



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**LIA MACHADO FIUZA FIALHO**

**QUALIDADE DE VIDA NA INFÂNCIA: VISÃO DE ALUNOS  
DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE ENSINO**

**Fortaleza**

**2006**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**LIA MACHADO FIUZA FIALHO**

**QUALIDADE DE VIDA NA INFÂNCIA: VISÃO DE ALUNOS  
DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao  
Mestrado em Educação em  
Saúde, como requisito  
obrigatório para obtenção do  
título de mestre.

Prof<sup>a</sup>.dr<sup>a</sup>. Maria Teresa Moreno  
Valdés - Orientadora

Prof<sup>a</sup>.dr<sup>a</sup>. Ana Maria Fontenelle  
Catrib – Co-orientadora.

Fortaleza - Ceará

2006

**QUALIDADE DE VIDA NA INFÂNCIA: VISÃO DE ALUNOS DA REDE PÚBLICA E  
PRIVADA DE ENSINO**

Dissertação aprovada em: 07 de dezembro de 2006

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> dr.<sup>a</sup> Maria Teresa Moreno Valdés – UNIFOR

ORIENTADORA

---

Prof.<sup>a</sup> dr.<sup>a</sup> Luiza Jane Eyre de Souza Vieira – UNIFOR

PRESIDENTE

---

Prof.<sup>a</sup> dr.<sup>a</sup> Maristela Lage Alencar – UFC

1º MEMBRO EFETIVO

---

Prof.<sup>a</sup> dr.<sup>a</sup> Mirna Albuquerque Frota – UNIFOR

2º MEMBRO EFETIVO

À professora doutora Maristela, por tanta confiança, credibilidade e incentivo ao ingresso no mestrado.

À professora doutora Maité, que acompanhou meus passos com o devido compromisso, responsabilidade e, acima de tudo, com paciência e carinho.

À professora doutora Ana Catrib, que se mostrou solidária e participou como co-orientadora no estudo.

Aos outros professores, que colaboraram com disponibilidade e ensinamentos valiosos.

À família, pela compreensão de minha ausência em alguns momentos e pelo apoio sempre que se fez necessário.

## **AGRADECIMENTOS**

À família, professores e amigos que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.

À professora Anya, que, com muita disponibilidade, prestou assessoria na análise estatística dos resultados do estudo.

À FUNCAP, pelo financiamento do estudo.

## RESUMO

A Qualidade de Vida (QV) na infância tem sido tratada como conceito subjetivo e multidimensional que abrange diversos domínios. O objetivo do estudo foi avaliar a QV infantil no contexto da escola pública e privada, ressaltando as dimensões mais relevantes de QV na ótica da criança e a relação da QV com o rendimento escolar. A pesquisa adota um estudo de natureza descritiva do tipo quantitativo e utiliza ferramentas qualitativas de avaliação. Foi desenvolvida em um colégio privado e em outro público no município de Fortaleza-Ceará-Brasil em 2006; incluiu 90 crianças, sendo 47 do sexo masculino e 43 do feminino, com idades entre oito e onze anos, que estavam regularmente matriculadas na terceira série do ensino fundamental I. Foi aplicado o questionário AUQEI, com uma nota de corte de 48, AUQEI qualitativo e imagens com as Dimensões de QV. Os dados obtidos foram pontuados mediante análise de conteúdo (Bardin, 1997) e o programa estatístico SPSS. Comprovou-se que a QV geral das crianças foi satisfatória, atestando um escore médio final de 51,17; as categorias referentes à felicidade foram Família, Acesso a bens materiais e Lazer, enquanto que as relacionadas à infelicidade dizem respeito a Brigas, Ausência da família e Morte/doença; já as dimensões mais relevantes expressas apontam o Rendimento (72,2%), Bem-estar Físico e Emocional (67,0%), Relações Interpessoais (61,5%), Bem-estar Coletivo e Valores (54,4%), Atividades Recreativas (52,0%) e Bem-estar Material (42,8%); não ocorreu correlação entre o Rendimento Escolar e a QV. Com efeito, mesmo atingindo um nível bom de QV, é sobremaneira necessário que se desenvolvam trabalhos com suportes teóricos congruentes ao enfoque da Escola Promotora de Saúde e suas estratégias e ações, enfatizando a QV como um dos eixos fundamentais para a promoção da saúde na escola.

Palavras-chave: Qualidade de Vida na Infância; Crianças; Escola; Promoção de Saúde.

## ABSTRACT

The Quality of Life (QL) in the childhood has been treated as subjective and multidimensional conceptions which embrace several dominions. The objective of this application (or study) was to evaluate the infantile QL, in the context of the public and private school, standing out the most relevant dimensions of the QL in the child's perspective and the relation of the QL with the scholar efficiency. The research adopts a sort of reported study, the quantitative type, and uses qualitative tools for evaluation. It was developed in a private school and also in a public school in Fortaleza –Ceará- Brazil in 2006. In that work were involved 90 children; 47 male and 43 female aged between 8 and 11 years old, all matriculated in the 3<sup>rd</sup> grade of the elementary school. It was applied the AUQEI questionnaire, with a grade of 48, qualitative AUQEI and images with the QL dimension. The acquired data were rated according to the content analyses (Bardin, 1997) and also to the statistics program SPSS. It was proved that in general children QL was satisfactory, presenting an average score of 51,17. The categories which refer to happiness were: Family, Access to material possessions, and Leisure, while the categories related to unhappiness were about Arguments and fights in family, Family absence, and Death/diseases. However the most relevant dimensions expressed shows the Income (72,2%), Physical and Emotional well being (67,0%), Personal Relationships (61,5%) Collective well being and Values (54,4%), Leisure activities (52,0%), and Material well being (42,8%). It didn't occur any relation between the scholar efficiency and the QL. Therefore, even reaching a good level of QL it is necessary to develop the work with theoretical support congruent to the "Escola Promotora de Saúde" perspective, and also to their strategies and actions, emphasizing the QL as a fundamental pivot (axle) to the promotion of the school health.

Key words: Quality of life in the childhood; Children; School; Health promotion.



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Comparação dos Fatores de Qualidade de Vida por Grupo.....	71
Gráfico 02 – Relevância das Dimensões para o total de Crianças.....	73
Gráfico 03 – Relevância das Dimensões para as Crianças da Escola Pública.....	74
Gráfico 04 – Relevância das Dimensões para as Crianças da Escola Particular.....	74
Gráfico 05 – Comparação da Relevância das Dimensões por Grupo.....	75
Gráfico 06 – Correlação entre Qualidade de Vida e Rendimento Escolar.....	77

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Criança por instituição e sexo.....	50
Tabela 02 – Idade das crianças.....	50
Tabela 03 – Escores de Qualidade de Vida por Grupo.....	64
Tabela 04 – Escores de Qualidade de Vida por Sexo.....	69
Tabela 05 – Pontuação dos fatores de Qualidade de Vida na Escola Pública.....	69
Tabela 06 – Pontuação dos fatores de Qualidade de Vida na Escola Particular.....	70

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Relação dos objetivos com os instrumentos utilizados para coleta de dados.....	53
Quadro 02 – Perfil dos expertos.....	56
Quadro 03 – Categorias relacionadas à Felicidade.....	62
Quadro 04 – Categorias relacionadas à Infelicidade.....	63
Quadro 05 – Pontuação da questão 14 (“quando você fica internado no hospital”) na escola pública.....	64
Quadro 06 - Pontuação da questão 14 (“quando você fica internado no hospital”) na escola particular.....	65
Quadro 07 - Pontuação da questão 23 (“quando você está longe de sua família”) na escola pública.....	65
Quadro 08 - Pontuação da questão 23 (“quando você está longe de sua família”) na escola particular.....	65
Quadro 09 - Pontuação da questão 21 (“durante as férias”) na escola pública.....	66
Quadro 10 - Pontuação da questão 07 (“em momentos de brincadeiras, durante o recreio escolar”) na escola pública.....	66
Quadro 11 - Pontuação da questão 06 (“quando você vê uma foto sua”) na escola pública.....	67
Quadro 12 - Pontuação da questão 21 (“durante as férias”) na escola particular.....	67
Quadro 13 - Pontuação da questão 11 (“no dia do seu aniversário”) na escola particular.....	67
Quadro 14 - Pontuação da questão 13 (“quando você pensa em sua mãe”) na escola particular.....	68
Quadro 15 – Comparação dos Fatores de Qualidade de Vida por Grupo.....	70
Quadro 16 - Comparação dos Fatores de Qualidade de Vida por Sexo.....	72
Quadro 17 – Média de Relevância das Dimensões por Grupo.....	76

## **LISTA DE SIGLAS**

QV – Qualidade de Vida

EQV – Escore de Qualidade de Vida

AUQEI – Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

ICV – Índice de Condições de Vida

DP – Desvio Padrão

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

DeCS – Descritores em Ciência da Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

NEE – Necessidades Educacionais Especiais

PCNs – Parâmetros Curriculares Nacionais

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	19
1.1 Qualidade de vida: conceitos e histórico .....	19
1.2 Qualidade de vida na infância .....	24
1.3 Promoção de saúde na escola e qualidade de vida .....	29
<b>2. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO</b> .....	47
2.1 Tipo de estudo.....	47
2.2 Local da pesquisa.....	48
2.3 Participantes.....	49
2.4 Pré-teste do Instrumento .....	51
2.5 Coleta de dados.....	52
2.5.1 Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé - AUQEI - qualitativo.....	54
2.5.2 Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé - (AUQEI) - quantitativo.....	55
2.5.3 Dimensões de Qualidade de vida.....	55
2.5.4 Histórico Escolar.....	57
2.6 Análise dos dados .....	57
2.6.1 Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé - AUQEI - qualitativo.....	58
2.6.2 Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé - AUQEI - quantitativo.....	59
2.6.3 Dimensões de Qualidade de Vida.....	60
2.6.4 Histórico Escolar.....	60
2.7 Aspectos éticos.....	60

<b>3. RESULTADOS</b> .....	62
3.1 Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé - (AUQEI) - qualitativo.....	62
3.2 Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé - (AUQEI) - quantitativo.....	63
3.3 Dimensões de Qualidade de Vida.....	72
3.4 Histórico Escolar.....	76
<b>4. DISCUSSÃO</b> .....	78
<b>REFLEXÕES CONCLUSIVAS</b> .....	86
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	89
<b>ANEXOS</b> .....	97
Anexo A: Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé (AUQEI) .....	98
Anexo B: Faces do Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé (AUQEI) .....	99
<b>APÊNDICES</b> .....	100
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	101
Apêndice B: Termo de Autorização para uso de Imagens .....	102
Apêndice C: Termo de Autorização do Fiel Depositário.....	103
Apêndice D: Ofício do Comitê de Ética com Aprovação da Pesquisa.....	104

## INTRODUÇÃO

Qualidade de vida (QV) constitui uma noção eminentemente humana e abrange vários significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos (MINAYO *et al.*, 2000; DANTAS, SAWADA & MALERBO, 2003). Na maioria das citações, o termo aparece sempre com sentido bastante genérico. Schalock e investigadores (2003) acentuam que os conceitos e modelos de qualidade de vida variam potencialmente de país para país e até mesmo de região para região de países.

Apesar de não haver um consenso, existe razoável concordância entre os pesquisadores acerca das características do construto QV: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas (GUYATT *et al.* apud FLECK, 2001).

Nessa perspectiva, a qualidade de vida está relacionada ao grau de satisfação nas percepções familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores individuais ou coletivos que a ele se reportam em diferentes épocas, espaços e história, sendo, portanto, uma construção social (MINAYO *et al.*, 2000).

O enfoque ecológico na análise da QV tem influído em modelos que avaliam o micro, meso e macrosistema em que se insere o indivíduo e estabelecem dimensões a serem consideradas. Assim, Schalock & Verdugo (2003) propuseram oito dimensões: 1) bem-estar emocional (segurança, estabilidade e *feedback* positivo das pessoas que nos cercam); 2) relações interpessoais (amizades e apoio familiar); 3) bem-estar material; 4) desenvolvimento pessoal (educação e reabilitação funcional); 5) bem-estar físico (atenção sanitária, hábitos saudáveis e nutrição apropriada); 6) auto-determinação (controle e determinação nas decisões e metas pessoais); 7) inclusão social (laços de integração na comunidade e pelo voluntariado); e 8) direitos (acesso ao voto, processos legais e oportunidades para assumir responsabilidades cívicas).

Os estudos sobre QV infantil são bem menos numerosos do que em adultos, e estão concentrados, predominantemente, no campo da pediatria, investigando fundamentalmente crianças com doenças crônicas. Quanto à QV no contexto escolar, são ainda menos freqüentes.

Dentre as pesquisas em QV infantil, aparece a tendência em questionar os pais ou responsáveis acerca de suas percepções em relação às satisfações e insatisfações das crianças. No entanto, essas pesquisas correm grandes riscos de viés, já que nem sempre um ente próximo detém real e perfeita visão dos sentimentos íntimos e subjetivos da criança.

Sabeh e Verdugo (2002) referem que, em estudo de revisão bibliográfica abrangendo o período de 1985 a 1996, existe uma grande escassez de artigos centrados na infância e que, em geral, se referem superficialmente ao conceito e avaliam apenas algumas dimensões ou indicadores de QV (competências social e cognitivas e estresse). No entanto, a QV, como conceito holístico e multidimensional, junto à avaliação do nível de satisfação ou bem-estar da criança a partir de seu próprio ponto de vista, só passou a ser estudado recentemente de forma um tanto elementar, devido à precariedade de modelos conceituais estruturados e fundamentados (SABEH & VERDUGO, 2006).

Urge referir que, quando se trata de crianças, as dimensões de QV aparecem levemente modificadas. De acordo com a pesquisa qualitativa realizada por Verdugo & Sabeh (2002), são focalizadas:

1- Ócio e atividades recreativas (relativos ao tempo livre ou de lazer com jogos, esportes, televisão, filmes, dentre outras atividades recreativas, que podem ser desenvolvidas de formas individuais ou coletivas);

2- Rendimento (referente ao desempenho e às atividades escolares);

3- Relações interpessoais (expressas pela qualidade das relações com colegas de escola, amigos, conhecidos, familiares e até animais);



4- Bem-estar físico e emocional (que diz respeito ao seu estado físico ou de saúde, bem como de seus familiares e entes queridos, e a percepção e preocupação com seu estado de ânimo e bem-estar geral);

5- Bem-estar coletivo e valores (desejo de melhora ou insatisfações expressas em relação à situação social, econômica e política, que percebe do meio cultural no qual se insere, assim como em relação a valores);

6- Bem-estar material (vinculado a objetos de valores como brinquedos, por exemplo, e às características de seu ambiente de moradia e social).

A Qualidade de Vida no contexto escolar se configura, por conseguinte, um elemento essencial para a boa aprendizagem e desenvolvimento da criança. Logo, as escolas que reconheçam a importância da QV dos seus alunos alcançarão, de maneira mais eficaz, seus objetivos (AERTS et al. 2004).

Com frequência, as comunidades educativas se sobrecarregam com múltiplas intervenções desarticuladas, visando à resolução de objetivos e problemas específicos, deixando de apontar estratégias operacionais transparentes e articuladas envolvendo a política, educação para saúde, serviços de saúde e nutrição, dentre outros componentes, de modo a avançar no logro dos objetivos comuns de promoção da saúde, bem-estar, educação e de uma escola estruturada (IPPOLITO–SHEPHERD, 2003).

Os programas de saúde escolar são, tradicionalmente, considerados responsabilidade exclusiva do setor saúde, ficando as escolas como receptoras passivas das intervenções realizadas por seus agentes externos, geralmente de forma esporádica, com enfoque na prevenção.

A proposta de Escola Promotora de Saúde representa uma estratégia global e integradora para a provisão de saúde e QV na escola, que transcende a visão assistencialista e curativa, fundamentando suas ações na interdisciplinaridade dos educadores com os profissionais da saúde e a comunidade, propiciando promoção de saúde no âmbito da instituição.

Ferreira, em 2005, desenvolveu um estudo acerca da QV de crianças de 4 a 6 anos, provenientes da educação infantil de uma escola pública do município de Fortaleza – Ceará – Brasil e, após constatar que atividade lúdica constitui o principal elemento para a aquisição da qualidade de vida infantil dos envolvidos, destacou a necessidade de desenvolver estudos em outros níveis de ensino e com a população de diferentes classes sociais.

Apesar de ser relevante que as crianças desfrutem de bem-estar pessoal, familiar e social, alcançando ótima QV, ainda são insuficientes os trabalhos que investigam sobre esta temática. Pesquisas que se dedicam ao estudo da QV infantil, na maioria dos casos, focam suas atenções em crianças com agravos na saúde.

Tendo em vista as seis dimensões de QV infantil na escola, pretende-se desenvolver um estudo avaliativo da QV com crianças de 8 a 11 anos que cursem a terceira série (atual quarto ano) do ensino fundamental I, identificando as dimensões mais relevantes de QV na perspectiva da própria criança, ressaltando a possível correlação entre a dimensão de Rendimento e o escore final de QV dos educandos e comparando esses resultados entre alunos da escola pública e privada.

Levando em consideração que em Fortaleza, como nas demais cidades metropolitanas do Brasil, as crianças que estudam na rede pública e privada de ensino são distintas quanto a sua classe econômica, torna-se relevante o estudo de qualidade de vida na escola estudando uma amostra que não representa apenas uma dessas realidades.

A QV reveste-se de característica multidimensional, incluindo indicadores objetivos e sua valoração subjetiva. Assim, conhece-se adequado estudar a percepção de escolares provenientes de realidades sócio-econômicas diferentes, como é o caso do aluno que frequenta a escola pública ou a privada. Com efeito, a percepção sobre a qualidade de vida varia de acordo com a cultura, os valores sociais e o período histórico em que se insere o indivíduo. (MINAYO, 2000).

Na qualidade de pedagoga atuando na área escolar há mais de sete anos, denoto a insuficiente preocupação de muitos pais com a QV de seus filhos: costumam demonstrar que a criança não apresenta problemas, desfrutam de uma vida maravilhosa e, por este motivo, não dedicam a atenção devida a respeito dessa temática. Em contrapartida, é crescente o número de crianças que procuram atendimento psicológico ou mesmo psiquiátrico, embora apresentem perfeito estado físico.

Urge ressaltar que esse estudo expressa indubitável relevância, considere-se: a escassez de publicações acerca de QV de crianças sem patologias específicas; a definição, por meio de análise, das dimensões de QV mais relevantes na óptica da criança; a ausência de estudos brasileiros que investigam a QV de escolares; a crescente preocupação política e social de melhorar a QV da população a viabilização de reflexões e intervenções no universo infantil que visam à melhoria da QV das crianças. O estudo que avalia a QV e identifica as suas dimensões mais relevantes, contudo, constitui importante fator para que se possa intervir na melhoria da QV infantil.

Assim posto, estudo que avalia QV e identifica suas dimensões mais relevantes se constitui importante fator para que se possa intervir na melhoria da QV infantil. Nessa perspectiva, esse estudo apresenta os seguintes objetivos:

#### Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade de vida infantil no contexto da escola pública e privada.

#### Objetivos Específicos

- Comparar a qualidade de vida evidenciada nas escolas pesquisadas;
- Relacionar os escores dos fatores de qualidade de vida dos alunos das escolas pública e privada.

- Identificar as dimensões mais relevantes da qualidade de vida das crianças na escola;
- Investigar se há relação entre o rendimento escolar e a QV dos alunos.

## 1. REVISÃO DE LITERATURA

### 1.1 Qualidade de Vida: um breve histórico

Há indícios de que a expressão “qualidade de vida” surgiu primeiramente na década de 1930 em literatura médica, todavia, omitindo clareza e consistência quanto ao seu significado e mensuração. Só a partir de 1950, particularmente no princípio de 1960, houve incremento pelo bem-estar humano e atenção quanto às conseqüências da industrialização no indivíduo (SEIDL & ZANNON, 2004).

Desde a sua primeira citação, em 1964, pelo então presidente dos EUA, Lyndon Johnson, a expressão qualidade de vida (QV) recebe atenção crescente no bojo de muitos programas de promoção da saúde (FLECK *et al* , 1999).

Dentre as primeiras revistas científicas a publicarem estudos sobre QV nos EUA, merecem destaque a “Social Indicators Research”, em 1974, e a “Sociological Abstracts”, em 1979, que concisamente contribuíram para a expansão teórica e metodológica deste construto (GÓMEZ-VELA & SABEH, 2004).

Em meados da década de 1970, teve início a superação da idéia de QV vinculada apenas a indicadores objetivos e estatísticos: convertendo-se em conceito guia de vários programas políticos.

A rigor, o interesse pela Qualidade de Vida existe há muito tempo, entretanto, o surgimento de sua conceituação como tal e a preocupação pela avaliação sistemática e científica do mesmo é relativamente recente. A noção do construto inicia sua popularização na década de 1960, até passar a ser um conceito utilizado em âmbitos muito diversos: saúde, saúde mental, educação, economia e mundo dos serviços em geral (GÓMEZ-VELA & SABEH, 2004.).

A categoria qualidade de vida, com efeito, era usualmente utilizada, de maneira abrangente e imprecisa e vinculada à saúde na linguagem médica. Na

verdade, a expressão passou a ser incorporada na prática profissional, vinculada à melhoria nas condições de vida dos doentes, visando, de maneira prioritária ou por vezes até exclusivamente, à melhora na saúde, consecutivamente, generalizando este estado clínico à qualidade de vida geral da pessoa.

As expressões “condições de saúde”, “funcionamento social” e “qualidade de vida” são usadas como sinônimos. Fleck et al, (1999) consideram, no entanto, que a terminologia qualidade de vida é mais ampla e inclui uma variedade maior de condições que podem interferir nas percepções, sentimentos e comportamentos do indivíduo relacionados ao seu cotidiano, incluindo sua condição de saúde e as intervenções médicas.

Na área da saúde, há duas tendências para definir a expressão qualidade de vida: como um conceito mais genérico e amplo, sem referir-se a doenças crônicas ou enfermidades de outra natureza, e qualidade de vida relacionada à saúde (health-related quality of life), que implica aspectos mais ligados a disfunções, agravos ou intervenções em saúde (SEIDL & ZANNON, 2004).

A noção de QV, de um lado, está relacionada ao modo, condições e estilo de vida e, de outra parte, inclui idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana, relacionando-se, por fim, ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais.

O conceito de *status* de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade, contribuiu para a dimensão comportamental do conceito de QV que representa o efeito da doença e de seu tratamento sobre o modo como o paciente reage nas circunstâncias da vida. Neste contexto, a QV é conceituada como a percepção que o indivíduo tem de sua vida, cultura, relações de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Em 1974, o ministro da Saúde e Bem-Estar do Canadá (Marc Lalonde) propôs mudanças radicais no setor da saúde, em documento intitulado “Nova perspectiva

sobre a saúde”, o que motivou a realização da Primeira Conferência Internacional sobre Assistência Primária à Saúde, em Alma Ata, no Casaquistão, no ano de 1978. Esse documento é importante na desmistificação do vínculo de saúde unicamente à ausência de doenças. Nesse contexto, o conceito de QV não era apenas vinculado à saúde física.

Após a Declaração de Alma Ata, efetuaram-se discussões significativas, as quais estimularam a publicação de inúmeros trabalhos: Carta de Otawa e Declarações de Adelaide, Sundswall, Santafé de Bogotá, Jacarta, México e Rede de Megapaíses sobre qualidade de vida.

*Consoante essa mudança de paradigma, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças. (SEIDL & ZANNON, 2004 p. 580)*

A rigor, para Buss (2000), proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a QV “vivida” e a capacidade de autonomia e bem-estar, que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas.

Com efeito, para originar melhor QV, não é necessário somente o empenho de profissionais da saúde, mas igualmente a prática da interdisciplinaridade como fundamento básico. A participação de todos os setores da sociedade se configura de suma importância, haja vista que a visão isolada e fragmentada de saúde precisa ser substituída pela perspectiva global, por incorporar o maior número possível de conhecimento sobre diversas áreas, como políticas públicas, meio ambiente, educação, economia, dentre outras.

Na tentativa de conferir bem-estar, todos os esforços são válidos, afinal as condições físicas e psicossociais nos espaços onde as pessoas vivem, estudam, trabalham e se divertem sempre podem ser melhoradas. Essa ajuda, no entanto, pode ser mais eficaz à medida que houver uma capacitação do indivíduo para o exercício da cidadania.

Conforme a definição apresentada pelos técnicos do ministério da Saúde,

*Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. (BRASIL, 2001, p. 19).*

Logo, observa-se que essa capacitação parte de dentro para fora de cada pessoa: a seu ritmo. Desse modo, convém assinalar que os cidadãos com maior nível de educação crítica e visão global da realidade que os cerca podem despertar no próximo a semente da reflexão crítica e mostrar a força que a união social pode ter na luta e conquista de melhorias e direitos já preestabelecidos em lei. Para tal, a educação é de importância incontestável.

Com emprego difuso em diversas áreas - saúde, cuidados ambientais e sanitários, social, educação e serviços em geral - vários estudos se empenharam em conceituar e elaborar instrumentos de avaliação de QV durante os anos de 1990. Para mensurar a qualidade de vida de um indivíduo, ressaltava-se a necessidade de observar variados aspectos: educação, alimentação, renda, paz, habitação, justiça social, eqüidade, ecossistema estável, recursos sustentáveis, inclusão social, dentre outros.

Nos últimos anos, diversos instrumentos foram constituídos no intuito de mensurar a qualidade de vida. Provavelmente o mais conhecido e difundido seja o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), concebido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, que visa a medir a QV, somando e dividindo por três os níveis de educação, saúde e renda da população.

Tal instrumento, contudo, leva em consideração aspectos puramente objetivos, como nível de renda, produto interno bruto, índice de desemprego, expectativa de vida ao nascer, taxa de alfabetização e matrícula nos diversos níveis



escolares. Porém encerra defeitos, pois parte do princípio de que saúde, educação e renda têm a mesma relevância para a vida do indivíduo.

É óbvio que o uso exclusivo do IDH para mensurar a QV é superficial e demasiadamente genérico, visto que o indivíduo pode perfeitamente ter alta escolaridade, boa renda e gozo de saúde perfeita e, mesmo assim estar com sua QV afetada por fatores psicológicos e pessoais não passíveis de mensuração por instrumento objetivo. Bem como, não é verdadeiro o fato de educação, saúde e renda influenciarem igualmente no grau de satisfação e felicidade na vida da pessoa. O IDH obtém, entretanto, ampla aceitação e ainda influencia a criação de instrumentos semelhantes, como o Índice de Condições de Vida (ICV).

Instrumentos puramente objetivos são insuficientes para, de forma isolada, avaliar a qualidade de vida, porém, podem colaborar na mensuração da QV quando utilizados paralelamente a outros instrumentos mais subjetivos e multidimensionais.

Na atualidade o construto QV ainda recebe definições e significações variadas, no entanto, a maioria dos autores concorda com a subjetividade e multidimensionalidade da expressão.

Nesse sentido, Verdugo e Ramis (2005), esclarecem:

*Ainda que a qualidade de vida seja de suma importância para cada um de nós, sua relevância para a educação, a saúde, os serviços sociais, e para as famílias tem sido mais evidente nas últimas décadas, que por sua vez foram influenciadas pela revolução da qualidade, com sua ênfase em produtos e resultados de qualidade; e pelo movimento de reforma das instituições. Falando em geral a importância do conceito de qualidade de vida reside em que proporciona um marco geral centrado na pessoa – ou na família – e um conjunto de princípios para melhorar o bem-estar subjetivo e psicológico das pessoas (p. 21).*

A expressão QV abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades em épocas e histórias diferentes, tornando-se uma formulação social com a marca da relatividade cultural (MINAYO *et al*, 2000).

Schalock & Verdugo (2003) sugerem três níveis de sistemas que afetam nas pessoas a QV: (1) macrosistema - que envolve os padrões culturais mais amplos, como política, economia e tendências sociais que afetam os valores e conceitos; (2) mesossistema - relativo à comunidade social que cerca o indivíduo, como vizinhos, prestadores de serviços que mantêm contato pouco esporádico e outros; e (3) microsistema - representado pelos indivíduos e locais ligados diretamente a cada qual, como a família, escola, lar, amigos íntimos, entre outros.

## **1.2 Qualidade de vida na infância**

Em pleno século XXI, ainda são insuficientes os estudos sobre qualidade de vida em crianças (SABEH, VERDUGO E PRIETO, 2006) e parcamente na escola, de modo específico no Brasil, o que torna as pesquisas nessas áreas pioneiras e significativas.

Desde uma perspectiva histórica, os estudos sobre QV infantil são menos numerosos que em adultos (EISER & MORSE, 2001) e têm sido realizados predominantemente no campo da QV relacionada à saúde, investigando crianças com enfermidades crônicas, embora ainda não formem parte das práticas clínicas de rotina (EISER, EISER & STRIDE, 2005).

QV infantil tem sido definida como um conceito subjetivo e multidimensional que inclui a capacidade funcional e a interação social da criança e sua família (BRASIL, FERRIANI & MACHADO, 2003). Outros autores conciliam em sua multidimensionalidade e assinalam que abrange vários domínios centrais, como condições materiais, condições físicas e habilidades funcionais, interação social e bem-estar emocional. Ambas as definições são provenientes de estudos que avaliam crianças com deficiência, desde um enfoque de QV relacionada à saúde (WHITE-KONING *et al*, 2005).

Observa-se que as preocupações acerca da infância crescem a cada dia e mais: chama a atenção de psiquiatras, psicólogos e psicopedagogos o aumento da demanda de crianças necessitadas de tratamentos especializados decorrentes de problemas emocionais.

Estudando a Q.V. das crianças, é possível detectar, na maioria dos casos, as maiores satisfações (alegrias) e insatisfações (tristezas), possibilitando o desenvolvimento de projetos que viabilizem maior número de situações alegres e minimização de circunstâncias conflitantes ou geradoras de insatisfações.

Ainda se denota, porém, pouca atenção a estudos criteriosos acerca das satisfações e conflitos vivenciados pela criança que podem afetar sua QV geral. Muitos acreditam que ser criança é o suficiente para ser feliz e que os pequenos nada têm a reclamar, pois vida melhor e mais despreocupada que a deles não existe.

Destarte, quando se pesquisa Q.V. na infância, os achados são pouco freqüentes, o que indica a pequena atenção dispensada aos estudos do universo infantil, levando em consideração os próprios relatos sobre seus anseios, alegrias e tristezas (GÓMEZ-VELA & SABEH, 2004). Ninguém mais habilitado a falar de suas experiências do que o próprio indivíduo, mas, quando se trata de criança, erroneamente há uma tendência a se pensar que o responsável por ela sabe perfeitamente sobre seus pensamentos e interesses.

Buscando identificar quais eram as dimensões de QV relevantes para as crianças na Argentina e Espanha, Verdugo & Sabeh (2002) desenvolveram um estudo inicial, de tipo qualitativo em que participaram 199 crianças de 8 a 12 anos, que permitiu identificar as seguintes dimensões: Ócio e atividades recreativas, Rendimento, Relações Interpessoais, Bem-estar físico e emocional, Bem-estar Coletivo e Valores e Bem-estar material.

Uma proposta de conceitualização, que considera o estudo antes descrito, define a QV na infância como a percepção subjetiva da criança em conjunção com aspectos objetivos referidos a cinco domínios: Desenvolvimento Pessoal e

Atividades, Relações Interpessoais, Bem-estar Físico, Bem-estar Emocional e Bem-estar Material, (SABEH, *et al*, 2003; SABEH, VERDUGO e PRIETO, 2006).

A definição do conteúdo dos domínios estabelecidos em 2003 permite apreciar as relações com as dimensões do estudo inicial de 2002, observando que Ócio e Atividades Recreativas e Rendimento passaram a formar parte do domínio Desenvolvimento Pessoal e Atividades, e que Bem-estar Físico e Emocional se dividiram em domínios independentes.

Verdugo e Sabeh (2002), quando questionam crianças sobre o que as fazem sentir-se felizes, constatam que as respostas da primeira pergunta das crianças argentinas de 8 anos se referem, com maior frequência, ao ócio e atividades recreativas (46%), em seguida às relações interpessoais (27%) e ao bem-estar material (13%). As crianças espanholas de 8 anos identificam também ócio e atividades recreativas (49%) com maior frequência em relação a experiências de satisfação, seguidas assim mesmo das relações interpessoais (33%) e logo o rendimento e bem-estar material, ambas com 9% das respostas. E as crianças pertencentes ao terceiro nível da escola especial (entre 11 e 14 anos) responderam primeiro a dimensão de ócio e atividades recreativas (48%), seguida de bem-estar material (22%) e de rendimento (18%).

Contudo, a identificação das dimensões de QV e o quanto cada uma delas interfere no bem-estar da criança se constituem importantes fatores para que se possa intervir na melhoria da QV infantil.

No Brasil, os estudos sobre QV infantil no contexto escolar estão em fase inicial. Um estudo realizado por Dantas, Sawada e Malerbo (2003) analisou a produção científica sobre QV de universidades públicas do estado de São Paulo com ampla tradição de investigação. Esse estudo foi de tipo exploratório descritivo, com dados coletados através de bibliotecas virtuais das universidades escolhidas. Foram analisados 53 estudos, sendo 29 (54,7%) provenientes da Universidade de São Paulo (USP) e 24 (45,3%) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Apenas um trabalho analisou a QV de crianças e estava especificamente relacionado com a saúde.

Foi realizado um levantamento de publicações no tocante à QV de crianças na escola, objetivando investigar a quantidade de estudos publicados sobre essa temática, analisando os conceitos, metodologia, instrumentos utilizados, bem como os resultados e conclusões dos autores. O levantamento ocorreu no início com busca em periódicos indexados nos bancos de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no National Library of Medicine (MEDLINE) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO), no período de 1996 a 2006. A busca principiou mediante o acesso ao site [www.bireme.br](http://www.bireme.br), por meio da Terminologia em Saúde sendo consultados os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e identificados os seguintes descritores: qualidade de vida, calidad de vida, quality of life, criança, niño e child.

Em seguida, no site da Bireme, foram acessados os bancos de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO, no dia 02 de março de 2006, utilizando, para busca, a palavra qualidade de vida nos idiomas referentes, como Descritor de assunto. Tendo em vista que o estudo tem foco na criança inserida na escola, a pesquisa foi refinada no formulário básico, adicionando as palavras criança e escola. Sendo encontradas 3 publicações no LILACS, 4 na BIREME e 2 no SCIELO.

Dentre os poucos registros encontrados (9), a maioria não analisa especificamente QV na escola, pois discute sobre QV de sujeitos com patologias específicas, como transplantado de medula óssea, portador de HIV, portadores de doenças respiratórias, pacientes em estado terminal e nascidos pré-termo; os que não tinham foco em saúde física (2), não atendiam as necessidades da pesquisa, tendo em vista que falavam de mulheres trabalhadoras de creches e a importância do tempo que os pais passam com seus filhos.

Constata-se, deste modo, que existem poucos estudos investigativos sobre o assunto e que a maioria das publicações ainda está vinculada à idéia de melhorar o estado clínico para aumentar QV. No entanto, como já foi discutido anteriormente,

estudar a QV de um indivíduo exige a investigação subjetiva de diversos aspectos, não sendo possível mensurar QV levando em consideração apenas o bem-estar físico.

Ademais, a OMS considera que se deveria prioritariamente medir a QV de pacientes crônicos, seus componentes familiares e pessoas de suporte, aqueles em situações extremas, com dificuldade de comunicação, e crianças. Portanto, os estudos concentram-se nos pacientes crônicos, o que é facilmente evidenciável nas bases bibliográficas (MINAYO *et al*, 2000).

Especificamente nas crianças, a avaliação da Qualidade de Vida, além de subjetiva e multidimensional, inclui também em larga escala a interação psicossocial tanto da criança quanto da família e sua capacidade funcional. (VERDUGO & SCHALOCK, 2006). Desse modo,

*Contemplar o aluno desde uma perspectiva integral, planificar a ação educativa partindo do aluno e suas necessidades com o fim de satisfazê-las e alcançar seu máximo desenvolvimento social, e promover ambientes não restritivos, são alguns dos aspectos que vem permeando os planejamentos relacionados com a qualidade de vida no contexto educativo. (GÓMEZ-VELA & VERDUGO, 2003, p.483).*

É importante observar que o conceito de QV para a criança pode não ser o mesmo de seus pais, (JOKOVICH, 2004), porém, em linhas gerais, quanto maior o grau de satisfação com a vida e mais próximas da realidade estiverem suas aspirações de vida, maiores serão a satisfação pessoal e a QV da criança.

Tradicionalmente, as crianças têm sido consideradas como não confiáveis para responder acerca de sua própria QV, de forma que existe predominância da tendência de utilizar adultos (pais ou cuidadores, profissionais que os atendem) como fonte de informações, reconhecendo que podem existir diferenças entre o que é QV desde a visão de um adulto e da própria criança (ASSUMPÇÃO, *et al.* , 2000; EISER & MORESE, 2001; JOKOVICH, 2004). Esse fato tem despertado um crescente interesse por ouvir a própria criança, suas opiniões e critérios, o que metodologicamente se reflete em enfoques de avaliação que privilegiam e

fortalecem a criança como participante; surgimento de um maior número de provas a ser respondidas pela criança e incremento de estudos qualitativos (RAJMIL, 2001; HARDING, 2001; PREBIANCHI, 2003; SABEH, VERDUGO & PRIETO, 2006).

O grau de concordância entre pais e filhos sobre QV depende do domínio a ser examinado. A concordância mostra-se maior para as questões relacionadas a limitações funcionais do que para itens que dizem respeito a aspectos emocionais e bem-estar social. Em pesquisas com crianças sem patologia, contudo, o enfoque unicamente do adulto próximo pode acarretar viés à pesquisa.

É esperado que o conhecimento dos pais sobre seus filhos seja limitado, particularmente no que tange a atividades ou relacionamentos fora de casa e a estados de sentimentos internos. Essa hipótese é suportada pela constatação de níveis de concordância mais baixos para itens nos quais pais e crianças têm acesso a diferentes informações (como interação dos pares) e para aqueles mais abstratos, como as emoções (MELO, VALDÉS & PINTO, 2005).

Os estudos isolados que buscam avaliar a QV de crianças no Brasil utilizam, com maior frequência, os questionários Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé (AUQUEI) e o Child Health Questionnaire (CHQ), por serem os únicos validados para população infantil em nosso país. Expressam, a propósito, um nível geral de QV satisfatório, no entanto, não objetivam a promoção de projetos de intervenção para melhoria da QV. Os autores geralmente concordam a respeito da necessidade de maior surgimento e aprofundamento de pesquisas nessa área (ASSUMPÇÃO JR. *et al*, 2000; BRASIL *et al*, 2003).

### **1.3 Promoção da saúde na escola e qualidade de vida**

Consoante a reflexão de Wachowicz (2006), a educação escolar desempenha papel fundamental na construção de um indivíduo científico, pesquisador e produtor de conhecimento.

Portanto, nessa perspectiva, a escola deveria ser um espaço de construção que não se relaciona com o modelo mecanicista e compartimentado da educação, que, por vezes, ainda é vivenciado na atualidade. A visão de escola pretendida se substancia mediante a concretização da Escola Inclusiva – mundo concebido em suas diversas interações e relações – portanto idealiza-se “uma escola envolvida em uma ampla rede de conexões, sistêmica, promotora do ser humano, que perceba a natureza como fonte de vida e que discuta as relações do e no ambiente sob a ótica da bioética” (MOURA *et al*, 2006).

O sistema educacional público no Brasil tem-se apresentado com inúmeros problemas e graves conseqüências sociais, como evasão, dificuldades de aprendizagem, violência, marginalização, dentre outros. Essa realidade demonstra que o país pouco fez para atender às necessidades da educação básica ao longo da última década do século XX. E, segundo o pensamento de Guzzo (2003), “sem conseguir resolver os problemas fundamentais da Educação, entra no novo milênio com uma das piores realidades educacionais se comparada com a de outros países” (p.25)

Vale recordar que o contexto escolar precisa ser o mais atraente e estimulante possível para despertar o interesse do estudante, haja vista que a escola representa um espaço propício para desenvolver ações pedagógicas, visto que o educando ali passa grande e importante período de sua vida.

Igualmente, técnicos do Ministério da Saúde do Brasil, também apontam o período escolar como fundamental na promoção da saúde: as crianças e jovens passam parte considerável da vida, por ser a escola um ambiente favorável para a concretização de ações que promovam melhorias na qualidade de vida. Logo, deve merecer uma atenção crescente, quer com o objetivo de aperfeiçoar teorias e métodos que possam sustentar os estudos de desigualdades e iniquidades no processo Saúde Coletiva, quer com a preocupação de edificar sistemas de avaliação



que proporcionem a tomada de decisões no âmbito das Políticas de Saúde e paralelamente da qualidade de vida.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) (1997. p. 225), por oportuno, tratam da questão da promoção da saúde na escola, por intermédio da educação para aquisição de habilidades que propiciem intervenções atitudinais, possibilitando boa QV. Com efeito,

*A promoção da saúde ocorre quando são asseguradas as condições para a vida digna dos cidadãos, e, especificamente por meio da educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção de um ambiente saudável, de eficácia da sociedade na garantia da implantação de políticas públicas voltadas para qualidade de vida e dos serviços de saúde.*

Nessa óptica, os PCNs estabelecem referenciais para que o sistema educacional brasileiro se organize, para garantir a construção da cidadania de seu alunado mediante: a igualdade de direitos baseados nos princípios democráticos, respeitando as diversidades culturais, regionais étnicas, religiosas e políticas, que caracterizam nossa sociedade como , eminentemente, múltipla, estratificada e complexa.

Os estudos de QV na escola são ainda menos freqüentes que os relacionados à QV na saúde. Os primeiros trabalhos neste sentido foram realizados na década de 1970 (ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE TEIN & MC PARTLAND, 1976), perdurando, todavia a discussão na psicologia educacional sobre as fronteiras entre o construto QV e outras categorias (MOK & MCDONALD, 1994). Na atualidade, são considerados incipientes os trabalhos que analisam a QV percebida pelo escolar e a sua influência para exercer essa prática.

No âmbito da educação, a investigação da QV é muito escassa. Dos poucos instrumentos existentes para avaliar a percepção de crianças e jovens sobre os efeitos da educação em sua QV, nenhum foi validado no Brasil. Entretanto, na área da educação, há diversos trabalhos preocupados em melhorar as freqüências

escolares, o que acarreta mudanças curriculares visando não só à maior satisfação do aluno como também à melhoria de sua QV (GÓMEZ-VELA & SABEH, 2004). Nessa perspectiva:

*Contemplar o aluno desde uma perspectiva integral, planificar a ação educativa partindo do aluno e suas necessidades com o fim de satisfazê-las e alcançar seu máximo desenvolvimento social, e promover ambientes não restritivos, são alguns dos aspectos que vêm permeando os planejamentos relacionados com a qualidade de vida no contexto educativo. (GÓMEZ-VELA & VERDUGO, 2003, p.483).*

O crescente interesse pela educação baseado em resultados, numa perspectiva ampla, considera que tais resultados vão além das notas e do meramente acadêmico, propiciando que a QV venha se convertendo em um resultado relevante na hora de avaliar a educação.

Nesse sentido, a utilização do conceito de qualidade de vida na escola pressupõe vários benefícios: I) avançar na educação integral; II) servir como referência e guia conceitual de transformações que a escola necessite para melhor atender às necessidades dos alunos; III) melhorar a planificação educativa, proporcionando subsídios para o desenvolvimento de modelos específicos de avaliação centrados na pessoa e nos processos de decisões que lhe afetam; IV) poder contribuir para detectar desigualdades em grupos de alunos no que tange a necessidades educativas especiais; e V) guiar programas de prevenção de condutas de risco nos alunos adolescentes. (GÓMEZ-VELA & VERDUGO, 2003).

*No campo educacional, apesar de ser uma área muito influente na vida das crianças, ainda são escassos os trabalhos sobre bem-estar. Segundo Hegarty (1994), isso se explica em parte pela percepção de “frivolidade” adscrito ao conceito de QV no contexto escolar, como se o bem-estar percebido na escola não fosse um elemento essencial para a aprendizagem, o desenvolvimento do potencial pessoal, e por tanto, para a consecução dos objetivos tradicionais da educação. Nesse sentido, para o autor, as escolas que reconheçam a importância da QV dos seus alunos, alcançarão de forma mais eficaz seus objetivos tradicionais. (SABEH, VERDUGO E PRIETO, 2006, p. 62-63).*

Avaliar QV na escola, com efeito, permite refletir sobre cada aspecto da vida da criança, não se limitando apenas à parte cognitiva. O ser humano retrata um complexo indissociável e não se concebe mais a avaliação de um único foco isoladamente. Ao se questionar sobre todas as dimensões do indivíduo e o quanto cada uma delas interfere na outra, obter-se-á uma avaliação mais fidedigna.

Quando se vislumbra a educação com um destaque integral, fica clara a relevância de focar uma escola construtora não só de conhecimentos específicos, mas principalmente agente colaboradora na criação e manutenção de ambientes saudáveis. Por conseguinte, para propiciar nos educandos a capacidade de reconhecer, deve-se adotar e manter as destrezas necessárias para gerar um ótimo nível de QV.

Convém assinalar a relevância do *empowerment*<sup>1</sup> do sujeito, para que este possa agir em conformidade com seu bem estar físico e psicológico, melhorando sua QV (BROWN, 2004). O mesmo deve ocorrer com a criança, para que, desde os primeiros anos da infância, possa se educar para intervir em sua própria vida, possibilitando o desenvolvimento da capacidade de discernir o que o faz bem e lhe traz satisfação e realizando ações visando ao seu bem-estar (EISER & MORSE, 2001).

Faz-se necessário, então, observar a importância do *empowerment* nos estudos sobre QV nas crianças (BROWN, 2004) e compreender que a escola deve ser um ambiente favorável para dar início à formação crítica da consciência infantil, abolindo a imagem do professor como único detentor do saber (soberano), buscando um bom relacionamento entre educador e educando que propicie um equilíbrio de poder, sem coerção. Os pontos de vista são refletidos, discutidos e incorporados pelos alunos de acordo com sua visão de mundo.

---

<sup>1</sup> Empowerment é uma palavra originária da língua inglesa que ainda não possui tradução consensual entre os estudiosos, apesar de haver uma tendência a traduzi-la como “empoderamento”.

Czeresnia (2003) considera que a promoção da saúde desenvolve, por intermédio da construção da capacidade de escolha e a utilização do conhecimento com criticidade para visualizar as diferenças e singularidade dos acontecimentos, o fortalecimento da competência individual e coletiva para conviver com a diversidade dos fatores que condicionam a saúde.

Uma escola que promove saúde é aquela que possua um ambiente salutar onde se aprende de uma maneira saudável e solidária com o meio. Para isso, a saúde está presente nos objetivos de todas as programações, propiciando o *empowerment* do aluno para condutas e atitudes que proporcionem melhor QV, refletindo no bem-estar nas dimensões física, psíquica e social (CATALÁN, 2001).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde, a educação em Habilidades para a Vida se dá no sentido de identificação, seleção, reflexão e responsabilidade do desenvolvimento da capacidade de resolver conflitos mediante o diálogo e a negociação como fatores preventivos da violência e instrumentos de convivência harmoniosa.

No contexto da escola no Brasil, reconhece-se a insuficiente preparação dos profissionais que nela atuam, incluindo os psicólogos escolares, para promover a saúde psicológica e o bem-estar de crianças e adolescentes. São identificados como problemas de graves conseqüências sociais: a existência de crianças fora da escola, a distorção idade-série, violência e marginalização e dificuldades de aprendizagem; esta realidade educacional, considerada uma das piores quando comparada a outros países, representa um dos maiores desafios deste milênio para a psicologia escolar (GUZZO, 2003).

A propósito, diversas Conferências Internacionais na área da Saúde esclarecem a idéia de promoção como um enfoque alternativo para as políticas de saúde em todos os países, inclusive no Brasil (MOURA *et al*, 2005). As propostas que servem de fundamento básico para a promoção da saúde e educação em saúde no âmbito escolar foram produzidos em eventos que culminaram com a divulgação dos seguintes documentos: Carta de Otawa (1986), Declaração de Adelaide (1988),

Declaração de Sundsvall (1991), Declaração de Bogotá (1992), Conferência do Caribe (1993), Declaração de Jakarta (1997) e Declaração do México (2000) (IPPOLITO-SHEPERD 2002).

É sabido que, quando se coloca o aluno no centro da educação e despende-se mais atenção, começam a surgir inúmeros projetos visando ao bem-estar dos pequenos. Como exemplo tem-se a proposta da escola cidadã, que surgiu como resposta à burocratização do ensino e sua ineficiência, visto que o sistema oficial de educação não conseguia garantir a inclusão social e o ensino de qualidade. Essa proposta tem como foco a integração entre educação e cultura, escola e comunidade; a democratização das relações de poder dentro da escola; o enfrentamento da repetência e da evasão; a visão interdisciplinar; e a formação permanente de educadores.

Partilhando a acepção de Aerts *et al.* ,(2004),

*A escola contribui na construção de valores sociais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde, na medida em que atua na inclusão ou exclusão social. Reconhecendo isso, a escola cidadã tem como diretriz central a inclusão social e contribui para a promoção da saúde na proporção que busca formar sujeitos críticos, criativos e conscientes e que proporciona a aprendizagem de acordo com as necessidades e possibilidades dos alunos (p. 1024).*

Para se promover saúde na escola não é suficiente informar. É importante o diálogo como ferramenta básica de uma comunicação emancipadora, que envolva educandos, educadores e a sociedade em geral, em formação compartilhada e continuada, que vise a possibilitar mais saúde, paz, equidade, justiça, respeito às possibilidades e limites dos indivíduos, dentre outros.

Propiciar maior QV não se constitui uma tarefa fácil, quando se trata da escola é fundamental pensar na Escola Promotora de Saúde, visto que prover de saúde vai além do simples fato de isentar o educando de doenças, pois promover saúde significa englobar as diferentes dimensões humanas, considerando a

afetividade, a criatividade, a amorosidade e a busca da felicidade como fatores de relevâncias equiparadas e indissociáveis das demais dimensões.

Para o desenvolvimento de tal proposta, faz-se necessário conceber a educação como um processo e tratar o conteúdo como algo a ser construído e desenvolvido, e não como alguma coisa a ser transmitido de forma massificadora e arbitrária.

De acordo com Parreira (2001), o Ministério da Saúde do Brasil compreende que o período escolar é fundamental para se trabalhar a saúde na perspectiva de sua prevenção e reconhece que, além de a escola possuir uma função pedagógica que lhe é específica, expressa uma função social e política no intuito de transformação da sociedade voltada para melhorar a QV.

Segundo esclarece Parreira(2001),

*O setor educacional, no entanto, dada a sua capilaridade e sua abrangência é, potencialmente, um aliado importante para a concretização de ações de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde e de sua comunidade, para a criação de ambientes saudáveis e para a consolidação de uma política intersetorial voltada para a qualidade de vida, pautada no respeito ao indivíduo e tendo como foco a construção de uma cultura de saúde. (p. 127)*

Continuamente se tem considerado a escola como um ambiente propício para o desenvolvimento de ações educativas, e singular atenção deve ser dispensada a sua estrutura física, aos aspectos curriculares e aos projetos políticos e pedagógicos. Entretanto, uma insuficiente atenção tem sido propiciada ao processo de ensino aprendizagem, o que pode ser constatado quando se observa escolas adotando práticas essencialmente tradicionais e ultrapassadas. Apesar da evolução lenta da escola, é indubitável a necessidade de dispensar atenção também para o ambiente e contextos emocional e social em que se insere o indivíduo.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (1998), a promoção da saúde na escola forma parte de uma visão integral do ser humano que considera as

peças dentro do seu universo familiar, comunitário e social. As instituições que visam o desenvolvimento de uma escola com instalações seguras, confortáveis, higiênicas, com atmosfera psicológica positiva para a aprendizagem, desenvolvimento humano, relações humanas construtivas e harmônicas e que promovem atitudes positivas acerca da saúde são consideradas escolas promotoras de saúde.

Logo, o ambiente escolar se constitui um espaço privilegiado para desenvolver junto às crianças e adolescentes a consciência da importância não só da saúde física mas também da saúde mental e a consolidação de valores em relação à convivência harmônica, tendo como pilar básico o respeito mútuo, considerando a vida, valores, possibilidades e limitações distintas entre seus semelhantes. Nessa perspectiva, promover espaços educacionais saudáveis possibilita ao educando a consolidação de valores que propiciam o desenvolvimento de hábitos e atitude favoráveis à saúde.

Kolbe (1996) definiu um modelo de Escola Promotora de Saúde que englobava oito áreas de trabalho consideradas essenciais, que posteriormente foram ampliadas em mais duas, por McBride (1999), somando dez:

- 1) Educação em saúde;
- 2) Ambiente de saúde na escola;
- 3) Educação física;
- 4) Nutrição e serviços de alimentação;
- 5) Serviços de aconselhamento;
- 6) Atividades de promoção da saúde para os dirigentes da escola;
- 7) Atividades de promoção integradas entre escola e comunidade;

- 8) Serviços de saúde na escola;
- 9) Envolvimento de pais e responsáveis;
- 10) Gerenciamento e suporte da saúde na escola.

A promoção da saúde no âmbito escolar tem como um de seus componentes principais a educação para a saúde com um enfoque integral, em que se procura responder às necessidades dos alunos em cada etapa de seu desenvolvimento. Não se limita a transmitir-lhes informação em determinadas matérias, mas busca desenvolver conhecimentos e habilidades que contribuam para que os educandos adotem modos de vida mais saudáveis.

A Escola Promotora de Saúde, na elaboração de seu programa integral de educação, contempla metas realistas que levam em consideração o meio em que se insere o indivíduo, seus valores, crenças, situação socioeconômica, recursos disponíveis, conhecimentos prévios e até mesmo o nível de capacitação dos professores.

Nessa perspectiva:

*A iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde é uma estratégia de caráter mundial, que teve como antecedente a Rede Européia de Escolas Promotoras de Saúde, articulada pela OMS em 1992. Foi lançada pela OPAS/OMS na região de América Latina e Caribe em 1995, com o objetivo de fortalecer e ampliar a colaboração entre os setores Saúde e Educação nas práticas de saúde escolar, incluindo apoio e cooperação dos pais, da comunidade e impulsionando políticas na comunidade escolar (MOURA et. al. 2006).*

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), para o biênio 2006-2007, foi incentivada a articulação do Ministério da Educação com as



Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde para promoção da saúde no espaço escolar.

A Escola Promotora de Saúde, de igual forma, propõe a efetivação de programas na escola, consoantes com a educação em saúde e a capacitação em habilidades para a vida, visando promover a adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, a criação e manutenção de ambientes salutar, a provisão de serviços de saúde e alimentação, bem como a promoção de uma vida ativa (CERQUEIRA, 2002).

Uma Escola Promotora de Saúde, além de fomentar uma planta física segura, limpa e apropriada, preocupa-se em promover um clima escolar favorável, com relações amistosas, sem brigas ou grupinhos isolados, deixando mais harmonioso o convívio entre os indivíduos integrantes da comunidade escolar. Também proporciona a adoção de bons comportamentos, necessários aos desafios à vida diária, por estabelecer condições que propiciam um melhor rendimento acadêmico dos estudantes.

Com efeito, a Escola Promotora de Saúde deve ser uma entidade interativa e dinâmica em todas as suas dimensões: física, social e educativa, para desenvolver políticas e práticas que possibilitem mudanças de atitudes no que tange à promoção de ações saudáveis no âmbito escolar. Assim posto, a promoção da saúde constitui-se um processo contínuo que contribui para o desenvolvimento de capacidades, habilidades e competências de cada pessoa e da comunidade em geral, com o objetivo maior de promover hábitos saudáveis e exercer plenamente a cidadania (MORGAN, 2002).

Infere-se que a proposta da Escola Promotora de Saúde está diretamente vinculada ao desenvolvimento de objetivos almejados nos relatórios das Cartas de Promoção da Saúde e do Plano de Ação 2003-2012, da Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde.

É de importância capital os princípios elencados por Barroso *et al.*, (2003) que devem orientar as práticas sociais da Escola Promotora de Saúde:

a) O reforço ao sujeito social para capacitá-lo a cuidar de si e agir em grupo na defesa da promoção da saúde;

b) A valorização da subjetividade e intersubjetividade no processo de conhecimento da realidade, privilegiando o diálogo como expressão da comunicação;

c) O estímulo à participação;

d) A utilização de estratégias que permitam a coexistência da interface de várias áreas do conhecimento;

e) O reconhecimento da dimensão afetiva no processo de transformação;

f) O incentivo e fomento de avanços e parcerias por meio de redes sociais de apoio.

Não existe um modelo universal e único de Escola Promotora de Saúde, pois embora as propostas e objetivos a serem alcançados se assemelhem, a forma como a situação educacional, dinâmica da escola, vai atuar varia de acordo com o plano de estudo e deverá ser adaptada às necessidades e circunstâncias local ou regional de cada instituição.

A par disso, foi elaborado, em 1991, pelo Ministério da Saúde e Educação em parceria, o Programa de Escolas Promotoras de Saúde e, por intermédio do Despacho Conjunto nº. 271/98, o projeto de Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde. Esse projeto almeja fornecer apoio a escolas que queiram ingressar no processo de promoção da saúde (GONÇALVES, 2003).

Para ser vinculado ao programa de Escola Promotora de Saúde, a escola precisa englobar a promoção da saúde em seus planos de atividades e na prática

pedagógica, desenvolvendo a educação em saúde e fomentando ações que possibilitem ao aluno a aquisição da capacidade de intervir em sua vida, bem como no meio em que está inserido, para melhoria de sua QV.

A OMS (1996) caracteriza como Escola Promotora de Saúde a instituição de ensino que, além de se comprometer na adoção do projeto por no mínimo três anos, siga as orientações encaminhadas: efetivar prioritariamente ações para melhorar a saúde; obter recursos para o desenvolvimento das atividades; realizar parcerias intersetoriais relevantes; adotar princípio de responsabilidade social e ecológica para saúde pessoal e comunitária; desenvolver práticas de alta qualidade; executar o projeto com eficiência e facilitar a avaliação e disseminação dos resultados.

No Brasil, os modelos de Escolas Promotoras de Saúde são geralmente vinculados a instituições públicas que trabalham com classe social de poder aquisitivo baixo, no entanto, a proposta é viável e pertinente, independentemente da classe social em que está incluída a criança. Com efeito, na realidade brasileira, quem possui uma melhor condição financeira costuma consolidar a educação dos filhos em escolas particulares por acreditar na maior qualidade do ensino nessas instituições em detrimento das públicas.

Como exemplo de rede de Escola Promotora de Saúde que está em atividade, pode-se mencionar o modelo do Rio de Janeiro que, até 2002, englobava trabalhos em 120 escolas da rede municipal de educação, com o intuito de desenvolver no espaço escolar ações mais reflexivas e críticas a respeito do conceito de saúde. Nessa perspectiva, priorizando investimentos na promoção da saúde com o objetivo de melhorar a QV da comunidade escolar:

*A Escola Promotora de Saúde do município do Rio de Janeiro pressupõe um trabalho na ótica da inclusão e de participação em que a escola também possa representar o equipamento social que protagonize a ação de mudança desse quadro desfavorável, o que não significa que a escola sozinha possa reverter essa situação, mas que somado a ação de diferentes*

*parceiros da área social possa representar o pólo irradiador desse conjunto de ações de uma rede de atores comprometidos com mais justiça social e econômica, solidariedade e equidade, portanto comprometidos com a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da comunidade, do bairro, da cidade. (SILVA, 2002, p.140.)*

De acordo com as idéias de Silveira e Pereira (2003), a proposta da Escola Promotora de Saúde revela um avanço do sistema de ensino brasileiro por oferecer um panorama promissor nas questões de educação: favorece a flexibilidade e a adequação dos conteúdos a diferentes realidades; cria e desencadeia o processo de descentralização do poder; estimula a criatividade e autonomia na elaboração do projeto pedagógico; encoraja a participação da comunidade e busca trabalhar com parcerias visando à adequação e ao aperfeiçoamento do projeto escolar.

O estado de São Paulo também desenvolve um projeto de Escola Promotora de Saúde, intitulado Escolas Saudáveis, englobando algumas escolas do município. Segundo Westphal, Camargo & Pereira (1999), a faculdade de saúde pública em parceria com a prefeitura desenvolve diversas ações: Educação inclusiva; Saúde da criança e do adolescente; Orientação sexual; Saúde da comunicação humana; Saúde ocular; Saúde bucal; Prevenção de acidentes e Prevenção ao uso indevido de drogas.

Urge ressaltar que essas temáticas são trabalhadas com os alunos inseridos na escola, de maneira concreta, através de intervenções educativas e práticas, possibilitando melhoria na saúde e apreensão de ensinamentos norteadores para o desenvolvimento de condutas saudáveis.

Gonçalves (2003) exemplifica diversas experiências de Escola Promotora de Saúde no Brasil, além das já mencionados anteriormente:

- Escola Ribeirinha, situada na Vila do Conde no Distrito do Porto, trabalhando temas relacionados à educação alimentar, sexualidade, prevenção do

câncer, luta contra a Aids dentre outros, visando desenvolver habilidades para que cada pessoa possa confrontar positivamente consigo e com o meio, construindo um projeto de vida congruente com o exercício pleno da cidadania;

- Escola Secundária Amato Lusitano, situada em Castelo Branco, trabalhando assuntos relativos à prevenção das dependências químicas, prevenção de agravos na saúde e hábitos saudáveis de vida e de convivência, objetivando a consolidação da promoção da saúde na escola;

- Escola Penalva do Castelo, situada no município de Penalva do Castelo, trabalha nas temáticas de prevenção de infecção pelo HIV, prevenção de toxicodependências, prevenção da hepatite, higiene pessoal, sexualidade, alcoolismo, gravidez, comportamento de risco, alimentação racional e doenças sexualmente transmissíveis;

- Escola Secundária de Estarreja, situada no município de Estarreja, trabalha temáticas relacionadas ao sedentarismo, álcool, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outras, visando intervir na promoção da saúde para gerar ambientes locais mais seguros, vislumbrando uma educação que perpassa a pura instrução e se concretiza na ação do aprendiz em sua própria vida e na comunidade em que está inserido.

Na reflexão de Silveira e Parreira (2003),

*..., a proposta atual é que a escola assuma seu real papel social, colaborando na ampliação da visão de saúde como resultante, não apenas do desempenho individual, mas do enfrentamento de questões de ordem coletiva relacionadas a todo o cenário socioeconômico-cultural, visto o meio ambiente como parte desse cenário (p. 122).*

Na proposição da Escola Promotora de Saúde, não há espaço para o preconceito ou a exclusão, busca-se uma escola democrática, como espaço motivador e propício para aquisição de hábitos de vida saudável, o que facilitará o alcance dos quatro pilares básicos da educação editados pela UNESCO em 1996: aprender a ser, conhecer, fazer e viver junto. A par disso, é justificada a escolha do modelo da Escola Promotora de Saúde.

No entanto, em sociedade tão rica em culturas, etnias, raças, crenças ou valores, é de precípua importância despertar nos aprendizes a capacidade de saber conviver com as diferenças, respeitando seu próximo, independente de seus caracteres físicos. Edgar Morin (2001, 2003), em suas diversas obras acerca dos sete saberes necessários à educação do futuro e a educação na era planetária, elaboradas a pedido da UNESCO, retrata a relevância de saber conviver com a diferença:

*..., uma das vocações essenciais da educação do futuro será o exame e o estudo da complexidade humana. Conduziria à tomada de conhecimento, por conseguinte, de consciência, da condição comum a todos os humanos e da muito rica e necessária diversidade dos indivíduos, dos povos das culturas, sobre nosso enraizamento como cidadãos da Terra... (p. 61).*

O fato de separar as crianças em classes sociais prejudica a socialização e facilita a alienação diante dos problemas. Certamente, as diferenças nos fazem refletir sobre nossa realidade e perceber o próximo em suas nuances. Nessa perspectiva, o estado tem obrigação de oferecer escola de boa qualidade a todos, dando oportunidades de vida igual.

Contudo, o modelo educativo deve alcançar a todos de forma igualitária, sem qualquer tipo de exclusão em relação à raça, deficiência física ou mental, sexo, renda, moradia, dentre outras, pois é de irrefutável importância reduzir as desigualdades de acesso, para que cada escola adquira o melhor nível de ensino-aprendizagem ao maior número de pessoas possível<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Tradução da autora.

*Com respeito às crianças e adolescentes que apresentam algum tipo de deficiência, cada vez é mais aceita a idéia de que, exceto nos casos de deficiência física ou mental grave, estes devem se integrar no meio escolar regular, como resposta básica a um problema de iniquidade e com o fim de facilitar sua inserção futura na sociedade. Se a escola e sociedade dão um tratamento distinto a crianças e jovens portadores de deficiência, as distancias com seus iguais se acentuam e se reforça seu isolamento. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1998).*

Segundo Maciel, 2000, no Brasil, milhares de pessoas com algum tipo de deficiência estão sendo discriminadas nas comunidades em que vivem ou sendo excluídas do mercado de trabalho. O processo de exclusão social que sofrem as pessoas com deficiência ou alguma necessidade especial é tão antigo quanto à socialização do homem. A falta de conhecimento da sociedade, em geral, faz com que a deficiência seja considerada uma doença crônica, um peso ou um problema. O estigma da deficiência é grave, transformando, na visão de alguns membros da sociedade, as pessoas cegas, surdas e com deficiências mentais ou físicas em seres incapazes, indefesos, sem direitos, sempre deixados para o segundo lugar na ordem das coisas.

Tendo em vista que é necessário conviver com as diferenças e que elas estão presentes no dia-a-dia de todos os indivíduos, é conveniente e relevante trabalhar com a inclusão não só no espaço escolar mas em todos os setores da sociedade, desenvolvendo ações com o objetivo de torná-los cidadãos tão úteis quanto qualquer outro indivíduo considerado “normal” ou isento de uma limitação específica.

A Escola Promotora de Saúde, por ser interdisciplinar, engloba o trabalho conjunto de diversos profissionais (médicos, odontólogos, psicólogos,

---

Con respecto a los niños o adolescentes discapacitados, cada vez es más aceptada la idea de que, excepto en casos de discapacidad física o mental grave, estos deben integrarse en el medio escolar regular, como respuestas básica a un problema de inequidad y con el fin de facilitar su inserción futura en la sociedad. Si la comunidad y la escuela dan un tratamiento distinto a los niños y jóvenes discapacitados, las distancias con sus pares se acentúan y se refuerza su aislamiento (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1998).

fonoaudiólogos, pedagogos, educadores físicos, enfermeiros e tantos outros), visando à saúde física, mental e social dos educandos. A QV do aluno não pode ser vista em aspectos isolados, é indissociável, tendo em vista que se uma dimensão vai mal, pode refletir nas demais e prejudicar a QV geral do indivíduo.

Spagnuolo e Guerrini (2005) idealizam um novo olhar sob o modelo de saúde que se constitui complexo e dinâmico, oferecendo uma oportunidade de ação integrada que engloba saberes produzidos nos mais distintos campos do conhecimento, envolvendo diversas dimensões humanas.

Por fim, promover saúde na escola, segundo o enfoque da Escola Promotora de Saúde, se configura relevante, por propiciar benefícios nas condições de saúde e na perspectiva física e emocional da criança; consecutivamente, estar-se-á gerando melhoria na QV infantil.



## 2. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

### 2.1 Tipo de Estudo

Este estudo é exploratório, descritivo, transversal e de natureza quantitativa que utiliza ferramentas qualitativas de avaliação. Visto que o construto qualidade de vida é multidimensional e subjetivo, constitui uma tendência o pluralismo metodológico no estudo da QV (VERDUGO & SCHALOCK, 2006; SCHALOCK & VERDUGO, 2003).

A escolha das abordagens qualitativas e quantitativas “partilha a premissa epistêmica de que o conhecimento é produzido numa interação dinâmica entre o sujeito e objeto do conhecimento e que há um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e (inter) subjetivo dos sujeitos” (DESLANDES & ASSIS, 2002, p. 199).

Segundo o pensamento de Minayo (2005),

*Executando-se os estudos exploratórios, freqüentemente o quantitativo está relacionado a uma abordagem dedutiva, que consiste em, a partir de uma teoria conhecida ou uma lei geral, observar casos particulares procurando confirmar a hipótese investigada ou gerar outras. Busca verificar resultados por meio de objetivos previamente definidos.*

A diferença de paradigmas entre o quantitativo e o qualitativo não justifica a incomunicabilidade científica, e a coexistência de críticas mútuas é enriquecedora para ambos os critérios de análise (DESLANDES & ASSIS, 2002). Além do que, acredita-se não haver dicotomia entre as abordagens qualitativa e quantitativa que são complementares e não excludentes.

Segundo Seidl & Zannon (2004), os estudos quantitativos sobre qualidade de vida predominam na literatura especializada e estão voltados para a constituição de

instrumentos, visando estabelecer o caráter multidimensional do construto e sua validade. Já os estudos qualitativos utilizam técnicas como histórias de vida, biografias e outras análises típicas desse enfoque para estudar a QV.

As abordagens quantitativas e qualitativas podem estar presentes em uma única pesquisa com a finalidade de complementar os enfoques, objetivando que o estudo se revele com mais clareza e maior fidedignidade (ANGUERA, 2006); esses supostos foram assumidos no caso da pesquisa envolvendo o construto QV.

É oportuno salientar que o estudo teve início com a pesquisa bibliográfica de livros, teses, dissertações e artigos publicados em revistas ou periódicos que tratassem da temática para que, de posse dos trabalhos previamente desenvolvidos, houvesse uma seleção de produções científicas nacionais e internacionais relevantes, de modo a assegurar o ineditismo da pesquisa.

## **2.2 – Local da Pesquisa**

Para o desenvolvimento da pesquisa, optou-se pela escolha de um colégio da rede privada de ensino e outro da rede pública, ambos localizados no município de Fortaleza no estado do Ceará.

O colégio privada é de médio porte, com mais de vinte anos de funcionamento e atende a clientela de classe econômica considerada média, que geralmente reside nos bairros próximos à instituição. Denomina-se Colégio Irmã Maria Montenegro, situa-se na Avenida Washington Soares, nº. 2400, bairro Edson Queiroz, na cidade de Fortaleza.

A escola pública intitula-se CMES (Centro Municipal de Educação e Saúde) Professor Francisco Maurício de Mattos Dourado, conta com cerca de 400 alunos matriculados no ensino fundamental I, situa-se na Avenida Desembargador Floriano

Benevides, nº. 391, bairro Edson Queiroz e atende a clientela de classe econômica baixa.

A proposta pedagógica das escolas apresenta característica sócio-interacionista e propõe, além do trabalho cognitivo, educação para vida feliz em sociedade. A professora é polivalente (faz a mediação do conhecimento em todas as disciplinas), os alunos freqüentam a escola em meio período, sendo avaliados através da observação sistemática, trabalhos individuais e coletivos e provas escritas expressas em forma de nota.

Ambas as escolas possuíam boa infra-estrutura física, com laboratório de informática relativamente atualizado; biblioteca com variedades de livros e acessível às crianças; salas de aula arejadas, amplas e bem iluminadas; quadra poliesportiva; área de lazer; bebedouros; banheiros coletivos em quantidade suficiente e limpos; dentre outros. A propósito, o colégio particular possui sua infra-estrutura privilegiada diferentemente da escola pública, pois dispõe de área mais ampla, com brinquedos mais modernos, auditório, maior número de quadras esportivas, computadores e melhores instalações.

A escolha das instituições justifica-se pelo fato de funcionarem no mesmo bairro (urbano, populoso, desenvolvido), apresentarem alunos distintos em poder aquisitivo e possuírem infra-estrutura e abertura necessárias e adequadas ao desenvolvimento da pesquisa, possibilitando sua realização.

### **2.3 – Participantes**

Participaram da pesquisa noventa crianças matriculadas na terceira série (quarto ano) do Ensino Fundamental I das duas escolas, 45 provenientes da rede pública e 45 da instituição privada. Dentre essas crianças, 47 eram meninos e 43 meninas, dos quais 24 e 21 respectivamente pertenciam à escola pública e 23 e 22 à escola particular.

Tabela 01 – Crianças por instituição e sexo

	Escola Pública	Escola Particular	Total
Meninos	24	23	47
Meninas	21	22	43
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>90</b>

Fonte: Questionário AUQEI

As crianças apresentavam idades variando entre oito e onze anos, com média de idade de 9,41 e DP = 0,78, faixa etária determinada pelo fato do intervalo dos 8 aos 11 anos ser considerado o último da infância, além de que essas crianças têm maior conhecimento de si mesmas (auto-conceito), melhor desenvolvimento da auto-estima, capacidade de avaliar as próprias capacidades e competências (PALACIOS & HIDALGO, 2004), o que facilita a avaliação da sua QV.

Tabela 02 – Idade das crianças

	Escola Pública	Escola Particular	Total
8anos	6	2	8
9anos	19	26	45
10anos	12	17	29
11anos	8	0	8

Fonte: Histórico escolar

Dentre as crianças, havia apenas uma menina da escola particular com necessidade educacional especial diagnosticada (possuía perda auditiva média) utilizando aparelhos auditivos bilaterais, o que possibilitou sua participação na

pesquisa sem qualquer procedimento diferenciado das demais crianças provenientes dessa escola.

Segundo informações recolhidas dos registros das escolas, na pública, as crianças da instituição são, em sua maioria, provenientes dos bairros adjacentes e habitam uma região de favela denominada Favela do Dendê; possuem poder aquisitivo baixo, geralmente inferior a três salários mínimos (aproximadamente R\$ 1.050,00) e não tem condições de adquirir o mínimo necessário a uma vida confortável. Em contrapartida, os alunos da escola particular, segundo dados registrados, geralmente possuem uma renda mínima (acima de R\$ 1.750,00), que possibilita atender as necessidades básicas e pagar uma mensalidade de aproximadamente um salário mínimo por cada filho matriculado na instituição.

Insta perceber que a diferença de renda das famílias e consecutivamente a divergência entre as classes socioeconômicas torna o estudo mais relevante, uma vez que as desigualdades geram diferenças significativas na visão de mundo das crianças.

#### **2.4 – Pré-teste do Instrumento.**

Foi realizado um teste piloto envolvendo vinte crianças com idade entre oito e onze anos que apresentavam todos os pré-requisitos para participar da pesquisa.

A escolha da amostra denota uma preocupação da pesquisadora em manter um perfil semelhante ao grupo em evidência nesse estudo. O teste piloto seguiu os mesmos passos para coleta de dados que foi utilizado posteriormente. Sua realização teve como meta testar a facilidade de administração e as particularidades dos instrumentos escolhidos na amostra dessa população, além de avaliar se os dados obtidos seriam congruentes com os objetivos do estudo.

A partir do teste-piloto, realizado em abril de 2005, constatou-se que, na escola pública, 57% dos alunos não possuíam habilidades de leitura, interpretação e escrita mínimas necessárias para tornar legível e válido o questionário AUQEI. Com efeito, o procedimento de coleta de dados se configurou diferente para cada uma das escolas: na particular ocorreu de maneira coletiva e na pública individualmente.

Assim sendo, na escola particular, o questionário, que se caracteriza por ser auto-aplicável, foi realizado integralmente pelas crianças, de forma coletiva na sala de aula, com a presença da professora e da pesquisadora para esclarecer dúvidas sempre que se fizesse necessário.

Já na escola pública, a explicação e o preenchimento do questionário foi realizado na biblioteca de forma individual pela pesquisadora, pois, no Brasil, as crianças destas instituições nem sempre são alfabetizadas até a terceira série do Ensino Fundamental, e a maioria não tinha condições de escrever de forma compreensível e corretamente as idéias e respostas subjetivas do AUQEI (Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé), bem como apresentaram muitas dificuldades de interpretar os itens da parte quantitativa do instrumento.

## **2.5 – Coleta de Dados**

Os dados da pesquisa foram coletados em abril e maio de 2006, por intermédio do AUQEI quantitativo, AUQEI qualitativo, Dimensões de QV e Histórico Escolar. Também se utilizou diário de campo para registrar comentários, gestos e expressões significativos.

Quadro 1 – Relação de objetivos com os instrumentos utilizados para a coleta de dados.

OBJETIVO GERAL	INSTRUMENTOS	DADOS
Avaliar a qualidade de vida infantil no contexto da escola pública e privada.	AUQEI quantitativo. AUQEI qualitativo.	Escore total do AUQEI. Respostas abertas do AUQEI.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INSTRUMENTOS	DADOS
Comparar a qualidade de vida evidenciada nas escolas pesquisadas.	Questionário AUQEI. Quatro perguntas abertas do AUQEI.	Escore total do AUQEI. Respostas abertas do AUQEI.
Relacionar os escores dos fatores de qualidade de vida dos alunos das escolas pública e privada.	Questionário AUQEI.	Escores dos fatores (Função, Autonomia, Família e Lazer) do AUQEI.
Identificar as dimensões mais relevantes da qualidade de vida das crianças na escola.	Dimensões de qualidade de vida representadas por imagens.	Dimensões organizadas hierarquicamente.
Investigar se há relação entre o rendimento escolar e a qualidade de vida dos alunos.	Histórico Escolar. Questionário AUQEI.	Comparação entre a média anual e o escore final de qualidade de vida.

O AUQEI foi desenvolvido em 1997 por Manificard e Dazord na França e validado no Brasil em 2000 por Assumpção Jr. et. al. (Anexo A). O AUQEI é um questionário com reconhecida validade e confiabilidade (DAVIS et al. , 2006), e o único instrumento genérico disponível no Brasil para a faixa etária de quatro a doze anos.

O AUQEI foi validado por intermédio da aplicação em 353 crianças com idade variando entre 4 e 12 anos, sendo 182 do sexo feminino e 171 do sexo masculino, todas saudáveis, provenientes de uma escola de classe média da cidade de São Paulo, oriundas da pré-escola e das seis primeiras séries do ensino fundamental, atestando suas propriedades psicométricas, motivo pelo qual justifica-se sua escolha, visto que, na presente pesquisa, a amostra encontra-se dentro do intervalo de idade almejado pelo autor.

O instrumento possui duas partes, iniciando-se com quatro perguntas abertas, respondidas com auxílio das faces do AUQEI (Anexo B), relacionadas ao que as deixava felizes, muito felizes, infelizes e muito infelizes. Posteriormente, seguem as questões objetivas, que são respondidas assinalando com um X uma das quatro opções (muito feliz, feliz, infeliz e muito infeliz) apresentadas ante a cada situação exposta nas perguntas objetivas.

### ***2.5.1 Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé – AUQEI - qualitativo***

O AUQEI (convencionalmente denominado qualitativo por Melo, 2005) é constituído de quatro perguntas subjetivas: 1) “Algumas vezes você está muito infeliz? Diga por quê:”; 2) “Algumas vezes você está infeliz? Diga por quê:” 3) “Algumas vezes você está feliz? Diga por quê:”; 4) “Algumas vezes você está muito infeliz? Diga por quê:”. Estes questionamentos são respondidos com auxílio das faces do AUQEI, representando, respectivamente, cada uma destas situações com desenhos de rostos infantis expressando muita infelicidade, infelicidade, felicidade e muita felicidade.

As perguntas foram explicadas pela pesquisadora uma a uma, com auxílio das quatro faces do AUQEI, em tamanho ampliado para melhor visualização, e posteriormente as crianças foram convidadas a responder os questionamentos.

É importante ainda ressaltar que os alunos da instituição particular escreveram as respostas a próprio punho no questionário, enquanto que os alunos da escola pública responderam oralmente as perguntas feitas de forma



individualizada pela pesquisadora: gravadas as respostas e transcritas na íntegra no AUQEI.

### **2.5.2 - Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé – AUQEI quantitativo**

O AUQEI quantitativo encerra 26 questões objetivas, com quatro opções de respostas - infeliz, muito infeliz, feliz e muito feliz - a serem assinaladas com um X, 18 das quais estão contidas em 4 fatores básicos: Função (questões relativas às atividades na escola, às refeições, ao deitar-se, à ida a médico etc.), com cinco questões (1; 2; 4; 5; 8); Família (questões referentes a figuras parentais e a elas mesmas), com cinco questões (3; 10; 13; 16; 18); Lazer (questões alusivas a férias, aniversário e relações com os avós), com três questões (11; 21; 25); Autonomia (questões relacionadas à independência, relação com os companheiros e avaliação), com cinco questões (15; 17; 19; 23; 24). As outras oito questões, de números 6, 7, 9, 12, 14, 20, 22 e 26, detêm importância isolada.

A cada uma das vinte e seis respostas oriundas das perguntas objetivas é dado um escore específico, que vai de 0 a 3, de acordo com o item assinalado, o que possibilita a obtenção de um escore único, resultante do somatório dos escores atribuídos aos itens. Considerando uma variação possível de 0 a 78 e com uma nota de corte de 48, quanto maior o escore obtido, melhor a QV da criança.

Assim como na parte qualitativa do AUQEI, as crianças da escola particular assinalaram com um X a resposta que melhor expressava seus sentimentos frente à situação exposta nas perguntas e explicadas pelas pesquisadoras, diferentemente dos alunos da instituição pública, que responderam oralmente para que a pesquisadora assinalasse após a explicação individual.

### **2.5.3 – Dimensões de Qualidade de Vida**

Para a identificação das dimensões mais relevantes de qualidade de vida, foram adotadas as definições do estudo inicial de Verdugo & Sabeh (2002).

Considerando as recomendações de uso de imagens para estudar QV na infância - mencionadas por Manificard & Dazord, 1997; Eiser, 2001 - e as dificuldades reconhecidas de compreensão e leitura das crianças da escola pública brasileira, decidiu-se ilustrar as dimensões mediante o uso de imagens, através de fotos especialmente criadas para esse fim, encenadas por crianças de idade similar, em ambientes neutros: dimensão representada sem referências sócio-econômicas.

Assim, foram criadas dezoito fotos, três para cada dimensão. As imagens foram submetidas à técnica Delphi de consenso entre expertos.

Quadro 02 – Perfil dos expertos

	Formação	Especialização	Atuação atual
Experto "A"	pedagoga	psicopedagogia	professora
Experto "B"	psicóloga	psicodrama	clínica
Experto "C"	psicóloga	psicodrama	Psicóloga escolar

Os expertos foram escolhidos mediante o tempo de experiência profissional com crianças do intervalo de idade da pesquisa (8 a 11 anos) e realidades socioeconômicas similares a do estudo, formação, especialização e área de atuação. O consenso permitiu obter as seis fotos nas quais existiu um maior nível de concordância, finalizando seis fotos onde cada uma foi considerada a mais representativa de cada dimensão.

De posse das seis fotos, a pesquisadora afixou uma etiqueta com o nome da específica dimensão acima de cada foto. Posteriormente, apresentou individualmente ao aluno participante uma foto por vez e explicou a dimensão que cada uma das imagens representava. Depois, solicitava-se à criança que ela organizasse as fotos em ordem de importância para sua vida.

Para realizar a tarefa, foi seguida a recomendação: "Estas 6 fotos representam dimensões de qualidade de vida. Pedimos que as organize de forma

que mostre qual é a mais importante para sua vida, a que traz mais felicidade, estando em primeiro lugar a mais importante e em último a menos importante.”

#### **2.5.4 – Histórico Escolar**

Para analisar a dimensão Rendimento, por sua relevância nessa idade, optou-se pelo Rendimento Escolar e, como indicador objetivo, o histórico escolar dos alunos, no qual as notas estavam registradas em forma de média anual estabelecida numericamente.

### **2.6 – Análise dos dados**

Foi realizada uma triangulação metodológica entre os dados do AUQEI qualitativo (respostas frente a cada uma das alternativas reportadas pelas quatro imagens), o AUQEI quantitativo (respostas das crianças quanto ao fenômeno QV), análise das Dimensões mais relevantes de QV e histórico escolar (média anual de notas), permitindo determinar a correspondência dos resultados através das estratégias utilizadas e maior fidedignidade dos resultados.

Minayo (2005) defende a utilização da técnica de triangulação pelo fato de que se emprega uma variedade de práticas que acompanha o trabalho de investigação, e, com seu uso, é possível interação, crítica intersubjetiva e comparação.

*Pode-se compreender triangulação de métodos como expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise de estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um construto (Schutz, 1982) específico (p. 29).*

Assim posto, a triangulação metodológica possibilita a complementaridade dos resultados obtidos com as técnicas de coleta de dados e maior riqueza na sua discussão.

### **2.6.1 - Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé – AUQEI qualitativo**

As respostas das quatro perguntas abertas do AUQEI qualitativo foram processadas mediante “Análise de Conteúdo”, segundo Bardin (1977, 2004), para a identificação dos temas principais. Esse procedimento de análise qualitativa, não previsto originalmente na prova, foi iniciado por Melo & Valdés (2005), visando a obtenção de mais informações acerca das subjetivações infantis.

Bardin (1997) explica que análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa obter, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam inferências de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens. Logo:

*Classificar os elementos em categorias impõe investigação do que cada um deles tem em comum com os outros. O que vai permitir o seu agrupamento é a parte comum existente entre eles. A categorização é comum em nossa vida (p. 118).*

De acordo com esse referencial, os dados foram estruturados de maneira organizada para viabilizar uma análise mais consistente, sem perder a visão do todo, possibilitando conclusões baseadas na subjetividade de cada criança.

Nesse sentido, as respostas foram assim agrupadas:

1º Juntar todas as respostas iguais;

2º Agrupar as respostas que, mesmo não sendo iguais, se assemelhavam bastante;

3º Dividir as respostas em dois grandes grupos: 1- relacionadas à felicidade, 2- relacionadas à tristeza;

4º Agrupar, finalmente, as respostas em categorias definidas pela frequência com que apareciam os tipos de resposta.

Ao final da análise de conteúdo, surgiram seis categorias, sendo três para representar momentos de felicidade e outras três para momentos de tristeza. São elas, respectivamente:

1 – Família (amigos);

2 – Acesso a bens materiais;

3 – Lazer (escola);

4 – Brigas (pais);

5 – Ausência da família;

6 – Mortes/doenças.

### **2.6.2- Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé – AUQEI quantitativo**

Os indicadores obtidos das perguntas objetivas do AUQEI foram pontuados por meio da soma dos escores: forma prevista na prova. A análise descritiva e analítica do estudo foi realizada com o programa estatístico SPSS Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 13.0. A normalidade das variáveis foi testada, utilizando-se a prova estatística Kolmogorov-Smirnov. O teste t simples independente foi utilizado para comparar os escores das crianças da escola pública e privada nos quatro fatores de QV e no escore total da prova.

### **2.6.3 – Dimensões de Qualidade de Vida**

Para cada foto representando a dimensão de QV, foi estabelecida uma pontuação específica variando de 6 a 1, de acordo com a ordem em que a criança colocava a foto. Outorgou-se pontuação 6 a considerada mais relevante para sua vida e consecutivamente, em ordem decrescente, até a pontuação 1, menos significativa.

A soma de escores de cada dimensão realizou-se através do SPSS, no qual foi realizado teste t simples independente e relação entre os grupos de alunos da escola pública e privada para investigar a relação da ordem de relevância das dimensões.

### **2.6.4 – Histórico Escolar**

As médias anuais dos alunos foram anotadas e utilizadas na análise da correlação entre Rendimento Escolar e o Escore final de Qualidade de Vida (EQV), mediante coeficiente de correlação de Spearman no programa SPSS.

## **3.7 – Aspectos Éticos**

Antes do início da coleta de dados, os objetivos da pesquisa foram explicitados para a direção, coordenação e alunos, esclarecendo que a participação seria voluntária e assegurado sigilo quanto às identidades das crianças.

Posteriormente, foram apresentados os Termos de Consentimentos Livre e Esclarecidos (Apêndice A), que foram assinados pelas crianças e levados para suas casas para que um responsável o assinasse, permanecendo com uma cópia. Tanto os responsáveis quanto as crianças foram orientados de que a sua participação ou recusa do aluno não interferiria posteriormente no seu acompanhamento dos no colégio.

Todas as crianças que cursavam a terceira série (quarto ano) do ensino fundamental I, inseridas na sala de aula, foram escolhidas e só foram excluídas aquelas cujos pais (ou responsáveis) não assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, apesar de aceitarem participar do estudo.

As crianças que participaram na elaboração de um dos instrumentos de pesquisa, na qualidade de modelos para as fotos, foram selecionadas levando em consideração o intervalo de idade dos alunos, facilidade de acesso aos responsáveis e disponibilidade na execução das tarefas solicitadas pela pesquisadora. Para uso das imagens a fim de divulgação da pesquisa, a autorização se deu por intermédio do Termo de Autorização para uso de Imagens (Apêndice B).

Para acesso às informações pessoais contidas nos históricos escolares dos alunos (notas), foram solicitadas autorizações das diretoras e secretários mediante Termo de Autorização do Fiel Depositário (Apêndice C).

Esta pesquisa seguiu as normas da Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, de 10/10/96. Foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade de Fortaleza, e recebeu parecer favorável em 21/02/2006 (Apêndice D).

### 3. RESULTADOS

Os resultados serão igualmente pontuados como os apresentados na coleta e a análise dos dados, visando maior organização e, consecutivamente, melhor compreensão do leitor. Mediante a grande quantidade de informações a serem expostas, optou-se mostrar separadamente os resultados obtidos com cada técnica e instrumento utilizado para, posteriormente, realizar a triangulação e complementaridade das abordagens e discuti-los.

#### 3.1 - Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé – AUQEI qualitativo

De acordo com as respostas oriundas das quatro perguntas abertas do AUQEI, emergiram três categorias temáticas, referentes às duas primeiras perguntas, que questionavam acerca do que as fazia sentirem-se felizes e muito felizes, e outras três relacionadas às duas últimas perguntas, que investigavam o que as deixavam tristes ou muito tristes.

As categorias relacionadas à felicidade dizem respeito a: Família, com a subcategoria amigos, relativas a proximidade da família e ao bom relacionamento com membros familiares e amigos; Acesso a bens materiais, relativo a presentes; Lazer, com subcategoria escola, que engloba as atividades esportivas e escolares, brincadeiras e ócio.

Quadro 03 – Categorias relacionadas a Felicidade.

“Algumas vezes você está muito feliz? Diga por quê:” “Algumas vezes você está feliz? Diga por quê:”
CATEGORIAS
1) Família - amigos
2) Acesso a bens materiais
3) Lazer - escola



No que tange a tristeza, no entanto, foram apontadas as categorias emergentes: Brigas, com a subcategoria pais, que retratavam discussão e agressões físicas oriundas do desentendimento com pais, amigos ou entre os pais; Ausência da família, com a subcategoria isolamento, relacionada à ausência de membros da família, saudades e ficar só; Morte/doença, que infere sobre o óbito de entes queridos e doenças ou melindres pessoais ou familiares.

Quadro 04 – Categorias relacionadas a Infelicidade.

“Algumas vezes você está muito infeliz? Diga por quê:” “Algumas vezes você está infeliz? Diga por quê:”
CATEGORIAS
1) Brigas - pais
2) Ausência da família
3) Mortes/ doenças

### 3.2 — Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé - AUQEI quantitativo

O resultado da parte objetiva do AUQEI, que englobava as 26 questões fechadas, constatou que os escores médios totais de qualidade de vida (EQV) calculados para as 90 crianças demonstram-se satisfatórios (51,12).

Observou-se que as crianças da escola particular obtiveram melhor EQV (52,67), do que as provenientes da escola pública EQV = 49, 57 e que esta diferença se constitui estatisticamente significativa. Na escola particular, 17,7% dos alunos apresentaram EQV < 48, enquanto na escola pública esse número aumentou consideravelmente, passando para 37,7%.

Tabela 03 - Escores de Qualidade de Vida por Grupo

Natureza da instituição		Escola Pública	Escola Particular	Total
AUQEI	Media EQV	49,57	52,67	51,12
	<48	17	8	25
	≥48	28	37	65
	Total de Crianças	45	45	90

Fonte: Questionário AUQEI

Vale ressaltar que a única menina com necessidades educacionais especiais da escola particular apresentou EQV (62,00) satisfatório, não destoando da maioria do grupo.

No AUQEI, as questões menos pontuadas, ou seja, vinculadas à infelicidade, para as crianças da escola pública e privada, relacionavam-se a “internamento no hospital” (questão 14) e “estar longe da família” (questão 23).

Quadro 05 – Pontuação da questão 14 (“internamento no hospital”) na escola pública

Respostas	Frequência	Percentual	Validade Percentual	Percentual Acumulativo
Muito infeliz	27	60.0	60.0	60.0
Infeliz	16	35.6	35.6	95.6
Feliz	2	4.4	4.4	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Os valores apresentados pela escola pública em relação a se sentir muito infeliz, quando se trata de internamento em hospital, configuram-se menores do que os valores revelados pelos alunos da escola particular, conforme demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 6 – Pontuação da questão 14 (“internamento no hospital”) na escola particular

Respostas	Freqüência	Percentual	Validade Percentual	Percentual Acumulativo
Muito infeliz	32	71.1	71.1	71.1
Infeliz	12	26.7	26.7	97.8
Feliz	1	2.2	2.2	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Na questão estar longe da família, os valores resultantes da escola particular são, também, superiores aos valores da escola pública de acordo com os Quadros 07 e 08.

Quadro 07 – Pontuação da questão 23 (“estar longe da família”) na escola pública

Respostas	Freqüência	Percentual	Validade Percentual	Percentual Acumulativo
Muito infeliz	13	28.9	28.9	28.9
Infeliz	28	62.2	62.2	91.1
Feliz	2	4.4	4.4	95.6
Muito feliz	2	4.4	4.4	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Quadro 08 – Pontuação da questão 23 (“estar longe da família”) na escola particular

Respostas	Freqüência	Percentual	Validade Percentual	Percentual Acumulativo
Muito infeliz	24	53.3	53.3	53.3
Infeliz	19	42.2	42.2	95.6
Feliz	2	4.4	4.4	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Já as questões mais pontuadas, referentes a estar muito feliz, para os alunos da escola pública foram: “férias” (questão 21), “em momentos de brincadeiras, durante o recreio escolar” (questão 7) e “quando você vê uma fotografia sua” (questão 6).

Quadro 9 – Pontuação da questão 21 (“férias”) na escola pública

Respostas	Frequência	Percentual	Validade Percentual	Percentual Acumulativo
Infeliz	1	2.2	2.2	2.2
Feliz	20	44.4	44.4	46.7
Muito feliz	24	53.3	53.3	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Quadro 10 – Pontuação da questão 07 (“em momentos de brincadeiras, durante o recreio escolar”) na escola pública.

Respostas	Frequência	Percentual	Validade Percentual	Percentual Acumulativo
Infeliz	2	4.4	4.4	4.4
Feliz	19	42.2	42.2	46.7
Muito feliz	24	53.3	53.3	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Quadro 11 – Pontuação da questão 6 (“quando você vê uma foto sua”) na escola pública.

Respostas	Frequência	Percentual	Validade Percentual	Percentual Acumulativo
Muito infeliz	1	2.2	2.2	2.2
Infeliz	1	2.2	2.2	4.4
Feliz	20	44.4	44.4	48.9
Muito feliz	23	51.1	51.1	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Na escola particular, dentre as questões vinculadas a estar muito feliz, são ressaltadas: “férias” (questão 21), “no dia do seu aniversário” (questão 11) e “quando você pensa em sua mãe” (questão 13).

Quadro 12 – Pontuação da questão 21 (“férias”) na escola particular

Respostas	Frequência	Percentual	Validade Percentual	Percentual Acumulativo
Muito infeliz	1	2.2	2.2	2.2
Feliz	1	2.2	2.2	4.4
Muito feliz	43	95.6	95.6	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Quadro 13 – Pontuação da questão 11 (“no dia do seu aniversário”) na escola particular

Respostas	Frequência	Percentual	Validade Percentual	Percentual Acumulativo
Feliz	4	8.9	8.9	8.9
Muito feliz	41	91.1	91.1	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Quadro 14 – Pontuação da questão 13 (“quando você pensa em sua mãe”) na escola particular.

Respostas	Frequência	Percentual	Validade Percentual	Percentual Acumulativo
Feliz	4	8.9	8.9	8.9
Muito feliz	41	91.1	91.1	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Observa-se diferença nos resultados das questões no tocante à alegria: pois a única resposta coincidentemente citada por todos os alunos foi relacionada às “férias”, mas, as outras divergiram quando comparadas às respostas dos alunos da escola pública e particular, que foram, respectivamente, “em momentos de brincadeiras, durante o recreio escolar”, “quando você vê uma fotografia sua”, “dia do aniversário” e “quando você pensa em sua mãe”.

Em relação à variável sexo, as meninas obtiveram melhor QV do que os meninos, no entanto essa diferença não se constitui significativa ( $p > 0,05$ ), conforme demonstra a Tabela 04, apresentada a seguir, que trata da comparação dos escores de QV obtidos pelos alunos dos sexos masculino ou feminino na realidade das escolas pública e particular nas quais se desenvolveu este estudo.

Tabela 04 - Escore de Qualidade de vida por Sexo.

Natureza da instituição		Escola Pública		Escola Particular		Total
		Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
AUQEI	Media EQV	48,42	50,90	50,91	54,50	51,12
		Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
	<48	10	7	6	2	25
	≥48	14	14	17	20	65
	Total de Crianças	24	21	23	22	90

Fonte: Questionário AUQEI

Após a aquisição dos resultados referentes aos escores totais de qualidade de vida, bem como das questões mais pontuadas em relação à felicidade e infelicidade, foram analisadas as pontuações dos fatores inseridos no AUQEI: Autonomia, Função, Lazer e Família.

Na escola pública, os fatores Função, Família, Lazer e Autonomia obtiveram, nesta ordem, os maiores valores (9,82 e DP = 1,85; 8,11 e DP = 1,76; 7,60 e DP = 1,19; 6,16 e DP = 1,63).

Tabela 05 – Pontuação dos Fatores de Qualidade de Vida na Escola Pública

Fatores	Nº	Variação		Média	Desvio padrão
		Obtida	Possível		
Autonomia	45	3 – 10	0 – 15	6,16	1,637
Função	45	6 - 15	0 – 15	9,82	1,850
Lazer	45	4 - 9	0 – 9	7,60	1,195
Família	45	2 - 12	0 - 15	8,11	1,761

Fonte: questionário AUQEI

A seqüência do colégio público foi obedecida também para a escola privada, Autonomia, Função, Lazer e Família (7,13 e DP = 1,56; 10,24 e DP = 1,74; 8,44 e DP = 0,99; 9,51 e DP = 1,19;), respeitando-se as variações possíveis.

Tabela 06 – Pontuação dos Fatores de Qualidade de Vida na Escola Particular.

Fatores	Nº	Variação		Média	Desvio padrão
		Obtida	Possível		
Autonomia	45	4 - 11	0 - 15	7,13	1,561
Função	45	7 - 15	0 - 15	10,24	1,747
Lazer	45	3 - 9	0 - 9	8,44	0,990
Família	45	10 - 15	0 - 15	9,51	1,199

Fonte: Questionário AUQEI

Constatou-se, comparando a pontuação entre os fatores de cada escola, que Lazer e Família possuem diferença significativa ( $p < 0,0001$ ) enquanto Autonomia e Função não apresentaram diferenças significativas.

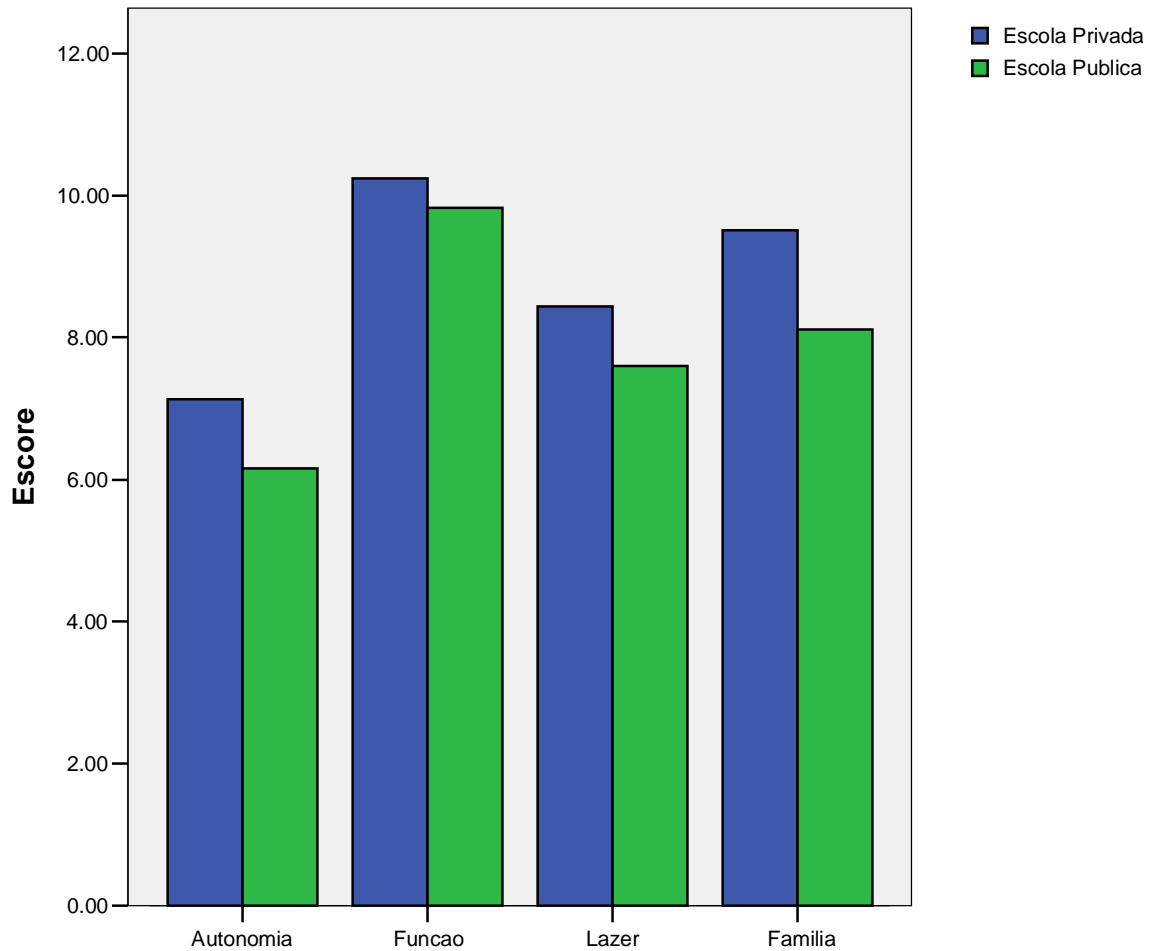
Quadro 15 – Comparação dos Fatores de Qualidade de Vida por Grupo

Fatores	Instituição	Nº	Média	Desvio padrão	Média de erro padrão
Autonomia	pública	45	6,16	1,637	0,244
	privada	45	7,13	1,561	0,233
Função	pública	45	9,82	1,850	0,276
	privada	45	10,24	1,747	0,260
Lazer	pública	45	7,60	1,195	0,178
	privada	45	8,44	0,990	0,148
Família	pública	45	8,11	1,761	0,263
	privada	45	9,51	1,199	0,179

Observando o gráfico abaixo, poder-se-á comparar os escores dos fatores de QV e visualizar a diferença existente entre cada um quando comparadas as duas escolas.



Gráfico 01 – Comparação dos Fatores de Qualidade de Vida por Grupo.



Fonte: Questionário AUQEI

Quanto ao sexo, apenas o fator Família chamou a atenção, já que apresentou diferença significativa ( $p = 0,10$ ); a média das meninas (9,28 com DP = 1,72) foi consideravelmente superior à dos meninos (8,38 com DP = 1,48). A diferença encontrada na comparação dos outros fatores não se constitui significativamente relevante.

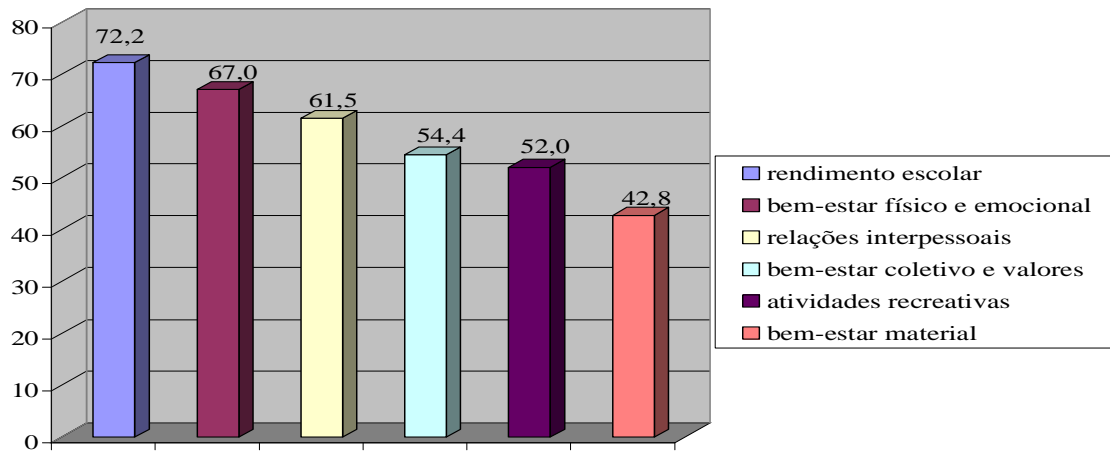
Quadro 16 - Comparação dos Fatores de Qualidade de Vida por Sexo.

Fatores	Gênero	Nº	Média	Desvio padrão	Média de erro padrão
Autonomia	masculino	47	6,66	1,464	0,214
	feminino	43	6,63	1,877	0,286
Função	masculino	47	9,68	1,534	0,224
	feminino	43	10,42	2,003	0,305
Lazer	masculino	47	7,89	1,339	0,195
	feminino	43	8,16	0,949	0,145
Família	masculino	47	8,38	1,483	0,216
	feminino	43	9,28	1,723	0,263

### 3.3 – Dimensões de qualidade de vida

Como podemos visualizar no Gráfico 02, as tabulações das pontuações específicas de cada uma das seis dimensões variou de 1 a 6, de acordo com a ordem em significância com que a criança organizou as fotos em sua percepção. Entretanto, com uma variação possível de 90 a 540 para o total de crianças e de 45 a 270 para cada grupo (escola pública ou particular), optou-se apresentar os resultados em porcentagem para facilitar a compreensão dos dados. A ordem das dimensões foi respectivamente: Rendimento (72,2%), Bem-estar Físico e Emocional (67,0%), Relações Interpessoais (61,5%), Bem-estar Coletivo e Valores (54,4%), Atividades Recreativas (52,0%) e Bem-estar Material (42,8%) para todas as crianças do estudo.

Gráfico 02 – Relevância das Dimensões para o Total de Crianças

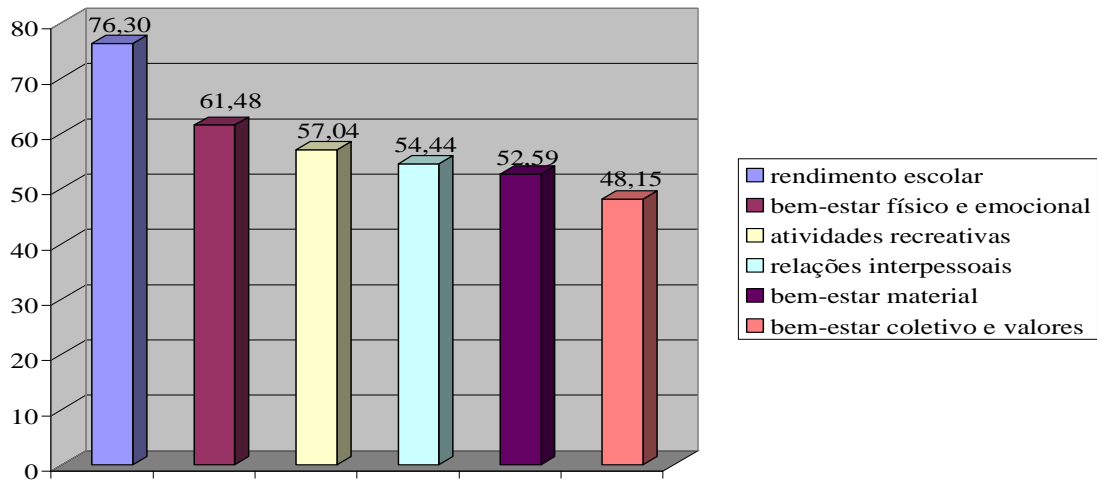


Fonte: Imagens das Dimensões

Entretanto, pode ser observada a diferença na escala de relevância entre as escolas públicas e privadas quando estudadas separadamente. A porcentagem que cada domínio assume é diferente, e a ordem de importância atribuída às dimensões pelos dois grupos varia.

No Gráfico 03, estão apresentadas as dimensões mais relevantes na ótica dos alunos da escola pública, que foram: Rendimento (76,30%), Bem-estar Físico e Emocional (61,48%), Atividades Recreativas (57,04%), Relações Interpessoais (54,44%), Bem-estar Material (52,59%) e Bem-estar Coletivo e Valores (48,15%).

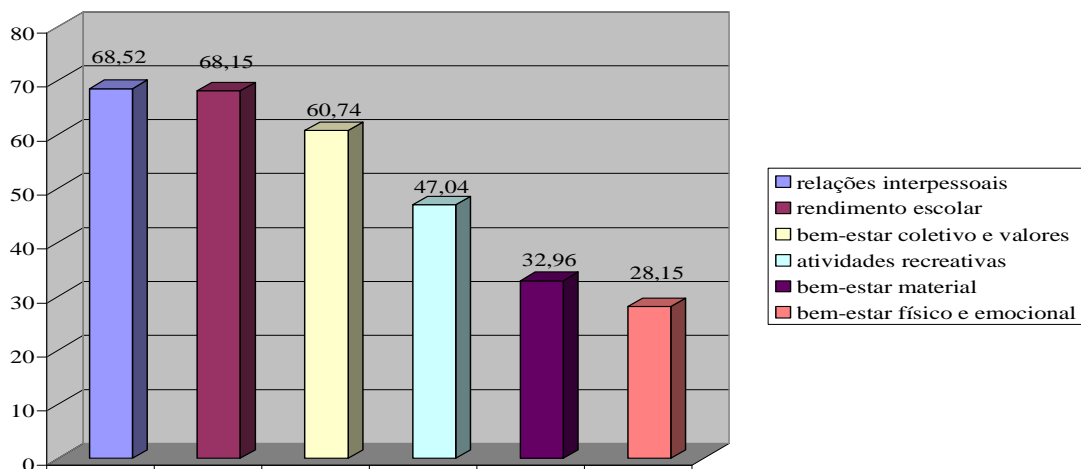
Gráfico 03 – Relevância das Dimensões para as Crianças da Escola Pública.



Fonte: Imagens das Dimensões

Conforme podemos verificar, os dados da escola pública divergem dos encontrados no colégio particular. As crianças da instituição particular priorizaram, respectivamente, as dimensões: Relações Interpessoais (68,52%), Rendimento (68,52%), Bem-estar coletivo e Valores (60,74%), Atividades Recreativas (47,04%), Bem-estar Material (32,95%) e Bem-estar Físico e Emocional (28,15%).

Gráfico 04 – Relevância das Dimensões para as Crianças da Escola Particular.

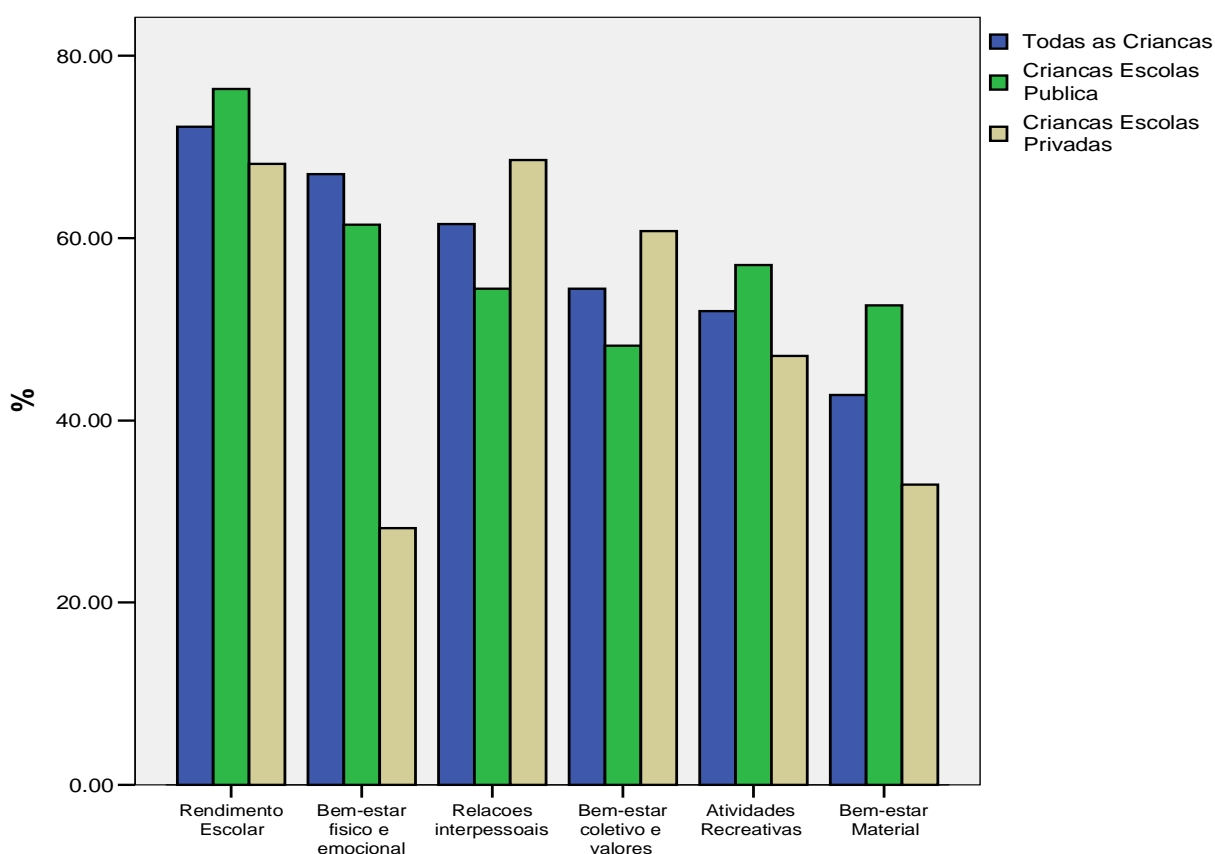


Fonte: Imagens das Dimensões

Vale salientar que, na escola pública, a dimensão de Bem-estar Físico e Emocional assumiu a segunda posição e, na particular, ficou em último lugar. Situação similar de divergências entre as escolas ocorreu também com a dimensão de Bem-estar Coletivo e Valores e Relações Interpessoais, que se posicionaram, respectivamente, em último e quarto para escola pública, e terceiro e primeiro para a particular.

Visualizando o Gráfico 05, é mais fácil perceber o nível de importância das dimensões para cada escola pesquisada e para o total de alunos.

Gráfico 05 – Comparação da Relevância das Dimensões por Grupo.



Fonte: Imagens das Dimensões

Quando comparadas às médias totais das dimensões por grupo, constata-se que a Dimensão Rendimento Escolar tem grande significado para todos os alunos,

enquanto a dimensão Bem-estar Físico e Emocional e Relações interpessoais se configuram tão importantes quanto o Rendimento Escolar para os alunos do colégio particular. Verifica-se um resultado ligeiramente superior por parte das crianças da escola pública na Dimensão Atividades Recreativas e mais significativa com relação ao bem estar material: 3,16 – 1,96, respectivamente. O Quadro 17 apresenta os escores médios obtidos por cada Dimensão de Qualidade de Vida com relação à escola pública e privada.

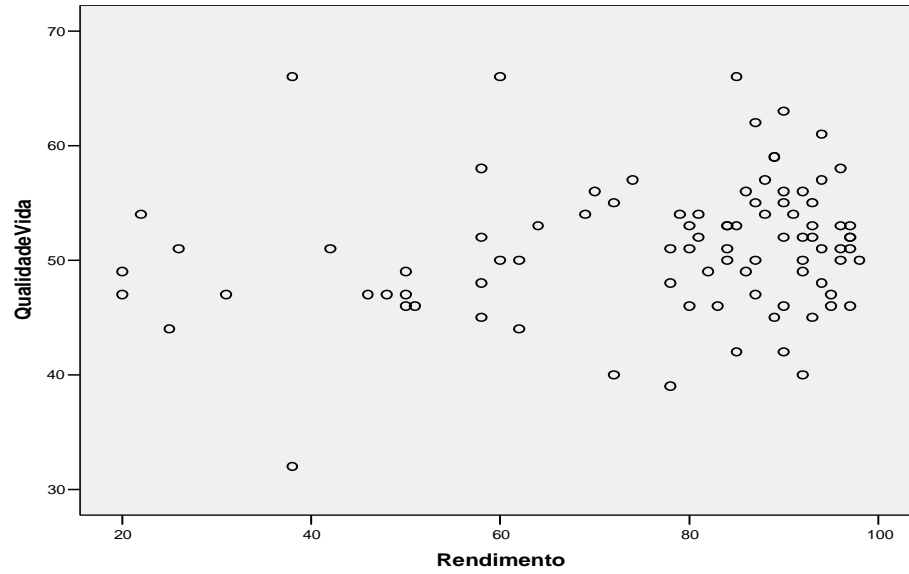
Quadro 17 – Média de Relevância das Dimensões por Grupo.

Dimensões	Instituição	Nº	Média	Desvio padrão	Média de erro padrão
Rendimento escolar	pública	45	4,58	1,530	0,248
	privada	45	4,09	1,474	0,220
Bem-estar Físico e Emocional	pública	45	3,64	1,798	0,268
	privada	45	4,36	1,209	0,280
Relações Interpessoais	pública	45	3,27	1,437	0,214
	privada	45	4,11	0,526	0,227
Bem-estar coletivo e Valores	pública	45	2,89	1,945	0,290
	privada	45	3,64	1,760	0,262
Atividades Recreativas	pública	45	3,42	1,323	0,197
	privada	45	2,82	1,614	0,241
Bem-estar Material	pública	45	3,16	1,705	0,254
	privada	45	1,96	1,348	0,201

### 3.4 – Histórico Escolar

No que tange a relação do Rendimento escolar, dimensão referenciada como bastante significativa tanto pelas crianças da escola pública como pelas da particular, quando correlacionada com a QV (Gráfico 06), constatou-se que não há correlação direta ( $r = 0,18$ ;  $r_s = 0,17$ ;  $p = 0,89$ ).

Gráfico 06 – Correlação entre Qualidade de Vida e Rendimento Escolar



Fonte: Histórico Escolar e Questionário AUQEI.

#### 4 - DISCUSSÃO

As questões abertas do AUQEI possibilitaram observar que a categoria que mais ensejou felicidade foi a referente o Lazer para os alunos de escola pública e privada. Na segunda, não houve unanimidade: os alunos da escola pública elegeram o Acesso a Bens Materiais, ao passo que os alunos da particular apontaram a categoria Família.

Esses resultados assemelham-se aos encontrados por Melo (2006) ao questionar crianças com idades variando entre 8 e 11 anos, oriundas dos municípios do estado do Ceará- Brasil, sobre o que as faziam sentirem-se felizes. Os participantes enfatizaram igualmente o lazer como o maior gerador de felicidade e ressaltaram o acesso aos bens materiais. No estudo de Melo (2006), no entanto, a segunda resposta mais citada foi a Limitação causada pela doença: tratava-se de crianças com distrofia muscular do tipo Duchenne.

A brincadeira, por se constituir uma atividade extremamente positiva praticamente está intrínseca à condição de criança. Observa-se que os brinquedos e brincadeiras se modificam ao longo do tempo: seja com brinquedos simples e artesanais ou industrializados e sofisticados, é mediante o ato de brincar que as crianças vão, aos poucos, compreendendo, adentrando o mundo adulto e estabelecendo a própria identidade. De fato, nas atividades lúdicas, ocorre a passagem de um papel passivo para um ativo, isso reduz experiências traumáticas e deixa a criança mais preparada para quando for submetida a outras frustrações (BONTEMPO, 1988; POLETTTO, 2005).

Wajskpo (1995) define o brincar, numa perspectiva sociocultural, como uma maneira que as crianças têm para interpretar e assimilar o mundo, a cultura, os objetos, as relações interpessoais, dentre outros.

De acordo com Piaget (1980), as atividades lúdicas representam a importância da assimilação sobre a acomodação, e Vigotsky (1973) ressalta que, através do jogo e da brincadeira, as crianças aprendem a conviver com regras socialmente construídas.



O brincar se constitui uma atividade prazerosa que acompanha a criança ao longo do seu desenvolvimento e pode ser utilizado pedagogicamente, facilitando a relação ensino-aprendizagem. O educador deve usar essa ferramenta, que os próprios alunos consideram importante para sua felicidade, no intuito de educar para aquisição de hábitos de vida saudáveis, fomentar atitudes positivas na sua vida, no ambiente e na sociedade, gerando melhor QV.

Antunes (1998) defende a idéia de que, mediante o uso de jogos, é possível estimular as múltiplas inteligências da criança. Brinquedos, jogos e materiais pedagógicos não são objetos que trazem em seu bojo um saber pronto e acabado, mas um saber em potencial, que pode ser ativado pelo aluno (MERCH, 1997). Cabe ao professor escolher o recurso adequado para a situação que pretende trabalhar e estimular o envolvimento do aluno: apreender conhecimentos fica mais prazeroso ao educando.

A propósito, quando as crianças foram questionadas acerca do que as deixava felizes, as respostas, em sua maioria, referiram o brincar, jogar, assistir à televisão e participar de prazerosas atividades escolares.

Verdugo e Sabeh (2002), quando questionaram crianças de 8 anos de nacionalidade argentina e espanhola sobre o que faz a criança contente e feliz, também apontaram resultado similar: citaram respostas referentes a atividades de ócio e ações recreativas.

No que diz respeito à segunda opção das crianças, os achados merecem comentários: na escola pública, onde estudam crianças de baixa renda - a maioria não dispõe de alimentação suficiente e adequada, vestuário, moradia digna, brinquedos, dentre outros bens de consumo - a categoria Acesso a Bens Materiais se configurou significativa. Afinal, quando conseguem obter algum objeto de desejo, apesar da baixa remuneração que impossibilita a aquisição do mínimo necessário a uma vida saudável, manifestam expressividade singular.

Com base na informação aferida através dos registros da escola particular, onde a mensalidade é de aproximadamente um salário mínimo, as famílias dispõem de uma renda mensal familiar mínima de aproximadamente quatro salários. Desse modo, por terem as crianças supridas suas necessidades básicas e até de consumo, justifica não considerar a categoria Acesso a Bens Materiais como a mais relevante, em contraponto, portanto, com os alunos da escola pública.

Já a categoria que mais originou a tristeza foi a Briga, quer para os alunos da escola pública, quer para os da escola privada. Também houve desacordo quanto à segunda mais relevante: Morte/doenças para a escola particular e Distância da Família para os alunos da escola pública.

Assim posto, categoria Brigas foi a mais pontuada em relação às situações de tristezas, visto que, para todas as crianças, os conflitos com amigos e familiares, acarretando “castigo”, “peia”, discussão, desunião, agressão física e exclusão pelos amigos são situações negativas na óptica da criança.

Vale comentar que foi freqüente escutar respostas como: “Ah! Eu fico muito triste quando meu pai me dá uma peia”; “Eu fico muito triste quando meu pai ou minha mãe me bate”; “Fico triste quando eu tô de castigo porque é chato”; “Fico triste quando minha mãe e meu pai brigam comigo”; “Fico triste quando meus amigos falam de mim”; “Fico triste quando meus amigos brigam comigo”.

Verdugo e Sabeh (2002), ao argüirem crianças argentinas e espanholas acerca do que as deixam tristes, pensativas ou enjoadas, também identificaram resultados prioritariamente ligados a relações interpessoais, vinculadas à qualidade dos contatos com amigos e familiares. Identificaram, ainda, Bem-estar físico e material, relacionado com saúde e ausência de doenças.

Ademais, requer-se registrar que as crianças da escola pública distinguiram a categoria Distância Familiar como a segunda mais determinante. Tal constatação decorreu dos vários depoimentos tristes (registrados no diário de campo): afirmação que o pai havia ido embora, que a mãe demorava a voltar do trabalho, que não

gostavam de ficar sozinhos em casa e que sentiam saudades de algum ente familiar querido (irmãos, avós).

Na escola particular, os resultados alcançados apontam como segunda mais relevante a categoria Morte/doenças. Infere-se que a discrepância com respeito aos depoimentos das crianças da instituição pública e privada foi ocasionada pelo fato de que os alunos da última não ficam sozinhos em casa, visto que freqüentemente estão acompanhados de um componente familiar ou de uma empregada doméstica, e, mesmo no caso de pais separados, poucos perderam o contato com eles. Logo, o segundo motivo que mais as deixavam tristes era perder um ente querido por óbito ou elas próprias ou pessoas de sua família contraírem doenças.

Tal como se pode verificar, contata-se que, mediante a complementaridade das abordagens na pesquisa e triangulação de métodos, tornou-se possível, após discutir os indicativos da análise qualitativa do AUQEI, compreender mais facilmente os resultados do AUQEI quantitativo, que apresentou maior EQV para alunos provenientes de escola privada (52,67), diferentemente dos de escola pública (49,57).

Sabe-se, por Assunção et al. (2000), na validação do instrumento AUQEI (questionário aplicado a 353 crianças de 4 a 12 anos, provenientes de escola de classe média), que os alunos obtiveram EQV médio igual a 52,1, semelhante ao constatado nas crianças oriundas da classe média de Fortaleza, componentes da nossa amostra que foi igual a 52,67. Não foi identificado, porém, estudo publicado utilizando AUQEI em crianças sem agravos na saúde e de baixa renda, para tornar possível a comparação com outras pesquisas.

A análise dos itens do AUQEI permitiu perceber como gerador de felicidade, para as crianças da escola pública, os momentos de lazer durante o recreio, demonstrando a significação do espaço escolar para elas. Férias foi um aspecto comum para todos os escolares. O mesmo foi constatado com a parte qualitativa do AUQEI, que demonstrou a categoria Lazer como a mais relevante na percepção da criança.

Nessa perspectiva, a Escola Promotora de Saúde que visa fomentar um ambiente físico e psicossocial favorável pode contribuir de forma efetiva mediante a implantação de objetivos que canalizem atenção aos momentos de lazer na hora do recreio, propiciando condições harmoniosas de interação social e atividades lúdicas, pertinentes nesses momentos de descontração e brincadeira atuando na satisfação infantil e, consecutivamente, na melhoria da QV das crianças.

Para as crianças participantes, os fatores Função, Família, Lazer e Autonomia obtiveram os maiores valores; no entanto, tal situação não ocorreu no estudo realizado em São Paulo por Barreire et. al (2003) com crianças ostomizadas de quatro a quatorze anos, que apontaram a seguinte ordem: Família, Lazer, Função e Autonomia. Essa diferença se justifica pelo fato de que crianças ostomizadas possuem o fator função comprometido pelo estado de saúde.

A relação dos fatores mais significativos em ordem crescente para o colégio público não segue mesma disposição observada para a escola particular. Comparando os escolares com respeito à média por fator da escola pública e privada, constatou-se que, para os fatores Autonomia e Função, não ocorreu diferença significativa, mas no que tange aos fatores Família e Função, tais médias foram significativas.

Já a diferença nos escores das escolas relativamente à dimensão Família, possivelmente, ocorreu pelo fato de que foi detectado, com o AUQEI qualitativo, haver quantidade considerável de alunos da escola pública filhos de pais afastados por motivos de trabalho, separação, dentre outros. Logo, nas perguntas referentes a “como você se sente quando pensa em seu pai e sua mãe”, as crianças que se encontravam nessa situação respondiam negativamente, alegando que ficavam tristes, pois sentiam saudades. Já na análise dos itens do AUQEI quantitativo, os alunos da escola particular destacaram pensar na mãe como gerador de felicidade.

Em relação à variável Sexo, a única diferença significativa ocorreu a respeito da dimensão Família. Constatou-se que as meninas são mais vinculadas efetivamente à família que os meninos, talvez em decorrência do peso dos valores sociais e culturais ainda predominantes no Nordeste do Brasil, que carregam

resquícios e preconceitos culturais machistas que consideram o homem o provedor do sustento e conforto financeiro da família, enquanto a figura feminina é educada para cuidar da casa e dos filhos.

Minayo (2005) afirma que a concepção do sexo masculino como sujeito da sexualidade e a do feminino como seu objeto é um valor de longa duração da cultura ocidental e que, nessa visão arraigada no patriarcalismo, a figura masculina representa o lugar da ação, decisão, chefia da rede de relações familiares e da paternidade como sinônimo de provimento material.

Considerando que QV se configura um construto multidimensional e que as crianças da escola pública são reconhecidas como população de baixa renda: residência em favelas do bairro, baixa qualidade dos serviços básicos (saneamento, abastecimento de água, coleta de lixo e rede de esgoto), limitações diversas quanto ao acesso à saúde e educação e ausência de bens materiais essenciais - como casa, alimentação, vestuário, dentre outros – tais situações poderão afetar negativamente sua QV.

De igual forma, as graves condições da escola pública no Brasil, fundamentalmente na educação básica, representam um desafio para os profissionais que nela atuam, incluindo pedagogos e psicólogos educacionais (GUZZO, 2003), mas, em contrapartida, a escola representa para muitas crianças, o lugar onde encontrar a principal fonte de alimentação diária, jogos, livros e lazer.

A ordem de relevância das dimensões analisadas para um único grupo, no entanto, apresenta-se de forma diferente nas dimensões identificadas por Verdugo e Sabeih (2002), em estudos com crianças argentinas e espanholas. Quando se indagou sobre o que as fazem sentirem-se felizes, constatou-se que as argentinas de 8 anos se referiam com maior frequência a Ócio e Atividades Recreativas (46%), seguido das Relações Interpessoais (27%) e Bem - estar Material (13%). As crianças espanholas de oito anos identificam também Ócio e Atividades Recreativas (49%) com maior frequência em relação a experiências de satisfação, seguidas de Relações Interpessoais (33%), Rendimento e Bem-estar material (ambas com 9% das respostas).

Vale analisar a divergência na percepção dos escolares espanhóis e argentinos com respeito aos brasileiros: o Rendimento Escolar que se apresenta como dimensão relevante para os brasileiros (independentemente do tipo de escola e por tanto, da classe social) não se constituem um fator tão importante para os escolares da amostra estudada na Argentina e Espanha. Já a dimensão Ócio e Atividades Recreativas, que se mostrou muito significativa para crianças espanholas e argentinas, não foi igualmente relevante para os escolares participantes no Nordeste do Brasil.

Estudos posteriores, fundamentalmente de tipo qualitativo, poderiam aprofundar na dimensão Rendimento Escolar que, embora seja declarada entre as mais relevantes, não mostrou correlação com a QV nos escolares participantes deste estudo.

Nessa conjuntura, insta observar a considerável diferença na escala de relevância das dimensões entre a escola pública e privada quando analisadas separadamente. Na escola particular, os alunos, que desfrutam de uma vida saudável e com suas necessidades básicas atendidas, não valorizam tanto o Bem-estar Material, Físico e Emocional, como os da escola pública.

Entretanto, a dimensão Bem-estar Coletivo e Valores assumiu a última posição na escola pública, fato que leva a refletir sobre a interação ecossistêmica na QV. Como podem os pequenos projetar o bem-estar da sociedade em geral, quando a eles não são garantidas as condições mínimas necessárias para seu próprio Bem-estar? Também representam um ponto de reflexão para o trabalho educativo na escola as ações que priorizem os direitos de inclusão social, como parte da QV.

Faz-se necessário perceber que as subjetivações das crianças realmente variam de acordo com a classe social na qual estão inseridas, e mais, modificam-se em relação à cultura, valores sociais e tantos outros aspectos. Esses resultados permitem avaliar o que é relevante segundo a óptica da própria pessoa, no caso o escolar, e valorizar a planificação e gestão escolar no que é considerado importante

para melhorar sua vida, com o Enfoque do Planejamento Centrado na Pessoa (SCHALOCK & VERDUGO, 2003).

Contudo, por exemplo, se forem sugeridas atividades de intervenção para a melhoria da QV desses escolares, as ações precisariam ser diferenciadas, visto que, para a escola pública, o ideal seria que elas estejam vinculadas ao Bem-estar Físico e Emocional e ao Rendimento. Já na escola particular, seria necessário intervir sobre as Relações Interpessoais e o Rendimento, além de desenvolver ações para a melhora do Bem-estar Coletivo.

Em estudos futuros, sugere-se a utilização da conceitualização da QV na infância estabelecida por Sabeh, Verdugo & Prieto (2006) e o estudo de QV nas escolas de crianças com Necessidades Educacionais Especiais (NEE).

Vale ressaltar que a pesquisa apresenta como limitação ter sido desenvolvida com uma quantidade relativamente pequena de participantes na capital do Estado (Fortaleza), não permitindo, por conseguinte, a generalização dos resultados.

Sugere-se o desenvolvimento de pesquisas que investiguem também de forma comparativa a QV de crianças com NEE, bem como estudos do tipo qualitativo, que aprofundem nas subjetivações das crianças a relevância que a escola representa na sua QV.

Estes suportes teóricos são congruentes com o enfoque da Escola Promotora de Saúde e suas estratégias e ações de 2003-2012 para América Latina, (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003) que enfatiza a QV como um dos eixos fundamentais para a promoção da saúde na escola. Estes resultados podem orientar o desenvolvimento de políticas públicas de educação e de promoção da saúde na escola.

## REFLEXÕES CONCLUSIVAS

Ao iniciar esta pesquisa, pretendia-se encontrar respostas às inquietações sobre a qualidade de vida de escolares, bem como perceber as divergências e similaridades entre a QV de crianças freqüentadoras de escolas públicas e privadas. Nessa perspectiva, foi realizado um estudo avaliativo da QV infantil no contexto da escola pública e privada, comparando a QV evidenciada nas escolas, identificando as Dimensões mais relevantes de QV de crianças e investigando a possível relação do rendimento escolar com a QV dos estudantes.

Tendo em vista que qualidade de vida constitui um construto subjetivo e multidimensional que engloba os valores sociais, conhecimentos e experiências, que variam de uma pessoa para outra, revelou-se consenso reforçar a necessidade de pesquisar QV levando em consideração à óptica do próprio indivíduo e analisando os fatores que geram satisfações ou infelicidade, para possibilitar intervenções relevantes.

Com efeito, torna-se imprescindível, no caso de crianças, investigar a QV segundo sua interpretação, pois estudos já comprovaram a existência de divergências do olhar dos pais ou responsáveis em relação à percepção da criança.

Reveste-se, por oportuno, pesquisar QV na infância, visto que trabalhos dessa natureza se constituem pioneiros e significativos e são escassas as publicações acerca dessa temática.

Diante de uma realidade educacional brasileira permeada pela violência, evasão e dificuldades de aprendizagem, o fracasso acadêmico assume característica peculiar do panorama escolar, logo, sugere-se adotar o enfoque da Escola Promotora de Saúde nos trabalhos e atividades escolares, visando promover múltiplas estratégias que propicie saúde na escola e melhoria da QV das crianças.

Percebendo-se a relevância de avaliar a QV no contexto da escola pública e privada, diante da divergência existente entre a população que essas instituições assistem, foram identificadas as dimensões mais relevantes de QV na óptica do



aluno, comparando a QV evidenciada nas instituições e a relação do rendimento escolar com a QV.

A pesquisa traduziu que o lazer representa o fator que mais gera felicidade, logo, intervenções podem ser realizadas proporcionando a ampliação de atividades lúdicas na escola e aumentando as opções de lazer para sociedade: construção de praças, quadras, parques, dentre outros locais que favoreçam o relacionamento social e atividades de ócio e lazer.

Tendo em vista que crianças de poder aquisitivo mais baixo possuem diversas dificuldades relativas ao Acesso a Bens Materiais, assinala-se importante o *empowerment* das pessoas fragilizadas, para que se torne possível a luta organizada e consciente da população, em prol da equidade social e de seus direitos, já estabelecidos em lei: Constituição de 1988.

Foi constatado que as Brigas, Distância familiar e Mortes/doenças geram situações de tristeza. A escola, como ambiente formador, pode intervir na realização de debates educativos que orientem os pais e os próprios alunos a desenvolverem condutas de inclusão, diálogo e paz, além de contribuir buscando melhorias nas condições de vida das crianças.

O estudo demonstrou que crianças apresentam qualidade de vida satisfatória, tanto na escola particular como na pública; no entanto, os alunos da escola pública possuem escores de QV significativamente inferiores aos resultados da instituição particular. E que o bem estar físico e emocional e as relações interpessoais configuraram-se dimensões relevantes na óptica das crianças.

Os escolares consideraram Rendimento, Bem-estar Físico e Emocional, Relações Interpessoais, Bem-estar Coletivo e Valores, Atividades Recreativas e Bem-estar Material, respectivamente, como as dimensões de QV mais relevantes para sua vida.

Por oportuno, embora apresentando grande importância para os alunos, o Rendimento Escolar não apresentou relação direta com a Qualidade de vida. Afinal,

a QV é multidimensional; o Rendimento não demonstrou significância no que tange ao escore final de Qualidade de Vida.

É necessário observar que as percepções das crianças realmente variam de acordo com o grupo social em que estão inseridas e se modificam de acordo com a cultura e valores sociais. É relevante avaliar qualidade de vida desde a óptica da pessoa, mesmo sendo uma criança.

Sugere-se a utilização do enfoque da Escola Promotora de Saúde, possibilitando a implementação de estratégias educativas voltadas para a intervenção no desenvolvimento das inteligências múltiplas e na melhoria da saúde e QV.

É importante consolidar a gestão institucional com enfoque de Planificação Centrada na Pessoa e investigar a QV de crianças, adolescentes e adultos com Necessidades Educacionais Especiais, ampliando o conceito de qualidade de vida na Escola Promotora de Saúde para outros níveis de ensino, inclusive o superior. Acreditamos que as informações poderão servir para o redimensionamento dos planos curriculares dos professores e para um enriquecimento intelectual das tarefas escolares e extra-escolares, tendo em vista o desenvolvimento global dos escolares.

Esta pesquisa não é conclusiva, mas abre espaços para que novos estudos sejam realizados e possa proporcionar um contributo na reversão da evasão e do insucesso escolar no Ensino Fundamental, principalmente no Nordeste do Brasil.

Os caminhos, para se chegar a essas conclusões finais, foram cheios de angústias, incertezas e inseguranças; no entanto, conseguiu-se ultrapassar mais um obstáculo, concretizar mais uma aprendizagem e oportunizar reflexões sobre a Qualidade de Vida de crianças escolares para que se possa alcançar a tão almejada felicidade e a qualidade de vida vivida!

## REFERÊNCIAS

AERTS, D. ; ALVES, G. G. ; SALVIA, M. W. ; ABEG, C. Promoção da saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1020-1028, jul./ago. 2004.

ANGUERA, M. T. **Hablando com... María Teresa Anguera**. Benito Arias. INICO (Instituto de integración em la comunidad): 2006. n. 24. Disponível em: <<http://inico.usal.es/publicaciones/integra/24hablando.asp>> Acessado em: 21 de out. 2006.

ANTUNES, C. **Jogos para estimulação das múltiplas inteligências**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

ASSUMPÇÃO, F. B. J. et al. Escala de avaliação da qualidade de vida (Autoquestionnaire qualité de vie enfant imagé): validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 58, n.1, p. 119-127, nov. 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 7, 1977.

\_\_\_\_\_. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARREIRE, S. G. et al. Qualidade de vida de crianças ostomizadas na ótica das crianças e das mães. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v.79, n.1, p.55-66, jan/fev. 2003.

CATRIB, A. M. F at al. Saúde nos espaços escolares: contribuições para uma reflexão. In: BARROSO, M. G. T. et al. **Educação em saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha. 2003

BONTEMPO, E. **Brinquedo, linguagem e desenvolvimento**. Pré-texto de Alfabetização escolar; algumas fronteiras do conhecimento. São Paulo, 1988.

BRASIL. Ministério da educação e do desporto. Secretaria do ensino fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**. Brasília: MEC, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. (documento para discussão)**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. *Promoção da Saúde - Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Bogotá*. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL, T. B. ; FERRIANI, V. P. L. ; MACHADO, C. M. C. Inquérito sobre qualidade de vida relacionada a saúde em crianças e adolescentes portadores de artrites idiopáticas juvenis. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, V.79, n.1, p.63-69. 2003.

BROWN, M. Empowerment in Measurement: "Muscle," "Voice," and Subjective Quality of Life as a Gold Standard. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 85, n. 2, p.13-20, abril. 2004.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163-177. 2000.

CATALÁN, V. G. La transversalidad y la escuela promotora de salud. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v.75, n.6, nov. 2001.

CERQUEIRA, M. T. Promoción de la salud en la región de las Américas. In: MEMORIAS III REUNIÓN LATINOAMERICANA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD. Quito: Ecuador, 2002

CZERESNIA, D. *et al.* **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DANTAS, R. A. S. ; SAWADA, N. O. ; MALERBO, M. B. Pesquisa sobre qualidade devida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n.4, p.532-538, jul/ago. 2003.

DAVIS, E. et al. Paediatric quality of life instruments: a review of the impact of the conceptual framework on outcomes. **Developmental Medicine & Child Neurology**. V.48, p. 311-318. 2006.

DESLANDES, S. F. ; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO M. C. S. ; DESLANDES S. F. (Orgs.), **Caminhos do pensamento, epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 195-223.

EISER, C. ; MORSE, R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. **Health Technology Assessment**. Sheffield, v.5, n. 4, p.1-156. 2001.

\_\_\_\_\_. Uma revisão de medidas de qualidade de vida para crianças com doenças crônicas. **Arch Dis Child**. V.84, p. 205-211, fev. 2001.

EISER, C. , EISER J. R. ; STRIDE C. B. **Quality of life in children newly diagnosis with câncer and their mothers**. **Health and Quality of Life Outcomes**. BioMed Central Ltd. , 2005. Retirado em: <<http://www.hglo.com/content./3/1/29>> Acesso em: 25 out. 2005.

EPSTEIN, J. L. ; MCPARTLAND, J. M. The concept and measurement of the quality of school life. **American Educational Research Journal**, v.13, n.1, p.15-30. 1976.

Escuelas Promotoras de la Salud: Fortalecimiento de la Iniciativa Regional; Estratégias y Lineas de Acción 2003-2012. Washington: Ippolito-Shepherd, J. , 2003. ISBN 92 75 32448 4.

FERREIRA, H S. **Percepção sobre qualidade de vida entre crianças de 4 a 6 anos**: educação (física) em saúde na escola. Fortaleza: Universidade de fortaleza, 2005. 146 p. Dissertação (Mestrado) – Mestrado de Educação em Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2005.

FIALHO, L. F. ; MORENO M. T. Qualidade de vida na escola: e a promoção de ambientes favoráveis à saúde . In: ENCONTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA DA UNIFOR, nº 6. , 2006, Fortaleza. **VI encontro de pós-graduação e pesquisa da UNIFOR** . Universidade de fortaleza, 2006. p.15.

FLECK, M. P. A. **Avaliação de qualidade de vida**. In: Fráguas, R.J; Figueiró J.A.B, organizadores. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas/Depressões secundárias**. São Paulo. Atheneu. p. 33-45, 2001.

FLECK M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr.** v. 21, n. 1, p.19-28. 1999.

GÓMEZ- VELA, M. ; SABEH, E. N. Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su Influencia en la Investigación y la Práctica. Disponível em: <<http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.html>> Acessado em: 17 mai 2004

GÓMEZ- VELA, M. ; VERDUGO, M. A. Evaluación de la calidad de la vida de alumnos de educación secundaria obligatoria con necesidades especiales y sin ellas. In: **Apoyos, autodeterminación y calidad de vida: Actas de las IV Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad**, n. 4, 2003, Salamanca: Amarú Ediciones, 2003. p. 482-496.

GONÇALVES, F. D. **A promoção da saúde na educação infantil**: relatos de estudos avaliativos. Fortaleza: UNIFOR, 2003. Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Educação em Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2003.

GUZZO, R. S. L. Saúde psicológica, sucesso escolar e eficácia da escola: desafios do novo milênio para a psicologia escolar. In: PRETTE, Z. A. P. D. (org.). **Psicologia Escolar e Educacional: Saúde e Qualidade de Vida**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003. p. .25-42.

JOKOVICH, A. , LOCKER, D. ; GUYATT, G. How well do parents know their children. Implications for proxy reporting of child health-related quality of life. **Quality of life research.** v.13, p.1297-1307. 2004.

KOLBE, L. Diez etapas para ayudar a los centros escolares a convertirse en “escuelas promotoras de la salud”. **Revista de la Organización Mundial de la Salud**, Ginebra, v. 4, p. 32-35, ago.1996.

MACIEL, M. R. C. Portadores de deficiência a questão da inclusão. **Perspec**, São Paulo, v. 14, n. 2, abr./jun., 2000.

MANIFICARD, S. ; DAZORD, A. Évaluation de la qualité de vie de l'enfant: validation d'un questionnaire, premiers resultants. **Neuropsychiatr Enfance Adolesc**, v. 45, p.106-114. 1997.

MCBRIDE, N. Na empirical model for school health promotion: the Western Australian School health project model. **Health Promotion International**, v.14, n. 1, p. 17-25, mar. 1999.

MELO, E. L. A. **Qualidade de vida de crianças com distrofia muscular do tipo Duchenne**. Fortaleza: UNIFOR, 2006, Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Educação em Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2006.

MELO, E. L. A. , VALDÉS, M. T. M. ; PINTO, J. M. S. Qualidade de vida de crianças e adolescentes com distrofia muscular de Duchenne. **Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 1, p.28-37. 2005.

MERCH, L. M. Uma breve discussão a respeito da concretude do material pedagógico. **Boletim da Associação Brasileira de Psicopedagogia**, São Paulo, v. 6, n.13, jun.1987.

MEMORIAS III REUNIÓN LATINOAMERICANA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD, n.3, 2002, **Ecuador. La Iniciativa Global de Salud Escolar de la OMS: Un esfuerzo global para ayudar a escuelas a convertirse en Escuelas Promotoras de la salud**. Quito, Ecuador: MORGAN, P, 2002.

MINAYO, M. C. S. Laços perigosos entre machismo e violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p.23-26, jan/mar. 2005.

\_\_\_\_\_. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo, M. C. S. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 195-223.

MINAYO, M. C. S. ; HARTZ, Z. M. A. ; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18. 2000.

MOK, MAGDALENA M. C. ; MCDONALD R. P. Quality of School Life: A Scale to Measure Student Experience or School Climate? **Educational and Psychological Measurement**. v. 54, n. 2, p.483-495. 1994.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários a educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. **Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem no erro e na incerteza humana.** São Paulo: Cortez, 2003.

MOURA, J. B. V. S. et al. Perspectiva da epistemologia histórica e a Escola Promotora de Saúde. **História Ciência e Saúde**, v. 28, dez. 2006. (no prelo)

PALACIOS, J. ; HIDALGO, V. Desenvolvimento da personalidade dos seis anos até a adolescência. In: COLL, C. ; MARCHESI, A. ; PALACIOS J. (orgs.). **Desenvolvimento psicológico e educação.** Porto Alegre: Artmed. , 2004. p. 252-267.

PIAGET, J. **O Homem e as Suas Idéias.** Rio de Janeiro: Forense, 1980.

POLETTI, R. C. A ludicidade da criança e sua relação com o contexto familiar. **Psicologia em Estudo**, v.10, n. 1, p. 67-75. 2005.

PREBIANCHI, H. B. Medidas de qualidade de vida para crianças: aspectos conceituais e metodológicos. **Psicologia teoria e prática**, v. 5, n. 1, p.57-69. 2003.

RAJMIL, L. et al. Calidad de Vida relacionada con la Salud (CRVS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. **Gac Sanit**, v. 15, n. 4, p. 34-43. 2004.

SABEH, E. N. et al. Evaluación de calidad de vida en niños de escolaridad primaria. In: Verdugo, M. A. ; Jordán de Urríes, F. B. **Apoyos, autodeterminación y calidad de vida: Actas de las V Jornadas Científicas de Investigación sobre Discapacidad.** Salamanca: Amarú Ediciones, 2003.

SABEH, E. N. ; VERDUGO, M. ; PRIETO, G. A. Dimensiones e indicadores de la calidad de vida en la infancia. In: VERDUGO, M. A. (dir.). **Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad: Instrumentos y estrategias de evaluación.** Salamanca: Amarú, 2006. p.61-76.

SCHALOCK, R. L. et al. Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: report of an international panel of experts. **Mental Retard**, v. 41, n. 1, p.66, fev. 2003.



SCHALOCK, R. ; VERDUGO, M. A. **Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales**. Madrid: Alianza Editorial, 2003.

SEIDL, E. M. F. & ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p.580-588, mar/abr. 2004.

SILVEIRA, G. T; PEREIRA, I. M. T. B. Escolas promotoras de saúde ou escolas promotoras de aprendizagem/educação? In: LEFREVE, F; LEFREVE, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro. Ed. Vieira & Lente, 2004. p. 119-132.

TERCERA REUNIÓN DE LA RED LATINOAMERICANA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD, 2002, Rio de Janeiro. **Rede de escolas promotoras de saúde no município do Rio de Janeiro: uma ação local fortalecida pelas Escola Promotora de Saúde**. Rio de Janeiro: PARREIRA, C. M. S. F. , 2002.

TERCERA REUNIÓN DE LA RED LATINOAMERICANA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD, 2002, Rio de Janeiro. **Rede de escolas promotoras de saúde no município do Rio de Janeiro: uma ação local fortalecida pelas Escola Promotora de Saúde**. Rio de Janeiro: SILVA, C. S. , 2002.

VERDUGO, M. A; RAMIS, C. V. **Evaluación de la calidad de vida en empleo con apoyo**. 2005. Disponível em: <<http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect/240>> Acessado em 27 mar 2005.

VERDUGO, M. A. ; SABEH, E. N. Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia. **Psicothema**, Salamanca, v. 14, n.1, p. 86-91, jun. 2002.

VERDUGO, M. A. ; SCHALOCK, R. L. Aspectos clave para medir la calidad de vida. In: Verdugo, M. A. (dir.). **Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad: Instrumentos y estrategias de evaluación**. Salamanca: Amarú, 2006. p. 43-58.

VIGOTSKY, L. S. **Pensamiento y lenguaje**. Bueno Aries: La Pléyade, 1973.

WACHOWICZ, L. A. Fundamentos epistemológicos da pesquisa em aprendizagem e avaliação, na educação escolar. In: SILVA, A. M. ; MONTEIRO. et al. (Orgs).

**Educação Formal e Não Formal, Processos Formativos, Saberes Pedagógicos: Desafios para a Inclusão Social.** Recife: ENDIPE. 2006. p. 379-400.

WAJSKOP, G. O brincar na educação infantil..**Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 92, p. 63-68, fev. 1995.

WESTPHAL, M. F. ; CAMARGO, M. T. E. F. ; PEREIRA, I. M. T. B. **Projeto escolas saudáveis.** Faculdade de Saúde Pública: São Paulo. Projeto de pesquisa, 2001.

WHITE-KONING, M. L. et al. Assessment of response competence before administering self-reported quality of life instruments to children with cerebral palsy and intellectual impairment. **Dev. Med. Child Neurol**, n. 47, p. 47-61. 2005.

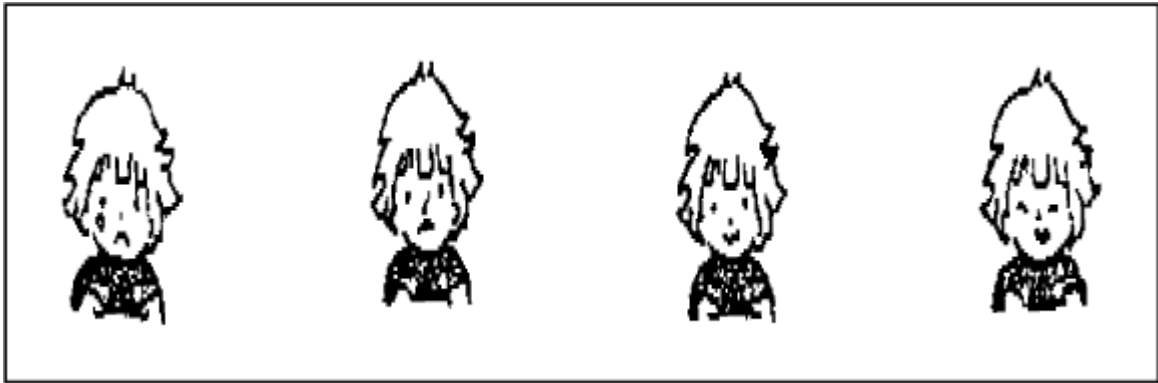
## ANEXOS

## ANEXO A – AUTOQUESTIONNAIRE QUALITÉ DE VIE ENFANT IMAGÉ (AUQEI)

Algumas vezes você está muito infeliz? Diga por quê:	Algumas vezes você está infeliz? Diga por quê:	Algumas vezes você está feliz? Diga por quê:	Algumas vezes você está muito feliz? Diga por quê:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Diga como você se sente:	Muito infeliz	Infeliz	Feliz	Muito feliz
1. à mesa, junto com sua família.	( )	( )	( )	( )
2. à noite, quando você se deita.	( )	( )	( )	( )
3. se você tem irmãos, quando brinca com eles	( )	( )	( )	( )
4. à noite, ao dormir.	( )	( )	( )	( )
5. na sala de aula.	( )	( )	( )	( )
6. quando você vê uma fotografia sua.	( )	( )	( )	( )
7. em momentos de brincadeiras, durante o recreio escolar.	( )	( )	( )	( )
8. quando você vai a uma consulta médica.	( )	( )	( )	( )
9. quando você pratica um esporte.	( )	( )	( )	( )
10. quando você pensa em seu pai.	( )	( )	( )	( )
11. no dia do seu aniversário.	( )	( )	( )	( )
12. quando você faz as lições de casa.	( )	( )	( )	( )
13. quando você pensa em sua mãe.	( )	( )	( )	( )
14. quando você fica internado no hospital.	( )	( )	( )	( )
15. quando você brinca sozinho (a).	( )	( )	( )	( )
16. quando seu pai ou sua mãe falam de você.	( )	( )	( )	( )
17. quando você dorme fora de casa.	( )	( )	( )	( )
18. quando alguém te pede que mostre alguma coisa que você sabe fazer.	( )	( )	( )	( )
19. quando os amigos falam de você.	( )	( )	( )	( )
20. quando você toma os remédios.	( )	( )	( )	( )
21. durante as férias.	( )	( )	( )	( )
22. quando você pensa em quando tiver crescido.	( )	( )	( )	( )
23. quando você está longe de sua família.	( )	( )	( )	( )
24. quando você recebe as notas da escola.	( )	( )	( )	( )
25. quando você está com os seus avós.	( )	( )	( )	( )
26. quando você assiste televisão.	( )	( )	( )	( )

**ANEXO B – FACES DO AUTOQUESTIONNAIRE QUALITÉ DE VIE ENFANT  
IMAGÉ (AUQEI).**



## APÊNDICES

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre qualidade de vida em crianças regularmente matriculadas na terceira série do ensino fundamental I. Os participantes da pesquisa estão sendo escolhidos aleatoriamente. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não interferirá no acompanhamento da escola ou de suas professoras.

O objetivo da pesquisa é realizar um estudo avaliativo sobre a qualidade de vida infantil no contexto da escola pública e privada, bem como investigar se há relação do rendimento escolar com a qualidade de vida, o que poderá contribuir para o desenvolvimento de atividades para melhorar a sua qualidade de vida. A participação, nesta pesquisa será de responder algumas questões que serão solicitadas pelo entrevistador.

Não existindo riscos relacionados à participação de vocês e sim benefícios, contribuindo assim para um aprendizado e reflexão sobre o tema. As informações obtidas nestas entrevistas serão utilizadas apenas para atender os objetivos da pesquisa, e à sua identidade será assegurando sigilo. Será usado um nome fictício para divulgação destas informações impossibilitando assim a sua identificação.

Você receberá uma cópia desse termo onde possuem meios de contatar com a pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas a qualquer momento.

---

Entrevistadora / Pesquisadora

Lia Machado Fiuza Fialho      Rua Aluísio Soriano Aderaldo, nº 50, ap. 1402  
Fortaleza-CE Tel (85) – 3262.0518

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR (Av. Washington Soares, 1321, 60818-341 Fortaleza- CE ou [coética@unifor.br](mailto:coética@unifor.br)).

Após ler estas informações e ter minhas dúvidas esclarecidas pelo pesquisador, concordo em participar de forma voluntária neste estudo.

---

Sujeito da pesquisa \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Responsável \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre Qualidade de Vida em crianças regularmente matriculadas na terceira série do ensino fundamental I.

O objetivo da pesquisa é realizar um estudo avaliativo sobre a qualidade de vida infantil no contexto da escola pública e privada, bem como investigar as dimensões de Qualidade de vidas mais relevantes na ótica das crianças e se há relação do rendimento escolar com a Qualidade de Vida.

Sua participação na pesquisa será na elaboração do instrumento da pesquisa, tirando fotos representando as dimensões de qualidade de vida. As imagens serão divulgadas somente para publicação e divulgação da pesquisa.

Você receberá uma cópia desse termo onde possuem meios de contatar com a pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas a qualquer momento.

---

Entrevistadora / Pesquisadora

Lia Machado Fiuza Fialho      Rua Aluísio Soriano Aderaldo, nº 50, ap. 1402  
Fortaleza-CE Tel (85) – 3262.0518

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR (Av. Washington Soares, 1321, 60818-341 Fortaleza- CE ou [coética@unifor.br](mailto:coética@unifor.br)).

Após ler estas informações e ter minhas dúvidas esclarecidas pelo pesquisador, concordo em participar de forma voluntária neste estudo.

---

Sujeito da pesquisa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---



**APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO FIEL DEPOSITÁRIO.**

A pesquisa Qualidade de Vida na Escola, que tem como objetivo realizar um estudo avaliativo sobre a Qualidade de vida infantil no contexto das escolas públicas e privadas, com crianças regularmente matriculadas na terceira série do ensino fundamental I, e estudar a relação do rendimento escolar das crianças com sua Qualidade de Vida. Para o desenvolvimento desta pesquisa necessita-se dos históricos escolares dos alunos para consultar a média anual dos mesmos.

As informações serão utilizadas somente para os fins da pesquisa ficando garantido o sigilo das identidades dos alunos.

Após ler estas informações e ter minhas dúvidas esclarecidas pela pesquisadora, eu \_\_\_\_\_ secretário da instituição, autorizo a pesquisadora Lia Machado Fiúza Fialho ter acesso aos históricos escolares dos alunos matriculados nesta instituição sempre que se faça necessário.

---

Secretário \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Pesquisadora \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

**PARECER N.º. 032/2006**

**Projeto de Pesquisa:** Qualidade de vida de crianças na escola e a promoção de ambientes favoráveis a saúde

**Pesquisador Responsável:** Lia Machado Fiuza Fialho

**Data de apresentação ao COÉTICA:** 10/02/06

**Registro no COÉTICA:** 06-017

**Parecer:** APROVADO na data de 21/02/06

**Prof. Dr. Haroldo Rodrigues de Albuquerque Júnior**  
**Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA**

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)