



UNIVERSIDAD
DE BURGOS



DISSERTAÇÃO MESTRADO

2022/2023

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE
QUESTIONÁRIO RELATIVO À RELAÇÃO ENTRE
O TEMPO UTILIZADO EM TECNOLOGIAS E O
SURGIMENTO DE DEDOS EM GATILHO EM
CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR**

Mestrado em Terapia da Mão

Diana Leirião Ferreira

Leiria, setembro de 2023



UNIVERSIDAD
DE BURGOS



CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE QUESTIONÁRIO RELATIVO À RELAÇÃO ENTRE O TEMPO UTILIZADO EM TECNOLOGIAS E O SURGIMENTO DE DEDOS EM GATILHO EM CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR

Mestrado em Terapia da Mão

Diana Leirião Ferreira

CC: 13945389 0ZX0

Dissertação realizada sob a orientação da Professora Doutora Liliana da Conceição
Teixeira e da Professora Doutora Valeriana Guijo Blanco

Leiria, setembro de 2023

Originalidade e Direitos de Autor

A presente dissertação é original, elaborada unicamente para este fim, tendo sido devidamente citados todos os autores cujos estudos e publicações contribuíram para a elaborar.

Reproduções parciais deste documento serão autorizadas na condição de que seja mencionada a Autora e feita referência ao ciclo de estudos no âmbito do qual a mesma foi realizado, a saber, Curso de Mestrado em Terapia da Mão, no ano letivo 2022/2023, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria (Portugal) y de la Facultad de Ciencias de la Salud de Burgos (España), e, bem assim, à data das provas públicas que visaram a avaliação destes trabalhos.

Agradecimentos

Dirijo os meus agradecimentos a algumas pessoas, sem as quais não teria sido possível alcançar esta etapa.

Agradeço à minha família, o apoio que me facultaram e continuam a facultar, pois ser estudante, trabalhadora, mãe de um bebé, mulher e tantos outros papéis que desempenho, não seriam exequíveis sem o apoio deles.

À Professora Liliana e à Professora Valeriana, agradeço a orientação, apoio constante e ensinamentos prestados, procurando sempre o rigor científico. O permanente entusiasmo e valorização do meu trabalho, tornaram-se num incentivo para continuar na procura de melhores resultados.

Tenho bastante a agradecer a ambas, pois, depois de um início conturbado ao nível da orientação desta dissertação e alguma desmotivação, conseguiram com a sua disponibilidade e atenção motivar-me para continuar e saber rentabilizar o tempo, que já não era muito.

Ao comité de especialistas, doze colegas que dedicaram o seu tempo e conhecimento na avaliação do instrumento de avaliação, sem qualquer benefício, a não ser o futuro proveito de um questionário de medida relacionada com a mão, na população pediátrica. A entre ajuda e disponibilidade para com uma colega que só comunicaram por contactos eletrónicos, é de louvar.

A todas estas pessoas a minha profunda gratidão.

Dados da revista científica selecionada

Nome da revista científica selecionada: *Portuguese Journal of Pediatrics*

Ficha técnica da revista: Sociedade Portuguesa de Pediatria

ISSN: 2184-3333

ISSN-e: 2184-4453

Periodicidade: Trimestral

País: Portugal

Língua: Inglês

Arbitragem (Revisores externos): Sim

Clasificación (JCR, Simago): 0,107

Factor de impacto: 0,04

Justificação da revista selecionada:

A escolha da revista científica recaiu sob o facto de esta ser portuguesa e visar a melhoria da prática clínica na área da pediatria, pelo seu factor de impacto e pela sua classificação Simago.

Por se tratar de um *Open Access Journal*, permite aos interessados, o acesso livre e gratuito ao texto completo do trabalho científico e a sua maior divulgação.

A revista apresenta o seu melhor quartil de Q4 relacionado com os temas *Pediatrics*, *Perinatology and Child Health* e fornece uma revisão num prazo médio de 24 semanas.

A sua revisão é efetuada por *double blind review*, onde a identidade dos autores e dos avaliadores é omitida, tornando ainda mais credível esta avaliação. O seu rigor criterioso permitiu-lhe a indexação na base científica SCOPUS, com um índice de indexação de 3.

Por último, mas não menos importante, a revista não apresenta taxas de publicação.

Resumo

Introdução: A tenossinovite estenosante, ou dedo em gatilho, é definida como a inibição de deslizamento do tendão flexor devido ao espessamento da bainha sinovial sobre o tendão. No decorrer da intervenção clínica, têm vindo a aumentar os casos de tenossinovite estenosante, em crianças. Este aumento poderá estar relacionado com o uso excessivo de tecnologias, que tem vindo a aumentar entre a população pediátrica, podendo conduzir a uma sobrecarga para os dedos e mãos. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo construir e realizar a validação de conteúdo de um questionário de avaliação relativo à relação entre o tempo utilizado em tecnologias e o surgimento de dedos em gatilho em crianças em idade pré-escolar e escolar. **Método:** Estudo fenomenológico, com abordagem mista, observacional, descritivo e transversal. Para validação de conteúdo submeteu-se o questionário a um painel de doze especialistas, pelo método de *Delphi*. **Resultados:** Na primeira ronda de validação de conteúdo, 66,7% dos especialistas considerava o questionário apto para aplicação e após a segunda ronda todos os parâmetros de IVC foram superiores a 0,80. Considera-se, portanto, que o instrumento de avaliação está apto para a fase seguinte, a de pré-teste.

Palavras-chave: crianças, dedo em gatilho, instrumento de avaliação, tenossinovite estenosante, uso de tecnologias

Resumen

Introducción: La tenosinovitis estenosante, o dedo en gatillo, se define como la inhibición del deslizamiento del tendón flexor debido al engrosamiento de la vaina sinovial sobre el tendón. En los últimos años se observa una mayor demanda de intervención clínica para tratar a niños con tenosinovitis estenosante. Este aumento puede estar relacionado con el uso excesivo de la tecnología, que ha ido en aumento entre la población pediátrica, lo que puede provocar sobrecarga en dedos y manos. **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo construir y realizar la validación del contenido de un cuestionario de evaluación relacionado con la relación entre el tiempo dedicado a la tecnología y la aparición de dedos en gatillo en niños en edad preescolar y escolar. **Método:** Estudio fenomenológico, con enfoque mixto, observacional, descriptivo y transversal. Para la validación de contenido, el cuestionario fue sometido a un panel de doce expertos, mediante el método *Delphi*. **Resultados:** En la primera ronda de validación de contenido, el 66,7% de los expertos consideró el cuestionario apto para su aplicación y tras la segunda ronda, todos los parámetros del IVC fueron superiores a 0,80. Por tanto, se considera que el instrumento de evaluación es apto para la siguiente fase, la preprueba.

Palabras clave: niños, dedo en gatillo, instrumento de evaluación, tenosinovitis estenosante, uso de tecnologías

Abstract

Introduction: Stenosing tenosynovitis, or trigger finger, is defined as the inhibition of glide of the flexor tendon due to thickening of the synovial sheath over the tendon. During clinical intervention, cases of stenosing tenosynovitis in children have been increasing. This increase may be related to the excessive use of technology, which has been increasing among the pediatric population, which can lead to overload on fingers and hands. **Objective:** This study aimed to construct and carry out content validation of an assessment questionnaire relating to the relationship between time spent on technology and the emergence of trigger fingers in preschool and school-aged children. **Method:** Phenomenological study, with a mixed, observational, descriptive and cross-sectional approach. For content validation, the questionnaire was submitted to a panel of twelve experts, using the Delphi method. **Results:** In the first round of content validation, 66,7% of experts considered the questionnaire suitable for application and after the second round, all CVI parameters were greater than 0,80. It is therefore considered that the assessment instrument is suitable for the next phase, the pre-test.

Keywords: children, trigger finger, assessment instrument, stenosing tenosynovitis, use of technologies

Índice

Originalidade e Direitos de Autor.....	iii
Agradecimentos	iv
Dados da revista científica selecionada	v
Resumo	vii
Resumen	ix
Abstract	xi
Índice	xii
Lista de tabelas	xiii
Lista de siglas e acrónimos	xiv
1. Introdução.....	15
2. Enquadramento Teórico.....	17
2.1 Estudo da relação do uso de tecnologias da população adulta.....	21
3. Metodologia.....	24
3.1. Objetivo do Estudo.....	24
3.2. Tipo de Estudo.....	24
3.3. Procedimentos metodológicos	27
3.3.1. Fases de construção do Instrumento de Recolha de Dados.....	27
3.3.2. Questionário	28
3.3.3. Comité de Especialistas.....	29
3.3.4. População e Amostra.....	30
3.3.5. Análise dos Dados	31
3.3.6. Método de Recolha de Dados.....	32
3.4. Procedimentos Éticos e Deontológicos.....	34
3.5. Etapas desenvolvidas.....	34
4. Resultados	35
4.1. Alterações ao questionário.....	49
5. Conclusões.....	54
Referências Bibliográficas	56
Apêndices	59

Lista de tabelas

Tabela 1 - IVC dos dados sócio-demográficos	35
Tabela 2 - IVC dos dados da criança	37
Tabela 3 - IVC do enquadramento	42
Tabela 4 – IVC de segunda avaliação de validade de conteúdo.....	50

Lista de siglas e acrónimos

ATL	Atividades de Tempos Livres
Etc	<i>Et coetera</i> /e outras coisas
Ex.	Exemplo
FPD	Flexor Profundo dos Dedos
FSD	Flexor Superficial dos Dedos
IVC	Índice de Validade de Conteúdo

1. Introdução

A presente Dissertação surge no âmbito da Unidade Curricular de Dissertação, inserida no 3º Semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Terapia da Mão, em associação com a Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria (Portugal) y a la Facultad de Ciencias de la Salud de Burgos (España).

O dedo em gatilho ou tenossinovite estenosante, define-se como a inibição/bloqueio de deslizamento do tendão flexor devido ao espessamento da bainha sinovial sobre o tendão (1). A origem desta patologia está amplamente estudada na população adulta, mas em escassez no que concerne à população pediátrica.

A escolha deste tema deve-se a motivações profissionais/pessoais, dado o aumento de casos de crianças em idade pré-escolar e escolar com dedo em gatilho, que, segundo os pais, surge sem qualquer razão aparente. Através da literatura analisada, observou-se que qualquer evento que aumente o volume do tendão flexor ou reduza a capacidade da polia, pode causar dedo em gatilho (2), assim, prevê-se que a repetição de movimentos, por tempo excessivo, no uso de *gadgets*, em crianças, conduza a uma sobrecarga para os dedos e mãos.

Pela necessidade de perceber a relação entre o tempo utilizado em tecnologias e o surgimento de dedos em gatilho em crianças, procedeu-se a pesquisa e verificou-se que não existia nenhum instrumento, nem em Portugal, nem noutro país, que mensurasse esta questão.

Tornou-se então pertinente, e o objetivo deste trabalho, a criação de um questionário que estudasse a relação entre o tempo utilizado em tecnologias e o surgimento de dedos em gatilho em crianças em idade pré-escolar e escolar e a sua validação de conteúdo através de um comité de especialistas, pelo método de *Delphi*.

O presente documento encontra-se dividido em três partes.

Na primeira parte apresenta-se um enquadramento teórico e um levantamento de estudos relativos ao tema, com o intuito de perceber qual o método mais utilizado, concluindo que se tratara maioritariamente de questionários.

A segunda parte contém o estudo empírico desta dissertação, que originou o questionário acima mencionado. Apresenta assim o objetivo e tipo de estudo, os procedimentos metodológicos aplicados na execução do trabalho, os procedimentos éticos e deontológicos e as etapas desenvolvidas.

Na terceira parte, é descrita detalhadamente os resultados dos dados relativos à suficiência, coerência, relevância, clareza e pertinência avaliadas em cada questão, pelos especialistas. Inclui ainda, a nova apreciação do comité, às alterações ao questionário elaboradas segundo as suas avaliações e sugestões. A segunda ronda de avaliação também se baseou nos domínios descritos acima.

Este documento termina com as conclusões obtidas e inclui ainda apêndices, como forma de complemento à dissertação.

O relatório foi redigido tendo em conta o Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos do Instituto Politécnico de Leiria e as referências bibliográficas por base nas normas *Vancouver*.

2. Enquadramento Teórico

Define-se como tenossinovite estenosante, ou dedo em gatilho, a inibição/bloqueio de deslizamento do tendão flexor devido ao espessamento da bainha sinovial sobre o tendão, isto é, o bloqueio dos tendões flexores dos dedos ao cruzar as polias (1). Acontece quando o tendão flexor não consegue desempenhar o seu movimento e voltar à posição inicial. Esse espessamento, ou nódulo (feixe espiral de colagénio e fibroblastos maduros) é muitas vezes palpável na face flexora do dedo afetado (3).

Enquanto que, no dedo polegar, o gatilho se deve à constrição da polia A1 (na articulação metacarpo-falângica), nos restantes dedos, este pode dever-se à constrição das polias A1, A2 (na articulação interfalângica proximal), A3 (na articulação interfalângica distal), do flexor profundo dos dedos (FPD) ou espessamento do flexor superficial dos dedos (FSD). Pode ainda surgir devido a uma relação anormal entre os dois tendões ou decussação proximal de FSD (3), nódulos nos tendões flexores, calcificações, estreitamento do quiasma de *Camper* ou lacerações parciais do tendão. A compressão sobre o tendão flexor, causa espessamento e origina o aparecimento de nódulo de *Notta*. Muitos autores começam a descartar o termo polegar em gatilho congénito, pois este só é notado por volta dos 12 meses de idade e após trauma. Não é verificado logo após o nascimento (2).

Os sintomas podem variar, mas geralmente englobam dor e sensibilidade na polia (1), assim como rigidez e contraturas em flexão do dedo, inicialmente mais frequentes no período da manhã. A sua etiologia ainda não foi determinada, mas é previsível em muitas teorias, isto é, multifatorial (4).

A relação entre a tenossinovite estenosante e a população adulta está largamente estudada, mas existe falta de estudos sobre a população pediátrica e esta patologia. Em crianças, a sua etiologia pressupõe o trauma, anomalias anatómicas ou outras condições, como a diabetes (5). Nas anomalias anatómicas, procura-se uma relação anormal entre o FSD e o FPD. São referidas ainda causas genéticas como a mucopolissacaridose, trissomia 13, ou patologias de depósito lisossómico. Como etiologias menos comuns destacam a interposição do osso sesamóide ou lesões de: placa volar, cápsula articular ou ligamento colateral. Ainda como causa, o osteocondroma, tumor ósseo mais frequente do esqueleto,

que compromete a área metafisária proximal à fise. Foi pressuposta uma relação entre a artrite idiopática juvenil e o dedo em gatilho, mas com pouca profundidade no seu estudo (2).

Quanto à sua epidemiologia, referem que a incidência é bimodal, com um primeiro pico antes dos 8 anos de idade e um segundo pico entre os 40 e 50 anos. Nas crianças a incidência é semelhante entre géneros, enquanto que, em adultos é predominante em mulheres. A sua tendência é surgir na mão dominante do indivíduo (6).

O surgimento de dedo em gatilho no 2º, 3º, 4º ou 5º dedo é dez vezes menos provável que o surgimento no 1º dedo. Os poucos estudos existentes referem que a prevalência do desencadeamento de gatilho, em qualquer um dos dedos, afeta menos de 0,05% das crianças (7). É uma condição rara com incidência de aproximadamente 1:2000 nascimentos (2).

Num estudo realizado por Wong et al. (5), concluíram que 5% dos casos pediátricos tinham como consequência de esforço repetitivo, o surgimento de dedo em gatilho. Estes estavam associados a crianças a partir dos 7 anos de idade, com gatilho num dedo isolado.

A literatura refere inúmeros casos de adultos com dedos em gatilho de causa inflamatória, mas é muito escassa em casos pediátricos, ainda assim, os autores referem que existem relatos de dedo em gatilho inflamatório em crianças, com uso excessivo/intenso das mãos (3).

Uma vez que, qualquer evento que aumente o volume do tendão flexor ou reduza a capacidade da polia, pode causar dedo em gatilho (2), e dada a difusão que o uso de tecnologias (computador, *tablet*, telemóveis e vídeo-jogos) têm atingido, escolhe-se estudar a repetição de movimentos excessivos no uso de *gadgets*, em crianças, que poderá conduzir a uma sobrecarga para os dedos e mão, levando ao surgimento de tenossinovite estenosante ou outras lesões nestas estruturas, em idades pediátricas, escolares ou pré-escolares. Estes movimentos, associados a uma postura incorreta aquando da utilização de tecnologias, levam a um aumento de riscos posturais e osteoarticulares (8). Não existem referências suficientes para afirmar que, para além das desvantagens sociais, de sedentarismo, de distúrbios de sono, atrasos de desenvolvimento entre outras, o uso continuado de tecnologias conduzirá a alterações anatómicas nas mãos da população

pediátrica, embora já o haja para população adulta. Em 2014, Abreu, Eisenstein e Estefenon (8), afirmaram que são comuns as lesões de esforço repetitivo, as tenossinovites, as tendinites e as cervicobraquialgias em crianças com uso excessivo de tecnologias.

Para além de formas de comunicação, trocas de informação e desenvolvimento de estudo, as tecnologias são utilizadas pelas crianças como fins de lazer/brincar.

Segundo pesquisa, foi criado em 2014, no Brasil o termo “*Whatsappitis*” que demonstrava a relação do uso exagerado de telemóvel com o risco de tendinites, tenossinovites e osteoartites. Os movimentos repetitivos e a sobrecarga do tendão a realizar os movimentos de extensão e flexão dos dedos levavam ao surgimento de dor, edema e inflamação (9). Já em 1990 teria sido descrita a “*Nintendinite*”, após uma mulher de 35 anos experienciar dor extrema no polegar, após 5 horas ininterruptas a jogar Nintendo, assim como outros casos de tendinites por microtraumas repetitivos, todos eles associados a lesões ao nível das mãos, polegar ou punho, relacionadas com vídeo-jogos. A lesão varia consoante o tipo de comando utilizado (10).

Na intervenção clínica, tem existido um aumento de casos de dedo em gatilho em crianças em idade pré-escolar e escolar. Uma vez que, a combinação entre movimentos repetitivos, má postura, desrespeito pelos conceitos de ergonomia e sobreuso de *gadgets*, sem pausas ou alongamentos, pode levar a lesões de nervos, músculos e tendões dos dedos, punhos, mãos, braços, cotovelos, ombros e pescoço, e que se ignorados, podem conduzir a lesões a longo termo (11), poderá existir aqui uma relação.

Dado que, a tenossinovite estenosante impede a criança de desempenhar as suas ocupações e etapas de desenvolvimento de forma completa, em saúde e bem-estar e a sua participação ocupacional nas atividades de vida diária (4), assim como em todas as outras áreas de ocupação do indivíduo, pode concluir-se que este *handicap* compromete a qualidade de vida, assim como a sua capacidade funcional. A criança ao restringir o uso da mão, para não agravamento do dedo em gatilho, por dor, receio ou outro motivo, não explorará o meio e os inputs sensoriais, com possíveis repercussões no processamento sensorial, assim como não desenvolverá competências de destreza manual ou motricidade fina e por sua vez habilidades necessárias à escrita e ao percurso escolar, incitando atrasos

de desenvolvimento. Poderá ainda comprometer a sua participação social ou participação noutras atividades.

2.1 Estudo da relação do uso de tecnologias da população adulta

Têm sido vários os métodos utilizados para avaliar os hábitos da população adulta quanto às novas tecnologias, por exemplo telemóvel, *tablets*, etc, sendo o questionário aquele que mais se encontra na literatura da área em estudo. Foram encontrados, e descritos de seguida, três estudos pertinentes para esta investigação, em que a sua base de investigação foi a elaboração de questionário.

Eapen, Kumar e Bhat (11), realizaram um estudo que pretendeu estudar a prevalência de disfunção por trauma cumulativo em estudantes usuários de telemóveis. Para tal, forneceram um questionário em Mangalore, *Kasturba Medical College*, com respostas abertas e fechadas, a 1500 estudantes, com idades compreendidas entre 18 e 29 anos. Este era iniciado por questões demográficas, uso e duração do uso de telemóvel. Questionava os estudantes o motivo do seu uso (por exemplo: enviar mensagens, jogar ou ir à internet) e se já experienciaram algum sintoma nos membros superiores que pudessem atribuir ao uso excessivo de telemóveis. Os autores propuseram um diagrama dos membros superiores em que os inquiridos marcavam a área de desconforto, caso já tivessem sentido tais sintomas. Por último, questionou-se qual o motivo/causa que o indivíduo atribuía ao sintoma e se esse afetava as suas atividades, como escrever ou levantar objetos pesados. Os autores concluíram que a prevalência de disfunções por trauma cumulativo não era influenciada pelo tempo de uso de telemóvel durante o dia, mas sim pelo modo de utilização (escrever mensagens, jogar ou realizar chamadas). Os sintomas no polegar foram descritos por 53% dos inquiridos.

Yang et al. (12) efetuaram um estudo com o propósito de explorar a associação entre o uso de telemóvel e o desconforto músculo-esquelético sentido em estudantes de um colégio em Taiwan. Os autores supuseram que a duração do uso de telemóvel estaria associada com o aumento de número de queixas álgicas. Este estudo englobou uma amostra de 315 alunos, por conveniência, com idades compreendidas entre 16 e 19 anos. O questionário foi composto por três partes. A primeira referia-se a aspetos demográficos como género, idade e escolaridade. A parte seguinte, ao comportamento do uso do *smartphone*. Com perguntas simples, os autores, incidiram na questão “horas gastas em”: falar ao telemóvel, enviar mensagens (incluindo em aplicações), utilizar funções secundárias (como aplicações de jogos ou músicas), horas de utilização durante dias da

semana e durante dias de fim de semana. Ainda na secção comportamental, abordaram a dependência (se se sentiram ansiosos ou desconfortáveis quando não tinham telemóvel, se verificavam o telemóvel de forma involuntária e se verificavam o telemóvel imediatamente ao acordar) e o nível de influência do telemóvel (em que aspeto os telemóveis estão a afetar o tempo de estudo, se os estudantes verificam os telemóveis na sala de aula e se o *smartphone* está a afetar o tempo de descanso/dormir). Para tal, foi utilizada a escala de *Likert* em que 1 representava muito desacordo e 5 concordância total. A terceira parte estava relacionada com o desconforto músculo-esquelético e foi estruturada por modificação da *Nordic Musculoskeletal Questionnaire*. Nesta modificação abordaram 6 regiões do corpo (pescoço, ombros, coluna, cotovelos, punho e mãos) e colocaram 8 questões que avaliavam o desconforto nos membros superiores, associado a dor ou dormência nos últimos 6 meses. As correlações indicam que o grau de influência que o telemóvel tinha no indivíduo estava significativamente correlacionado com o número de partes do corpo que sentiam desconforto músculo-esquelético, assim como, que a duração do seu uso estava significativamente relacionada com o surgimento de desconforto. Por análise de regressão, concluíram que a duração de uso de *smartphone* pode prever o número de partes do corpo afetadas.

Ambos os estudos identificam o telemóvel como maior aparelho tecnológico utilizado. A versatilidade nas funções dos telemóveis, leva os seus usuários a despenderem de muito tempo na sua utilização. Digitar é a ação mais utilizada em qualquer aplicação de telemóvel, este movimento pode causar desconfortos músculo-esqueléticos, nomeadamente nos tecidos moles, nos membros superiores, especialmente no polegar. Os estudos revelam uma grande incidência destes desconfortos ao nível da mão, punho, braço e pescoço causados por uso prolongado, energético e repetitivo de telemóvel (11,12).

Num outro estudo, realizado por Kim e Kim (13) pretendeu-se investigar o uso de telemóveis em estudantes universitários, os seus sintomas músculo-esquelético e a taxa de risco associado, para, segundo os autores, fornecer material que possa vir a ser usado na prevenção de distúrbios músculo-esqueléticos causados ou agravados pelo uso de *smartphones*. O questionário era iniciado com as características gerais (idade, altura, peso, tamanho do telemóvel, locais de utilização, posturas de utilização, motivo de utilização, horas de utilização), seguida da listagem de sintomas músculo-esqueléticos por regiões do corpo (para análise dos sintomas foi consultada a *Guideline of Harmful*

Factors Survey for Musculoskeletal Disorders). Este usufruiu de uma amostra de 292 inquiridos, com uma média de idades de 21,42 anos. Os resultados referem que 42,1% dos participantes utiliza o aparelho eletrónico por mais de 4 horas diárias. A maioria dos inquiridos utiliza o telemóvel para conversar por escrito e pesquisar na internet, em casa e nas posições de sentado ou deitado em decúbito dorsal. Os autores relatam que existe uma grande probabilidade que estes indivíduos venham a sofrer de distúrbios músculo-esqueléticos. A não existência de pausas no uso de telemóveis e a má postura por prolongados períodos de tempo, origina dor, tal como a repetição de movimentos numa posição estática. Os dados do estudo mostram que o tamanho do ecrã do telemóvel está positivamente relacionado com o surgimento de dores, essencialmente no pescoço e cintura escapular, pois, quanto mais pequeno for o ecrã, maiores são os ângulos de flexão que os sujeitos adoptam (13).

3. Metodologia

3.1. Objetivo do Estudo

A maioria destes estudos é realizado na população adulta, continuando a existir alguma carência de estudos nesta área na população pediátrica. Tendo sido notado um aumento do surgimento do dedo em gatilho em crianças, torna-se pertinente abordar este tema e tentar perceber a relação entre o aparecimento destas condições em idades tão jovens e a utilização das novas tecnologias.

Pela falta de meios para conhecer os efeitos músculo-esqueléticos, nas mãos das crianças em idade pré-escolar e escolar, após o uso excessivo de tecnologias, tornou-se imperativo a construção de um questionário que colmatasse esta falha.

Para isso, com este estudo pretende-se construir e validar o conteúdo de um questionário que estude a relação entre o tempo utilizado em tecnologias e o surgimento de dedos em gatilho em crianças em idade pré-escolar e escolar.

Dada a dificuldade em balizar as idades correspondentes e a não concordância entre organizações de saúde, instituições de estatística ou entre diferentes países, pois cada ser é único, entender-se-á para este estudo, a definição de criança como: a pessoa entre os 2 anos e os 12 anos de idade incompletos.

3.2. Tipo de Estudo

O estudo é do tipo fenomenológico, com abordagem mista, observacional, descritivo e transversal.

A fenomenologia procura caracterizar o que permeia o pensamento e as atitudes do indivíduo, sem influência de crenças, preconceitos, aspetos sociais, políticos, entre outras características. São referidas três etapas no método fenomenológico, a descrição, dos aspetos necessários ao conhecimento do fenómeno em estudo, a redução, que corresponde ao foco no fenómeno e a interpretação, que envolve o percurso para se chegar à verdade (14).

Nas perguntas qualitativas, as respostas não podem ser traduzidas em números e o investigador avalia os seus dados de forma indutiva. Estes dados são subjetivos, por se tratar de conceitos, comportamentos, perceções ou avaliações. O estudo qualitativo procura identificar como as pessoas se sentem aquando de algumas situações e analisa um aspeto específico, aplicado a um grupo também ele específico, com uma ampla abordagem (15). Os estudos qualitativos envolvem cinco características, os autores referem que nem todos os estudos possuem a totalidade das mesmas, sendo elas: a fonte direta dos dados é um ambiente natural, o método descritivo dos dados é realizado em forma de palavras ou imagens e não de números, o processo prima por uma análise indutivista, isto é, de indução, após considerar um número suficiente de casos particulares, conclui uma verdade geral (este ponto engloba a terceira e quarta característica) e a determinação de que o significado é de importância extrema nesta abordagem (14).

As questões formadas de forma quantitativa, são aquelas que permitem ser mensuradas ou medidas através de números. Por serem quantificáveis, analisam a relação entre as variáveis pesquisadas e permitem testar teorias objetivas (16).

As abordagens qualitativa e quantitativa, isto é, a subjetividade e a objetividade, completam-se. A qualidade e a quantidade não se dissociam na investigação (17), uma vez que, os métodos quantitativos apresentam fraca validade interna, por não sabermos se medem o que pretendem medir e são fortes na validade externa, por serem generalizáveis à comunidade e por sua vez, os métodos qualitativos apresentam forte validade interna, por se focarem nas especificidades do grupo em estudo e apresentam fraca validade externa, isto é, na generalização (18).

Os estudos observacionais, também conhecidos por não experimentais ou de observação, são aqueles que o investigador aprofunda, estuda, observa e regista a patologia e as suas peculiaridades e a forma como esta se relaciona com outras condições, isto é, ao que se expõe, sem este ter qualquer intervenção (19). Nos estudos observacionais, o investigador é um mero espectador do fenómeno em questão, não podendo interferir no desfecho ou decorrer natural do mesmo, pode unicamente analisar, medir e realizar procedimentos de recolha de dados (15).

Pelos seus objetivos, apresenta-se uma análise descritiva, uma vez que descreve características de uma determinada população ou fenómeno (15).

Por se tratar de um estudo realizado num determinado momento e lugar, identifica-se como estudo transversal. Nestes estudos, a informação relativa à exposição é recolhida ao mesmo tempo da informação relativa à patologia, a fim de permitir a comparação entre subpopulações expostas e a prevalência da patologia (19). Os estudos transversais são executados com amostras aleatórias e representativas da população. Geralmente, estes levantam questões relacionadas com a presença de uma associação, não testando a hipótese. É um estudo pouco dispendioso e de rápida replicação (15). Os autores referem que uma mais-valia deste tipo de estudo, quando repetidos ao longo do tempo, será a avaliação da evolução do problema. Já uma limitação dos estudos transversais é a incapacidade de comprovar uma relação de temporalidade, isto é, que a causa antecedeu, de facto, à doença (19).

A fim de medir realmente o que nos propomos, é essencial realizar a validação de conteúdo, para tal, Alexandre e Coluci (20) referem que os principais atributos do instrumento serão a validade, confiabilidade, praticabilidade, sensibilidade e responsividade. A validade avalia a capacidade de um instrumento medir com precisão exatamente o que se propõe, esta pode ser avaliada por método de validade de conteúdo, validade relacionada a um critério e validade do construto. A confiabilidade é a capacidade de representar um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou com observadores diferentes, para tal podem ser aplicados os procedimentos de estabilidade, homogeneidade e equivalência. A sensibilidade é a capacidade de a medida identificar diferenças entre utentes ou grupos de utentes. A responsividade avalia a competência do instrumento em verificar mudanças. A praticabilidade é referente aos aspetos práticos da utilização dos instrumentos, como por exemplo, tempo de administração, interpretação de resultados e custos envolvidos. Os itens devem ser avaliados ainda na sua pertinência e clareza, a fim de apurar se são relevantes e adequados para atingir os objetivos propostos e se a sua redação está compreensível, expressando exatamente aquilo a que se propõe medir. Os especialistas terão oportunidade de fornecer sugestões ou comentários para todos estes domínios.

3.3.Procedimentos metodológicos

Na área da saúde é necessária a criação e disponibilidade de escalas ou questionários de medição e avaliação, que possam ajustar as decisões, intervenções ou outras ações para com o utente, não só no contacto direto, mas também externamente em programas de saúde ou políticas institucionais (21). Visto não existir um instrumento que abordasse o tema pretendido, torna-se pertinente a elaboração de um.

Assim, propõe-se a construção e validação de conteúdo de um questionário para estudar os fatores que causam dedo em gatilho em crianças.

3.3.1. Fases de construção do Instrumento de Recolha de Dados

De acordo com Oliveira et al. (22), o questionário é uma técnica de investigação para colheita de dados, composto por perguntas ordenadas, respondidas por escrito, sem a presença do entrevistador. Este deve ser acompanhado por uma breve introdução à pesquisa, a sua importância e a necessidade de obtenção de respostas. Como vantagens, este permite o largo alcance da população-alvo, a flexibilidade de resposta, consoante a disponibilidade do inquirido, a não influência dos entrevistadores por não estarem expostos aos entrevistados, o anonimato nas respostas e a economia de tempo e trabalho de campo. Como desvantagem apresentam a subjetividade de cada pergunta e interpretação que cada indivíduo lhe confere, a probabilidade de um reduzido número de questionários preenchidos, ou perguntas sem resposta, o impedimento de auxiliar na interpretação das questões e também a limitação do número de questões, pois se este for muito extenso, conduzirá a um abandono do preenchimento. Para Aaker, Kumar e Day (23) a construção de um questionário é uma arte imperfeita, uma vez que não existem procedimentos exatos que garantam o alcance dos objetivos de medição.

O desenvolvimento de um questionário baseia-se em seis fases. Na primeira fase planeia-se o que vai ser mensurado, através dos objetivos, pesquisa bibliográfica, consulta de especialistas e representantes da população em estudo e determinação do que se pretende perguntar. A segunda fase, passa pela formulação das perguntas, o seu conteúdo e formato. Na terceira fase, define-se o texto e a ordem das questões, assim como o aspeto visual do questionário. Em quarto lugar, é apurada a validade de conteúdo. Na quinta fase

procede-se à realização do pré-teste, avaliando omissões e ambiguidade e por último, corrige-se o problema e realiza-se novo pré-teste (23).

Devido a limitações temporais, o presente estudo culminará na quarta fase, com a validação de conteúdo.

3.3.2. Questionário

O preenchimento do questionário a ser construído neste estudo será realizado pelos pais/tutores da criança (Apêndice I).

Estando a primeira fase concluída, através de uma extensa revisão da literatura, passou-se à segunda fase onde se inicia a formulação das questões e se define o seu conteúdo e formato.

Para o formato das respostas, devem ser ponderadas as vantagens e desvantagens de cada tipo de resposta, consoante o objetivo de pesquisa. Os autores reforçam que a formulação das questões tem efeito sobre as respostas. As questões podem ser abertas, o inquirido responde por palavras suas, escolha múltipla, com possibilidade de opção de uma ou mais respostas, dicotómicas, com duas opções de resposta (ex.: sim/não) (23) e de escalas: escalas nominais, conjunto de categorias de resposta qualitativa (ex: feminino/masculino), escalas ordinais, admitem ordenação numérica das suas categorias (insatisfeito/satisfeito), escalas de intervalo em que um valor numérico indica uma quantidade da medida, (ex.: frequências), onde se insere a escala tipo *Likert*, que consiste em afirmações, que o respondente deve expressar o seu grau de concordância ou discordância de cada afirmação e escalas de razão (ex.: tempo gasto com uma tarefa) (24).

Propõe-se, assim, dividir o questionário em duas secções.

A primeira secção do questionário é relativa às características dos respondentes, tanto os dados das crianças em estudo, como do seu agregado familiar. Assim, os dados sócio-demográficos dos tutores incluem a data de nascimento, o parentesco, a escolaridade e a profissão. Por sua vez, os dados sócio-demográficos da criança incluem a data de nascimento, o género, a escolaridade, o distrito de residência, o agregado familiar, os irmãos e a sua idade, a frequência de atividades extracurriculares, a dominância e historial de saúde.

A segunda secção é relativa ao uso de tecnologias e surgimento, ou não, de sintomas músculo-esqueléticos. Esta secção do instrumento apresenta 17 questões, com respostas do tipo abertas, fechadas, escalas ordinais, do tipo *Likert* e de razão. Aqui pretende-se auferir quais as tecnologias mais usadas pelas crianças, as horas que despendem durante os dias de semana e dias de fim de semana com a sua utilização, se já existiram sintomas após a utilização das mesmas, quais, quando surgiram e durante quanto tempo. Qual o punho e quais os dedos mais afetados e o modo de utilização de uma ou duas mãos para manipulação da tecnologia. De forma concreta é questionado se já existiu dedo em gatilho na criança, que dedo, o número de vezes da ocorrência e a frequência, se há história familiar desta patologia e se os pais estão despertos para os riscos músculo-esqueléticos inerentes à exposição das tecnologias.

Definidas as questões, conteúdo e formato do questionário, passou-se à terceira fase que consiste na definição do texto, ordem das questões e o *layout*. O *layout* do questionário tem de ter em conta a clareza e tamanho do mesmo, as dimensões, os itens e as instruções. Durante a elaboração do questionário, é importante identificar o tipo de hipóteses que se possui e decidir as técnicas de estatística adequadas, para auferir o tipo de resposta desejável. Este deverá ser acompanhado de um consentimento informado.

É importante referir a previsão do tempo de preenchimento.

Na quarta fase do processo de construção de um instrumento, torna-se necessário realizar o processo de validação de conteúdo através do juízo de especialistas na área da terapia da mão.

3.3.3. Comité de Especialistas

Escobar-Pérez e Cuervo-Martínez (25) elaboraram um guia de oito passos para a realização de um comité de especialistas, que será abordado de seguida e pelos quais se baseou este estudo:

1. Definir o objetivo do júri;
2. Selecionar os especialistas. Os autores acima descritos, definem por especialistas, indivíduos com experiência no tema em estudo, que são reconhecidos pelos outros como qualificados no assunto e que podem dar informação, evidência,

juízos e avaliações. A validação por especialistas quer-se eficiente, com rigor metodológico e estatístico, para que o questionário possa ser utilizado para os fins para que foi elaborado. A utilização de especialistas influencia a criação de itens da escala com maior potencialidade, pois por serem cuidadosamente selecionados, representam um conhecimento atualizado sobre o tema. Enquanto, Escobar-Pérez e Cuervo-Martínez (25), referem pertinente a participação de 3 a 10 especialistas, Bernal-García et al. (21), referem um mínimo de 3, mas que a quantidade ideal seria de 15 a 25, consoante os objetivos do estudo, sendo aceitável um intervalo de 7 a 30 especialistas;

3. Explicar as dimensões e os indicadores de cada item do questionário, para que possam ser avaliados em relevância, suficiência e pertinência;
4. Especificar o objetivo do questionário, permitindo aos especialistas, uma maior contextualização e obter conhecimento de como serão utilizadas as pontuações;
5. Estabelecer as diferentes medidas das dimensões do questionário;
6. Desenhar os formulários, de acordo com os objetivos da avaliação. Todos os especialistas necessitam de ter instruções específicas para determinar a validade de conteúdo e de como preencher o questionário que orienta a avaliação (26);
7. Após o preenchimento do questionário, deve ser calculada a concordância entre especialistas;
8. Elaborar as conclusões do comité, que serão utilizadas na descrição psicométrica do questionário.

3.3.4. População e Amostra

A população alvo, nesta fase de validação de conteúdo do estudo, é representada pelos profissionais de saúde que atuam em contexto pediátrico nas áreas da psicomotricidade e/ou musculoesquelética, nomeadamente terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas.

A amostra engloba 12 terapeutas selecionados (terapeutas ocupacionais ou fisioterapeutas), de acordo com a sua experiência profissional, como especialistas na área da terapia da mão, pediatria ou construção de questionários. O perfil profissional da

amostra é na sua globalidade terapeutas ocupacionais, sendo um dos elementos, simultaneamente, fisioterapeuta.

A seleção da amostra no presente estudo, foi efetuado por forma não aleatória por conveniência. A identificação dos constituintes do júri deve ter os seguintes critérios de inclusão: experiência na realização de avaliações e tomadas de decisões baseadas na evidência, reputação na comunidade, disponibilidade e motivação para participar, imparcialidade e outras qualidades como auto-confiança e adaptabilidade (25).

Para a validação de conteúdo, estabelecem-se como critérios de seleção dos especialistas as seguintes características:

- Devem ser terapeutas ocupacionais ou fisioterapeutas;
- Experiência na área de, pelo menos, 10 anos;
- Intervenção com crianças;
- Ter conhecimentos de métodos de investigação científica.

É necessário que os profissionais de saúde participem de forma voluntária, aceitem o consentimento informado e entreguem a avaliação dos conteúdos no prazo estipulado, funcionando estes aspetos como critérios de exclusão, caso não sejam cumpridos (21). Para iniciar a avaliação de conteúdo por especialistas, deve ser feito um convite por meio escrito, justificando a seleção desse profissional como juiz e apresentando os conceitos e o instrumento (26).

3.3.5. Análise dos Dados

Com o intuito de calcular a concordância entre especialistas, poderão ser utilizados, os métodos estatísticos *Kappa* e *Kendal*. O coeficiente de concordância de *Kappa*, gera uma medida de acordo entre especialistas e é utilizado quando as variáveis são nominais. Este coeficiente pode variar entre -1 e 1, mas genericamente avaliam de 0 a 1. A concordância entre o júri é maior, quanto mais perto de 1 estiver o coeficiente. Por sua vez, o coeficiente de concordância W de *Kendall*, deve ser usado em parâmetros ordinais, para conhecer a associação de intervalos de conjuntos. Os seus valores situam-se entre 0 e 1, sendo 1 a concordância total (25). Para Coluci, Alexandre e Milani (26), deve ser utilizada a taxa

de concordância, muito utilizada na área da saúde, também referenciada por Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

O IVC é igual à divisão do número de respostas com valor “3” e “4”, pelo número total de respostas. Esta fórmula é utilizada após a avaliação dos especialistas e obtida através do cálculo de cada domínio. Esta permite inicialmente, analisar cada item individualmente, e posteriormente o instrumento como um todo. A sua escala é do tipo *Likert*, com pontuação de 1 a 4, sendo 1 a menor pontuação e 4 a mais elevada. Para calcular o IVC de cada item, calculasse o número de respostas que obtiveram as pontuações “3” ou “4” e dividisse pelo número total de respostas. Os itens de pontuação “1” ou “2” devem ser revistos ou eliminados. Para estes autores, um resultado maior ou igual a 90% de concordância representa a adequação dos domínios e se abaixo este deve ser revisto e alterado, enquanto que em 2011, os mesmos autores (20) referiam que deve ser estipulada a taxa de concordância aceitável para cada pesquisa. Quando existem cinco ou menos juízes, todos devem concordar para ser representativo, caso existam mais de seis, é recomendada uma taxa de concordância não inferior a 0,78. A verificação de instrumentos, de forma generalizada, sugere um IVC mínimo de 0,80, ainda assim, é recomendado o valor de 0,90 ou mais. Não existe consenso na literatura para calcular o IVC do instrumento, mas são apresentadas três formas possíveis: a média das proporções dos itens considerados relevantes pelos juízes; média dos valores dos itens calculados separadamente; número total de itens considerados como relevantes a dividir pelo número total de itens.

Neste estudo será utilizado o IVC e estabelecer-se-á 0,80 como o mínimo aceitável para taxa de concordância.

3.3.6. Método de Recolha de Dados

Para avaliação dos especialistas, será utilizado o método de *Delphi*, que permite a um grupo de indivíduos gerir um problema complexo, de forma eficaz, estruturando o processo de comunicação. Este método coleciona e agrega sistematicamente juízos informados dos elementos do comité e através de repetidas rondas/série de questionários intercalados por feedback, procura um consenso confiável de opiniões (27). O mesmo autor, refere a importância desta técnica em áreas com pouca ou nenhuma literatura disponível, servindo-se das contribuições confiáveis dos especialistas:

A técnica consiste em questionar um painel de peritos sobre um tópico específico, de forma iterativa, sendo um procedimento anónimo e confidencial. Em cada iteração as respostas do painel são escrutinadas e colecionadas pelo investigador, enviando novamente o questionário, acompanhado de um resumo dos resultados contendo as perceções e opiniões dos peritos da ronda anterior, para ponderação do painel, sendo esta interação repetida até se atingir um nível aceitável de consenso (27,p.19).

A avaliação inicial deve ser individual, independente e quantitativa, num período pré-estabelecido e posteriormente, com os outros juízes, de forma qualitativa. É dado o nome de triangulação metodológica à utilização, de pelo menos dois métodos, geralmente o método quantitativo e qualitativo. Numa primeira fase são analisados os itens e os domínios, verificando se cada conceito é compreensível, se fora abrangido pelos itens e se o seu conteúdo está correto. Aqui, são pertinentes as sugestões de inclusão ou exclusão de itens (26).

As características da técnica de *Delphi* são o anonimato, evitando pressões sociais e minimizando os indivíduos dominantes, o processo iterativo, que permite analisar as avaliações dos restantes elementos, o *feedback* controlado e a agregação estatística. Em cada ronda as classificações são sumarizadas e analisadas estatisticamente, sendo fornecidas na ronda seguinte para que o comité tenha a oportunidade de alterar as suas estimativas, com base no *feedback* recebido, prosseguindo este esquema até se encontrar estabilidade nas respostas, através dos métodos estatísticos, acima descritos, de *Kappa* e *Kendal*. Para o autor, algumas desvantagens deste método são o investigador ignorar ou não explorar desacordos, a falta de dados concretos acerca do tamanho e composição do painel de especialistas e a sua escolha da sua composição poder ser tendenciosa (27).

Coluci, Alexandre e Milani (26), reforçam que, no final destas etapas, é necessário proceder-se ao pré-teste, ou análise semântica dos itens. Este tem como objetivo verificar se os itens estão compreensíveis para a população-alvo e por isso, deve ser aplicado a uma amostra de 30 a 40 pessoas da mesma. Posteriormente, esta amostra deverá ser entrevistada para avaliar o nível de entendimento e do preenchimento do questionário. Podem ser necessárias modificações ao instrumento de avaliação, caso estas sejam significativas devem ser submetidas, novamente, à avaliação dos especialistas. Costa (27) alega que em muitos estudos a fase de pré-teste é ignorada, perdendo-se a oportunidade de corrigir possíveis erros.

3.4. Procedimentos Éticos e Deontológicos

No decorrer da investigação será mantida e assegurada a confidencialidade e o anonimato dos participantes, não sendo divulgados quaisquer dados pessoais que permitam a sua identificação, sendo estes, apenas do conhecimento dos investigadores, e utilizados exclusivamente para uso académico/científico.

Todos os participantes deverão dar o seu consentimento informado (Apêndice II), de modo a garantir o que foi referido anteriormente. No consentimento informado estará a informação de que, na eventualidade de querer abandonar o estudo, o poderão fazer em qualquer altura do processo de investigação, sem sofrerem qualquer tipo de consequência.

Os dados recolhidos serão tratados de forma anónima, guardados eletronicamente e protegidos por uma password, sendo que estes são para fins de investigação e destruídos ao final de 1 ano da sua recolha.

Este estudo foi aprovado pela comissão de ética do Instituto Politécnico de Leiria.

3.5. Etapas desenvolvidas

Encaminhou-se e-mail com carta-convite para 12 especialistas (Apêndice III), tendo retorno de todos eles dentro do prazo estabelecido (20 dias). O período de recolha de dados compreendeu o período de 4 de julho de 2023 a 24 de julho de 2023. Para estes, foi enviado carta explicativa, questionário para validação de conteúdo (Apêndice IV), formulário para preenchimento pelo elemento da amostra, com instruções específicas (Apêndice V) e consentimento informado para participação no estudo.

Foi ainda elaborado e enviado pedido de autorização para tradução e utilização da “Guia de Validação” (Apêndice VI) apresentada no artigo “Validez de Contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización” das autoras Jazmine Escobar-Pérez e Ángela Cuervo-Martinez. Não se obteve resposta dos autores.

4. Resultados

Após o preenchimento do formulário de avaliação do conteúdo do questionário por parte dos especialistas, procedeu-se à análise da sua participação. Esta análise está dividida por quatro grupos, sendo eles os Dados Sócio-Demográficos, os Dados da Criança, o Enquadramento e a Aplicabilidade.

1. Dados Sócio-Demográficos

Para a análise das cotações atribuídas pelos especialistas para validação do questionário, foram analisados os valores mínimos e máximos atribuídos, a média e o IVC. Neste trabalho será apresentado somente os IVC, podendo os restantes valores ser consultados em tabela em apêndice (Apêndice VII) assim como o preenchimento das cotações pelos especialistas (Apêndice VIII).

Os Dados Sócio-Demográficos são iniciados com questões relativas aos tutores. Nomeadamente a data de nascimento, parentesco, escolaridade e profissão, estas perguntas foram realizadas em duplicado para que possam ser preenchidas relativamente a dois tutores. A taxa de concordância destas questões pode ser observada na tabela 1.

Tabela 1 - IVC dos dados sócio-demográficos

	Suficiência	Coerência	Relevância	Clareza	Pertinência
Data de nascimento	1	1	0,9167	1	0,9167
Parentesco	1	1	0,9167	1	1
Escolaridade	1	1	0,9167	1	0,9167
Profissão	1	1	0,9167	1	0,9167

Fonte: da autoria do autor

1.1 Data de nascimento

Somente esta questão divergiu nas médias de resultados entre o tutor 1 e o tutor 2, todas as outras questões apresentaram respostas iguais. Apesar de obterem um valor de 2 nos indicadores da relevância e de 1 na pertinência, o IVC foi superior a 0,80, obtendo uma taxa adequada para validação.

Foram efetuados dois comentários pelos especialistas, “colocaria idade”, no entanto uma vez que a idade pode divergir do momento de preenchimento para o momento de análise

e “não é necessária esta questão no questionário, uma vez que não tem como objetivo ligar esta variável com a patologia”, apesar de não se pretender analisar esta variável com a patologia, poder-se-á realizar alguns pressupostos relativos à idade dos progenitores e à disponibilidade, ou não, para realizar outras atividades com os seus filhos, que não incluam as tecnologias. Desta forma, decidiu-se manter a questão sem alterações.

1.2 Parentesco

A segunda questão, “Parentesco”, apenas apresenta um valor inferior na relevância, que não é significativo, dadas as médias elevadas. Todos os indicadores obtiveram um IVC superior a 0,80, sendo aptos para validação. Os especialistas não submeteram comentários.

1.3 Escolaridade

Na terceira questão “Escolaridade”, todos os IVC revelam-se superiores a 0,80 e podem ser incluídos para validação. Um dos especialistas, justificando a cotação de 1 no indicador da pertinência e de 2 na relevância, referiu que “não é necessária esta questão no questionário, uma vez que não tem como objetivo ligar esta variável com a patologia”. No entanto, uma vez que se pressupõe que pais com maior grau de escolaridade, tenham maior conhecimento dos riscos associados ao uso de tecnologias, mantém-se a questão sem alterações.

1.4 Profissão

A quarta questão “Profissão”, poderá ser validada, por ter todos os IVC superiores a 0,80.

Mais uma vez, a questão é classificada com um valor de 1 na pertinência e 2 na relevância, com a referência “não é necessária esta questão no questionário, uma vez que não tem como objetivo ligar esta variável com a patologia”. Contudo poderá ser interessante aferir se tutores com maior nível de literacia, apresentam a mesma preocupação, maior ou menor em relação ao uso de tecnologias. Deste modo, é mantida a questão.

2. Dados da criança

A segunda dimensão “Dados da criança”, é formada por 13 questões alusivas ao menor, que foram sujeitas à avaliação dos especialistas conforme a tabela seguinte (Tabela 2).

Tabela 2 - IVC dos dados da criança

	Suficiência	Coerência	Relevância	Clareza	Pertinência
Data de nascimento	1	1	1	1	1
Gênero	1	1	1	1	1
Escolaridade	1	1	1	1	1
Distrito de residência	1	1	0,9167	1	0,9167
Com quem vive a criança	1	1	0,9167	1	0,9167
Tem irmãos	1	1	0,9167	1	0,9167
Idade dos irmãos	1	1	0,9167	1	0,9167
Após as aulas	1	1	0,9167	1	0,9167
Participa em atividades extracurriculares	1	1	1	1	1
Se participa em atividades extracurriculares	0,8333	1	1	0,9167	1
Frequência das atividades extracurriculares	0,9167	1	1	0,9167	1
Dominância	1	1	1	0,9167	1
Apresenta alguma patologia	0,8333	1	1	0,75	1

Fonte: Autoria do autor

2.1 Data de Nascimento

Não foram realizados comentários neste item, houve apenas uma cotação de 3 na suficiência, sendo todos os outros parâmetros cotados pelo máximo. Todos os IVC apresentam uma concordância superior a 0,80, sendo apta para validação.

2.2 Gênero

De seguida, na questão “Gênero” são fornecidas as hipóteses “Masculino, Feminino e Outro”, que foi avaliada com uma média bastante próxima de 4.

Foi efetuado o comentário “Não sei se colocaria gênero nestas idades ou somente sexo”, mas, por se tratar de um tema sensível e de uma faixa etária em que se inicia a identidade de gênero e de modo a respeitar todos os indivíduos e as suas famílias, considera-se pertinente manter estas opções de resposta. As taxas de concordância iguais a 1 reforçam esta decisão.

2.3 Escolaridade

A questão “Escolaridade” apresenta as opções: não frequenta, jardim de infância, 1º ano, 2º ano, 3º ano, 4º ano, 5º ano, 6º ano e 7º ano. Foram atribuídos à questão níveis de concordância superiores a 0,80 em todos os indicadores e cotações de valores 3 e 4. Não se observam comentários por parte dos especialistas.

2.4 Distrito de residência

De seguida, é inquirido o “Distrito de residência” da criança, que se torna passível de validação, por ter todos os IVC superiores a 0,80. Os indicadores de relevância e pertinência representam as médias menos elevadas, reconhecendo que este não é uma questão fundamental para o questionário, ainda assim mantém-se para um melhor desenho da população de um estudo futuro. Foi realizado o seguinte comentário pelos especialistas “colocaria a listagem com os distritos”. É uma questão pertinente visto tornar menos trabalhosa a resposta ao questionário.

2.5 Com quem vive a criança

A questão seguinte é relativa a “Com quem vive a criança?”, esta apresenta todos os aspetos avaliados com um IVC superior a 0,80, não necessitando de alterações.

Só um dos especialistas atribui o valor de 1 à pertinência e de 2 à relevância, referindo que “não é necessária esta questão no questionário, uma vez que não tem como objetivo ligar esta variável com a patologia”, no entender do investigador e verificando os restantes valores atribuídos por todos os outros especialistas (médias superiores a 3,6), classifica-se esta questão de grande importância. Assim, mantém-se a pergunta já que se considera relevante conhecer se a criança vive com outras crianças em casa, se está com avós ou familiares idosos, se a família é mono parental, ou outros contextos, que irão fazer a diferença nos momentos de ocupação da criança.

2.6 Tem irmãos

Para entender se a criança tem irmãos, são dadas as opções “sim e “não”. Esta questão é passível de validação, uma vez que todos os IVC são superiores a 0,80.

É sugerido por um especialista o acréscimo da questão “os irmãos também fazem uso da tecnologia?” esta questão permitiria perceber o nível de influência que os irmãos podem ou não exercer nos demais e deverá ser ponderada a sua inclusão. Foi ainda comentado que “não é necessária esta questão no questionário, uma vez que não tem como objetivo ligar esta variável com a patologia” (pertinência de mínimo 1 e relevância de mínimo 2), mas como se pode ler acima, existe a possibilidade de influência por parte dos restantes membros da família, assim como, a existência de outras crianças na família direta poderá

proporcionar uma maior realização de jogos coletivos e por consequência o afastamento dos *gadgets*.

2.7 Idade dos irmãos

Ao questionar-se a idade dos irmãos, em caso de resposta afirmativa na alínea anterior, verificou-se que a média de respostas está muito próxima do valor máximo. Esta questão foi dada como apta a validação, apresentado todos os IVC superiores a 0,80.

Os especialistas realizaram os seguintes comentários: “O comportamento dos irmãos influencia ou influenciou para o uso das tecnologias?” e “não é necessária esta questão no questionário, uma vez que não tem como objetivo ligar esta variável com a patologia” (pertinência de mínimo 1 e relevância de mínimo 2), mais uma vez, tal como na alínea 2.6., pressupõe-se que a influência, ou não, dos irmãos com o uso de tecnologias irá ditar uma preponderância na quantidade do uso da criança. Deste modo e reforçando a sugestão da alínea anterior, deverá ser acrescentada uma questão relativa à influência dos irmãos.

2.8 Após as aulas

De modo a estudar o nível de ocupação das crianças após as aulas e a sua disponibilidade ou não, para o uso de tecnologias, o questionário pretende saber se estas frequentam algum centro de Atividades de Tempos Livres (ATL), se ficam em casa com os pais, se ficam em casa com avós ou outros familiares, ou outra opção. De acordo com a média elevada, é verificada de forma generalizada a importância desta questão.

Todos os IVC apresentam uma taxa de concordância superior a 0,80, estando a questão apta para validação. Foi realizado um comentário “esclarecimento das siglas ATL”, concorda-se que é necessário clarificar esta sigla para entendimento de toda a população.

2.9 Participa em atividades extracurriculares

Com o intuito de continuar a desenhar o nível de ocupação e a disponibilidade para as tecnologias, após as aulas, é questionado se a criança participa em atividades extracurriculares, podendo os tutores responder com “sim” ou “não”.

Não existem comentários a esta questão e uma vez que apresenta as taxas de concordância superiores a 0,80, está apta para validação.

2.10 Se participa em atividades extracurriculares

Caso a resposta anterior seja afirmativa, é pedido aos tutores que enunciem o tipo de atividade, em modo de resposta aberta, sendo importante referir que neste caso, já consideramos o ATL como uma atividade extracurricular. Apesar da questão poder ser validada, por apresentar as taxas de concordância superiores a 0,80, foram realizados alguns comentários por parte dos especialistas.

Os comentários reforçam os valores mínimos de 1 na suficiência e clareza: “geralmente as atividades extra estão associadas a atividades organizadas (música, ballet, natação), pelo que adicionaria se tem *hobbies* em casa”. No entanto, devido ao facto de crianças de idades inferiores ainda não definiram os seus *hobbies* seria difícil, para os pais, definir quando é que uma atividade passa a ser um *hobbie*; “deverás determinar várias opções, já que não podes definir com as categorias que definiste”, “sugiro fazer uma lista de atividades extracurriculares que poderão estar potencialmente relacionados com o aparecimento da patologia. Deixar a pergunta aberta é complicado de codificar e pode haver a possibilidade dos pais deixarem alguma por dizer” a resposta aberta permitirá aos pais um maior leque de respostas, uma lista iria limitar as opções, não se vê a pertinência na lista das atividades que possam potenciar a patologia, pois o estudo é acerca do aparecimento de dedo em gatilho pelo uso das tecnologias e não acerca dos fatores de risco. Mantendo-se assim a questão.

2.11 Frequência das atividades extracurriculares

A questão relativa ao tempo despendido, pela criança em atividades extracurriculares, fornece as opções “1 a 3 horas por semana”, “4 a 6 horas por semana”, “7 a 9 horas por semana”, “10 a 12 horas por semana” e “mais de 12 horas por semana”. Os IVC são na globalidade superiores a 0,80, verifica-se validade.

O especialista que na alínea anterior refere que deveria ser elaborada a lista das atividades potencialmente relacionadas com o surgimento da patologia, refere agora que “esta pergunta deveria estar associada a cada atividade, pois não é o mesmo dedicar 5 horas semanais a uma atividade de inglês, do que 5 horas de piano”. Esta pergunta pretende conhecer a quantidade de horas em atividades extracurriculares e por consequência a diminuição de quantidade de horas disponíveis para aparelhos tecnológicos. Como

referido acima, não se pretende procurar outras causas para o dedo em gatilho, mas sim perceber se o uso das tecnologias terá influência no seu surgimento. Deste modo, a questão mantém-se.

2.12 Dominância

Para uma melhor análise dos dados, é pertinente entender a dominância da criança. Assim, pretende-se conhecer se a criança tem preferência no uso da mão direita, no uso da mão esquerda, ou se ainda não definiu esta preferência. Apesar dos especialistas concordarem com o formato desta questão, indicando as taxas de concordância superiores a 0,80, referem que o parâmetro da clareza poderia estar com um valor superior “ajustar para mão que mais utiliza, para pessoas com menor conhecimento” e “pode ter que ser explicado o significado”. Considera-se uma sugestão bastante pertinente e de modo a abranger um número maior de indivíduos, será acrescentado “Mão dominante (a mão utilizada com mais frequência e com maior habilidade).

2.13 Apresenta alguma patologia

A última questão dos dados da criança inquiri sobre a presença de patologia na mesma. Enquanto a suficiência, coerência, relevância e pertinência estão adequadas para validação, no item da clareza, a taxa de concordância não atinge os 0,80, tendo por isso de ser alterada a questão.

Os comentários dos especialistas apontam no mesmo sentido: “apresenta alguma perturbação desenvolvimental ou atraso do desenvolvimento? Se sim, qual?”, “questionar se toma medicação e qual”, “acrescentaria sim/não e qual?”, “ambígua, necessita de definir patologia”, “pode ter que ser explicado o significado” e “pergunta muito ambígua, sugiro afinar mais o tipo de patologia, patologia do aparelho musculo-esquelético, neurológico”.

Será necessário definir o termo patologia e focar apenas em patologias músculo-esqueléticas, analisando o investigador posteriormente, se estas têm ou não propensão ao bloqueio dos dedos.

Em ambas as dimensões, “Dados Sócio-Demográficos” e “Dados da criança”, foi sugerido por um especialista “acrescentaria naturalidade ou nacionalidade”. Pensa-se, no entanto, que este dado não vá alterar as conclusões deste estudo.

3. Enquadramento

Na última fase do questionário, a pesquisa irá focar-se nas tecnologias utilizadas e nos possíveis sintomas inerentes ao uso excessivo. As taxas de concordância dos especialistas relativas a esta avaliação encontram-se na tabela 3.

Tabela 3 - IVC do enquadramento

	Suficiência	Coerência	Relevância	Clareza	Pertinência
Que tipo de tecnologias usa o seu filho	0,8333	1	1	0,8333	1
Horas por dia utilizadas em tecnologias durante a semana	1	1	1	1	1
Horas por dia utilizadas em tecnologias durante o fim de semana	1	1	1	1	1
Em média, qual a tecnologia que a criança prefere	0,9167	0,9167	0,9167	0,8333	0,9167
Concorda com a afirmação “O meu filho faz uso excessivo de tecnologias”?	0,8333	0,8333	0,8333	0,75	0,8333
Alguma vez o seu filho(a) referiu apresentar algum destes sintomas após utilização de tecnologias	1	1	1	0,9167	1
Quando se iniciaram este(s) sintoma(s)	1	1	1	0,9167	1
Se apresenta desconforto no punho, qual	1	1	1	1	1
Se apresenta desconforto nos dedos, qual/quais	1	1	1	1	1
Duração dos sintomas (em minutos)	1	1	1	1	1
Para manipular a tecnologia, utiliza	0,9167	0,9167	0,9167	0,8333	0,9167
Alguma vez engatilhou um dedo	1	1	1	1	1
Se sim, qual dedo	1	1	1	1	1
Tem conhecimento de alguém na família que já tenha tido dedo em gatilho	1	1	0,9167	1	1
Se sim, qual o parentesco com a criança	1	1	0,9167	1	1
Como pai/mãe/tutor, tem noção dos riscos musculares na utilização das tecnologias	0,9167	0,9167	0,9167	0,9167	0,9167

Fonte: Autoria do autor

3.1 Que tipo de tecnologias usa o seu filho

A fim de perceber qual o aparelho eletrônico mais utilizado pelas crianças e/ou se algum aparelho é mais propenso a causar engatilhamento nos dedos, sugeriu-se os seguintes: telemóvel para internet/vídeos, telemóvel para jogos, telemóvel para redes sociais, telemóvel para tirar fotografias, computador, *tablet*, consolas de vídeo-jogos, não usa tecnologias ou outro. Os especialistas admitem a questão legítima para validação, uma vez que apresenta os IVC superiores a 0,80.

Os parâmetros de suficiência e a clareza apresentam um mínimo de 1, justificando os valores com os apontamentos: “questionar acerca das redes sociais”, “acrescentar espaço para descrever que outra tecnologia usa, no caso de assinalar outra. O uso que se dá ao telefone não é relevante e pode ser suficiente reconhecer que usa o telemóvel. Os vídeo-jogos têm diferentes comandos, poderiam especificar o tipo de consola e o tipo de comando, pois a exigência para os dedos não é igual para todos”. Não se considera pertinente questionar acerca das redes sociais, pois todas elas apresentam uma estrutura e funcionalidade semelhantes, sendo suficiente conhecer se as usam. Concorda-se com a sugestão de se acrescentar espaço para preenchimento de outra tecnologia, mas acredita-se ser relevante que uso se dá ao telemóvel, pois os movimentos repetitivos de quem joga no telemóvel, não são comparáveis a quem assiste vídeos sem estar a mexer os dedos, por exemplo. Considera-se pertinente a identificação do tipo de consola, pois cada uma apresenta diferentes comandos, mas pensa-se que será uma tarefa difícil pedir aos tutores que identifiquem o comando. O investigador pode realizar essa pesquisa posteriormente.

3.2 Horas por dia utilizadas em tecnologias durante a semana

De seguida, a questão incide no número de horas utilizadas em tecnologias durante a semana. As opções de resposta são: menos de 1 hora, 1 a 2 horas, 3 a 4 horas, 5 a 6 horas ou mais de 7 horas. Os especialistas chegaram a um nível de concordância em todas as IVC, superiores a 0,80. Ainda assim, o comité realizou os seguintes comentários: “como calcula média e desvio-padrão” e “especificar no enunciado que as tecnologias a que faz referência, são as da lista anterior. Poderia dividir-se o número de horas por tecnologia. Como está parece que todas as tecnologias têm o mesmo potencial de surgimento da patologia”. Considera-se que seria muito difícil para os tutores, discriminarem o número de horas por tecnologia, deste modo, mantém-se a questão neste formato.

3.3 Horas por dia utilizadas em tecnologias durante o fim de semana

A questão recai no número de horas utilizadas em tecnologias durante o fim de semana. As opções de resposta são: menos de 1 hora, 1 a 2 horas, 3 a 4 horas, 5 a 6 horas ou mais de 7 horas. Com todos os IVC iguais a 1, a questão torna-se viável.

Os especialistas fizeram as seguintes anotações “como calcula média e desvio-padrão” e “como no enunciado anterior, seria melhorar separar cada tecnologia concreta e não de forma geral”. Tal como referido anteriormente seria muito trabalhoso para os tutores dividirem o número de horas por cada uma das tecnologias, desta forma optou-se por manter a questão.

3.4 Em média, qual a tecnologia que a criança prefere

Com o intuito de perceber se existiria uma tecnologia de maior preferência nesta faixa etária, foi questionada a tecnologia de preferência da criança. Todos os itens foram cotados com mínimos baixos (1 e 2), mas as taxas de concordância superiores a 0,80.

Como é possível verificar na tabela, foi no domínio de clareza que a questão obteve menor pontuação e isso coincide com os comentários realizados pelos especialistas: “colocar na maioria das vezes em vez de média, ou tirar a média”, “colocar de modo geral”, “a tecnologia e a idade são determinantes e condicionantes do dedo em gatilho, por esta razão vejo necessário reformular o item”, “o que é média de preferência?”, “a pergunta não é pertinente, não interessa o que a criança gosta mais, o objetivo são as horas que passa a realizar a tarefa”. Assim, pretende-se reformular a questão para “Na maioria das vezes, qual é a tecnologia que a criança prefere?”.

3.5 Concorda com a afirmação “O meu filho faz uso excessivo de tecnologias”?

O propósito da questão, seria conhecer a opinião dos tutores relativa ao número de horas que os seus filhos dedicam a tecnologias. As opções de resposta são concordo totalmente, concordo, não concordo nem discordo, discordo e discordo totalmente. A questão foi cotada com notas inferiores às outras alíneas, tendo todos os aspetos recebido um mínimo de 1 e o IVC da clareza ser inferior a 0,80, tornando-a inapta para validação.

Os comentários dos especialistas também foram bastante semelhantes, “é auto percepção e é pouco fiável”, “não me parece determinante para o estudo, uma vez que é uma

opinião”, “ficava bem um porquê?”, “subjetivo”, “a pergunta incentiva a que os pais digam que sim, de qualquer das maneiras considero que a pergunta não tem muita pertinência no contexto”. Dada a unanimidade das respostas, considera-se pertinente eliminar esta questão.

3.6 Alguma vez o seu filho(a) referiu apresentar algum destes sintomas após utilização de tecnologias

Para responder à questão, se a criança já teria referido algum dos sintomas seguintes, após a utilização de tecnologias, foram fornecidos os seguintes sintomas: dor, formigueiro, cansaço, rigidez, fraqueza, desconforto no punho ou desconforto nos dedos. Para cada um dos sintomas existem as possibilidades de nunca, poucas vezes, algumas vezes, muitas vezes e sempre. As taxas de concordância foram unânimes, superiores a 0,80 e por isso, válidas.

O valor de 1 atribuído na clareza, está associado ao apontamento do especialista: “a escala é ambígua, sugiro que se altere por outras designações como: uma vez por mês, entre 2 e 5 vezes ao mês, um dia por semana”. No entanto, uma vez que a média no item clareza se aproxima do máximo, opta-se por manter a questão sem alterações.

3.7 Quando se iniciaram este(s) sintoma(s)

De seguida, os tutores são questionados, caso haja sintomas referidos pelas crianças, quando se iniciaram os mesmos. Os IVC são todos superiores a 0,80, sendo apta para validação.

Contudo, os especialistas deixaram alguns comentários “quantos? Dar várias hipóteses”, “a pergunta deixa dúvidas, sobre se se refere a uma data no tempo (por exemplo, em março) ou se se refere ao tempo corrido depois de usar a tecnologia (5 minutos depois de usar o *tablet*)”. Assim, pretende-se alterar a questão para “Após a utilização da tecnologia, quando se iniciaram este(s) sintoma(s)?” e colocar dois exemplos “Por exemplo: logo após o uso/5 minutos depois” e abrir a questão para cada um dos sintomas: dor, formigueiro, cansaço, rigidez, fraqueza, desconforto no punho ou desconforto nos dedos.

3.8 Se apresenta desconforto no punho, qual

A fim de perceber, caso a criança apresente desconforto no punho após a utilização de tecnologias, se este desconforto se manifesta no punho direito, esquerdo ou em ambos e se existe alguma relação entre este sintoma e a dominância manual, foi efetuada esta questão. Todos os IVC são iguais a 1, sendo de concordância generalizada.

Os especialistas referiram “seria mais adequado colocar uma pergunta dicotômica: tem sintomas na mão? E se sim, que responda em qual. Como está não tem opção de dizer que não tem sintomas na mão”. Uma vez que é referido para responder somente se tiver desconforto no punho, mantém-se a questão.

3.9 Se apresenta desconforto nos dedos, qual/quais

Esta questão pretende conhecer, caso haja desconforto nos dedos, em que dedos é que acontecem. São dadas as opções 1º dedo (polegar), 2º dedo (indicador), 3º dedo (médio), 4º dedo (anelar) e 5º dedo (mínimo) para a mão direita e para a mão esquerda. Apenas a suficiência tem um valor mínimo de 3, tendo todos os outros parâmetros o valor máximo de 4, as taxas de concordância são assim, todas iguais a 1, concordância total.

Foi referido que “seria mais adequado colocar uma pergunta dicotômica: tem sintomas nos dedos? E se sim, que responda em qual. Como está não tem opção de dizer que não tem sintomas nos dedos”. Uma vez que é referido para responder somente se tiver desconforto nos dedos, mantém-se a questão.

3.10 Duração dos sintomas (em minutos)

Para cada um dos sintomas anteriormente referidos, é questionada a duração, em minutos, que se fizeram sentir. Apenas a suficiência teve um valor mínimo de 3, sendo todos os outros cotados de 4, é elegível para validação, por ter todos os IVC iguais a 1.

Foi sugerida a alteração do enunciado para “tente aproximar o tempo da dor em minutos”. Entende-se que o enunciado sugerido é mais propício a dúvidas, mantendo-se assim o formato da questão.

3.11 Para manipular a tecnologia, utiliza

De modo a compreender a preensão e/ou a pega que a criança executa na manipulação da tecnologia, é questionado se usa uma mão ou as duas mãos para desenvolver a atividade. A questão é válida, pois apresenta todos os IVC superiores a 0,80.

É possível verificar que todos os parâmetros tiveram pelo menos uma vez, a pontuação mínima, 1 e que a clareza foi o parâmetro menos elevado, algo justificável pelo comentário “se se assume que se podem colocar mais atividades, esta pergunta tem que ser feita para todas as atividades”. Considera-se uma sugestão pertinente e irá proceder-se à alteração desta pergunta, questionando se usa uma ou ambas as mãos na manipulação do telemóvel, do computador, do *tablet*, das consolas de vídeo-jogos e de outras tecnologias.

3.12 Alguma vez engatilhou um dedo

Esta questão tem como objetivo conhecer se a criança já alguma vez experienciou um dedo em gatilho, onde são fornecidas as respostas “sim” ou “não”. Para melhor elucidação, é facultada uma imagem ilustrativa de dedo em gatilho. A questão apresenta todas as taxas de concordância no nível máximo, sendo aceite pelos especialistas.

Apesar de todos os parâmetros terem sido cotadas com valores elevados, os especialistas comentaram “explicaria o que é engatilhar um dedo, além de ter a imagem”, “trocar engatilhou por ressalto ou dedo travado”, “quantas? Dar várias hipóteses. Com que frequência?”. Entende-se que, caso a resposta seja afirmativa, seria pertinente conhecer o número de ocorrências e a sua frequência. Deste modo, pretende-se acrescentar “Se sim, quantas vezes a criança ficou com o dedo engatilhado?”, em modo resposta aberta e “Com que frequência fica com o dedo em gatilho?” com as opções, menos de uma vez por mês, uma vez por mês, uma vez por semana ou uma vez por dia. Relativamente à explicação, é coerente acrescentar uma definição para quem não está a par do assunto, como por exemplo “Por inflamação do tendão, o dedo fica travado na posição de dobrado e é difícil esticar o dedo, podendo fazer um ressalto. Nem sempre dá dor.”

3.13 Se sim, qual dedo

Em caso de resposta afirmativa, se a criança já teve um dedo em gatilho, e pretendendo conhecer em que dedo ocorreu a patologia, são dadas as opções: 1º dedo (polegar), 2º dedo (indicador), 3º dedo (médio), 4º dedo (anelar) e 5º dedo (mínimo) para a mão direita e para a mão esquerda. Todos os parâmetros são cotados com o máximo valor, 4, à exceção de uma nota 3 na suficiência, produzindo todas as taxas de concordância de valor 1. Não houve comentários por parte dos especialistas, mantém-se a questão sem alterações.

3.14 Tem conhecimento de alguém na família que já tenha tido dedo em gatilho

Com o intuito de verificar se existe algum fator hereditário, o tutor é questionado se tem conhecimento de alguém na família que já tenha tido dedo em gatilho, sendo as respostas de sim ou não. Os IVC são superiores a 0,80, podendo validar-se a questão. É verificável que, pelo menos um dos valores do parâmetro da relevância foi baixo, o que contrasta com as médias elevadas à avaliação da questão.

Os dois comentários são unânimes e fazem todo o sentido, “tenha tido ou tenha”, “tido e/ou tem”, deste modo, será alterada a questão para “Tem conhecimento de alguém na família que já tenha tido/tenha dedo em gatilho?”.

3.15 Se sim, qual o parentesco com a criança

No caso de a resposta à questão anterior ser afirmativa, é agora interrogado aos tutores, qual o parentesco da pessoa, que já teve dedo em gatilho, com a criança. É deixada a opção de resposta aberta. Mais uma vez a relevância apresenta um valor inferior ao esperado, de 2, o que contrasta com as restantes cotações, médias e IVC, estes últimos superiores a 0,80.

Existe uma anotação dos especialistas “podem-se colocar opções de 1º grau, 2º grau, 3º grau”. Entende-se que nem todos os tutores considerem fácil responder a esta questão sendo mais intuitivo dar respostas como, “avô, tio”, entre outros graus de parentesco que se possam escrever. Assim, mantém-se a opção de resposta.

3.16 Como pai/mãe/tutor, tem noção dos riscos musculares na utilização das tecnologias

Por último, sugere-se questionar os progenitores acerca do conhecimento que têm, ou não, dos riscos musculares na utilização das tecnologias, podendo a sua resposta ser de sim ou não. Todos os parâmetros verificam pelo menos um valor mínimo de 1, mas as médias de resposta são próximas do máximo 4, assim como os IVC, muito próximos de 1.

Os especialistas referem “redação muito ambígua, mais do que transportar informação relevante, quer consciencializar os pais, como se fosse uma pergunta educativa, faz-me pouco sentido que seja incluída” e “alterações músculo-esqueléticas”. Após reflexão sobre os comentários, talvez seja pertinente substituir “tem noção” por “conhece” de modo a ser menos impactante. Decide-se manter “riscos”, não utilizando “alterações”, pois as alterações podem ser evitadas se se conhecerem os riscos e manter-se “musculares” pois considera-se um termo de mais fácil compreensão. Assim a questão ficaria “Como pai/mãe/tutor, conhece os riscos musculares da utilização das tecnologias?”.

4. Aplicabilidade

Como conclusão da qualificação da construção do questionário, foi pedido aos especialistas que avaliassem, conforme a sua opinião, a aplicabilidade do questionário, através das cotações “aplicável, aplicável depois de corrigido e não aplicável”.

Dos 12 especialistas que integram o comité, 8 responderam que o questionário era aplicável, enquanto que, 4 responderam que era aplicável depois de corrigido, não houve respostas que este fosse não aplicável.

Em média 66,7% dos especialistas considera que o questionário está apto para aplicação.

4.1. Alterações ao questionário

Após a análise dos resultados, apesar de apenas duas questões apresentarem valores inferiores aos recomendados (<0,80) para serem aprovadas para validação pelo IVC e atendendo às sugestões efetuadas pelos especialistas, procedeu-se a alterações no

conteúdo/formato de algumas perguntas, acréscimo de outras e eliminação de uma questão.

Como passo seguinte foram enviadas todas as correções ao questionário para os especialistas efetuarem uma segunda avaliação, num novo formulário de validação de conteúdo (Apêndice IX).

Dos 12 especialistas que avaliaram a versão anterior, apenas 9 enviaram as suas avaliações dentro do prazo (de 27 de agosto de 2023 a 10 de setembro de 2023), as cotações podem ser consultadas em apêndice (Apêndice X). É de referir que todas as alterações às questões obtiveram uma pontuação de IVC superiores a 0,80 e por isso, consideradas válidas, conforme tabela 4.

Tabela 4 – IVC de segunda avaliação de validade de conteúdo

	Suficiência	Coerência	Relevância	Clareza	Pertinência
Distrito de residência	1	1	1	1	1
Os irmãos fazem uso de tecnologias (telemóvel, tablet, computador, consolas)	1	1	1	1	1
Após as aulas	1	1	1	1	1
Dominância	1	1	1	1	1
Apresenta alguma patologia/doença ao nível dos músculos ou ossos	1	1	1	1	1
Se sim, qual?	1	1	1	1	1
Que tipo de tecnologias usa o seu filho	1	1	1	1	1
Na maioria das vezes, qual a tecnologia que a criança prefere	1	1	1	1	1
Concorda com a afirmação “O meu filho faz uso excessivo de tecnologias”	1	1	1	1	1
Se sim, após a utilização da tecnologia, quando se iniciaram este(s) sintoma(s)	1	1	1	1	1
Para manipular a tecnologia, utiliza	1	1	1	1	1
Alguma vez engatilhou um dedo?	1	1	1	1	1
Se sim, quantas vezes a criança ficou com o dedo engatilhado?	1	1	1	1	1
Caso seja recorrente, com que frequência fica com o dedo em gatilho?	1	1	1	1	1
Tem conhecimento de alguém na família que já tenha tido/tenha dedo em gatilho?	1	1	1	1	1
Como pai/mãe/tutor, conhece os riscos musculares da utilização das tecnologias	0,875	1	1	0,875	1

Fonte: Autoria do autor

De seguida são indicadas as alterações ao questionário:

- À questão “Distrito de residência” foi acrescentada a listagem de distritos de Portugal;
- Com o intuito de compreender a influência dos irmãos, foi acrescentada a questão “Os irmãos fazem uso de tecnologias (telemóvel, *tablet*, computador, consola)?”. Os especialistas efetuaram os comentários “Neste sentido, se os irmãos podem influenciar, os pares também, certo?”, “Não seria importante saber quais, por causa do efeito de modelagem?” e “Especificar tipo”. Apesar de se concordar que os pares também exercem influência, considera-se difícil esse levantamento de informação. Quanto às tecnologias, consideram-se os comentários relevantes e prevê-se acrescentar a questão “quais?”;
- Na pergunta “Após as aulas” foi efetuado o acréscimo do significado da sigla ATL – Atividades de Tempos Livres;
- Para melhorar a compreensão da pergunta “Dominância”, foi adicionada a definição de dominância - a mão utilizada com mais frequência e com maior habilidade;
- Na questão “Apresenta alguma patologia/doença ao nível dos músculos ou ossos?”, foi acrescentado o termo “doença” para simplificar a questão e uma vez que o grupo de especialistas referiu serem de interesse exclusivamente as doenças ao nível dos músculos e ossos, afinou-se nesse sentido;
- Foi incluída a questão “Se sim, qual?”, a fim de os tutores referirem de que patologia padece a criança;
- Foi questionado “qual/quais” consolas de vídeo-jogos utilizam para a pergunta “Que tipo de tecnologias usa o seu filho”, uma vez que se concluiu que a manipulação de cada aparelho seria realizada de forma diferente. E se utilizam outra tecnologia, definir qual;
- Foi substituída a expressão “em média” pela expressão “na maioria das vezes” para a questão da versão anterior “Na maioria das vezes, qual a tecnologia que a criança prefere?”;

- Na avaliação da permanência do item "Concorda com a afirmação "O meu filho faz uso excessivo de tecnologias"?" considerou-se por unanimidade dos especialistas, a eliminação da questão;
- A pergunta "Se sim, após a utilização da tecnologia, quando se iniciaram este(s) sintoma(s)?" não estava clara. Nomeadamente se o surgimento seria em data ou em tempo decorrido, assim acrescentou-se dois exemplos "logo após o uso/5 minutos depois" e um espaço para cada sintoma;
- "Para manipular a tecnologia, utiliza" a pergunta estava realizada na generalidade e como cada aparelho eletrónico apresenta uma preensão, acrescentou-se as opções "1 mão/2 mãos" para cada um deles, nomeadamente, telemóvel, computador, *tablet*, consolas de vídeo-jogos e outra tecnologia/qual. Um especialista comentou "Em que posição realiza: de pé, sentado, tombado?" é uma questão bastante pertinente e provavelmente um futuro tema de pesquisa, que poderá influenciar não só o dedo em gatilho, mas também outras questões músculo-esqueléticas;
- Para complementar a imagem ilustrativa na questão "Alguma vez engatilhou um dedo?", foi acrescentada a definição de engatilhamento: "Por inflamação do tendão, o dedo fica travado na posição de dobrado e é difícil esticar o dedo, podendo fazer um ressalto. Nem sempre dá dor.";
- Acrescentada a questão "Se sim, quantas vezes a criança ficou com o dedo engatilhado?" para compreender os acontecimentos;
- A fim de esboçar a frequência foi adicionada a questão "Caso seja recorrente, com que frequência fica com o dedo em gatilho?" e fornecidas as opções "menos de uma vez por mês, uma vez por mês, uma vez por semana, uma vez por dia";
- Foi corrigido o tempo verbal, para questionar o acontecimento não só no passado "tenha tido", mas também no presente "tenha" para a questão "Tem conhecimento de alguém na família que já tenha tido/tenha dedo em gatilho?";
- De forma a relativizar o impacto da questão "Como pai/mãe/tutor, conhece os riscos músculo-esqueléticos da utilização das tecnologias", procedeu-se à alteração de "tem noção" para "conhece". Esta foi a única questão reestruturada que não obteve os IVC de 1, mais especificamente no domínio da suficiência e da clareza, obtendo ambas o resultado de 0,875. Os especialistas colocaram o

comentário “Como se sabe que o respondente sabe o que está a fazer, podia dar exemplos ou dizer algumas que conhece”, relativamente aos exemplos, o inquirido pode sentir que está a ser avaliado o seu conhecimento relativo ao tema e não responder a este tipo de pergunta, assim mantenho a questão nos moldes que se apresenta.

5. Conclusões

Como elucidado anteriormente, o aumento do surgimento de casos de crianças com tenossinovite estenosante e o aumento, considerado, excessivo do uso de tecnologias por parte desta população, levantou a questão da falta de meios para conhecer os efeitos músculo-esqueléticos, nas mãos das crianças em idade pré-escolar e escolar, após o uso excessivo de tecnologias.

A fim de aprofundar conhecimentos, foi realizada uma pesquisa bibliográfica relativa ao tema da patologia de dedo em gatilho. Após percepção da inexistência de estudos na população pediátrica, incidiu-se a pesquisa no estudo da relação do uso de tecnologias na população adulta. Na população adulta é perceptível que o questionário é o método mais utilizado para estudar este fenómeno. Não existindo um instrumento que mensurasse a relação entre o tempo utilizado em tecnologias e o surgimento de dedos em gatilho em crianças, tornou-se clara a necessidade de criar um instrumento de recolha de dados, nomeadamente um questionário.

Assim, este documento teve como objetivo a construção e validação de conteúdo de um questionário que relacionasse o tempo utilizado em tecnologias e o surgimento de dedos em gatilho em crianças em idade pré-escolar e escolar. Não só a construção, mas também a validação, pois a validade avalia a capacidade de um instrumento medir com precisão exatamente o que se propõe (20).

A primeira versão do questionário foi aperfeiçoada com base nas respostas e sugestões dos especialistas, procedendo-se novamente a uma nova ronda de validação. Todos os itens foram avaliados, nos domínios de suficiência, clareza, avaliando se a redação está compreensível (20), coerência, relevância e pertinência, a fim de apurar se são relevantes e adequados para atingir os objetivos propostos (20) por um grupo de especialistas e validados de acordo com o IVC.

Na primeira ronda de avaliação de conteúdo 66,7% dos especialistas considerava que o questionário já estava apto para aplicação e após a segunda ronda, todos os parâmetros tiveram IVC superiores a 0,8.

É portanto, possível afirmar que a versão final do questionário apresenta o seu conteúdo validado e que o objetivo deste trabalho foi concluído com sucesso. Desta forma, considera-se que este instrumento está apto para passar à fase seguinte na construção de instrumentos de avaliação, isto é, à fase de pré-teste.

Como limitação do estudo, identifica-se a não aplicação do questionário a um grupo piloto para avaliar a sua compreensão de conteúdo.

Num futuro próximo, tem-se como intenção dar continuidade a este trabalho, a fim de estudar a relação entre o tempo utilizado em tecnologias e o surgimento de dedos em gatilho em crianças em idade pré-escolar e escolar. Nessa próxima etapa, proceder-se-á à fase de pré-teste e aplicação de questionário aos pais das crianças e análise de resultados.

Como linhas futuras, conjetura-se também a ampliação do questionário para reconhecer outras formas de usos intensivo ou repetitivos das mãos e dedos, como é o caso de tocar um instrumento ou praticar algum desporto relacionado com o membro superior.

Referências Bibliográficas

1. Pruzansky JS, Goljan P, Lundmark DP, Shin EK, Jacoby SM, Osterman AL. Treatment preferences for trigger digit by members of the American Association for Hand Surgery. *Hand (NY)* [Internet]. 2014 [cited 2023 may 2]; 9(4): 529–533. Available from: DOI: [10.1007/s11552-013-9594-6](https://doi.org/10.1007/s11552-013-9594-6).
2. Oliveira RK, Delgado PJ, Geist JG. Pediatric Trigger Finger due to Osteochondroma. *Hand (NY)*[Internet]. 2017 [cited 2023 may 5]; 12(1): 99–105. Available from: DOI: [10.1177/1558944715627634](https://doi.org/10.1177/1558944715627634)
3. Brinkman D, Sheridan G, O’Sullivan M. Trigger Twins: 2 Cases of Ipsilateral Twin Trigger Digit and a Review of Published Literature. *Case Rep in Orthop* [Internet]. 2019 [cited 2023 may 2];2019: 8697360. Available from: DOI: [10.1155/2019/8697360](https://doi.org/10.1155/2019/8697360)
4. Blough C, Najdawi J, Kuschner S. Patient preference for trigger finger treatment. *World J Orthop* [Internet]. 2022 [cited 2023 may 5]; 13(11): 1006–1014. Available from: DOI: [10.5312/wjo.v13.i11.1006](https://doi.org/10.5312/wjo.v13.i11.1006)
5. Wong AL, Wong MJ, Parker R, Wheelock ME. Presentation and aetiology of paediatric trigger finger: a systematic review. *J Hand Surg Eur* [Internet]. 2022 [cited 2023 may 7]; 47(2): 192–196. Available from: DOI: [10.1177/17531934211035642](https://doi.org/10.1177/17531934211035642)
6. Jeanmonod R, Harberger S, Waseem M. Trigger Finger. *StatPearls* [Internet].2022 [cited 2023 may 1]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459310>
7. Womack ME, Ryan JC, Shillingford-Cole V, Speicher S, Hogue GD. Treatment of paediatric trigger finger: a systematic review and treatment algorithm. *J Child Orthop* [Internet]. 2018 [cited 2023 may 8]; 12(3): 209–217. Available from: DOI: [10.1302/1863-2548.12.180058](https://doi.org/10.1302/1863-2548.12.180058)
8. Abreu CN, Eisenstein E, Estefenon GB. Vivendo esse Mundo Digital: impactos na saúde, na educação e nos comportamentos sociais. Porto Alegre : Artmed; 2014. 247-258 p.
9. Fernandez-Guerrero IM. “WhatsAppitis”. *The Lancet* [Internet]. 2014 Feb 6 [cited 2023 may 10]. 383. Available from: DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60519-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60519-5)
10. Jalink MB, Heineman E, Pierie EN, Hoedemaker OC. Nintendo related injuries and other problems: review. *The bmj* [Internet]. 2014 [cited 2023 may 2]; 349: g7267. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.g7267>
11. Eapen C, Kumar B, Bhat AK. Prevalence of Cumulative Trauma Disorders in Cell Phone Users. *Journal of Musculoskeletal Research* [Internet]. 2010 Dec 29 [cited 2023 may 8]; 13(3):137-145. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1142/S0218957710002545>

12. Yang SY, Chen MD, Huang YC, Lin CY, Chang JH. Association Between Smartphone Use and Musculoskeletal Discomfort in Adolescent Students. *J Community Health* [Internet]. 2016 Oct 12 [cited 2023 may 9];42:423–430. DOI: 10.1007/s10900-016-0271-x
13. Kim HJ, Kim JS The relationship between smartphone use and subjective musculoskeletal symptoms and university students. *J Phys Ther Sci* [Internet]. 2015 [cited 2023 may 1]; 27(3). Available from: DOI: [10.1589/jpts.27.575](https://doi.org/10.1589/jpts.27.575)
14. Buffon AD, Martins MR, Neves MC. A fenomenologia como procedimento metodológico em pesquisa qualitativa na formação de professores. In: XI Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências [Internet]; 2017; Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina; [cited 2023 jul 5]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Marcos-Neves-6/publication/341849802_A_Fenomenologia_como_Procedimento_Metodologico_em_Pesquisa_Qualitativa_na_Formacao_de_professores_Phenomenology_as_a_Methodological_Procedure_in_Qualitative_Research_in_Teacher_Training/links/5ed7017392851c9c5e749f9b/A-Fenomenologia-como-Procedimento-Metodologico-em-Pesquisa-Qualitativa-na-Formacao-de-professores-Phenomenology-as-a-Methodological-Procedure-in-Qualitative-Research-in-Teacher-Training.pdf
15. Centro Universitário de Anápolis. Manual de tipos de estudo. Anápolis:CUA; 2019 [cited 2023 jul 4]. Available from: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/15586/1/MANUAL%20DE%20TIPOS%20E%20ESTUDO.pdf>
16. Pazetto AZ, Lima CR e Nunes NA. Métodos quantitativos utilizados nas dissertações do programa de pós-graduação em administração da Universidade do Sul de Santa Catarina. In: XX Colóquio Internacional de Gestão Universitária – CIGU 2021 [Internet]; 2021 Nov 24-25; Santa Catarina, Brasil [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/230268/210104.pdf?sequence=1>
17. Souza KR, Kerbauy MT. Abordagem quanti-qualitativa: superação da dicotomia. *Educação e Filosofia* [Internet]. 2017 [cited 2023 Aug 8]; 31(61):21-44. Available from: <http://educa.fcc.org.br/pdf/educfil/v31n61/1982-596X-educfil-31-61-21.pdf>
18. Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2000 [cited 2023 Aug 21]; 5(1). Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8MGqFCjhjvXKQsq37t6q7PK/>.
19. Fronteira I. Estudos observacionais na era da medicina baseada na evidência: breve revisão sobre a sua relevância, taxonomia e desenhos. *Acta Med Port* [Internet] 2013[cited 2023 Jul 28]; 26(2): 161-170. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/3975/3223>

20. Alexandre NM, Coluci MZ. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2023 jul 8]; 16(7). Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5vBh8PmW5g4Nqxz3r999vrn/?lang=pt#>
21. Bernal-García MI, Jiménez DR, Gutiérrez NP, Mesa MP. Validez de contenido por juicio de expertos de un instrumento para medir percepciones físico-emocionales en la práctica de di sección anatómica. *Educación Médica* [Internet]. 2020 [cited 2023 jun 7]; 6(21). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.08.008>
22. Oliveira JC, Oliveira AL, Morais FA, Silva GM, Silva CN. O questionário, o formulário e a entrevista como instrumentos de coleta de dados: vantagens e desvantagens do seu uso na pesquisa de campo em ciências humanas. In: III CONEDU [Internet]; 2016 [cited 2023 jun 7]; Campina Grande : Realize. Available from: https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2016/TRABALHO_EV056_MD1_SA13_ID8319_03082016000937.pdf
23. Aaker DA, Kumar V , Day GS. *Marketing Research*. 7. ed. New York : John Wiley & Sons; 2000.
24. Günther H. Como elaborar um questionário. *Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais* [Internet]. 2003 [cited 2023 jun 15];1. Available from: https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Metodo%20de%20pesquisa/Metodos%20de%20pesquisa%202013/Texto_11-_Como_elaborar_um_quesitonario.pdf
25. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición* [Internet]. 2008 [cited 2023 jun 7]; 6:27-36. Available from: https://www.researchgate.net/publication/302438451_Validez_de_contenido_y_juicio_de_expertos_Una_aproximacion_a_su_utilizacion.
26. Coluci MZ, Alexandre NM, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciências Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [cited 2023 jun 7]; 3(20). Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTHcjt459YLYPM7Pt7Q7cSn/?lang=pt>
DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>
27. Costa BM. e-Delphi - Validação, teste e melhoria [master thesis]. Minho. Escola de Engenharia, Universidade do Minho; 2019. 138p.
28. Freire SM. *Bioestatística básica* [E-book on the Internet]. Rio de Janeiro : s.n.; 2021 [cited 2023 jul 30]. Available from: https://www.lampada.uerj.br/arquivosdb/_book/
29. Sampaio NA, Assumpção AR, Fonseca BB. *Estatística Inferencial*. 1. ed. Belo Horizonte : Editora Poisson, 2018.

Apêndices

APÊNDICE I

Instrumento de avaliação com conteúdo sujeito a análise pelos especialistas – 2ª ronda

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Dados dos progenitores/tutores

Progenitor/Tutor 1

1. Data de nascimento: __/__/____ (formato dia/mês/ano)
2. Parentesco: _____
3. Escolaridade: _____
4. Profissão: _____

Progenitor/Tutor 2

1. Data de nascimento: __/__/____ (formato dia/mês/ano)
2. Parentesco: _____
3. Escolaridade: _____
4. Profissão: _____

Dados da criança

1. Data de nascimento: __/__/20__ (formato dia/mês/ano)

2. Género:

- Feminino
- Masculino
- Outro

3. Escolaridade:

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não frequenta | <input type="checkbox"/> 3º ano |
| <input type="checkbox"/> Jardim de infância | <input type="checkbox"/> 4º ano |
| <input type="checkbox"/> 1º ano | <input type="checkbox"/> 5º ano |
| <input type="checkbox"/> 2º ano | <input type="checkbox"/> 6º ano |

7º Ano

4. Distrito de residência

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aveiro | <input type="checkbox"/> Leiria |
| <input type="checkbox"/> Beja | <input type="checkbox"/> Lisboa |
| <input type="checkbox"/> Braga | <input type="checkbox"/> Portalegre |
| <input type="checkbox"/> Bragança | <input type="checkbox"/> Porto |
| <input type="checkbox"/> Castelo Branco | <input type="checkbox"/> Santarém |
| <input type="checkbox"/> Coimbra | <input type="checkbox"/> Setúbal |
| <input type="checkbox"/> Évora | <input type="checkbox"/> Viana do Castelo |
| <input type="checkbox"/> Faro | <input type="checkbox"/> Vila Real |
| <input type="checkbox"/> Guarda | <input type="checkbox"/> Viseu |

5. Com quem vive a criança? _____

6. Tem irmãos?

- Sim Não

7. Idade dos irmãos: _____

8. Os irmãos fazem uso de tecnologias (telemóvel, tablet, computador, consolas)?

- Sim Não

9. Após as aulas:

- Frequenta ATL (centro de atividades de tempos livres)
 Fica em casa com pais
 Fica em casa com avós/familiares
 Outro

10. Participa em atividades extracurriculares?

- Sim Não

11. Se participa em atividades extracurriculares, enuncie o tipo de atividade (incluir ATL, natação, etc): _____

12. Frequência das atividades extracurriculares

- 1 a 3 horas por semana
- 4 a 6 horas por semana
- 7 a 9 horas por semana
- 10 a 12 horas por semana
- Mais de 12 horas por semana

13. Dominância (a mão utilizada com mais frequência e com maior habilidade)

- Mão direita
- Mão esquerda
- Ainda não está definida

14. Apresenta alguma patologia/doença ao nível dos músculos ou ossos?

- Sim Não

15. Se sim, qual? _____

Leia atentamente cada um dos itens que integra cada dimensão a avaliar, tendo em conta o momento de aplicação deste instrumento de avaliação.

Assinale com um X a opção ou todas as opções que se aplicam, de forma sincera e objetiva ou preencha os espaços.

1. Que tipo de tecnologias usa o seu filho?

- Telemóvel para internet/vídeos
- Telemóvel para jogos
- Telemóvel para redes sociais
- Telemóvel para tirar fotografias
- Computador
- Tablet*

- Consolas de vídeo-jogos. Qual/quais? _____
 - Não utiliza tecnologias
 - Outra. Qual? _____
2. Horas por dia utilizadas em tecnologias durante a semana:
- Menos de 1 hora
 - 1 a 2 horas
 - 3 a 4 horas
 - 5 a 6 horas
 - Mais de 7 horas
3. Horas por dia utilizadas em tecnologias durante o fim de semana:
- Menos de 1 hora
 - 1 a 2 horas
 - 3 a 4 horas
 - 5 a 6 horas
 - Mais de 7 horas
4. Na maioria das vezes, qual a tecnologia que a criança prefere? _____
5. Algumas vez o seu filho(a) referiu apresentar algum destes sintomas após utilização de tecnologias?

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formigueiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rigidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraqueza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desconforto no punho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desconforto nos dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Se sim, após a utilização da tecnologia, quando se iniciaram este(s) sintoma(s)?
(Exemplos: logo após o uso/5 minutos depois)

Dor _____

Formigueiro _____

Cansaço _____

Rigidez _____

Fraqueza _____

Desconforto no punho _____

Desconforto nos dedos _____

7. Se apresenta desconforto no punho, qual?

Direito

Esquerdo

Ambos

8. Se apresenta desconforto nos dedos, qual/quais?

Mão direita	1° dedo (polegar) <input type="checkbox"/>	2° dedo (indicador) <input type="checkbox"/>	3° dedo (médio) <input type="checkbox"/>	4° dedo (anelar) <input type="checkbox"/>	5° dedo (mínimo) <input type="checkbox"/>
Mão esquerda	1° dedo (polegar) <input type="checkbox"/>	2° dedo (indicador) <input type="checkbox"/>	3° dedo (médio) <input type="checkbox"/>	4° dedo (anelar) <input type="checkbox"/>	5° dedo (mínimo) <input type="checkbox"/>

9. Duração dos sintomas (em minutos)

Dor _____

Formigueiro _____

Cansaço _____

Rigidez _____

Fraqueza _____

Desconforto no punho _____

Desconforto nos dedos _____

10. Para manipular a tecnologia, utiliza:

- No telemóvel:

- 1 mão
- 2 mãos

- No computador:

- 1 mão
- 2 mãos

- No tablet:

- 1 mão
- 2 mãos

- Nas consolas de vídeo-jogos:

- 1 mão
- 2 mãos

- Noutra tecnologia (qual? _____)

- 1 mão
- 2 mãos

11. Alguma vez engatilhou um dedo?

Definição: Por inflamação do tendão, o dedo fica travado na posição de dobrado e é difícil esticar o dedo, podendo fazer um ressalto. Nem sempre dá dor (imagem ilustrativa).

- Sim Não



12. Se sim, qual dedo?

Mão direita	1º dedo (polegar)	2º dedo (indicador)	3º dedo (médio)	4º dedo (anelar)	5º dedo (mínimo)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mão esquerda	1º dedo (polegar)	2º dedo (indicador)	3º dedo (médio)	4º dedo (anelar)	5º dedo (mínimo)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Se sim, quantas vezes a criança ficou com o dedo engatilhado? _____
14. Caso seja recorrente, com que frequência fica com o dedo em gatilho?
- Menos de uma vez por mês
 - Uma vez por mês
 - Uma vez por semana
 - Uma vez por dia
15. Tem conhecimento de alguém na família que já tenha tido/tenha dedo em gatilho?
- Sim Não
16. Se sim, qual o parentesco com a criança? _____
17. Como pai/mãe/tutor, conhece os riscos músculo-esqueléticos da utilização das tecnologias?
- Sim Não

APÊNDICE II

Consentimento informado

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Declaro ter lido e compreendido o documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “Construção e validação de questionário relativo à relação entre o tempo utilizado em tecnologias e o surgimento de dedos em gatilhos em crianças em idade pré-escolar e escolar” sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE III

Carta convite para os especialistas

CONVITE DE PARTICIPAÇÃO EM PROJETO

Respeitado especialista/juiz: foi selecionado para avaliar o instrumento “Utilização de tecnologias e surgimento de dedos em gatilho em crianças” que faz parte da investigação “relação entre o tempo utilizado em tecnologias e o surgimento de dedos em gatilho em crianças em idade pré-escolar e escolar” integrado no Mestrado em Terapia da Mão pela Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria em parceria com a Universidade de Burgos.

O objetivo deste estudo é conhecer como é que o uso de tecnologias está a influenciar a saúde músculo-esquelética dos dedos das crianças em idade pré-escolar e escolar, que para este trabalho considerámos ser dos 2 aos 11 anos e 11 meses completos. Para tal, propomo-nos a construir e validar um questionário online, dirigido aos pais/tutores das crianças, para estudar os fatores que causam dedo em gatilho nas mesmas.

Tendo por base o conhecimento do especialista e baseado na sua experiência na área da pediatria, da mão e/ou da construção de instrumentos, solicitamos a sua colaboração para proceder à validação de conteúdo do questionário em questão.

A avaliação de instrumentos é de grande relevância para garantir que sejam válidos e que os resultados obtidos a partir destes sejam utilizados de modo eficiente, contribuindo para a investigação em Terapia da Mão, e suas respetivas aplicações.

Para além do presente convite, segue em anexo o questionário para validação de conteúdo, assim como, o formulário a preencher pelo especialista, de acordo as qualificações descritas (categoria/qualificação/indicador) a ter em conta para cada item. Solicito ainda, o preenchimento do consentimento informado.

Agradecemos a sua valiosa colaboração.

Diana Leirião Ferreira

Sob orientação das professoras Liliana Teixeira e Valeriana Guijo

APÊNDICE IV

Instrumento de avaliação com conteúdo sujeito a análise pelos especialistas – 1ª ronda

Este questionário pretende estudar a relação entre o tempo utilizado em tecnologias e o surgimento de dedos em gatilho em crianças em idade pré-escolar e escolar (2 aos 11 anos e 11 meses). Entende-se como dedo em gatilho o bloqueio de um ou mais dedos na posição de flexão, não conseguindo o tendão voltar à posição inicial, pode dar dor, rigidez ou desenvolvimento de contratura.

O termo de aceitação refere-se aos objetivos e condições inerentes à utilização dos dados facultados, que o titular declara autorizar e aceitar. É garantida a possibilidade de, em qualquer altura, atualizar, retificar ou recusar participar no estudo sem qualquer tipo de consequências. Ao participar neste estudo, compreendi que a minha participação é voluntária e confidencial, uma vez que as minhas respostas nunca serão divulgadas individualmente, e que serão tratadas por especialistas, para efeitos de investigação e divulgação científica, respeitando as condições previstas no Regulamento Geral de Proteção de Dados (Lei nº58/2019). Este estudo teve a aprovação da Comissão de Ética do IPL.

É pedido que sejam os pais/tutores a realizar o preenchimento do questionário.

O questionário é anónimo e confidencial, não devendo por isso, colocar a sua identificação em nenhum dos espaços. Não existem respostas certas ou erradas, por isso, solicitamos que respondam de forma espontânea e sincera a todas as questões.

Em qualquer momento pode desistir de participar no estudo, sem qualquer justificação ou dano.

Caso pretenda receber a comunicação dos resultados. Peço que solicite através do contacto seguinte, de forma a manter a confidencialidade deste instrumento.

Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração. Estou disponível para responder a quaisquer questões.

Diana Ferreira, todiana.ferreira@gmail.com

Declaro que li e compreendi os objetivos e procedimentos do estudo, participando e dando consentimento para o tratamento dos meus dados nos moldes definidos.

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Dados dos progenitores/tutores

Progenitor/Tutor 1

5. Data de nascimento: __/__/____ (formato dia/mês/ano)
6. Parentesco: _____
7. Escolaridade: _____
8. Profissão: _____

Progenitor/Tutor 2

5. Data de nascimento: __/__/____ (formato dia/mês/ano)
6. Parentesco: _____
7. Escolaridade: _____
8. Profissão: _____

Dados da criança

16. Data de nascimento: __/__/20__ (formato dia/mês/ano)

17. Género:

- Feminino
- Masculino
- Outro

18. Escolaridade:

- Não frequenta
- Jardim de infância
- 1º ano
- 2º ano
- 3º ano
- 4º ano

5º ano

6º ano

7º Ano

19. Distrito de residência: _____

20. Com quem vive a criança? _____

21. Tem irmãos?

Sim Não

22. Idade dos irmãos: _____

23. Após as aulas:

Frequenta ATL

Fica em casa com pais

Fica em casa com avós/familiares

Outro

24. Participa em atividades extracurriculares?

Sim Não

25. Se participa em atividades extracurriculares, enuncie o tipo de atividade (incluir ATL, natação, etc): _____

26. Frequência das atividades extracurriculares

1 a 3 horas por semana

4 a 6 horas por semana

7 a 9 horas por semana

10 a 12 horas por semana

Mais de 12 horas por semana

27. Dominância

- Mão direita
- Mão esquerda
- Ainda não está definida

28. Apresenta alguma patologia? _____

Leia atentamente cada um dos itens que integra cada dimensão a avaliar, tendo em conta o momento de aplicação deste instrumento de avaliação.

Assinale com um X a opção ou todas as opções que se aplicam, de forma sincera e objetiva ou preencha os espaços.

18. Que tipo de tecnologias usa o seu filho?

- Telemóvel para internet/vídeos
- Telemóvel para jogos
- Telemóvel para redes sociais
- Telemóvel para tirar fotografias
- Computador
- Tablet*
- Consolas de vídeo-jogos
- Não usa tecnologias
- Outra

19. Horas por dia utilizadas em tecnologias durante a semana:

- Menos de 1 hora
- 1 a 2 horas
- 3 a 4 horas
- 5 a 6 horas
- Mais de 7 horas

20. Horas por dia utilizadas em tecnologias durante o fim de semana:

- Menos de 1 hora

- 1 a 2 horas
- 3 a 4 horas
- 5 a 6 horas
- Mais de 7 horas

21. Em média, qual a tecnologia que a criança prefere? _____

22. Concorda com a afirmação “O meu filho faz uso excessivo de tecnologias”?

- Concordo totalmente
- Concordo
- Não concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

23. Algumas vez o seu filho(a) referiu apresentar algum destes sintomas após utilização de tecnologias?

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formigueiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rigidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraqueza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desconforto no punho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desconforto nos dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Quando se iniciaram este(s) sintoma(s)? _____

25. Se apresenta desconforto no punho, qual?

- Direito
- Esquerdo
- Ambos

26. Se apresenta desconforto nos dedos, qual/quais?

Mão direita	1º dedo (polegar) <input type="checkbox"/>	2º dedo (indicador) <input type="checkbox"/>	3º dedo (médio) <input type="checkbox"/>	4º dedo (anelar) <input type="checkbox"/>	5º dedo (mínimo) <input type="checkbox"/>
Mão esquerda	1º dedo (polegar) <input type="checkbox"/>	2º dedo (indicador) <input type="checkbox"/>	3º dedo (médio) <input type="checkbox"/>	4º dedo (anelar) <input type="checkbox"/>	5º dedo (mínimo) <input type="checkbox"/>

27. Duração dos sintomas (em minutos)

Dor _____

Formigueiro _____

Cansaço _____

Rigidez _____

Fraqueza _____

Desconforto no punho _____

Desconforto nos dedos _____

28. Para manipular a tecnologia, utiliza:

1 mão

2 mãos

29. Alguma vez engatilhou um dedo? (imagem ilustrativa)

Sim Não



30. Se sim, qual dedo?

Mão direita	1º dedo (polegar) <input type="checkbox"/>	2º dedo (indicador) <input type="checkbox"/>	3º dedo (médio) <input type="checkbox"/>	4º dedo (anelar) <input type="checkbox"/>	5º dedo (mínimo) <input type="checkbox"/>
Mão esquerda	1º dedo (polegar) <input type="checkbox"/>	2º dedo (indicador) <input type="checkbox"/>	3º dedo (médio) <input type="checkbox"/>	4º dedo (anelar) <input type="checkbox"/>	5º dedo (mínimo) <input type="checkbox"/>

31. Tem conhecimento de alguém na família que já tenha tido dedo em gatilho?

Sim Não

32. Se sim, qual o parentesco com a criança? _____

33. Como pai/mãe/tutor, tem noção dos riscos musculares na utilização das tecnologias?

Sim Não

APÊNDICE V

Formulário para especialistas

NOME E APELIDO: _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA: _____

ÁREAS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL: _____

TEMPO DE SERVIÇO: _____ CARGO ATUAL: _____

INSTITUIÇÃO: _____

Objetivo da investigação: pretende-se estudar a relação entre o tempo utilizado em tecnologias e o surgimento de dedos em gatilho em crianças em idade pré-escolar e escolar.

Objetivo do comité de especialistas: validação de um questionário para estudar os fatores que causam dedo em gatilho em crianças.

Objetivo do questionário: recolher dados, através dos pais ou tutores de crianças entre os 2 e os 11 anos e 11 meses completos, que permitam estudar a relação entre o tempo utilizado em tecnologias e o surgimento de dedos em gatilho em crianças.

De acordo com os seguintes indicadores qualifique cada um dos itens conforme ache apropriado.

CATEGORIA	QUALIFICAÇÃO	INDICADOR
SUFICIÊNCIA Os itens que pertencem a uma mesma dimensão, bastam para obter a medição desta.	1. Não cumpre com o critério 2. Nível baixo 3. Nível moderado 4. Nível alto	Os itens não são suficientes para medir a dimensão. Os itens medem algum aspecto da dimensão, mas não correspondem à dimensão total. Devem-se acrescentar alguns itens para poder avaliar a dimensão completamente. Os itens são suficientes.
CLAREZA O item compreende-se facilmente, isto é, as formas de sintaxe e de semântica são adequadas.	1. Não cumpre com o critério 2. Nível baixo 3. Nível moderado 4. Nível alto	O item não é claro. O item requer bastantes modificações ou uma modificação muito grande no uso das palavras de acordo com o seu significado ou na ordenação das mesmas. Requer-se uma modificação muito específica de algumas terminações do item. O item é claro, tem semântica e sintaxe adequada.
COERÊNCIA O item tem relação lógica com a dimensão ou indicador que está a medir.	1. Não cumpre com o critério 2. Nível baixo 3. Nível moderado 4. Nível alto	O item não tem relação lógica com a dimensão. O item tem uma relação tangencial com a dimensão. O item tem uma relação moderada com a dimensão que está a medir. O item está completamente relacionado com a dimensão que está a medir.
RELEVÂNCIA O item é essencial ou importante, isto é, deve ser incluído.	1. Não cumpre com o critério 2. Nível baixo 3. Nível moderado 4. Nível alto	O item pode ser eliminado sem que seja afetada a medição da dimensão. O item tem alguma relevância, porém, outro item pode estar incluído no que mede este. O item é relativamente importante. O item é muito relevante e deve ser incluído.
PERTINÊNCIA O item é relevante pela sua direta relação com o propósito estabelecido	1. Não cumpre com o critério 2. Nível baixo 3. Nível moderado 4. Nível alto	O item pode ser eliminado sem que afete a análise ou o cumprimento do propósito do estudo. O item tem alguma pertinência, porém reflete de maneira muito vaga a pertinência com o propósito citado. O item é relativamente pertinente nas suas implicações. O item é altamente pertinente e deve ser incluído.

Construção e validação de conteúdo de questionário relativo à relação entre o tempo utilizado em tecnologias e o surgimento de dedos em gatilhos em crianças em idade pré-escolar e escolar

DIMENSÃO	ITEM	SUFICIÊNCIA	COERÊNCIA	RELEVÂNCIA	CLAREZA	PERTINÊNCIA	OBSERVAÇÕES
Dados socio-demográficos	Data de nascimento tutor 1						
	Parentesco tutor 1						
	Escolaridade tutor 1						
	Profissão tutor 1						
	Data de nascimento tutor 2						
	Parentesco tutor 2						
	Escolaridade tutor 2						
	Profissão tutor 2						
	Data de nascimento da criança						
	Género						
	Escolaridade						
	Distrito de residência						
	Com quem vive a criança?						
	Tem irmãos?						
	Idade dos irmãos						
	Após as aulas						
	Participa em atividades extracurriculares						
	Se participa em atividades extracurriculares, enuncie o tipo de atividade						
	Frequência das atividades extracurriculares						
Dominância							
Apresenta alguma patologia							
Recolha de dados	Que tipo de tecnologias usa o seu filho						
	Horas por dia utilizadas em tecnologias durante a semana						
	Horas por dia utilizadas em tecnologias durante o fim de semana						
	Em média, qual a tecnologia que a criança prefere?						
	Concorda com a afirmação “O meu filho faz uso excessivo de tecnologias”?						
	Algumas vez o seu filho(a) referiu apresentar algum destes sintomas após utilização de tecnologias?						
	Quando se iniciaram este(s) sintoma(s)						
	Se apresenta desconforto no punho, qual?						
	Se apresenta desconforto nos dedos, qual/quais?						
	Duração dos sintomas (minutos)						
	Para manipular a tecnologia, utiliza						
	Alguma vez engatilhou um dedo?						
	Se sim, qual dedo?						
	Tem conhecimento de alguém na família que já tenha tido dedo em gatilho?						
	Se sim, qual o parentesco com a criança?						
	Como pai/mãe/tutor, tem noção dos riscos musculares na utilização das tecnologias						

Existe alguma dimensão que faça parte do construto e não foi avaliada? Qual?

Se tem algum comentário ou dúvida que considere necessário esclarecer, por favor contacte-nos.

Opinião sobre a sua aplicabilidade:

Aplicável Aplicável depois de corrigir Não aplicável



APÊNDICE VI

Pedido de autorização para tradução e utilização da “Guia de Validação”

Permiso para utilizar la guía y hoja de calificación para realizar una evaluación por un comité de expertos »



Diana Ferreira <todiana.ferreira@gmail.com>
para escobarjazmine@unbosque.edu.co, cuervomla ▾

segunda, 24/07, 01:19   

Estimados señores

Mi nombre es Diana Leirião Ferreira, soy Terapeuta Ocupacional. Actualmente estoy cursando el Máster en Terapia de la Mano, en la Escola Superior de Saúde de Leiria (Portugal) en colaboración con la Universidad de Burgos (España).

Para el Trabajo final del Máster estoy desarrollando un proyecto de investigación con el objetivo de comprender la relación entre el tiempo de uso de las tecnologías y la aparición de dedos en gatillo en niños en edad preescolar y escolar.

En este contexto, desarrollé un instrumento/cuestionario titulado "Utilização de tecnologias e surgimento de dedos em gatilho em crianças" para ser aplicado a los padres/tutores de los niños. Conocí la guía y hoja de calificación que propusieron para realizar una evaluación por un comité de expertos en su artículo "Validez de Contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización" y considero de que es un documento excelente para recabar la información expertos. Dado que hay escasez de instrumentos de evaluación en esta área de la salud, es crucial validar más cuestionarios.

Por esta razón, solicito su permiso para utilizarlo en la investigación. Lo he traducido al portugués bajo la supervisión de mis directores la Dra. Liliana Teixeira y la Dra. Valeriana Guijo.

Adjunto mi propuesta para la traducción y elaboración de una guía según mi instrumento, para que tengan un conocimiento exacto del uso que quiero hacer de la herramienta. En su momento, se espera hacer una publicación del resultado de la investigación y me comprometo a enviarles dicha publicación para que tengan la referencia de su trabajo.

Gracias de antemano por su disponibilidad y espero su conformidad.

Diana Ferreira

APÊNDICE VII

Dados 1ª ronda de validação de conteúdo

1. Dados Sócio-Demográficos

1.1.Data de nascimento

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,917	1
Coerência	3	4	3,917	1
Relevância	2	4	3,583	0,9167
Clareza	4	4	4	1
Pertinência	1	4	3,5	0,9167

Tabela 1 – IVC data de nascimento tutor 1

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,917	1
Coerência	3	4	3,833	1
Relevância	2	4	3,5	0,9167
Clareza	4	4	4	1
Pertinência	1	4	3,417	0,9167

Tabela 2 – IVC data de nascimento tutor 2

1.2.Parentesco

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,917	1
Coerência	3	4	3,917	1
Relevância	2	4	3,833	0,9167
Clareza	4	4	4	1
Pertinência	3	4	3,917	1

Tabela 3 – IVC parentesco

1.3.Escolaridade

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,917	1
Coerência	3	4	3,833	1
Relevância	2	4	3,667	0,9167
Clareza	4	4	4	1
Pertinência	1	4	3,583	0,9167

Tabela 4 – IVC escolaridade

1.4.Profissão

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,917	1
Coerência	3	4	3,917	1
Relevância	2	4	3,75	0,9167
Clareza	4	4	4	1
Pertinência	1	4	3,667	0,9167

Tabela 5 – IVC profissão

2.Dados da criança

2.1.Data de Nascimento

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,917	1
Coerência	4	4	4	1
Relevância	4	4	4	1
Clareza	4	4	4	1
Pertinência	4	4	4	1

Tabela 6 – IVC data de nascimento criança

2.2.Gênero

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,917	1
Coerência	3	4	3,917	1
Relevância	3	4	3,917	1
Clareza	4	4	4	1
Pertinência	3	4	3,917	1

Tabela 7 – IVC gênero

2.3.Escolaridade

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,917	1
Coerência	3	4	3,917	1
Relevância	3	4	3,917	1
Clareza	4	4	4	1
Pertinência	3	4	3,917	1

Tabela 8 – IVC escolaridade criança

2.4.Distrito de residência

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,833	1
Coerência	3	4	3,75	1
Relevância	2	4	3,583	0,9167
Clareza	3	4	3,917	1
Pertinência	1	4	3,5	0,9167

Tabela 9 – IVC distrito de residência

2.5.Com quem vive a criança

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,917	1
Coerência	3	4	3,917	1
Relevância	2	4	3,75	0,9167
Clareza	4	4	4	1
Pertinência	1	4	3,667	0,9167

Tabela 10 – IVC com quem vive a criança

2.6.Tem irmãos

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,917	1
Coerência	3	4	3,917	1
Relevância	2	4	3,75	0,9167
Clareza	4	4	4	1
Pertinência	1	4	3,667	0,9167

Tabela 11 – IVC tem irmãos

2.7.Idade dos irmãos

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,917	1
Coerência	3	4	3,917	1
Relevância	2	4	3,667	0,9167
Clareza	4	4	4	1
Pertinência	1	4	3,583	0,9167

Tabela 12 – IVC idade dos irmãos

2.8.Após as aulas

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,833	1
Coerência	3	4	3,917	1
Relevância	2	4	3,75	0,9167
Clareza	3	4	3,833	1
Pertinência	1	4	3,667	0,9167

Tabela 13 – IVC após as aulas

2.9.Participa em atividades extracurriculares

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,917	1
Coerência	3	4	3,917	1
Relevância	3	4	3,917	1
Clareza	4	4	4	1
Pertinência	3	4	3,917	1

Tabela 14 – IVC participa em atividades extracurriculares

2.10.Se participa em atividades extracurriculares

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	1	4	3,417	0,8333
Coerência	4	4	4	1
Relevância	4	4	4	1
Clareza	1	4	3,667	0,9167
Pertinência	4	4	4	1

Tabela 15 – IVC se participa em atividades extracurriculares

2.11.Frequência das atividades extracurriculares

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	1	4	3,583	0,9167
Coerência	3	4	3,833	1
Relevância	3	4	3,917	1
Clareza	1	4	3,667	0,9167
Pertinência	3	4	3,917	1

Tabela 16 – IVC frequência das atividades extracurriculares

2.12.Dominância

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,833	1
Coerência	3	4	3,917	1
Relevância	3	4	3,917	1
Clareza	2	4	3,667	0,9167
Pertinência	4	4	4	1

Tabela 17 – IVC dominância

2.13.Apresenta alguma patologia

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	1	4	3,25	0,8333
Coerência	3	4	3,833	1
Relevância	3	4	3,917	1
Clareza	2	4	3,333	0,75
Pertinência	3	4	3,917	1

Tabela 18 – IVC apresenta alguma patologia

3.Enquadramento

3.1. Que tipo de tecnologias usa o seu filho

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	1	4	3,417	0,8333
Coerência	4	4	4	1
Relevância	4	4	4	1
Clareza	1	4	3,583	0,8333
Pertinência	4	4	4	1

Tabela 19 – IVC que tipo de tecnologias usa o seu filho

3.2. Horas por dia utilizadas em tecnologias durante a semana

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,75	1
Coerência	3	4	4	1
Relevância	4	4	4	1
Clareza	3	4	3,917	1
Pertinência	4	4	4	1

Tabela 20 – IVC horas por dia utilizadas em tecnologias durante a semana

3.3. Horas por dia utilizadas em tecnologias durante o fim de semana

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,75	1
Coerência	3	4	3,917	1
Relevância	4	4	4	1
Clareza	3	4	3,917	1
Pertinência	4	4	4	1

Tabela 21 – IVC horas por dia utilizadas em tecnologias durante o fim de semana

3.4. Em média, qual a tecnologia que a criança prefere

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	1	4	3,583	0,9167
Coerência	2	4	3,75	0,9167
Relevância	2	4	3,75	0,9167
Clareza	2	4	3,5	0,8333
Pertinência	1	4	3,667	0,9167

Tabela 22 – IVC em média qual a tecnologia que a criança prefere

3.5. Concorda com a afirmação “O meu filho faz uso excessivo de tecnologias”?

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	1	4	3,333	0,8333
Coerência	1	4	3,5	0,8333
Relevância	1	4	3,333	0,8333
Clareza	1	4	3,333	0,75
Pertinência	1	4	3,333	0,8333

Tabela 23 – IVC concorda com a afirmação “o meu filho faz uso excessivo de tecnologias?”

3.6. Alguma vez o seu filho(a) referiu apresentar algum destes sintomas após utilização de tecnologias

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,917	1
Coerência	4	4	4	1
Relevância	4	4	4	1
Clareza	1	4	3,75	0,9167
Pertinência	4	4	4	1

Tabela 24 – IVC alguma vez o seu filho(a) referiu apresentar algum destes sintomas após utilização de tecnologias

3.7. Quando se iniciaram este(s) sintoma(s)

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,833	1
Coerência	3	4	3,917	1
Relevância	4	4	4	1
Clareza	2	4	3,833	0,9167
Pertinência	4	4	4	1

Tabela 25 – IVC quando se iniciaram este(s) sintoma(s)

3.8. Se apresenta desconforto no punho, qual

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,917	1
Coerência	4	4	4	1
Relevância	4	4	4	1
Clareza	3	4	3,917	1
Pertinência	4	4	4	1

Tabela 26 – IVC se apresenta desconforto no punho, qual

3.9. Se apresenta desconforto nos dedos, qual/quais

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,917	1
Coerência	4	4	4	1
Relevância	4	4	4	1
Clareza	4	4	4	1
Pertinência	4	4	4	1

Tabela 27 – IVC se apresenta desconforto nos dedos, qual/quais

3.10. Duração dos sintomas (em minutos)

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,833	1
Coerência	4	4	4	1
Relevância	4	4	4	1
Clareza	4	4	4	1
Pertinência	4	4	4	1

Tabela 28 – IVC duração dos sintomas (em minutos)

3.11. Para manipular a tecnologia, utiliza

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	1	4	3,667	0,9167
Coerência	1	4	3,75	0,9167
Relevância	1	4	3,75	0,9167
Clareza	1	4	3,583	0,8333
Pertinência	1	4	3,75	0,9167

Tabela 29 – IVC para manipular a tecnologia, utiliza

3.12. Alguma vez engatilhou um dedo

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,833	1
Coerência	3	4	3,917	1
Relevância	4	4	4	1
Clareza	3	4	3,917	1
Pertinência	4	4	4	1

Tabela 30 – IVC alguma vez engatilhou um dedo

3.13. Se sim, qual dedo

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,917	1
Coerência	4	4	4	1
Relevância	4	4	4	1
Clareza	4	4	4	1
Pertinência	4	4	4	1

Tabela 31 – se sim, qual dedo

3.14. Tem conhecimento de alguém na família que já tenha tido dedo em gatilho

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,833	1
Coerência	3	4	3,833	1
Relevância	2	4	3,75	0,9167
Clareza	3	4	3,917	1
Pertinência	3	4	3,833	1

Tabela 31 – IVC tem conhecimento de alguém na família que já tenha tido dedo em gatilho

3.15. Se sim, qual o parentesco com a criança

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	3	4	3,75	1
Coerência	3	4	3,833	1
Relevância	2	4	3,667	0,9167
Clareza	3	4	3,833	1
Pertinência	3	4	3,667	1

Tabela 32 – IVC se sim, qual o parentesco com a criança

3.16. Como pai/mãe/tutor, tem noção dos riscos musculares na utilização das tecnologias

	Mínimo	Máximo	Média	IVC
Suficiência	1	4	3,667	0,9167
Coerência	1	4	3,667	0,9167
Relevância	1	4	3,75	0,9167
Clareza	1	4	3,75	0,9167
Pertinência	1	4	3,75	0,9167

Tabela 33 – IVC como pai/mãe/tutor, tem noção dos riscos musculares na utilização das tecnologias

APÊNDICE VIII

Tabela de cotações atribuídas pelos especialistas na 1ª ronda

Construção e validação de conteúdo de questionário relativo à relação entre o tempo utilizado em tecnologias e o surgimento de dedos em gatilhos em crianças em idade pré-escolar e escolar

(continua)			SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT	SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT	SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT	SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT	SUF	COER	RELEV	CLAR		
DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS	DADOS DOS TUTORES	Tutor 1	DN	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4		
			Parentesco	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			Escolaridd	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			Profissão	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		Tutor 2	DN	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			Parentesco	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			Escolaridd	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			Profissão	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	DADOS DA CRIANÇA	DN	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
		Gênero	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		Escolaridd	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		Distrito	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		Com q vive	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		Irmãos	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		Idd irmãos	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		Após aulas	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		Extr curric	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		Tipo Ext cu	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	4	4	4	4	
		Frequên ec	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
		Dominânc	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	
		Patologia	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	
		ENQUADRAMENTO	Tipo Tecno	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	1	4	
			Hrs seman	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
			Hrs fds	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Preferida	4		4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	4	4	4	2	4		
(continuação)																												

Construção e validação de conteúdo de questionário relativo à relação entre o tempo utilizado em tecnologias e o surgimento de dedos em gatilhos em crianças em idade pré-escolar e escolar

	Concorda	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	2	4	1	1	1	1
--	----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Sintomas	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Início	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Descnf pun	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Descnf ded	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Duração	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Manipular	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4
Engatilhou	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Qual	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Família	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	3
Parentesco	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	3
Riscos	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Aplicabili	Aplicável					Aplicável depois de corrigir					Aplicável					Aplicável					Aplicável depois de corrigir					

6					7					8					9					10									
SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT	SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT	SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT	SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT	SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT					
4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	3	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	3	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

(continuação)

4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2	4	4	4	4	3
3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	3	4	2	4	4	4	4	3
3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	3	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Construção e validação de conteúdo de questionário relativo à relação entre o tempo utilizado em tecnologias e o surgimento de dedos em gatilhos em crianças em idade pré-escolar e escolar

(continuação)

4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	
4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
Aplicável					Aplicável					Aplicável					Aplicável					Aplicável depois de corrigir				

11					12				
SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT	SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT
4	4	2	4	1	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	2	4	1	4	3	3	4	3
4	4	2	4	1	4	3	3	4	3
4	4	2	4	1	4	3	3	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	2	4	1	4	3	3	4	3
4	4	2	4	1	4	3	3	4	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	2	4	1	4	3	3	4	3
4	4	2	4	1	4	4	4	4	4
4	4	2	4	1	4	4	4	4	4
4	4	2	4	1	4	4	4	4	4
4	4	2	3	1	4	4	4	4	4

(conclusão)									
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
1	4	4	1	4	4	4	4	4	4
1	4	4	1	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	3	3	4	4
1	3	3	2	3	4	4	4	4	4
2	4	4	2	4	4	4	4	4	4
3	4	4	3	4	4	4	4	4	4
3	4	4	3	4	4	4	4	4	4
4	2	2	4	1	4	4	4	4	4
1	1	1	1	1	4	4	4	4	4
4	4	4	1	4	4	4	4	4	4
4	4	4	2	4	4	4	4	4	4
4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
1	1	1	1	1	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	3	3	3	3	4	4	4	4	4
1	1	1	1	1	4	4	4	4	4
Aplicável depois de corrigir					Aplicável				

APÊNDICE IX

Formulário para especialistas com alterações ao questionário

De acordo com os seguintes indicadores qualifique cada um dos itens conforme ache apropriado.

CATEGORIA	QUALIFICAÇÃO	INDICADOR
SUFICIÊNCIA Os itens que pertencem a uma mesma dimensão, bastam para obter a medição desta.	1. Não cumpre com o critério	Os itens não são suficientes para medir a dimensão.
	2. Nível baixo	Os itens medem algum aspecto da dimensão, mas não correspondem à dimensão total.
	3. Nível moderado	Devem-se acrescentar alguns itens para poder avaliar a dimensão completamente.
	4. Nível alto	Os itens são suficientes.
CLAREZA O item compreende-se facilmente, isto é, as formas de sintaxe e de semântica são adequadas.	1. Não cumpre com o critério	O item não é claro.
	2. Nível baixo	O item requer bastantes modificações ou uma modificação muito grande no uso das palavras de acordo com o seu significado ou na ordenação das mesmas.
	3. Nível moderado	Requer-se uma modificação muito específica de algumas terminações do item.
	4. Nível alto	O item é claro, tem semântica e sintaxe adequada.
COERÊNCIA O item tem relação lógica com a dimensão ou indicador que está a medir.	1. Não cumpre com o critério	O item não tem relação lógica com a dimensão.
	2. Nível baixo	O item tem uma relação tangencial com a dimensão.
	3. Nível moderado	O item tem uma relação moderada com a dimensão que está a medir.
	4. Nível alto	O item está completamente relacionado com a dimensão que está a medir.
RELEVÂNCIA O item é essencial ou importante, isto é, deve ser incluído.	1. Não cumpre com o critério	O item pode ser eliminado sem que seja afetada a medição da dimensão.
	2. Nível baixo	O item tem alguma relevância, porém, outro item pode estar incluído no que mede este.
	3. Nível moderado	O item é relativamente importante.
	4. Nível alto	O item é muito relevante e deve ser incluído.
PERTINÊNCIA O item é relevante pela sua direta relação com o propósito estabelecido	1. Não cumpre com o critério	O item pode ser eliminado sem que afete a análise ou o cumprimento do propósito do estudo.
	2. Nível baixo	O item tem alguma pertinência, porém reflete de maneira muito vaga a pertinência com o propósito citado.
	3. Nível moderado	O item é relativamente pertinente nas suas implicações.
	4. Nível alto	O item é altamente pertinente e deve ser incluído.

DIMENSÃO	ITEM	SUFICIÊNCIA	COERÊNCIA	RELEVÂNCIA	CLAREZA	PERTINÊNCIA	OBSERVAÇÕES
Dados socio-demográficos	Distrito de residência						
	Os irmãos fazem uso de tecnologias (telemóvel, tablet, computador, consolas)?						
	Após as aulas						
	Dominância						
	Apresenta alguma patologia/doença ao nível dos músculos ou ossos?						
	Se sim, qual?						
Recolha de dados	Que tipo de tecnologias usa o seu filho						
	Na maioria das vezes, qual a tecnologia que a criança prefere?						
	Concorda com a afirmação “O meu filho faz uso excessivo de tecnologias”?						
	Se sim, após a utilização da tecnologia, quando se iniciaram este(s) sintoma(s)?						
	Para manipular a tecnologia, utiliza						
	Alguma vez engatilhou um dedo?						
	Se sim, quantas vezes a criança ficou com o dedo engatilhado?						
	Caso seja recorrente, com que frequência fica com o dedo em gatilho?						
	Tem conhecimento de alguém na família que já tenha tido/tenha dedo em gatilho?						
Como pai/mãe/tutor, conhece os riscos musculares da utilização das tecnologias							

Se tem algum comentário ou dúvida que considere necessário esclarecer, por favor contacte-nos.

APÊNDICE X

Tabela de cotações atribuídas pelos especialistas na 2ª ronda

(continua)

	1					2					4					5				
	SUF	CO	RELEV	CLAR	PERT	SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT	SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT	SUF	COER	REL	CLAR	PERT
Distrito	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Os irmão	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Após as	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Dominân	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Patologia	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Se sim	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Que tipo	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Na maioria	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Concord	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Se sim	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Manipular	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Alguma	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Se sim	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Caso seja	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Familiar	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Riscos	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4

(continuação)

6					7					8					9				
SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT	SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT	SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT	SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT
4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4

(continuação)

12				
SUF	COER	RELEV	CLAR	PERT
4	4	4	4	4
4	4	4	4	4
4	4	4	4	4
4	4	4	4	4
4	4	4	4	4
4	4	4	4	4
4	4	4	4	4
4	4	4	4	4
4	4	4	4	4
4	4	4	4	4
4	3	4	4	4
4	4	4	4	4
4	4	4	4	4
4	4	4	4	4
4	4	4	4	4
4	4	4	4	4
4	4	4	2	4

	SUFICIÊNCIA				COERÊNCIA				RELEVÂNCIA			
	Mín	Máx	Média	IVC	Mín	Máx	Média	IVC	Mín	Máx	Média	IVC
Distrito	4	4	4	1	3	4	3,888889	1	4	4	4	
Os irmãos	3	4	3,777778	1	3	4	3,888889	1	3	4	3,888889	1
Após as	3	4	3,888889	1	3	4	3,888889	1	4	4	4	1

(continuação)

Dominân	4	4	4	1	4	4	4	1	4	4	4	1
(continua)												
Patologia	4	4	4	1	4	4	4	1	4	4	4	1
Se sim	4	4	4	1	4	4	4	1	4	4	4	1
Que tipo	4	4	4	1	4	4	4	1	4	4	4	1
Na maioria	4	4	4	1	3	4	3,888889	1	4	4	4	1
Concord	4	4	4	1	4	4	4	1	3	4	3,888889	1
Se sim	4	4	4	1	4	4	4	1	4	4	4	1
Manipular	3	4	3,888889	1	3	4	3,888889	1	4	4	4	1
Alguma	4	4	4	1	4	4	4	1	4	4	4	1
Se sim	4	4	4	1	4	4	4	1	4	4	4	1
Caso seja	4	4	4	1	4	4	4	1	4	4	4	1
Familiar	4	4	4	1	4	4	4	1	4	4	4	1
Riscos	2	4	3,777778	0,875	4	4	4	1	4	4	4	1

CLAREZA				PERTINÊNCIA			
Mín	Máx	Média	IVC	Mín	Máx	Média	IVC
4	4	4	1	3	4	3,888889	1
3	4	3,777778	1	3	4	3,888889	1
3	4	3,888889	1	3	4	3,888889	1
4	4	4	1	4	4	4	1
4	4	4	1	4	4	4	1
4	4	4	1	4	4	4	1

(conclusão)

4	4	4	1	4	4	4	1
4	4	4	1	4	4	4	1
4	4	4	1	3	4	3,888889	1
4	4	4	1	4	4	4	1
4	4	4	1	4	4	4	1
4	4	4	1	4	4	4	1
4	4	4	1	4	4	4	1
4	4	4	1	4	4	4	1
4	4	4	1	4	4	4	1
2	4	3,666667	0,875	4	4	4	1