

Qualidade de vida e saúde bucal em crianças – Parte I: Versão brasileira do *Child Perceptions Questionnaire 8-10*

Quality of life and oral health in children – Part I:
Brazilian version of the *Child Perceptions Questionnaire 8-10*

Taís de Souza Barbosa¹
Marcia Diaz Serra Vicentin¹
Maria Beatriz Duarte Gavião¹

Abstract *The scope of this study was to translate the Child Perceptions Questionnaire (CPQ₈₋₁₀), related to quality of life and oral health, into the Portuguese language and make the necessary cultural adaptations for use with the Brazilian child population. The instrument saw the following steps: two translations into Brazilian Portuguese, back-translation, committee review and pre-test. For cross-cultural adaptation, in each question the alternative “I didn’t understand” was added. The questionnaire was applied to 20 children recruited from Public Schools in Piracicaba. The two initial translations were similar, but for the back-translation it was decided to combine both forms and some questions were selected from one of the translations or a third alternative was even inserted. After the committee review, in some questions there were word substitutions with synonyms for clearer understanding by the population evaluated. Terms that were incompatible for the cultural context of the population analyzed were substituted. In the pre-test the Brazilian version of CPQ₈₋₁₀ was clearly understood by the population studied. The Portuguese version of the CPQ₈₋₁₀ proved to be fully comprehensible to the Brazilian child population.*

Key words *Questionnaires, Quality of life, Translation, Children, Oral health*

Resumo *O objetivo deste estudo foi traduzir o instrumento Child Perceptions Questionnaire (CPQ₈₋₁₀), relativo à qualidade de vida e saúde bucal, para a língua portuguesa e realizar a adaptação transcultural em crianças brasileiras. O instrumento foi submetido às seguintes etapas: duas traduções para o português brasileiro, tradução reversa, revisão por comitê e pré-teste. Para adaptação cultural, a cada uma das questões foi acrescentada a alternativa “não entendi”. O questionário foi aplicado em uma amostra de 20 crianças selecionadas de escolas públicas de Piracicaba. Na tradução inicial, as duas versões foram similares, mas, na tradução reversa optou-se por juntar as duas versões, usar uma questão oriunda de uma versão ou até mesmo utilizar uma terceira alternativa. Após revisão pelo comitê, em algumas questões foram feitas substituições de termos por palavras sinônimas para melhor entendimento pela população avaliada. Os termos incompatíveis com o contexto cultural da população foram substituídos. No pré-teste, a versão brasileira do CPQ₈₋₁₀ foi bem compreendida pela população estudada. A versão em português do CPQ₈₋₁₀ mostrou ser de fácil compreensão pela população de crianças brasileiras.*

Palavras-chave *Questionários, Qualidade de vida, Tradução (processo), Criança, Saúde bucal*

¹Área de Odontopediatria, Departamento de Odontologia Infantil, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Av Limeira 901, Vila Rezende. 13414-903 Piracicaba SP. mbgaviao@fop.unicamp.br

Introdução

Há pouco mais de duas décadas não existiam métodos para avaliar as implicações dos problemas bucais na vida diária dos indivíduos¹. Recentemente, inúmeros índices foram desenvolvidos, mas na sua maioria voltados para pacientes adultos ou idosos². A qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças permaneceu por mais tempo desconhecida, sendo objeto de dois instrumentos desenvolvidos mais recentemente: o CPQ (Questionário de Percepção de Crianças)³ e o CHILD-OIDP (Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho das Atividades Diárias da Criança)⁴.

O CPQ é um instrumento específico que avalia a percepção do impacto das desordens orais no bem-estar físico e psicossocial, aplicável a crianças de 8 a 10 anos (CPQ₈₋₁₀)⁵ e de 11 a 14 anos (CPQ₁₁₋₁₄)³, inclui aspectos genéricos e específicos relativos às doenças bucais.

O crescente uso de questionários para avaliar a qualidade de vida em estudos multinacionais tem resultado na tradução de um mesmo instrumento para diferentes línguas e têm sido publicadas orientações específicas sobre o processo de tradução, buscando garantir equivalência entre a versão original e a traduzida⁶.

Diversos métodos têm sido propostos para a adaptação transcultural de questionários, variando desde a tradução direta do instrumento à metodologia de tradução/retradução. Esta consiste da combinação de características favoráveis como: (1) capacidade informativa, definida como o grau de indicação objetiva de equivalência semântica pela técnica; (2) transparência da linguagem original, ou o grau em que a técnica fornece informações para o investigador ou para o autor da versão original do instrumento, que não tem fluência na linguagem original ou na linguagem alvo; (3) segurança, ou a oportunidade da técnica em checar o trabalho do tradutor original⁷.

O presente estudo teve por objetivo realizar a tradução para língua portuguesa e a adaptação transcultural do questionário CPQ₈₋₁₀ para aplicação na população de crianças brasileiras.

Métodos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas (FOP - UNICAMP). Todos os responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O CPQ₈₋₁₀ é um questionário auto-preenchível com 29 questões de múltipla escolha sobre os impactos das doenças bucais na qualidade de vida das crianças de 8 a 10 anos de idade⁵. As questões se referem à frequência dos impactos durante o período de quatro semanas anteriores à avaliação. O questionário abrange quatro domínios: sintomas orais (questões 5 a 9), limitações funcionais (questões 10 a 14), bem-estar emocional (questões 15 a 19) e bem-estar social (questões 20 a 29). As questões 1 e 2 se referem ao gênero e idade da criança, respectivamente. As questões 3 e 4 dizem respeito à percepção global da saúde bucal e bem-estar geral, e apresentam opções de resposta que variam de zero (0) a três (3). As demais questões (5 a 29) são medidos com escores de zero a quatro pontos (0=nunca; 1=uma ou duas vezes; 2=algumas vezes; 3=várias vezes; 4=todos os dias ou quase todos os dias). A pontuação total é obtida pela soma dos escores de todas as questões. Quanto maior a pontuação, maior o impacto na qualidade de vida.

A tradução e a adaptação cultural do CPQ₈₋₁₀ foi realizada com base no protocolo proposto por Guillemin et al.⁸, que consiste na tradução inicial, tradução reversa, revisão por comitê de especialistas e adaptação cultural (Figura 1).

Tradução inicial para língua portuguesa

As questões do CPQ₈₋₁₀ foram inicialmente traduzidas para a língua portuguesa por dois tradutores brasileiros, independentemente, cientes do objetivo da pesquisa. Foi enfatizada principalmente a tradução conceitual, e não a estritamente literária.

As duas traduções (T1 e T2) foram comparadas pelos tradutores e pelo primeiro autor (TSB). Em caso de divergências, foram realizadas as modificações obtendo-se uma única tradução consensual (versão n° 1 em português).

Tradução reversa para a língua inglesa

A tradução reversa para o inglês (*back-translation*) foi realizada por dois tradutores americanos, bilíngues, independentes um do outro, os quais não participaram da etapa anterior e não dispunham dos instrumentos originais. A finalidade das traduções reversas (TR1 e TR2) foi comparar a tradução para o inglês com o instrumento original.

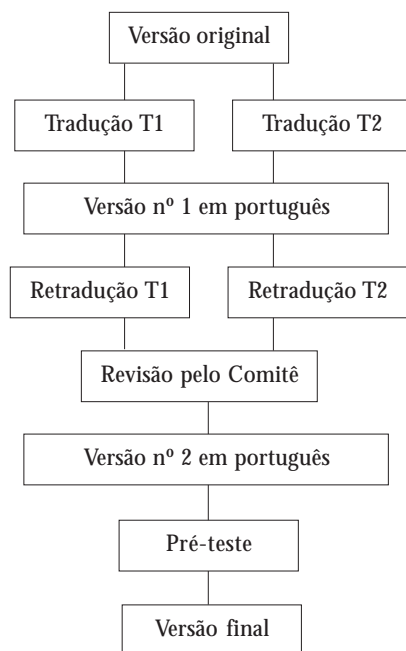


Figura 1. Fases do processo de tradução e adaptação cultural do instrumento CPQ₈₋₁₀

Revisão por comitê de especialistas

O comitê foi constituído pelo primeiro autor (TSB) e por três especialistas em Odontopediatria (bilíngues), que analisaram a versão original, a primeira versão em português e as duas versões retraduzidas para o inglês. Por consenso, reduziram as diferenças encontradas nas traduções, escolhendo as melhores expressões e palavras em todas as questões, adaptando o texto ao conhecimento cultural da criança brasileira. Esta etapa constou da avaliação da equivalência semântica (gramática e vocabulário), idiomática (tradução de expressões que não pode ser feita de forma literal, devendo equivaler no seu sentido) e cultural de cada questão (experiências vivenciadas dentro do contexto cultural da sociedade). Desta forma, foi obtida a versão nº 2 em português.

Adaptação cultural (pré-teste)

A versão nº 2 em português foi então auto-aplicada por 20 crianças, com idade entre 8 e 10 anos, de ambos os gêneros, selecionadas em escolas públicas de Piracicaba. A cada questão do questionário foi acrescentada a alternativa “não entendi”, com a finalidade de identificar questões

que não fossem compreendidas. A equivalência cultural foi estabelecida de acordo com os critérios de Guillemin et al.⁸, em que pelo menos 85% dos indivíduos não deveriam mostrar algum tipo de dificuldade para responder a cada questão formulada. Caso alguma questão ultrapassasse o limite estabelecido, o instrumento seria submetido a novo processo de adaptação cultural, após modificação (versão nº 3 em português), até que nenhuma questão fosse considerada incompreensível por mais de 15% das crianças.

Resultados

Avaliação da tradução inicial

A Tabela 1 sintetiza os resultados da tradução inicial, realizada pelos dois tradutores brasileiros, bem como as decisões tomadas para especificação da versão nº 1 em português.

No geral, as duas traduções mostraram-se bastante semelhantes. Contudo, na especificação da versão nº 1 em português, algumas questões deram prioridade à T1 e outras à T2. Em alguns casos, como nas questões 3, 4, 16, 18 e 20, bem como nas frases iniciais, a escolha pela melhor tradução foi gramatical. Já na questão 17, fez-se

Tabela 1. Sinopse da tradução inicial e do processo de decisão relativo à especificação da versão nº 1 em português

Questão	Tradução Inicial (ingl. e port.)		Modificado
	T1	T2	
1	✓	=	✓
2	✓	=	✓
3	✓	≈	✓
4	✓	≈	✓
5	✓	=	✓
6	✓	≠	✓
7	✓	=	✓
8	✓	≈	✓
9	✓	=	✓
10	✓	≈	✓
11	✓	≈	✓
12	✓	≈	✓
13	✓	≈	✓
14	✓	=	✓
15	✓	≠	✓
16	✓	≈	✓
17	✓	≈	✓
18	✓	≈	✓
19	✓	≠	✓
20	✓	≈	✓
21	✓	=	✓
22	✓	=	✓
23	✓	≈	✓
24	✓	=	✓
25	✓	=	✓
26	✓	=	✓
27	✓	≠	✓
28	✓	≠	✓
29	✓	=	✓

✓ indica a escolha na versão nº 1 em português; = indica que as duas traduções são idênticas; ≈ indica semelhança entre questões nas duas traduções; ≠ indica que as duas traduções são diferentes; → indica a tradução semelhante à versão modificada

a opção por utilizar o termo “tímido” (T1) ao invés de “envergonhado” (T2), para facilitar a compreensão pelas crianças. Similarmente, na questão 8 o termo “comida presa” (T1) foi substituído por “comida grudada” (T2). Na questão 23, a tradução “aula” foi preferida ao termo “classe”, uma vez que a concepção do instrumento original se refere ao período de aula e não especificamente ao local no qual a aula é administrada.

Nas questões 1, 2, 5, 7, 9, 14, 24, 25, 26 e 29, as duas traduções concordaram por completo. Na

especificação da versão nº 1 em português, fez-se a opção por preservar a semântica dos termos utilizados no instrumento original, já que ambas as traduções foram idênticas do ponto de vista da tradução literal.

No outro extremo, apesar da concordância nas sentenças das traduções quanto às questões 21 e 22, nenhuma das duas mostrou-se gramaticalmente adequada, tendo-se optado por uma terceira alternativa, propondo-se a inserção da preposição “para” ao invés da preposição “de”

após o termo “dificuldade”, em ambas as questões. Na questão 28 as modificações foram semânticas, propondo-se o termo “apelidar” para representar o termo “tease”.

Apesar da similaridade nas sentenças das traduções relativas às questões 10 a 13, deu-se prioridade à T1 modificada na especificação da versão final. Na questão 10, o termo “refeição” (T2), ainda que correto do ponto de vista da tradução literal apresentaria pouca equivalência de estilo, por se tratar de um termo de pouca circulação e entendimento na população alvo (crianças jovens de baixo nível sócio-econômico) que o instrumento pretende avaliar, tendo-se optado pelo termo “comida”, encontrado na T1. Nas questões 12 e 13, o termo “dificuldade” mostrou-se mais adequado quando comparado ao termo “problema”, uma vez que a concepção do instrumento original se refere especificamente à qualidade do que é difícil. Em uma única questão (11), decidiu-se pela T2 em que se utilizou o termo “bife” ao invés de “carne”, já que certas carnes não necessariamente implicam em dificuldade na mastigação. Em todas as questões, as modificações foram gramaticais.

Na questão discordante 6, fez-se a opção por utilizar os termos “pontos doloridos”, encontra-

do na T1, ao invés de “pontos de ferida” da T2, uma vez que certas feridas não necessariamente implicam em sintomatologia dolorosa. Já na questão 15, o termo “incomodado” foi escolhido ao termo “chateado”. Na questão 19 decidiu-se juntar termos das duas traduções, com finalidade de melhor cobrir o significado na versão nº 1 em português. Assim, optou-se por usar o termo “preocupado” (T1) e “bonito” (T2), por melhor compreenderem, em conjunto, o significado da pergunta. A questão 27 foi gramaticalmente modificada, porém apresentou alguma similaridade com a respectiva T2.

Revisão por comitê de especialistas

A Tabela 2 sintetiza as modificações sugeridas pelo comitê de especialistas após avaliação da versão original, da versão nº 1 em português e das duas versões retraduzidas para o inglês. Alguns pontos referentes ao processo de revisão são destacados a seguir.

Nesta etapa, observou-se que nas questões 4, 6, 10, 11, 12, 14 e 15 foram utilizadas palavras sinônimas, obtendo-se a equivalência semântica.

A equivalência idiomática foi observada quando a expressão “not wanted to be with” apareceu

Tabela 2. Avaliação das equivalências semântica (S), idiomática (I) e cultural (C): modificações sugeridas pelo comitê de especialistas.

Questão	Versão original		Tradução reversa		Comitê de especialistas	
	Palavras	Tradução inicial	TR1	TR2	Eq.	Modificado
4	Everyday life	Vida diária	Daily life	Day-to-day life	S	Dia-a-dia
6	Sore spots	Pontos doloridos	Painful spots	Sore spots	S	Locais doloridos
8	Food	Comida grudada	Food stuck	Food stuck		Alimento grudado
10	To eat your meal	Comer sua comida	To eat your food	To eat your food	S	Comer seus alimentos
10-28	Because of	Por causa de	Because of	Because of	-	Devido
11	Steak	Bife	Steak	Meat	S	Bife
11	Food	Alimentos	Foods	Foods	-	Alimento duro
12	Trouble eating foods	Dificuldade/comer comidas	Difficulties eating food	A hard time eating foods	S	Retirar a palavra comida
14	A problem sleeping	Problemas para dormir	Any trouble sleeping	A hard time sleeping	S	Problemas enquanto dormia
15	Upset	Incomodado	Uncomfortable	Bothered	S	Triste
16	Frustrated	Frustrado	Frustrated	Frustrated	-	Aborrecido
24	Tried not to smile or laugh	Tentou não sorrir ou rir	Try not to smile or laugh	Tried not to smile or laugh	-	Não quis sorrir ou rir
26	Not wanted to be with	Não quis estar com	Not want to be with	Avoided hanging out with	I	Não quis ficar perto de
27	Stayed away from Clubs	Ficou longe de Clubes	Stay away from Clubs	Avoided Clubs	I	Não quis participar de Parque
28	Teased you	Caçoaram de você	Make fun of you	Tease you	I	Tiraram sarro de você

EN, enunciado; Sub. EN, sub enunciado; RT1, retradução 1; RT2, retradução 2; Eq., equivalência

na *back-translation* como “avoided hanging out with”; quando “stayed away from” foi modificado por “avoided”; quando “teased” foi substituído por “make fun of” e na expressão “called you names” substituída por “give you nicknames”.

Em uma única questão (11) foram efetivadas modificações e adaptações que alteraram a composição do instrumento original. O adjetivo “duro” foi acrescentado ao termo “alimento” para caracterizar a dificuldade em triturar alimentos com esta consistência específica. Esta modificação foi realizada com a finalidade de melhor compreender o significado da afirmativa, bem como de facilitar a interpretação pelas crianças.

Nesta etapa, também foram feitas algumas substituições de termos utilizados na versão nº 1 em português por palavras sinônimas tendo em vista o melhor entendimento pela população estudada. Os termos substituídos foram: “vida diária” por “dia-a-dia”; “pontos doloridos” por “locais doloridos”; “comida” por “alimento”; “frustrado” por “aborrecido”; “por causa de” por “devido”. Além disso, algumas expressões foram substituídas por outras com o mesmo sentido: “não quis estar com” por “não quis ficar perto de”; “ficou longe de” por “não quis participar de”.

Em outras situações, algumas modificações foram realizadas considerando o contexto cultural da população estudada (crianças de baixo nível sócio-econômico). O termo “caçoar”, encontrado na questão 28, foi substituído por “tirar sarro”, uma vez que o primeiro se trata de um termo sofisticado e de pouca circulação e entendimento pela população alvo que o instrumento pretende avaliar. Na questão 27, referente às atividades não habitualmente realizadas pela população brasileira de baixo nível sócio-econômico, o termo “clube” foi substituído por “parque”, obtendo-se a equivalência cultural.

Apesar da similaridade entre as retraduições e a versão original, em alguns casos os termos utilizados na versão nº 1 em português foram considerados insatisfatórios. A expressão “problemas para dormir”, encontrada na tradução inicial da questão 14, mostrou-se inadequada, uma vez que, no contexto em que a questão é usada, os problemas se referem ao que ocorre durante o sono e não antes de dormir. Desta forma, optou-se por usar a expressão “problemas enquanto dormia” ao invés de “problemas para dormir”. Na questão 15, o termo “incomodado”, ainda que correto do ponto de vista da tradução literal foi considerado inadequado por não representar o significado conceitual da questão avaliada. Assim, optou-se por uma modificação, propondo-

se a palavra “triste” para representar o termo “upset”. Da mesma forma, na questão 24, a expressão “tentou não sorrir ou rir” representa a tradução literal do termo “tried not to smile or laugh”, entretanto, optou-se pela tradução “não quis sorrir ou rir” devido ao contexto em que a questão é utilizada.

Avaliação da adaptação cultural

Os resultados referentes à adaptação cultural demonstraram que a versão brasileira do CPQ₈₋₁₀ foi bem compreendida pelos indivíduos desta pesquisa. O nível de incompreensão não ultrapassou 15% em 14 questões, portanto não sendo necessária a revisão de nenhuma questão do instrumento. Destas 14 questões, duas pertencem à percepção global de saúde bucal e bem-estar, quatro se referem aos sintomas orais, uma pertence às limitações funcionais, três se referem ao bem-estar emocional e quatro pertencem ao bem-estar social (Tabela 3). As questões 4, 8, 9, 11, 15, 21, 22, 24 e 29 apresentaram-se duvidosas em 5% dos indivíduos, as questões 6, 7 e 17 em 10% dos sujeitos, e apenas a questão 3 foi incompreendida por 15% da população selecionada. Das 20 crianças que participaram do pré-teste, seis não compreenderam apenas uma questão do questionário e somente uma criança não compreendeu mais de uma questão (11 questões).

A etapa de adaptação cultural proporcionou também o reconhecimento da necessidade de se obedecer a alguns cuidados durante a aplicação do questionário. Por exemplo, como o CPQ é um instrumento auto-aplicável, torna-se necessário que o respondente leia atentamente as instruções antes de responder as questões. Desta forma, achou-se viável que as instruções iniciais fossem lidas pelo primeiro autor (TSB) conjuntamente aos sujeitos da pesquisa, visando certificar a compreensão das normas de preenchimento do questionário pelas crianças.

Discussão

O estudo de Jokovic et al.⁵ mostrou que o instrumento CPQ₈₋₁₀ representa uma forma eficaz e eficiente para o profissional de saúde avaliar a percepção da criança sobre os impactos das doenças bucais na qualidade de vida da mesma.

Entretanto, esse instrumento não está disponível em todos os países e em todos os idiomas. Não existia, até o momento, questionário específico culturalmente adaptado e validado, capaz de

Tabela 3. Sinopse do pré-teste: especificação das questões não compreendidas em relação à idade e ao gênero das crianças avaliadas

Questão	Indivíduo	2	4	7	9	11	13
	Idade	8	8	9	9	9	9
	Gênero	♀	♀	♂	♂	♀	♀
Percepção global							
3. Saúde bucal			X	X	X		
4. Bem-estar						X	
Sintomas orais							
5. Locais doloridos		X				X	
6. Dor com bebida gelada/comida quente					X	X	
7. Alimento grudado dentro/entre os dentes						X	
8. Mau hálito						X	X
Limitações funcionais							
10. Dificuldade para mastigar						X	
Bem-estar emocional							
15. Triste						X	
16. Tímido						X	X
17. Preocupado com o que as outras pessoas pensam			X				
Bem-estar social							
21. Dificuldade para fazer lição de casa						X	
22. Pouca concentração na escola						X	
24. Evitou sorrir/rir quando estava com outras crianças						X	
29. Foi questionado por outras crianças						X	

avaliar os impactos das doenças bucais na qualidade de vida das crianças brasileiras. A adaptação cultural é uma etapa-chave do desenvolvimento do instrumento de medidas de conhecimentos e atitude. É um processo frequentemente longo que, no entanto, permite dispor de um instrumento equivalente ao original. Além disso, estabelece uma metodologia que permite garantir a equivalência da fonte. São poucos os estudos realizados nessa área para delinear o que é essencial dentro de um processo de adaptação⁹. De forma complementar, Bradley¹⁰ acrescenta que a participação do pesquisador na adaptação do instrumento é desejável, uma vez que permite explicitar os conceitos explorados, reformular as questões e evitar as locuções e expressões idiomáticas.

Guillemín et al.⁸ desenvolveram diretrizes que deveriam ser aplicadas em todos os estudos que se propusessem a adaptar instrumentos para realidades culturais distintas das quais foram originalmente desenvolvidos.

Quanto à tradução, para a qualidade do processo de adaptação são necessárias várias versões, e no mínimo dois tradutores independentes devem estar envolvidos, reduzindo assim a probabilidade de erros e de interpretações divergentes

de questões ambíguas do original. Os tradutores devem estar conscientes dos objetivos do instrumento para fornecer uma restituição mais confiável do instrumento. O presente estudo verificou que, no geral, as duas traduções foram bem semelhantes. A utilização e o confronto de mais de uma tradução possibilitou a escolha de questões a incorporar na versão final, e ainda permitiu a junção de questões oriundas de diferentes versões. Além disso, em algumas situações, optou-se por uma terceira alternativa uma vez que nenhuma das duas traduções mostrou-se adequada.

Após um consenso ser obtido entre os tradutores e o primeiro autor (TSB), a versão final foi retraduzida para o idioma original. Esta tradução da versão para o original (*back-translation*) tem se mostrado um recurso que melhora a qualidade da versão final, pois os tradutores devem ser fluentes nos idiomas e nas formas coloquiais e, preferencialmente, não estarem cientes dos objetivos e dos conceitos do material, a fim de se evitar efeitos imprevistos. Esta etapa possibilitou detectar, a partir das traduções reversas, erros ou desvios do instrumento original.

Outro ponto a ser considerado é a utilização dos chamados comitês de revisão, que devem ser

compostos por uma equipe multidisciplinar que irá comparar a versão traduzida e a retraduzida com a versão original, além de verificar as instruções do questionário e as escalas de resposta. Dentre os membros do comitê devem estar indivíduos especialistas na doença investigada, na medida utilizada e nos conceitos explorados, sendo bilíngues de preferência⁸. Nesta etapa, a partir das discussões e das explicitações das divergências dos membros do comitê, foram efetivadas as modificações e as adaptações necessárias, algumas expressões foram reescritas no instrumento traduzido até a obtenção de um consenso, gerando a versão n° 2 em português, garantindo, assim, a equivalência de sentido.

A versão final deve ser testada em um estudo piloto para checar se existem erros na tradução, além do cuidado específico com as instruções de preenchimento e a coerência da apresentação. Na etapa de avaliação cultural do presente estudo, o número de sujeitos envolvidos e a caracterização da amostra no pré-teste foram adequadamente descritos, estando de acordo com os critérios metodológicos preconizados para adaptação cultural de questionários¹¹. A aplicação do instrumento foi considerada fácil, rápida e as questões bem compreendidas pelos indivíduos, uma vez que o número de sujeitos que apresentou dificuldade no entendimento de alguma questão não foi relevante para a modificação das questões ou a troca de alguma palavra e/ou expressão.

No caso de instrumentos que utilizam pesos diferenciados para as diferentes questões, esses devem ser avaliados para determinar se possuem validade transcultural⁸. No presente estudo optou-se por trabalhar sem a atribuição de pesos diferenciados.

Finalmente, para ser considerado válido, um instrumento deve ser capaz de captar adequadamente o evento ou o conceito subjacente¹². Além disso, todo instrumento de avaliação deve ser reproduzível através do tempo, ou seja, deve produzir resultados iguais ou muito semelhantes, em

duas ou mais administrações para o mesmo indivíduo, considerando, naturalmente, que seu estado clínico não tenha sido alterado¹³.

Muitas vezes observa-se que questionários sobre qualidade de vida utilizados em pesquisas científicas em nosso meio não seguem as normas preconizadas e aqui relatadas, como demonstrado na revisão de literatura realizada por Hebling e Pereira¹⁴. Segundo estes autores, a correta interpretação das medidas de qualidade de vida requer um entendimento não somente de suas propriedades psicométricas, mas também dos fatores conceituais que podem influenciar nas avaliações dos pacientes de sua saúde e bem-estar¹⁴. A ausência de metodologia adequada para o processo de tradução e adaptação de questionários de pesquisa pode introduzir tendenciosidades e problemas, que vão desde a escolha inapropriada de um instrumento até a utilização de um questionário não adequadamente testado e, portanto, potencialmente diferente da versão original. Dessa forma, cabe aos pesquisadores relatar todas as etapas de tradução e adaptação cultural realizada e detalhar os resultados encontrados com os testes de validade e reprodutibilidade para que outros pesquisadores e clínicos possam fazer escolhas informadas sobre o instrumento que melhor contemplará os objetivos do estudo.

Considerações finais

O presente estudo ocupa, portanto, um papel inovador e promissor no campo da odontologia odontopediátrica, uma vez que o cirurgião-dentista nessa área ainda utiliza instrumentos delineados para a prática clínica, muitas vezes inapropriados para utilização em outros contextos de saúde. Além disso, serve de modelo para que procedimentos semelhantes sejam realizados e novos instrumentos padronizados sejam desenvolvidos no Brasil.

Colaboradores

TS Barbosa contribuiu com a concepção, o planejamento, a organização e o desenvolvimento do projeto; participou de todo o seu desenvolvimento, desde a coleta dos dados e interpretação dos resultados até a elaboração do manuscrito. MD Serra colaborou na elaboração do instrumento de medida. MBD Gavião contribuiu com a concepção, planejamento, organização, orientação e correção de todas as etapas do desenvolvimento do trabalho.

Agradecimentos

A CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Brasília, DF, Brasil) pelo apoio financeiro para a realização do estudo.

Referências

- Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(6):438-448.
- Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Editora Santos; 2000.
- Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res* 2002; 81(7):459-463.
- Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILDOIDP. *Community Dent Health* 2004; 21(2):161-169.
- Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. *Pediatr Dent* 2004; 26(6):512-518.
- Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res* 1997; 6(3):237-247.
- Behling O, Law KS. *Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
- Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46(12):1417-1432.
- Guillemin F, Paul-Dauphin, Virion JM, Bouchet C, Briançon S. Le profil de santé de Duke: un instrument générique de mesure de qualité de la vie liée à la santé. *Santé Publique* 1997; 9(1):35-44.
- Bradley C. Translation of questionnaire for use in different languages and cultures. In: Bradley C, organizadores. *Handbook of psychology and diabetes*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 2001. p. 43-57.
- Castro RAL, Portela MC, Leão AT. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. *Cad Saude Publica* 2007; 23(10):2275-2284.
- Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Semantic equivalence of the Portuguese version of the Abuse Assessment Screen tool used for the screening of violence against pregnant women. *Rev Saude Publica* 2000; 34(6):610-616.
- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39(3):143-150.
- Hebling E, Pereira AC. Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. *Gerodontology* 2007; 24(3):151-161.

Artigo apresentado em 16/04/2008

Apresentado em 03/11/2008

Versão final apresentada em 18/11/2008