

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
TAYLA CAMPAGNA DE ASSIS

**QUALIDADE DE VIDA, EXERCÍCIO FÍSICO E SONOLÊNCIA  
DIURNA EXCESSIVA EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE  
DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

CAMPO GRANDE – MS  
2015

TAYLA CAMPAGNA DE ASSIS

**QUALIDADE DE VIDA, EXERCÍCIO FÍSICO E SONOLÊNCIA  
DIURNA EXCESSIVA EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DE  
DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa  
Mestrado em Psicologia da Universidade  
Católica Dom Bosco, como exigência  
parcial para obtenção do título de Mestre  
em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia da  
Saúde

Orientação: Professora Doutora Heloisa  
Bruna Grubits Freire

CAMPO GRANDE – MS  
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, MS, Brasil)

A848q Assis, Tayla Campagna de  
Qualidade de vida, exercício físico e sonolência diurna excessiva em  
crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade / Tayla  
Campagna de Assis; orientação Heloisa Bruna Grubits Freire.-- 2015.  
111 f. + anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom  
Bosco, Campo Grande, 2015.

1. Distúrbio do déficit de atenção com hiperatividade  
2. Qualidade de vida 3. Crianças - Distúrbios do sono I. Freire,  
Heloisa Bruna Grubits II. Título

CDD – 616.8589

A dissertação apresentada por **TAYLA CAMPAGNA DE ASSISS**, intitulada **“QUALIDADE DE VIDA, EXERCÍCIO FÍSICO E SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA EM CRIANÇAS COM TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE”**, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi.....

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Heloisa Bruna Grubits Freire (orientadora)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Grubits – UCDB

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Liliana Andolpho Magalhães Guimarães - UCDB

---

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza

Campo Grande-MS, 28 de maio de 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por guiar meus passos nesta caminhada, por me manter forte e determinada quando nem eu mesma tinha mais forças pra escrever e encerrar essa jornada.

Aos meus pais que, mesmo morando longe, se fizeram sempre presentes em minha vida, me apoiando, me incentivando, me orientando e ajudando a concretizar mais um sonho alcançado.

A minha orientadora Heloisa pela atenção, paciência e sabedoria dedicada a mim e por fazer do meu estudo uma prática saudável e prazerosa com nossas reuniões sempre divertidas.

As professoras Liliana e Sônia pela disponibilidade em participar da banca avaliadora deste trabalho, contemplando meus estudos com seus conhecimentos enriquecedores.

Ao professor José Carlos por me incentivar desde a graduação a me inscrever no mestrado, me apoiar, orientar meus primeiros passos e hoje ser parte da minha banca examinadora.

Ao professor Tamir e ao professor Diogo pela prestatividade em me auxiliar na parte estatística do trabalho e pela amizade adquirida.

A minha irmã Thaisa, ao tio Marcelo, tia Laura, minha afilhada Luiza e ao Sérgio por serem um porto seguro sempre quando precisei e pela torcida e incentivo que me acalmavam nas horas mais difíceis.

Ao grupo PET- Educação Física, em especial aos professores Claudia Stefane e Marcelo Victor da Rosa, pela introdução a vida científica acadêmica.

As amigas de Corumbá (Eduarda, Hevelen, Gabriela, Juliana, Mariane e Jéssica) pela parceria e amizade de sempre, e em especial a Sara, que além de ser amiga também me ajudou fazendo o abstract deste trabalho.

A minha segunda família (família vôlei UFMS) por serem os sobrinhos que eu escolhi e que me proporcionam os momentos mais engraçados e felizes que poderiam ter. Em especial a Mayara da Quinta pelas leituras e correções deste trabalho.

As amigas Priscila, Neide e Mara que fizeram com que os estudos fossem mais prazerosos e divertidos mesmo quando as aulas duravam o dia todo. Aos amigos Débora, Lilian, Dione e Jaziel pelo melhor grupo de mestrado que

poderia existir, ligado por algo em comum, e que com certeza estará unido por muitos e muitos anos.

A todos os professores do mestrado pelo conhecimento adquirido ao longo desses dois anos.

E a todos que de alguma forma fizeram parte desta conquista.

Obrigada de coração!

## RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um assunto que possui atualmente bastante destaque na mídia. Por ser considerado um agente promotor da saúde, o professor de Educação Física pode auxiliar na prevenção e tratamento de distúrbios e doenças, tais como o TDAH. Por isso, desenvolveu-se o estudo com crianças de 4 a 12 anos de idade portadoras do TDAH e pacientes de uma clínica neurológica particular de Campo Grande-MS, para demonstrar como está a saúde e estilo de vida dos mesmos. O objetivo geral desta dissertação foi identificar qual a percepção da qualidade de vida da criança, o nível de exercício físico das mesmas e se elas possuem ou não a sonolência diurna excessiva (SDE). A coleta de dados foi realizada por meio de questionários, sendo eles: questionário sócio-econômico, questionário de qualidade de vida em crianças e adolescentes (AUQUEI) para identificar a percepção da qualidade de vida que as crianças possuem, escala de sonolência de Epworth para analisar se as crianças possuem ou não o distúrbio da SDE e questionário de nível de atividade física para crianças e adolescentes (PAC-C) para averiguar se a criança é ativa ou sedentária. Como resultados, percebeu-se que as crianças, em sua maioria, apresentam uma boa percepção de qualidade de vida (52,7%), não possuem SDE (71,43%) e são sedentárias (64,28%), fato preocupante, visto que as crianças, mesmo em idade em que deveriam ser ativas fisicamente, não estão se exercitando como esperado.

**Palavras-chaves:** Qualidade de Vida; Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; Crianças; Sonolência Diurna Excessiva e Exercício Físico.

## **ABSTRACT**

The Attention Deficit Disorder and Hyperactivity Disorder (ADHD) is a subject that has a lot of attention in the media. To be considered a health promoting agent, the physical education teacher can help in the treatment of various diseases such as ADHD, as well as in preventing health problems. In order to identify the perception of the child's quality of life, exercise the same level and whether they have or not excessive daytime sleepiness (EDS), developed the study with children 4 -12 years old living with ADHD and patients of a particular neurological clinic in Campo Grande-MS, to demonstrate how is the life of these children about their health and lifestyle. The data collection was conducted through questionnaires, namely: socio-economic survey, questionnaire about quality of life in children and adolescents (AUQUEI) to identify the perception of quality of life that children have, Epworth sleepiness scale order to analyze whether or not children have the disorder (SDE) and level of physical activity questionnaire for children and adolescents (PAC-C) to see if the child is active or sedentary. From the results, we can indicate that children, mostly, have a good perception of quality of life (52.7%), lack SDE (71.43%) and are sedentary (64.28%), a disturbing fact, since the children, even in the age when they should be physically active are not exercising as expected.

**Keywords:** Quality of Life; Attention Deficit Disorder and Hyperactivity;Children; Excessive Daytime Sleepiness and Physical Exercise.



## **LISTA DE SIGLAS**

**AUQUEI** – Questionário de avaliação de qualidade de vida em crianças e adolescentes;

**PAC-C** – Questionário de Atividade Física Regular em crianças;

**QV** – Qualidade de Vida;

**SDE** – Sonolência Diurna Excessiva;

**TDAH** – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1</b> - Pontuação do questionário de qualidade de vida AUQUEI.....	<b>63</b>
<b>Tabela 2</b> - Comparação da qualidade de vida entre os sexos.....	<b>64</b>
<b>Tabela 3</b> - Descrição geral da qualidade de vida em seus domínios .....	<b>66</b>
<b>Tabela 4</b> - Comparação dos domínios da qualidade de vida entre os sexos.....	<b>68</b>
<b>Tabela 5</b> - Pontuação geral da Escala de Sonolência de Epworth .....	<b>71</b>
<b>Tabela 6</b> - Escala de Sonolência de Epworth por sexo .....	<b>73</b>
<b>Tabela 7</b> - Resultado geral PAC-C .....	<b>75</b>
<b>Tabela 8</b> - Resultado por sexo PAC-C.....	<b>76</b>
<b>Tabela 9</b> - Resultado horas de assistência a TV .....	<b>76</b>
<b>Tabela 10</b> - Correlação entre Qualidade de Vida e Sonolência Diurna Excessiva .....	<b>80</b>
<b>Tabela 11</b> - Correlação entre Qualidade de Vida e Exercício Física .....	<b>80</b>
<b>Tabela 12</b> - Correlação entre Sonolência Diurna Excessiva e Exercício Físico .....	<b>81</b>

## SUMÁRIO

1. JUSTIFICATIVA.....	11
2. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE .....	15
3. QUALIDADE DE VIDA.....	24
4. SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA .....	33
5. EXERCÍCIO FÍSICO .....	40
6. OBJETIVOS .....	47
6.1 Objetivo Geral.....	48
6.2 Objetivos Específicos .....	48
7. HIPÓTESES .....	49
8. MÉTODO.....	51
8.1 Caracterização da Pesquisa .....	52
8.2 Local da Pesquisa .....	52
8.3 Participantes .....	52
8.3.1 Critérios de Inclusão .....	52
8.4 Recursos Humanos e Materiais .....	53
8.5 Instrumentos.....	53
8.5.1 Questionário Sócio-demográfico.....	53
8.5.2 Qualidade de Vida em Crianças (Anexo 1) .....	54
8.5.3 Exercício Físico (Anexo 2) .....	55
8.5.4 Sonolência Diurna Excessiva (Anexo 3).....	56
8.6 Procedimentos e Aspectos Éticos da Pesquisa .....	57
8.7 Análise Estatística.....	59
9. RESULTADO E DISCUSSÃO DOS DADOS .....	60
9.1 Dados sócio-demográficos .....	61
9.2 Qualidade de Vida .....	63
9.3 Sonolência Diurna Excessiva.....	71
9.4 Exercício Físico .....	75
9.5 Correlação das Variáveis.....	79
10. CONCLUSÃO .....	82
11. REFERÊNCIAS .....	86
12. APÊNDICES.....	97
13. ANEXOS .....	104

**1. JUSTIFICATIVA**

Atualmente, o professor de Educação Física pode ser considerado como um agente promotor da saúde, visto que há uma preocupação destes não apenas com a educação de seus alunos, no sentido didático-intelectual, mas no modo como suas ações serão efetivadas dentro dessa outra área de atuação: a saúde. Com base nisso e diante da necessidade pela busca de profissionais com formação adequada para também atuar na área da saúde, observou-se que nos últimos anos houve uma inclusão maior de discussões sobre conceitos de saúde e doença nos currículos acadêmicos (MELLO; VAISBERG; FERREIRA, 2010), proporcionando dessa forma discussões e estudos acerca de temas relacionados, como o da qualidade de vida.

A qualidade de vida é defendida como uma maneira de se valorizar parâmetros mais profundos do que o simples controle de sistemas, tais como mortalidade, expectativa de vida ou outras taxas referentes à vida das pessoas. Sendo assim, nessa condição, a qualidade de vida é a inter-relação dos fatores que diferenciam as atividades cotidianas dos seres humanos (TOMBOLATO, 2005). Muitos fatores provindos de ordem natural, psicológica e sociocultural estão associados a este termo, tais como: saúde física, saúde mental, longevidade, satisfação no trabalho, relações familiares, disposição, produtividade, dignidade e espiritualidade (NERI, 1993; NAHAS, 1996).

De acordo com Chellapa e Araújo (2007), o sono é um fator que interfere na qualidade de vida, visto que se trata de algo que pode nos deixar bem ou mal pela sua privação ou excesso, podendo a qualidade do sono também estar ligada a fatores de ordem psíquica.

Comprovando que a qualidade de vida também está ligada a qualidade do sono, Pereira, Teixeira, Kothe, Merino e Daronoco (2010) detectaram que a baixa qualidade de sono resulta numa baixa capacidade em se desempenhar atividades diárias como o trabalho, gerando inclusive aparição de dores durante o dia, o que consequentemente também afeta a qualidade de vida das pessoas, pelo fato de proporcionar falta de disposição para realizarem suas atividades cotidianas, visto que o sono é essencial para nossa vida, algo sem o qual não podemos viver e que, tampouco, podemos controlar. Na maioria das vezes, não se sabe ao certo o que é este fenômeno nem como o mesmo pode intervir no nosso dia a dia e principalmente na nossa qualidade de vida, sendo, então, necessários estudos a respeito do assunto, tais como este em questão.

Diretamente relacionado ao sono e a qualidade de vida, encontra-se o exercício físico. O nível de sedentarismo está cada vez mais frequente entre a população. Mello, Boscolo, Esteves e Tufik (2005) destacam que se o exercício físico for realizado de forma sistematizada pode gerar vários benefícios a seus praticantes, tanto na ordem física quanto mental, o que melhoraria a sua qualidade de vida, interferindo, por exemplo, nos níveis de humor, memória e na qualidade do sono, podendo auxiliar também em distúrbios mentais.

Percebe-se, então, que o exercício físico tem grande importância no que diz respeito à saúde, ocasionando dessa forma a melhoria da qualidade de vida, que leva a uma diminuição nos casos de doenças crônicas, auxiliando ainda no aumento da longevidade (MARTINS; MELLO; TUKIF, 2001). Em contrapartida, o sedentarismo ou a inatividade física atuam como predisponente para o surgimento ou piora de casos de doenças, como o diabetes, a obesidade e outras comorbidades (RIVERA et al., 2010), por isso a sua importância no que diz respeito à qualidade de vida.

De acordo com a experiência da pesquisadora a associação dos fatores qualidade do sono e exercício físico regular proporcionam aumento da qualidade de vida da população, seja nos fatores funções, relações familiares, lazer e autonomia, visto que, acredita-se que quanto mais ativo fisicamente for o indivíduo e quanto maior sua qualidade de sono, maior será a sua qualidade de vida.

Como indicado no estudo de Medina (2010), a prática de exercícios físicos traz melhoria aos aspectos cognitivos, auxiliando também na vida mental da população, podendo, desta forma, interferir no tratamento de uma criança portadora do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), público em questão neste estudo.

O TDAH é um assunto que possui atualmente bastante destaque na mídia, e por ser presente nas discussões atuais, muitas vezes não é compreendido de maneira adequada e satisfatória pela população em geral, haja vista que todos dizem saber quais os sintomas, diagnósticos e tratamento deste distúrbio.

O TDAH é dos transtornos que mais tem sido estudados na medicina, gerando dados cada vez mais convincentes do que até mesmo outros transtornos mentais e outras condições médicas (MATTOS, 2004). Este tipo de transtorno está presente em um percentual de 3% a 7% das crianças (BELLI, 2008).

Em virtude de diversas discussões sobre a medicalização nas escolas e o ápice de psicodiagnósticos e divulgações sobre o TDAH, diversas pesquisas são

encontradas a respeito do transtorno no período da infância e adolescência. Este transtorno pode ser considerado hereditário, podendo ser evidenciado mais casos na mesma família, ou seja, todas as culturas e grupos étnicos possuem crianças, ou adolescentes ou adultos com TDAH (BELLI, 2008).

Pensando nisso, resolveu-se estudar essa população em especial, pois será que o portador de TDAH faz durante as aulas de Educação Física exercícios que possibilitem a melhora de sua capacidade de lidar com esse transtorno? Será que esses alunos possuem uma queda do nível da qualidade do sono, pois são mais ativos e não conseguem gastar as horas de sono necessárias para se manter um padrão considerado como normal? Será que esses itens afetam ou não na qualidade de vida de uma criança com esse transtorno?

Sendo assim, este trabalho teve como objetivo geral verificar se o nível de exercício físico exerce influência sobre a sonolência diurna excessiva e qualidade de vida de crianças diagnosticadas com TDAH, e como objetivos específicos: caracterizar a amostra por meio das variáveis sócio-demográficas; avaliar a qualidade de vida das crianças por meio do questionário de avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes (AUQUEI); avaliar se as mesmas são ativas ou não ativas fisicamente por meio do Questionário de Atividade Física Regular (PAC-C); identificar se elas possuem ou não possuem sonolência Diurna Excessiva pela Escala de Sonolência de Epworth; comparar o nível de exercício físico com a qualidade de vida dos estudantes; relacionar a qualidade de vida com a sonolência diurna excessiva; correlacionar as variáveis qualidade de vida, sonolência diurna excessiva e exercício físico.

No que se refere a revisão de literatura, a mesma foi dividida em capítulos, sendo o TDAH o primeiro em questão. Neles, foi feito o levantamento dos estudos a respeito do tema e posteriormente a relação do mesmo com as demais variáveis do estudo.

## **2. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE**



A primeira menção ao termo TDAH surgiu em 1798, com Alexander Crichton, que fez publicações a respeito de suas observações de casos clínicos de pacientes com doenças mentais. No ano de 1932, Franz Kramer e Hans Pollnow identificaram este transtorno como uma doença hipercinética da infância, que caracterizava sintomas de inquietação motora acentuada. Em 1937, Bradley fez o primeiro relato do efeito estimulante da benzedrina nas crianças hiperativas, visto que havia observado uma melhora no comportamento, na atenção, no desempenho nos estudos e no relacionamento das crianças para com as outras (LEITE, 2011).

A partir dos anos 80, o TDAH começou a ocupar lugar de destaque tanto na vida de pais como na vida de profissionais da área da saúde mental, pois passou a ser considerado o principal distúrbio psicológico encontrado em crianças (CARVALHO; CARVALHO; SOUZA; BRAGA, 2012), sendo que os relatos de incidência nos Estados Unidos, por exemplo, variam de 2% a 20% em crianças em idade da escola primária. Os meninos possuem uma incidência maior do que o sexo feminino, sendo uma proporção de 5 para 1. Os pais das crianças que apresentam essa incidência podem apontar hipercinesia, sociopatia, dependência de álcool e transtorno conversivo (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997). Segundo Barreto e Moreira (2011), a prevalência mundial de crianças com este transtorno corresponde a 5%, e no Brasil 13%.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) caracteriza-se, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1994), como o estado de desatenção e/ou hiperatividade mais frequente e severo do que aquele tipicamente observado em indivíduos em nível equivalente do desenvolvimento. Para DuPaul e Stoner (2007) este transtorno tem início precoce, sendo que geralmente a criança recebe este diagnóstico se inicia a escolarização formal.

O TDAH é caracterizado por distúrbios motores, perceptivos, cognitivos e comportamentais que podem comprometer o aprendizado e a função intelectual normal. Na maioria dos casos, o TDAH não surge de forma isolada, sendo provável a aparição de outros transtornos psiquiátricos, como as alterações do sono (MEDINA, 2010). O TDAH pode ser indicado como um dos transtornos mais comuns na fase da infância, sendo uma das principais causas da procura por atendimento em unidades laboratoriais de Saúde Mental (CARVALHO et al., 2012).

Para Leite (2011), o TDAH é um transtorno que ocorre no desenvolvimento do sistema nervoso que tem a primeira aparição na infância, possui um curso crônico, persiste na vida adulta em mais da metade dos casos e deixa a criança mais propícia e

vulnerável a outras doenças neuropsiquiátricas. Acarreta à maior prevalência de comorbidades, prejuízos na vida escolar e profissional, dificuldade em relacionamentos sociais, aumento do número de acidentes, aumento do conflito com a família, separação e até divórcios. O autor ainda diz que pessoas com este transtorno apresentam menor desempenho em relação aos colegas da mesma idade e capacidade funcional, utilizando de mais reforços escolares e serviços de saúde, o que resulta em maior custo benefício para a família e para a sociedade.

Segundo Oliveira e Albuquerque (2009), este transtorno se manifesta, principalmente, por níveis significativos de ordem clínica no que se refere à desatenção, hiperatividade e impulsividade, afetando diversas áreas de funcionamento adaptativo, como relacionamento interpessoal, acadêmico ou familiar, sendo acrescentado, ainda, a elevada incidência de transtornos comórbidos.

Para Barkley (2002):

hoje a maioria dos profissionais clínicos – médicos, psicólogos, psiquiatras e outros – acreditam que o TDAH consiste de três problemas primários na capacidade de um indivíduo controlar seu comportamento: dificuldades em manter sua atenção, controle e inibição dos impulsos e da atividade excessiva. Outros profissionais [inclusive eu] reconhecem que aqueles com TDAH possuem dois problemas adicionais: dificuldade para seguir regras e instruções e variabilidade extrema em suas respostas a situações (particularmente em tarefas ligadas ao trabalho). Acredito que todos esses sintomas estão associados a um déficit primário na inibição do comportamento, que é o símbolo do TDAH (BARKLEY, 2002, p.50).

Embora as causas do TDAH ainda não sejam totalmente esclarecidas, estudiosos acreditam que os fatores genéticos estão fortemente envolvidos nos estudos epidemiológicos, englobando o sistema dopaminérgico, noradrenergico e serotoninérgico na patologia do transtorno. Esses fatores genéticos são associados também a causas ambientais, como brigas conjugais, que elevam em 11,6 vezes a chance de a criança ser diagnosticada com TDAH. Porém, apesar de pesquisas na área, nenhuma revela que um gene possa ser necessário ou suficiente para o desenvolvimento do TDAH, sendo, a teoria mais aceita, então, a de que o TDAH seja decorrente de uma somatória de genes com pequeno efeito associado a fatores ambientais capazes de lesar ou comprometer estruturas cerebrais que dizem respeito às funções executivas (MEDINA, 2010).

O TDAH já possuiu diversos nomes durante todo o século XX, tais como: “encefalite letárgica”, “dano cerebral mínimo”, “disfunção cerebral mínima”,

“hipercinesia”, “doença de déficit de atenção” e, o atual, “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”. Para todas essas doenças os sintomas são similares, sendo os mais comuns: baixo desempenho escolar, extroversão, comportamento violento, incapacidade de completar tarefas, distúrbios do sono, moralidade imprópria para a idade e esquecimento (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2009).

De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV TR, 2002) o TDAH se caracteriza pela combinação de dois grupos de sintomas, sendo eles: a desatenção, e hiperatividade e impulsividade.

Os sintomas de desatenção constituem o Módulo A, que correspondem as seguintes características:

1. Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuidos em atividades escolares, de trabalho ou outras;
2. Dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
3. Parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
4. Dificuldade em seguir instruções até o fim e não termina tarefas e deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais;
5. Dificuldade em organizar tarefas e atividades;
6. Evita, apresenta antipatia ou reluta em se envolver com tarefas que exijam esforço mental constante;
7. Perde objetos necessários para realizar as tarefas ou atividades do cotidiano;
8. Distrai-se com muita facilidade com coisas à sua volta ou mesmo com seus pensamentos;
9. Esquece-se de coisas que deveria fazer no dia-a-dia

Os sintomas de hiperatividade e impulsividade constituem o Módulo B, que corresponde às seguintes ações:

#### *Hiperatividade*

1. Mexe as mãos e os pés ou se remexe muito na cadeira;
2. Dificuldade de permanecer sentado em situações em que isso é esperado;
3. Correr ou escalar coisas, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos pode se restringir a um sentir-se inquieto por dentro);
4. Dificuldades para se manter em atividades de lazer em silêncio;

5. Parece ser “elétrico” e a “mil por hora”;
6. Fala em demasia.

### *Impulsividade*

7. Responde perguntas antes mesmo de serem concluídas;
8. Não consegue aguardar sua vez;
9. Interrompe os outros ou se insere na conversa dos outros.

Após essa descrição é necessário relatar que os sintomas que compõem a base dos sistemas CID-10 da Organização Mundial de Saúde e do DSM-IV-TR para o diagnóstico de TDAH em crianças e adolescentes são semelhantes. Entretanto, o CID-10 apresenta algumas diferenças importantes, tais como: exige concomitância de sintomas nos três domínios (desatenção, hiperatividade e impulsividade), exclui o diagnóstico na presença de comorbidade como ansiedade e depressão, e exige universalidade dos sintomas.

Ainda com base no DMS-IV podemos compreender a existência de três formas de TDAH, que estão pontuadas a seguir:

- Forma Desatenta, com predomínio dos sintomas do Módulo A;
- Forma Hiperativa/impulsiva, com predomínio dos sintomas do Módulo B;
- Forma Combinada, com muitos sintomas dos Módulos A e B.

De acordo com Machado e Cesar (2007) outros critérios devem ser levados em conta na classificação do TDAH, tais como: persistência do comportamento há pelo menos seis meses, início precoce (antes dos sete anos de idade), os sintomas tem a repercussão na vida pessoal, social ou acadêmica, estar presente em pelo menos dois ambientes, frequência e gravidade maiores em relação a outras crianças da mesma idade e idade de cinco anos para o diagnostico.

Há ainda, o TDAH do **tipo não específico**, no qual o portador possui características, mas não em número suficiente para ser diagnosticado completamente. Porém, esses sintomas já causam comprometimento da vida diária (GOLDSTEIN, 2006).

Para Bowling (1998) e Soni e Cella (2002), o termo TDAH, empregado anteriormente, engloba não apenas a capacidade funcional, mas também as

dimensões que envolvem o desempenho de papéis, o grau e a qualidade da interação social, o bem-estar psicológico, as sensações somáticas e a satisfação com a vida, condizendo com o proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998) que define a qualidade de vida, englobando cinco dimensões: a saúde física, a saúde psicológica, o nível de independência do indivíduo, as relações sociais e o meio ambiente.

Para o diagnóstico de TDAH é de relativa utilidade o emprego de escalas (tais como a ASRS-18) que se baseiam nos critérios do sistema diagnóstico da DSM-IV-TR. A escala de avaliação é útil para que se possa aferir sintomas de TDAH e/ou detalhar o perfil sintomático, porém seu uso deve ser considerado como ferramenta auxiliar para o diagnóstico do transtorno, não substituindo a entrevista clínica, que possibilita a identificação de possíveis comorbidades, visto que esta permanece a base para o diagnóstico. O diagnóstico de TDAH permanece sendo clínico, sendo obtido por meio de uma anamnese cuidadosa e estruturada, o emprego de critérios clínicos bem descritos e treinamento no diagnóstico diferencial de transtornos psiquiátricos (MATTOS, 2004), por isso, a população estudada neste trabalho já foi diagnosticada como portadora do TDAH, visto que a pesquisadora é formada em Educação Física e não pode aplicar a maioria dessas escalas diagnósticas.

O diagnóstico é, portanto, clínico e baseado nos critérios operacionais descritos acima (Tipo Combinado, Tipo Predominantemente Desatento e Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo). Barkley (2002) define que o caráter desse diagnóstico é um contínuo para um traço normal a todos, variando o grau do transtorno, sendo o TDAH considerado limítrofe, leve, moderado e severo. Deve-se observar, então, a duração, frequência e intensidade dos sintomas, a recorrência em local variado e o prejuízo clínico significativo.

No que se refere ao tratamento do TDAH, sabe-se que não existe um exame para se diagnosticar tal transtorno, sendo o diagnóstico, então, um processo de múltiplas facetas, que demanda uma avaliação ampla.

Segundo Mesquita (2009), a medicação é a primeira intervenção a ser considerada. Esse tratamento psicofarmacológico tem interferência nos metabolismos dos neurotransmissores, estimulando as partes do cérebro que são responsáveis pelo autocontrole do comportamento, representando uma melhoria em 70% a 90% dos pacientes. A droga mais popular usada no Brasil para este tratamento é a Ritalina,

que tem em sua composição química o metilfenidato que possui um ciclo de ação de curta duração, variando de três a cinco horas.

A psicoterapia feita de forma individual, a modificação de comportamento e o aconselhamento parental também são alternativas para se tratar o TDAH. Se a criança recebe um auxílio para se estruturar dentro de seu ambiente, a ansiedade dela diminui (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

As crianças com este transtorno possuem dificuldade de aprendizagem. Porém, ainda que encontrem essas dificuldades devem ser mantidas em classes regulares. O professor deve fazer parte da equipe multidisciplinar que trabalha na prevenção e tratamento do TDAH, auxiliando o aluno de modo a demonstrar claramente a rotina da sala de aula, definindo regras, usando recursos visuais e auditivos, adotando atitudes positivas como os elogios, diversificando as atividades, pois os alunos com esse transtorno perdem o foco na atividade rapidamente. Uma opção seria colocar esse aluno na função de ajudante do dia, por exemplo, ou outras atitudes que venha a ajudar na capacidade de se concentrar e dessa forma, melhorar as condições para aprenderem mais facilmente. O professor de Educação Física pode auxiliar no tratamento em parceria com o psicopedagogo, desenvolvendo algumas técnicas de exercícios sensório-motores, combinações intelectuais, xadrez, dama, memória, quebra cabeça, carta, leitura e contos de fadas (MACHADO; CEZAR, 2007).

Já para os pais, Goldstein e Goldstein (1994) citam nove pontos que podem ser utilizados como estratégia para ajudar neste tratamento, sendo eles: aprender o que é TDAH, incapacidade de compreensão versus rebeldia, dar instruções positivas, recompensar o comportamento adequado, escolher as batalhas, usar técnicas de custo de resposta (perder o que se ganhou), planejar adequadamente os limites do filho de maneira positiva e ativa, punir adequadamente como estratégia de controle, construir ilhas de competência, mostrando o que há de certo com ela e não o que há de errado.

Portanto, percebe-se a importância do trabalho em equipe para o tratamento do TDAH, de modo que se todas as áreas e capacidades forem trabalhadas concomitantemente, mais rápido e eficaz será o resultado e melhor será a recuperação da criança.

Com relação à qualidade de vida da criança com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, percebe-se que a mesma não sofre apenas com os sintomas clássicos da doença, como a desatenção, hiperatividade e impulsividade,

mas também apresentam prejuízos no âmbito escolar, nas relações sociais, no funcionamento familiar e sofre, principalmente, com a instabilidade emocional (BILHAR, 2010).

Além disso, não só a criança portadora do TDAH sofre com a doença, mas os pais ou cuidadores também sentem esse reflexo. Em estudo de Johnston (1996), percebeu-se que a autoestima desses responsáveis obteve uma pior pontuação quando compara com pais de crianças do grupo controle.

Porém, esses fatores emocionais também são influenciados por fatores ambientais, tais como o contato com a família e a genética, proporcionando um ambiente saudável e adequado para os portadores de TDAH, ocorrendo uma influencia no bem-estar das mesmas, refletindo de forma positiva na qualidade de vida delas. (BILHAR, 2010).

Estudos de Mattos e Coutinho (2007) demonstraram que crianças, adolescentes e também adultos com TDAH possuem níveis inferiores de qualidade de vida quando comparados com grupos controles sem nenhuma doença ou com doença que não seja psiquiátrica. O conhecimento de que os domínios da qualidade de vida influem nas crianças com distúrbios psiquiátricos, ajudam no processo diagnostico da doença, podendo auxiliar no tratamento das mesmas. Dessa forma, destaca-se a importância de se verificar a qualidade de vida existente nesses participantes, a fim de possibilitar conhecimentos científicos que sejam úteis para a melhoria de vida das crianças.

No que se refere ao sono das crianças portadoras do TDAH, sabe-se que 56% dos adolescentes com esse transtorno possuem algum distúrbio do sono, tanto para dormirem ou mesmo para acordarem, sendo que 55% desses acordam com a sensação de estarem cansados, mesmo dormindo cerca de 8 horas de sono diárias (ABDA, 2013).

Com isso, percebe-se que queixas a respeito do sono desse público em questão vem sendo cada vez mais pesquisada. Alguns sintomas dos distúrbios do sono são parecidos com os sintomas do TDAH, sendo possível até dificultar a apresentação do diagnostico. O tratamento do TDAH também pode gerar dificuldades ao dormir, sendo que alguns distúrbios do sono são mais prováveis de se encontrar em portadores do TDAH. Percebe-se também que alguns medicamentos, utilizados no tratamento do transtorno, interferem na qualidade do sono, da mesma forma que uma má qualidade do sono pode interferir no tratamento do TDAH (VIEIRA, 2012).

Alguns fatores são associados ao TDAH e ao sono, tais como as alterações cognitivas e comportamentais, que são decorrentes da privação do sono, proporcionando um desempenho acadêmico negativo para a criança, visto que a diminuição nas horas de sono pode ser um fator associado ao TDAH. Crianças com este transtorno tem latência de sono aumentada, porcentagem de sono REM diminuída e aumento da atividade motora noturna. Segundo Owens, os distúrbios do sono na infância podem se apresentar por meio da sonolência diurna, ou por meio da manifestação de sintomas neurocomportamentais, muitos dos quais se sobrepõem aos sintomas do TDAH. Segundo teoria proposta por Weinberg e Harper, a manifestação de sintomas de hiperatividade seria uma forma de controlar a sonolência excessiva que as crianças com TDAH apresentam (ANACLETO; LOUZADA; PEREIRA, 2011).

Portanto, vê-se que com o conhecimento que se possui acerca dessas duas variáveis, sono e criança com TDAH, pode-se dizer que é suficiente para se afirmar a importância em se avaliar a qualidade do sono dessa criança, e dessa forma, se utilizar um tratamento mais eficiente e eficaz para com o portador do transtorno.

Já relacionando o mesmo com crianças com TDAH, sabe-se que as mesmas possuem dificuldades principalmente no que diz respeito à coordenação motora, visto que 50% das crianças com TDAH tendem a possuir o distúrbio do desenvolvimento da coordenação, gerando uma interferência na aprendizagem escolar e até nas atividades cotidianas (GONÇALVES, 2008).

Segundo Poeta e Rosa Neto (2004) a psicomotricidade pode ser uma boa adoção para se controlar a parte motora da criança, propiciando uma organização espacial e temporal da criança, demonstrando uma correlação entre o desenvolvimento motor, cognitivo afetivo das mesmas.

Portanto, em um mundo cada vez mais sedentário e com perturbações psicológicas cada vez mais frequentes, a prática do exercício físico tem de ser considerada, visto que o mesmo possui um impacto significativamente positivo tanto na saúde física quanto mental da população (VEIGAS; GONÇALVES, 2009). Ou seja, é de fundamental importância que os indivíduos com TDAH sejam praticantes de exercícios físicos, isto é, sejam fisicamente ativos, a fim de amenizar os sintomas apresentados neste transtorno. Porém, o exercício físico não age de forma isolada, sendo necessários outros cuidados, tais como a psicoterapia.



### **3. QUALIDADE DE VIDA**

O termo qualidade está presente desde reflexões feitas por diferentes filósofos da Antiguidade. Alguns defendiam que a “boa vida”, como chamavam, seria o mesmo que felicidade. Para Aristóteles, entretanto, havia diferentes estilos de felicidade e nem todos significam estar em uma boa vida. Ele acreditava que esse termo (qualidade de vida) seria o resultado de percepções individuais e não uma unanimidade, visto que cada ser a defenderia como uma experiência momentânea, o que seria a primeira definição para o “bem-estar” (FERNANDES JÚNIOR; MELLO, 2011).

A expressão “qualidade de vida” teve sua primeira aparição divulgada na mídia quando o presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson, em 1964, disse que os objetivos devem ser medidos pela qualidade de vida que estes proporcionam às pessoas. Assim, esse evento foi um grande estopim para que os cientistas começassem a investigar tanto o termo “qualidade de vida” quanto o termo “padrões de vida” (OMS, 1998).

Há duas grandes áreas de conhecimento a respeito da Qualidade de vida, sendo elas a relacionada à saúde e a saúde social. A qualidade de vida relacionada à saúde considera os aspectos que dizem respeito às enfermidades, disfunções e patologias, sendo eles não só de ordem física ou psíquica, mas também ambiental, cultural e sociais que contribuem ou não à saúde do ser. Já a saúde social está relacionada ao trabalho, ou seja, a direitos e privilégios, como um salário, férias, tempo livre com a família, saneamento básico, educação e saúde (FERNANDES JÚNIOR; MELLO, 2011).

Segundo Panzini, Rocha, Bandeira e Fleck (2007), seis grandes vertentes possibilitaram que o conceito de qualidade de vida fosse desenvolvido, sendo elas as seguintes: a relacionada à felicidade e ao bem-estar, ou seja, ao estado de vida do indivíduo, indicadores sociais tais como emprego, estabilidade, saneamento básico dentre outros, insuficiências de precauções com relação à saúde, ou seja, falta de investimento nessa área, satisfação do cliente referindo-se a qualidade das medidas oferecidas, a humanização da medicina possuidora de avanços em estudos pautados nesse tema, e psicologia positiva, demonstrando a relação do indivíduo com ele mesmo.

Na década de 1990 ocorreram vários debates tanto acadêmicos quanto políticos acerca do que seria a qualidade de vida, principalmente no que se refere à identificação e preocupações relacionadas ao desenvolvimento de meios para se

mensurar qual seria a mesma presente nos indivíduos (SOARES et al, 2011). Com isso, no ano de 1996, a 10ª Conferencia Nacional de Saúde apontou uma relação existente entre saúde e qualidade de vida, não deixando claro qual seria o sentido existente acerca deste último termo. A partir disso, nota-se o quanto é difícil conceituarmos essa expressão, visto que cada indivíduo defende que já sabe o que esse termo possui de significado ou até mesmo sente este significado (MOREIRA, 2000). Já Buarque (1993, p. 157), disse que “talvez nenhum conceito seja mais antigo, antes mesmo de ser definido, do que ‘qualidade de vida’ talvez nenhum seja mais moderno do que a busca da ‘qualidade de vida’”.

Qualidade de vida, segundo Oliveira, Mininel e Felli (2011), está associada a amplos aspectos que relacionam o indivíduo de maneira subjetiva de atribuições diferentes para cada ser humano de acordo com suas devidas perspectivas de análises. Por isso, Maciel (2006) defende que essa expressão não tem uma definição exata, de modo que os indivíduos não entram em um consenso quanto ao seu conceito.

Seidl e Zannon (2004) defendem que a qualidade de vida em sua contextualização possui duas tendências, sendo uma relacionada a um contexto mais genérico e outra relacionada à saúde. A primeira tendência seria marcada por uma abrangência maior não entrando em questões mais agravantes, ilustrando a contextualização adotada pela Organização Mundial da Saúde. A segunda é frequentemente encontrada na literatura, implicando em conceitos associados a intervenções em saúde. Já Oliveira e Flores (2000) diz que há três aspectos fundamentais referentes à qualidade de vida, sendo elas: a subjetividade, multidimensionalidade e as presenças de dimensões positivas e negativas.

Nahas (2003) defende que o conceito de qualidade de vida difere de pessoa para pessoa e que este não é algo fixo podendo variar ao longo dos anos devido a uma série de fatores. O mesmo ainda diz que:

A combinação desses fatores que moldam e diferencia o ser humano, resulta numa rede de fenômenos e situações que, abstratamente, pode ser chamada de qualidade de vida. Em geral, associam-se a essa expressão fatores como: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade. Num sentido mais amplo, qualidade de vida pode ser uma medida da própria dignidade humana, pois pressupõe atendimento das necessidades humanas fundamentais (NAHAS, 2003, p. 13).

Ainda segundo Nahas (2003), a qualidade de vida está relacionada a parâmetros sócio-ambientais, tais como: moradia, transporte, segurança, assistência médica, condições de trabalho e remuneração, educação, opções de lazer e meio ambiente, ou seja, parâmetros adquiridos por meio de experiências de troca e relacionados ao meio em que se vive, e também relacionadas a parâmetros individuais, sendo eles: hereditariedade e estilo de vida (hábitos alimentares, controle do estresse, atividade física habitual, relacionamentos e comportamento preventivo), ou seja, algo que é peculiar a cada um dos seres.

A busca pela qualidade de vida é um assunto com crescente interesse por parte da comunidade, principalmente os relacionados à área da saúde, devido à responsabilidade que estes possuem a fim de promover a mesma, de modo que a população consiga alcançar uma longevidade maior, devido à melhoria da qualidade dela (SOUZA; LAUTERT; HILLESHEIN, 2011).

A preocupação com esses conceitos diz respeito a um movimento que ocorre dentro das ciências humanas e também biológicas, para se valorizar parâmetros que seriam mais amplos do que os controles de sintomas, diminuição da mortalidade e aumento da expectativa de vida. Portanto, a partir disso, a qualidade de vida seria então a inter-relação dos acontecimentos que modelam e diferenciam o cotidiano do indivíduo resultando numa rede de fenômenos, pessoas e situações (TOMBOLATO, 2005). Para Gordia et al. (2010) esse aumento decorre também de acontecimentos da vida cotidiana, na mídia televisiva, *outdoors* e inclusive nas rodas de conversas e bate papos entre amigos.

Num contexto mais ultrapassado, visto que qualidade de vida não se trata apenas de questões relacionadas à saúde, mas também de questões socioculturais, destacou-se a qualidade de vida relacionada à saúde no sentido de colocar suas pretensões na possibilidade e capacidade do indivíduo viver sem possuir doenças ou ainda de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade (FERNANDES, 1996). Ou seja, esse termo se relacionava ao bem estar do indivíduo de modo que o mesmo fosse isento de doenças para que ele pudesse ter uma boa qualidade de vida. Entretanto, esse contexto tornou-se antigo, visto que novos olhares acerca do tema estão sendo lançados, tais como o defendido pelo Grupo de Avaliação da Qualidade de Vida da Divisão da Saúde Mental da OMS (WHOQOL) que acredita que o elemento cultural é parte integrante fundamental para essa definição, partindo, então, de uma perspectiva transcultural, defendendo que a

mesma seria “a percepção do indivíduo de sua posição de vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (PANZINI, 2007 et al *apud* WHOQOL, 1998).

Para Lima, Weffort e Borges (2011), a qualidade de vida é algo subjetivo que decorre da percepção do indivíduo acerca da sua vida, abrangendo os contextos da cultura e de valores pertencentes aos pais dos indivíduos, que são passados aos filhos, dependendo do objetivo, expectativa, padrão e preocupação dos mesmos com suas proles, ou seja, mais relacionados a termos da área humana de estudos.

Minayo (2000) ainda relaciona o termo a outras questões humanas, tais como: satisfação familiar, amorosa, social, ambiental e estética.

Outros autores que tratam do tema, Seidl e Zannon (2004), defendem que a qualidade de vida estaria relacionada, anteriormente, a padrões de vida ligados, sobretudo aos bens materiais que os indivíduos possuíam, mas que agora a mesma incorporou a seu contexto sensações de bem-estar, realização pessoal, qualidade dos relacionamentos, educação, estilo de vida, saúde e lazer, englobando aspectos psicológicos, físicos, sociais e econômicos.

No que se refere à temática da qualidade de vida, encontramos a qualidade de vida relacionada ao trabalho, que possui enfoque nos trabalhadores de diferentes áreas. Esse campo de atuação vem aumentando justificando-se pelo fato de que a maior parte de nossas vidas se encontra dentro de nossos trabalhos, visto que se trata de algo que mantém a nossa sobrevivência. Ela está associada aos vínculos que o trabalhador possui no que se refere ao seu ambiente de trabalho e o que ele desenvolve no mesmo, relacionando-se também ao trato físico recebido por esse trabalhador dentro de suas funções. Ela possui duas dimensões, sendo uma relacionada ao bem-estar e a outra a produtividade do trabalhador (NESPECA; CYRILLO, 2011).

Nahas (2006) destaca que o trabalho é um dos indicadores socioambientais da qualidade de vida, ou seja, é um dos itens que estão presentes para se a constituição de um padrão mais elevado. Ainda segundo o mesmo autor, o estilo de vida também corresponde a outro indicador individual da qualidade de vida, de modo em que o trabalho é um hábito de vida destacado nesse contexto.

A qualidade de vida se tornou então, um importante indicador de saúde já que a mesma fornecia informações acerca das possíveis interferências clínicas na vida do

paciente, de modo a encaminhá-las para as políticas públicas que providenciaram uma melhoria na qualidade de vida (POETA; DUARTE; GUILIANO, 2010).

Dentro desse campo, há ainda pesquisadores que acreditam ser a qualidade de vida um assunto que deva ser mais contemplado pelas políticas públicas relacionadas à área de saúde. Monteiro et al (2010, *apud* WHOQOL, 1998), acreditam que a qualidade de vida está relacionada com as práticas assistenciais, de modo que as políticas públicas desenvolvam ações capazes de promover a saúde prevenindo desse modo algumas doenças, possibilitando dessa forma o tratamento eficaz e eficiente em determinados grupos de doentes.

No que se refere à qualidade de vida relacionada à criança, não se vê um conceito fixo elaborado, e sim, que a mesma aparece definida como um selo de boas práticas em saúde, ou como uma definição de objetivos a serem alcançados.

Em 1993, houve a primeira aparição do termo qualidade de vida ligada à infância, porém este termo era apenas visto como um descritor para se comparar a trajetória da nutrição infantil no Brasil nas décadas de 1970 e 1980, sendo sua discussão feita de modo implícito dentro de artigos. Sendo assim, a qualidade de vida era utilizada dentro de duas vertentes: para pesquisa científica, ou seja, avaliando a sensação subjetiva de bem-estar das crianças e dos adolescentes englobando algum tipo de enfermidade, observando o impacto psicossocial de condições clínicas e de esquemas terapêuticos na sua vivência, e a segunda vertente estaria relacionada como parte dos resultados desejados das práticas assistenciais e das políticas públicas (SOARES et al., 2011).

Na área de saúde mental, a qualidade de vida possui dois modelos de mensuração, sendo eles: modelo de satisfação e o modelo de três componentes, de acordo com Prebianchi (2003):

- Modelo de satisfação: diz respeito à satisfação do indivíduo com relação aos domínios da vida, oriundos de importância pessoal. Refere-se à comparação entre as aspirações e o grau em que estas necessidades e desejos são satisfeitos, sendo, então, um sentido subjetivo de bem-estar ou descontentamento;
- Modelo de três componentes: considera as questões subjetivas como os objetivos, funcionamento das situações, e conceituais, condições sociomateriais.

Sendo assim, as medidas infantis de qualidade de vida têm abordagens diferentes no que se referem: a qualidade objetiva das condições em que a criança vive, a satisfação subjetiva da criança com sua condição de vida, combinação das abordagens subjetivas e objetivas (escalas de avaliação) e combinação das perspectivas objetiva ou subjetiva nas quais os domínios de qualidade de vida são medidos pelos valores, aspirações e expectativas das crianças. A partir disso, considera-se que uma combinação das abordagens deva ser mais efetiva para se avaliar a qualidade de vida em crianças.

Para Prebianchi (2003), a qualidade de vida em crianças deve ser mensurada por medidas genéricas, ou seja, por questionários específicos, afim de se auxiliar a distribuição de recursos entre os múltiplos sistemas de serviços existentes na sociedade, pois, desse modo, garantiria à criança o atendimento às suas necessidades de desenvolvimento e a manutenção de seu bem-estar.

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida para crianças normalmente retratam o que os pais percebem com relação ao bem-estar da criança, em relação as suas condições de saúde física, mental e social, ou seja, estas medidas de qualidade de vida estão centradas no que os pais percebem a respeito do funcionamento das crianças e como os transtornos interferem no cotidiano das mesmas com sua família (BILHAR, 2010).

Os primeiros relatos a respeito do tema qualidade de vida em crianças eram baseados em observações de médicos ao invés do autorrelato infantil. Foi quando, em 1986 e 1988, dos estudos de Herndon et al. e Henning et al., houve destaque para a importância do ponto de vista da criança no que se refere a sua adaptação a doença, pois a avaliação da criança para a avaliação de seu responsável apresenta variância de acordo com o domínio para a referida análise, como por exemplo no que diz respeito ao aspecto emocional (BILHAR, 2010).

Observou-se nos últimos anos, por meio de publicações científicas, que o número de produções com esse tema vem aumentando, o que aponta para um avanço à saúde da criança e do adolescente, gerando um conhecimento mais amplo do que é o processo de saúde e doença dessa população. Outro fato que se destaca, é que em muitos estudos encontrados, a mensuração da qualidade de vida das crianças e adolescentes eram realizadas por cuidadores das mesmas (SOARES et al., 2011).

Neste estudo, porém, o questionário é utilizado pela própria criança, de modo que a mesma conseguisse relatar fatos diários de acordo com sua percepção, a fim de se mensurar por meio do olhar da mesma como está a qualidade de vida do mesmo, sendo utilizado para isso, o questionário AUQUEI, que segundo Soares et al. (2011) é o mais utilizado para esse tipo de avaliação em crianças.

Já em se tratando do sono, sabe-se que todos os seres humanos precisam de noites bem dormidas de sono, sendo claras as implicações e consequências de uma noite mal dormida e seus reflexos durante o dia.

O sono também é um assunto que infere na qualidade de vida, visto que se trata de algo que pode nos deixar bem ou mal pela sua privação ou excesso. A qualidade do sono pode estar ligada a fatores de ordem psíquica (CHELLAPA; ARAÚJO, 2007). Comprovando que a qualidade de vida também está ligada a qualidade do sono, Pereira et al. (2010) detectaram que a baixa qualidade de sono resulta numa baixa capacidade em desempenhar atividades diárias como o trabalho, gerando inclusive aparição de dores durante o dia, conseqüentemente ocorre também o comprometimento da qualidade de vida dos mesmos, pelo fato de que ficam sem disposição para realizarem suas atividades rotineiras normais a que estão habituados.

Com isso, percebe-se que os indivíduos podem apresentar alterações em seu padrão de sono, ou seja, uma quantidade e qualidade de sono não condizente com o que o mesmo deveria possuir, acarretando em redução na eficiência do processamento cognitivo, diminuindo-se o seu tempo de reação a algumas circunstâncias, gerando um déficit de memória, tornando o individuo uma pessoa mais irritada em suas atividades, além de poder desenvolver hipertensão arterial (MARTINS; MELLO; TUFIK, 2001).

Bulgari e Freitas (2001) comprovaram que as crianças e os adolescentes pertencem ao grupo que possuem a maior privação do sono, aumentando, portanto, sua tendência a ter uma sonolência diurna excessiva, podendo este quadro piorar e se tornar um distúrbio mais grave, tal como a narcolepsia. Essa sonolência diurna foi destacada por Pereira, Teixeira e Louzada (2010), como algo subjetivo vindo de uma necessidade do sono, sendo associada a uma diminuição do rendimento dos mesmos dentro da escola, afetando de uma forma negativa a aprendizagem, interação social e qualidade de vida desta população.

Por isso, a importância de se perceber os distúrbios do sono, neste caso sonolência diurna excessiva, visto que a narcolepsia atinge quatro entre cada grupo



de 10 mil habitantes, ou seja, 25% deste número, sendo que 20% dos casos ocorrem antes da primeira década de vida. Este distúrbio determina importantes consequências no funcionamento global da criança, e na sua adaptação psicossocial, fator que afeta significativamente a qualidade de vida das mesmas (TURCO et al., 2011).

Em se tratando de qualidade de vida e exercício físico, Mello et al. (2005), destacam que se o mesmo for realizado de forma sistematizada pode gerar vários benefícios a seus praticantes, tanto de ordem física quanto mental, o que melhoraria a sua qualidade de vida, interferindo, por exemplo, nos níveis de humor, memória e na qualidade do sono. Entretanto, os mesmos autores relatam ainda que, se o exercício for administrado de maneira equivocada, com elevada intensidade, carga ou ainda uso de anabolizantes e álcool, o mesmo pode alterar negativamente nosso organismo.

O exercício físico tem grande importância no que diz respeito à saúde, ocasionando dessa forma a melhoria da qualidade de vida, que leva a uma diminuição nos casos de doenças crônicas, auxiliando ainda no aumento da longevidade (MARTINS; MELLO; TUFIK, 2001).

Portanto, a qualidade de vida é um assunto que vem sendo muito abordado na literatura, tendo o consenso de que o conceito de ausência de doença já foi superado dentro da qualidade de vida, o que mostrou uma relação mais humana acerca do tema.

Nesse estudo, utilizar-se-á o conceito de Qualidade de Vida proposto pela Escala de qualidade de vida AUQEI, que mede a qualidade de vida das crianças pela satisfação que as mesmas possuem, relacionando-a a diversos domínios da vida, que são: relações familiares, sociais, atividades, saúde, funções corporais e separação.

#### **4. SONOLÊNCIA DIURNA EXCESSIVA**

Apesar dos estudos acerca do sono começarem antes mesmo de Cristo, ainda hoje não há um conhecimento concreto desse fenômeno, visto que nenhuma teoria comprova que a essência do sono tenha sido totalmente capturada. As pesquisas nessa área começaram no século XIX, com o desenvolvimento de equipamentos eletrofisiológicos que possibilitaram o estudo de potências de pequena amplitude (MELLO et al., 2002). Neste sentido, podemos destacar o eletroencefalograma, marcando o início da era da encefalografia, que começou a aparecer na prática clínica na década de 1930, graças ao primeiro registro de ondas cerebrais localizadas na superfície cranial obtidas pelo neuropsiquiatra Hans Berger no ano de 1929 (FERNANDES *apud* NIEDMAYER, 2006). Esse grande passo nesse tipo de estudo foi possível pela correlação que pode ser feita entre os padrões comportamentais dos indivíduos e do comportamento eletroencefalográfico (MELLO et al., 2002).

Em 2007, Souza et al. definiu o sono como algo que corresponde a um processo de ocorrência cíclica que está presente em todos os seres vivos do reino animal, e este processo pode sofrer modificações tanto fisiológicas quanto comportamentais. Esse termo também foi citado pelo Instituto do Sono, que diz que o mesmo é um estado ordinário de consciência em que há um repouso normal e periódico nas pessoas, e que envolve mecanismos fisiológicos e comportamentais em vários sistemas e regiões do sistema nervoso central, Interferindo diretamente nos processos cognitivos de aprendizagem (SOUZA et al., 1999). É também um estado vital e complexo caracterizado por processos ativos e altamente organizados (ROETHS; ROTH, 2000). Porém, definir o sono não é algo simples de se realizar.

Para tentarmos entender o sono, devemos nos ater a cronobiologia, visto que o mesmo está diretamente relacionado com os ritmos circadianos existentes. A cronobiologia, segundo Halberg (1969), um estudo sistemático das características temporais que as matérias vivas possuem, considerando-se para isso todos os níveis de organização dos seres estudados, ou seja, como disse Marques (2003), ela se ocupa do estudo da organização temporal da matéria viva existente.

A partir dos avanços nos estudos na cronobiologia, surgem os estudos acerca da fisiologia do sistema de temporização circadiana, sendo chamados de ritmos biológicos, que, como definido por Minati, Santana e Mello (2006), se referem às mudanças ocorridas de forma cíclica e de ocorrência regular dentro de um determinado tempo de acordo com as alterações existentes nos processos fisiológicos.

No que se refere aos ritmos comportamentais, entendemos estes por ações que são adaptativas resultando na sobrevivência individual de cada ser e consequentemente de sua espécie, ou seja, são as expressões comportamentais que os indivíduos realizam durante as 24 horas do dia, tanto atividades de repouso quanto fora dele. Por meio desses comportamentos podemos classificar os indivíduos como diurnos, noturnos ou crepusculares, como proposto por Cloudsley-Thompson (1980), assim como também podemos encontrar essas atividades rítmicas circadianas em alguns componentes relativos à atividade, tais como beber, comer, se lavar, correr, e de repouso, como deitar e cochilar.

Já com relação aos ritmos fisiológicos, sabemos que todos possuem uma ritmicidade circadiana. Os estudos desses ritmos fisiológicos se dão por meio de dois motivos como definido por Marques e Menna-Barreto:

[...] o primeiro é o demonstrar que qualquer variável fisiológica não se mantém estável e constante ao longo das 24 horas, mas apresenta uma flutuação diária regular, filogeneticamente incorporada e geneticamente determinada, cuja finalidade é preparar o organismo antecipadamente às alterações altamente previsíveis da alternância do dia e da noite. O segundo objetivo é mostrar que as alterações circadianas não se dão somente quanto ao nível da variável observada, mas, também e principalmente, na capacidade do organismo em reagir frente a estímulos ambientais e endógenos (MARQUES; MENNA-BARRETO, 1999, p.112).

Os ritmos biológicos, fazem as variáveis fisiológicas se alternarem não respeitando a uma mesma estabilidade dentro das 24 horas que o organismo possui, sendo elas adaptáveis durante as possíveis eventualidades que possam ocorrer durante esse período ocasionadas principalmente pelos estímulos ambientais.

Os ciclos biológicos podem ser divididos em três subpartes, sendo elas os circadianos, que corresponde ao dia solar, ou seja, mais ou menos referente a 24 horas (temperatura corporal), ultradianos, que é referente aos ciclos que possuem duração inferior a 24 horas (batimentos cardíacos), e infradianos, que diz respeito aos possuidores de 28 horas de alternância (ciclo menstrual) (MINATI; SANTANA; MELO apud REILLY; ATKINSON, 2006).

Como um dos mais estudados e importantes ritmos fisiológicos, encontramos o ciclo sono-vigília. Esse ciclo é considerado por MINATI et al. (2006) um ciclo persistente, porque quando os animais ou humanos são isolados por um período de tempo, esse ciclo tende a prevalecer, de modo que se aproxime de 24 horas,

mantendo a ritmicidade de tal. Este ciclo é ainda considerado um importante marcador biológico no que se refere à espécie humana, visto que por meio dele também podemos estabelecer normas sociais (MARTINO, 2009).

Com relação a toda vida do ser, quando bebês esse período é sentido como a divisão do dia e da noite associado às ações da mãe. Eles entendem que durante o dia há uma maior luminosidade, movimento e intervenções por parte da mãe e no período da noite estas situações tendem a se atenuar. Dessa forma, se organizará a ritmicidade do bebê. Isso irá interferir também nos horários de sono da mãe (MENNA-BARRETO; WEY, 2007).

Com o passar dos anos, os hábitos das crianças mudam, ou seja, os cochilos diurnos e seus despertares durante a noite diminuem, tornando-se mais acordada durante o dia e com sonos noturnos maiores (MELLO et al. 1996), diminuindo dessa forma as horas de sono que possuía com idade menor. Durante essa fase várias mudanças ocorrem no sono-vigília da criança, mas não há estudos que comprovem se há uma idade em que a criança para de cochilar ou de acordar de madrugada e nem de quantas horas de sono a mesma necessita por dia. Porém, como disseram Sadeh, Raviv e Gruber (2000) crianças com faixa etárias iguais tendem a assemelhar o seus hábitos de sono. Com a criança em uma idade mais avançada e com seus horários do dia mais preenchidos, a ocorrência de cochilos começa a diminuir.

Na adolescência, segundo o estudo de Carskadon, Vieira e Acebo (1993) há uma forte queixa com relação ao nível de sonolência, sendo isso resultado da alteração do sistema hormonal, principalmente os sexuais. Esse fenômeno também pode ser agravado pela mudança da rotina dos jovens, como horário de se ir à escola, atrativos na rua ou no ambiente doméstico mesmo como a Televisão ou a internet que fazem com que os jovens acabem por dormir em um horário mais avançado levantando em horários mais cedo (MENNA-BARRETO; WEY, 2007). Com isso há um comprimento do nível do sono, produzindo dessa forma o chamado padrão sanfona do ciclo sono-vigília, ou seja, sono insuficiente durante a semana resultando num sono com maior duração aos finais de semana (VALDEZ; RAMIREZ; GARCIA, 1996).

Ao estudarmos o sono, percebemos que o mesmo pode ser dividido em estágios, como proposto por Rechtschaffen e Kales (1968), visto que é o modelo mais aceito até os dias de hoje. Essa divisão ocorre porque o sono pode ser classificado em diferentes estados, sendo eles: sono REM (*rapid eye movement* – movimentos

oculares rápidos), sono NREM (*non rapid eye movement*, ou seja, sem movimentos voluntários rápidos) e a vigília, e estes são estados de consciência fundamentalmente diferentes, visto que possuem variáveis diferentes. Nem o sono e nem a vigília são considerados processos unitários e as subdivisões não possuem um limite específico dentro de qualquer estágio (MARTINS; MELLO; TUFIK, 2001).

Essas fases do sono são feitas baseadas em três variáveis fisiológicas, sendo elas eletroencefalograma, eletro-oculograma e eletromiograma (FERNANDES, 2006), as quais caracterizam os estágios de sono acima citados e realizadas em intervalos de 20 a 60 segundos, chamados de época, que são classificadas em vigília, sono NREM e sono REM, como também dito por Rechtschaffen e Kales (1968):

O estado de sono vigília é tranquilo e caracterizado pelo predomínio dos ritmos alfa (8 a 13 ciclos por segundo) que passa a ser fragmentada dando origem ao estágio 1 do sono não REM (FERNANDES, 2006). O sono é um estado vital e complexo caracterizado por processos ativos e altamente organizado, como dito por Roeths e Roth (2000), e para que essa organização ocorra encontramos alguns fatores que regulam o ciclo sono-vigília, tais como:

- Os processos circadianos que são resultantes da alternância de alta e baixa propensão ao sono dentro de um período referente a um dia, ou seja, 24 horas;
- Processos homeostáticos, que influenciam a intensidade e a quantidade de sono e que também, normalmente, modulam a propensão do ciclo circadiana ao sono, e os processos ultradianos que definem a alternância entre o sono REM e o sono NREM.

O sono NREM é de característica tranquila e estável fisiologicamente. Nele, a frequência cardíaca e respiratória são baixas e possuem maior regularidade. Há um relaxamento muscular que garante a manutenção do tônus, gerando a redução dos movimentos corporais de forma progressivamente (FERNANDES, 2006) e compreende uma fase do sono que possui quatro subdivisões denominadas de estágios que serão exemplificados a seguir:

- Estágio 1 do sono – é conhecido como estágio de transição ou meio sono. Tem duração prevista de um a sete minutos (MARTINS; MELLO; TUFIK apud LAVIE 2001). Ocorre logo após a vigília e corresponde entre 5% e 10% do tempo total dedicado ao sono (REIMÃO, 2005).

- Estágio 2 do sono – nesse estágio do sono a respiração começa a se regularizar (FERNANDES, 2006) e há a presença de episódios de fuso de sono de

curta duração que podem aumentar ou diminuir amplitudes (MARTINS; MELLO; TUFIK, 2001). Corresponde a 50% do somatório do sono (REIMÃO, 2005).

- Estágio 3 do sono – equivale entre 3% e 8% do tempo total de sono. Nessa etapa o tônus muscular cai e a ocorrência dos movimentos oculares é cada vez mais rara (REIMÃO, 2005).

- Estágio 4 do sono – este estágio é semelhante ao anterior visto que eles agem de maneira conjunta. O que os difere é que este último tem maior presença de ondas na época (MARTINS; MELLO; TUFIK apud RECHSTCHAFFEN, 2001). Corresponde a 10% total do sono. Nessa fase também há a liberação do hormônio do crescimento Growth Hormone (GH) (REIMÃO, 2005).

O sono REM também pode ser chamado de sono paradoxal e de sono dessincronizado. É um estado onde há um grau de dificuldade para se acordar os indivíduos, mas que ao mesmo tempo se assemelha ao estado vigília com olhos abertos ou ainda pelo estágio superficial do sono NREM (estágio 1) devido às reações encontradas no eletroencefalograma. Nesse estágio há também a presença de uma atonia muscular, que é uma perda de tônus muscular. Porém, essa atonia pode gerar alguns movimentos corporais fásicos e erráticos de grupamentos musculares, destacando os pertencentes à face e aos membros, além de provocar ainda a emissão de sons. Nesta fase encontramos também as chamadas ondas de serra, que são atividades rítmicas com aspectos serrilhados. Destacamos ainda a presença no EEG com predomínio de ritmos rápidos com baixa voltagem, com respiração irregular, ocasionando também a aparição dos sonhos (FERNANDES, 2006).

Porém, toda essa distribuição pode ser diferenciada e modificada devido a alguns fatores, tais com idade, temperatura do corpo, utilização de alguns medicamentos, os ritmos circadianos fisiológicos e comportamentais e os distúrbios do sono (BERTOLAZI, 2008).

Com relação à necessidade diária de sono que possuímos, o sono varia de acordo com a idade que o indivíduo possui e com as características que lhe podem ser únicas. Um recém-nascido possui um período constante de sono equivalente a três ou quatro horas de sono, sendo este intercalado por despertares com duração de uma hora (TURCO et al., 2011). O Pré-escolar dorme de 12 a 13 horas, sendo um período de sono diurno. Se essa criança não respeita a sua necessidade de sono no período noturno, que varia de 10 e 12 horas, a mesma pode apresentar irritabilidade, déficit de atenção e de aprendizado do que franca sonolência diurna (FERNANDES,

2006). Os adolescentes pertencem ao grupo que possui maior privação do sono (BULGARI; FREITAS, 2001). O sono destes tem duração média de sete horas, principalmente no período em que estão estudando, sendo que essa duração aumenta aos finais de semana como forma de se recuperar o sono perdido (TURCO et al., 2011).

Ao tempo em que o sono se inicia, alguns distúrbios podem ser encontrados, visto que eles acontecem frequentemente, requerendo maior atenção de especialistas, já que estas alterações no padrão e na qualidade do sono podem atingir os indivíduos precocemente, ou seja, ainda crianças, o que implica em alguns prejuízos, tais como: baixo rendimento escolar, comprometimento da saúde física e mental dos mesmos (Turco et al., 2011).

Esses transtornos correspondem a uma tarefa delicada e complicada e muitas vezes o problema existe nos pais e não necessariamente nas crianças, podem ocorrer em uma família e na outra não, pois muitas vezes são feitas pela idade e não pelos padrões do sono propriamente ditos (POTASZ et al., 2008).

Os transtornos são muitas vezes transitórios e muitas vezes percebidos na observação das práticas clínicas e interferem diretamente no desequilíbrio emocional tanto das crianças como da sua família, haja vista que podem acarretar desajustamentos familiares, como os maus tratos, prejuízos sociais e econômicos, e podem ser classificados como primários; ou seja, as dissonias (perturbação da duração ou organização temporal do sono), parassonias (comportamentos anormais do sono), ou secundários, que são doenças que levam as crianças a não dormir (MONTEIRO; BRAILE; BRANDAU; JATENE, 2010).

Na pré-escola, ou seja, nos primeiros cinco anos de idade da criança, diversas mudanças e alterações ocorrem tanto na distribuição quanto no caráter do sono. Diversos distúrbios do sono podem ser prevalentes, facilmente diagnosticados e tratados em sua maioria (HOBAN; CHERWIN, 2012).

Portanto, é importante estudarmos o nível de sono presente nessas crianças, visto que por meio dele podemos perceber algumas possíveis doenças ou distúrbios, pela falta ou excesso do mesmo. Verificaremos também se pelas crianças serem hiperativas elas tem um gasto maior de energia ou ainda por terem muita energia a ser dispensada as mesmas não conseguem obter as horas de sono necessárias. Esses fatores podem ocasionar algum distúrbio do sono, com destaque a sonolência diurna excessiva.



## **5. EXERCÍCIO FÍSICO**

A partir do estudo da qualidade de vida e do sono, tentaremos relacionar mais especificamente os dois temas com a área de atuação do educador físico, ou seja, na aplicação dos exercícios físicos. A qualidade de vida está relacionada com a saúde e consequentemente com o exercício físico provindo por meio de uma vida ativa e regular. Entretanto, estudos que relacionem o sono com o exercício são mais escassos do que os relacionados à qualidade de vida. Portanto, mostraremos a ligação que estes dois temas possuem e que às vezes muitas pessoas não sabem ou não tem acesso a esse tipo de informação.

O exercício físico, segundo Caspersen, Powel e Christenson (1985) é o movimento corporal feito de maneira planejada, estruturada e executado repetidamente, feito para melhorar ou manter um ou mais componentes da boa forma física. Ainda segundo os mesmos autores, o exercício físico pode ser praticado de forma isolada, ou em grupos, na forma de lazer ou de caráter competitivo, de modo anaeróbio ou aeróbio, crônico ou agudo, que levam a uma melhora da qualidade de vida de toda população.

Barbanti (2003), ainda complementa dizendo que:

Sequência planejada de movimentos repetidos sistematicamente com o objetivo de elevar o rendimento. O exercício físico constitui uma exigência básica para o desenvolvimento adequado do corpo. A falta dele tende a produzir uma flacidez dos músculos, o acúmulo excessivo de gorduras, a eliminação insuficiente dos produtos de excreção do organismo e ainda lentidão do processo digestivo, podendo levar às chamadas doenças hipocinéticas. Os exercícios físicos que são apropriados para o desenvolvimento de certos aspectos da condição física são descritos por termos como exercícios de resistência, exercícios de força, exercícios de velocidade, exercícios de flexibilidade etc (BARBANTI, 2003, p. 249).

Blay, Antunes e Mello (2010) dizem que a prática do exercício físico foi sempre aceita como algo que melhora a saúde e o bem-estar físico dos indivíduos. De modo que os estudos nessa área vêm aumentando ao longo dos anos, visto que esse exercício se praticado de forma regular e em uma intensidade considerada moderada pode trazer muitos benefícios para prevenção ou até mesmo tratamento de algumas doenças, tais como: acidente vascular cerebral, osteoporose, obesidade, câncer, hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes, e até mesmo os distúrbios relacionados ao sono.

Matijasevich e Domingues (2010) acreditam que o mesmo se trata de um subtipo de atividade física, ou seja, algo provindo das tarefas diárias que realizamos,

sendo caracterizado pelas atividades executadas de forma ordenada, regular, intensa e que contenha um nível de intenção. Defendem ainda, que ele é exemplificado pelas atividades que fazemos repetidamente, como caminhada, corrida, prática de esporte, dentre outros, de modo que se busque uma melhoria na saúde, na estética e no desempenho físico que possuímos.

Vasconcelos-Raposo, Fernandes, Mano e Martins (2009) ainda acrescentam que o exercício é um conjunto de movimentos corporais de ordem planejada cujos indivíduos o praticam como pretensão de se implementar ou manter os componentes de suas condições físicas.

O exercício físico está relacionado à saúde, seja ela de ordem física ou mental, e se trata de algo que perdura há mais de 20 anos como um dos objetos de maior atenção e cuidado por parte de pesquisadores e autoridades americanas, visto que o mesmo ajuda na redução das mortes evitáveis, ou seja, as mortes precoces que poderiam não ocorrer (VASCONCELOS-RAPOSO, 2011).

Em estudos de Antunes, Santos, Cassilhas, Santos, Bueno e Mello (2006), verifica-se que os mesmos dizem que o exercício físico tornou-se algo tão essencial para a vida dos seres humanos que foi considerado como uma necessidade absoluta para sobrevivência da espécie, de modo que ajuda no combate ao estresse, ansiedade e sedentarismo, tomados como fatores que atingem o bem-estar físico dos indivíduos. Ainda segundo os autores, o exercício físico é conhecido atualmente por promover algumas contribuições no que se refere à saúde do indivíduo, tais como os referentes a condições cardiorrespiratórias e diminuição de doenças de risco crônico-degenerativas. Mas outro ponto referente a ele tem ganhando maior destaque dentro da literatura, que é a melhoria de funções cognitivas.

Os exercícios atuam de forma aguda e crônica em muitas doenças. Exercícios resistidos ajudam a manter a massa muscular, fortalecendo músculos e ossos, e os exercícios aeróbios auxiliam na perda de gordura corporal, melhorando a capacidade cardiorrespiratória. Os exercícios também atuam na vida social das pessoas, pois mantêm as mesmas motivadas e ativas, fazendo com que elas possam exercer as tarefas diárias sem dificuldades (CEVINSKI; MONTIBELLER; BRAZ, 2011).

O exercício físico é identificado como um poderoso estímulo ao eixo hipotálamo-hipofise-adrenal bem como ao sistema noradrenergico. Desta forma, há uma mudança nos níveis de neurotransmissão central devido à prática dos exercícios físicos, de modo que o comportamento afetivo, motor, percepção sensorial e

integração sensório motora são afetados. Portanto, mesmo que de intensidade leve, o exercício físico aumenta os níveis de noradrenalina, levando a uma melhora cognitiva durante e posteriormente ao exercício (MEDINA, 2010).

Becker (2000) afirma que para se verificar os efeitos do exercício físico na área emocional dos indivíduos, é necessário que se pratique o mesmo entre 4 e 20 semanas, levando em consideração a intensidade em que se é praticado, visto que a mesma em nível moderado pode ser a mais adequada.

Relacionando o mesmo com o sono, temos que investigações destinadas a desvendar esta ligação se iniciaram por volta de 30 anos (MARTINS; MELLO; TUFIK, 2001). O primeiro estudo relatado com base nesse tema foi feito em 1970 por Heinzelmann e Bagley, os quais elaboraram um programa de atividade física para que se pudesse construir um comportamento mais saudável para os homens. Os pesquisadores obtiveram, por meio de seus estudos, um relato dos participantes que tiveram uma menor necessidade de sono, um sono mais relaxado e restaurados (MELLO et al., 2002). Depois disso, vários pesquisadores demonstraram interesse nessa área, o que gerou aumento das pesquisas registradas.

Vuori, Urponen, Hasan e Partinen realizaram uma pesquisa onde levantaram dados para diagnosticar a influência que a atividade física exercia no sono, e relataram que os fatores sociais, psicológicos, as condições do dormitório dos indivíduos, o padrão de sono, o estilo de vida e as condições de vida em que os mesmos se encontram influenciariam diretamente na qualidade do sono e também no desempenho físico, sendo que o exercício moderado e vigoroso é o responsável por isso (MELLO et al, 2002).

Recentemente, uma pesquisa de Buman e King (2011), apontou que o exercício físico é o fator mais importante para a determinação da qualidade do sono. Ainda segundo os mesmos, este pode ser considerado como um tipo de tratamento não farmacológico de atuação e que promove um eficaz resultado no paciente, além de ser uma forma menos cara de prevenção. Martin, Mello e Tufik (2001), ainda completam que este exercício vem sendo utilizado para que se promova a saúde e a qualidade de vida, de modo que ele diminui o eventual surgimento de doenças crônicas, proporcionando dessa forma uma maior longevidade ao indivíduo.

Alguns modelos teóricos tentam explicar os benefícios que o exercício pode causar no sono, sendo essas mostradas por Rossi, Mello e Tufik (2010, apud Driver e Taylor, 1986):

- Teoria termorregulatória: a temperatura corpórea central aumentaria antes do horário de se deitar, ativando dessa forma a perda de calor, o que ocasionaria uma indução ao sono. Com a utilização do exercício físico essa temperatura aumentaria de modo mais rápido que qualquer outro estímulo que viesse a ocorrer, ativando dessa forma mais precocemente a termorregularrização do indivíduo, visto que as ondas de sono lentas (SOL) teriam uma maior ocorrência. Ou seja, o exercício seria capaz de facilitar a indução ao sono, facilitando o processo de iniciação do mesmo devido a dissipação de calor promovida durante a realização do exercício físico;
- Teoria da restauração corpórea e conservação de energia: o sono consegue conservar energia ou restaurar os tecidos devido ao fato de que reduz a necessidade metabólica do organismo, ocasionando dessa forma, um aumento da SOL devido a maior quantidade de energia que foi liberada durante o dia por meio dos exercícios, que é o mais rápido estímulo capaz de depletar os estoques de energia.

Experimentalmente, o exercício físico é utilizado no combate à sonolência quando uma situação de vigília prolongada necessita ser mantida. O corpo, inconscientemente, produz calor excessivo como forma de se promover a vigília. A partir disso, é criada uma condição que facilita o início do sono no indivíduo (ANTUNES; ANDERSEN; TUFIK; MELLO, 2008).

Outro destaque da importância do exercício físico no sono é a restauração corporal, visto que Chervin *apud* Campos, Silva, Queiroz, Neto, Rozenblatt, Tufik e Melo (2011) encontrou nos sujeitos de seus estudos uma redução da atividade metabólica durante o sono, diminuindo a sensação de fadiga. Essa teoria define que o exercício facilita a probabilidade de se iniciar o sono já que reduz as reservas energéticas corporais, pois aumentam a necessidade do sono principalmente de ondas lentas (MARTINS; MELLO; TUFIK, 2001 *apud* MONTGOMERY; TRINDER; PAXTON, 1996).

Ainda segundo Martins, Mello e Tufik (2001), vê-se que o exercício está também diretamente relacionado ao seu tipo e sua intensidade. O exercício quando realizado em alta intensidade e frequência ou um sono de não tão boa qualidade bem como seus distúrbios podem ao invés de auxiliar na execução de um treinamento, prejudicá-lo. Para que isso não ocorra deve-se conhecer nosso padrão de sono e dessa forma alcançarmos o desempenho adequado dentro de um treinamento.

Antunes, Andersen, Tufik e Mello (2008) destacam que ainda é um assunto conflituoso e inconclusivo essa relação entre privação do sono no desempenho físico,

o que é explicado, segundo os autores, pelos diferentes tipos, intensidade, frequência e duração dos exercícios realizados, sendo destacado também fatores fisiológicos e genéticos, tais como o nível de privação do sono e a idade dos sujeitos, no que se refere a exercícios aeróbios. Já com relação a exercícios de alta intensidade ou prolongados, o sono tem sido tratado com uma prioridade para o desempenho que chamamos de ótimo.

Os exercícios físicos são recomendados para a melhoria do sono, principalmente aqueles exercícios que causam o relaxamento muscular, tais como a ioga e a meditação (BERLIM; LOBATO; MANFRO, 2005), visto que relaxam o indivíduo causando uma diminuição em sua ansiedade, fazendo-os adormecerem de forma mais rápida, diminuindo o cansaço durante o seu estado de vigília, pois o organismo compensa a energia perdida durante o exercício e o transforma em uma qualidade e quantidade de sono profundo maior (PINHEIRO; MAGALHÃES; CARVALHO; OLIVEIRA, 2012). Entretanto, a utilização do exercício físico ainda é um tratamento de ordem não farmacológica, sendo pouco recomendado para os distúrbios do sono. Porém não há contra indicações a este tratamento, e seus efeitos podem até diminuir a utilização de medicamentos farmacológicos pelos indivíduos (MELLO et al., 2005).

Com relação ao exercício físico em crianças, temos que muitas doenças são iniciadas ainda em idade precoce, doenças essas que podem ser evitadas quando a criança é ativa fisicamente, tais como as doenças aterosclerose, que são doenças coronarianas.

De acordo com o Colégio Americano de Medicina Esportiva (2007), a aptidão física para a criança e o adolescente diz respeito ao primeiro objetivo a ser desenvolvido com incentivo a adoção de um estilo de vida apropriado para a prática de exercícios por toda a vida do ser, visando desenvolver e manter o condicionamento físico necessário para a melhoria da capacidade funcional e da saúde.

A inatividade física ou sedentarismo são fatores para o aparecimento ou piora dos fatores de risco cardiovasculares, tal como a obesidade, que surgem desde a infância. Comportamentos de crianças relacionados à atividade física, sendo ele ativo ou sedentário, tendem a continuar durante a juventude e a vida adulta, demonstrando a importância de se adquirir e manter um estilo de vida ativa desde a infância, para dessa forma, possibilitar uma sobrevida longa e saudável (RIVEIRA et al., 2010).

Outro fator importante na relação exercício físico e criança está no crescimento físico das mesmas. O exercício físico moderado pode induzir aumentos significativos das taxas do hormônio GH (hormônio do crescimento) na circulação, o que possibilita o crescimento longitudinal das crianças, estimula o crescimento somático e contribui para o fornecimento energético, além de contribuir também para uma composição corporal saudável na sua vida adulta (SILVA et al., 2004).

Recentemente, alguns especialistas, por meio de uma revisão da literatura a respeito do tema atividade física em jovens em idade escolar, recomendaram que as crianças realizassem pelo menos 60 minutos diários de atividade física adequada, seja ela de forma fracionada ou integral (PERRETO, 2011), o que demonstra a importância e justifica as aulas de Educação Física dentro do âmbito escolar.

Portanto, em um mundo cada vez mais sedentário e com perturbações psicológicas cada vez mais frequentes, a prática do exercício físico tem de ser considerada, visto que o mesmo possui um impacto significativamente positivo tanto na saúde física quanto mental da população (VEIGAS; GONÇALVES, 2009). Ou seja, é de fundamental importância que os indivíduos com TDAH sejam praticantes de exercícios físicos, isto é, sejam fisicamente ativos, a fim de amenizar os sintomas adquiridos neste transtorno. Porém, o exercício Físico não age de forma isolada, sendo necessários outros cuidados, tal como a psicoterapia.

## 6. OBJETIVOS



## **6.1 Objetivo Geral**

- Verificar a relação do nível de atividade física e da sonolência diurna excessiva na qualidade de vida de crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade de uma clínica particular Campo Grande – MS.

## **6.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar a amostra por meio das variáveis sócio-demográficas: idade, sexo, tipo de parto, horas de sono por dia, etapa escolar, frequência de aulas de Educação Física por dia, participação em atividade extracurricular, rendimento escolar, tempo de tratamento do TDAH, uso de medicação para o TDAH, auto-avaliação da qualidade de vida;
- Avaliar a qualidade de vida dessas crianças por meio do questionário AUQUEI – questionário de avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes;
- Avaliar se os pacientes são ativos ou não ativos fisicamente por meio do Questionário de Atividade Física Regular (PAC-C);
- Comparar o nível de exercício físico com a qualidade de vida dos estudantes;
- Relacionar a qualidade de vida com a sonolência diurna excessiva.
- Correlacionar as variáveis sócio-demográficas com os resultados da avaliação da qualidade de vida das crianças.



1. As crianças mais ativas fisicamente possuem melhor percepção de qualidade de vida;
2. As crianças mais ativas fisicamente possuem menor sonolência diurna excessiva;
3. As crianças com melhor percepção de qualidade de vida possuem menos sonolência diurna excessiva.



## 8.1 Caracterização da Pesquisa

A pesquisa referente a este estudo é do tipo descritiva e exploratória, com objetivo de proporcionar visão geral a respeito da qualidade de vida, sonolência diurna excessiva e nível de exercício físico de crianças com TDAH, visando o desenvolvimento de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. O método utilizado é classificado como misto, visto que há a utilização do método quantitativo no que diz respeito a utilização dos questionários, e do método qualitativo no que se refere a análise dos dados (GIL, 2008).

O emprego do corte transversal, período da coleta de dados entre março de 2014 a setembro de 2014, é utilizado para descrever características de uma determinada população no tocante a variáveis específicas e seus padrões de distribuição, pode ser utilizado também para descrever associações entre variáveis (BEAGLEHOLE *et al*, 2003).

## 8.2 Local da Pesquisa

Este estudo foi realizado na cidade de Campo Grande-MS, com crianças diagnosticadas com TDAH, sendo os dados coletados em três locais: uma clínica particular, nas residências dos pesquisados, e pela internet por meio de correio eletrônico. Destaca-se a importância, organização e parceria da clínica particular de neurologia em questão, visto que a mesma foi muito atenciosa e disponível para que o estudo fosse realizado, facilitando a comunicação entre pesquisador e pesquisados.

## 8.3 Participantes

A população foi composta por 26 crianças que realizam tratamento para TDAH em uma clínica particular. Entretanto, apenas 14 crianças aceitaram participar e atenderam aos requisitos solicitados para participação na pesquisa, correspondendo à amostra do estudo. As crianças que participaram deste trabalho e foram diagnosticadas com TDAH pela neurologista responsável pela clínica, tem idade entre quatro e doze anos e fazem acompanhamento no local. A pesquisadora optou pelas crianças já diagnosticadas com TDAH, pois o diagnóstico e escalas para esta diagnose só podem ser utilizadas e feitas por um psicólogo ou médico. As crianças

são residentes nas cidades de: Campo Grande, Dourados, Aquidauana, São Gabriel do Oeste, sendo elas todas do Estado de Mato Grosso do Sul.

### **8.3.1 Critérios de Inclusão**

Ser paciente da clínica que passou o contato dos participantes da pesquisa, possuir entre 4 a 12 anos de idade, terem diagnóstico de TDAH, responder de forma adequada a todos os questionários que foram aplicados e os pais ou responsáveis deveriam assinar ao termo de consentimento livre e esclarecido.

## **8.4 Recursos Humanos e Materiais**

A pesquisadora contou com a colaboração de um voluntário para a aplicação dos questionários com algumas crianças. Este voluntário recebeu treinamento e orientação da pesquisadora afim de primeiramente conhecer os instrumentos da coleta dos dados para poder explicar e sanar possíveis dúvidas existentes pelos participantes da pesquisa.

## **8.5 Instrumentos**

Para coletar os dados a respeito das variáveis existentes nesse estudo (variáveis sócio-demográficas, qualidade de vida, exercício físico e sonolência diurna excessiva), foram utilizados os seguintes instrumentos:

### **8.5.1 Questionário Sócio-demográfico**

Para esta avaliação foi elaborado pela pesquisadora e a orientadora um questionário com perguntas referentes ao perfil sócio-demográfico das crianças, questões consideradas pertinentes de acordo com o tipo de característica da população. Este questionário foi preenchido pelos pais ou responsáveis pelas crianças. Contempla questões sócio-demográficas por meio das seguintes variáveis: idade, sexo, número de filhos, ordem de nascimento do filho, tipo de parto,

horas de sono por dia, se a criança é estudante, tipo de instituição de ensino, etapa escolar, ano escolar, frequência da aula de Educação Física, atividades extracurriculares, rendimento escolar, reprovação escolar, tempo de tratamento de TDAH, uso de medicação para o tratamento, auto-avaliação da qualidade de vida.

### **8.5.2 Qualidade de Vida em Crianças (Anexo 1)**

Essa variável dependente foi analisada de acordo com o questionário de avaliação da qualidade de vida de crianças e adolescentes (AUQUEI), que avalia crianças com idade entre 4 e 12 anos (MANIFICANT E DAZORD, 1997 validado por ASSUMPÇÃO JR *et al*, 2000) e foi respondida pelas crianças, exceto no caso do participante que possui quatro anos de idade, no qual o questionário foi ditado pelos pais.

Esse instrumento avalia a sensação subjetiva que a criança possui a respeito do bem-estar, tendo como premissa a ideia de que o indivíduo em desenvolvimento, é, e sempre foi capaz de se expressar quanto à sua subjetividade. Trata-se de um questionário de autoaplicação, possui número considerado baixo de questões, é de fácil aplicação e sem tempo limite para ser respondido, visto que a criança deve refletir para responder as questões (SOUZA, PAMPONET, SOUZA, PEREIRA, SOUZA e MARTINS, 2014).

Inicialmente, solicita-se que a criança apresente uma experiência própria vivida perante uma situação onde a mesma esteve “muito infeliz”, “infeliz”, “feliz” e “muito feliz”, para que a mesma consiga compreender o que será pedido nas questões seguintes. Posteriormente, ela responde as 26 questões contidas no questionário.

De acordo com Ferreira, Pinto, Morales e Silva (2010) as perguntas correspondem a quatro domínios, sendo eles:

- Função: relativas às atividades da escola, refeições, ao deitar-se a à ida a médicos – questões 1, 2, 4, 5 e 8.
- Relações Familiares: referentes à opinião das crianças quanto a figura parental e a si mesmo – questões 3, 10, 13, 16 e 18;
- Lazer: que dizem respeito às férias, aniversário e relações com os avós – questões 11, 21 e 25;
- Autonomia: relacionadas à independência, relação com os companheiros e

avaliações escolares – questões 15, 17, 19, 23 e 24.

- As questões 6, 7, 9, 12, 14, 20, 22 e 26 não estão incluídas nestes fatores, pois possuem importância isolada, já que representam domínios separados dos demais.

Cada uma dessas questões possui pontuação que varia de 0 (zero) – muito infeliz – a 3 (dez) – muito feliz. Para auxiliar a criança na escolha de como a mesma se sente em relação às situações descritas, há um suporte de imagens representando faces que expressem diferentes estados emocionais.

A pontuação máxima que pode ser obtida equivale a 78 pontos. De acordo com o artigo de validação (ASSUMPÇÃO JR, KUCZYNSKI, SPROVIERI e ARANHA, 2000), o escore de corte foi 48 pontos, ou seja, se o resultado estiver abaixo deste número a qualidade de vida da criança é classificada como insatisfatória (qualidade de vida prejudicada) e se for acima desta pontuação a qualidade de vida é considerada como boa.

### **8.5.3 Exercício Físico (Anexo 2)**

No que se refere ao exercício físico o instrumento utilizado foi o Questionário de Atividade Física para crianças (PAC-C), tendo como objetivo verificar o nível habitual de atividade física presente em cada indivíduo, analisando dessa forma se os mesmos são considerados fisicamente ativos ou não. Foi construído por Crocker *et al* (1997), foi validado por Kowalski *et al* (1997) e adaptado para o Brasil por Silva e Malina em (2000), de acordo com Silva, Bento, Leal, Vargas e Gutierrez Filho (2012).

O PAC é composto por 9 questões que dizem respeito à prática de esportes, atividades físicas, lazer e jogos tanto nos dias de semana quanto aos finais de semana. Cada questão possui um valor que pode variar entre 1 e 5, sendo o valor final uma média entre eles. A pontuação será classificada da seguinte forma:

- Escore número 1: indivíduo muito sedentário;
- Escore número 2: indivíduo sedentário;
- Escore número 3: indivíduo moderadamente ativo;
- Escore número 4: indivíduo ativo;



- Escore número 5: indivíduo muito ativo.

A partir desses resultados pode-se perceber se os participantes se enquadraram como fisicamente ativo ou como sedentário, ou seja, pontuação maior ou igual a três serão os fisicamente ativos e pontuação menor que três serão os sedentários (não ativos).

#### **8.5.4 Sonolência Diurna Excessiva (Anexo 3)**

Para essa variável utilizou-se a Escala de Sonolência de Epworth (JOHNS, 1991), que corresponde a um questionário auto-administrado que avalia a possibilidade do indivíduo cochilar em determinadas situações cotidianas. Para essa avaliação, o indivíduo respondeu perguntas que possuíam uma escala que varia de 0 (zero) a 3 (três) pontos, no qual o 0 (zero) condiz com nenhuma probabilidade de se cochilar e três a uma grande possibilidade.

Este questionário foi validado no Brasil por Bertolazi (2008) sendo aplicado em pacientes com idade entre 18 e 65 anos. Entretanto, nos estudos de Tonial, Neto e Humming (2014) a população em questão possuía média de idade de 16 anos, sendo que o paciente mais novo teria 12 anos de idade. Ferreira (2011) fez seu estudo com estudantes do ensino médio com idades entre 13 e 21 anos. Sena, Cardoso, Carvalho, Medeiros, Coutinho, Albuquerque e Medeiros (2013) aplicaram este questionário com crianças e adolescente com idade entre 5 e 18 anos. Montovani, Gomes e Balbiani (2008) realizaram sua pesquisa com pacientes com rinite com idade entre 12 e 63 anos. Villaça (2004) pesquisou a SDE em pacientes com idade entre 0 a 17 anos e 11 meses. Gazini (2011) em sua dissertação de mestrado sob orientação do professor Rubens Reimão pesquisou adolescentes com idade a partir de 10 anos. Franzoi e Franzoi (2006) verificaram a SDE em adolescentes com média de idade de 13 anos, que usavam colete de Milwaukee. Amaral (2013) em sua tese de doutorado utilizou deste questionário para verificar a SDE em alunos com idade entre 12 e 18 anos. Souza, Souza, Arashiro e Schaedler (2007) pesquisaram a sonolência em pré-vestibulandos com média de idade de 16 anos.

Portanto, percebe-se que apesar da validação do questionário ter sido realizada com uma população com idade maior que 18 anos, vários estudos com

crianças e adolescentes utilizaram da escala de sonolência de epworth para se avaliar a sonolência diurna excessiva das populações.

Se a pontuação total for maior que 10 pontos se torna possível identificar indivíduos com Sonolência Diurna Excessiva, e se essa pontuação for maior que 16 indica que o caso de sonolência é mais grave, sendo necessário tratamento para os casos. Baixas pontuações correspondem a outro transtorno do sono, como insônia, mostrando baixas probabilidades do individuo dormir, mesmo quando ele se encontra em estado relaxado.

## **8.6 Procedimentos e Aspectos Éticos da Pesquisa**

O projeto referente a esta pesquisa foi inserido na plataforma Brasil sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB, obtendo a autorização para realização da pesquisa com seres humanos (conforme anexo), de acordo com o estabelecido pela resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa foi realizada com autorização previa da médica proprietária da clinica particular e responsável pelo diagnostico dos pacientes com TDAH (Apêndice A).

Antes da coleta de dados, a pesquisadora realizou um teste piloto com algumas crianças voluntarias, que foram autorizadas mediante ciência dos pais, com idade igual as crianças que iriam participar do estudo, a fim de se verificar como as crianças entenderiam os questionários, se eles possuíam fácil compreensão, quanto tempo levaria para que os mesmos fossem preenchidos, identificando, dessa forma, a melhor maneira para a aplicação nos dias das coletas de dados.

A pesquisadora contou com o auxilio de um voluntário, formado em Educação Física, no que diz respeito à aplicação dos questionários. Para tanto, o mesmo foi orientado e instruído pela responsável pelo estudo em como proceder com os questionários, explicá-los e sanar as possíveis dúvidas dos participantes.

O primeiro contato com os responsáveis pelos participantes foi realizado pela equipe da clínica parceira deste estudo, que os contataram previamente e informaram a respeito da pesquisa e tiveram a autorização dos pais ou responsáveis das crianças para fornecer o contato dos interessados em participar da pesquisa em questão.

Posteriormente a este primeiro passo e com os dados dos interessados em mãos, a pesquisadora realizou o contato via telefone com cada um dos responsáveis pelos voluntários, marcando as possíveis datas e locais apropriados para a coleta dos dados. Vale destacar que as crianças também estavam cientes do estudo e também concordaram em responder aos questionários.

As crianças que realizaram a pesquisa na clínica particular foram acompanhadas por seus pais e por um supervisor responsável pela aplicação dos questionários. A clínica forneceu uma sala específica para a realização da coleta dos dados. Quando os questionários eram aplicados na residência dos pesquisados, a criança também estava acompanhada de seu responsável e do pesquisador destinado à explicação dos mesmos. Em casos de pesquisa fora da cidade de Campo Grande, a responsável pelo estudo realizava a explicação via telefone e encaminhava os questionários via endereço eletrônico, sendo os mesmos devolvidos a pesquisadora da mesma maneira.

Todos os responsáveis pelos participantes e os participantes da pesquisa foram informados a respeito dos objetivos do estudo, lendo o termo de consentimento livre e esclarecido antes de assiná-lo, e possuindo direito de retirar o consentimento da participação em qualquer momento da pesquisa. Apenas os pais assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visto que a população do estudo é composta apenas de crianças.

O questionário sócio-demográfico foi respondido pelos pais ou responsáveis pela criança e os demais questionários foram preenchidos pela própria criança, salvo o caso do participante que possui apenas quatro anos de idade, no qual os pais ditaram os questionários para ele.

Os resultados obtidos por meio dos questionários foram tabulados e analisados estatisticamente e analisados qualitativamente.

Foi informado aos responsáveis das crianças que, após o tratamento dos dados, os pesquisadores encaminhariam a devolutiva a cada um deles, com os resultados individuais de seu filho e o geral, objetivando o conhecimento de como está àquela criança no que se refere ao nível de exercício físico, sonolência diurna excessiva e qualidade de vida, de modo a melhorar o tratamento para aquela criança portadora do TDAH.

## 8.7 Análise Estatística

A análise estatística foi realizada entendendo-se o banco de dados como variáveis independentes em escalas nominais e ordinais. A primeira investigação feita foi de caráter exploratório, por meio da estatística descritiva. Foi separada por sexo, Qualidade de Vida, Sonolência Diurna Excessiva e Exercício Físico. As idades não foram consideradas, pois a amostra possui idades que permitem classificá-las como uma categoria única.

Para correlação das variáveis, utilizou-se o teste Qui-Quadrado, adequado para variáveis qualitativas, com duas ou mais categorias, para medir o grau de discrepância entre o conjunto de frequências observadas, utilizado tanto para verificar se essas frequências se ajustam a uma distribuição teórica ou não, e não obedecendo ao grau de normalidade das variáveis. Os resultados encontrados por meio deste teste são para se verificar a associação entre variáveis, porém não descreve o grau de associação existente entre as mesmas.

## **9. RESULTADO E DISCUSSÃO DOS DADOS**

## 9.1 Dados sócio-demográficos

Com relação aos questionários sócio-demográficos, será feita uma análise descritiva geral, visando identificar as variáveis que mais se destacaram dentro das respostas obtidas.

Primeiramente, observou-se a idade dos participantes. Todos, por critério de inclusão, deveriam ter idade entre quatro e doze anos, de acordo com os questionários de qualidade de vida AUQUEI. Observou-se apenas um participante com 4 anos de idade, sendo os outros com idade acima de 8 anos. A idade com maior predominância de participantes foi de 10 anos de idade, com quatro dos catorze participantes, representando um total de 28,5%. Com 8 anos de idade foram encontradas três crianças, demonstrando 21,5% e com 9, 11 e 12 anos encontrou-se 2 crianças em cada idade, representando 14,3% cada idade.

Com relação ao sexo, obteve-se 11 meninos e apenas 3 meninas, representando os meninos um total de 78,5% da população e as meninas apenas 21,5%, fato que comprova que os meninos possuem maior incidência do que as meninas, conforme identificado também por Kaplan, Sadock e Grebb (1997).

No que se refere à quantidade de filhos dos pais dos participantes, percebeu-se que a maioria possui irmão ou irmã, sendo que apenas três crianças como filhas únicas. Em se tratando da criança ser a última em ordem de nascimento ou não, encontrou-se uma igualdade, verificando que na população há tanto caçulas quanto mais velhos ou irmãos do meio.

Já no que se refere ao tempo de gestação, ou seja, a termo (nascimento com 36 semanas de gestação) ou pré-termo (prematureo com menos de 36 semanas de gestação), foram encontradas apenas duas crianças pré-termas, sendo uma do sexo masculino e outra do sexo feminino.

Uma variável de grande importância no questionário sócio-demográfico é a quantidade de horas dormidas durante o dia pelas crianças. As maiorias das crianças costuma dormir de 7 a 10 horas por dia, sendo divididas em dois grupos de 5 crianças cada, um de 7 a 8 anos e outro de 9 a 10 anos, totalizando 35,7% para cada grupo. Segundo Fernandes (2006), a criança deve ter em média 10 a 12 horas de sono por dia, e se esta necessidade não for suprida, a mesma pode apresentar irritabilidade, déficit de atenção e de aprendizado e até sonolência diurna. Neste estudo, apenas

duas crianças dormem mais de 10 horas por dia, representando um total de 14,3%, fator que pode ser uma das causas para o surgimento do transtorno nessa população.

Com relação à vida escolar das crianças, verificou-se que todas estão no primeiro ciclo do Ensino Fundamental da Educação Básica, variando entre o primeiro e o sétimo ano, sendo que a maioria estuda em escola privada, 9 alunos que correspondem a 64,3%, e a minoria estuda em escola pública, 5 alunos correspondendo a 35,7%. O rendimento escolar teve variância de 5 a 10, sendo a categoria de 6 a 7 a que obteve maior concentração de alunos, representando 35,7%. Apenas um aluno teve rendimento escolar entre 9 e 10. Dentre as crianças, cinco já repetiram de ano pelo menos uma vez, sendo que uma teve mais de duas repetições.

Fator que também possui grande destaque dentro do questionário sócio-econômico, é o número de aulas de Educação Física que as crianças possuem nas escolas. Quatro crianças possuem apenas uma hora de Educação Física durante a semana, oito possuem duas horas e apenas duas possuem três horas de aula. De acordo com o estipulado pela Secretaria Municipal de Campo Grande (SEMED) o número de aulas para educação física é de três aulas para o 1º ano do ensino fundamental e duas aulas para as demais turmas do ensino fundamental nível 1.

A Secretaria do Estado de Educação de Mato Grosso do Sul também estipula um mínimo de duas aulas de Educação Física por semana. Os alunos que estudam em instituições privadas de ensino são os que possuem apenas uma aula de educação física por semana. Como professora de Educação Física da educação básica, já atuei em escola privada e não existe a devida preocupação e nem possuem uma atenção maior com a disciplina de Educação Física, o que torna-se um descaso com a saúde dos alunos, visto que cada vez menos eles possuem interesse pela prática do exercício físico orientado, gerando um estilo de vida menos ativo fisicamente, como mostrou a maioria dos questionários a respeito do nível de exercício físico das crianças.

Complementando as informações acerca do sedentarismo, na variável atividade extra, percebe-se que apenas cinco crianças das catorze realizam alguma atividade fora do horário escolar, representando apenas 35% da população estudada, sendo essas atividades andar de bicicleta, capoeira, futebol, xadrez, dança e catequese.

A maioria das crianças (71%) já realiza o tratamento para o distúrbio há dois anos ou mais. Apenas quatro crianças começaram o tratamento há menos de um ano,

sendo que duas possuem apenas de três a seis meses de tratamento. Os portadores de TDAH que participaram deste estudo fazem uso da medicação, sendo o metilfenidato 10mg a utilizada por treze dos catorze participantes do estudo. Na maioria dos casos, esta medicação é ingerida de segunda-feira a sexta-feira, dia em que as mesmas estão na escola. Em quatro crianças a medicação é utilizada todos os dias.

Com relação a tratamento terapêutico, metade das crianças afirma participar de terapia pelo menos uma vez por semana, variando a data de início dos tratamentos de 3 meses a quatro anos. O tratamento terapêutico é realizado ou por psicólogos ou por psicopedagogos, destacando a importância de se tratar o distúrbio de modo multiprofissional, visto que cada especialista pode auxiliar com sua experiência na prevenção e combate ao TDAH.

Sobre a percepção da qualidade de vida das crianças, sendo classificadas de ruim a muito boa, a resposta mais encontrada foram boa e muito boa, demonstrando que as crianças sentem-se bem com o estilo de vida que possuem, mesmo portando o transtorno. Apenas dois pais responderam que a qualidade de vida de seus filhos está enquadrada como nem ruim nem boa, demonstrando que ainda há uma insatisfação com o estilo de vida adotado e que o distúrbio pode estar interferindo na vida da criança. Nenhum pai respondeu que a qualidade de vida de seu filho (a) era classificada como ruim.

## 9.2 Qualidade de Vida

Nesta tabela se discutirá primeiro a pontuação geral do questionário AUQUEI e a pontuação por sexo, conforme mostra a tabela abaixo:

**Tabela 1. Pontuação Questionário Qualidade de Vida AUQUEI**

	N	Mínimo	Máximo	Média
Pontuação	14	38	63	52,7
Meninos	11	38	60	51,8
Meninas	03	51	63	56,0

De acordo com a tabela, percebe-se que a média geral da qualidade de vida está dentro dos padrões esperados, sendo então, a percepção geral das crianças em



relação à qualidade de vida considerada como boa. Porém, nota-se que o valor mínimo encontrado foi 38 pontos, abaixo do valor considerado padrão, que equivale a 48 pontos.

No que diz respeito à média separada por sexo, os resultados encontrados mostram que as meninas possuem em média uma melhor percepção de qualidade de vida do que os meninos, sendo que as meninas apresentam uma média total de 56 pontos e os meninos 51,8 pontos. Os meninos obtiveram o menor valor encontrado (38 pontos) e as meninas o maior valor encontrado (63 pontos).

Na tabela 2, que segue abaixo, evidencia-se a qualidade de vida de acordo com o sexo das crianças, demonstrando a frequência dos valores, identificando a qualidade de vida como boa ou ruim.

**Tabela 2. Comparação da qualidade de vida entre o sexo**

Masculino			Feminino	
	N	Frequencia	N	Frequencia
QV ruim	03	27,27	00	0,00
QV boa	08	72,73	03	100,00
Total	11	100,00	03	100,00

De acordo com a tabela acima, três dos onze meninos do estudo obtiveram uma percepção de qualidade de vida considerada como ruim, correspondendo a um total de 27,27%. Apesar de haver meninos com este resultado, a maioria se enquadrou dentro de uma boa percepção de qualidade de vida, resultando em 72,73% (8 meninos). No que se refere às meninas, nenhuma das 3 apresentou uma percepção de qualidade de vida ruim, ou seja, 100% do sexo feminino acredita que sua qualidade de vida está classificada como boa.

Relacionando a percepção da qualidade de vida obtida pelo questionário de avaliação da qualidade de vida de crianças e adolescentes (AUQUEI) com a pergunta feita no questionário sócio-demográfico, em que os pais/cuidadores responderam como acreditavam ser a qualidade de vida de seus filhos, percebeu-se que a resposta obtida condiz com a percepção aferida no questionário, visto que a maioria dos pais pensa que a QV dos filhos encontra-se boa e muito boa. Nenhum pai/cuidador das crianças respondeu que sua qualidade de vida era classificada como ruim. Entretanto, três meninos relataram uma percepção da qualidade de vida encontrada no questionário AUQUEI não foi classificada como boa.

Em 2000, Assunção Júnior, Kuczynski, Sprovieri e Aranha, na validação do questionário AUQUEI, aplicaram o mesmo em uma amostra de 353 crianças, e obtiveram uma média geral de 52,1 pontos, ou seja, uma percepção de qualidade de vida considerada como boa, obtendo ainda diferença significativa entre os sexos. Os autores ainda concluíram que a população feminina apresentou os maiores escores, o que também ocorreu neste estudo.

No estudo de Bilhar (2010), feito com amostra de 88 crianças sem tratamento prévio para o transtorno e que foram encaminhadas para o Ambulatório de Distúrbios do Aprendizado do Instituto da Criança, observou-se que as mesmas tinham prejuízos na qualidade de vida, tanto em aspectos emocionais, sociais, escolar, psicossocial e qualidade de vida total, dados diferentes dos encontrados neste estudo, na qual a maioria das crianças apresentou boa QV. Apesar do estudo de Bilhar (2010) contar com uma população bem maior, o que parece ser mais interessante para explicar a QV neste estudo é o tempo de tratamento que as crianças possuem, pois a maioria está há dois anos ou mais recebendo cuidados médicos e a população estudada pela autora não possui tratamento prévio para o transtorno, o que já altera a condição da criança e consequentemente do estilo e modo de vida da mesma.

Lima, Souza, Neiva, Tonello e Cano (2014) em seu estudo com amostra composta de 232 crianças sendo 89 frequentadoras de uma escola de tempo integral (escola A) e 143 frequentadoras de uma escola em tempo parcial (escola B). Observaram que na escola A obteve-se uma melhor percepção de qualidade de vida, atingindo os 81%, enquanto a escola B apresentou 58%, o que demonstra que quanto mais envolvida com projetos, atividades diversificadas ou atividades pedagógicas a criança estiver, melhor as elas podem desenvolver suas potencialidades sociais, físicas e intelectuais, impactando positivamente na qualidade de vida das mesmas.

No caso deste estudo com crianças portadoras de TDAH, a escola de tempo integral poderia ser uma forma de tentar ocupar a criança, de modo a fazer com que a mesma aprenda a centrar sua atenção, e juntamente com o uso da medicação e da terapia, estas poderiam controlar melhor seu transtorno, de modo a fazer com que a sua qualidade de vida também possa ser percebida como mais positiva, gerando uma melhoria de estilo de vida das mesmas.

Tanto no presente estudo como nos estudos apontados para discussão, a percepção da qualidade de vida de crianças possui uma média geral classificada

como positiva, ou seja, de acordo com a visão das próprias crianças a qualidade de vida das mesmas é boa.

No que se refere aos domínios do questionário AUQUEI, sendo eles: função (questões 1, 2, 4, 5 e 8) relações familiares (questões 3, 10, 13, 16 e 18), lazer (questões 11, 21 e 25), autonomia (questões 15, 17, 19, 23 e 24) e respostas isoladas (questões 6, 7, 9, 12, 14, 20, 22 e 26), obtivemos os seguintes resultados como demonstra a tabela abaixo:

**Tabela 3. Descrição geral da qualidade de vida em seus domínios**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Frequência
Função	14	5	14	9,5	63%
R. Familiares	14	7	15	11,7	78%
Lazer	14	6	9	7,7	86%
Autonomia	14	4	12	8,2	54,7%

Como demonstra a tabela acima, o domínio com maior valor encontrado, correspondendo a 86% do valor obtido, é o lazer, que diz respeito a questões relacionadas a férias, aniversários e relações com avós, e o domínio com menor valor encontrado, correspondendo a 54,7% do valor obtido, é o referente à autonomia, que trata de questões relacionadas à independência, relações com companheiros e avaliações escolares. Os domínios funções e relações familiares aparecem com uma média considerada boa, visto que apresentam resultados acima da mediana de frequência, representando um total de 63% e 78%, respectivamente. Estes domínios dizem respeito a questões relacionadas à escola, refeição, idas a médicos, opinião da criança com relação aos pais e de si mesmo.

Com relação aos três questionários dos participantes com percepção de qualidade de vida considerada ruim, o domínio com maior valor foi o referente ao lazer (66,6%), seguido pelo domínio relações familiares (59,96%). Os domínios com menores valores encontrados foram os que dizem respeito a função (39,96%) e autonomia (também com 39,96%).

Bilhar (2010) encontrou em seu estudo que o lazer é o fator com uma maior pontuação, pois diz respeito a questões relativas a recreações e contato com os avós, que pode ser explicado pela idade dos participantes da pesquisa, visto que as crianças normalmente tendem a gostar de brincadeiras e de se relacionar com os

avós, possuindo mais dificuldade de autonomia, que está relacionada à dificuldade de organização das tarefas e atividades das crianças, dificuldade em realizar tarefas sequenciais, em manter objetos pessoais em ordem, realização de trabalho desorganizado e desleixado, não conseguem gerenciar o tempo para as atividades que participam e sentem também dificuldades em cumprir prazos estabelecidos (DSM V, 2014).

No trabalho de Lima *et al* (2014), os domínios de maior satisfação foram lazer e relações familiares e o com menor resultado obtido foi o domínio autonomia, o que torna mais nítido ainda a importância da família e a presença dos pais na vida das crianças, visto que esta é uma condição que as torna satisfeitas e mais seguras. Destaca-se também a relevância do lazer na vida da criança, dado que as maiores pontuações por questões foram obtidas neste domínio.

Assunção Júnior *et al* (2000) também encontrou em sua pesquisa que o lazer foi o domínio que obteve maiores pontuações e a autonomia menores pontuações, fatores iguais aos encontrados neste estudo e nos demais descritos acima.

Portanto, percebe-se que em todos os estudos descritos acima os domínios lazer e relações familiares obtiveram os melhores resultados encontrados, enquanto autonomia obteve os menores valores. Isso demonstra que o resultado obtido encontra-se dentro do esperado, visto que a maioria das crianças sente-se feliz quando se diz respeito ao lazer, por se tratar de um espaço destinado a momentos de recreação e de brincadeiras, momentos de diversão e sentem mais dependência de questões relacionadas à autonomia, pois ainda dependem muito da relação pais/cuidadores e filho, devido às dificuldades para organizarem suas tarefas e suas atividades, como destacado pelo novo DSM V (2014).

Com relação à autonomia, a primeira ideia relacionada ao termo é a existência de um indivíduo independente, que consegue realizar suas atividades sem a ajuda ou auxílio de outras pessoas. Para Piaget (1969), a autonomia diz respeito a um termo fundamental dentro do contexto educacional, constituindo, dessa forma, um fim da educação. Pereira (2006) complementa dizendo que a autonomia está relacionada a capacidade do ser em conseguir se auto-regular tanto moral quanto intelectualmente, liberando as crianças das crenças que são impostas pelas pessoas com mais idade e substituindo as normas da autoridade por uma própria norma com a existência da consciência.

Segundo Piaget (1932), há estágios do ponto de vista moral com relação a regras, nas quais se percebe a existência da autonomia, sendo eles:

- Estagio 1 – do nascimento aos 2 anos de idade – manipulação de objetos apenas para própria exploração e estabelece algumas ritualizações;
- Estagio 2 – entre os 2 aos 6 anos de idade – egocentrismo infantil. A criança aceita as regras que são impostas por adultos ou dos meninos mais velhos, considerando as regras imutáveis;
- Estagio 3 – dos 7 aos 12 anos de idade – aparecimento da cooperação. A criança conhece as regras e já aceita que as mesmas podem ser mudadas desde que o grupo esteja de acordo;
- Estagio 4 – 11 e 12 anos de idade – há a organização do pensamento e o surgimento da autonomia. Há o prazer pela disputa, mas também interação quanto às regras.

Portanto, de acordo com o pensamento de Piaget, percebe-se que a autonomia tem seu surgimento entre os 11 e 12 anos de idade, o que pode ser um fato explicativo de o domínio possuir um menor valor encontrado no estudo, visto que as crianças tem idade entre 4 e 12 anos, fase em que a autonomia está em construção na vida da criança.

Ao separarmos os domínios por sexo, se obtém os seguintes dados encontrados:

**Tabela 4. Comparação dos domínios da qualidade de vida entre o sexo**

	Masculino			Feminino		
	Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo	Média
Função	5	13	9,4	7	14	9,5
R. Familiares	7	15	8,5	12	15	11,7
Lazer	5	9	7,5	8	9	8,6
Autonomia	4	12	8,0	7	10	8,2

De acordo com o observado na tabela acima, o sexo feminino obteve as maiores médias, destacando-se as médias de relações familiares e lazer. Apenas no domínio autonomia o valor máximo encontrado foi para o sexo masculino, visto que no restante dos mesmos, os valores máximos foram para o sexo feminino.

Em destaque, percebe-se que o domínio autonomia foi aquele a obter menor pontuação, haja vista que o valor máximo encontrado seria de 15 pontos, e as médias, tanto feminina quanto masculina, se distanciaram mais desse valor do que para as demais médias por domínios. O maior valor encontrado para ambos os sexos foi no quesito lazer, visto que a pontuação máxima que poderia ser obtida era de 9 pontos, e as médias, tanto feminina quanto masculina, se aproximaram desse valor.

Outro fator presente dentro do questionário AUQUEI são questões com importância isoladas, ou seja, não estão englobadas dentro de um domínio específico. Portanto, destacar-se-á abaixo cada questão isoladamente.

No que se refere à questão 6, quando você vê uma fotografia sua, a média encontrada foi de 2,2 pontos, ou seja, num grau de pontuação considerado até 3, a média encontrada foi que as crianças se sentem felizes ao verem uma imagem sua, isto é, demonstra uma satisfação pessoal com sua imagem corporal na maioria dos casos, representando um total de 76% da população. A imagem corporal é um elemento autodefinidor da criança, pois a situa no espaço relacional, sendo também reflexo das memórias corporais que as inscrições do corpo possuem ao longo da vida, sendo assim, é estruturada pela pessoa de acordo com sua relação com o mundo, recebendo aquele corpo e situando-o em uma existência relacional (FRÓIS e MOREIRA, 2010). Por isso, percebeu-se a satisfação das crianças ao verem o seu retrato, visto que a imagem das mesmas causa uma sensação boa advinda de suas memórias corporais estruturadas.

Na questão 7, em momentos de brincadeira, durante o recreio escolar, 88% das crianças dizem ser satisfeitas, sendo a média encontrada classificada como felizes, demonstrando a importância dos momentos de descontração, fato que pode explicar o domínio lazer ser o mais alto encontrado no estudo. Para Godtsfriedt (2010) o lazer visa à diversão, descontração, o convívio social, proporcionando ao indivíduo uma sensação de bem estar, sendo, então, uma atividade relacionada ao prazer, explicando o porquê das crianças se sentirem satisfeitas em seu momento de brincadeira.

No item 9, quando você pratica um esporte, a média também foi elevada, sendo classificada como felizes, tendo uma média geral de 2,5 pontos. Neste caso, nota-se o prazer que as crianças possuem ao estar praticando um exercício físico orientado, gerando uma satisfação nas mesmas, o que pode ser observado por meio da psicologia do esporte, que explica essa satisfação por meio da motivação, visto

que as crianças praticam o esporte sem nenhuma obrigação, pensando apenas se tratar de uma atividade de lazer, tais questões promovem o prazer da prática esportiva, tornando-as satisfeitas e felizes ao participarem deste ato (MATOS, 2011).

Em se tratando de quando você faz as lições de casa, na questão 12, apenas 35,7% das crianças sentem-se satisfeitas nesta condição, sendo a média geral encontrada de 1,07 pontos, demonstrando que as mesmas se sentem infelizes no que diz respeito a afazeres relacionados aos deveres escolares, visto que, de acordo com o DSM V (2014), os TDAH possuem divagação em tarefas, ocasionando dificuldades para os mesmos manter o foco em determinada situação, como na proposta pela questão, possibilitando insatisfação e infelicidade.

Já na questão 14, quando você fica internado em um hospital, foi obtida a menor pontuação para questões isoladas, sendo encontrada uma média geral de 0,35 pontos, representando 11,9%, demonstrando que as crianças ficam muito infelizes quando ficam internadas em um hospital. Fator que se julga dentro das expectativas, visto que hospital não se trata de um lugar prazeroso, onde na maioria dos casos, as crianças estão doentes ou necessitando de cuidados especiais, aumentando sua dependência com relação aos outros, o que torna mais difícil sua autonomia.

Na questão 20, quando você toma remédio, situação pela qual todas as crianças do estudo passam, visto que todas usam medicação para o TDAH, a média vista foi de 1,28 pontos, ou seja, 42,8%, demonstrando que as crianças são infelizes por fazerem uso de medicação, não se sentindo confortáveis tendo que tomar remédios todos os dias, ou pelo menos nos dias da semana, como acontece com a maioria dos casos.

Referente à questão 22, quando você pensa em quando estiver crescido, a maioria das crianças demonstraram-se felizes em pensar em um futuro, sendo a média encontrada de 2,42 pontos, representando 80,9% das crianças, fato que é interessante, visto que ao projetar uma vida futura as crianças sentem-se satisfeitas e imaginam-se com boas condições de vida garantindo-lhes uma boa qualidade de vida.

E na última questão, número 26, quando você assiste televisão, percebe-se que 83,3% das crianças, ou seja, média geral de 2,5 pontos se sentem felizes ao assistirem TV, demonstrando que mesmo sendo hiperativas, as mesmas sentem prazer ao ver algo que lhes prendam a atenção e as deixam satisfeitas para sentar e acompanhar a programação.

Com tudo, percebe-se, então, que a qualidade de vida das crianças foi classificada como sendo boa, sendo as meninas as possuidoras de uma melhor percepção desta qualidade de vida, dando destaque positivo para o domínio lazer, que obteve a melhor pontuação dentro do questionário, e destaque negativo para o domínio autonomia, possuidor da menor pontuação do estudo.

### 9.3 Sonolência Diurna Excessiva

Em se tratando da sonolência diurna excessiva, utilizou-se a escala de sonolência de Epworth, que demonstra a possibilidade do indivíduo cochilar em determinadas situações do dia-a-dia. Os resultados obtidos serão analisados e discutidos abaixo.

A pontuação da escala de Epworth teve como média geral 5,64 pontos, o que demonstra que a população em questão não possui sonolência diurna excessiva, já que para apresentar a SED o indivíduo deve ter uma pontuação igual ou acima a 10 pontos, conforme mostra a tabela abaixo:

**Tabela 5.** Escala de sonolência de Epworth: geral

	N	Mínimo	Máximo	Média
PONTUAÇÃO	14	0	14	5,64

Por meio da tabela, é possível verificar que houve grande variação encontrada entre os valores mínimos e máximos, correspondendo a 14 pontos, demonstrando que a população é heterogênea com relação a esses resultados; ou seja, dentro da mesma população há pessoas que não sentem nenhuma vontade de cochilar nas situações listadas e outras que não conseguem controlar a vontade de dormir nas mesmas situações.

Dos catorze questionários analisados, quatro obtiveram pontuação igual ou superior ao valor de corte (10 pontos), demonstrando que quatro crianças da população possuem o distúrbio da sonolência diurna excessiva, representando 28,57% da população. Nenhum caso obteve pontuação maior que 16 pontos, não demonstrando uma sonolência mais grave, ou ainda uma probabilidade de possuir a narcolepsia.

Outro fator que requer bastante atenção é o fato que quatro crianças possuíram pontuação igual a zero na escala, indicando que não há uma sonolência,



entretanto, as mesmas podem possuir outros distúrbios do sono, visto que se a pontuação for muito baixa, é uma predisposição para a privação do sono, como por exemplo, ter o distúrbio da insônia.

Em estudo de Sena, Cardoso, de Carvalho, Medeiros, Coutinho, Albuquerque e Medeiros (2013) realizado com uma amostra de 140 crianças e adolescentes obesos com idade entre 5 e 18 anos, encontrou-se SDE presente em 19,3% dos casos, totalizando 27 crianças da população, resultado menor do que o encontrado neste estudo em questão, como o resultado encontrado no estudo de Gazini (2011) sob orientação do professor Rubens Reimão, no qual foram avaliados estudantes adolescentes de ambos os sexos com idade a partir de 10 anos e cuja a SDE esteve presente em 13,7% da amostra.

Petry, Pereira, Pitrez, Jones e Stein (2008), realizaram estudo com amostra referente a 3049 escolares com idade entre 9 e 14 anos, matriculados em escolas públicas da cidade de Uruguaiana-RS, 8% da população apresentou SDE, sendo que foram associados a SED o ronco habitual, apneia obstrutiva do sono, respiração oral diurna e um baixo desempenho escolar.

No estudo de Ferreira (2010) com estudantes do ensino médio com idade entre 13 e 21 anos, o resultado encontrado teve um percentual maior, já que 25% da amostra apresentou o distúrbio em questão, sendo as meninas as possuidoras de maiores escores. Montovani, Gomes e Balbiani (2008) realizaram sua pesquisa com uma amostra que possuía rinite e com idade entre 12 e 63 anos e encontraram a sonolência diurna excessiva presente em 15 pacientes dentre os 51 participantes, representando um total de 29,4%. Villaça (2004) realizou seu estudo com uma amostra composta de neonatos até 17 anos e 11 meses de idade que apresentavam pelo menos uma queixa clínica neuromuscular, comportamental, de relacionamento interpessoal ou pedagógico compatível com distrofia muscular, e verificou que 75% da amostra estudada possuía o distúrbio da SDE. Portanto, verificou-se que estes estudos apresentados possuíram um escore maior de SDE do que o resultado encontrado nesta pesquisa.

Com estes resultados, percebe-se que entre as populações apresentadas nos estudos, a minoria possui o distúrbio da SDE, ou seja, com relação a vontade incontrolável de dormir durante o dia, as crianças encontram-se bem dispostas, conseguindo controlar ou nem sentir tal vontade durante os seus afazeres cotidianos.

Em estudo de Ferreira e Silva (2010) com crianças com idade entre 2 e 12 anos internados em um hospital universitário em Belém do Pará que seriam submetidos a adenoamigdalectomia, foi feita a aplicação da escala de sonolência de Epworth antes e após a cirurgia. Os resultados encontrados foram de: antes da cirurgia a média da SDE era de 9,9 pontos, demonstrando que 50% da amostra estava com este distúrbio e após a cirurgia este número diminuiu, sendo a média 8 pontos e apenas 30% da população ainda possuía SDE, demonstrando uma grande quantidade de crianças possuidoras deste distúrbio, contrariando os resultados encontrados nos estudos acima citados.

Com relação à sonolência diurna excessiva referente ao sexo, obteve-se os seguintes resultados:

**Tabela 6.** Escala de sonolência de Epworth por sexo

Masculino					Feminino			
	N	Mínimo	Máximo	Média	N	Mínimo	Máximo	Média
Pontuação	11	0	14	4	03	10	14	11,6

Por meio da tabela, pode-se perceber que a média dos meninos está dentro do padrão considerado normal (4), porém a variação entre valores mínimo e máximo é muito grande, podendo alguns meninos possuir distúrbios tanto de sonolência excessiva quanto de privação de sono. Dos onze meninos estudados, apenas um apresentou sonolência diurna excessiva, representando um total de 9% da população.

No que diz respeito às meninas, todas foram classificadas com sonolência diurna excessiva, obtendo uma média alta equivalente a 11,6 pontos, ou seja, 100% da população feminina possui este distúrbio. Percebe-se também que entre o valor mínimo encontrado e o valor máximo não há grande variação como visto nos dados referentes aos meninos, demonstrando uma homogeneidade dos dados para este sexo.

No estudo de Ferreira e Silva (2010), tanto as meninas quanto os meninos obtiveram média para SED igual, demonstrando que a população estudada possuía uma homogeneidade dos dados, não tendo variação significativa entre os resultados. No trabalho de Sena *et al* (2013), a SDE obteve maior média para o sexo feminino, sendo a mesma presente em 76,9% da população feminina. Amaral (2013) em sua

tese de doutorado encontrou um resultado que demonstrou que 33,1% da amostra em questão apresentou SDE, sendo que o sexo feminino apresentou maior escore e um risco superior ao sexo masculino para apresentar o distúrbio. Esses resultados traduzem uma realidade também encontrada neste estudo, visto que o sexo feminino também obteve as maiores pontuações e média para a SDE.

Quando se utilizou o teste Qui Quadrado para se comparar o sexo com a sonolência diurna excessiva, notou-se que houve significância entre as variáveis, ou seja, há dependência entre o gênero e sonolência, visto que o nível de significância foi  $< 0,005$  ( $p < 0,005$ ), conforme mostra a tabela abaixo:

Relacionando os resultados da Escala de Sonolência de Epworth com o questionário sócio-demográfico, quanto à quantidade de horas que as crianças dormem, obteve-se 7 a 10 horas por dia. Entre as crianças que apresentaram SDE a média de sono por dia foi de 7,5 horas, sendo que uma criança respondeu que dormia apenas de 5 a 6 horas por dia, o que está abaixo dos padrões estabelecidos para a idade, visto que Fernandes (2006) destaca o fato de as crianças necessitarem de 10 a 12 horas de sono por dia, e que se tal fato não ocorre, as mesmas podem apresentar irritabilidade, déficit de atenção e de aprendizado e sonolência diurna, como aconteceu com estas crianças destacadas neste estudo.

De acordo com Pereira, Teixeira e Louzada (2010) poucos estudos com sonolência e criança são encontrados na literatura, principalmente no que diz respeito a população brasileira, sendo destacados os estudos de Souza *et al* (2007) no qual foram avaliados 378 alunos pré-vestibulandos com média de idade de 16,5 anos, e Petry *et al* (2008). Isso se deve ao fato da SDE não ser facilmente diagnosticada em crianças, principalmente com a idade que este estudo abrangeu (04 a 12 anos), já que as mesmas dificilmente descrevem os sintomas da SED espontaneamente (SENA *et al*, 2013).

Portanto, a comparação entre os resultados obtidos e os dados existentes na literatura se torna mais difícil, podendo-se apenas apresentar e analisar os dados descritivamente. É necessário, então, mais pesquisas na área para se obter parâmetros nacionais a respeito do tema, como citado por Pereira, Teixeira e Louzada (2010).

Destaca-se ainda a importância de se dormir bem porque é durante esta etapa do dia que algumas funções de nosso corpo são renovadas, por exemplo, durante o sono o organismo traz de volta à condição em que se iniciou o dia, tendo uma função

restaurativa aos nossos tecidos. Ainda pode-se dizer que é durante o mesmo que ocorre a restauração corpórea, ou seja, nossa termorregulação. E também se afirma que por meio dele ocorre a consolidação da memória e do aprendizado adquiridos durante o dia (INSTITUTO BRASILEIRO DO SONO, 2015).

#### 9.4 Exercício Físico

Em se tratando do exercício físico, buscou-se saber se as crianças em questão são fisicamente ativas ou não, identificando em qual classificação estão. Sendo elas: muito sedentária, sedentária, moderadamente ativa, ativa ou muito ativa.

No que se refere à média geral de pontuação do PAC-C, obteve-se o seguinte resultado, como mostra a tabela:

**Tabela 7** Resultados PAC-C geral

	N	Mínimo	Máximo	Média
PONTUAÇÃO	14	2,3	4	2,75

Como destacado na tabela 7, a média geral para a população foi de 2,75 pontos, o que corresponde a uma população geral classificada como sedentária (pontuação entre 2 a 2,9 pontos de acordo com o questionário PAC-C). Percebe-se ainda que a média obtida apresentou pontuação próxima ao valor mínimo encontrado, que foi classificado como muito sedentário também. Já o valor máximo para a variável foi 4 pontos, demonstrando que dentro da população existem crianças classificadas como ativa, não correspondendo a média geral.

Entretanto, destaca-se é o fato de nenhuma criança ser classificada como muito ativa, o que de certo modo soa estranho para quem vê os resultados, visto que a população em questão é de crianças com TDAH e por serem hiperativas, esperava-se que as mesmas também fossem muito ativas, o que demonstra que o ato de se movimentar não é suficiente para que uma criança seja classificada como ativa fisicamente. Para essas crianças serem consideradas ativas fisicamente, as mesmas devem realizar a prática de exercícios físicos orientados, sistematizados e planejados, não apenas realizarem atividades físicas, que diz respeito a toda e qualquer atividade que a criança faça que sua taxa basal seja acima de zero.

No que se refere à pontuação do PAC-C de acordo com o sexo, têm-se os resultados abaixo:

**Tabela 8** Resultado PAC-C por sexo

Masculino					Feminino			
	N	Mínimo	Máximo	Média	N	Mínimo	Máximo	Média
Pontuação	11	2,3	4	2,95	03	2,4	3,6	2,8

De acordo com o observado na tabela 9, percebe-se que a média masculina classifica os meninos como sedentários, sendo igual a classificação geral para a variável. O valor mínimo obtido corresponde a 2,3 pontos, também classificado como sedentário. Já o valor máximo encontrado diz respeito a um indivíduo fisicamente ativo, estando, então, acima da média geral e da média para o sexo.

Em se tratando do sexo feminino, a média para as meninas também as considera como sedentárias, igualmente a média geral e a média masculina. O valor mínimo obtido classifica a menina como muito sedentária. Já o valor máximo observado classifica a menina como moderadamente ativa, estando a mesma acima da média geral para a população e para o sexo em questão.

Comparando os sexos, percebe-se que os meninos são mais ativos fisicamente do que as meninas, possuindo média um pouco acima que as mesmas. Entretanto, apesar da média ser numericamente maior, em termos de classificação por pontuação, tanto meninas quanto meninos estão na mesma ordem, sendo classificados como sedentários. Destaca-se o fato de encontrar um menino considerado ativo fisicamente, enquanto a menina com melhor classificação é moderadamente ativa. Com isso, percebe-se uma homogeneidade dos dados, não havendo variância significativa entre os sexos, conforme observado por meio do teste Qui Quadrado.

No que se refere a média de tempo gasta pelas crianças a frente da televisão, tem-se os seguintes dados conforme mostra a tabela:

**Tabela 9.** Resultados Horas de Assistência a TB

	N	Mínimo	Máximo	Média
PONTUAÇÃO	14	2	9	3,6

De acordo com o indicado acima, percebe-se que as crianças passam em média mais de 3 horas a frente da televisão, sendo considerada uma média alta para a população em questão. Observa-se também que o valor máximo obtido foi de 9 horas, o que é um tempo considerado muito alto destinado para tal atividade, visto que este tempo corresponde a 37,5% do dia, ou seja, mais de um terço do dia da criança é voltado para a televisão.

Separando a variável de acordo com o sexo das crianças, tem-se para o sexo feminino uma média geral de 3 horas gastas a frente da televisão e para os meninos essa média é de 3,8 horas. O tempo mínimo das meninas para tal atividade é de 2 horas e o máximo corresponde a 4 horas. Já para os meninos, o tempo mínimo diz respeito há 2 horas e o máximo há 9 horas. Portanto, de acordo com os dados obtidos, tem-se que o sexo masculino destina mais horas do seu dia para a televisão, do que as meninas.

Outro dado que merece destaque dentro do questionário de exercício físico PAC-C é o fato da frequência com que as crianças realizam a prática de exercício físico. Ao se perguntar às crianças quantas vezes elas se exercitavam de acordo com os dias da semana, ou seja, de domingo a sábado, as mesmas responderam que praticam mais atividades físicas durante a semana do que aos finais de semana. Com isso, percebe-se que as crianças utilizam-se do espaço escolar para se exercitarem, não realizando mais exercícios físicos em seu tempo livre durante os finais de semana ou fora da escola.

Em estudo de Siqueira (2007) realizado com amostra de 508 crianças com idade entre 5 e 9 anos possuidoras de dois grupos: eutróficas (peso normal) e com sobrepeso/obesidade. Foi detectado que 73,9% das crianças com sobrepeso/obesidade e 52,5% das crianças eutróficas foram classificadas como sedentárias. O tempo médio gasto com a televisão foi de 3,8h para as crianças eutróficas e 3,9h para as crianças com sobrepeso/obesidade, demonstrando que 70,9% das crianças gastavam mais de 3 horas com a televisão.

Riveira *et al* (2010), em seu trabalho feito com uma amostra de 1253 crianças e adolescentes com idade entre 7 e 17 anos, encontrou que 53,4% da população foi classificada como muito sedentária, 40,1% como sedentária, 6,3% como moderadamente ativa, 0,2% como ativa e 0% como muito ativa. No que se refere ao sexo, 494 meninos dentre os 547 foram classificados como sedentários (escore 1 ou 2, muito sedentário e sedentário respectivamente), o que representa 90,3% dos

meninos. Com relação às meninas, das 706 participantes do estudo 678 obtiveram pontuação correspondente ao sedentarismo, ou seja, 96% das meninas. Em se tratando das horas de televisão assistidas, 64,4% da população gasta três horas ou mais em frente a mesma, sendo 63,4% dos meninos e 65,2% das meninas.

Em seus estudos Silva, Bento, Leal, Vargas e Gutierrez Filho (2012) com amostra de 520 estudantes, sendo crianças e adolescentes, encontraram a média geral ficou em 2,6 pontos, classificada como sedentária, sendo a feminina 2,5 e a masculina 2,7. Em percentual, 10% dos meninos e 21,1% das meninas foram classificados em sedentários, 70% dos meninos e 60% das meninas foram classificadas em moderadamente ativos, e 19,9% dos meninos e 12,9% das meninas considerados muito ativos. Em se tratando das horas gastas frente a televisão, a média foi de 3,59 para os meninos e 3,45 horas para as meninas, sendo a média geral 3,52 horas.

Fernandes (2012) desenvolveu uma pesquisa para validação do questionário de atividade física com amostra de 733 crianças com idade entre 7 e 10 anos, e encontrou que 49,5% da população em questão foi considerada como ativa insuficiente, ou seja, as crianças não se exercitam de modo satisfatório, sendo consideradas sedentárias. Mesmo com outro questionário para avaliar o quão a criança se exercita, o resultado encontrado foi o mesmo obtido neste estudo e nos demais trabalhos observados acima.

Em 2012, Vargas desenvolveu um estudo com amostra de 30.000 crianças com idade entre 7 e 17 anos do estado do Paraná. Neste trabalho, o mesmo encontrou que 10,4% dos meninos foram classificados como sedentários, 69,2% como moderadamente ativos e 20,4% como ativos. Já para as meninas os resultados foram de 21,7% classificadas como sedentárias, 66,7% como moderadamente ativas e 11,6% como ativas. Como observado nos dados, os meninos foram mais ativos fisicamente do que as meninas. Portanto, observou-se que os sujeitos deste estudo foram classificados em termos gerais como moderadamente ativos. Este fator contrariou os achados tanto no presente estudo quanto nos demais estudos descritos anteriormente.

É inaceitável em estudos com tantas crianças envolvidas, como no caso de Riveira *et al* (2010), que 93% delas sejam sedentárias, sendo que em alguns estudos não foram encontradas nenhuma criança sendo classificada como muito ativa, o que desperta interesse e curiosidade, visto que é na infância que a criança mais se

movimenta, pois a maior parte de seu tempo deveria ser relacionada a brincadeiras e recreação. E neste estudo em questão, trata-se de crianças hiperativas, que culturalmente falando, deveriam se movimentar mais. Porém, percebe-se que se movimentar não diz respeito necessariamente a estar fazendo um exercício físico, pois essa prática não está sendo orientada e sistematizada, não gerando benefícios de ordem física para as mesmas.

Relacionando o questionário PAC-C com o questionário sócio-demográfico deste estudo, percebe-se que as escolas das crianças não estão respeitando os tempos necessários destinados para as aulas de Educação Física, o que pode ser um fator que contribui para que as mesmas ainda sejam classificadas como sedentárias, visto que o tempo que seria voltado para esta prática não é cumprido.

Mas, não é só na escola que as crianças devem se movimentar e se exercitar. Os pais e/ou cuidadores devem ter um olhar mais atento a esta questão, pois só assim as crianças alterarem seus hábitos de vida, terá como consequência um estilo de vida mais saudável e menos sedentário.

Portanto, o que se percebe de acordo com os dados obtidos tanto neste estudo em questão como nos estudos utilizados para discussão do tema é que cada vez mais as crianças estão desenvolvendo hábitos e estilo de vida sedentários, fator que é muito preocupante, visto que se as mesmas não se exercitarem frequentemente e de forma sistematizada e orientada, muitos problemas de saúde podem surgir, como as doenças cardíacas, doenças de saúde mental, doenças crônicas como a obesidade e a hipertensão arterial e ainda problemas relacionados ao sono das mesmas, visto que com o exercício físico regular, a qualidade do sono aumenta devido as teorias termorregulatória e teoria da restauração corpórea e conservação de energia, como visto na revisão de literatura.

## **9.5 Correlação das Variáveis**

Com relação à correlação das variáveis do estudo, tem-se os seguintes resultados, conforme tabela abaixo:



**Tabela 10. Correlação entre Qualidade de Vida e Sonolência Diurna Excessiva**

	SDE	
	Sim	Não
QV ruim	0	3
QV boa	4	7
Total	4	10

De acordo com a tabela, percebe-se que 3 crianças obtiveram qualidade de vida classificada como ruim, entretanto não apresentaram o distúrbio da sonolência diurna excessiva. Ainda de acordo com a tabela, quatro crianças com boa qualidade de vida apresentaram o distúrbio da SDE e sete crianças com boa qualidade de vida não apresentaram SDE. Dessa forma, verificou-se que não há dependência entre as variáveis de acordo com o teste Qui Quadrado de Spearman. Porém, pode-se afirmar que 50% da população não possui SDE e possui qualidade de vida boa, afirmando a hipótese de que as crianças com melhor percepção de qualidade de vida não possuem sonolência diurna excessiva.

Correlacionado às variáveis: qualidade de vida e exercício físico, observou-se os seguintes achados:

**Tabela 11. Correlação entre Qualidade de Vida e Exercício Físico**

	Exercício Físico	
	Ativos	Não Ativos
QV ruim	2	1
QV boa	4	7
Total	6	8

Conforme tabela acima, tem-se que 8 crianças foram classificadas como não ativas, ou seja, sedentárias, e dessas oito crianças apenas uma teve sua qualidade de vida considerada como ruim. Já em se tratando de crianças ativas fisicamente, obteve-se que duas crianças ativas possuem qualidade de vida ruim e quatro crianças ativas tem qualidade de vida boa. Nota-se, então, que também não há dependência entre as variáveis. Entretanto, observa-se um fato interessante, visto que as crianças sedentárias mostram no geral com boa percepção de qualidade de vida, o que contradiz a hipótese de que as crianças mais ativas fisicamente possuam melhor percepção de qualidade de vida.

E por último, correlacionando às variáveis: sonolência diurna excessiva e exercício físico, o resultado obtido foi:

**Tabela 12. Correção entre Sonolência Diurna Excessiva e Exercício Físico**

	Exercício Físico	
	Ativos	Não Ativos
SDE Sim	1	3
SDE Não	5	5
Total	6	8

Percebe-se, então, por meio da tabela, que entre os oito indivíduos sedentários, três possuem a sonolência diurna excessiva. E entre os indivíduos ativos, apenas um possui SDE. De acordo com o teste Qui Quadrado de Spearman, não houve dependência de correlação entre as variáveis. Porém, podemos afirmar que crianças mais ativas fisicamente não possuem o distúrbio da SDE, conforme hipótese apresentada no estudo.

Portanto, percebe-se que crianças com melhor percepção de qualidade de vida possuem menos probabilidade de apresentarem o distúrbio da sonolência diurna excessiva, entretanto não podemos afirmar que as crianças com melhor percepção de qualidade de vida são mais ativas fisicamente.

**10. CONCLUSÃO**

Obteve-se neste estudo que a média geral de qualidade de vida encontrada para as crianças foi de 52,7 pontos, estando acima do padrão de corte estabelecido (48 pontos). Relacionando a QV ao sexo dos participantes, tem-se que as meninas demonstraram uma melhor percepção da qualidade de vida do que os meninos, sendo todos os questionários femininos acima do ponto de corte. Já em se tratando dos domínios da qualidade de vida, sendo eles: função, relações familiares, lazer e autonomia, percebeu-se que o domínio que teve maior satisfação das crianças foi o lazer e o domínio de menor satisfação foi a autonomia, demonstrando a realização das crianças no que diz respeito aos momentos de recreação e diversão proporcionados pelo lazer, e afirmando que a autonomia começa a surgir nas crianças a partir dos 11 anos de idade, sendo portanto, uma explicação possível para este ser o domínio de menor resultado obtido. Comparando os sexos, as meninas obtiveram pontuações maiores em todos os domínios da qualidade de vida, Portanto, conclui-se que a qualidade de vida da amostra é considerada como boa, sendo as meninas as possuidoras das melhores percepções da QV em todos os seus domínios.

No que diz respeito à sonolência diurna excessiva, a média geral para as crianças foi de 5,64 pontos, caracterizando uma amostra sem sonolência diurna excessiva. Porém, ao contrapormos os sexos, percebeu-se que todas as meninas foram classificadas como tendo SDE, proporcionando um nível de significância entre SDE e sexo. Com isso, conclui-se que os meninos não possuem SDE, ao contrário dos resultados encontrados para o sexo feminino.

Já quando se fala de exercício físico, a amostra foi classificada como sedentária, obtendo uma média geral de 2,75 pontos. Tanto meninas quanto meninos foram classificados como sedentários, apesar da média numérica dos meninos ser maior do que a média numérica das meninas. O que demonstra ser um fato muito preocupante, visto que as crianças, mesmo em idade em que deveriam ser ativas fisicamente, não estão se exercitando como o esperado, e se a população está cada vez mais sedentária, as crianças estão seguindo o mesmo caminho. O tempo gasto pelas crianças em frente a televisão também obteve um média alta, de 3,6 horas, sendo a média dos meninos maior do que a das meninas, destacando-se o fato de que uma criança respondeu que destinava 9 horas de seu dia a assistir televisão, ou seja, mais de um terço do dia, o que é considerado um fator muito preocupante, por se tratar de um numero muito elevado destinado a esta prática, o que pode explicar

os resultados encontrados nos questionários avaliativos deste indivíduo: qualidade de vida ruim e estilo de vida sedentária.

O sedentarismo presente na população pode ser explicado por dois fatores encontrados no estudo: primeiro, o número de aulas de Educação Física não estão sendo cumpridas pelas escolas onde as crianças estudam, e segundo, as crianças passam muito tempo a frente da televisão. Se as crianças já não possuem o tempo necessário para a prática do exercício físico na escola e quando chegam a casa vão para frente da televisão, é provável que as mesmas comecem a desenvolver um estilo de vida sedentário, pautado em hábitos não saudáveis.

De acordo com a correlação das variáveis, as crianças com melhor percepção de qualidade de vida possuem menos probabilidade de apresentarem o distúrbio da sonolência diurna excessiva, entretanto não podemos afirmar que as crianças com melhor percepção de qualidade de vida são mais ativas fisicamente, aceitando apenas duas das três hipóteses levantadas para o estudo.

Este estudo teve uma pequena amostra, tendo poucos participantes envolvidos, por isso, buscou-se com ele, apresentar e entender o fenômeno da qualidade de vida, sonolência diurna excessiva e exercício físico nos portadores de TDAH, e, a partir dele, considerar mais pesquisas na área, verificando essas três variáveis, com uma população maior que represente maior proporção no cenário do TDAH, podendo, inclusive, como professora de Educação Física, desenvolver um programa específico de exercícios físicos capazes de melhor auxiliar no tratamento do TDAH.

Portanto, percebe-se o papel importante do professor de Educação Física em suas aulas, visto que ele pode não apenas fazer com que o seu aluno se exercite e se movimente, mas pode ser conscientizado de que a movimentação do corpo é necessária não só para fins estéticos, mas para a melhoria de sua saúde, bem estar, melhoria da qualidade de vida e melhoria da qualidade do sono.

Também se sugere que o professor trabalhe com um planejamento flexível, que possua atividades recreativas diversas, que envolvam brinquedos coloridos e com sons diferentes, afim de se prender a atenção e motivar o aluno, especialmente os portadores do TDAH, visto que as crianças nesta etapa escolar, principalmente na pré-escola e nos anos iniciais da educação básica, aprendem brincando, e já que o lazer foi o domínio com maior pontuação encontrada, ou seja, onde a satisfação das

crianças é maior, a aprendizagem ocorrerá de forma mais prazerosa e o conhecimento será melhor apreendido pelas mesmas.

## **11. REFERÊNCIAS**

AMARAL, M. O. P. Epidemiologia da insônia em adolescentes: do diagnóstico de situação à intervenção. Tese apresentada ao grau de doutor em Saúde Pública na especialidade de Promoção da Saúde, **Universidade de Lisboa**, 2013.

ANACLETO, T. S., LOUZADA, F. M., PEREIRA, E. F. Ciclo sono-vigília e o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Revista Paulista de Pediatria**, 29(3): 437-42, 2011.

ANTUNES, H. K. M., ANDERSEN, M. L., TUFIK, S., MELLO, M. T. Privação de sono e exercício físico. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, vol.14, n.1, jan/fev, 2008.

ANTUNES, H. K. M., SANTOS, R. F., CASSILHAS, R., SANTOS, R. V. T., BUENO, O. F. A., MELLO, M. T. Exercício Físico e função cognitiva: uma revisão. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, vol. 12, n.2, mar/abr, 2006.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). Disponível em: <http://www.psych.org/> Acesso em 23 de maio de 2013.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: artes médicas sul, 1994.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DEFICIT DE ATENÇÃO. **TDHA: diagnóstico em crianças e adolescentes** (2013). Disponível em: <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/diagnostico-criancas.html> Acesso em 25 de setembro de 2014.

ASSUMPCAO JR, F. B.; KUCZYNSKI, E.; SPROVIERI, M. H.; ARANHA, E. M. G.. Escala de avaliação de qualidade de vida: (AUQEI - Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé) validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arquivo de Neuro-Psiquiatria**, vol.58, n.1, pp. 119-127, 2000.

BARBANTI, V. J. **Dicionário da Educação Física e esporte**. São Paulo: Manole, 2003.

BARKLEY, R. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: guia completo e autorizado para os pais, professores e profissionais da área da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BEAGLEHOLE, R., BONITA, K. **Epidemiologia básica**. 2ª Ed. São Paulo: Santos, 2003.

BECKER JR, B. **Manual de Psicologia do Esporte e do Exercício**. Porto Alegre: Nova Prova, 1ª edição, 2000.

BERLIM, M. T., LOBATO, M. I., MANFRO, G. G. Diretrizes e algoritmo para o manejo da insônia. **Psicofármacos: consulta rápida**. Porto Alegre, artmed, 2005.

BERTOLAZI, A. N. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. **Dissertação pós-graduação em Medicina: Ciências Médicas**, 2008.



BILHAR, J. C. F. A. **Qualidade de vida de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

BLAY, S. L., ANTUNES, H. K. M., DE MELLO, M. T. Exercícios e transtornos psiquiátricos. **Exercícios na saúde e na doença**. Barueri, SP: Menole, 2010.

BELLI, A. A. **TDH! E agora?: a dificuldade da escola e da família no cuidado e no relacionamento com crianças e adolescentes portadores de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade**. São Paulo: Editora STS, 2008.

BOWLING, A. **Measuring health: a review of quality of life measurement scales**. 2ª edição. Open University Press, Buckingham, 1998.

BRZOZOWSKI, F. S., CAPONI, S. Transtorno de Déficit de atenção com hiperatividade: classificação e classificados. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 (4), 1165-1187, 2009.

BUARQUE, C. Qualidade de Vida: a modernização da utopia. **Lua Nova: revista de cultura e política**, n. 31, São Paulo, Dez, 1993.

BULGARI ML, FREITAS KL. Aprendizagem e sono: relações possíveis. In: Reimão, R. **Avanços em medicina do sono**. São Paulo: Zeppelini Editorial, 2001.

BUMAN, M.; KING, A. Exercise as a treatment to enhance sleep. **Amercian Journal of lifestyle medicine**, 4, (6), 500-514, 2010.

CAMPOS, R. M. S., SILVA, A., QUEIROZ, S. S., NETO, M. M., ROIZENBLATT, S, TUFIK, S., MELLO, M. T. Fibromialgia: nível de atividade física e qualidade do sono. **Revista Motriz**, v. 17, n.3, p. 468-476, jul/set, 2011.

CARPERSEN, C.J., POWELL, K.E., CHRISTENSON, G.M. Psysical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Rep**, mar-apr, 100 (2): 126-131, 1985.

CARSKADON, M. A., VIEIRA, C., & ACEBO, C. (1993). Association between puberty and delayed phase preference. **Sleep**, 16(3), 258-262.

CARVALHO, J. A. ; CARVALHO, M. P. ; SOUZA, L. S. ; BRAGA, R. M. . TDAH: considerações sobre o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Revista Científica do ITPAC** , v. 5, p. pub.5, 2012.

CEVINSKI, C., MONTIBELLER, A., BRAZ, A.L.O. A importancia do Exercício Físico no envelhecimento. **Revista da Unifeb**, 9 (jan/jun): 163-175, 2011.

CHELLAPA, S. L.; ARAÚJO, J. F. O sono e os transtornos do sono na depressão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 34(6), 285-289, 2007.

CLOUDSLEY-THOMPSON, J.I. **Microecologia**. São Paulo: EPU, 1980. 58p.

COLÉGIO AMERICANO DE MEDICINA ESPORTIVA. **Aptidão física na infância e na adolescência**: posicionamento oficial do colégio americano de medicina esportiva. Disponível em <http://www.acsm.org.br.htm>. Acesso em 18 de abril de 2007.

DSM-IV-TR – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (Trad.Cláudia Dornelles; 4 e.d. rev. – Porto Alegre: Artmed, 2002.

DUPAUL, G. J.; STONER, G. **TDHA nas escolas**: estratégias de avaliação e intervenção. São Paulo: M books, 2007.

FERNANDES, E. **Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar**. Casa da qualidade Editora LTDA. Salvador, 1996.

FERNANDES, R. M. F. O sono normal. **Revista de Medicina de Ribeirão Preto**, 39(2): 157-168, abr/jun, 2006.

FERNANDES, C. D. R. **Validação do questionário de avaliação da atividade física em crianças com idade entre 9 e 10 anos**, Dissertação apresentada ao Centro de Educação Física e Desportos, da Universidade do Espírito Santos, 2012.

FERNANDES JÚNIOR, S. A., MELLO, M. T. Qualidade de vida e trabalhadores em turnos. **Qualidade de vida e saúde**. 1º edição. São Paulo: Vetor, 2011;

FERREIRA, E. F. Sono e sonolência diurna excessiva em adolescentes do Ensino Médio. Tese de doutorado apresentada para obtenção do título de Doutor em Educação Física, **Universidade Federal do Paraná**, 2011.

FERREIRA, M. V. S., SILVA, T. A. B. **Avaliação da escala de sonolência de epworth no pré e pós operatório de crianças submetidas à adenoamigdalectomia**, Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade do Pará, 2010.

FRANZOI, M.; FRANZOI, A. C. Sonolência diurna como medida de distúrbio de sono em um grupo de adolescentes utilizando colete de Milwaukee, **Revista Coluna/Columna**, 5 (3), 181-183, 2006.

FROIS, E.S., MOREIRA, J.O. A imagem corporal da criança e as novidades do brincar pela internet: um ensaio teórico. **Pesquisas e práticas psicossociais**, 5(2), São João Del-Rei, agosto/dezembro, 2010.

GAZINI, C. C. Sono e Qualidade de vida em adolescentes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas, **Universidade de Campinas**, 2011.

GODTSFRIEDT, J. Prática do lazer: uma revisão de conceitos, barreiras e facilitadores. **EF desportes**, Revista digital, ano 14, n.142, Buenos Aires, março, 2010.

GONÇALVES, M. Qualidade de vida: análise comparativa entre crianças com distrofia muscular de Duchenne e seus cuidadores. **Revista Neurociência**, vol 16, p. 275-279, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. 10 reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

GOLDSTEIN, S. **Hiperatividade: Compreensão, Avaliação e Atuação: Uma Visão Geral sobre TDAH**. Artigo: Publicação, novembro/2006.

GOLDSTEIN, S., GOLDSTEIN, M.: tradução Maria Celeste Marcondes. **Hiperatividade: Como Desenvolver a Capacidade de Atenção da Criança**. Campinas, SP: Editora Papyrus, 1994

GORDIA, A. P.; SILVA, R. C. R.; QUADROS, T. M. B.; CAMPOS, W. Qualidade de vida de adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, vol. 28, nº1, mar. São Paulo, 2010.

HALBERG, F. **Chronobiology**: annual review of physiology, 31: 675-725, 1969.

HOBAN, T. F., CHERWIN, R. D. Distúrbios do sono em crianças pequenas: impactos sobre o desenvolvimento sócioemocional e opções de tratamento. Comentários sobre France, Wiggs e Owens. **Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância**, CEECD/SKC-ECD, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DO SONO, 2015. **A importância de se dormir bem**. Disponível em: [http://www.institutobrasileirodosono.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=96&Itemid=156](http://www.institutobrasileirodosono.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=156) Acesso em: 17 de agosto de 2014.

Johns, A. **English for specific purposes**: Its history and contribution. In Celce-Murcia, M. (Ed). *Teaching English as a second or foreign language* (pp.67-77). Boston, MA: Heinle & Heinle, 1991.

JOHNSTON, C. Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 24, 85- 104, 1996.

KAPLAN, H. I., SADOCK, B.J., GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Tradução: Dayse Batista, 7ª edição, Porto Alegre: artes médicas, 1997.

LEITE, W.B. **Avaliação das propriedades psicométricas da escala de autorelato de sintomas do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – rasrs 18**. dissertação apresentada ao Programa de pós graduação em Neurociências da Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

LIMA, L. A. P.; WEFFORT, V. R. S; BORGES, M. F. Avaliação da qualidade de vida de crianças com diabetes melitus tipo 1. **Ciência, cuidado e saúde**, 10(1): 127-133, Jan/Mar, 2011.

LIMA, C. H. F., SOUZA, D. G., NEIVA, C. M., TONELLO, M. G., CANO, M. A. T. A influência da escola de tempo integral sobre a qualidade de vida infantil. **EFdesporte.com**, revista digital, ano 18, n. 190, Buenos Aires, março, 2014.

MACHADO, L. F. J., CEZAR, M. J. C. **Transtorno de Déficit de Atenção e hiperatividade (TDAH) em crianças – reflexões iniciais**, Trabalho apresentado a Faculdade de Maringá, 2007.

MACIEL, E. Qualidade de vida: análise da influência do consumo de alimentos e estilo de vida. **Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”**. USP, 2006.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-5/** [American Psychiatric Association: tradução Maria Inês Corrêa Nascimento – et al]: revisão técnica: Aristildes Volpato Cordioli – 5 ed, Porto Alegre: artmed, 2014.

MARQUES, M. D. (2003). Evolução da ritmicidade biológica. Em: N. Marques; L. Menna -Barreto. (Org.). **Cronobiologia: princípios e aplicações** (p. 269-280). São Paulo: Edusp.

MARQUES, N., E MENNA-BARRETO, L. **CRONOBIOLOGIA: PRINCIPIOS E APLICAÇÕES**. FIOCRUZ, SÃO PAULO, 1999.

MARTINO, M. M. F. Arquitetura do sono diurno e ciclo vigília-sono em enfermeiros nos turnos de trabalho. **Revista da escola de enfermagem**, v. 43(1):194-9, 2009.

MARTINS, H. E. S. Qualidade de vida. **BDJur**, 2006. Disponível em:<http://bfjur.stj.gov.br/> Acesso em: 29 de fevereiro de 2012.

MARTINS, MELLO E TUFIK. Exercício e Sono. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Vol. 7, Nº1 – Jan/Fev, 2001.

MATIJASEVICH, AL., DOMINGUES, M. R. Exercício físico e nascimento pré-termo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, 32(9):415-9, 2010.

MATOS, D.C. Influencia motivacional em crianças e adolescentes para a prática do futebol. **EF desportes**, Revista Digital, ano 16, n 159, Buenos Aires, agosto, 2011.

MATTOS, P. **No mundo da Lua**: perguntas e respostas sobre Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos. 4ed. São Paulo: Lemos, 2004.

MATTOS, P., COUTINHO, G. Qualidade de Vida e TDAH. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 56, supl1, 50-52, 2007.

MATTOS, Paulo. LIMA, Pedro. **Consenso brasileiro de especialistas sobre diagnostico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em adultos (TDAH)**. 2005. Disponível em: <<http://jararaca.ufsm.br/websites/lan/download/Consensos/TDAH%20Adultos.pdf>>.

MEDINA, J. A. **Efeitos da atividade física sobre a atenção sustentada de crianças portadoras de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. Dissertação Universidade de São Paulo, 2010.

MELLO, M.T., BOSCOLO, R. A., ESTEVES, A.M., TUFIK, S. O exercício Físico e os aspectos psicobiológicos **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, vol.11, n.3, mai-jun, 2005.

MELLO, M. T., ESTEVES, A. M., COMPARONI, A., BENEDITO-SILVA, A. A., TUFIK, S. Avaliação do padrão e das queixas relativas ao sono, cronotipo e adaptação ao fuso horário dos atletas brasileiros participantes da Paraolimpíada em Sidney-2000. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, vol.8, n.3, mai/jun, 2002.

MELLO, L., ISOLA, A., LOUZADA, F. M., & MENNA-BARRETO, L. A four-year follow-up study of the sleep-wake cycle of an infant. **Biological Rhythm Research**, 27(3), 291-298, 1996.

MELLO, M.T.; VAISBERG, M.; FERREIRA, S.E. O educador físico como agente promotor de saúde. In: VAISBERG, M.; MELLO, M.T.(org) **Exercícios na saúde e na doença**. São Paulo: Manole, 2010, p.3-12.

MENNA-BARRETO, L. E WEY, D. Ontogênese do sistema de temporização – A construção e as reformas dos ritmos biológicos ao longo da vida humana. **Revista de psicologia USP**, 2007, 18(2), 133-153.

MESQUITA, R.C. **A implicação do educador diante do TDAH: repetição do discurso médico ou construção educacional?** Dissertação apresentada ao programa de pós graduação da Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

MINATI, A., SANTANA, M. G., MELLO, M. T. A influencia dos ritmos circadianos no desempenho físico. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.14(1):75-86, 2006.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5(1):7-18, 2000.

MONTEIRO, R.; BRAILE, D. M.; BRANDAU, R.; JATENE, F. B. Qualidade de vida em foco. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, 25(4):568-574, 2010.

MOREIRA, M. M. S. Trabalho, Qualidade de vida e Envelhecimento. Centro de estudos da saúde do trabalhador e ecologia humana subárea: saúde, trabalho e ambiente. **Escola Nacional de Saúde Pública**, 2000.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2003.

NAHAS, M. V. Revisao de métodos para determinação dos níveis de atividade física habitual em diversos grupos populacionais. **Revista Brasileira de Atividade Física e saúde**. (1),4. P27-37. 1996.

NERI, A. L. Qualidade de vida e idade madura. **Coleção viva idade**. Papirus Editora. 7ª edição, 1993.

NESPECA, M.; CYRILLO, D. C. Qualidade de vida no trabalho de funcionários públicos: papel da nutrição e da qualidade de vida. **Journal Acta Scientiarum**:

**Health Science**, vol. 33, Nº2 – Jul/Dec, 2011.

OLIVEIRA, C.G., ALBUQUERQUE, P. B. Diversidade de resultados no estudo do Transtorno de Déficit de atenção e hiperatividade. **Psicologia: teoria e pesquisa**, vol.25, n.1, p. 093-102, jan-mar, 2009

Oliveira, M. S., & Flores, R. Z. **Violência contra crianças e adolescentes na grande Porto Alegre**. Parte A: apenas boas intenções não bastam. Em Amencar (Ed.), **Violência doméstica** (pp. 71-103). Brasília: UNICEF, 2000.

OLIVEIRA, B. M.; MININEL, V. A.; FELLI, V. E. A. Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 64(1): 130-5 – jan/fev. Brasília, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 1998. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs** (SRPB). Report on WHO consultation. MNH/MAS/ MHP/98.2 WHO, Genebra. 22 pp.

Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2.

PANZINI, R. G; ROCHA, N. S.; BANDEIRA, D. R.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 34, supl. 1; 105-115, 2007.

PEREIRA, R. L. **O papel da educação infantil na construção da autonomia moral: uma revisão da literatura**. Monografia apresentada para obtenção do título de especialista em Psicologia Clínica a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; LOUZADA, F. M. Sonolência diurna excessiva em adolescentes: prevalência e fatores associados. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, p. 98-103, 2010.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; KOTHE, F.; MERINO, E. A. D.; DARONCO, L. S. E. percepção da qualidade do sono e da qualidade de vida de músicos de orquestra. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 37(2): 48-51, 2010.

PERRETO, M. C. A importância da atividade física para crianças e jovens. **Gazeta news: Jornal Brasileiro nos EUA**, 2011. Disponível em: <http://gazetanews.com/a-importancia-da-atividade-fisica-para-criancas-e-jovens-viver-bem/> Acesso em 10 de janeiro de 2015.

PETRY, C. PEREIRA, M. U., PITREZ, P.M.C., JONES, M.H., STEINS, R.T. Prevalência de sintomas de distúrbios respiratórios do sono em escolares brasileiros. **Jornal de Pediatria**, vol.84, n.2, 2008.

PIAGET, J. **O juízo moral da criança**. São Paulo: Summus, 1932.

PINHEIRO, A. F., MAGALHÃES, B. F., CARVALHO, J. S., OLIVEIRA, S. F. Os efeitos da prática do exercício físico na qualidade do sono. **Revista Portuguesa Psicologia**

**na Atualidade.** Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. 2012

POETA, L. S.; DUARTE, M. F. S.; GIULIANO, I. C. B. Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças obesas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 56(2):168-72, 2010.

POETA, L.S., ROSA NETO, F. Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de comportamento de escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 26(3), 150-155, 2004.

POTASZ, C., CARVALHO, L. B. C., NATALE, V. B., RUSSO, C. R. A., FERREIRA, V. R., VARELA, M. J. V., PRADO, L. B. F., PRADO, G. F. Influência dos distúrbios do sono no comportamento da criança. **Revista Neurociências**, 16/2, 124-129, 2008.

PREBIANCHI, H.B. Medidas de Qualidade de Vida para crianças: aspectos conceituais e metodológicos. **Psicologia: teoria e Prática**, 5(1), 57-69, 2003.

RECHTSCHAFFEN, A.; KALES, A. **Manual of standardized terminology: techniques and scoring system for sleep stages of human subjects.** Los Angeles: brain research institute, 1968.

REIMÃO, R. Sono normal e doenças do sono. **Revista da Arquitetura Neuro-Psiquiátrica**, vol. 63, n. 2b, São Paulo, 2005.

RIVEIRA, I. R., SILVA, M. A., OLIVEIRA, B. A., CARVALHO, A. C. Atividade Física, horas de assistência a TV e Composição Corporal em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Cardiologia**, 95(2): 159-165, 2010.

RIVEIRA, I.R., SILVA, M. A. M., SILVA, R. D. T. A., OLIVEIRA, B. A. V., CARVALHO, A. C. C. Atividade física, horas de assistência a TV e composição corporal em crianças e adolescentes. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 95(2), 159-165, 2010.

ROETHS T, ROTH T. **Sleep-wake state and memory function.** 2000.

ROSSI, M. V., MELLO, M. T., TUFIK, S. Exercício físico e sua importância para o sono. **Exercícios na saúde e na doença**, Barueri, SP: Manole, 2010.

SADEH, A., RAVIV, A. & GRUBER, R. (2000). Sleep patterns and sleep disruptions in school-age children. **Developmental Psychology**, 36(3), 291-301.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, 20(2):580-588, mar/abr. Rio de Janeiro, 2004.

SENA, A. S. S., CARDOSO, A. S., CARVALHO, D. F., MEDEIROS, J.L., COUTINHO, G.F., ALBUQUERQUE, F. C.L., MEDEIROS, C. C. M. Sonolência diurna excessiva e fatores de risco cardiometabólicos em crianças e adolescentes com excesso de peso. **Journal of Human Growth and Development**, 23(1), 24-30, 2013.

SILVA, R., BENTO, G. G., LEAL, D. B., VARGAS, C. R., GUTIERRES FILHO, P. J. B. Relação entre nível de atividade física, estado nutricional e fatores socioeconômicos de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. **Revista Pulsar**, v. 4, n.1, 51-65. Jundiaí, 2012.

SILVA, C. C., GOLDBERG, T. B. L., TEIXEIRA, A. S., MARQUES, I. O exercício físico potencializa ou compromete o crescimento longitudinal de crianças e adolescentes? Mito ou verdade? **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, vol 10, n.6, nov/dez, 2004.

SIQUEIRA, P. P. **Prevalência de sobrepeso e obesidade e fatores associados em escolares de uma favela no nordeste do Brasil**. Dissertação apresentada ao programa de pós graduação em saúde materno infantil do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, 2007.

SOARES, A. H. R.; MARTINS, A. J.; LOPES, M. C. B.; OLIVEIRA, C. R.; MOREIRA, M. C. N. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16(7):3197-3206, 2011.

SONI, M.K.; CELLA, D. Quality of life and symptom measures in oncology: an overview. **Am J Manag Care**, 8:S560–S573, 2002.

SOUZA, J. C. **O sono das crianças escolares**. Campo Grande: Sólivros, 1999.

SOUZA, J.C; SOUZA, N.; ARASHIRO, E. S.; SCHAEGLER, R. Sonolência diurna excessiva em pré-vestibulandos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 56 (3): 184-187, 2007.

SOUZA, L. M.; LAUTERT, L.; HILLESHEIN, E. F. Qualidade de vida e trabalho voluntário em idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 45(3): 665-71, 2011.

SOUZA, J. G. S., PAMPONET, M. A., SOUZA, T. C., PEREIRA, A. R., SOUZA, A. G. S., MARTINS, A. M. E. B. L. Instrumentos utilizados na avaliação da qualidade de vida de crianças brasileiras. **Revista Paulista de Pediatria**, 32(2): 272-8, 2014.

TOMBOLATO, M. C, R. Qualidade de vida e sintomas psicopatológicos do estudante universitário trabalhador. **Pontifícia Universidade Católica**. Campinas, 2005.

TONIAL, L. F.; NETO, J. S.; HUMMIG, W. Dor crônica relacionada à qualidade do sono. **Revista Eistein**, 12[2]: 159-63, 2014.

TURCO, G. F., REIMÃO, R. ROSSINI, S., ANTÔNIO, M. A. RGM., FILHO, A. A. B. Distúrbios do sono e qualidade de vida em crianças e adolescentes obesos – Revisão bibliográfica. **Revista de Neurobiologia**, 74(2), abr/jun, 2011.

VALDEZ, P., RAMÍREZ, C., GARCIA, A. Delaying and extending sleep during weekends: sleep recovery or circadian effect? **Chronobiology International**, 13, 191-198, 1996.



VARGAS, C. R. **Nível de atividade física e estado nutricional de adolescentes em situação de vulnerabilidade social**. Dissertação apresentada ao programa de pós graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina, 2012.

VASCONCELOS -RAPOSO, J. Saúde e exercício físico como instrumento terapêutico: que papel para as revistas científicas? **Revista Motricidade**, vol.7, n.2, PP.1-5[editorial], 2011.

VASCONCELOS-RAPOSO, J., FERNANDES, H. M., MANO, M., MARTINS, E. Relação entre exercício físico, depressão e índice de massa corporal. **Revista Motricidade**, 5(1), 21-32, 2009.

VEIGAS, J., GONÇALVES, M. A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e estresse. **Psicologia.com.pt**, 2009.

VIEIRA, C. Distúrbios do sono e transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (2012). Disponível em: <http://www.sonomelhor.com.br/conteudo.ler.php?cat=1&id=30>  
Acesso em: 15 de fevereiro de 2015.

VILLAÇA, A. T. V. Avaliação neuromuscular e neuropsicológica na distrofia miotônica congênita infantil e juvenil. Dissertação apresentada ao programa de mestrado da Faculdade de Ciências Médicas, **Unicamp**, 2004.



**Apêndice A. Questionário Sócio-demográfico**

IDADE:
SEXO: <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO
NÚMERO DE FILHOS: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou mais
ORDEM DE NASCIMENTO: <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º em diante
TIPO DE PARTO: <input type="checkbox"/> a termo <input type="checkbox"/> pré-termo
QUANTAS HORAS DORME POR DIA:  <input type="checkbox"/> 5 a 6 <input type="checkbox"/> 7 a 8 <input type="checkbox"/> 9 a 10 <input type="checkbox"/> mais de 10
ESTUDANTE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
TIPO DE ESCOLA: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> ONG
QUAL A ETAPA ESCOLAR:  <input type="checkbox"/> Educação Infantil <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental
QUAL O ANO ESCOLAR:  <input type="checkbox"/> Jardim I <input type="checkbox"/> Jardim II <input type="checkbox"/> Jardim III

☐ 1º ano   ☐ 2º ano   ☐ 3º ano   ☐ 4º ano   ☐ 5º ano   ☐ 6º ano   ☐ 7º ano

QUANTAS VEZES POSSUI AULA DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SEMANA:

☐ 1   ☐ 2   ☐ 3   ☐ mais de 3

PARTICIPA DE ALGUMA ATIVIDADE EXTRA CURRICULAR:

☐ Sim   ☐ Não   Qual? \_\_\_\_\_

QUAL O RENDIMENTO ESCOLAR:

☐ 5 a 6   ☐ 6 a 7   ☐ 7 a 8   ☐ 8 a 9   ☐ 9 a 10

REPETIU DE ANO:

☐ Nunca   ☐ 1 vez   ☐ 2 vezes   ☐ mais de 2 vezes

QUANTO TEMPO FOI DIAGNOSTICADO COM TDAH:

☐ menos de 3 meses   ☐ de 3 a 6 meses   ☐ de 6 a 11 meses   ☐ 1 ano   ☐ 2 anos

☐ mais de 2 anos

FAZ USO DE MEDICAÇÃO: ☐ Sim   ☐ Não

SE SIM, QUAL A DOSAGEM: \_\_\_\_\_

QUANTOS DIAS POR SEMANA USA A MEDICAÇÃO: \_\_\_\_\_

QUAIS OS DIAS DA SEMANA QUE USA A MEDICAÇÃO:

\_\_\_\_\_

FAZ TRATAMENTO TERAPEUTICO: ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, HÁ QUANTO TEMPO: \_\_\_\_\_

QUANTAS VEZES POR SEMANA POSSUI TERAPIA: \_\_\_\_\_

CONSIDERA SUA QUALIDADE DE VIDA COMO:

☐ Ruim

☐ Nem ruim nem boa

☐ Boa

☐ Muito boa

## **Apêndice B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Título da Pesquisa: Relação do Nível de Atividade Física e da Sonolência Diurna Excessiva na Qualidade de Vida de crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade de uma clínica de Campo Grande- MS

A pesquisa acima mencionada tem como finalidade verificar a interferência do nível de atividade física na qualidade de vida e na qualidade do sono de crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade pacientes de uma clínica neurológica de Campo Grande – MS.

Serão convidadas a participar da pesquisa crianças com idade entre quatro e doze anos de idade que já foram diagnosticadas com o Transtorno pela médica responsável pela clínica que autorizou a realização da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado pelo responsável da criança que participará da pesquisa.

Como fonte de dados, a pesquisa se utilizará de questionários para avaliar o nível de atividade física, a qualidade de vida e a sonolência diurna excessiva dessas crianças, além de fazer um levantamento do perfil sócio-demográfico dos participantes.

A participação de seu filho(a) ou menor nesta pesquisa não trará quaisquer complicações legais, pois os procedimentos usados não oferecem riscos à dignidade humana, uma vez que estes obedecem aos Critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerando que compreendi as informações constantes neste documento e as normas expressas na Resolução citada, expressei meu consentimento, de modo livre e esclarecido, em permitir que meu filho(a) ou menor participe da presente pesquisa, sabendo que:

- 1- A participação de meu filho(a) ou menor, em todos os momentos e fases da pesquisa, é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa ou ressarcimento financeiro;
- 2- É garantida a liberdade de retirada do meu consentimento e da participação de meu filho (a) na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa;
- 3- É garantido o anonimato;

4- Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa, e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios ou artigos científicos, em revistas especializadas e em eventos científicos;

5- A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB que a referenda;

6- O presente Termo está assinado em três vias, ficando uma delas sob a minha responsabilidade.

Local e data\_\_\_\_\_

Nome, Assinatura e meio de contato com o participante da pesquisa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador:\_\_\_\_\_

Assinatura do Orientador: \_\_\_\_\_

**Apêndice C. Termo de Consentimento para realização da pesquisa na Clínica**

Eu, Maria José Martins Maldonado, neurologista pediatra, médica e dona da clínica Martins e Maldonado, situada na rua Rui Barboza, número 4112, no Bairro São Francisco, na cidade de Campo Grande – MS, declaro autorizar que a mestrande Tayla Campagna de Assis, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco desenvolva seu projeto de pesquisa intitulado de: “Relações do Exercício Físico na Qualidade de Vida e na Qualidade do Sono em crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em uma clínica neurológica de Campo Grande-MS”, sob orientação da Professora Doutora Heloísa Bruna Grubits Freire, também pertencente ao mesmo Programa de Pós-Graduação.

Declaro estar ciente de todos os procedimentos e técnicas de estudos que serão desenvolvidos e utilizados pela mesma durante seu trabalho.

Sem mais.

---

**Maria José Martins Maldonado**  
**Responsável pela clínica**

---





**Tayla Campagna de Assis**  
**Pesquisadora responsável**





## Anexo A. Escala de Avaliação da Qualidade de Vida – AUQUEI

### CRIANÇAS DE 4 A 12 ANOS

	 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:
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
<b>Diga como você se sente:</b>				
	<b>Muito infeliz</b>	<b>Infeliz</b>	<b>Feliz</b>	<b>Muito infeliz</b>
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 brincadeira, 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 seus avós.....	( )	( )	( )	( )
26. quando você assiste televisão .....	( )	( )	( )	( )

## Anexo B. Questionário de Atividade Física Regular – PAC-C

Gostaria de saber que tipos de atividade física você praticou NOS ÚLTIMOS SETE DIAS (última semana). Essas atividades incluem esporte e dança que façam você suar ou que façam você sentir suas pernas cansadas, ou ainda jogos (tais como pique), saltos, corrida e outros, que façam você se sentir ofegante.

### LEMBRE-SE:

A. Não existe certo ou errado – **este questionário não é um teste.**

B. Por favor responda a todas as questões de forma sincera e precisa – **é muito importante para o resultado.**

### 1. ATIVIDADE FÍSICA

Você fez alguma das seguintes atividades nos ÚLTIMOS 7 DIAS (na semana passada)? Se sim, quantas vezes?

**\*\* Marque apenas um X por atividade\*\***

	Nenhuma	1-2	3-4	5-6	7 ou mais
Saltos					
Atividade no parque ou playground					
Pique					
Caminhada					
Andar de bicicleta					
Correr ou trotar					
Ginástica aeróbica					
Natação					
Dança					
Andar de skate/patins					
Futebol					
Voleibol					
Basquete					
Queimado					
Outros (liste no espaço)					

**2. Nos últimos 7 dias, durante as aulas práticas de Educação Física, o quanto você foi ativo (jogou intensamente, correu, saltou e arremessou)?**

Eu não faço as aulas.....

Raramente.....

Algumas vezes.....

Frequentemente.....

Sempre.....

marque  
apenas  
uma

**3. Nos últimos 7 dias, o que você fez na maior parte do INTERVALO ou RECREIO?**

Ficou sentado (conversando, lendo, ou fazendo trabalho de casa ....

.....  
 Ficou em pé, parado ou andou .....  
 Correu ou jogou um pouco .....  
 Correu ou jogou um bocado .....  
 Correu ou jogou intensamente a maior parte do tempo ....

marque  
apenas  
uma  
opção

**4. Nos últimos 7 dias, o que você fez normalmente durante o horário do almoço (além de almoçar)?**

Ficou sentado (conversando, lendo, ou fazendo trabalho de casa ....  
 .....  
 Ficou em pé, parado ou andou .....  
 Correu ou jogou um pouco .....  
 Correu ou jogou um bocado .....  
 Correu ou jogou intensamente a maior parte do tempo.....

marque  
apenas  
uma  
opção

**5. Nos últimos 7 dias, quantos dias da semana você praticou algum esporte, dança ou jogos em que você foi muito ativo, LOGO DEPOIS DA AULA?**

Nenhum dia .....  
 1 vez na semana passada .....  
 2 ou 3 vezes na semana passada .....  
 4 vezes na semana passada .....  
 5 vezes na semana passada .....

marque  
apenas  
uma  
opção

**6. Nos últimos 7 dias, quantas vezes você praticou algum esporte, dança ou jogos em que você foi muito ativo, À NOITE?**

Nenhum dia .....  
 1 vez na semana passada .....  
 2-3 vezes na semana passada .....  
 4-5 vezes na semana passada .....  
 6-7 vezes na semana passada .....

marque  
apenas  
uma  
opção

**7. NO ÚLTIMO FINAL DE SEMANA quantas vezes você praticou algum esporte, dança ou jogos em que você foi muito ativo?**

Nenhum dia .....  
 1 vez.....  
 2-3 vezes .....  
 4-5 vezes .....  
 6 ou mais vezes .....

marque  
apenas  
uma  
opção

**8. Em média quantas horas você assiste televisão por dia? \_\_\_\_\_ horas**

**9. Qual das opções abaixo melhor representa você nos últimos 7 dias? \*\* Leia TODAS as 5 afirmativas antes de decidir qual é a melhor opção\*\***

- A) Todo ou quase todo o meu tempo livre eu utilizei fazendo coisas que envolvem pouco esforço físico (assistir TV, fazer trabalho de casa, jogar videogames)  
 B) Eu pratiquei alguma atividade física (1-2 vezes na última semana)

durante o meu tempo livre (Ex. Praticou esporte, correu, nadou, andou de bicicleta, fez ginástica aeróbica)

C) Eu pratiquei atividade física no meu tempo livre (3-4 vezes na semana passada)

D) Eu geralmente pratiquei atividade física no meu tempo livre (5-6 vezes na semana passada)

E) Eu pratiquei atividade física regularmente no meu tempo livre na semana passada (7 ou mais vezes)

marque  
apenas  
uma

opção

**10. Comparando você com outras pessoas da mesma idade e sexo, como você se considera?**

Muito mais em forma .....

Mais em forma .....

Igualmente em forma .....

Menos em forma .....

Completamente fora de forma .....

marque  
apenas  
uma  
opção

**11. Você teve algum problema de saúde na semana passada que impediu que você fosse normalmente ativo?**

Sim Não

Se sim, o que impediu você de ser normalmente ativo? \_\_\_\_\_

**12. Comparando você com outras pessoas da mesma idade e sexo, como você se classifica em função da sua atividade física nos últimos 7 dias?**

Eu fui muito menos ativo que os outros .....

Eu fui um pouco menos ativo que os outros .....

Eu fui igualmente ativo .....

Eu fui um pouco mais ativo que os outros .....

Eu fui muito mais ativo que os outros .....

marque  
apenas  
uma  
opção

**13. Marque a frequência em que você praticou atividade física (esporte, jogos, dança ou outra atividade física) na semana passada.**

Nenhuma  
vez

Algumas  
vezes

Poucas  
vezes

Diversas  
vezes

Muitas vezes

Segunda

Terça

Quarta

Quinta

Sexta

Sábado

Domingo

### Anexo C. Escala de Sonolência de Epworth

Qual a possibilidade de você cochilar ou adormecer nas seguintes situações?	Chance de Cochilar – 0 a 3 ou
1. Sentado e Lendo	
2. Vendo televisão	
3. Sentado em um lugar público sem atividades como sala de espera, cinema, teatro, Igreja	
4. Como passageiro de carro, trem ou metrô andando por 1 hora sem parar	
5. Deitado para descansar a tarde	
6. Sentado e conversando com alguém	
7. Sentado após uma refeição sem álcool	
8. No carro parado por alguns minutos durante o trânsito	
<b>TOTAL</b>	

## ANEXO D. Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DOM BOSCO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Relação do nível de Atividade Física e da Sonolência Diurna Excessiva na Qualidade de Vida de crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade de uma clínica de Campo Grande-MS

**Pesquisador:** Tayla Campagna de Assis

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 25178514.0.0000.5162

**Instituição Proponente:** Universidade Católica Dom Bosco

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 523.451

**Data da Relatoria:** 06/02/2014

#### Apresentação do Projeto:

O estudo foca a relação entre atividade física, sonolência diurna e qualidade de vida. Argumenta-se que quanto maiores as possibilidades de desenvolvimento de atividades físicas diurna, melhor a qualidade do sono e portanto a qualidade de vida. a pesquisa será feita com crianças de 4 a 12 anos diagnosticadas com TDAH.

#### Objetivo da Pesquisa:

- Verificar a relação do nível de atividade física e da sonolência diurna excessiva na qualidade de vida de crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade de uma clínica particular Campo Grande;
- Caracterizar a amostra por meio das variáveis sócio-demográficas;
- Avaliar a qualidade de vida dessas crianças por meio do questionário AUQUEI; Avaliar se os pacientes são ativos ou não ativos fisicamente por meio do Questionário de Atividade Física (PAC-C);
- Comparar o nível de atividade física com a qualidade de vida dos estudantes;
- Relacionar o nível de atividade física com a sonolência diurna excessiva;
- Relacionar a qualidade de vida com a sonolência diurna excessiva.

**Endereço:** Av. Tamandaré, 6000

**Bairro:** Jardim Seminário

**CEP:** 79.117-900

**UF:** MS

**Município:** CAMPO GRANDE

**Telefone:** (67)3312-3615

**Fax:** (67)3312-3723

**E-mail:** cep@ucdb.br

## UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO



Continuação do Parecer: 523.451

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto não apresenta riscos e propõe como benefícios identificar se as crianças possuem hábitos de vida saudáveis e se esses hábitos estão levando as mesmas a possuírem uma boa qualidade de vida. Caso haja dados não condizentes com saúde considerada boa, medidas de conscientização poderão ser desenvolvidas com essa população, auxiliando para que tenham uma melhoria de condições de saúde.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante e contribui para estratégias de cuidado com crianças no que diz respeito a melhoria da qualidade de vida na atualidade, além disso, de forma específica também contribui para o tratamento de crianças com TDAH.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados conforme as regulamentações do CONEP.

### **Recomendações:**

Recomenda-se que no TCLE seja alterada a resolução e colocada a de 2012 bem como a descrição dos benefícios da pesquisa para os participantes e seus respectivos responsáveis.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto apresenta os documentos conforme a resolução do CONEP, bem como contribuições para o campo de discussões e estratégias em saúde voltados para a qualidade de vida. sugere-se as adequações citadas nas recomendações a respeito do TCLE.

### **Situação do Parecer:**

Aprovado

### **Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

O COLEGIADO ACOMPANHA O VOTO DA RELATORA.

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3615

Fax: (67)3312-3723

E-mail: cep@ucdb.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DOM BOSCO



Continuação do Parecer: 523.451

CAMPO GRANDE, 06 de Fevereiro de 2014

---

**Assinador por:**  
**Márcio Luís Costa**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Tamandaré, 6000

**Bairro:** Jardim Seminário

**CEP:** 79.117-900

**UF:** MS

**Município:** CAMPO GRANDE

**Telefone:** (67)3312-3615

**Fax:** (67)3312-3723

**E-mail:** cep@ucdb.br