

Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes – estudo bicêntrico e comparação com dados europeus

Marlene Abreu^I; Inês Marques^{II}; Mariana Martins^I; Teresa Maia Fernandes^{III}; Paula Gomes^{IV}

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS: BICENTRIC STUDY AND COMPARISON TO EUROPEAN DATA

ABSTRACT

Background: The interest in Health-related quality of life (HRQoL) as a global health indicator is recent and it remains little studied in pediatric age.

Aim: To evaluate HRQoL in a population of children and adolescents from two primary care Portuguese units.

Material and methods: Cross-sectional observational study. HRQoL was assessed using the KIDSCREEN-27[®] questionnaire. Participants included children and adolescents aged 8-18 years presenting to a consultation at two primary care services: Centro de Saúde (CS) Sete Rios and Unidade de Saúde Familiar (USF) Infesta, between February 1 and July 1, 2013.

Results: A total of 163 individuals answered the questionnaire (CS Sete Rios=85; USF Infesta=78). The median age was 11,59 ± 2,54 years, with a female preponderance (102/62,6%). Compared to the European data, our patients presented significantly higher HRQoL scores in all five dimensions ($p < 0,001$). The HRQoL scores, in all five dimensions, were consistently lower in female gender, but only statistically significant at the physical well-being dimension ($p < 0,001$). The Social Support and Peer Groups were the poorly scored dimensions by parents ($p = 0,006$). Adolescents considered the School Environment significantly worse than children ($p = 0,041$). The HRQoL score were lower in patients from USF Infesta; however, statistically significant differences were not found.

Conclusions: Our population presents a high HRQoL. The results of the comparative analysis underlines some differences, that may be concern of future studies to plan successful health policies and practices.

Keywords: health-related quality of life; KIDSCREEN-27; childhood; adolescence

RESUMO

Introdução: O interesse pela Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) é relativamente recente e na literatura são ainda poucos os estudos em idade pediátrica.

Objetivos: Avaliar a QVRS em crianças e adolescentes de duas unidades dos cuidados de saúde primários portugueses.

Material e métodos: Estudo transversal, descritivo e analítico. Foi aplicado o questionário KIDSCREEN-27[®] a uma amostra de conveniência de utentes, com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos, que recorreram entre 1 de fevereiro e 31 de julho de 2013, ao Centro de Saúde (CS) Sete Rios e à Unidade de Saúde Familiar (USF) Infesta.

Resultados: Responderam ao questionário 163 indivíduos (85 do CS Sete Rios e 78 da USF Infesta). A média de idades foi 11,59±2,54 anos, com um predomínio do sexo feminino (102/62,6%). Os scores QVRS calculados revelaram valores elevados e estatisticamente superiores aos dados europeus disponíveis ($p < 0,001$). As raparigas obtiveram scores QVRS mais baixos, mas apenas significativo na avaliação do bem-estar físico ($p < 0,001$). O Suporte Social e Grupos de Pares foi a área pior avaliada pelos pais ($p = 0,006$). O Ambiente Escolar foi o aspeto onde os adolescentes manifestaram um score significativamente inferior às crianças ($p = 0,041$). Apesar dos utentes da USF Infesta apresentarem scores ligeiramente mais baixos, esta diferença não foi estatisticamente significativa.

Conclusões: Os dados demonstram uma boa QVRS nas duas populações pediátricas avaliadas. Os resultados da análise comparativa evidenciaram algumas diferenças que deverão ser alvo de análise mais aprofundada em estudos posteriores, no sentido de planear medidas para a melhoria da QVRS.

Palavras-chave: qualidade de vida; criança; adolescente; centros de saúde

Nascer e Crescer 2016; 25(3): 141-6

^I S. de Pediatria do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos. 4464-513 Senhora da Hora, Portugal.

marleneaabreu@hotmail.com; mary_martins_6@hotmail.com

^{II} S. de Pediatria do Centro Hospitalar Barreiro Montijo.

2830-003 Barreiro, Portugal.

inesmped@gmail.com

^{III} Medicina Geral e Familiar da Unidade de Saúde Familiar Nova Lousada.

4620-697 Lousada, Portugal.

te.mfernandes@gmail.com

^{IV} Medicina Geral e Familiar da Unidade de Saúde Familiar Infesta.

4465-156 São Mamede de Infesta, Portugal.

paulag0mes@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade. A mesma organização define Qualidade de Vida (QDV) como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, de acordo com a sua cultura e sistemas de valores em que se insere, tendo em consideração os seus objetivos, expectativas e preocupações.¹ O interesse pelo conceito de qualidade de vida na área da saúde é relativamente recente e decorre dos novos paradigmas que têm influenciado práticas e políticas do setor da saúde nas últimas décadas.² Conhecer a percepção de um indivíduo acerca da sua Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) tem vindo a tornar-se uma componente importante da vigilância de saúde e é, geralmente, considerado como um indicador válido para aferir as necessidades assistenciais e monitorizar o resultado das intervenções.^{3,4}

A avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes tem recebido pouca atenção. No entanto, mais recentemente, a QDV nestas faixas etárias tem vindo a ganhar relevo como um importante conceito nos cuidados de saúde.⁵ A avaliação da QVRS nas crianças e adolescentes pode ser útil para identificar crianças em risco de um nível baixo de bem-estar ou com problemas de saúde, auxiliar na definição do peso relativo associado a cada doença ou incapacidade específica, e trata-se de um elemento muito útil no planeamento de estratégias de intervenção no âmbito da promoção da saúde e da qualidade de vida.²

A nível europeu, entre 2001 e 2004, o projeto “Proteção e Promoção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes – uma perspetiva Europeia de Saúde Pública (acrónimo: KIDSCREEN)”, financiado pela Comissão Europeia (CE), desenvolveu um questionário que permite a avaliação e a comparação transcultural da QVRS em idade pediátrica. A versão final do instrumento foi aplicado na realização de estudos plurinacionais em 12 países europeus (Alemanha, Áustria, Espanha, França, Grécia, Holanda, Hungria, Polónia, Reino Unido, República Checa, Suécia e Suíça), num total de 22 110 participantes.⁶ Em Portugal, o questionário foi traduzido e validado em 2004 pela equipa do projeto “Aventura Social” da Faculdade de Motricidade Humana de Lisboa e outros colaboradores.²

Na literatura, são ainda pouco numerosos os estudos sobre QVRS na idade pediátrica, pelo que o objetivo deste estudo foi avaliar este indicador numa população de crianças e adolescentes de duas unidades dos cuidados de saúde primários (CSP) portugueses.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, descritivo e analítico, através da aplicação do questionário KIDSCREEN-27®, validado para a população portuguesa, a uma amostra selecionada por conveniência. Esta foi composta por utentes com idades compreendidas entre os oito e os dezoito anos que recorreram a duas unidades de saúde dos CSP: Unidade de Saúde Familiar (USF) Infesta, localizada no distrito do Porto e Centro de Saúde (CS) Sete Rios, localizado no distrito de Lisboa, entre 1 de fevereiro e 31 de julho de 2013.

O Questionário KIDSCREEN-27® é uma versão reduzida do questionário KIDSCREEN-52® em que foram selecionados 27 itens da versão original e organizados em cinco dimensões: 1) Bem-Estar Físico (5 questões); 2) Bem-Estar Psicológico (7 questões); 3) Autonomia e Relação com os Pais (7 questões); 4) Suporte Social e Grupo de Pares (4 questões) e 5) Ambiente Escolar (4 questões). Inclui ainda três questões iniciais para a caracterização sociodemográfica (idade e género) e do estado de saúde dos inquiridos (deficiência ou doença crónica).

Existem duas versões do questionário KIDSCREEN-27®, conforme o sujeito de preenchimento é o próprio (crianças/adolescente ≥ 10 anos) ou os pais/cuidadores (crianças dos oito aos nove anos). Os dois questionários diferem apenas nos seguintes aspetos: o texto introdutório é diferente, a versão para os pais inclui uma pergunta sobre o grau de parentesco com a criança e sobre o peso e a altura da mesma.

Todas as questões das cinco dimensões avaliadas pelo questionário são de resposta de escolha múltipla, utilizando uma escala tipo Likert com 5 níveis. De acordo com o manual oficial de aplicação e tratamento estatístico do questionário, disponível apenas para aqueles que integram a rede de estudos Kidscreen,⁷ e por forma a permitir a melhor interpretação e comparação dos resultados com os dados europeus disponíveis, foi calculado um score para cada uma das dimensões avaliadas obtido pela conversão da soma das respostas às questões numa escala de zero a cem. Inicialmente foi convertida a resposta qualitativa de cada questão num valor numérico de 1 a 5, em que 1 representava a avaliação mais negativa e 5 a mais positiva. Posteriormente, foi calculada a média aritmética entre as questões que compõem cada score, que foi de seguida convertida numa escala de zero a 100, de acordo com uma regra de três simples.

A análise estatística foi realizada com o recurso ao programa informático SPSS®, versão 22.0. Para a análise bivariada, foram usados os testes Qui-Quadrado e Mann-Whitney de acordo com o tipo de variáveis em estudo. O nível de significância estatística considerado foi de 0,05.

O estudo foi aprovado pela comissão de ética da Unidade Local de Saúde de Matosinhos e foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 163 crianças e adolescentes: 85 (52,1%) do C.S. Sete Rios e 78 (47,9%) da USF Infesta. A média de idades foi de 11,59±2,54 anos. Na sua maioria, os questionários foram preenchidos pelo próprio (n=121 / 74,2%). Quando utilizada a versão parental do questionário, quem mais colaborou no seu preenchimento foram as mães (n=32 / 76,2%). Dos questionários respondidos pelo próprio (n=121), apenas oito indivíduos responderam de forma afirmativa à questão “*Tens alguma deficiência, doença ou condição física crónica?*”. Das patologias especificadas, um doente referiu apresentar paralisia cerebral, outro uma estenose aórtica e os restantes patologia alergológica (asma, rinite). Não se observou diferenças com significância estatística entre as populações inquiridas das duas

unidades de saúde em relação ao género, idade e presença de doença crónica. No entanto, verificou-se que no grupo do CS Sete Rios houve um número significativamente maior de respostas ao questionário pelo próprio, comparativamente com a USF Infesta ($p=0,03$) – quadro I.

Os scores calculados revelaram valores de QVRS elevados (entre 80 e 90 pontos) nas cinco dimensões avaliadas pelo questionário na população total. Apesar de os utentes da USF Infesta apresentarem scores ligeiramente mais baixos, esta diferença não foi estatisticamente significativa – quadro II.

Quadro I – Caracterização geral da amostra em estudo e comparação entre as duas unidades

Características		População Total (n=163)	CS Sete Rios (n=85)	USF Infesta (n=78)	Significância estatística (p)
Género	Feminino	102 (62.6%)	58 (68.2%)	44 (56.4%)	0.119 ^a
	Masculino	61 (37.4%)	27 (31.8%)	34 (43.6%)	
Idade	Média ±DP (anos)	11.59±2.54	11.69±1.88	11.47±3.10	0.140 ^b
	8-11 anos	86 (52.8%)	38 (44.7%)	48 (61.5%)	
	12-17 anos	77 (47.2%)	47 (55.3%)	30 (38.5%)	
Doença crónica	Sim	8 (4.9%)	3 (3.5%)	5 (6.4%)	0.197 ^a
	Não	112 (68.7%)	68 (80%)	44 (56.4%)	
	Não aplicável/Não respondido	42 (26.4%)	14 (16.5%)	29 (37.2%)	
Sujeito de preenchimento do questionário	Próprio	121 (74.2%)	71 (83.5%)	50 (64.1%)	0.03 ^a
	Mãe	32 (19.6%)	7 (8.2%)	25 (32.1%)	
	Pai	7 (4.3%)	5 (5.9%)	2 (2.6%)	
	Outros	3 (1.8%)	2 (2.4%)	1 (1.3%)	

a - b Valores de p referentes à comparação CS Sete Rios vs USF Infesta através do: ^a Qui-Quadrado, ^b Mann-Whitney.

Quadro II - Scores de QVRS obtidos e comparação entre as duas unidades de saúde

Score (Média ±DP)	População Total	CS Sete Rios	USF Infesta	Significância estatística ¹ (p)
Bem-estar Físico	79.91±13.82	80.85±12.33	78.13±15.25	0.357
Bem-estar Psicológico	87.25±10.79	88.06±9.45	85.71±12.50	0.366
Autonomia e Relação com os pais	86.03±11.50	87.73±9.88	84.88±13.00	0.297
Suporte Social e Grupos de Pares	86.60±13.26	87.76±12.33	85.92±14.64	0.688
Ambiente Escolar	81.38±12.63	82.18±11.53	79.14±13.65	0.184

¹ Valores de p referentes à comparação do score em função da unidade de saúde pelo teste de Mann-Whitney.

Quadro III – Análise comparativa dos scores QVRS em função do género

Score (Média ±DP)	Género		Significância estatística ¹ (p)
	Feminino	Masculino	
Bem-estar Físico	76.55 ±14.318	84.67 ±11.32	<0.001*
Bem-estar Psicológico	86.0±11.72	88.52±9.66	0.205
Autonomia e Relação com os pais	86.3±12.14	86.63±10.35	0.810
Suporte Social e Grupos de Pares	86.15±14.07	88.11±12.42	0.411
Ambiente Escolar	79.90±13.24	82.13±11.53	0.346

¹ Valores de p referentes à comparação do score em função do género pelo teste de Mann-Whitney.

Analisando os resultados obtidos em função do género, verificou-se que as raparigas obtiveram scores QVRS mais baixos em todas as cinco dimensões avaliadas, mas apenas com significância estatística na avaliação do bem-estar físico ($p < 0,001$) – quadro III. No geral, não houve diferenças entre os dois grupos etários na avaliação da QVRS, exceto no score referente ao Am-

biente Escolar, que foi o aspecto onde os adolescentes se manifestaram significativamente menos satisfeitos que as crianças ($p = 0,041$) – quadro IV. O facto de uma parte dos questionários ter sido preenchido pelos pais/cuidadores não influenciou a avaliação da QVRS na generalidade, exceto no score referente ao Suporte Social e Grupos de Pares, onde se observou uma varia-

Quadro IV – Análise comparativa dos scores QVRS em função da idade

Score (Média ±DP)	Idade (grupo etário)		Significância estatística ¹ (p)
	Crianças (8-11 anos)	Adolescentes (12-18 anos)	
Bem-estar Físico	81.94±12.63	77.04±14.96	0.054
Bem-estar Psicológico	87.88±10.07	86.38±11.74	0.598
Autonomia e Relação com os pais	85.35±10.54	86.95±12.70	0.212
Suporte Social e Grupos de Pares	86.06±12.51	87.37±14.29	0.433
Ambiente Escolar	83.03±12.60	79.01±12.38	0.041*

¹ Valores de p referentes à comparação do score em função da idade pelo teste de Mann-Whitney

Quadro V – Análise comparativa dos scores QVRS em função do sujeito de preenchimento

Score (Média ±DP)	Tipo de questionário		Significância estatística ¹ (p)
	Próprios	Pais/Cuidadores	
Bem-estar Físico	78.45±14.20	82.60±12.34	0.123
Bem-estar Psicológico	86.90±11.26	87.07±10.45	0.967
Autonomia e Relação com os pais	87.03±11.93	84.64±9.91	0.083
Suporte Social e Grupos de Pares	88.31±13.59	83.02±12.45	0.006*
Ambiente Escolar	80.92±11.86	80.24±14.73	0.762

¹ Valores de p referentes à comparação do score em função da idade pelo teste de Mann-Whitney

Quadro VI – Comparação com os dados europeus disponíveis dos scores QVRS obtidos nos questionários em função do sujeito de preenchimento

Tipo de questionário	Próprios			Pais/Cuidadores			
	Local	Estudo	Dados Europeus	p ¹	Estudo	Dados Europeus	p ¹
Score (Média ±DP)	Bem-estar Físico	78.45±14.20	70.71±18.64	<0.001*	82.60±12.34	72.08±17.75	<0.001*
	Bem-estar Psicológico	86.90±11.26	76.93±16.52	<0.001*	87.07±10.45	77.16±13.03	<0.001*
	Autonomia e Relação com os pais	87.03±11.93	74.01±18.47	<0.001*	84.64±9.91	73.40±15.61	<0.001*
	Suporte Social e Grupos de Pares	88.31±13.59	76.97±19.55	<0.001*	83.02±12.45	69.05±18.28	<0.001*
	Ambiente Escolar	80.92±11.86	74.07±14.94	<0.001*	80.24±14.73	70.89±17.35	<0.001*

p = significância estatística

¹ Valores de p referentes à comparação do score em função do tipo de questionário pelo teste de Mann-Whitney.

ção com significância estatística em resultado de uma pior avaliação pelos pais, do que pelas crianças/adolescentes ($p=0,006$) – quadro V.

Comparando os resultados obtidos no nosso estudo com os dados europeus disponíveis,⁷ observa-se que os scores aferidos para a nossa população são significativamente superiores ($p<0,001$) em todas as dimensões, quer nos questionários respondidos pelos próprios, quer nos respondidos pelos pais/cuidadores – quadro VI.

DISCUSSÃO

O processo saúde-doença, multifatorial e complexo, passou nos últimos anos a configurar como um *continuum*. Foi com esta mudança que surgiu o conceito de QVRS, atualmente um dos resultados esperados em termos de práticas assistenciais e de políticas públicas ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença.⁸

A abordagem instrumental da QVRS permite a integração biopsicossocial dos determinantes da saúde em diferentes níveis, hierarquizados por variáveis pessoais e sociais. O presente estudo pretendeu avaliar a QVRS em crianças e adolescentes em idade escolar, os seus estilos de vida e contextos sociais. Os resultados obtidos sugerem que a aplicação do KIDSCREEN-27® (versão pais e versão crianças e adolescentes) não apresentou dificuldades, considerando a clareza da tradução e a sua validação para a língua portuguesa. O uso deste instrumento na avaliação da QVRS mostrou-se perfeitamente indicado para aplicação em crianças e adolescentes, permitindo aos investigadores monitorizar o estado de saúde da população num determinado momento e detetar os subgrupos de risco, que devem ser alvos de intervenção no futuro.^{1,7,9-11}

Globalmente, os dados demonstram uma boa QVRS na população avaliada, obtendo-se scores de QVRS, com significância estatística, superiores aos europeus. Isto poderá traduzir que, apesar da atual conjuntura socioeconómica nacional, a capacidade de adaptação do ser humano à realidade possibilita que a percepção da sua QVRS se mantenha elevada.

Comparando os rapazes com as raparigas quanto à sua percepção sobre a própria QVRS estes apresentam valores médios mais elevados em todas as dimensões, sendo esta diferença estatisticamente significativa ao nível do “Bem-estar Físico”. Estes resultados vão de encontro à literatura que nos diz que a percepção das raparigas com a sua saúde e bem-estar é mais negativa do que a dos rapazes na maioria das medidas, sobretudo ao nível da auto-percepção e imagem corporal.¹²⁻¹³ Tal poder-se-á dever, por outro lado, ao facto dos rapazes parecerem apresentar mais problemas de saúde na infância, situação que se altera na adolescência com as raparigas a apresentarem mais perturbações psicossomáticas e problemas emocionais do que os rapazes.¹² A ausência de diferenças significativas na maioria das dimensões poder-se-á dever ao facto de atualmente rapazes e raparigas terem acesso às mesmas oportunidades sociais e escolares, independentemente do sexo.

Analisando a relação entre os dois grupos etários considerados no estudo, as crianças apresentaram valores médios de QVRS mais elevados, sendo este score significativo ao nível do “Ambiente Escolar”. Estes resultados vão de encontro à literatura que refere que as crianças apresentam uma melhor percepção da sua qualidade de vida na maioria das dimensões.^{12,14} Esta diminuição de uma percepção positiva da qualidade de vida na adolescência prende-se com todas as alterações físicas, psicológicas e sociais ocorridas neste período de transição, fatores que acarretam uma certa instabilidade e insegurança, influenciando a percepção da qualidade de vida.¹² A existência de significância estatística apenas ao nível do “Ambiente Escolar” poderá ter a ver com o facto de, nesta população, as alterações típicas da transição para a adolescência não terem afetado o seu bem-estar físico e psicológico e, no que se refere à autonomia e relação com os pais e suporte social e grupo de pares, estas crianças e adolescentes parecerem sentir-se confortáveis com o nível de independência que lhes é dado bem como com os amigos que têm e o suporte social que sentem.

Os nossos resultados revelam que os pais tendem a possuir uma percepção da QVRS dos filhos semelhante à que é manifestada por estes, exceto no que respeita ao “Suporte Social e Grupos de Pares” em que os pais têm uma avaliação mais negativa. Estes resultados vão de encontro aos dados já publicados, segundo os quais a percepção parental traça sempre um cenário pior que o real, com uma concordância entre os resultados documentados pelos pais e filhos mais elevada nas medidas observáveis, em detrimento dos aspetos sociais e psicológicos.^{5,15}

Apesar dos utentes da unidade do Porto apresentarem scores ligeiramente mais baixos que os de Lisboa, esta diferença não foi estatisticamente significativa em nenhuma das dimensões. Tal poder-se-á dever à crescente uniformização norte-sul do nosso país, com crianças e adolescentes de áreas geográficas distintas a terem acesso às mesmas oportunidades e contextos, o que se reflete na percepção da QVRS.

CONCLUSÕES

De uma forma geral, os resultados encontrados estão de acordo com o que está descrito na literatura. Contudo, alguns dados da análise comparativa evidenciaram diferenças que deverão ser alvo de análise em estudos posteriores, aleatorizados e de maiores dimensões, que permitam identificar claramente os grupos em risco nas populações avaliadas, para a elaboração de programas de intervenção, devidamente contextualizados e adaptados.

EM DESTAQUE

A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) é um importante indicador de saúde que pode ser facilmente avaliada através da aplicação do questionário KIDSCREEN. Os nossos resultados demonstraram uma boa QVRS das crianças e adolescentes das populações avaliadas e permitiram identificar grupos em risco, que necessitam de programas de intervenção personalizados.

HIGHLIGHTS

Health-related quality of life (HRQoL) is an important health indicator that can be readily assessed by applying the KIDSCREEN questionnaire. Our results showed a good HRQOL of children and adolescents in the populations assessed and allowed to identify the risk groups who need a customized intervention.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The World Health Organization, The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10): 1403-9.
2. Gaspar T, Matos MG. Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes: Versão Portuguesa dos Instrumentos KidScreen, ed. A.S. e. Saúde. Fundação para a Ciência e Tecnologia, Faculdade de Motricidade Humana. 2008.
3. Dominick KL, Ahern FM, Gold CH, Heller DA. Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging Clin Exp Res* 2002; 14(6):499-508.
4. De Salvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Gen Intern Med* 2006; 21(3): 267-75.
5. Meuleners LB, Lee AH, Binns CW, Lower A. Quality of life for adolescents: Assessing measurement properties using structural equation modelling. *Quality of Life Research* 2003; 12: 283-90.
6. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Duer W, et al. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2005; 5(3):353-64.
7. The KIDSCREEN Group Europe. The KIDSCREEN Questionnaires – Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. Lengerich: Pabst Science Publishers. 2006.
8. Schuttinga JA. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. *Quality of life in behavioral medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates 1995: 31-42.
9. World Health Organization. *Quality Of Life Assessment: an annotated bibliography*. Geneva: WHO. 1994.
10. World Health Organization Quality Of Life Assessment Group. *What is Quality of Life? World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): World Health Forum*. 1996.
11. World Health Organization Quality Of Life Group. *The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties*. Geneva: Department of mental health WHO. 1998.
12. Bisegger C, Cloetta B, Rueden U, Abel T, Ravens-Sieberer U & The European Kidscreen Group. Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Soz.-Präventivmed.* 2005; 50: 281-91.
13. World Health Organization. *A snapshot of the health of young people in Europe: A report prepared for the European Commission conference on youth health*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. 2009.
14. Santos T. *Qualidade de vida em crianças: Factores pessoais e sociais promotores da qualidade de vida*. Tese de Doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto. Porto, Portugal. 2008.
15. Tsiros MD, Olds T, Buckley JD, Grimshaw P, Brennan L, Walkley J, et al. Health-related quality of life in obese children and adolescents. *International Journal of Obesity* 2009; 33(4): 387-400.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Inês Marques
Serviço de Pediatria
Centro Hospitalar Barreiro Montijo
Avenida Movimento das Forças Armadas
2830-094 Barreiro
Email: inesmped@gmail.com

Recebido a 09.11.2015 | Aceite a 11.04.2016