos tem como foco a doença, e são raros os trabalhos realizados com a população em geral, e mais raros ainda aqueles que estudam a influência da percepção do relacionamento familiar na qualidade de vida de crianças.

3.2.2.3. Estado Nutricional

A avaliação do estado nutricional é um instrumento diagnóstico fundamental em estudos que objetivam avaliar a criança em seus aspectos físicos e biológicos. Além disso, a avaliação do estado nutricional também é apontada como uma medida indireta da qualidade de vida (no âmbito da saúde) da população (SIGULEM, DEVINCENZI & LESSA, 2000). E por isso, inúmeras pesquisas têm incluído a avaliação do estado nutricional como uma de suas variáveis de interesse, não só na área médica e nutricional, mas também na área social e da psicologia.

Conforme orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) um indivíduo pode ser classificado, sob o ponto de vista nutricional, desde a magreza acentuada, eutrofia até a obesidade grave, sendo a eutrofia, a condição desejada. Tanto a desnutrição quanto a obesidade têm sido apontadas como condições que trazem prejuízos ao desenvolvimento da criança sendo também preditores de problemas crônicos na vida adulta (PAIVA et al., 2002).

O estudo retrospectivo realizado por De Grandis, Armelinib e Cuestasc (2008), com 25 crianças que haviam sofrido com desnutrição grave na primeira infância e 28 de seus irmãos sem problemas nutricionais, constatou que mais da metade das crianças sobreviventes da desnutrição apresentou consequências negativas sobre o desenvolvimento emocional, sobre a aprendizagem e sobre as relações interpessoais. A principal conclusão deste estudo foi que a desnutrição grave precoce foi significativamente associada com redução considerável da qualidade de vida durante a idade escolar nas dimensões físicas, emocionais e sociais. Evidenciou também a capacidade reduzida do indivíduo de interagir com o ambiente e com os seus pares, limitando seu potencial para ter uma vida saudável e produtiva (DE GRANDIS, ARMELINIB & CUESTASC, 2008).

Já o outro extremo, o sobrepeso e a obesidade associam-se a uma ampla gama de complicações, semelhantes às associadas à desnutrição, incluindo consequências psicológicas e sociais negativas, como ansiedade, depressão, angústia, baixa autoestima, sentimento de culpa, problemas de ajustamento social, e distúrbios de comportamento/conduita (TURCO et al., 2003; POETA et al., 2010, 2013).

A obesidade, na atualidade, tem sido indicada como um dos aspectos biológicos mais impactantes na qualidade de vida de crianças e jovens. Além disso, a obesidade infantil tem sido uma das principais ameaças à saúde, não só no Brasil, mas também em diversos outros países, uma vez que o índice de sobrepeso durante esta fase da vida, é um dos principais fatores de risco para a obesidade adulta (SILVA et al., 2009).

Pratt et al. (2003) relataram que crianças obesas tiveram 5,5 mais chances de apresentarem prejuízos na qualidade de vida do que crianças saudáveis, nível semelhante ao obtido em estudo de Schiimmer (apud PRATT et al., 2003) sobre a qualidade de vida de crianças com câncer e crianças saudáveis.

Além de trazer prejuízos ao desenvolvimento psicológico e social, o sobrepeso infantil também desencadeia diversos outros comprometimentos, como a diminuição

da capacidade cardiorrespiratória, cansaço físico mais acentuado, maiores gastos energéticos, baixo nível de aptidão física, atraso no desempenho das habilidades motoras e no equilíbrio (SIQUEIRA, ALVES & FIGUEIRO, 2009). Também há evidência de associação entre a auto percepção de excesso de peso ou obesidade, com prejuízos na saúde mental e no bem-estar psicológico das crianças (FINNE et al., 2013).

Em outro estudo recente, o estado nutricional foi associado à dor de cabeça crônica. Crianças obesas apresentaram mais dor de cabeça do que crianças não obesas. Além do próprio incômodo da dor, a dor de cabeça crônica também foi associada à redução na qualidade de vida dessas crianças (CASTRO et al., 2013).

Neste sentido, a avaliação do estado nutricional mostra-se um fator importante na avaliação da qualidade de vida de crianças sob a ótica da saúde (MELLO, 2002); cabendo então investigar o papel da condição nutricional sobre a percepção da qualidade de vida em uma perspectiva subjetiva de bem-estar.

Em resumo, a maioria das pesquisas tem utilizado instrumentos que medem a qualidade de vida atrelada à uma condição médica, e empregam, em sua maioria, amostras clínicas. No presente estudo, optou-se por investigar os fatores que influenciam a qualidade de vida na perspectiva subjetiva de bem-estar com ênfase na avaliação do papel do estado nutricional e da percepção da criança sobre o relacionamento familiar, em uma amostra da população infantil com desenvolvimento típico.

4. MÉTODO

Para a concretização dos objetivos propostos no presente estudo, foi firmado, em novembro de 2011, um Termo de Cooperação Técnica entre a Prefeitura de Indaiatuba e a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE), com vigência prevista de cinco anos, podendo ser prorrogado por período idêntico. Essa cooperação técnica teve por finalidade o desenvolvimento de estudos interdisciplinares nas áreas da nutrição, economia e psicologia, conduzidos por pesquisadores do Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada (PRONUT³), da Universidade de São Paulo e ainda, com o grupo de pesquisadores do Projeto Integrado em Nutrição Humana Aplicada (PRINUTHA) (ARANHA et al., 2013) (GIRON et al., 2014).

A pesquisa foi dividida em duas etapas. A primeira se refere ao estudo de validação do instrumento APGAR Familiar para crianças de 7 a 11 anos. A segunda etapa é a análise dos determinantes da qualidade de vida de crianças, utilizando como variáveis explicativas aspectos familiares, o estado nutricional e fatores socioeconômicos e demográficos de crianças 7 a 11 anos do município de Indaiatuba/SP.

4.1. Etapa 1: Estudo de Validade do Instrumento APGAR Familiar

Para investigar a relação aspectos familiares e qualidade de vida de crianças, é imprescindível e fundamental ter à disposição instrumentos simples e eficazes que avaliem, sob o ponto de vista da criança, seu relacionamento familiar. Para cumprir tal objetivo, optou-se por adaptar um instrumento, originalmente elaborado para a população adulta, e adaptado para a população brasileira por Duarte (2001)(Anexo 1).

O processo de adaptação de um instrumento já existente, em detrimento da elaboração de um novo instrumento, específico para a população-alvo, possui vantagens consideráveis. Ao adaptar e utilizar um mesmo instrumento, o

³ PRONUT - Disponível em: <http://prpg.usp.br/PRONUT>.

pesquisador é capaz de comparar os dados obtidos em diferentes amostras e em diferentes contextos, uma vez que se trata de uma mesma medida, que avalia o construto a partir de uma mesma perspectiva teórica e metodológica. Assim, entende-se que a utilização de instrumentos adaptados permite maior generalização e por isso têm recebido grande apoio (BORSA, DAMÁSIO & BANDEIRA, 2012).

O instrumento intitulado APGAR Familiar baseia-se em um modelo de sistemas que entende a família como um grupo psicossocial constituído por pelo menos duas pessoas, entre as quais existe um compromisso de crescimento mútuo. A funcionalidade da família, para o APGAR Familiar, refere-se às percepções individuais a respeito do suporte social gerado pela família (DUARTE, 2001).

O APGAR Familiar é de um instrumento de fácil aplicação que busca mensurar o quanto o indivíduo está satisfeito com o relacionamento que estabelece com os membros de sua família, fornecendo deste modo uma medida da qualidade do funcionamento familiar desse indivíduo.

O acrônimo APGAR, originalmente escrito na língua inglesa por Smilkstein (1978), foi obtido por meio das palavras *Adaptation* (adaptação), *Partneship* (participação), *Growth* (crescimento), *Affection* (afeição) e *Resolve* (resolução), temas estes escolhidos por terem sido considerados os mais comuns encontrados na literatura das ciências sociais direcionadas para as questões da família.

- Adaptação: refere-se à atenção recebida por cada membro da família e a maneira pela qual os recursos são compartilhados.
- Participação: refere-se à satisfação do membro da família com a reciprocidade da comunicação e o compartilhamento das decisões.
- Crescimento: refere-se a satisfação do membro da família com a liberdade disponível no ambiente familiar para a mudança de papéis e para a concretização do crescimento emocional.
- Afeição: refere-se à intimidade e qualidade das experiências emocionais compartilhadas no contexto familiar.
- Resolução: refere-se às estratégias usadas na resolução de problemas e na qualidade da participação de cada membro nas decisões tomadas pelo grupo.

Cada um desses temas representa um construto que deu origem aos itens da escala.

Em 2001 este instrumento foi traduzido, adaptado e validado para adultos da população brasileira por Duarte (2001). A versão final do instrumento é composta de duas partes: a primeira é formada por cinco perguntas, uma para cada construto apresentado acima, na qual o indivíduo atribui uma nota que varia de 4 a 0 para cada frase, sendo 4 (sempre), 3 (quase sempre), 2 (as vezes), 1 (raramente) e 0 (nunca).

As cinco perguntas da versão adaptada à população adulta são:

- 1. Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.*
- 2. Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual a minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.*
- 3. Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.*
- 4. Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções tais como raiva, mágoa ou amor.*
- 5. Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.*

Seguindo as orientações do autor da versão original do APGAR Familiar, foi utilizada uma escala de 4 pontos para as respostas da versão adaptada à população adulta brasileira, resultando em um score final que varia de 0 a 20 pontos. Sendo a funcionalidade familiar classificada, conforme orientação da versão original, em: Boa Funcionalidade Familiar (de 13 a 20 pontos), Moderada disfunção Familiar (de 9 a 12 pontos) e Elevada disfunção Familiar (de 0 a 8 pontos) (SMILKSTEIN, 1978).

A segunda parte do instrumento, conforme exemplo apresentado no Quadro 1, visa indicar as interações pessoais positivas e negativas do respondente e com os demais membros de sua família. Nesta etapa, o indivíduo lista todos os membros de sua família e classifica o tipo de relacionamento que ele estabelece com cada pessoa em BOM, RUIM, ou MAIS ou MENOS, servindo assim como etapa qualitativa para compreensão da qualidade do funcionamento familiar do entrevistado (DUARTE, 2001).

Quadro 1. Exemplo da segunda parte do instrumento APGAR Familiar versão adultos.

Componentes da Família				Tipo de Relacionamento		
NOME	PARENTESCO	IDADE	SEXO	BOM	MÉDIO	RUIM
Catarina	mãe	36	F	X		
Oscar	pai	40	M		X	
Cida	avó	65	F	X		

O instrumento, de um modo geral, pode ser preenchido rapidamente pelo próprio indivíduo ou por meio de entrevista dirigida e pode ser utilizado como instrumento de rastreio na identificação de disfunção familiar por qualquer profissional da saúde. O APGAR Familiar é portanto um instrumento simples, de fácil aplicação e válido em suas versões em inglês e português para adultos na detecção da percepção da disfuncionalidade familiar, podendo ser útil também para avaliar a população infantil, mas para tanto foi necessário adaptá-lo e analisar sua validade no contexto deste grupo etário.

Neste sentido, para cumprir com o propósito de adaptação e validação do APGAR Familiar para crianças, esta etapa do estudo teve caráter transversal e foi baseada em uma amostra de conveniência (PEREIRA, 1999). Todos os pais e/ou responsáveis que concordaram com a participação de suas crianças receberam um convite e um completo esclarecimento sobre a pesquisa, e então assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, assegurando-se a confiabilidade e sigilo das informações coletadas (Anexo 2).

4.1.1. Amostragem

Para estudos de validação de instrumentos psicológicos, define-se o número mínimo de participantes por meio do critério razão itens/participante da pesquisa, o qual propõe que a amostra deva ser composta de pelo menos cinco participantes por cada item da escala (PASQUALI, 1999). Desta forma, sendo o instrumento composto por uma escala de 5 itens, ele resulta em uma amostra mínima de 25 pessoas. Buscando uma validação que considerasse gênero, optou-se por avaliar 25 crianças do sexo masculino e 25 do sexo feminino, distribuídas entre as idades de 7

a 11 anos. Desta forma, para a primeira etapa do projeto, os critérios de inclusão foram crianças entre 7 anos completos e 11 anos completos, de ambos os sexos, matriculadas em duas escolas da rede municipal de Indaiatuba, no estado de São Paulo. Os critérios de exclusão foram crianças fora da faixa de idade estabelecida, aquelas identificadas pelas professoras como sendo alunos com deficiência intelectual ou alunos de inclusão, e/ou aquelas que os pais não permitiram a sua participação.

4.1.2. Adaptação do APGAR Familiar

Antes de iniciar os procedimentos de adaptação, foi solicitada a autorização do autor da versão original do instrumento. No caso deste estudo, por se tratar de uma adaptação linguística de um instrumento já existente para a população do mesmo país e da mesma cultura, foi solicitada a autorização para Duarte (2001), o autor da versão para adultos validada à população brasileira. A partir de seu consentimento, foi dado início ao procedimento de adaptação e validação.

4.1.2.1. Adaptação da linguagem

Devido à tendência crescente do desenvolvimento de pesquisas multicêntricas, entende-se como necessária a elaboração de instrumentos de medidas específicos e próprios para cada idioma e cultura. Neste sentido, muito tem sido alertado sobre a necessidade da realização da adaptação transcultural do instrumento antes que ele seja utilizado em determinada cultura (GUILLEMIM, 1995).

Esta adaptação não se limita apenas a situações nas quais se mudam o idioma ou a cultura, mas deve também ser realizada para que o instrumento possa ser utilizado em diferentes faixas etárias. Assim como a adaptação cultural, adaptar a linguagem de um instrumento pressupõe a necessidade de adequação do mesmo à população a qual se destina, seja ela de outro idioma, de outro país, de outra cultura, ou de outra faixa etária (EPSTEIN, SANTO & GUILLEMIM, 2015; BORSA, DAMÁSIO & BANDEIRA, 2012).

Sendo assim, como primeiro passo, a versão original para adultos do APGAR Familiar teve sua linguagem adaptada à população infantil.

4.1.2.2. Revisão por um comitê de juízes

Um comitê de juízes é necessário neste processo para verificar a adequação das adaptações feitas, sejam elas, de idioma, cultural ou linguísticas. Neste estudo o comitê de juízes foi formado por 3 psicólogos, especialistas em desenvolvimento, adaptação e validação instrumentos psicológicos, sendo dois mestres e um doutor. Coube a este comitê verificar se as modificações realizadas no instrumento, no caso deste estudo, adaptações linguísticas, foram realizadas de forma coerente, sendo capaz de garantir a replicabilidade do instrumento e sua eficácia na medição do construto em questão (PASQUALI, 1999).

Ao comitê é permitido sugerir a modificação de palavras, expressões e até mesmo a inserção de instruções a fim de garantir o preenchimento adequado do instrumento de forma a minimizar os erros de compreensão. Na mesma direção, o comitê também pode sugerir a modificação ou eliminação de itens considerados irrelevantes, inadequados ou ambíguos e sugerir outros mais adequados à faixa etária. E por fim, o comitê pode solicitar quantas versões considerar necessárias até que chegue à versão final (PASQUALI, 1999).

4.1.2.3. Estudo Piloto

Após aprovada a versão adaptada do instrumento através da análise dos juízes, realizou-se o estudo piloto, ou seja, o pré-teste do instrumento adaptado. Para tal, foram selecionadas 10 crianças de forma aleatória, utilizando os mesmos critérios de inclusão já descritos na sessão amostragem, e solicitado aos seus responsáveis a autorização através da assinatura do TCLE. As crianças que participaram do estudo piloto não participaram das etapas seguintes de Teste e Reteste.

O estudo piloto avaliou a equivalência da versão original com a versão adaptada junto à população à qual o instrumento destina-se. Esta etapa pode ser realizada de duas formas: por meio de entrevistas dirigidas, ou pela aplicação das duas versões em um mesmo grupo de indivíduos (PASQUALI, 1999). No entanto, por não ser possível aplicar a versão original com crianças, e também pelo fato de a equivalência entre as duas versões já ter sido avaliada pelos juízes, optou-se neste trabalho por conduzir o estudo piloto por meio de entrevistas dirigidas, aplicando-se apenas o

instrumento adaptado, em crianças de todas as idades de interesse e de ambos os sexos.

A entrevista dirigida aqui, também teve a função de avaliar a adaptação linguística na perspectiva do público-alvo, no caso deste estudo, crianças de 7 a 11 anos. Esta avaliação visou verificar se os itens, as instruções e a escala de resposta são compreensíveis para o público-alvo, ou seja, se as instruções são claras, se os termos presentes nos itens estão adequados e se as expressões correspondem às utilizadas pelo grupo (BORSA, DAMÁSIO & BANDEIRA, 2012).

Durante o preenchimento da escala, o entrevistador perguntou diretamente à criança o que ela entendeu de cada um dos itens, verificando se a compreensão alcançada do texto adaptado estava convergente com o que o autor postulou sobre cada construto do instrumento original. Além disso, durante o preenchimento, o entrevistador encorajou a criança para que ela verbalizasse suas dúvidas, e que dissesse claramente se, na opinião dela, alguma palavra, expressão ou frase poderia ser modificada a fim de facilitar sua compreensão.

Ao final do estudo piloto verificou-se a necessidade de modificação dos itens e uma nova versão foi reencaminhada ao comitê de juízes e feito novo estudo piloto. No caso de adaptação de instrumento este processo deve ser repetido até que não reste nenhuma dúvida de compreensão entre as pessoas da população à qual o instrumento adaptado se destina.

Os métodos qualitativos apresentados até aqui, embora sejam imprescindíveis para assegurar a adequação do processo de adaptação, não fornecem qualquer informação sobre as propriedades psicométricas do novo instrumento. Nesse sentido, complementarmente às etapas de adaptação do instrumento, devem ser realizadas análises estatísticas para avaliar em que medida o instrumento pode, de fato, ser considerado válido para o contexto ao qual foi adaptado (BORSA, DAMÁSIO & BANDEIRA, 2012).

4.1.3. Avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento

Muitos autores entendem que, um instrumento, após ter passado por um processo de adaptação, seja ele cultural ou linguístico, deve ter suas propriedades psicométricas avaliadas novamente, mesmo que o instrumento original tenha

alcançado bons resultados neste aspecto, pois as propriedades psicométricas e a acurácia do novo instrumento são desconhecidas (EPSTEIN, SANTO & GUILLEMIM, 2015).

Duas são as propriedades fundamentais que devem ser verificadas no instrumento para que seja possível considerar um instrumento apto para ser utilizado em determinada população, são elas: confiabilidade e validade (TAVAKOL & DENNICK, 2011).

4.1.3.1. Confiabilidade

Confiabilidade de um instrumento, ou também conhecida como precisão ou fidedignidade, é, segundo Pasquali (1997) a capacidade que um instrumento tem de “medir sem erro”, um determinado construto, ou medi-lo com o mínimo de erro possível. Caminhando na mesma direção, McDowell (2006) define confiabilidade como a medida que avalia o quão consistente, exato e estável é um instrumento ao longo do tempo, dos indivíduos ou observadores. Para realizar medidas de confiabilidade de um instrumento, quatro maneiras são descritas por Pasquali (1997) a saber:

- Teste-Retest: é a forma mais utilizada para medir a estabilidade ou constância de um instrumento, ou seja, verificar se os resultados obtidos por meio do instrumento em questão são constantes e não sofrem alterações significativas ao longo do tempo. O Teste-Retest é feito aplicando-se duas vezes o mesmo instrumento em um mesmo grupo de indivíduos, com um intervalo determinado entre as duas aplicações. Segundo Pasquali (1997), o intervalo de 30 dias entre as duas aplicações é considerado um intervalo adequado, pois admite-se que este é um tempo longo o suficiente para que os indivíduos não se lembrem das respostas que deram na primeira aplicação, mas curto o suficiente para se admitir que não houveram intercorrências pessoais ou ambientais capazes de interferir significativamente nas respostas da segunda aplicação.

- Formas Paralelas: esta maneira de verificar a fidedignidade de um instrumento é realizada utilizando-se formas paralelas de um mesmo instrumento com uma mesma população. Assim, os resultados obtidos nas duas formas devem ser idênticos ou bastante similares, necessitando que o coeficiente de correlação entre as duas respostas se aproxime de 1 para se afirmar a precisão do instrumento testado. A vantagem de se utilizar as formas paralelas é que se utiliza um mesmo grupo de indivíduos em uma única ocasião, no entanto a desvantagem está na dificuldade de se conseguir instrumentos dos quais se consiga desenvolver formas perfeitamente paralelas capazes de medir a mesma coisa com itens diferentes. No presente trabalho, não foi possível encontrar uma forma paralela ao instrumento em teste.
- Confiabilidade Inter-Juízes: esta técnica é utilizada quando o instrumento permite que seu preenchimento seja realizado por outra pessoa, que não o indivíduo avaliado. Assim, um instrumento seria confiável se dois ou mais juízes (aplicadores) utilizando o instrumento de forma independente concordam sobre seus achados; sendo que, discrepâncias entre as médias obtidas comprometeriam a confiabilidade do instrumento. Por se tratar de um instrumento auto preenchido, esta técnica também não será utilizada para avaliar a confiabilidade do APGAR Familiar.
- Consistência interna: Como uma maneira de suprir os pontos negativos das duas técnicas anteriores, o índice de consistência interna busca medir se um instrumento é capaz de reproduzir a resposta que se procura, aplicando-se uma única vez a uma única amostra de indivíduos. Assim, esta técnica tem por objetivo verificar a correlação dos itens de um instrumento entre si e com o total, esperando-se que os mesmos apresentem congruência uns com os outros uma vez que medem o mesmo fenômeno. Este índice pode ser verificado utilizando-se, dentre outros, o coeficiente Alfa de Cronbach, assim, quanto mais próximo de 1 for este coeficiente maior congruência ou consistência interna terá o instrumento (CRONBACH, 1951).

Muito tem se encontrado na literatura a respeito da confiabilidade de um instrumento, e a Consistência Interna, obtida por meio do coeficiente Alfa de Cronbach, tem sido, sem dúvida, a medida mais utilizada nos estudos nacionais e internacionais para avaliar a confiabilidade de um instrumento de medida. Isto se deve, em grande parte porque o alfa é mais fácil de ser obtido, em comparação com outras estimativas de confiabilidade, como por exemplo, teste-reteste, uma vez que para calcular o alfa é necessário apenas uma única aplicação (TAVAKOL & DENNICK, 2011). No entanto é necessário entender um pouco mais sobre o significado, uso adequado e interpretação correta deste coeficiente.

Antes de mais nada, vale ressaltar que o Coeficiente de Alfa de Cronbach é apenas uma das medidas possíveis para avaliar a confiabilidade de um instrumento, como já mencionado (NUNNALLY & BERNSTEIN, 1994).

Se os itens de um teste são correlacionados um com o outro, o valor de alfa será próximo de 1, no entanto, um elevado valor do coeficiente alfa nem sempre significa um alto grau de consistência interna. Isto ocorre porque o valor de alfa também é afetado pelo tamanho do teste, assim, se o teste for curto e possuir poucos itens o valor de alfa será baixo (NUNNALLY & BERNSTEIN, 1994).

Outro fator que pode levar a situações em que a escala ou o teste sejam indevidamente descartados em função do valor do alfa, é a consideração errônea da homogeneidade e unidimensionalidade do instrumento em questão. Para evitar esta situação, e melhorar o uso do alfa de Cronbach, é necessário avaliar, sob ponto de vista teórico, se o instrumento de medida é de fato unidimensional, ou seja, se os seus itens procuram medir um único traço latente ou construto (TAVAKOL & DENNICK, 2011).

Eis aqui, portanto, dois pontos fundamentais que justificam a não utilização, neste estudo, do Coeficiente de Alfa de Cronbach como medida de confiabilidade. A primeira delas se refere ao tamanho da escala. Por se tratar de um instrumento de rastreio, curto e de fácil aplicação, conforme proposto pelo autor da versão original Smilkstein (1978), o APGAR Familiar adaptado a crianças é composto por apenas 5 itens, sendo portanto, previsto de antemão, um baixo valor de alfa, o que, pelos motivos já apontados, não corresponderia, necessariamente, a uma baixa confiabilidade do instrumento.

O segundo motivo pela não utilização deste coeficiente neste estudo é que o instrumento não é unidimensional. Conforme descrito por Smilkstein (1978), os itens que compõem o instrumento *Family APGAR*, são, cada um deles referente a um traço distinto, a um construto, sendo eles componentes de um tema amplo e abrangente como é o Relacionamento Familiar.

Portanto, para a verificação da confiabilidade do instrumento APGAR Familiar adaptado para crianças, optou-se apenas pela realização da técnica Teste-Reteste.

4.1.3.2. Validade

A validade é a segunda característica necessária à um instrumento traduzido ou simplesmente adaptado. É importante ressaltar que a confiabilidade de um instrumento está intimamente relacionada com sua validade. Um instrumento não pode ser válido a menos que seja confiável (TAVAKOL & DENNICK, 2011). De um modo geral, pode-se entender como validade, a capacidade de um instrumento de medir aquilo a que se propôs medir, ou seja, diz respeito a quanto o instrumento está adequado para medir aquilo a que ele se propõe.

O processo de validação de instrumentos evoluiu ao longo da história como descreve Pasquali (1999):

- Validade de conteúdo (décadas de 1900 até 1950): neste modelo o teste era considerado válido na medida em que seu conteúdo, expresso pelos itens, correspondesse ao conteúdo dos traços definidos pela teoria psicológica que embasava o teste, apresentando, portanto, pouca fundamentação empírica.
- Validade de critério (décadas de 1950 até 1970): neste modelo os testes visavam verificar se o instrumento era capaz de prever comportamentos futuros. Este modelo foi caracterizado pela fuga da construção teórica, focando-se quase que exclusivamente nas análises estatísticas feitas à posteriori.
- Validade de Construto (de 1970 até o momento): a validade de construto é na verdade um modelo na qual aspectos da validade de conteúdo e de critério estão presentes. Neste modelo, entende-se que, além da necessidade de uma teoria

prévia sobre a representação em comportamentos do traço latente, a validade do instrumento é estabelecida pela testagem empírica desta hipótese. No entanto, como aponta Pasquali (1999) existe grande confusão no campo teórico dos construtos, tornando-se extremamente difícil para a Psicometria operacionaliza-los.

A percepção do relacionamento familiar, por se tratar de um construto abstrato, assim como os conceitos de qualidade de vida ou de felicidade, devem ser avaliados, conforme aponta Mc Dowell (2006), através da Validação de Construto. Esta avaliação, segundo o autor, deve iniciar-se com uma definição conceptual do construto a ser medido, indicando a estrutura interna dos seus componentes e a forma como eles se relacionam com outros construtos⁴. Assim, estas definições teóricas podem ser expressas como hipóteses que indicam que o construto do instrumento a ser validado deve obter correlações com construtos equivalentes e não apresentar correlações com construtos não equivalentes.

Assim, seguindo os pensamentos de Mc Dowell (2006) e Pasquali (1999) um estudo de Validade de Constructo, pode ser realizado por meio da Análise por Hipótese, mais especificamente pela técnica de validação Convergente-Discriminante. Esta técnica, parte do princípio de que para demonstrar a validade de construto de um teste ele precisa apresentar correlação positiva com um teste que mede um construto equivalente (Validação Convergente) e, ao mesmo tempo, não estabelecer correlações com outro teste que, em sua base teórica, não mede o mesmo construto do instrumento a ser validado (Validação Discriminante). Neste estudo preliminar de validade, optou-se por realizar apenas o teste de Validação Convergente do instrumento APGAR Familiar.

Como, no Brasil, não existem instrumentos construídos e validados, ou adaptados, que avaliem constructos correlatos à percepção do relacionamento familiar sob a ótica da criança, optou-se por utilizar o instrumento AUQEI, que avalia a auto percepção da qualidade de vida. Esta escolha se faz pertinente pois, além dos dois constructos estarem relacionados entre si, como já demonstrado por achados em pesquisas anteriores, ambas as escalas são preenchidas a partir da auto percepção

⁴ Definição já contemplada no Capítulo 3 deste estudo.

da criança, e não de um observador, um avaliador ou clínico, o que poderia inviabilizar tal comparação.

4.1.4. Procedimentos para coleta de dados

Para a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento APGAR Familiar, foi enviado aos pais ou responsáveis o TCLE uma semana antes da data marcada para o início da pesquisa.

No dia do Teste os alunos, cujos pais haviam autorizado sua participação, foram retirados da sala de aula e levados à uma sala ampla com mesas e cadeiras individuais, acompanhados por um monitor da escola e com o pesquisador responsável. Inicialmente todas as crianças receberam a folha de preenchimento do instrumento APGAR Familiar e, antes de iniciar, todos os itens do instrumento foram lidos em voz alta pelo pesquisador e tiradas eventuais dúvidas. Em seguida cada criança preencheu o APGAR individualmente, sendo auxiliadas pelo pesquisador quando assim o solicitassem.

No dia da coleta do Reteste, 30 dias após, as mesmas crianças foram novamente retiradas de sala de aula e levadas para a mesma sala da aplicação do Teste. Neste momento, além de preencherem o APGAR Familiar, elas também preencheram o AUQEI. Os dois instrumentos foram lidos em voz alta pelo pesquisador, nesta sequência, e tiradas dúvidas. Mais uma vez as crianças preencheram os instrumentos individualmente e foram auxiliadas quando solicitaram.

4.1.5. Análise Estatística

Para análise inicial dos dados foram realizadas estatísticas descritivas de frequência, média e desvio padrão. Para avaliar a correlação entre as questões do APGAR Familiar e também para a avaliação da Validade Convergente foram realizadas análises de correlação não paramétrica de Ró de Spearman. Para a análise de confiabilidade do instrumento foram utilizados o teste de correlação entre as formas de Spearman-Brown. Todos os dados foram tabulados em Excel (Pacote Office 2013) e as análises feitas pelo programa SPSS for Windows® versão 16.0.

4.2. Etapa 2: Análise dos determinantes da Qualidade de Vida de crianças

A análise dos determinantes da qualidade de vida de crianças foi desenvolvida pela estimação de um modelo de regressão linear múltipla, a partir de uma amostra de crianças participantes de programa público de recreação esportiva e crianças matriculadas em escolas públicas e particulares de Indaiatuba/SP.

4.2.1. Amostragem

Para determinar a amostra da segunda etapa do estudo, foram utilizados os dados obtidos em um estudo piloto realizado por pesquisadores do Projeto PRINUTHA, no ano de 2012, (ARANHA et al., 2013) com crianças da cidade de Indaiatuba/SP. Para esse fim, foram utilizados os valores relativos ao Índice de Massa Corporal (IMC) dos participantes, gerando assim, medidas de variabilidade como média, variância e desvio padrão. Estes dados foram aplicados na fórmula proposta por Morettin e Bussab (2004), para a determinação do tamanho amostral, conforme descrita abaixo:

$$n = \frac{(z\gamma)^2 \cdot s^2}{\varepsilon^2}$$

Sendo:

n = tamanho da amostra a ser determinado;

$z\gamma$ = índice de confiabilidade usando valores da Tabela da Normal, para $\gamma = 0,95$ (95% de confiabilidade) então $z\gamma = 1,96$;

s = desvio padrão amostral do IMC;

ε = erro máximo estabelecido. Utilizou-se como erro máximo 2,5% do valor da média amostral do IMC.

Considerando a média do IMC obtida no estudo piloto supracitado de 18,45kg/m² com desvio padrão de 3,21kg/m², o cálculo acima apontou que o tamanho da amostra na segunda etapa deste estudo deve ter no mínimo 186 crianças.

Assim, para a segunda etapa deste estudo, os critérios de inclusão foram crianças entre 7 anos completos e 11 anos completos, de ambos os sexos, matriculadas em duas escolas da rede municipal de Indaiatuba/São Paulo e também

crianças matriculadas no Projeto Esporte Cidadão da Secretaria de Esportes da prefeitura. Os critérios de exclusão foram crianças fora da faixa de idade estabelecida, aquelas identificadas pelos professores como sendo alunos com deficiência intelectual ou alunos de inclusão, e/ou aquelas que os pais não permitiram a sua participação.

4.2.2. Instrumentos de coleta dos dados

Os instrumentos empregados para a coleta dos dados relativos à qualidade de vida, estado nutricional, relacionamento familiar e características socioeconômicas são descritos a seguir.

4.2.2.1. Avaliação da Qualidade de Vida

No caso da avaliação da qualidade de vida de crianças, foi utilizado o *Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé* (AUQEI). Este questionário permite uma auto avaliação baseada no ponto de vista da criança acerca de sua satisfação com a vida.

A versão em português do AUQEI - Escala de Avaliação de Qualidade de Vida Infantil - foi validada por Assumpção et al. (2000) e propõe investigar a qualidade de vida de crianças de 4 a 12 anos. Trata-se de instrumento que entende a qualidade de vida como sendo a sensação subjetiva de bem-estar; partindo da premissa que o indivíduo é capaz de se expressar quanto a sua subjetividade, permitindo portanto uma auto avaliação. O AUQEI se constitui em instrumento genérico aplicável tanto em indivíduos sadios como em crianças com problema de saúde.

O instrumento é composto por 26 questões que devem ser respondidas pela criança de acordo com o ponto de vista dela, em relação a quatro domínios da vida: Autonomia (itens relativos à independência); Lazer (itens relativos a férias, aniversário e relacionamento com avós); Funções (itens relativos às atividades na escola, às refeições, ao deitar); e Família (itens relativos à opinião quanto às figuras parentais e quanto a si mesmo) (Anexo 3).

Para auxiliar a criança a identificar seus sentimentos em cada situação, utilizam-se quatro figuras que representam os sentimentos: muito feliz, feliz, infeliz e muito infeliz. Inicialmente, foi solicitado à criança que escrevesse em baixo de cada figura

uma experiência própria na qual identificasse o sentimento acima. Isso permitiu que a criança compreendesse as situações e apresentasse sua própria experiência.

Após este relato individual, a criança assinalou então para cada uma das 26 situações apresentadas qual dos 4 sentimentos melhor caracterizava seu estado emocional diante delas. A escala permitiu, assim, obter um perfil de satisfação da criança diante de diferentes situações.

O escore da escala foi obtido a partir de uma escala Likert variando de 0 a 3 pontos, sendo: 0 (Muito Infeliz), 1 (Infeliz), 2 (Feliz) e 3 (Muito Feliz). O score do instrumento varia portanto entre 0 e 78 pontos. Escore acima de 48 pontos reflete boa percepção da qualidade de vida, enquanto pontuação abaixo deste valor indica qualidade de vida prejudicada (ASSUMPÇÃO et al., 2000). Nesta investigação, quando a criança apresentou dificuldades na leitura, o questionário foi preenchido por meio de entrevista dirigida.

O escore final obtido por cada um dos participantes foi utilizado como a variável dependente (QVD) do modelo de regressão que investigou a contribuição do estado nutricional, da percepção do relacionamento familiar e variáveis socioeconômicas e demográficas para a qualidade de vida de crianças.

4.2.2.2. Caracterização Socioeconômica e Demográfica

Para coletar as informações referentes aos aspectos socioeconômicos e demográficos foi utilizado um questionário desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa PRINUTHA da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (Anexo 4), adaptado dos formulários do IBGE e da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas/ABEP. Este órgão é responsável pela definição do Critério de Classificação Econômica Brasil/CCEB, que categoriza as famílias segundo cinco níveis sociais, sendo A a classe econômica mais alta e E a classe econômica mais baixa⁵. Esta categorização é feita a partir do somatório dos pontos dados a cada domicílio conforme consta nos quadros no Anexo 5.

Além de possibilitar a classificação socioeconômica, o questionário PRINUTHA também permitiu obter informações sobre as variáveis demográficas da criança

⁵ Os itens que compõem o Critério de Classificação Econômica Brasil podem ser consultados no site: <http://www.abep.org>

participante (gênero e idade) e do seu responsável (gênero, etnia e escolaridade em anos de estudo).

4.2.2.3. Avaliação dos aspectos familiares

A questão familiar foi avaliada por meio da aplicação do instrumento APGAR Familiar adaptado à crianças (Anexo 6), que gerou escores relativos à percepção da qualidade do relacionamento familiar. O APGAR Familiar adaptado à criança é composto por 5 afirmações que contemplam as áreas do relacionamento familiar conforme exposto no item 4.1 deste trabalho, o somatório da pontuação atribuída às respostas das questões, gera escores que podem variar de 0 a 20.

A segunda parte do instrumento foi utilizada para coletar dados sobre o tipo e o tamanho da família. O tipo da família foi classificado como Família Nuclear composta por pai, mãe e filhos; Família Reduzida: mãe ou pai e filhos; Família Reconstituída: pai e madrasta ou mãe e padrasto e filhos; e Família Estendida: presença de mais de duas gerações na mesma casa conforme Prado (1985).

4.2.2.4. Avaliação dos Aspectos Nutricionais

A antropometria, avaliação das dimensões físicas e da composição global do corpo, tem se revelado o método mais utilizado para o diagnóstico nutricional em nível populacional, sobretudo na infância e na adolescência, pela facilidade de execução, baixo custo e inocuidade. Mesmo considerando suas limitações, ela tem sido o método mais utilizado universalmente em pesquisa. Sua maior desvantagem é que, isoladamente, ela não identifica deficiências específicas, como hipovitaminoses, anemia ferropriva, deficiência de cálcio, entre outras deficiências. Nessas situações há necessidade de exames complementares para a conclusão diagnóstica (SIGULEM, DEVINCENZI & LESSA, 2000).

Embora existam muitos outros métodos que investigam aspectos nutricionais⁶, eles impõem algumas limitações para sua execução. Alguns requerem avaliadores

⁶ Por exemplo avaliação da gordura subcutânea e da massa muscular, métodos bioquímicos, verificação de sinais nos tecidos epiteliais externos, pregas cutâneas, bioimpedância elétrica, ultrassonografia, ressonância nuclear magnética, DEXA (dual-energy x-ray absorptiometry), e consumo alimentar

altamente treinados, outros requerem equipamentos muitas vezes sofisticados com manuseio de profissional específico, o que dificulta, de certo modo, sua execução (SIGULEM, DEVINCENZI & LESSA, 2000).

Por ser uma medida confiável, com padrões bem definidos, de alta replicabilidade, capacidade de comparação e sobretudo de fácil obtenção por meio de medidas de peso e altura, o Índice de Massa Corporal (IMC) tem sido o método mais utilizado para estimar o estado nutricional de populações. Além disso, recomenda-se o uso do IMC também pelo seu baixo custo, baixo nível de exigência de habilidade pessoal requerida, boa receptividade por parte da população estudada e pela inexistência de riscos à saúde advindos de sua aplicação (HEYWARD & STOLARCZYK, 2000).

Os procedimentos adotados para as medidas de peso e estatura foram homogêneos e de acordo com o recomendado por Carter e Swinburn (2004). O diagnóstico nutricional foi realizado a partir do indicador antropométrico de IMC/Idade (IMC/I), tomando-se como base as curvas do crescimento propostas pela OMS e adaptadas à população brasileira pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). A pesagem foi realizada em balança eletrônica digital tipo plataforma, marca TANITA TFB-521® e com precisão de até 100 gramas.

As coletas das medidas antropométricas foram realizadas por pesquisadores treinados das áreas da nutrição e de educação física, os participantes ficaram descalços, com o mínimo de roupa possível, de forma padronizada para todos os participantes, em todos os momentos da aferição. Para a estatura foi utilizado um estadiômetro portátil, marca SECA®, com precisão de até décimos de centímetros (mm), afixado na parede, sem rodapé. Os participantes ficaram em posição ortostática, com os pés juntos. Estas duas aferições foram feitas em duplicata e foi utilizado a média das duas aferições.

Para caracterização da amostra segundo o estado nutricional, o resultado bruto do IMC foi transformado em percentil, segundo a idade em meses e sexo de cada participante, e classificado em: magreza acentuada, magreza, eutrofia, sobrepeso, obesidade e obesidade grave, conforme orientação da OMS (BRASIL, 2011).

(SIGULEM, DEVINCENZI, & LESSA, 2000).

4.2.3. Procedimentos para coleta de dados

Para a avaliação dos determinantes da Qualidade de Vida de crianças foram utilizados os mesmos procedimentos em todos os locais da pesquisa, ou seja, nas escolas municipais e nos polos da secretaria de esportes.

Uma semana antes do início da pesquisa foi enviado aos pais ou responsáveis o TCLE juntamente com o questionário socioeconômico. No dia da coleta, aqueles que trouxeram o questionário preenchido e o TCLE assinado, foram retirados de suas aulas e levados à outra sala ou espaço reservado para que pudessem preencher os questionários APGAR Familiar e o AUQEI, bem como para a aferição das medidas antropométricas. Nas escolas municipais a coleta foi realizada apenas pelo pesquisador responsável, já nos polos esportivos os professores de educação física auxiliaram a coleta.

Assim como na primeira etapa deste estudo, os instrumentos foram lidos em voz alta antes do início do preenchimento e tiradas eventuais dúvidas. Durante o preenchimento individual dos questionários, as crianças, uma a uma foram levadas à um espaço reservado para a aferição das medidas de peso e altura. Ao final, conforme cada aluno concluía o preenchimento e a aferição, eles retornavam às suas aulas.

4.2.4. Modelo dos determinantes da Qualidade de Vida de crianças

A análise dos determinantes foi desenvolvida por meio da estimação de um modelo de regressão linear múltipla, conforme função abaixo:

$$QVD = f (ARF, TF, FN, Bp, Ep, IC7, IC8, IC9, IC10, Sfc, Sfr, Eb, Er, CsD, CsC, CsB)$$

Onde:

QVD = Classificação da Qualidade de Vida (Log do escore total do AUQEI)

ARF = Avaliação do Relacionamento Familiar (escore total do APGAR Familiar);

TF = Tamanho da família;

FN = Tipo de família (variável dummy, 1 para Família Nuclear e 0 nos demais casos);

Bp = Baixo peso, abrangendo magreza acentuada e magreza (variável dummy, 1 para baixo peso; e 0 nos demais casos);

Ep = Excesso de peso, abrangendo sobrepeso, obesidade e obesidade grave (variável dummy, 1 para excesso de peso; e 0 nos demais casos);

IC7 = Idade da Criança (variável dummy, 1 para 7 anos; e 0 nos demais casos);

IC8 = Idade da Criança (variável dummy, 1 para 8 anos; e 0 nos demais casos);

IC9 = Idade da Criança (variável dummy, 1 para 9 anos; e 0 nos demais casos);

IC10 = Idade da Criança (variável dummy, 1 para 10 anos; e 0 nos demais casos);

Sfc = Sexo da criança (variável dummy, 1 para sexo feminino; e 0 para masculino);

Sfr = Sexo do responsável (variável dummy, 1 para sexo feminino; e 0 para masculino);

Eb = etnia (variável dummy, 1 para brancos; 0 para não brancos);

Er = Escolaridade do responsável (em anos de estudo);

CsD = Classe Social D (variável dummy, 1 para Classe D, e 0 nas demais classes);

CsC = Classe Social C (variável dummy, 1 para Classe C, e 0 nas demais classes);

CsB = Classe Social B (variável dummy, 1 para Classe B, e 0 nas demais classes).⁷

A decisão pela inclusão destas variáveis foi baseada nos achados publicados recentemente sobre a avaliação de qualidade de vida de crianças conforme elucidado no capítulo 3 deste trabalho. Dentre as variáveis utilizadas, apenas três foram quantitativas: o escore do instrumento APGAR Familiar, o tamanho da família e a escolaridade em anos de estudos; as demais variáveis foram trabalhadas de forma categórica utilizando dummies para inseri-las ao modelo.

Para analisar o estado nutricional, as crianças eutróficas foram usadas como referência, no caso da idade, 11 anos foi a idade referência, e para a classificação social a referência utilizada foi a Classe A (nesta amostra nenhuma família foi classificada na Classe E).

Como uma análise adicional a fim de verificar a existência do problema de multicolineariedade, foi realizado o teste de Correlação de Pearson entre as variáveis apresentadas no modelo.

⁷ A classe A será a referência para todas as demais classes.

4.2.5. Análises Estatísticas

Para digitação e tabulação dos dados foi utilizado Excel (Pacote Office 2013) e para análise, estatísticas descritivas, correlação e estimação de modelo de regressão linear múltipla com método mínimos quadrados ordinários o programa SPSS for Windows® versão 16.0.

4.3. Aspectos Éticos

O presente projeto, (contemplando as Etapas 1 e 2) foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Farmacêuticas (FCF), no mês de julho de 2014, e está aprovado sob o parecer número 792.945 (Anexo 7). Todos os pais ou responsáveis assinaram o TCLE concordando com a participação das crianças nesta pesquisa. O presente estudo apresentou risco mínimo para a população. Ao final da análise dos dados, foi enviado um relatório individual por escrito para cada participante contendo sua classificação nutricional e um folheto informativo com orientações sobre os 10 passos para uma alimentação saudável (Anexo 8).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Etapa 1: Evidências de validade do Instrumento APGAR Familiar

Inicialmente foram realizadas adaptações de linguagem em todo o instrumento, incluindo o enunciado, que foi reduzido e teve sua linguagem simplificada. O mesmo foi feito com as cinco questões que compõem a escala para tornar o instrumento compreensível para as crianças sem auxílio de um adulto.

A versão 1 do instrumento adaptado, obtida após a primeira adequação linguística, foi enviada ao comitê de juízes. Após pequenas modificações conforme Quadro 2, a versão 1 do instrumento foi submetida a um estudo piloto (Tabela 1) a fim de verificar empiricamente a viabilidade de sua aplicação.

Quadro 2. Comparação entre a versão para adultos e a versão 1 para crianças do APGAR Familiar.

Itens da versão para ADULTOS	Itens da versão para CRIANÇAS após primeira reformulação linguística
Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	Quando alguma coisa está me incomodando, eu posso pedir ajuda à minha família.
Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual a minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	Gosto da maneira como a minha família fala sobre as coisas e compartilha os problemas comigo.
Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.	Gosto de como minha família me permite experimentar coisas novas que eu quero fazer.
Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções tais como raiva, mágoa ou amor.	Gosto de como a minha família age quando eu estou com raiva, feliz ou amoroso.
Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	Eu gosto de como a minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.

Tabela 1. Distribuição da amostra do estudo piloto 1.

Idade/Sexo	F	M	Total
7 anos	5	5	10
8 anos	4	5	9
9 anos	4	4	8
10 anos	5	3	8
11 anos	5	3	8
Total	23	20	43

Com o intuito de verificar a adequação linguística e a compreensão das crianças quanto ao enunciado e às questões da escala, a aplicação do estudo piloto 1 foi feita de forma individual, por meio de entrevista. As dúvidas apresentadas pelas crianças foram anotadas e depois comparadas e analisadas. A partir da análise das dúvidas mais frequentes, foi verificada a necessidade de nova reformulação dos itens, e assim foi obtida a versão 2 do instrumento adaptado a crianças.

A versão 2 foi então enviada aos mesmos 3 juízes para que avaliassem as mudanças decorrentes do estudo piloto 1, e após a aprovação dos mesmos, a versão 2 foi submetida a um novo estudo piloto.

O estudo piloto 2 (GIRON et al., 2014) foi realizado com alunos entre 7 e 11 anos de ambos os sexos de uma escola municipal do bairro da Freguesia do Ó na cidade de São Paulo/SP, distribuídos conforme tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da amostra do estudo piloto 2.

Idade/Sexo	F	M	Total
7 anos	3	1	4
8 anos	3	3	6
9 anos	4	0	4
10 anos	5	5	10
11 anos	6	5	11
Total	21	14	35

Após o estudo piloto 2, também realizado por meio de entrevistas dirigidas, foi verificada a viabilidade da aplicação do instrumento, e a versão 2 foi considerada satisfatória em termos de compreensão, não necessitando de mais adaptações.

Essa versão resultou assim na versão adaptada final do instrumento APGAR Familiar, conforme Quadro 3. O instrumento final está reproduzido no Anexo 6.

Quadro 3. Comparação entre a versão 1 e a versão final do APGAR Familiar para crianças.

Versão 1	Versão Final
Quando alguma coisa está me incomodando, eu posso pedir ajuda à minha família.	Eu posso pedir ajuda à minha família quando alguma coisa está me incomodando.
Gosto da maneira como a minha família fala sobre as coisas e compartilha os problemas comigo.	Eu gosto de como a minha família conversa e divide os problemas comigo.
Gosto de como minha família me permite experimentar coisas novas que eu quero fazer.	Eu gosto de como minha família me ensina e me incentiva a fazer coisas novas e diferentes.
Gosto de como a minha família age quando eu estou com raiva, feliz ou amoroso.	Eu gosto de como a minha família age quando eu estou com raiva, feliz ou amoroso.
Gosto de como a minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	Eu gosto de como a minha família e eu passamos o tempo juntos.

5.1.1. Pré requisitos para análise de confiabilidade

A versão final, obtida após o processo de adaptação linguística descrito acima, foi aplicada a uma amostra de conveniência de crianças de 7 a 11 anos, conforme descrito no tópico de determinação da amostra, alunos de duas escolas municipais da cidade de Indaiatuba. Elas receberam o TCLE para que seus responsáveis pudessem assinar e devolver o termo à escola, autorizando a participação da criança na pesquisa. No dia da coleta, uma semana após a entrega do termo, 50 crianças trouxeram o TCLE assinado, distribuídas por sexo e idade conforme a tabela 3. A pontuação obtida na primeira aplicação do APGAR Familiar teve média geral 17,08 pontos e desvio padrão 2,74.

Tabela 3. Distribuição da amostra da primeira aplicação do APGAR Familiar.

Idade/Sexo	F	M	Total	
7 anos		4	0	4
8 anos		1	2	3
9 anos		8	9	17
10 anos		7	6	13
11 anos		7	6	13
Total		27	23	50

Após 30 dias, foi realizado o Reteste, com as mesmas crianças que participaram da primeira coleta. Devido ao grande empenho das coordenadoras e da direção das escolas, todas as crianças que preencheram anteriormente o APGAR Familiar compareceram no dia do Reteste, não ocorrendo nenhuma perda, mantendo-se a distribuição da amostra exatamente como no Teste.

A pontuação do Reteste do APGAR Familiar apresentou média geral 17,52 pontos e desvio padrão 2,81.

Primeiramente foram realizadas análises descritivas de frequência da primeira aplicação a fim de verificar o tipo de distribuição do escore total do APGAR Familiar. Conforme se pode observar nos Gráfico 1 a 6 os resultados dos escores de cada questão bem como o escore total não apresentaram distribuição normal, verificando-se predomínio de respostas do tipo “sempre”. Este resultado está de acordo com o esperado, uma vez que respostas do tipo “sempre” representam crianças que percebem o Relacionamento Familiar como bom, e de fato não se espera encontrar na população em geral predomínio de famílias disfuncionais.

Gráfico 1. Histograma das respostas da questão 1 do APGAR Familiar na primeira aplicação.

Gráfico 2. Histograma das respostas da questão 2 do APGAR Familiar na primeira aplicação.

Gráfico 3. Histograma das respostas da questão 3 do APGAR Familiar na primeira aplicação.

Gráfico 4. Histograma das respostas da questão 4 do APGAR Familiar na primeira aplicação.

Gráfico 5. Histograma das respostas da questão 5 do APGAR Familiar na primeira aplicação.

Gráfico 6. Histograma do escore total do APGAR Familiar na primeira aplicação.

Diante da distribuição não-normal dos escores, utilizou-se o teste não paramétrico de correlação Rô de Spearman para avaliar a Confiabilidade do instrumento APGAR Familiar.

Primeiramente foram testadas as correlações entre as 5 perguntas da primeira aplicação do instrumento, e os resultados confirmam a hipótese de não unidimensionalidade da escala (Tabela 4). As questões apresentam correlações medianas entre si, nem sempre estatisticamente significantes, revelando que de fato estão interligadas e fazem parte de um constructo amplo, mas ao mesmo tempo avaliam aspectos únicos e distintos e, portanto, não sendo recomendado o uso do Alfa de Cronbach para avaliar a confiabilidade do instrumento, conforme argumentado no tópico 4.2 deste trabalho.

Tabela 4. Coeficiente de Correlação de Rô de Spearman entre as questões do APGAR Familiar da primeira aplicação.

APGAR Familiar	Questão1	Questão2	Questão3	Questão4	Questão5
Questão1	1,000	0,349*	0,350*	0,419*	0,316*
p-valor		0,013	0,013	0,002	0,026
Questão2		1,000	0,246	0,299*	0,246
p-valor			0,085	0,035	0,085
Questão3			1,000	0,307*	0,171
p-valor				0,030	0,235
Questão4				1,000	0,120
p-valor					0,406
Questão5					1,000

** p-valor < 0,01

* p-valor < 0,05

5.1.2. Análise da confiabilidade

Testada a não unidimensionalidade da escala, passou-se à análise de confiabilidade do instrumento através da técnica do Teste-Retest. O teste não paramétrico de Rô de Spearman indicou correlação positiva estatisticamente significativa entre o teste e o reteste para todas as questões (entre 0,034 e 0,512) com exceção da questão 4, como se pode visualizar na Tabela 5.

Tabela 5. Coeficiente de Correlação de Rô de Spearman entre as questões da primeira aplicação (Teste) e segunda aplicação (Reteste).

		RETESTE				
		Questão1	Questão2	Questão3	Questão4	Questão5
TESTE	Questão1	0,345*				
	Questão2		0,512*			
	Questão3			0,304*		
	Questão4				0,233	
	Questão5					0,034*

* p-valor < 0,05

O teste não paramétrico de Rô de Spearman também apresentou correlação estatisticamente significativa ao comparar o escore total das aplicações do Teste e do Reteste. O Coeficiente de Correlação entre as duas aplicações foi de 0,480 significativo ao p-valor < 0,01, apresentando evidências preliminares de validade do instrumento APGAR Familiar adaptado.

Ainda como medida de confiabilidade, os resultados do escore total do APGAR Familiar no Teste e no Reteste também obtiveram resultados satisfatórios nos índices de correlação entre as formas de Spearman-Brown (0,764), utilizando forma A como o escore do Teste e Forma B o escore do Reteste, mostrando resultados semelhantes aos índices de correlação não paramétricos apresentados acima. Desta forma os resultados das análises psicométricas apresentados indicam que o instrumento APGAR Familiar em sua versão para crianças possui índices de confiabilidade satisfatórios.

5.1.3. Validade

O estudo de Validade Convergente foi realizado com a mesma amostra do estudo de confiabilidade conforme distribuição já apresentada pela Tabela 4, sendo seus dados coletados na segunda aplicação juntamente com o Reteste, sendo preenchidos, primeiro o APGAR seguido do AUQEI.

O coeficiente de correlação de Rô de Spearman entre o escore total do APGAR Familiar e do AUQEI foi de 0,570 ($p < 0,01$), resultado de acordo com o esperado e em magnitudes coerentes com a literatura mostrando Validade Convergente do instrumento.

5.2. Etapa 2: Qualidade de Vida de crianças

5.2.1. Caracterização Socioeconômica e Demográfica

Participaram da segunda etapa desta pesquisa 1028 crianças de 7 a 11 anos, da cidade de Indaiatuba/SP. Em relação ao sexo, a maioria, 58,56% eram meninos e 26,07% dos participantes tinham 9 anos de idade. Esta proporção elevada de meninos explica-se pelo fato de que a pesquisa envolveu participantes do Programa de Recreação Esportiva de Indaiatuba, programa este que tem maior proporção masculina em suas turmas. A distribuição completa conforme gênero e a idade está apresentada no Gráfico 7 e Tabela 6.

Gráfico 7. Distribuição da amostra, segundo idade e sexo.

Tabela 6. Distribuição da amostra, segundo idade e sexo.

Idade/Sexo	F		M		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
7 anos	60	5,84	89	8,66	149	14,49
8 anos	87	8,46	120	11,67	207	20,14
9 anos	128	12,45	140	13,62	268	26,07
10 anos	88	8,56	138	13,42	226	21,98
11 anos	63	6,13	115	11,19	178	17,32
Total	426	41,44	602	58,56	1028	100,00

Os dados socioeconômicos foram coletados juntamente com a assinatura do TCLE pelos pais/responsáveis das crianças, sendo em sua maioria mães (68,66%), e o restante pais, avós, tios, irmãos, babá, madrasta e padrasto, nesta ordem; com idade média de 38 anos, sendo que o responsável mais novo possuía 18 anos e o mais velho, 86 anos. Nota-se que nesta população, as mães estão presentes no dia-a-dia da crianças, visto que apenas 31,34% dos responsáveis que preencheram o TCLE não foram mães.

No que tange à situação conjugal informada pelo responsável, observou-se grande proporção dos indivíduos casados ou vivendo com companheiro, representando 83,36%. Em relação a cor da pele auto referida do responsável, 60,50% declararam-se brancos, 31,71% pardos, 5,74% negros, 1,94% oriental e 0,1% indígena. Considerando os dados relativos à cor da pele, nota-se que a população de Indaiatuba se diferencia da população brasileira. No Censo Demográfico de 2010, realizado pelo IBGE, 47,73% dos brasileiros declararam-se brancos, porcentagem inferior comparada à amostra utilizada neste estudo.

Ponderando a ocupação profissional, 41,93% deles declararam trabalhar em regime formal com carteira de trabalho assinada, 30,64% não trabalham, 24,31% são autônomos, ou seja, são empreendedores ou trabalham por conta própria e 3,11% são aposentados. Avaliando o tipo de moradia das famílias participantes, 62,64% declararam que moram em casa própria, 27,24% em residência alugada, 10,12% em locais cedidos. Quanto à escolaridade dos responsáveis, 52,53% dos pais/responsáveis pesquisados concluíram o Ensino Médio, e apenas 14,30% possuem Ensino Superior. Os dados completos do grau de instrução do responsável estão na Tabela 7.

Comparando os achados deste estudo com os dados sobre escolaridade divulgados pelo Censo de 2010, pode-se observar que o grupo de pessoas que concluíram o ensino médio é o dobro da encontrada a nível nacional que foi de 7,9%, mostrando que Indaiatuba trata-se de uma população diferenciada a nível educacional.

Tabela 7. Distribuição da amostra, segundo escolaridade do responsável

Escolaridade	Total	
	n	%
Ensino Fundamental Incompleto	158	15,37
Ensino Fundamental Completo	183	17,80
Ensino Médio Completo	540	52,53
Superior Completo	147	14,30
Total	1028	100,00

As informações sobre a renda familiar mensal, foram coletadas em faixas de salários mínimos (referência 2014)⁸. Observou-se que 66,83% da amostra pertence a famílias com renda familiar mensal de até três salários mínimos (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição da amostra, segundo a renda familiar mensal em salários mínimos de 2014.

Renda Familiar Mensal	Total	
	n	%
Até 1 Salário Mínimo (até R\$ 724,00)	46	4,47
De 1 a 2 Salários Mínimos (entre R\$ 724,00 e R\$ 1.448,00)	277	26,95
De 2 a 3 Salários Mínimos (entre R\$ 1.448,00 e R\$ 2.896,00)	364	35,41
De 4 a 6 Salários Mínimos (entre R\$ 2.896,00 e R\$ 4.344,00)	189	18,39
De 6 a 8 Salários Mínimos (entre R\$ 4.344,00 e R\$ 5.792,00)	71	6,91
Acima 8 Salários Mínimos (acima de R\$ 5.792,00)	81	7,88
Total	1028	100,00

Utilizando os dados coletados de renda familiar em salários mínimos e número de pessoas da família que vivem da renda, conforme declarado pelo responsável, constatou-se que 55,69% da amostra deste estudo vivem com renda per capita inferior a R\$ 500,00, média muito aquém da observada em âmbito nacional pelo IBGE na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) para o ano de 2014 (R\$ 1.052,00).

Para a classificação das famílias segundo status socioeconômico, foi utilizada a Classificação Econômica Brasil calculada pelo IBGE, conforme esta classificação,

⁸ Salário mínimo no ano referência 2014: R\$ 724,00

48,54% das famílias pesquisadas é pertencente a Classe C, 46,60% pertence a Classe B, 2,92% a Classe A e 1,94% a Classe D.

É interessante observar que quando avaliamos o status socioeconômico utilizando classes sociais, a amostra deste estudo aparece em local privilegiado quando comparados com os dados obtidos no Censo 2010. Neste censo 21% da população brasileira estava nas classes sociais A e B e 25% estava nas classes D e E, enquanto que, neste estudo, as classes A e B representam 49,52% da amostra e a classe D apenas 1,94, sendo que nenhuma família do estudo se enquadrava na classe E. No entanto, estes dados são controversos quando avaliamos o status socioeconômico a partir da renda per capita, que apresentou um terço da média da renda per capita apresentada para a população brasileira na PNAD de 2014.

Assim, os moradores do município de Indaiatuba apresentam uma realidade específica e distinta, uma vez, apesar de terem renda abaixo da média brasileira, apresentam maior poder de compra. Isto sugere que, devido à boa estrutura oferecida pela prefeitura desta cidade, não há a necessidade destas famílias terem gastos extras com saúde e educação, o que possibilitaria à elas um aumento de consumo de bens como imóveis, eletrônicos e automóveis, itens presentes no questionário do Critério de Classificação Social utilizado pelo IBGE.

Assim, os serviços municipais aos quais esta população se tem acesso, faz com que os moradores de Indaiatuba apresentem uma caracterização socioeconômica diferente dos moradores da maioria das cidades brasileiras.

5.2.2. Avaliação do Estado Nutricional

Os resultados da avaliação nutricional mostram que do total das meninas pesquisadas 32,12% delas estão acima do peso, e do total de meninos, 32,57% deles estão nesta classificação. Considerando ambos os sexos, a amostra apresentou 19,42% das crianças com sobrepeso, 15,24% com obesidade, e 3,72% com obesidade grave, já na outra ponta, temos 1% com magreza grave e 2% com magreza (Gráfico 8).

Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) (2008-2009) – que objetiva investigar os Orçamentos Familiares combinados com outras informações sobre as condições de vida das famílias brasileiras, como o estado nutricional de

crianças e adolescentes de 10 a 19 anos de idade – houve um aumento do sobrepeso e obesidade no período de 2002-2003 para 2008-2009. Na região Sudeste do Brasil a prevalência de sobrepeso e obesidade aumentou de 25,2% a 32% em meninos, e de 21,5% a 25,7% em meninas, entre os períodos respectivamente (POF, 2008-2009).

Comparando estes índices nacionais com os índices obtidos neste estudo, pode-se constatar maior prevalência de sobrepeso e obesidade tanto em meninas quanto em meninos, na amostra estudada.

Gráfico 8. Distribuição da amostra, segundo classificação do Estado Nutricional.

Sabe-se que a obesidade infantil é um problema a nível mundial que vem sendo foco de inúmeras pesquisas, tanto no sentido de avaliar métodos preventivos e de tratamento, quanto avaliar os comprometimentos atuais e futuros advindos da obesidade infantil. Segundo estudos, a probabilidade de uma criança se tornar um adulto obeso é muito maior quando ela é uma criança obesa; Abrantes et al. (2002) cita em seu estudo que de 50% das crianças obesas aos seis meses de idade e 80% das crianças obesas aos cinco anos tornaram-se adultos obesos.

O grande problema da obesidade, tanto adulta quanto infantil, são as morbidades relacionadas a ela, que incluem: doenças metabólicas (como diabetes e síndrome metabólica), hipertensão arterial, dificuldades ortopédicas, doenças da vesícula biliar, doenças cardiovasculares e câncer (VISSER et al., 2001;

BERWANGER, 2005), além de apneia do sono e estigmatização social (PELLANDA et al., 2002). Outras alterações no âmbito psicológico também podem estar presentes com mais frequência em crianças obesas, como: dificuldades na atenção seletiva, ansiedade, depressão, angústia, baixa autoestima, sentimento de culpa, problemas de ajustamento social e distúrbios de comportamento/conduita (VALENTINI, 2012; TURCO et al., 2003; POETA, DUARTE & GIULIANO, 2013).

Por todos estes problemas de saúde associados ao excesso de peso é fundamental que a obesidade infantil seja combatida, prevenida e tratada, mesmo que, sob o ponto de vista do bem estar psicológico não se encontre associação, uma vez que, mesmo a criança avalie sua qualidade de vida como boa e satisfatória, a obesidade é antes de mais nada um problema de saúde.

5.2.3. Avaliação dos Aspectos Familiares

Os aspectos familiares considerados no presente estudo correspondem à auto percepção do relacionamento familiar – captada por meio da aplicação do instrumento APGAR Familiar, validado na primeira etapa, e pelo tamanho e tipo de família declarado na segunda parte do instrumento. O escore geral obtido pelos participantes no APGAR Familiar foi de 16,62 pontos com desvio padrão de 3,02.

Considerando as respostas obtidas na segunda parte do instrumento, verificou-se que 82,59% da amostra pertencem a famílias de no máximo 5 de pessoas, enquanto 16,83% tem famílias entre 6 e 10 pessoas e menos de 1% vive em famílias com mais de 11 pessoas morando na mesma casa.

Em relação ao número de irmãos, 28,60% das crianças da amostra são filhos únicos, 47,37% tem apenas um irmão, 17,31% tem dois irmãos e 6,22% tem 3 irmãos ou mais. A amostra deste estudo apresentou média de 2,02 filhos por família, média levemente acima da média nacional de 2013 que era, segundo o IBGE, de 1,59 filho por família. Segundo este mesmo órgão, na década entre 2003 a 2013 a redução do número de filhos por família chegou a 10,7% no Brasil, como consequência há maior presença de crianças filhos únicos, efeito sentido também nesta amostra de Indaiatuba onde quase um terço das crianças não tem irmãos.

No que tange à estrutura familiar, 59,34% das famílias estudadas nesta amostra são do tipo nuclear, enquanto 22,86% são do tipo nuclear e estendida,

12,35% são reduzidas e 5,45%, são reconstituídas, e o restante de 8,56% são uma mistura de famílias do tipo reduzida ou reconstituída e ao mesmo tempo, estendidas.

As famílias reconstituídas e nucleares ganham destaque nesta amostra quando comparadas com os dados publicados pelo IBGE do Censo Demográfico de 2010. Das famílias brasileiras entrevistadas pelo Censo, 46% eram formadas por casais com filhos, enquanto que nesta amostra este número foi de 59,34%; sendo que 8,9% eram reconstituídas, seja por motivo de falecimento ou separação, e nesta amostra família reconstituídas totalizavam 5,45%. Podemos observar porcentagem inferior de famílias reconstituídas na população de Indaiatuba, no entanto vale ressaltar que o Censo do IBGE incluiu também famílias sem filhos, fato que não ocorre nesta amostra, podendo isto ser a explicação de uma parte desta diferença.

5.2.4. Avaliação da Qualidade de Vida

De acordo com os resultados da aplicação do AUQEI, das 1028 crianças pesquisadas, 84,14% apresentou boa qualidade vida (escore superior a 48), e apenas 15,86% qualidade de vida prejudicada.

5.2.5. Estudo dos determinantes da Qualidade de Vida de crianças

A existência de multicolineariedade foi verificada a partir da matriz de correlação de Pearson, utilizando as variáveis explicativas do modelo de regressão proposto. Conforme dados apresentados na Tabela 9, algumas variáveis apresentam correlação estatisticamente significativa entre si, mas nenhuma correlação é próxima a um, sendo portanto o modelo proposto livre de multicolineariedade. Esta análise se torna necessária, pois, havendo multicolineariedade perfeita entre duas ou mais variáveis explicativas, seria necessário removê-las do modelo proposto inicialmente, modificando assim o resultado final.

Tabela 9. Matriz de correlação entre as variáveis explicativas presentes no modelo de regressão.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 - Relacionamento Familiar	1,000														
2 - Tamanho da Família	-,061*	1,000													
3 - Família Nuclear	,063*	-,401**	1,000												
4 - Baixo peso	-,034	,030	-,051	1,000											
5 - Excesso de Peso	,051*	-,054*	,005	-,139**	1,000										
6- Sexo da criança	,048	-,004	,069*	-,056*	-,001	1,000									
7 - Criança de 7 anos	-,013	-,043	,037	-,024	-,046	-,010	1,000								
8 - Criança de 8 anos	,004	-,063*	,026	-,046	-,037	,006	-,207**	1,000							
9 - Criança de 9 anos	,009	,014	-,005	-,014	-,040	,076**	-,244**	-,298**	1,000						
10 - Criança de 10 anos	,049	-,007	,023	,016	,098**	-,027	-,219**	-,267**	-,315**	1,000					
11 - Responsável sexo feminino	-,019	,031	-,029	-,029	,023	,075**	-,012	,006	,036	-,032	1,000				
12 - Etnia do responsável	-,005	-,093**	,052*	-,065*	,072*	-,003	,065*	,029	,001	-,027	,012	1,000			
13 - Classe Social B	,045	-,059*	,126**	-,028	-,006	-,006	,092**	,042	-,031	-,030	,008	,121**	1,000		
14 - -- Classe Social C	-,038	,052*	-,123**	,045	,011	,001	-,074**	-,027	-,009	,025	,015	-,149**	-,907**	1,000	
15 - -- Classe Social D	-,049	,019	-,070*	-,025	,019	-,033	-,038**	-,036	,061*	,010	-,009	-,029	-,132**	-,137**	1,000
16 - Anos de estudo do responsável	-,011	-,106**	,165**	-,071*	,004	,020	,024	,059*	,048	-,018	-,009	,136**	,364**	-,408**	-,166**

* p-valor < 0,05

** p-valor < 0,01

A Tabela 10 apresenta os resultados da estimação do modelo proposto. A análise da ANOVA mostrou que as variáveis independentes do modelo proposto são, conjuntamente, capazes de explicar a Qualidade de Vida percebida de crianças a uma significância de 1% ($Z = 8,417$). O R^2 ajustado mostrou ainda que o modelo proposto é capaz de explicar 10,4% da Qualidade de Vida percebida de crianças, sob a ótica do bem-estar subjetivo. Contudo, apenas duas variáveis mostraram-se estatisticamente significantes: a idade da criança e a percepção do relacionamento familiar.

Como pode ser visualizado na Tabela 10, as crianças com idades entre 9 e 10 anos apresentam maiores índices de qualidade de vida quando comparadas às de 11 anos. Ter 9 anos aumenta em 2,8% a probabilidade de uma criança ter boa qualidade de vida (p-valor = 0,018) e ter 10 anos aumenta em 3,3% (p-valor = 0,06). Já as idades de 8 e 7, embora estatisticamente não significante, também apresentaram sinal positivo em relação às crianças de 11 anos, sugerindo portanto que quanto mais velha a criança ocorre uma piora na qualidade de vida percebida.

Estes resultados sugerem a ideia de que, ao iniciar o período da puberdade, geralmente a partir do 11 anos, a criança passaria a ter uma opinião mais crítica a respeito de sua própria vida, passando a questionar e a se incomodar com fatos que antes não a incomodavam. Talvez por estas características típicas da adolescência, como aponta Dolto (1989), tenha-se encontrado este resultado nesta amostra.

Quando se observa os valores referentes à percepção do relacionamento familiar, verifica-se que a cada um ponto a mais no escore do instrumento APGAR Familiar, a criança apresenta 1,3% a mais de probabilidade de ter boa qualidade de vida (p -valor = 0,000). Ao passo que as outras duas variáveis associadas à família não se mostraram estatisticamente significantes, ainda que se observe indícios de que ter uma família do tipo nuclear levaria a criança a perceber uma melhor qualidade de vida (sinal positivo).

Embora apenas a idade da criança e a percepção do relacionamento familiar tenham apresentado correlação significativa com a variável dependente, optou-se por manter no modelo final todas as variáveis anteriormente propostas, sendo possível realizar uma comparação com a literatura que aponta para relação destas variáveis com a qualidade de vida em crianças, mesmo que sendo sob a ótica da saúde.

Tabela 10. Regressão Linear Múltipla

	Coeficientes não padronizados				Correlações			Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro Padrão	t	Sig.	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
(Constante)	3,797	,043	88,309	,000					
Relacionamento Familiar	,013	,001	10,107	,000	,313	,303	,299	,978	1,022
Tamanho da Família	,001	,003	,231	,817	-,038	,007	,007	,820	1,220
Família Nuclear	,011	,008	1,360	,174	,074	,043	,040	,809	1,236
Baixo peso	-,028	,022	-1,275	,203	-,051	-,040	-,038	,961	1,041
Excesso de Peso	-,006	,008	-,786	,432	,000	-,025	-,023	,955	1,047
Sexo da criança	-,009	,008	-1,164	,245	-,011	-,037	-,034	,975	1,025
Criança de 7 anos	,009	,013	,639	,523	-,030	,020	,019	,617	1,621
Criança de 8 anos	,019	,012	1,559	,119	,005	,049	,046	,560	1,787
Criança de 9 anos	,028	,012	2,374	,018	,039	,074	,070	,522	1,916
Criança de 10 anos	,033	,012	2,736	,006	,069	,086	,081	,555	1,803
Responsável sexo feminino	-,008	,009	-,918	,359	-,037	-,029	-,027	,985	1,015
Etnia do responsável	,007	,008	,885	,376	,037	,028	,026	,947	1,056
Classe Social B	-,017	,023	-,749	,454	,062	-,024	-,022	,103	9,683
Classe Social C	-,029	,024	-1,220	,223	-,069	-,038	-,036	,094	10,619
Classe Social D	-,041	,037	-1,110	,267	-,031	-,035	-,033	,538	1,858
Anos de estudo do responsável	,000	,001	-,300	,765	,036	-,009	-,009	,723	1,383

Os resultados referentes às variáveis do estado nutricional, baixo peso e excesso de peso, embora apresentem os sinais esperados, também não foram estatisticamente significativos neste estudo, muito embora o sinal negativo dê indícios de uma menor qualidade de vida percebida pelas crianças com baixo peso e excesso de peso quando comparada às crianças eutróficas.

Embora o enfoque teórico do presente trabalho não tenha sido o âmbito da saúde, mas sim a sensação subjetiva de bem-estar, o estado nutricional foi incluído no estudo para que fosse possível verificar se estar acima ou abaixo do peso poderia influenciar de forma negativa na sensação de bem-estar. Esta influência poderia advir da pressão social sofrida pelas crianças pela ideia do corpo magro e/ou pelas comparações negativas que poderiam advir de seus colegas no ambiente escolar. Mas, como mostram os dados, estes aspectos não foram relevantes na percepção da qualidade de vida, ou pela maior aceitação de seus corpos por parte das crianças, ou por sentirem-se bem com seus pares, uma vez que é alta a prevalência de sobrepeso e obesidade na amostra estudada, fatos estes que precisariam ser melhor investigados em pesquisas futuras.

As demais variáveis socioeconômicas aqui avaliadas, como o sexo da criança, o sexo, a etnia e a escolaridade do responsável e a classe social da família, não apresentaram correlação estatisticamente significativa com a Qualidade de Vida. Assim, diferente dos resultados encontrados por outras pesquisas, nossos resultados mostraram que estas variáveis citadas não interferem na percepção da Qualidade de Vida de crianças quando esta é avaliada utilizando a ideia de sensação de bem-estar.

Este é um resultado que surpreende à primeira vista. No entanto, é preciso enfatizar que o conceito de qualidade de vida adotado no presente estudo, e que foi mensurado pelo instrumento AUQEI, difere do adotado pela maioria dos estudos encontrados na literatura, que avaliam a qualidade de vida sob a ótica da saúde/doença. Por este motivo, realizar comparações entre os resultados aqui apresentados e os outros achados sobre o tema torna-se uma tarefa difícil e até certo ponto inconcebível, uma vez que estas pesquisas estão pautadas em bases teóricas distintas e às vezes conflitantes com as bases teóricas deste estudo.

Portanto, vale ressaltar que os resultados apresentados neste trabalho devem ser entendidos e comparados sob o ponto de vista do conceito genérico da qualidade de vida, sendo esta entendida como: a capacidade de aproveitar a vida e de superar

desafios (ARAÚJO & ARAÚJO, 2000), a satisfação das necessidades e dos desejos individuais (SHIN & JOHNSON apud ASSUMPÇÃO et al., 2000), a qualidade das relações interpessoais, das atividades de lazer, sociais e a realização pessoal (ASSUMPÇÃO, 2010), e, acima de tudo como a sensação subjetiva de bem-estar sob a ótica da criança (ASSUMPÇÃO et al., 2000).

6. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos na Etapa 1 deste estudo mostraram-se satisfatórios em relação às evidências de validade da versão para crianças do instrumento APGAR Familiar cumprindo assim com um dos objetivos propostos inicialmente. No entanto entendemos, assim como Urbina (2007), que essas evidências devem ser avaliadas também por outros pesquisadores com crianças de outras regiões do país, a fim de que esses resultados sejam confirmados.

É importante ressaltar que o presente estudo de confiabilidade apresenta limitações e estudos posteriores devem considerar a realização de análises complementares. Dentre elas se faz necessário realizar novo Teste-Retestes com uma amostra maior do que a utilizada neste estudo.

A fim de ampliar e refinar também os resultados de Validade de Constructo, se faz necessário realizar a análise da Validade Discriminante, utilizando-se um instrumento que tenha como objetivo medir um constructo diferente do apresentado pelo APGAR Familiar; e por fim, recomenda-se realizar comparações entre grupos clínicos para a complementação deste processo.

Já os resultados obtidos na Etapa 2, atenderam os demais objetivos e mostraram que variáveis como a idade da criança e a auto percepção do relacionamento familiar foram capazes de explicar a Qualidade de Vida percebida pela criança sob a perspectiva da sensação subjetiva de bem-estar. Outras variáveis como o estado nutricional, o tamanho e o tipo da família, o sexo da criança, a classe social, o sexo, a etnia e a escolaridade do responsável, não foram capazes de explicar a Qualidade de vida das crianças, como encontrado em outros estudos apresentados pela literatura, estes na perspectiva da saúde.

Diante destes achados, parece evidente que ainda estamos muito distantes de uma concepção universal de qualidade de vida, principalmente para a infância. Assim como ressalta Kuczynski (2010), o maior desafio na área da Qualidade de Vida é instituir definições que traduzam de fato os interesses da criança além de realizar pesquisas captem a percepção do indivíduo acerca de seu bem-estar subjetivo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, M.M.; LAMOUNIER, J.A.; COLOSIMO, E.A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 4, p. 335-340, 2002.

ALBERNAZ, J.; FERREIRA, V. H. **Convenção sobre os Direitos da Criança – Direitos humanos: construção da liberdade e da igualdade**. São Paulo: Centro de Estudos da Procuradoria Geral do Estado, 1998. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/direitos/tratado11.htm> (acesso 18/07/2014).

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, 2005. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ARANHA, J. G.; CONSTANTINO, M. A. C.; GIRON, J.; CYRILLO, D. C.; MONTEIRO, C. R.; ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. Avaliação da Qualidade de Vida de Crianças e Adolescentes: Estudo junto a Secretaria Municipal de Esporte e Turismo e Secretaria de Educação - Prefeitura Municipal de Indaiatuba. **Revista Científica JOPEF**, v. 15, p.141-160, 2013.

ARAÚJO, D. S. M. S.; ARAÚJO, C. G. S. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 6, n.5, p.194-203, 2000.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
ASSUMPÇÃO, F. B. JR. **A evolução Histórico do Conceito de Qualidade de Vida**. In: Qualidade de vida na infância e na adolescência: Orientações para pediatras e profissionais da saúde mental. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010.

ASSUMPÇÃO, F. B. JR.; KUCZYNSKI, E.; SPROVIERI, M. H.; ARANHA, E. M. G. Escala de avaliação de qualidade de vida (AUQEI - Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé): validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arq Neuro-Psiquiatr**; São Paulo, v. 58, n.1, p.119-127, 2000.
BADINTER, E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAPTISTA, A. S. N.; DIAS, R. R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.21, n.2, p.52-61, 2001.

BERWANGER, O. Estratificação de risco cardiovascular: necessitamos de novos marcadores para identificação do paciente de alto risco? **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**. Ano XIV, n. 6, p. 4-7, 2005.

BISEGGER, C.; CLOETT, B.; VON RUEDEN, U.; ABEL, T.; RAVENS-SIEBERER, U. Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. **Soz Präventivmed**, v.50, n.5, p.281-91, 2005.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. **Paidéia**, v.22, n.53, p.423-432, 2012.

BRASIL. Decreto-lei n 37.106 de 31 de Março de 1955. Institui a Campanha da Merenda Escolar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 fev. 1955.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Lei Nº 8.069, de 13 de julho 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a Coleta e Análise de dados antropométricos em serviços de saúde**. Norma Técnica do sistema de vigilância Alimentar e nutricional - SISVAN. Brasília - DF, 2011.

CARTER, M. A.; SWINBURN, B. **Measuring the 'obesogenic' food environment in New Zealand primary schools**. Health Promotion, v.19, n.1, p.15-20, 2004.

CASTRO, K.; ROCKETT, F. C.; BILLO, M.; OLIVEIRA, G. T.; KLEIN, L. S. Lifestyle, quality of life, nutritional status and headache in school-aged children. **Nutricion Hospitalia**, v.28, n.5, p.1546-1551, 2013.

CONSTANTINO, M. A. C. **Avaliação da qualidade de vida: desenvolvimento e validação de um instrumento, por meio de indicadores biopsicossociais, junto à Comunidade da Universidade de São Paulo – USP**. 2008. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Pós-Graduação em Nutrição Humana Aplicada, Universidade de São Paulo, 2008.

CORSARO, W. A. **The sociology of childhood**. California: Pine Forge Press, 1997.
CRONBACH, L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, V.16, P.297-334, 1951.

DAVIM, R. M. B.; GERMANO, R. M.; MENESES, R. M. V.; DJAILSON, J. D. C.; JANMILLI, C. D. Qualidade de Vida de Crianças e Adolescentes: Revisão Bibliográfica. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.9, n.4, p.143-150, 2008.

DE GRANDIS, E.S.; ARMELINIB, P.A. ; CUESTASC, E. Evaluación de la calidad de vida en escolares con antecedentes de desnutrición temprana severa. **Anales de Pediatría**, v.81, n.6, p.368-73, 2014.

DE MAUSE, Lloyd. **História de la infância**. Madri: Alianza Universid, 1991.

DOLTO, F. **Dialogando sobre crianças e adolescentes**. Campinas: Papiros, 1989.

DUARTE, Y. A. O. **Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica do idoso e cuidadores familiares**. 2011. Tese (Doutorado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Universidade de São Paulo - São Paulo, 2001.

EPSTEIN, J.; SANTO, R. M.; GUILLEMIM, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 68, p.435-441, 2015.

FARIAS, J. C.; NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; LOCH, M. R.; OLIVEIRA, E. S. A.; DE BEM, M. F. L.; LOPES, A. S. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, v.25, n.4, p.344-352, 2009.

FÉRES-CARNEIRO, T. Família e saúde mental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.8, (s/n), p. 485-493, 1992.

FERRO, M. A.; AVISON, W. R.; CAMPBELL, M. K. The impact of maternal depressive symptoms on health-related quality of life in children with epilepsy: a prospective study of family environment as mediators and moderators. **Epilepsia**, v.52, s/n, p.316–325, 2011.

FINNE, E.; REINEHR, T; SCHAFER, A.; WINKEL, K.; KOLIP, P. Health-related quality of life in overweight German children and adolescents: do treatment-seeking youth have lower quality of life levels? Comparison of a clinical sample with the general population using a multilevel model approach. **BMC Public Health**, v.13, n.561, p.1-17, 2013.

GHIRALDELLI, P. Jr. As concepções de infância e as teorias educacionais modernas e contemporâneas. **Revista do Programa Alfabetização Solidária**, v.25, n.1, p. 25-58, 2001.

GIRON, J.; CONSTANTINO, M. A. C.; ARANHA, J. G.; MONTEIRO, C. R.; FURLANETTO, L. F.; ASSUMPCÃO JR. F. B.; CYRILLO, D. C. **Auto percepção da imagem corporal: Análise comparativa em crianças e adolescentes em escolas municipais da cidade de Indaiatuba/SP**. In: VI Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde, 2014.

GUILLEMIM, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures, **Scand Journal of Rheumatology**, v.24, n.2, 1995.

HASTINGS, R. P.; LLOYD, T. Expressed emotion in families of children and adults with intellectual disabilities. **Ment Retard Dev Disabil Res Rev**, v.13, s/n, p.339–45, 2007.

HEYWARD, V.H.; STOLARCZYK, L. M. **Avaliação da composição corporal Aplicada**. Rio de Janeiro: Manole; 2000.

KLATCHOIAN, D. A.; LEN, C. A.; TERRERI, M. T. R. A.; HILÁRIO, M. O. E. Quality of life among children from São Paulo, Brazil: the impact of demographic, Family and socioeconomic variables. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.631-636, 2010.

KUCZYNSKI, E. **Qualidade de Vida na Infância e na Adolescência**. In: Qualidade de vida na infância e na adolescência: Orientações para pediatras e profissionais da saúde mental. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010.

KUMAR, S.; KROON, J.; LALLOO, R. A Systematic review of the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. **Health and Quality of Life Outcomes**. v.12, n.4, p.2-15, 2014.

LIM, A. T. C.; MANCHING, J. ; PENSERGA, E. G. Correlation between Family APGAR scores and health-related quality of life of Filipino elderly patients with knee osteoarthritis. **International Journal of Rheumatic Diseases**, v.15, s/n, p.407-413, 2012.

LIM, H. J.; MOON, Y. I. Pain, family support and quality of life in patients with ankylosing spondylitis. **Journal of Korean academy of nursing**. v.28, n.2, p.329-343, 1998.

MACEDO, R. B.; COELHO-e-SILVA, J.; SOUSA, N. F.; VALENTE-dos-SANTOS, J.; MACHADO-RODRIGUES, A. M.; CUMMING, S. P.; LIMA, A. V.; GONÇALVES, R. S.; MARTINS, R. A. Quality of life, school backpack weight, and nonspecific low back pain in children and adolescents. **Journal of Pediatric**, v.91, n.3, p.263-269, 2015.

MARCIANO, A. R. F.; SCHEUER, C. I. Quality of Life in siblings of autistic patients. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.27, n.1, p.67-69, 2005.

McDOWELL, I. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. New York: Oxford University Press, 3 Ed, 2006.

MELLO, E. D. O que significa a avaliação do Estado Nutricional. **Jornal de Pediatria**, v.78, n.5, p.357-358, 2002.

MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento e tratamento** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MORETTIN, P. A.; BUSSAB, W. O. **Estatística Básica**. São Paulo: Ed Saraiva, 2004.
NASCIMENTO, C. T.; OLIVEIRA, V. F.; BRANCHER, V. R. A construção social do conceito de infância: algumas interlocuções históricas e sociológicas. **Contexto & Educação**, v.23, n.79, p.47-63, 2008.

NESPECA, M. **Determinantes da Qualidade de vida no trabalho dos funcionários não docentes da Universidade de São Paulo (USP): o papel da nutrição e da qualidade de vida em geral**. 2009. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Pós-Graduação em Nutrição Humana Aplicada, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

NUNNALLY, J.; BERMSTEIN, L. **Psychometric theory**. New York: McGraw-Hill Higher, 1994.

PAIVA, C. R.; GAYA, A. C.; BOTTARO, M.; NETOR, J. T. Bioimpedância vs absorptometria radiológica de dupla energia na avaliação da composição corporal em crianças. **Revista Unimontes Científica**, v.3, n.1, 2002.

PASQUALI, L. **Psicometria teoria e aplicações: a teoria clássica dos testes psicológicos**. Brasília: Ed. da UnB, 1997.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

PELLANDA LC, ECHENIQUE L, BARCELLOS LMA, MACCARI J, BORGES FK, ZEN BL. Doença cardíaca isquêmica: a prevenção inicia durante a infância. **Jornal de Pediatria**. v. 78, n. 2, p.91-96, 2002.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. São Paulo: EDUSP, 1999.

POETA, S. L.; DUARTE, M. F. S.; GIULIANO, I. C. B. Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças obesas. **Rev Assoc Med Bras**, v.56, s/n, p.168-72, 2010.

POETA, S. L.; DUARTE, M. F. S.; GIULIANO, I. C. B.; MOTA, J. Interdisciplinary intervention in obese children and impact on health and quality of life. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.89, n.5, p.499-504, 2013.

PRADO, D. **O que é Família**. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1985.

PRATT, J. K.; LAZORICK, S.; LAMSON, A.; IVANESCU, A.; COLLIER, D. N. Quality of life and BMI changes in youth participating in an integrated pediatric obesity treatment program. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.11, n.116, p.2-9, 2013.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e Adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, v.12, n.2, p. 247-256, 2007.

SÁNCHEZ, C.; EYMANN, A.; CUNTO, C. Health-related quality of life in children with chronic conditions lodged at a comprehensive accommodation in the City of Buenos Aires. **Arch Argent Pediatr**, v.112, n.3, p.231-238, 2014.

SARMENTO, M.J. As culturas da infância nas encruzilhadas da 2ª modernidade. Braga: Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, 2003.

SERRA, A. V.; CANAVARRO, M. C.; SIMÕES, M. R.; PEREIRA, M.; GAMERO, S.; GUARTILHOS, M. J.; RIJO, D.; CARONA, C.; PAREDES, T. Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. **Psiquiatria Clínica**, v.27, n.1, p.31-40, 2006.

SIGULEM, D. M.; DEVINCENZI, U. M.; LESSA A. C. Diagnosis of the nutritional status of children and adolescents. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, n.3, p.275-284, 2000.

SILVA, J. B.; SILVA, F. G. S.; MEDEIROS, H. J.; ROCANLLI, A. G.; KNACKFUSS, M. I. Estado Nutricional de Escolares do Semi-Árido do Nordeste Brasileiro. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v.11, n.1, p.62-71, 2009.

SILVEIRA, M. F.; ALMEIDA, J. C.; FREIRE, R. S.; FERREIRA, R. C. MARTINS, A. E. B. L.; MARCOPITO, L. F. Qualidade de vida entre adolescentes: estudo seccional empregando o SF-12. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18 n.7, p.2007-2015, 2013.

SIQUEIRA, P. P.; ALVES, J. G.; FIGUEIRO, A. J. N. Fatores associados ao excesso de peso em crianças de uma favela do Nordeste brasileiro. **Revista Paulista de Pediatria**, v.27, n.3, p.251-257, 2009.

SMILKSTEIN, G. The Family APGAR: A Proposal for a Family function Test and its use by Physicians. **The Journal of Family Practice**, Washington, v.6, 1978.

SMITH, L.E.; GREENBERG, J.S.; MAILICK, M.R. The Family Context of Autism Spectrum Disorders: Influence on the Behavioral Phenotype and Quality of Life. **Child Adolesc Psychiatric Clin**, v.23, s/n, p.143–155, 2014.

SOARES, A. H. R.; MARTINS, A. J.; LOPES, M. C. B.; BRITTO, J. A. A.; OLIVEIRA, C. Q.; MOREIRA, M. C. N. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3197-3206, 2011.

SOUZA, M. N. **A Família e seu espaço: uma proposta de terapia familiar**. Rio de Janeiro: Agir, 1996.

SPEECHLEY, K. N.; FERRO, M. A.; CAMFIELD, C. S. Quality of life in children with new-onset epilepsy: a 2-year prospective cohort study. **Neurology**, v.79, s/n, p.1548–1555, 2012.

STANHOPE, M. **Sociologia da Família**, Lisboa: Estampa, 1997.

SZYMANSKI, H. Ser criança. In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Editora Cortez, 2008.

TAVAKOL, M.; DENNICK, R. Making sense of Cronbach's alpha. **International Journal of Medical Education**, v.2, p.53-55, 2011.

TURCO, G.; BOBBIO, T.; REIMÃO, R.; ROSSINI, S.; PEREIRA, H. ; FILHO, A. B. Quality of life and sleep in obese adolescents. **Arq Neuropsiquiatr**, v.71, n.2, p.78-82, 2013.

URBINA, S. **Fundamentos da testagem psicológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

VISSER, M.; BOUTER, L.M.; MCQUILLAN, G.M.; WENER, M.H.; HARRIS, T.B. Low-grade systemic inflammation in overweight children. **Pediatrics**. v.107, n.1, p. 1-6, 2001.

VON RUEDEN, U.; GOSCH, A.; RAJMIL, L.; BISEGGER, C.; RAVENS-SIEBERER, U. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. **Journal of Epidemiology Community Health**, v.60, n.2, p.130-135, 2006.

WU, Y. P.; FOLLANSBEE-JUNGER, K.; RAUSCH, J.; MODI, A. Parent and family stress factors predict health-related quality in pediatric patients with new-onset epilepsy. **Epilepsia**, v.55, n.6, p.866–877, 2014.

ANEXOS

ANEXO 1.

APGAR Familiar versão adulto

Família é (são) o (os) indivíduo(os) com o (os) qual(ais) você habitualmente vive. Caso more sozinho(a) considere família como aquelas pessoas com as quais vocês tem atualmente os laços emocionais mais fortes. As perguntas a seguir servem para nos ajudar a compreender você e sua família. Responda a todas as frases marcando um X no item ao lado que melhor descreve a sua opinião sobre cada tópico. Sinta-se à vontade para fazer perguntas sobre qualquer item do questionário. Os espaços para comentários devem ser usados quando você desejar fornecer informações adicionais ou discutir a maneira pela qual a pergunta se aplica à sua família. Por favor, tente responder a todas as perguntas e para cada frase marque apenas um item.

	SEMPRE	QUASE SEMPRE	ALGUMAS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
<p>"Estou satisfeito, pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando".</p> <p>Comentários: _____</p>	☐	☐	☐	☐	☐
<p>"Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas".</p> <p>Comentários: _____</p>	☐	☐	☐	☐	☐
<p>"Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções".</p> <p>Comentários: _____</p>	☐	☐	☐	☐	☐
<p>"Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor".</p> <p>Comentários: _____</p>	☐	☐	☐	☐	☐
<p>"Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos".</p> <p>Comentários: _____</p>	☐	☐	☐	☐	☐

QUEM VIVE EM SUA CASA*?

Faça uma lista por relacionamento/parentesco (por exemplo: cônjuge, pessoa significativa**, filho(a), amigo(a)).

Por favor, assinale na coluna abaixo o que melhor descreve COMO ATUALMENTE VOCÊ SE DÁ COM CADA MEMBRO DA SUA FAMÍLIA constante da lista.

RELACIONAMENTO/ PARENTESCO	IDADE	SEXO		BOM	MAIS OU MENOS	RUIM
		MASCULINO	FEMININO	☐	☐	☐
				☐	☐	☐
				☐	☐	☐

*Caso você tenha construído sua própria família, considere CASA como o lugar onde você vive com seu cônjuge, filho(os) ou outra pessoa significativa; caso contrário considere CASA como o seu lugar de origem, por exemplo, o lugar onde seus pais ou aqueles que o criaram vivem. E se você mora sozinho, relacione as pessoas a quem você procura, mais frequentemente, quando precisa de ajuda.

** "Pessoa significativa" é o(a) parceiro(a) com quem você vive em um relacionamento protetor do ponto de vista físico e emocional, mas com o(a) qual você não está casado(a).

ANEXO 2.

Convite e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONVITE

“Avaliação da Qualidade de Vida de Crianças”

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar a qualidade de vida de crianças da cidade de Indaiatuba/SP. Para tanto, serão coletados dados por meio de questionários sobre: a) Aspectos Demográficos e Socioeconômicos; b) Qualidade de Vida; c) Relacionamento Familiar; d) Estado Nutricional, por meio da mensuração do peso e altura.

Este projeto apresenta risco mínimo aos participantes, pois será acompanhado pelos professores e conduzido por profissionais devidamente treinados, que fornecerão todos os esclarecimentos necessários, bem como darão a cada participante o resultado de sua avaliação nutricional. Cabe salientar que a participação é voluntária, não havendo qualquer penalidade ou custo no caso de recusa a esse convite, ou interrupção da participação a qualquer momento. A participação não terá nenhuma compensação financeira, nem previsão de indenização por danos. Finalmente, as informações serão tratadas de modo confidencial, e os resultados coletados serão utilizados para fins acadêmicos, sempre sem a identificação dos participantes.

Professores Responsáveis

Profa. Dra. Denise Cavallini Cyrillo (PRONUT-FEA/USP)

Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Jr (IP-USP)

Pesquisador Responsável

Mestranda Jemima Giron (PRONUT-USP)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, responsável pelo menor____-
_____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. Os pesquisadores afirmaram-me que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com qualquer uma das pesquisadoras ou com a Coordenadora do Projeto, Profa. Dra. Denise C. Cyrillo (11) 3091-5898, ou ainda no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciência Farmacêuticas da Universidade de São Paulo. Declaro que, após convenientemente esclarecido(a) e ter entendido o que me foi explicado, aceito o convite e consinto a participação do menor acima citado, se for de seu desejo, na referida pesquisa.

São Paulo, ____ de _____.

Assinatura do aluno

Assinatura do Responsável

Assinatura do Pesquisador

Para qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, sob o número 34222914.3.0000.0067 n do parecer 792945 – Av. Prof. Lineu Prestes, 580 - Bloco 13A – Butantã São Paulo – CEP 05508-900. Fone: 3091-3622 Fone-Fax: 3091-3677 / e-mail: cepfcf@usp.br.

ANEXO 3.

Autoquestionnaire Qualité De Vie Enfant Imagé / AUQEI

MUITO FELIZ	FELIZ	INFELIZ	MUITO INFELIZ

O que te deixa MUITO FELIZ?		O que te deixa FELIZ?	O que te deixa TRISTE?	O que te deixa MUITO TRISTE?	
	Diga como você se sente:	Muito Feliz	Feliz	Triste	Muito Triste
1	Quando está 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, quando vai dormir.	()	()	()	()
5	Na sala de aula.	()	()	()	()
6	Quando você vê uma fotografia sua.	()	()	()	()
7	Em momentos de brincadeiras, durante o recreio da escola.	()	()	()	()
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(a) 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 remédios.	()	()	()	()
21	Quando está de férias.	()	()	()	()
22	Quando você pensa em quando for adulto	()	()	()	()
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.	()	()	()	()
27	Quando você brinca com seus amigos.	()	()	()	()
28	Quando você sai para passear com sua família.	()	()	()	()

ANEXO 4.

Questionário Socioeconômico e Demográfico

1) Informações do Responsável Legal

Nome do responsável: _____
 Seu grau de parentesco com o aluno (ex.: pai, mãe, avós, tios etc.) _____
 Data de Nascimento do Responsável: ____/____/____ Sexo: () M () F
 Bairro: _____ E-mail (se tiver): _____

2) Seu Estado Civil é:

() Solteiro(a) () Separado(a) / Divorciado(a)
 () Casado(a) ou vivendo com () Viúvo(a)
 companheiro(a)

3) No seu trabalho principal, você é:

() Empregado assalariado / Regime CLT;
 () Empregado assalariado sem carteira assinada;
 () Funcionário público concursado;
 () Empregado que ganha por produção (comissão);
 () Autônomo, trabalha por conta própria;
 () Empregador, dono de negócio;
 () Trabalha em casa ou em negócio familiar, sem remuneração;
 () Presta Serviço Militar obrigatório, assistencial ou religioso, com alguma remuneração;
 () Estou desempregado;
 () Sou aposentado (a) ou pensionista;
 () Não trabalho;
 () Do lar.

4) A Renda Mensal da sua Família é:

() até R\$ 788,00; () entre R\$ 3.152,00 e R\$ 4.728,00;
 () entre R\$ 788,00 e R\$ 1.576,00; () entre R\$ 4.728,00 e R\$ 6.304,00;
 () entre R\$ 1.578,00 e R\$ 3.152,00; () acima de R\$ 6.304,00.

5) a- Quantas pessoas (contando com você) **moram na sua casa?** _____

b- Quantas pessoas (contando com você) **contribuem para a renda da sua família?**

6) Quantos destes itens abaixo existem em seu domicílio:

Item	Quantidade	Item	Quantidade
Banheiro		Empregada doméstica mensalista	
DVD		Geladeira	
Televisão		Freezer independente	
Rádio		Máquina de lavar roupa	
Automóvel			

7) Sua moradia é:

() Própria (quitada ou financiada) () Cedida/Emprestada () Alugada

8) Qual o grau máximo de escolaridade do(a) chefe da família?

() Analfabeto	() 1ª série	() 2ª série	() 3ª série
() 4ª série	() 5ª série	() 6ª série	() 7ª série
() 8ª série	() 1º Ano (Ensino Médio)	() 2º Ano (Ensino Médio)	
() 3º Ano (Ensino Médio)	() Superior Incompleto		
() Superior Completo	() Pós-Graduação (completa ou não)		

9) Em relação à cor da pele, você se considera:

() Branco () Pardo () Negro () Amarelo (oriental) () Vermelho (indígena)

ANEXO 5.

Quadros para Classificação Econômica Brasil

Quadro 4. Pontuação para itens presentes no domicílio

Quantidade de itens	0	1	2	3	4 ou +
Pontuação					
TV em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada Doméstica	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (Independente)	0	2	2	2	2

Fonte: www.abep.org

Quadro 5. Pontuação para o grau de instrução do chefe da família

Grau de Instrução do chefe da família	Pontuação
Analfabeto / Ensino Fundamental Completo	0
Ensino Fundamental I Completo / Ensino Fundamental II Incompleto	1
Ensino Fundamental II Completo / Ensino Médio Incompleto	2
Ensino Médio Completo / Ensino Superior Incompleto	4
Ensino Superior Completo ou mais	8

Fonte: www.abep.org

Quadro 6. Conversão da soma dos pontos em Classe Sociais

Soma dos Pontos	Classe Social
42-46	A1
35-41	A2
29-34	B1
23-28	B2
18-22	C1
14-17	C2
8 - 13	D
0 - 7	E

Fonte: www.abep.org

ANEXO 6.

APGAR Familiar versão para crianças

Nome do Aluno:		
Data nascimento:	/	Sexo: () F () M

IMPORTANTE: para esta pesquisa, considere “Família” as pessoas que vivem com você.

O quadro abaixo tem por objetivo identificar aspectos básicos de seu relacionamento familiar. Para cada afirmação, marque com X apenas a coluna que melhor descreve sua situação atual.

	SEMPRE	QUASE SEMPRE	ALGUMAS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
Eu posso pedir ajuda à minha família quando alguma coisa está me incomodando.	☐	☐	☐	☐	☐
Eu gosto de como a minha família conversa e divide os problemas comigo.	☐	☐	☐	☐	☐
Eu gosto de como minha família me ensina e me incentiva a fazer coisas novas e diferentes.	☐	☐	☐	☐	☐
Eu gosto de como a minha família age quando eu estou com raiva, feliz ou amoroso.	☐	☐	☐	☐	☐
Eu gosto de como a minha família e eu passamos o tempo juntos.	☐	☐	☐	☐	☐

Agora, faça uma lista das pessoas que moram com você, escrevendo o nome e o parentesco. Por exemplo: MARIA - MÃE. Em seguida, assinale com um **X** a coluna que melhor descreve o seu relacionamento com esta pessoa, atualmente.

Componentes da Família			Tipo de Relacionamento			
NOME	PARENTESCO	IDADE	SEXO	BOM	MÉDIO	RUIM

ANEXO 7.

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE CIÊNCIAS
FARMACÊUTICAS DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de Vida de Crianças e Adolescentes: uma contribuição para aprimoramento da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS

Pesquisador: Denise C Cyrillo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34222914.3.0000.0067

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 792.945

Data da Relatoria: 29/09/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto será desenvolvido em duas etapas. Na primeira será validado um instrumento para medir a qualidade de vida para crianças e adolescentes baseado em um já existente e validado para adultos. Na segunda etapa, este instrumento será aplicado e correlacionado com o estado nutricional dos participantes, de acordo com o IMC (Índice de Massa Corporal).

Objetivo da Pesquisa:

Validar o instrumento para avaliar a qualidade de vida e mostrara relação entre qualidade de vida e estado nutricional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa é de risco mínimo. Benefício direto para o participante: receber uma avaliação nutricional a seu respeito.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é muito interessante, pois permitirá maior conhecimento sobre os fatores psicossociais que podem interferir no estado nutricional.

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13A, sala 112
Bairro: Butantã **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-3622 **Fax:** (11)3031-8986 **E-mail:** cepfcl@usp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
FARMACÊUTICAS DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 792.945

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados de forma satisfatória.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP entende que o projeto pode ser aprovado.

SAO PAULO, 16 de Setembro de 2014

Assinado por:
Mauricio Yonamine
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13A, sala 112
Bairro: Butantã **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-3622 **Fax:** (11)3031-8986 **E-mail:** cepfct@usp.br

ANEXO 8.

10 passos para uma alimentação saudável

Alimentação Saudável para Crianças: Siga os Dez Passos

- 1 Procure oferecer alimentos de diferentes grupos, distribuindo-os em pelo menos três refeições e dois lanches por dia.
- 2 Inclua diariamente alimentos como cereais (arroz, milho), tubérculos (batatas), raízes (mandioca/macaxeira/aipim), pães e massas, distribuindo esses alimentos nas refeições e lanches do seu filho ao longo do dia.
- 3 Procure oferecer diariamente legumes e verduras como parte das refeições da criança. As frutas podem ser distribuídas nas refeições, sobremesas e lanches.
- 4 Ofereça feijão com arroz todos os dias, ou no mínimo cinco vezes por semana.
- 5 Ofereça diariamente leite e derivados, como queijo e iogurte, nos lanches, e carnes, aves, peixes ou ovos na refeição principal de seu filho.
- 6 Alimentos gordurosos e frituras devem ser evitados; prefira alimentos assados, grelhados ou cozidos.
- 7 Evite oferecer refrigerantes e sucos industrializados, balas, bombons, biscoitos doces e recheados, salgadinhos e outras guloseimas no dia a dia.
- 8 Diminua a quantidade de sal na comida.
- 9 Estimule a criança a beber bastante água e sucos naturais de frutas durante o dia, de preferência nos intervalos das refeições, para manter a hidratação e a saúde do corpo.
- 10 Incentive a criança a ser ativa e evite que ela passe muitas horas assistindo TV, jogando videogame ou brincando no computador.