



QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS COM PROBLEMAS MOTORES

Costa, Sílvia

sylvycosta@hotmail.com

Mesquita, Helena

Escola Superior de Educação de Castelo Branco

hmesquita@ipcb.pt

Resumo

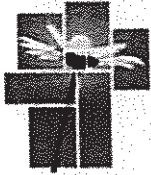
No presente estudo vamos analisar a qualidade de vida de crianças com problemas motores, segundo a sua própria perceção e comparar com a qualidade de vida das crianças sem condição de deficiência, também segundo a sua própria perceção.

Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa, dando lugar à quantificação de alguns resultados.

O instrumento utilizado na recolha de dados foi o Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé (AUQEI), na sua versão traduzida para a língua portuguesa, adaptada por Assumpção Jr. et al. (2000).

O questionário foi respondido por 8 crianças, sendo 4 com problemas motores e 4 sem condição de deficiência. Todas estas crianças frequentam as escolas públicas da “Zona do Pinhal” e têm idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos.

Os resultados evidenciaram uma qualidade de vida não prejudicada, tanto nas crianças com problemas motores como nas crianças sem condição de deficiência.



O grupo de crianças com problemas motores obteve uma pontuação média ligeiramente inferior ao grupo de crianças sem condição de deficiência (56,72 e 58,12, respetivamente).

Em ambos os grupos, os domínios “Lazer” e “Família” foram os menos prejudicados e o domínio “Autonomia” foi o mais prejudicado.

Palavras-chave

Qualidade de Vida; Qualidade de Vida em Crianças; Qualidade de Vida Relacionada à Saúde; Problemas Motores

Abstract

On this study, we analyze the quality of life of children with locomotion problems, according to their own perception, and then compare it with the quality of life of children without disabilities, also according to their own perception.

This is a case study, qualitative in nature, giving rise to some quantifying results.

The instrument used for collecting data was the Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé (AUQEI), in the translated Portuguese version, adapted by Assumpção Jr. et al. (2000).

A questionnaire was answered by 8 children, of which, 4 with locomotion problems and other 4 with no disabilities. All the children attend the public schools of “Zona do Pinhal”, aged between 6 and 12 years old.

Parte II | Pág. 146 |

Lima-Rodrigues, L. & Rodrigues, D. (orgs.). Atas do III Congresso Internacional “Educação Inclusiva e Equidade”. Almada, Portugal, de 31 de outubro a 2 de novembro de 2013, Pró-Inclusão: Associação Nacional de Docentes de Educação Especial.



The results revealed that the quality of life is not affected, both in children with locomotion problems, as in the children without disabilities.

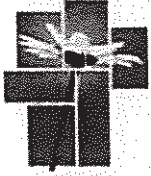
Children with locomotion problems got a slightly lower average than the children without disabilities (56,72 e 58,12, respectively).

In both groups, the areas "leisure" and "family" were the less affected and the "autonomy" area was the most affected.

Keywords

Quality of life; Children quality of life; Quality of life related to health; Locomotion problems

Introdução



O conceito de qualidade de vida foi inicialmente alvo de interesse por parte de cientistas, filósofos e políticos. Era um conceito que se falava com frequência, mas era pouco percebido.

Ao longo dos tempos assistiu-se a uma evolução do conceito de qualidade de vida, que se apresenta cada vez mais complexo. Desde a década de 90, que existe um consenso relativamente à “subjatividade e multidimensionalidade” (Seidl & Zannon, 2004, p.582) deste conceito.

A qualidade de vida aproxima-se do grau de satisfação de uma pessoa relativamente ao seu quotidiano, ou seja, está relacionado com inúmeros factores positivos da vida de um indivíduo. Existem vários factores que influenciam a qualidade de vida, tais como o contexto cultural e social do indivíduo e o seu percurso de vida.

Este conceito geral inclui uma variedade maior de condições que podem afectar a percepção do indivíduo, os seus sentimentos e os comportamentos relacionados com a sua actividade diária, incluindo a sua condição de saúde. Embora este conceito seja de extrema relevância, existe uma falta de precisão conceptual, por ser um conceito ambíguo e complexo.

Abordar a qualidade de vida de um indivíduo expressa uma tentativa de identificação de certas características próprias da experiência humana, que segundo Hinds (1990) e Rosenbaum et al. (1990) citado por Kuczynki (2002, p.12) é determinada pela “sensação subjetiva de bem-estar”. Assim, a qualidade de vida é algo eminentemente humano, que depende do entendimento que cada indivíduo possui de si e dos outros, bem como do mundo que os rodeiam.

As crianças com problemas motores apresentam mais restrições na realização da maioria das atividades que as crianças sem qualquer tipo de deficiência. Deste modo, surge o interesse em avaliar a qualidade de vida em crianças com problemas motores.

Este estudo baseia-se num grupo de crianças com problemas motores e noutro sem condição de deficiência. Pretende-se analisar a qualidade de vida das crianças de cada um dos grupos e comparar.

Evolução do Conceito de Qualidade de Vida

Segundo Seidl & Zannon (2004), há indícios de que o termo Qualidade de Vida (QV) começou a ser utilizado na literatura na década de 1930.

Na década de 1950, surgiram estudos sobre a medição de atributos humanos, designados por boa *vida* (Carletti de Oliveira, 2006). Nesta época, a “boa vida” era apenas um privilégio de quem tinha poder aquisitivo (Anders, 2004).

Gómez-Vela & Verdugo (2003, citado por Soares, 2007) relatam que, ao longo da década de 1950 e no início da década de 1960, aumentou o interesse em conhecer o



bem-estar humano, bem como a preocupação com as consequências da industrialização. Assim, surgiu a necessidade de medir o bem-estar mediante dados objetivos.

Na década de 1960, surgiu a ideia de que avaliar a QV em termos de crescimento económico e de desenvolvimento social, apresentados por uma determinada sociedade, não era suficiente para medir a QV percebida, dado que não permitia avaliar o quanto as pessoas estavam satisfeitas ou insatisfeitas com a sua vida (Anders, 2004).

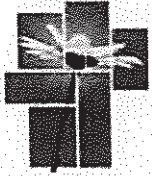
Assim, surgiu a preocupação em avaliar a QV percebida pelo próprio indivíduo, de forma a poder considerar-se a sua satisfação pessoal. “Passou-se a valorizar, então, a opinião dos indivíduos. O dono da vida é quem deveria avaliar a qualidade de sua vida” (Paschoal, 2000, p.21).

É nesta época que a Organização Mundial de Saúde (OMS) redefine o conceito de saúde, acrescentando-lhe “a noção de bem estar físico, emocional e social e inicia discussões sobre a possibilidade de mensurar o bem estar” (Scattolin, 2006a, p.1).

Conceito de Qualidade de Vida

O conceito de QV é antigo, pois a discussão sobre bem-estar ou felicidade “remonta a Platão e Aristóteles [...]. Apesar do termo «qualidade de vida» ser de aparecimento recente na literatura pertinente, estabelecendo-se com frequência em artigos a partir de meados de 1970, [os] seus antepassados remontam à filosofia de Claude Helvétius (1715-1771)” (Kuczynski, 2002, p.38).

Assim, embora o interesse pelas pesquisas na área da QV exista desde os tempos remotos, podemos considerar que só recentemente se está a tornar mais frequente (Soares, 2007).



Definir QV é uma tarefa árdua, uma vez que cada indivíduo tem a sensação de que já sabe o significado desta expressão, ou, pelo menos, consegue sentir o que ela exprime (Souza, 2010).

A Organização Mundial de Saúde define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, citado por Fleck et al., 1999, p.20).

A definição de QV da OMS mostra a complexidade e a natureza multidimensional da mesma, baseada em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais, incluindo, cada um deles, diversos sub-domínios (Fleck et al., 1999).

Desta forma, QV é “uma unidade de ideias representada pela tentativa de nomear algumas características da experiência humana, na perspetiva do próprio indivíduo, por meio de sua percepção subjetiva” (Soares, 2007, p.26), que, de acordo com Assumpção Jr. et al. (2000), tem como fator principal a sensação de bem-estar.

Segundo Schalock & Verdugo (2003, citado por Soares, 2007), o conceito de QV está a alastrar-se nos campos da educação, cuidado com a saúde, serviços sociais e famílias, o que nos leva a refletir sobre as políticas e práticas que modificam as vidas dos indivíduos e as suas percepções de uma vida de qualidade.

Qualidade de Vida em Crianças

O interesse pela QV em crianças só é significativo desde o início da década de 1980 e, de um modo geral, a QV em crianças tem recebido menos atenção do que em adultos (Eiser & Morse, 2001, citado por Melo, 2005). Os estudos acerca da QV em crianças são bastante recentes (Brasil et al., 2003).



Saupe & Broca (2004) referem que avaliar a QV de uma criança implica avaliar o modo de vida dessa criança e o contexto em que ela vive. Em geral, defende-se que QV depende essencialmente da forma como a criança percebe e avalia a sua própria vida.

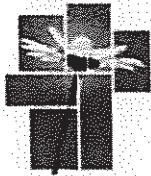
Quando reflectimos sobre QV em crianças associamos a palavras, como “alegria”, “brincadeira”, “esperança”, “beleza”, “saudável”, “desenvolvimento”, “futuro” e “vida” (Anders, 2004).

Verdugos & Sabeh (2002, citado por Soares, 2007) mencionam que a escassez de trabalhos centrados na infância é grande, e que geralmente se referem ao conceito de forma superficial e avaliam apenas algumas das dimensões ou indicadores de QV (competência social, stress, competências cognitivas). A QV, encarada como conceito holístico e multidimensional, e considerando a avaliação do nível de satisfação ou bem-estar da criança, de acordo com a sua própria percepção, só começou a ser estudada recentemente e de forma elementar, dada a precariedade dos modelos conceituais estruturados e fundamentados (Sabeh et al., 2006, citado por Soares, 2007).

Se forem utilizados questionários adequados à idade e ao nível cognitivo em que as crianças se encontram, estas são capazes de relatar o seu bem-estar e a sua capacidade funcional. Alguns autores desenvolveram questionários que são destinados a diferentes grupos de idades e que desenvolvem outras estratégias e métodos, tais como: diferentes categorias de resposta e utilização de figuras ou pictogramas (Eiser et al., 2007, citado por Lucena, 2010).

Qualidade de Vida em Crianças com Problemas Motores

A deficiência motora caracteriza-se pela perda de capacidades, resultante de uma lesão congénita ou adquirida. As crianças e jovens com problemas motores apresentam limitações no funcionamento do sistema ósseo-articular, muscular ou nervoso, que afetam diretamente a postura ou o movimento. Dependendo do grau da



deficiência, apresentam limitações nas atividades que podem realizar (Rodrigues, 1998).

As limitações motoras das crianças (e por vezes outros problemas de saúde), bem como as repercussões psicossociais, podem afectar a sensação subjectiva de satisfação pessoal e de felicidade, ou seja, comprometer a QV da criança. Por outro lado, a “capacidade funcional e desempenho não implicam necessariamente em vida considerada gratificante e satisfatória” (Kuczynski, 2002, p.12).

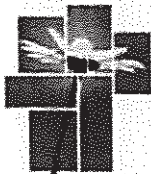
Avaliar a QV em crianças com condição de deficiência é muito importante, uma vez que o desenvolvimento das tecnologias médicas pode contribuir para o aumento do seu tempo de vida. No entanto, isso pode não significar a promoção da QV dessas crianças (Eiser & Jenney, 2007, citado por Lucena, 2010).

De acordo com Bergner (1989, citado por Morales, 2005, p.19), pode considerar-se que existe uma boa QV, quando “as expectativas do indivíduo são alcançadas e satisfazem as experiências”, isto é, quando existe uma menor distância entre os objectivos a serem atingidos e os alcançados. Deste modo, devem promover-se nas crianças com deficiência a aceitação da realidade de forma a melhorar a sua QV.

Para Soares (2007), a pesquisa da QV em contexto escolar é inovadora, considerando-se um elemento essencial para uma boa aprendizagem e o desenvolvimento da criança. É fundamental a busca da autonomia e a independência de indivíduos com condição de deficiência, promovendo a sua QV.

De acordo com Gomez-Vela & Verdugo (2003, citado por Soares, 2007), a QV em indivíduos com condição de deficiência é referenciada na própria definição de deficiência, na formulação de objectivos gerais da intervenção e na avaliação da própria intervenção. Por conseguinte, se as escolas reconhecerem a importância da QV dos seus alunos, alcançarão os seus objectivos mais eficazmente.

A pesquisa sobre esta temática torna-se interessante, pretendendo abrir caminho para propostas de ações estratégicas (Soares, 2007).



Enunciado do Problema e Objetivos

O nosso problema passa por saber se: As crianças com problemas motores, com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, de ambos os géneros, que frequentam as escolas públicas da Zona do Pinhal (Portugal), terão a mesma QV que as crianças sem condição de deficiência, que frequentam as mesmas escolas?

Os objetivos traçados para responder ao problema do nosso estudo são os seguintes:

- ✓ Analisar a QV de crianças com problemas motores, com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, que frequentem as escolas públicas da Zona do Pinhal, segundo a sua própria percepção, através de um instrumento específico padronizado.
- ✓ Analisar a QV de crianças sem condição de deficiência, com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, que frequentem as escolas públicas da Zona do Pinhal, segundo a sua própria percepção, através de um instrumento específico padronizado.
- ✓ Analisar os diferentes domínios da QV em crianças com problemas motores e em crianças sem condição de deficiência, com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, que frequentem as escolas públicas da Zona do Pinhal.
- ✓ Comparar os diferentes domínios entre as crianças com problemas motores e as crianças sem condição de deficiência, com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, que frequentem as escolas públicas da Zona do Pinhal.
- ✓ Comparar a QV das crianças com problemas motores com a QV das crianças sem condição de deficiência, com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, que frequentem as escolas públicas da Zona do Pinhal.



Procedimentos Metodológicos e Definição da Amostra

Este estudo assume a metodologia de estudo de caso, de natureza descritiva e transversal. É um estudo de natureza qualitativa dando lugar à quantificação de alguns resultados.

No grupo de estudo incluem-se todas as crianças com problemas motores, com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, de ambos os géneros, que frequentem escolas públicas da Zona do Pinhal e que sejam autorizadas a participar no estudo e o mesmo número de crianças sem condição de deficiência, com a mesma idade e do mesmo género, que frequentem as mesmas escolas/turmas, que tenham condições de responder ao questionário e que sejam autorizadas a participar no estudo.

Assim, a amostra foi composta por quatro crianças com problemas motores, que constituíram o Grupo 1 (G1), e por quatro crianças sem condição de deficiência, que integraram o Grupo 2 (G2).

Instrumento utilizado

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi o *Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé* (AUQEI) modificado. O AUQEI procura “avaliar a sensação subjetiva de bem-estar do indivíduo, partindo da premissa de que um indivíduo em desenvolvimento é, e sempre foi, capaz de expressar a sua subjetividade” (Kuczynski et al., 2003, citado por MELO, 2005, pp.39-40).

Este questionário é um instrumento genérico que permite analisar a QV das crianças com problemas motores, segundo a sua própria perceção (Assumpção Jr. et al., 2000). É constituído por 26 questões que exploram relações familiares, sociais, actividades, saúde, funções corporais e separação da família. Cada questão é estruturada em forma de escala com 4 possibilidades de resposta (“muito feliz”,



“feliz”, “triste” e “muito triste”), utilizando um suporte de 4 imagens (Figura 1) (Assumpção Jr. et al., 2000).

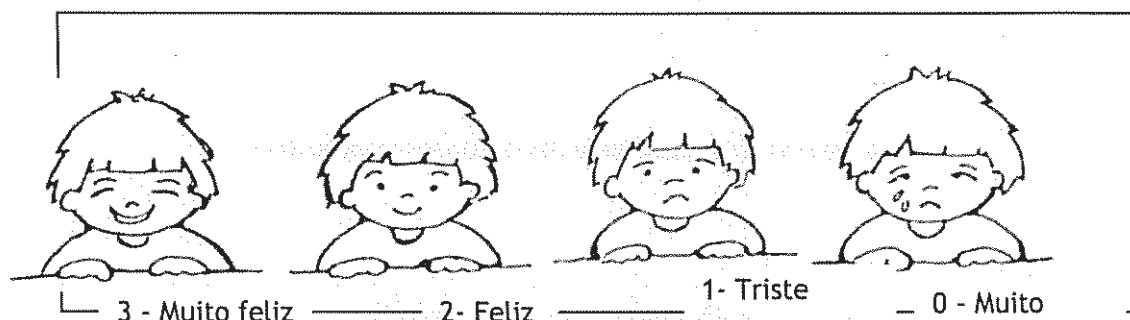


Figura 1 - Imagens representativas de estados emocionais e respetivas pontuações atribuídas.

Fonte: Manificat & Dazord (1997) adaptado por Buczynski (2007).

As pontuações atribuídas a cada uma das 26 respostas variam entre 0 e 3 (0 para “muito triste”, 1 para “triste”, 2 para “feliz” e 3 para “muito feliz”). A soma das pontuações atribuídas a cada um dos itens representa o total individual, podendo este valor variar entre 0 e 78.

Considera-se que a criança possui uma QV prejudicada quando obtém uma pontuação inferior a 48 ou satisfatória se apresenta uma pontuação igual ou superior a 48. Assim, a QV é tanto maior quanto maior for a pontuação obtida (Assumpção Jr. et al., 2000).

Das 26 questões incluídas no AUQEI, 18 podem ser agrupadas em 4 domínios: “autonomia” (questões 15, 17, 19, 23 e 24, relativas à independência, relações com os amigos e avaliação), “lazer” (questões 11, 21 e 25, relacionadas com as férias, aniversário e relações com os avós), “função” (questões 1, 2, 4, 5 e 8, relativas às atividades da escola, às refeições, ao deitar, e à ida ao médico) e “família” (questões 3, 10, 13, 16 e 18, relacionadas com a opinião sobre os pais e sobre ela própria)



(Andrade, 2009). Segundo Ferreira (2008), as restantes questões (6, 7, 9, 12, 14, 20, 22 e 26) não estão incluídas nos referidos domínios, mas são contempladas na avaliação global da QV das crianças.

Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

a) Questões abertas do AUQEI

A primeira parte do AUQEI é constituída por 4 questões abertas e permite avaliar a compreensão da criança sobre as variáveis da escala. Assim, podemos verificar se as crianças estão aptas à segunda fase de questões da escala. Todas as crianças entrevistadas conseguiram responder às 4 questões abertas do AUQEI, citando, em cada uma delas, situações por elas vivenciadas.

b) Instrumento AUQEI

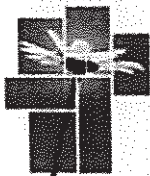
Após a compreensão das crianças acerca dos conceitos “muito triste”, “triste”, “feliz” e “muito feliz”, foi aplicada a segunda etapa do AUQEI, a qual possui 26 questões fechadas, baseadas no ponto de vista de satisfação da própria criança.

Realizou-se a soma das pontuações para cada questão, bem como a soma das pontuações para cada criança. De seguida calculou-se a média obtida em cada questão. Salientaram-se as questões com pontuações mais elevadas ou mais baixas.

No caso das crianças que deixaram questões em branco, realizou-se a transformação das respetivas pontuações, em proporção para a pontuação máxima que era possível obter em cada questionário (78 pontos), de forma a poder comparar-se com os valores obtidos pelas outras crianças. No caso do domínio “Lazer”, que é

Parte II | Pág. 1471

Lima-Rodrigues, L. & Rodrigues, D. (orgs.). Atas do III Congresso Internacional “Educação Inclusiva e Equidade”. Almada, Portugal, de 31 de outubro a 2 de novembro de 2013, Pró-Inclusão: Associação Nacional de Docentes de Educação Especial.



constituído apenas por 3 questões, realizou-se a transformação, em proporção para a pontuação máxima dos restantes domínios, compostos por 5 questões (15 pontos), de modo a poder comparar-se os diferentes domínios com o domínio “Lazer”.

Análise da Qualidade de Vida das Crianças com Problemas Motores (G1)

Iremos de seguida analisar a QV das crianças do G1, segundo a sua própria perceção, através dos resultados do AUQEI.

No G1, a pontuação total obtida para cada criança variou entre 50,87 a 60, sendo a média do grupo de 56,72.

Ao calcularmos a média das pontuações para cada item, podemos destacar as questões que apresentam pontuação média mais alta e mais baixa (tabela 1). Desta forma, verifica-se que a pontuação média é mais alta nas questões 3, 7, 11 e 13 e mais baixa para a questão 14.

Tabela 1 – Questões com média mais alta e mais baixa, no G1.

AUQEI – G1	
Diz como te sentes:	Média da pontuação por item
3.Se tens irmãos, quando brincas com eles.	3
7.Em momentos de brincadeiras, durante o recreio.	3
11.No dia do teu aniversário.	3
13.Quando pensas na tua mãe.	3
14.Quando estás internado no hospital.	0,25

Na figura 2 podemos visualizar as somas das pontuações das 4 crianças do G1, obtidas em cada uma das questões do AUQEI.

Observando o gráfico verificamos que existem 4 questões com pontuação máxima: 3, 7, 11, e 13. Por outro lado, com pontuações mais baixas, destacam-se as questões 14, 20, 15 e 23.

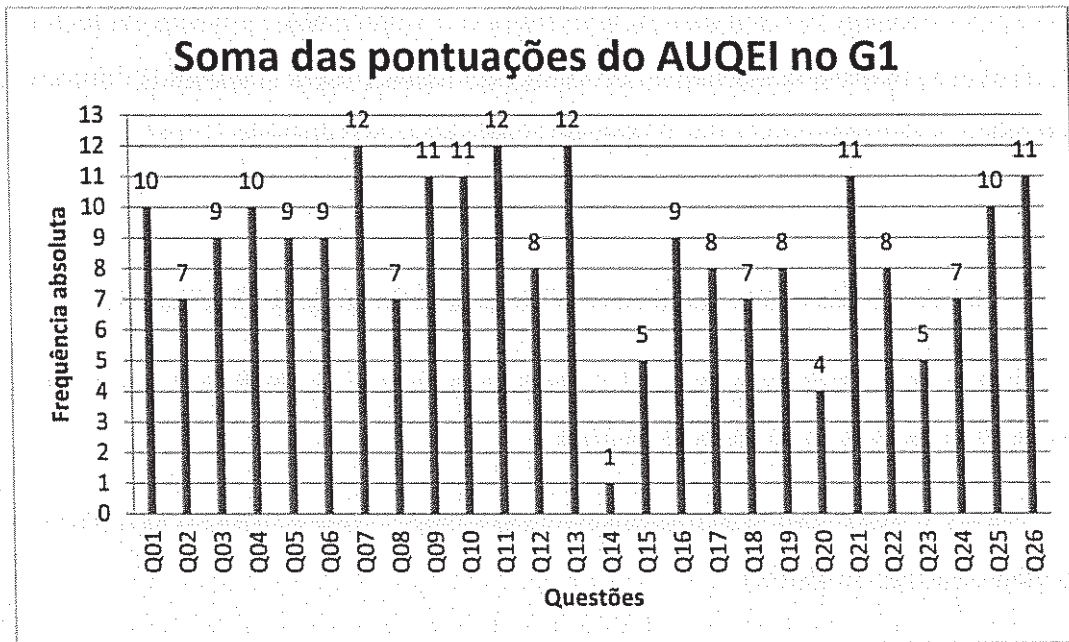


Figura 2 – Soma das pontuações do AUQEI por questão, no G1

Análise da Qualidade de Vida das Crianças sem Condição de Deficiência (G2)

Iremos agora proceder à análise da QV das crianças do G2, segundo a sua própria percepção, através dos resultados do AUQEI.

No G2, a pontuação total obtida para cada criança varia entre 50,96 a 64, sendo a média do grupo de 58,12.

Ao calcularmos a média das pontuações para cada item, podemos verificar que é mais alta nas questões 3, 21 e 24 e mais baixa nas questões 23 e 14 (tabela 2).

AUQEI – G2

Diz como te sentes:	Soma das pontuações por item/ Pontuação máxima possível por item	Média da pontuação por item
3.Se tens irmãos, quando brincas com eles.	9/9 (12/12*)	3
21.Durante as férias.	12/12	3
24.Quando recebes as notas da escola.	12/12	3
14.Quando estás internado no hospital.	1/9 (1,33/12*)	0,33
23.Quando estás longe da família.	1/12	0,25

Tabela 2 – Questões com média mais alta e mais baixa, no G2.

Na figura 3 podemos observar as somas das pontuações do AUQEI por questão, relativamente às crianças do G2.

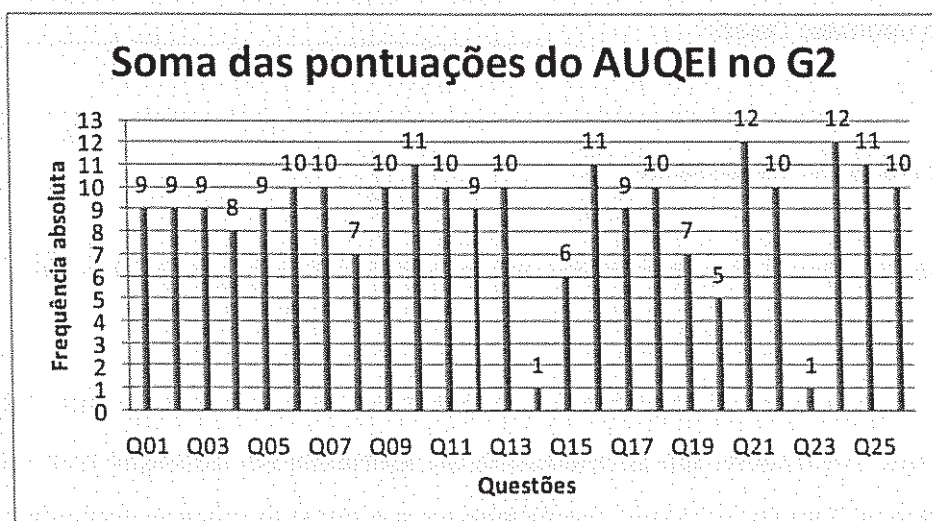


Figura 3 – Soma das pontuações do AUQEI por questão, no G2.

Podemos verificar que existem três questões com pontuação máxima: 3, 21 e 24. Por outro lado, com pontuações mais baixas, destacam-se as questões 14, 23 e 20.



Análise dos Domínios da Qualidade de Vida - Crianças com Problemas Motores

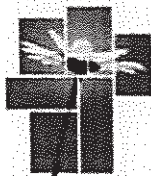
De seguida, analisaremos os diferentes domínios da QV das crianças do G1.

Na tabela 3 podemos observar o número de crianças que respondeu “muito triste”, “triste”, “feliz” e “muito feliz”, em cada questão, por domínio.

DIMENSÃO DA QV	MUITO TRISTE (n)	TRISTE (n)	FELIZ (n)	MUITO FELIZ (n)
Total do domínio “Função”	1	2	10	7
	3		17	
Total do domínio “Família”	0	0	6	13
	0		19	
Total do domínio “Lazer”	0	0	3	9
	0		12	
Total do domínio “Autonomia”	2	6	9	3
	8		12	

Tabela 3 – Número de respostas dadas pelas crianças do G1, para cada um dos domínios.

Ao agruparmos as respostas “muito triste” e “triste” e as respostas “feliz” e “muito feliz” verificamos que as crianças do G1 apresentaram satisfação mais elevada nos domínios “Família” e “Lazer”, verificando-se que todas as crianças responderam às questões relativas a esses domínios com “feliz” ou “muito feliz”. No domínio “Função”, registaram-se 3 respostas “muito triste” e “triste” e 17 respostas “feliz” e “muito feliz” (em 20). Já no domínio “Autonomia”, verificaram-se 8 respostas “muito triste” e “triste” e 12 respostas “feliz” e “muito feliz” (em 20).



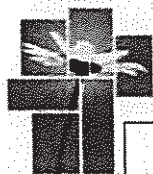
Para cada domínio (“autonomia”, “lazer”, “funções” e “família”), foram adicionadas as pontuações dos itens que o compõem para cada criança e calculada a pontuação média do G1.

Relativamente ao domínio “Autonomia” (Tabela 4), as crianças do G1 apresentaram uma pontuação média de 8,25. A pontuação mínima foi 6 (em 15) e a pontuação máxima 10 (em 15).

Questões Domínio “Autonomia”	G1			
	A	B	C	D
15	2	1	0	2
17	2	2	2	2
19	3	1	2	2
23	1	3	1	0
24	2	1	1	3
Soma	10	8	6	9
Pontuação	10	8	6	9
Pontuação média por grupo	8,25			

Tabela 4– Pontuações no domínio “autonomia” do G1.

No que concerne ao domínio “Lazer” (Tabela 5), as crianças do G1 obtiveram uma pontuação média de 8,25 (que corresponde a 13,75, após transformação à mesma escala que os outros domínios, ou seja de 0 a 15). A pontuação mínima foi 7 (em 9) e a pontuação máxima foi 9 (em 9).



Questões Domínio "Lazer"	G1			
	A	B	C	D
11	3	3	3	3
21	3	3	2	3
25	3	2	2	3
Soma	9	8	7	9
Pontuação	9	8	7	9
Pontuação média por grupo	8,25 (13,75*)			

*Média após transformação.

Tabela 5 – Pontuações no domínio "lazer" do G1.

Em relação ao domínio "Funções" (Tabela 6), as crianças do G1 apresentaram uma pontuação média de 10,75. A pontuação mínima foi 10 (em 15) e a pontuação máxima foi 11 (em 15).

Questões Domínio "Funções"	G1			
	A	B	C	D
1	2	2	3	3
2	1	2	3	1
4	3	2	3	2
5	2	2	2	3
8	3	2	0	2
Soma	11	10	11	11
Pontuação	11	10	11	11
Pontuação média por grupo	10,75			

Tabela 6 – Pontuações no domínio "funções" do G1.



No domínio “Família” (Tabela 7), as crianças do G1 apresentaram uma pontuação média de 13,33. A pontuação mínima foi 12 (em 15) e a pontuação máxima foi 15 (em 15).

Questões Domínio “Família”	G1			
	A	B	C	D
3	3	3	-	3
10	2	3	3	3
13	3	3	3	3
16	2	2	2	3
18	2	2	-	3
Soma	12	13	8	15
Pontuação	12	13	13,33	15
Pontuação média por grupo	13,33			

Tabela 7 – Pontuações no domínio “família” do G1.

Por fim, vamos calcular a média da pontuação por domínio e a percentagem (tabela 8).

Domínios	Média da pontuação por domínio	Percentagem (%)
Autonomia	8,25	55
Lazer	8,25 (13,75*)	91,67
Funções	10,75	71,67
Família	13,33	88,87

*Média após transformação.

Tabela 8 – Média da pontuação por domínio e respetiva percentagem, no G1.



No G1, verificou-se uma pontuação média superior no domínio “Lazer” (média de 13,75, após transformação, que corresponde a 91,67%) e “Família” (média 13,33, que corresponde a 88,87%), seguidos por “Funções” (média 10,75, que corresponde a 71,67%) e “Autonomia” (média 8,25, que corresponde a 55%), que apresentam valores mais baixos.

Análise dos Domínios da Qualidade de Vida - Crianças sem Condição de Deficiência

Seguidamente a análise recai sobre os diferentes domínios da QV das crianças do G2.

Na tabela 9 podemos observar o número de crianças que respondeu “muito triste”, “triste”, “feliz” e “muito feliz”, em cada questão, por domínio.

AUQEI – G2				
DIMENSÃO DA QV	MUITO TRISTE (n)	TRISTE (n)	FELIZ (n)	MUITO FELIZ (n)
Total do domínio “Função”	0	3	12	5
	3		17	
Total do domínio “Família”	0	0	6	14
	0		20	
Total do domínio “Lazer”	0	0	3	9
	0		12	
Total do domínio “Autonomia”	3	4	5	7
	7		12	

Tabela 9 – Número de respostas dadas pelas crianças do Grupo 2, para cada um dos domínios.

Ao agruparmos as respostas “muito triste” e “triste” e as respostas “feliz” e “muito feliz” verificamos que as crianças do G2 apresentaram satisfação mais elevada nos domínios “Família” e “Lazer”, uma vez que todas as crianças responderam sentir-



se “feliz” ou “muito feliz” nas questões relativas a esses domínios. No domínio “Função” registaram-se 3 respostas “muito triste” e “triste” e 17 respostas “feliz” e “muito feliz” (em 20). No domínio “Autonomia” encontramos 7 respostas “muito triste” e “triste” e 12 respostas “feliz” e “muito feliz” (em 19, uma vez que uma criança do G2 não respondeu a uma questão deste domínio).

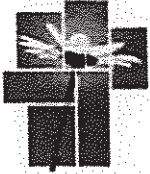
Em cada domínio (“autonomia”, “lazer”, “funções” e “família”) adicionaram-se as pontuações dos itens que o compõem, para cada criança do G2, e calculou-se a pontuação média.

No domínio “Autonomia” (Tabela 10), as crianças do G2 obtiveram uma pontuação média de 9,19. A pontuação mínima foi 8 (em 15) e a pontuação máxima foi 12 (em 15).

Questões	G2			
	E	F	G	H
Domínio “Autonomia”				
15	1	1	3	1
17	2	2	3	2
19	2	2	3	-
23	0	0	0	1
24	3	3	3	3
Soma	8	8	12	7
Pontuação	8	8	12	8,75
Pontuação média por grupo	9,19			

Tabela 10 – Pontuações no domínio “autonomia” do G2.

No que diz respeito ao domínio “Lazer” (Tabela 11), as crianças do G2 obtiveram uma pontuação média de 8,25 (que corresponde a 13,75, após transformação à mesma



escala que os outros domínios, ou seja, de 0 a 15). A pontuação mínima foi 7 (em 9) e a pontuação máxima foi 9 (em 9).

Questões Domínio "Lazer"	G2			
	E	F	G	H
11	2	2	3	3
21	3	3	3	3
25	2	3	3	3
Soma	7	8	9	9
Pontuação	7	8	9	9
Pontuação média por grupo	8,25 (13,75*)			

*Média após transformação.

Tabela 11 – Pontuações no domínio "lazer" do G2.

No que se refere ao domínio "Funções" (Tabela 12), as crianças do G2 obtiveram uma pontuação média de 10,50. A pontuação mínima foi 8 (em 15) e a pontuação máxima foi 12 (em 15).

Questões Domínio "Funções"	G2			
	E	F	G	H
1	2	2	3	2
2	2	2	3	2
4	1	3	2	2
5	2	2	2	3
8	1	3	1	2



Soma	8	12	11	11
Pontuação	8	12	11	11
Pontuação média por grupo	10,50			

Tabela 12 – Pontuações no domínio “funções” do G2.

Relativamente ao domínio “Família” (Tabela 13), as crianças do G2 obtiveram uma pontuação média de 13,38. A pontuação mínima foi 12 (em 15) e a pontuação máxima foi 15 (em 15).

Questões Domínio “Família”	G2			
	E	F	G	H
3	-	3	3	3
10	2	3	3	3
13	2	3	3	2
16	3	3	3	2
18	3	2	3	2
Soma	10	14	15	12
Pontuação	12,50	14	15	12
Pontuação média por grupo	13,38			

Tabela 13 – Pontuações no domínio “família” do G2.



Por fim, vamos calcular a média da pontuação por domínio e a respetiva percentagem (tabela 14).

Domínios	Média da pontuação por domínio	Percentagem (%)
Autonomia	9,19	61,27
Lazer	8,25 (13,75*)	91,67
Funções	10,50	70
Família	13,38	89,20

*Média após transformação.

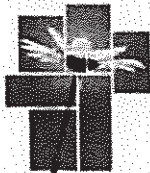
Tabela 14 – Média da pontuação por domínio e respetiva percentagem, no G2.

No G2, verificou-se uma pontuação média superior no domínio “Lazer” (média de 13,75, após transformação, que corresponde a 91,67%) e “Família” (média 13,38, que corresponde a 89,20%), seguidos por “Funções” (média 10,50, que corresponde a 70%) e “Autonomia” (média 9,19, que corresponde a 61,27%), que apresentam valores mais baixos.

Comparação dos Diferentes Domínios da Qualidade de Vida entre as Crianças com Problemas Motores e as Crianças sem Condição de Deficiência

De seguida, vamos comparar os diferentes domínios da QV entre as crianças do G1 e do G2. Para as crianças de ambos os grupos, calculou-se a média e a percentagem em cada um dos domínios, bem como a variação obtida e a variação possível.

Verificamos que tanto no G1 como no G2, nos domínios “Lazer” e “Família”, as pontuações médias alcançadas foram elevadas (valores entre 13,33 e 13,75), demonstrando boa perceção do grupo para estes domínios de QV. No domínio “Autonomia” obtiveram-se pontuações médias mais baixas (entre 8,25 e 9,19), evidenciando também maior diferença entre o valor máximo e mínimo, na variação obtida.



No G1 obteve-se uma média inferior nos domínios “Autonomia” (8,25) e “Família” (13,33), relativamente ao G2 (respetivamente 9,19 e 13,38). Por outro lado, o G1 obteve uma média superior (10,75) que o G2 (10,50) no domínio “Funções”. Relativamente ao domínio “Lazer”, as médias obtidas em cada um dos grupos foram iguais (8,2).

Comparação da Qualidade de Vida das Crianças com Problemas Motores com a Qualidade de Vida das Crianças sem Condição de Deficiência

Comparemos agora a QV das crianças do G1 com a QV das crianças do G2.

A figura 4 mostra os itens que obtiveram mais respostas “muito triste”.

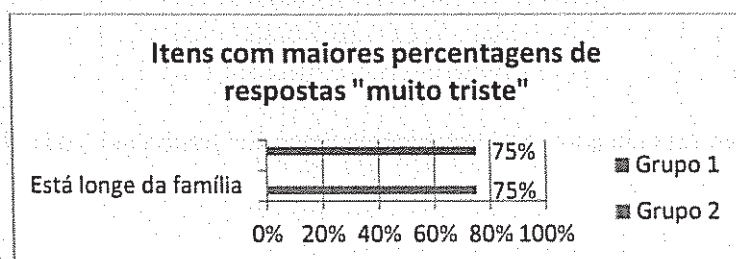
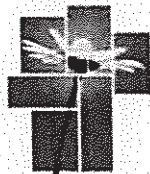


Figura 4 - Itens com maiores percentagens de respostas “muito triste” dos dois grupos.



A figura 5 mostra os itens que obtiveram mais respostas “muito feliz”.

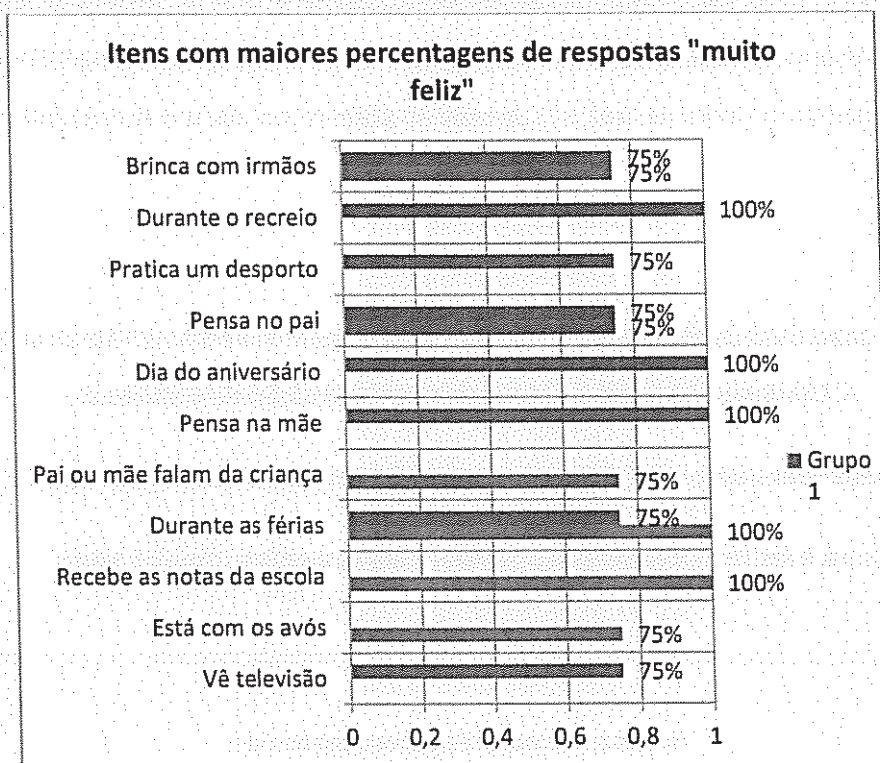
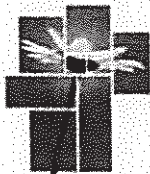


Figura 5 - Itens com maiores percentagens de respostas “muito feliz” dos dois grupos.

No que concerne à pontuação média obtida no AUQEI geral, podemos comparar as pontuações médias obtidas por cada um dos grupos e verificamos que a pontuação média por criança foi ligeiramente superior nas crianças do G2 (58,12) do que nas crianças do G1 (56,72).

Na Tabela 15, verifica-se que as pontuações de QV de todas as crianças participantes foram iguais ou superiores à nota de corte, 48 pontos, indicativo de QV não prejudicada.



Nota de corte	G1 (Valor absoluto)	G2 (Valor absoluto)	Qualidade de Vida
Nota de corte < 48	0	0	Baixa
Nota de corte \geq 48	4	4	Boa
Total de crianças	4	4	

Tabela 15 – Pontuações de qualidade de vida dos dois Grupos.

Considerações Finais

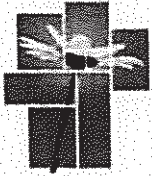
Pensar em QV leva-nos a reflectir sobre o que está relacionado com o grau de satisfação, a felicidade e o bem-estar. Porém, actualmente não existe um consenso sobre o seu significado (Barreire et al., 2003).

A QV pode ser considerada como uma concepção pessoal, cuja quantificação é difícil e as definições variam de acordo com os interesses do indivíduo, de seu grupo cultural e dos seus próprios valores (Assumpção Jr. et al., 2000).

Sampaio & Oliveira (2004, p.45) salientam a “necessidade de que haja educação, informação e apoio da população, possibilitando [...] melhor qualidade de vida”.

Quando se trata de crianças, é ainda mais difícil definir QV, uma vez que está essencialmente relacionada com brincadeiras, prazer e harmonia, e varia de acordo com as fases de desenvolvimento e as relações familiares (Barreire et al., 2003).

Para além disso, a QV em crianças é, tradicionalmente, avaliada através da percepção dos seus pais ou responsáveis. O desenvolvimento de alguns instrumentos de medida da QV (entre os quais o AUQEI), destinados a crianças, tem vindo a inverter essa tradição.



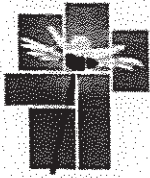
O meio que rodeia a criança com problemas motores nem sempre é propício ao seu desenvolvimento. É importante que ela tenha oportunidade de progredir, de se tornar o mais autónoma possível, de frequentar a escola e de se realizar como ser individual e social, para melhorar a sua QV. Desta forma, pretende-se promover às crianças com problemas motores uma maior autonomia, e proporcionar-lhes, a elas e à sua família, a melhor QV possível.

De um modo geral, percebe-se que os trabalhos destinados a avaliar a QV de indivíduos são reduzidos, particularmente aqueles que se destinam apenas a crianças (Andrade, 2009). Essa escassez é ainda mais evidente no que se refere a estudos que envolvam a QV de crianças com problemas motores, o que dificulta a comparação dos resultados.

Deste modo, destaca-se a importância da avaliação da QV em crianças com problemas motores, uma vez que estes podem interferir de diversas formas na sua vida. Apesar de o AUQEI não ter sido construído para avaliar domínios específicos relacionados com problemas motores, este instrumento pode mostrar, do ponto de vista de satisfação da própria criança, as relações familiares, sociais, atividades, saúde e funções corporais (Bass, 2009)

Este estudo de avaliação da QV em crianças com problemas motores, sugere-nos que, na sua percepção:

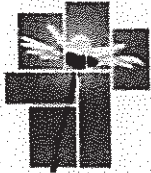
- ➔ As crianças com problemas motores são felizes, apesar das suas limitações motoras, pois todas evidenciaram uma QV não prejudicada (pontuação média de 56,72).
- ➔ As crianças sem condição de deficiência são felizes (pontuação média de 58,12).
- ➔ As crianças com problemas motores apresentaram satisfação mais elevada nos domínios “Lazer” (13,75) e “Família” (13,33). No domínio “Autonomia” apresentaram uma satisfação mais baixa (8,25), o que nos alerta para a necessidade do desenvolvimento de ações que tornem a criança mais independente, capaz de realizar as atividades do seu dia-a-dia.



- ➔ As crianças sem condição de deficiência apresentaram satisfação mais elevada nos domínios “Lazer” (13,75) e “Família” (13,38). Apresentaram satisfação mais baixa no domínio “Autonomia” (9,19).
- ➔ Nos domínios “Autonomia” e “Família”, as crianças com problemas motores são menos felizes que as crianças sem condição de deficiência. No domínio “Funções” as crianças com problemas motores são um pouco mais felizes. No domínio “Lazer” não existem diferenças entre os dois grupos.
- ➔ As crianças sem condição de deficiência são mais felizes do que as crianças com problemas motores. Todas têm uma qualidade de vida considerada não prejudicada.
- ➔ Sugere-se desenvolvimento e aprofundamento de estudos sobre a QV em crianças com problemas motores, pois os estudos existentes nesta temática ainda se revelam insuficientes. Poderão ser úteis na definição de estratégias para estas crianças, com vista a melhorar o seu sucesso escolar e obter resultados significativos na melhoria da sua QV.

Referências Bibliográficas

- Anders, J.C. (2004). *O transplante de medula óssea e suas repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes que o vivenciam*. Tese (Doutorado em Enfermagem). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Andrade, A.L.D.L. (2009). *Qualidade de vida de crianças infectadas ou não pelo HIV*. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Odontologia). João Pessoa – PB: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde.
- Assumpção Jr., F.B., Kuczynski, E., Sprovieri, M.H., & Aranha, E.M.G. (2000). “Escala de avaliação da qualidade de vida (AUQEI – Autoquestionnaire Qualité de vie Infant Imagé) – Validade e confiabilidade de uma escala para a qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos”. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 58 (1), 119-127.



Barreire, S.G., Olcinei, A.O., Kazama, W., Kimura, M., & Santos, V.L.C.G. (2003). Qualidade de vida de crianças ostomizadas na ótica das crianças e das mães. *Jornal de Pediatria*, 79 (1), 55-62.

Bass, L.M. & Beresin, R. (2009). "Qualidade de vida em crianças obesas". *Einstein*, 7 (3 Pt 1), 295-301.

Brasil, T. B., Ferriani, V.P.L., & Machado, C.S.M. (2003). "Inquérito sobre qualidade de vida relacionada a saúde em crianças e adolescentes portadores de artrites idiopáticas juvenis". *Jornal de Pedriatria*, 79 (1), 63-68.

Buczynski, A.K.C. (2007). *Qualidade de vida relacionada à saúde oral em pacientes infantis infectados pelos HIV*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciência da Saúde, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontopediatria e Ortodontia.

Carletti De Oliveira, J.A. (2006). *Qualidade de vida e desempenho acadêmico de graduandos*. Tese de Doutorado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

Ferreira, J.C. (2008). *Qualidade de Vida nas perspectivas de Crianças e Adolescentes Portadores de HIV/AIDS*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Goiânia: Universidade Católica de Goiás – UCG, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

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

Kuczynski, E. (2002). *Avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes sadios e portadores de doenças crônicas e/ou incapacitantes*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Lucena, R.B. (2010). *Qualidade de vida relacionada a saúde bucal de crianças e adolescentes saudáveis e com câncer*. Trabalho de Conclusão de Curso (de



Graduação em Odontologia). João Pessoa – PB: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde.

Melo, E.L.A. (2005). *Qualidade de vida de crianças com Distrofia Muscular Progressiva Tipo Duchenne*. Dissertação de Mestrado. Fortaleza: Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Morales, N.M.O. (2005). *Avaliação transversal da qualidade de vida em crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral por meio de um instrumento genérico (CHQ-PF50)*. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde). Uberlândia: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Paschoal, S.M.P. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

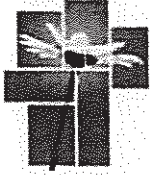
Rodrigues, D. (1998). *Corpo, Espaço e Movimento. A Representação Espacial do Corpo em Crianças com Paralisia Cerebral*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.

Sampaio, A.E.M., & Oliveira, V.M.B. (2004). Avaliação neuropsicológica pelo WISC III em crianças com distrofia muscular de Duchenne. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 24 (3), 37-46.

Saupe, R., & Broca, G.S. (2004). Indicadores de qualidade de vida como tendência atual de cuidado de pessoas em hemodiálise. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, 13 (1), 100-106.

Scattolin, F.A.A. (2006a). Qualidade de vida: A evolução do conceito e os instrumentos de medida. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 8 (4), 1-5.

Seidl, E.M.F., & Zannon, C.M.L.C. (2004). "Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos". *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), 580-588.



Soares, J.E.M.B. (2007). *Qualidade de vida de crianças com deficiência intelectual no contexto da inclusão escolar*. Dissertação de Mestrado. Fortaleza – CE: Fundação Edson Queiroz, Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – VRPPG, Centro de Ciências da Saúde – CCS, Mestrado em Saúde Coletiva – MSC.

Souza, A.L. (2010). *Qualidade de vida no trabalho dos servidores públicos estaduais da Secretaria de Estado de Trabalho e Assistência Social – Setas na cidade de Campo Grande – MS*. Monografia (Curso de Lato Sensu em Tecnologia de Gestão Pública e Responsabilidade Social). Vila Velha – ES: Escola Superior Aberta do Brasil – ESAB.