

Keila Cristiane Deon¹

Danielle Maria de Souza Sérgio dos Santos¹

Monika Bullinger^{II}

Claudia Benedita dos Santos¹

Análise psicométrica inicial da versão brasileira do DISABKIDS[®] *Atopic Dermatitis Module*

Preliminary psychometric assessment of the Brazilian version of the DISABKIDS[®] *Atopic Dermatitis Module*

RESUMO

OBJETIVO: Analisar as propriedades psicométricas iniciais da versão brasileira de instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes com dermatite atópica.

MÉTODOS: Estudo transversal realizado com amostra de 52 crianças e adolescentes, com idades entre oito e 18 anos, diagnosticados com dermatite atópica, e seus responsáveis, recrutados em serviço de dermatologia de hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, em 2009. Foram avaliadas a validade de construto, a confiabilidade de consistência interna e a correlação entre as respostas de crianças e adolescentes e seus responsáveis da versão brasileira do *Atopic Dermatitis Module* (DISABKIDS[®]-ADM).

RESULTADOS: A confiabilidade de consistência interna foi satisfatória, com coeficiente alfa de Cronbach aceitável para as dimensões constantes no instrumento (0,7024/0,8124 e 0,7239/0,8604). A análise multitraço-multimétodo para validade convergente mostrou valores maiores que 0,30 para todos os itens. Quanto à validade discriminante, a análise revelou resultados satisfatórios. A concordância entre as versões *self e proxy* foi avaliada pelo coeficiente de correlação intra-classe, com valores de 0,8173 para impacto e 0,7629 para estigma.

CONCLUSÕES: Diante dos resultados encontrados, considera-se que o instrumento DISABKIDS[®]-ADM pode ser utilizado por pesquisadores brasileiros depois de finalizado seu processo de validação, por seus resultados iniciais apontarem propriedades psicométricas satisfatórias, que permitem considerá-lo um instrumento válido e confiável.

DESCRITORES: Dermatite Atópica, psicologia. Qualidade de Vida. Criança. Adolescente. Estudos de Validação.

¹ Departamento de Saúde Materno-Infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil

^{II} Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf. Hamburg, Deutschland

Correspondência | Correspondence:

Keila Cristiane Deon
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
Av. Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário
Monte Alegre
14040-902 Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: keiladeon@yahoo.com.br

Recebido: 24/8/2010
Aprovado: 30/3/2011

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess preliminary psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of a questionnaire for measuring health-related quality of life in children and adolescents with atopic dermatitis.

METHODS: Cross-sectional study with a sample consisting of 52 children and adolescents aged 8 to 18 diagnosed with atopic dermatitis, and their parents or caregivers, selected at the dermatology department of a university hospital in the city of São Paulo, Southeast Brazil, in 2009. Construct validity, internal consistency and agreement between the responses of children and adolescents and their parents or caregivers were assessed in the Brazilian Portuguese version of the DISABKIDS®-Atopic Dermatitis Module (ADM).

RESULTS: Adequate internal consistency was found with Cronbach's alpha coefficients of 0.7024/0.8124 and 0.7239/0.8604. The multitrait multimethod analysis for assessing convergent validity showed measures higher than 0.30 for all items. The analysis showed good discriminant validity. Agreement between child self-report and parent proxy-report was evaluated using intra-class correlation with measures impact and social stigma of disease of 0.8173 and 0.7629, respectively.

CONCLUSIONS: The study results showed that the DISABKIDS®-ADM can be used by Brazilian researchers after its complete validation as it showed adequate preliminary psychometric properties and can be considered a valid, reliable instrument.

DESCRIPTORS: Dermatitis, Atopic, psychology. Quality of Life. Child. Adolescent. Validation Studies.

INTRODUÇÃO

A influência da saúde sobre a qualidade de vida (QV) tem sido objeto de discussão ao longo da história. Há necessidade, dentro das ciências humanas e biológicas, de se conhecerem e valorizarem fatores que vão além do controle de sintomas, da redução da mortalidade e do aumento da expectativa de vida.¹⁰ A partir disso, a preocupação com construtos subjetivos, tais como definições pessoais de valores, capacidades, satisfações e bem-estar, passou a fazer parte da rotina de pesquisadores em saúde.¹¹

Apesar de não haver um consenso sobre a definição de QV, ela pode ser entendida como a satisfação ou a felicidade com a vida diante dos domínios considerados importantes pelo indivíduo. É descrita pela Organização Mundial da Saúde como a concepção do indivíduo de sua posição na vida, no que se refere a aspectos culturais e sistema de valores nos quais ele vive e relacionados aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.²⁴

A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) refere-se aos impactos subjetivos e objetivos que algumas disfunções associadas com estados de doença e tratamento médico impõem ao indivíduo.¹² Anteriormente, a QV/QVRS de pessoas que viviam com condições

crônicas era avaliada em relação à sobrevida e sinais de presença dessas condições. Atualmente esse panorama tem se modificado, ao se valorizarem, além do impacto dos sintomas e do tratamento, os aspectos físicos, emocionais e psicossociais do indivíduo.^{7,14} Para autores como Fayers & Machin⁸ (2007), o conceito de QVRS engloba itens como saúde geral, sintomas físicos, emocionais, perdas funcionais, bem-estar social, sexual e existencial. Como consequência, nas últimas décadas, os processos de construção, adaptação cultural e validação de instrumentos com a finalidade de mensurar QV/QVRS têm aumentado exponencialmente.¹

Tradicionalmente, estudos sobre QV/QVRS têm sido realizados com adultos. Esse panorama tem se modificado nas duas últimas décadas com uma vertente de pesquisas direcionadas para a QV/QVRS de crianças e adolescentes.^{1,2} Wallander et al²¹ (2001), em revisão de literatura, encontraram 20.000 artigos de QV/QVRS, dos quais apenas 3.050 eram dirigidos à população pediátrica.

A dermatite atópica é uma condição dermatológica de caráter crônico e recidivante, caracterizada por inflamação cutânea com a presença de prurido intenso, que interfere nas atividades do indivíduo e na qualidade

de seu sono, acarretando custos com medicação, tratamento e controle.¹⁵ Tem início predominante na infância e acomete especialmente indivíduos com história familiar de asma, rinite e da própria dermatite atópica. Pessoas acometidas por dermatites crônicas sofrem os impactos dessas condições nos aspectos físico, mental e social, o que leva a prejuízos nas suas atividades da vida diária, nas suas relações interpessoais, bem como prejuízos de ordem financeira.⁴ As afecções de pele possuem um caráter estigmatizante em sociedades que supervalorizam a aparência externa.

Para a população pediátrica com condições crônicas esse contexto merece especial atenção; afinal, crianças e adolescentes que se encontram em fase de desenvolvimento físico, mental e social são obrigados a conviver com condições e tratamentos que podem se prolongar por toda a sua vida.¹⁶ Esse é o caso da dermatite atópica que, dentre as condições dermatológicas que afetam crianças e adolescentes, é uma das que exercem maior impacto negativo na QV/QVRS, em semelhança ao que acontece na diabetes tipo 1.²³

Os instrumentos de mensuração de QV/QVRS podem facilitar as tomadas de decisões clínicas, avaliar a qualidade do atendimento, auxiliar na avaliação da eficácia de programas terapêuticos, estimar as necessidades em relação aos serviços de saúde de uma população e compreender causas e conseqüências geradas nos problemas de saúde.^{3,18}

O *Atopic Dermatitis Module* (DISABKIDS®-ADM) é o único instrumento de mensuração de QV/QVRS de crianças e adolescentes com dermatite atópica em idade escolar. Não há trabalhos de adaptação cultural e validação de instrumentos para crianças e adolescentes especificamente com dermatite atópica para o Brasil, embora existam estudos que utilizam versões genéricas.²³

O objetivo do presente estudo foi analisar as propriedades psicométricas iniciais da versão brasileira de instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes com dermatite atópica.

MÉTODOS

Em estudo transversal, cujos dados foram coletados durante os meses de maio e agosto de 2009 em serviço de dermatologia de hospital universitário, na cidade de São Paulo, SP. A amostra do estudo foi composta por 52 crianças e adolescentes, na faixa etária de oito a 18 anos, com diagnóstico médico de dermatite atópica, e seus pais ou cuidadores. A amostra foi considerada por conveniência e, apesar de não probabilística, houve cuidado para manutenção da homogeneidade entre sexos e faixa etária.

O critério de exclusão adotado foi ausência de habilidade cognitiva mínima para entendimento das questões

do instrumento por parte de crianças e adolescentes e pais ou cuidadores. Esta foi aferida segundo prontuários, observação da pesquisadora, informação médica e/ou dos pais ou cuidadores, no caso da criança ou do adolescente.

As crianças e adolescentes foram selecionados segundo sexo e faixa etária, oito a 12 anos e 13 a 18 anos, com a formação de quatro grupos com 13 crianças/adolescentes em cada grupo, segundo normas do DISABKIDS®.^{6,9}

O DISABKIDS®-ADM é composto por 12 itens, que abrangem duas dimensões específicas: a dimensão impacto e a dimensão estigma. A primeira inclui oito itens acerca dos impactos, físico ou emocional, advindos da condição. A segunda é composta por quatro itens relacionados a sentimentos de estigma da criança ou do adolescente quando outras pessoas olham para a condição da sua pele.⁶ Para cada dimensão é obtido um escore padronizado médio. Esse escore varia de 0% a 100%, sendo 0% associado a um maior impacto negativo da condição sobre a QVRS e 100% associado a um menor impacto negativo. Possui duas versões, *self*, para crianças e adolescentes, e *proxy*, para pais ou cuidadores. Deve ser preferencialmente auto-aplicado e suas respostas são apresentadas em uma escala do tipo Likert.¹⁷ Foi realizada busca nos prontuários do serviço por crianças e adolescentes entrevistados, a fim de se obterem dados clínicos relativos à sua condição. Posteriormente, foi aplicado o instrumento DISABKIDS®-ADM, nas versões *self* e *proxy*, as quais foram traduzidas e adaptadas culturalmente para o português do Brasil.⁵ Em relação às propriedades psicométricas iniciais, estudo anterior¹⁴ relatou a presença de efeitos *floor* e *ceiling*, que ocorrem quando mais de 15% das respostas estão concentradas no menor (0%) ou no maior (100%) escore do instrumento, o que pode indicar prejuízo na responsividade do instrumento.⁸ O tamanho amostral mínimo para identificar os efeitos *floor* e *ceiling* é de 50 indivíduos.²⁰

A validade de construto foi analisada segundo validade convergente e discriminante do instrumento. Para isso foi realizada a análise multitraço-multimétodo, a fim de se verificarem as correlações entre itens e dimensões, por meio do programa *Multitrait Analysis Program* (MAP), de Ware et al²² (1988). Os valores aceitáveis de correlação para a validade convergente são de 0,30 para estudos iniciais de validação de instrumento e superior a 0,40 para estudos finais.⁸

Para a análise da validade discriminante, foram utilizados três métodos. No primeiro, por meio da análise MAP, verificou-se a porcentagem de vezes em que a correlação de um determinado item com uma dimensão à qual pertence foi maior ou estatisticamente maior do que sua correlação com uma dimensão à qual não pertence, denominada "ajuste".⁸ No segundo, foram analisados

os escores médios do instrumento segundo gravidade da dermatite atópica, após confirmação da normalidade das distribuições das médias amostrais para cada grupo, segundo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para isso, foram realizadas análises de variância, seguidas do teste de comparações múltiplas de Bonferroni. O terceiro método de verificação foi por meio do teste de correlação linear de Pearson, entre os escores atribuídos aos itens A, B e C do DISABKIDS®-ADM e os escores das dimensões impacto e estigma. Essas três últimas questões A, B e C são relacionadas à gravidade da dermatite atópica na perspectiva das próprias crianças ou adolescentes e de seus pais ou cuidadores. As respostas a essas questões podem ser utilizadas para categorizar as crianças ou adolescentes em grupos segundo gravidade da condição, cujos escores médios podem ser correlacionados com as dimensões impacto e estigma, objetivando-se avaliação da validade discriminante do instrumento.

Entre os diferentes critérios para quantificar o grau de correlação linear de Pearson, optou-se por utilizar aquele dos artigos referentes aos instrumentos DISABKIDS®, proposto por Swiscow¹⁹ (1997), a saber: 0,00 a 0,19, correlação ausente ou muito fraca; 0,20 a 0,39, correlação fraca; 0,40 a 0,59, correlação moderada; 0,60 a 0,79, correlação forte; e 0,80 a 1, correlação muito forte.

A confiabilidade do instrumento foi verificada segundo coeficiente alfa de Cronbach, em que foram determinados como valores aceitáveis resultados superiores a 0,70, de acordo com Terwee et al²⁰ (2007).

As respostas dos pais não podem substituir as das crianças e adolescentes, uma vez que os responsáveis tendem a subestimar sua QVRS. Entretanto, por mais que a resposta da própria criança ou adolescente seja considerada o padrão para mensuração de QVRS, existem algumas circunstâncias em que não se pode obtê-las, como nos casos em que a criança é muito jovem, não possui habilidades cognitivas suficientes, ou ainda encontra-se muito doente ou fatigada para responder. Dessa forma, para se avaliar o nível de concordância entre as respostas de crianças e adolescente e pais ou cuidadores utilizou-se o coeficiente de correlação intra-classe (ICC). Os valores de referência para tal análise são: inferiores a 0,40, correlação fraca; entre 0,40 e 0,60, correlação moderada; entre 0,60 e 0,80, correlação boa ou substancial, e superiores a 0,80, quase perfeita ou muito boa.^{8,13,22} Adotou-se essa forma de mensuração, pois há a possibilidade de diferenças sistemáticas entre as respostas que não seriam levadas em consideração ao se utilizar o coeficiente de correlação de Pearson.

As informações foram digitadas utilizando-se a técnica da dupla digitação para que possíveis erros na transcrição fossem evitados. O programa estatístico utilizado foi o SPSS, versão 10.0. O nível de significância utilizado foi 5% ($\alpha = 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, conforme protocolo de pesquisa nº 0160/09. Em todas as entrevistas foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assegurado aos respondentes a condição de estrita confidencialidade dos seus nomes. Mesmo com o consentimento dos pais ou cuidadores, as crianças e adolescentes que se recusassem a participar não eram obrigados a fazê-lo.

RESULTADOS

A média de idade das crianças de oito a 12 anos foi de 9,6 anos (dp, desvio-padrão, 1,1) e para a faixa etária de 13 a 18 foi de 14,35 anos (dp 1,4). A amostra estava igualmente composta por meninos e meninas. A média de idade dos pais e responsáveis pelas crianças e adolescentes de oito a 12 anos foi 38,1 anos (dp 7,1) e das crianças e adolescentes na faixa etária de 13 a 18 anos, 42,7 anos (dp 6,8).

Quanto às condições clínicas, além da dermatite atópica, 73,1% das crianças de oito a 12 anos e 80,8% dos adolescentes de 13 a 18 anos apresentavam rinite alérgica; 34,6% e 42,3% apresentavam asma, respectivamente. Dermatite atópica, asma e rinite alérgica constituíram a tríade atópica.

No que se refere à gravidade da condição de base, 23,1% das crianças de oito a 12 anos apresentavam grau leve, 57,7%, moderada e 19,2%, grave. Para adolescentes de 13 a 18 anos 42,3% tinham dermatite atópica leve, 34,6%, moderada e 23,1%, grave.

Tabela 1. Validação de convergência da versão brasileira do DISABKIDS®-ADM segundo análise multitraço-multimétodo. São Paulo, SP, 2009.

Item	Crianças e adolescentes		Pais ou cuidadores	
	Impacto	Estigma	Impacto	Estigma
	Rc	Rc	Rc	Rc
1	0,77	0,60	0,76	0,75
2	0,56	0,65	0,78	0,76
3	0,79	0,53	0,72	0,68
4	0,64	0,50	0,85	0,76
5	0,60	0,56	0,65	0,65
6	0,50	0,39	0,44	0,51
7	0,53	0,50	0,58	0,67
8	-0,65	-0,69	-0,81	-0,76
9	0,64	0,62	0,83	0,73
10	0,51	0,68	0,80	0,84
11	0,36	0,48	0,48	0,47
12	0,48	0,77	0,68	0,80

Rc: Corrected item-total correlations

Tabela 2. Confiabilidade da versão brasileira do DISABKIDS®-ADM. São Paulo, SP, 2009.

Ítem	Alfa de Cronbach se o item for excluído	
	Crianças e adolescentes	Pais ou cuidadores
Impacto		
1	0,5900	0,6279
2	0,6363	0,6125
3	0,5814	0,6339
4	0,6188	0,5914
5	0,6340	0,6481
6	0,6468	0,6910
7	0,6445	0,6628
8	0,8736	0,8998
α total	0,7024	0,7239
Estigma		
9	0,7697	0,8105
10	0,7438	0,7623
11	0,8284	0,9054
12	0,6963	0,7791
α total	0,8124	0,8604

Não houve a presença de efeitos *floor* e *ceiling* nas dimensões impacto e estigma, o que é favorável para a propriedade de responsividade.

Em relação à validade convergente do DISABKIDS®-ADM, os valores do coeficiente de correlação de Pearson entre os itens e cada dimensão no teste piloto para o DISABKIDS®-ADM são apresentados na Tabela 1. Os valores de correlação foram superiores a 0,30, a maioria apresentou valores superiores a 0,40.

Os valores negativos de correlações lineares entre o item 8 e sua dimensão, tanto para crianças ou adolescentes como para pais ou cuidadores (-0,65 e -0,81, respectivamente, Tabela 1), apontam inconsistência desse item e a dimensão. Para o teste de campo, esse item deverá ser submetido a outro processo de validação semântica para verificação de seu conteúdo.

Em relação à consistência interna do DISABKIDS®-ADM, os valores para o coeficiente alfa de Cronbach

estão apresentados na Tabela 2, segundo dimensões impacto e estigma para crianças e adolescentes e pais ou cuidadores. De maneira geral o coeficiente foi satisfatório para as dimensões impacto e estigma, tanto para crianças e adolescentes como para pais ou cuidadores. Portanto, há boa consistência interna no instrumento, com homogeneidade entre os itens para a medida da QVRS de crianças e adolescentes com dermatite atópica.

Os valores de ICC das respostas entre crianças e adolescentes e seus respectivos pais ou cuidadores foram 0,82 para a dimensão impacto e 0,76 para estigma.

Segundo critérios adotados, o valor do ICC para a dimensão impacto é considerado muito bom ou quase perfeito; para a dimensão estigma é tido como bom ou substancial. Esses resultados mostram haver um nível considerável de concordância entre as respostas de crianças e adolescentes e pais ou cuidadores, especialmente para a dimensão impacto.

A validade discriminante do instrumento nessa fase está apresentada na Tabela 3, onde se observam resultados de “ajuste” positivos.

Segundo a gravidade da condição para crianças e adolescentes, a dimensão impacto revelou valores padronizados médios, desvios-padrão e coeficientes de variação (respectivamente): 73,8; 8,4; 11,4% para grau leve, 51,5; 14,6; 28,3% para moderada; e 35,7; 10,9; 30,5% para grave. Na dimensão estigma esses valores foram: 83,4; 23,7; 28,4% para leve, 55,7; 23,7; 42,5% para moderada; e 34,0; 20,9; 61,5% para grave.

Para pais ou cuidadores, na dimensão impacto, tais valores foram: 68,1; 14,2; 20,9% para leve, 42,9; 16,4; 38,2% para moderada; e 32,9; 10,30; 31,3% para grave. Na dimensão estigma esses valores foram: 83,4; 21,7; 26,0% para leve, 48,1; 25,1; 52,2% para moderada; e 27,8; 20,9; 75,2% para grave.

O teste Anova mostrou que, para crianças ou adolescentes, os escores médios apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos de gravidade, tanto na dimensão impacto quanto na dimensão estigma ($F_{2;51} = 35,029$; $p < 0,001$ e $F_{2;51} = 15,922$; $p < 0,001$, respectivamente). Para pais ou

Tabela 3. Validade discriminante da versão brasileira do DISABKIDS®-ADM, segundo análise multitraço-multimétodo. São Paulo, SP, 2009.

Variável	Crianças e adolescentes				Pais ou cuidadores			
	Impacto		Estigma		Impacto		Estigma	
	n itens	%	n itens	%	n itens	%	n itens	%
-2	1	12,5	0	0,0	1	12,5	0	0,0
-1	1	12,5	1	25,0	2	25,0	2	50,0
1	6	75,0	2	50,0	5	50,0	2	50,0
2	0	0,0	1	25	0	0,0	0	0,0
Ajuste		75,0		75,0		50,0		50,0

Tabela 4. Validade discriminante segundo escores das questões A, B e C e dimensões impacto e estigma da versão brasileira do DISABKIDS®-ADM. São Paulo, SP, 2009.

Variável	Crianças e adolescentes				Pais ou cuidadores			
	Impacto		Estigma		Impacto		Estigma	
Item	r	p	r	p	r	p	r	p
A	-0,546	0,000	-0,555	0,000	-0,695	0,000	-0,642	0,000
B	-0,609	0,000	-0,543	0,000	-0,565	0,000	-0,530	0,000
C	-0,465	0,001	0,417	0,002	-0,401	0,003	-0,346	0,012

r: Coeficiente de correlação de Pearson

p: Valor de probabilidade associada ao teste

cuidadores houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo de gravidade leve e o de moderada e grave, mas não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos moderada e grave, tanto para a dimensão impacto quanto para a dimensão estigma ($F_{2;51} = 23,125$; $p < 0,001$ e $F_{2;51} = 21,279$; $p < 0,001$, respectivamente).

A Tabela 4 apresenta os valores do coeficiente de correlação linear de Pearson, r , e respectivos valores da probabilidade, p , associada ao teste, entre os escores obtidos pelas respostas das crianças e adolescentes e de seus respectivos pais ou cuidadores nos itens A, B e C e cada uma das dimensões do DISABKIDS®-ADM. A análise desses resultados mostra correlação moderada a forte entre os escores dos itens A, B e C e sua correlação com as dimensões impacto e estigma, ratificando a validade discriminante do instrumento DISABKIDS®-ADM.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que a confiabilidade do DISABKIDS®-ADM para as dimensões impacto e estigma é considerada bom/substancial (0,81) e muito bom/quase perfeito (0,70).²⁰ Para o instrumento em sua versão europeia os valores são de 0,87 para a dimensão impacto e 0,71 para estigma.¹ Os valores da presente pesquisa são aceitáveis para ambas as dimensões, embora inferiores em relação à versão europeia.

Para se avaliar a validade de construto foi empregado o estudo da validade convergente e discriminante. A primeira delas mostrou-se bastante satisfatória, com 100% das correlações com valores superiores a 0,30, o que é ideal para estudos iniciais.⁸

O poder discriminante do instrumento foi analisado segundo três abordagens distintas. Os valores padronizados médios e respectivos desvios-padrão para os escores do DISABKIDS®-ADM foram descritos segundo a gravidade da condição, o que mostrou boa capacidade para discriminar crianças e adolescentes com dermatite atópica leve, moderada ou grave. Da mesma forma, quando se consideram os resultados

a partir da análise MAP, percebe-se boa correlação dos itens em relação à sua respectiva dimensão para crianças e adolescentes (75% de ajuste para ambas as dimensões). Já para pais ou cuidadores os valores situam-se numa faixa mais inferior, com ajuste de 50% para ambas as dimensões, apresentando uma correlação entre itens e sua respectiva dimensão mais fraca. Esses valores não são os esperados, com a expectativa de que no teste de campo, com número superior de participantes, o resultado aproxime-se do desejável, 100%.

Quando avaliada segundo valores do coeficiente de correlação linear de Pearson, entre os escores obtidos pelas crianças e adolescentes e pais ou cuidadores nos itens A, B e C e nas dimensões impacto e estigma, a correlação mostrou-se moderada a forte, tanto para crianças e adolescentes quanto para pais ou cuidadores.

Além de ser o único instrumento para mensuração da QV/QVRS de crianças e adolescentes com dermatite atópica em idade escolar no mundo, o DISABKIDS®-ADM apresenta a vantagem de dispor de duas versões, *self* e *proxy*. É fundamental conhecer o nível de concordância entre as respostas de crianças e adolescentes e seus pais ou cuidadores, com a finalidade de saber se, na impossibilidade de os primeiros responderem, seus responsáveis possam fornecer informações a respeito de sua QV/QVRS. A análise de concordância entre versões *self* e *proxy* resultou valores consideravelmente bons, superiores aos encontrados quando da validação do instrumento na Europa.¹

Os efeitos *floor* e *ceiling* não ocorreram no presente estudo. Na versão original na Europa, a dimensão estigma apresentou efeito *ceiling* na ordem de 46%.⁶ Esse fato é um dos aspectos relevantes para que responsividade do instrumento, característica importante para a detecção de pequenas mudanças clínicas nas crianças e adolescentes, não seja afetada.

A partir dos achados do presente estudo acredita-se que o instrumento DISABKIDS®-ADM estará validado e confiável para que em breve, após realização da pesquisa de campo, seja disponibilizado para pesquisadores brasileiros, para acessar a QV/QVRS de crianças e adolescentes com dermatite atópica.

REFERÊNCIAS

1. Baars RM, Atherton CI, Koopman HM, Bullinger M, Power M; DISABKIDS Group. The European DISABKIDS Project: development of seven condition-specific modules to measure health-related quality of life in children and adolescents. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3:70. DOI:10.1186/1477-7525-3-70
2. Barros LP, Gropo LN, Petribú K, Colares V. Avaliação da qualidade de vida em adolescentes: revisão da literatura. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(3):212-7. DOI:10.1590/S0047-20852008000300009
3. Bittencourt ZZLC, Alves Filho G, Mazzali M, Santos NR. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. *Rev Saude Publica*. 2004;38(5):732-4. DOI:10.1590/S0034-89102004000500018
4. Chamlin SL, Frieden IJ, Williams ML, Chren MM. Effects of atopic dermatitis on young American children and their families. *Pediatrics*. 2004;114(3):607-11. DOI:10.1542/peds.2004-0374
5. Deon KC, Santos DMSS, Reis RA, Fegadolli C, Bullinger M, Santos CB. Tradução e adaptação cultural para o Brasil do DISABKIDS *Atopic Dermatitis Module* (ADM). *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2):450-7.
6. DISABKIDS Group Europe. The DISABKIDS questionnaires: quality of life for children with chronic conditions. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2006.
7. Duarte PS, Miyazaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF™). *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(4):375-81. DOI:10.1590/S0104-42302003000400027
8. Fayers PM, Machin D. Quality of life: assessment, analysis and interpretation. 2.ed. New York: John Wiley & Sons; 2007.
9. Fegadolli C, Reis RA, Martins STA, Bullinger M, Santos CB. Adaptação do módulo genérico DISABKIDS para crianças e adolescentes com condições crônicas. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2010;10(1):95-105. DOI:10.1590/S1519-38292010000100010
10. Franzi SA, Silva PG. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. *Rev Bras Cancerol*. 2003;49(3):153-8.
11. Gaspar T, Matos MG, Ribeiro JLP, Leal I. Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Rev Bras Ter Cogn*. 2006;2(2):47-60.
12. Grootenhuis MA, Koopman HM, Verrips EG, Vogels AG, Last BF. Health-related quality of life problems of children aged 8-11 years with a chronic disease. *Dev Neurorehabil*. 2007;10(1):27-33.
13. McDowell I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. 2.ed. New York: Oxford University Press; 1996.
14. McHorney CA, Tarlov AR. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? *Qual Life Res*. 1995;4(4):293-307.
15. Roxo Júnior P. Atualização no tratamento da dermatite atópica. *Rev Paul Pediatr*. 2006;24(4):356-62.
16. Sawyer MG, Reynolds KE, Couper JJ, French DJ, Kennedy D, Martin J, et al. A two-year prospective study of the health-related quality of life in children with chronic illness: the parent's perspective. *Qual Life Res*. 2005;14(2):395-405. DOI:10.1007/s11136-004-0786-y
17. Schmidt S, Debensason D, Mühlhan H, Petersen C, Power M, Simeoni MC, et al. The DISABKIDS generic quality of life instrument showed cross-cultural validity. *J Clin Epidemiol*. 2006;59(6):587-98. DOI:10.1016/j.jclinepi.2005.09.012
18. Spieth LE, Harris CV. Assessment of health-related quality of life in children and adolescents: an integrative review. *J Pediatr Psychol*. 1996;21(2):175-93. DOI:10.1093/jpepsy/21.2.175
19. Swiscow TDV. Statistics at square one: correlation and regression. 9.ed. London: BMJ Publishing Group; 1997 [citado 2009 maio 20]. Disponível em <http://bmj.bmjournals.com/collections/statsbk/11.dtl>
20. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(1):34-42. DOI:10.1016/j.jclinepi.2006.03.012
21. Wallander JL, Schmitt M, Koot HM. Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments and applications. *J Clin Psychol*. 2001;57(4):571-85. DOI:10.1002/jclp.1029
22. Ware JE, Hayashi T, Hays RD. User's guide for the Multitrait Analysis Program (MAP). Santa Monica: Rand Corporation; 1988.
23. Weber MB, Fontes Neto PT, Prati C, Soirefman M, Mazzotti NG, Barzenski B, et al. Improvement of pruritus and quality of life children with atopic dermatitis and their families after joining support groups. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22(8):992-7. DOI:10.1111/j.1468-3083.2008.02697.x
24. WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Berlin: Springer Verlag; 1994. p.41-60.