

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**

**ROBERTA RIGATTI**

**EDUCAÇÃO SOCIAL-EMOCIONAL: IMPACTO DA PRÁTICA DE *MINDFULNESS*  
NA SAÚDE MENTAL E NA QUALIDADE DE VIDA DE ESCOLARES**

Porto Alegre

2013

**ROBERTA RIGATTI**

**EDUCAÇÃO SOCIAL-EMOCIONAL: IMPACTO DA PRÁTICA DE *MINDFULNESS*  
NA SAÚDE MENTAL E NA QUALIDADE DE VIDA DE ESCOLARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elizeth Heldt

Porto Alegre

2013

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder sabedoria para fazer escolhas, poder traçar as minhas metas e poder conquistar os meus sonhos. Acima de tudo, por me ofertar saúde para seguir sempre em frente.

Aos profissionais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e crescimento pessoal com carinho e com responsabilidade nesse período.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, instituição de ensino que possibilitou a concretização desse sonho.

Aos professores da Escola de Enfermagem, pela transmissão dos conhecimentos com excelência, pela motivação e pelo companheirismo.

A minha orientadora, Dr<sup>a</sup> Elizeth Heldt, um exemplo a ser seguido, pela profissional competente e afetuosa, pela dedicação, pelo apoio, pela paciência e pela amizade.

Aos meus pais Roberto e Suzana, obrigada por cada palavra de incentivo, pelos valores e pela educação transmitidos.

Ao meu esposo Márcio, meu maior incentivador, obrigada pela compreensão nesses anos, pelo apoio nas tarefas e nas horas difíceis, pela cumplicidade, pela amizade e pelo exemplo de profissional e de chefe de família.

A minha filha Renata, pelo estímulo, pelas palavras encorajadoras, pela compreensão, pelo carinho, pelo amor incondicional e pela amizade.

À Jéssica Kasper e Juliana Saraiva, minhas amigas, pela parceria de quatro anos e meio, pelo incentivo nas horas difíceis e, acima de tudo, pela amizade verdadeira.

A todas as pessoas que acreditaram em mim e que me apoiaram durante a trajetória.

## RESUMO

A Educação Social-Emocional (ESE) é uma intervenção proposta para auxiliar os alunos a compreender, a expressar e a controlar suas emoções de modo a promover um crescimento pessoal, emocional e intelectual. A ESE utiliza a técnica de *mindfulness* que é o conjunto de práticas meditativas de integração mente-corpo. Os estudos que avaliam o resultado da ESE em amostra não clínica ainda são escassos. Este trabalho tem como objetivo avaliar o impacto da ESE com a prática de *mindfulness* na saúde mental e na qualidade de vida (QV) de alunos de escolas públicas. Trata-se de um quase experimento derivado de um banco de dados de estudantes do 5º ano do Ensino Fundamental de três escolas públicas da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O grupo intervenção (4 turmas) recebeu 8 ou 12 sessões de ESE em sala de aula e o grupo controle (3 turmas) não recebeu intervenção. Foram aplicados os instrumentos: Questionário de Capacidades e Dificuldades versão Criança (*Strengths and Difficulties Questionnaire Child version – SDQ-C*), Instrumento Avaliação da Qualidade de Vida (*Youth Quality of Life Instrument – YQOL-R*), preenchido pelos alunos, e o Instrumento Avaliação de Sintomas de Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (SNAP-P), preenchido pelo professor. As intervenções de ESE que utilizam a prática de *mindfulness* foram organizadas em 8 ou 12 encontros realizados em sala de aula, com duração de uma hora semanal e com a articulação de uma equipe multiprofissional. Foram avaliados 132(92,9%) alunos, sendo 69(52,3%) do sexo masculino, com média de idade de 11,1(DP=1,19) anos. Dentre os alunos que participaram 64(48,5%) realizaram a intervenção e foi encontrada melhora significativa em relação aos problemas de saúde mental, avaliados pelo SDQ-C (emocional  $p=0,005$ , conduta  $p<0,001$ , relacionamento  $p=0,009$  e pró-social  $p=0,041$ ) comparado ao controle. Também houve impacto positivo da intervenção nos domínios da QV (geral  $p=0,006$ , pessoal  $p=0,024$  e total  $p=0,002$ ). Contudo, o resultado do número de sessões de ESE realizadas (8 ou 12) e os desfechos foram controversos. Nas 8 sessões, os desfechos favoráveis foram nos domínios do SDQ-C; nas 12 sessões, a melhora significativa foi na QV ambiental e na hiperatividade. Os resultados deste estudo demonstraram um impacto positivo em uma amostra não-clínica da intervenção de ESE realizada em sala de aula para alunos de escolas públicas. O número de sessões e resposta a ESE ainda precisa de novos estudos.

**Descritores:** Educação Social-Emocional. *Mindfulness*. Saúde mental na infância e adolescência. Qualidade de vida. Saúde Escolar.

## ABSTRACT

The Social-Emotional Education (ESE) is a suggested intervention which aims at assisting students to understand, express and manage their emotions in order to improve personal, emotional and intellectual growth. The ESE relies on the mindfulness technique which is a set of meditative practices of mind-body integration. There are a few study papers assessing ESE outcomes through non-clinical samples. The present paper aims at evaluating the impact of ESE within the mindfulness technique in mental health and quality of life (QOL) of public school students. It is a partial experiment derived from a database of 5th grade elementary public school students in the area covered by the Basic Health Unit (BHU) of HCPA (Hospital de Clinicas de Porto Alegre). The intervention group (4 groups from three schools) received either 8 or 12 ESE sessions in the classroom whereas the control group (3 groups from three schools) received no intervention. The following instruments were applied: Strengths and Difficulties Questionnaire Child Version (SDQ-C); Youth Quality of Life Instrument (YQOL) completed by students and an Evaluation of Symptoms of Disorder Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (SNAP-P) completed by teachers. ESE interventions using mindfulness technique were organized into either 8 or 12 classroom meetings (60 minute a week each) managed by a multidisciplinary team. From the 132 (92,9%) students sampled, 69 (52,3%) were male in an average of 11.1 years old ( $SD=1.19$ ). Among the participating students, 64 (48,5%) had undergone intervention with a significant improvement outcome in relation to mental health problems, assessed by the SDQ-C (emotional  $p=0.005$ , behavior  $p<0.001$ , relationship  $p=0.009$  and prosocial  $p=0.041$ ) in comparison with the control group. There was also a positive impact of the intervention in the areas of QOL (general  $p=0.006$ , personal  $p=0.024$  and total  $p=0.002$ ). Nevertheless, the results between the number of accomplished ESE sessions (8 or 12) and the outcomes were controversial. Within 8 sessions, the favorable outcomes have concentrated in SDQ-C domain whereas within 12 sessions there has been a significant improvement in QV atmosphere and hyperactivity. The results of the present study demonstrated a positive impact in a non-clinical sample of ESE classroom intervention performed by public school students. The number of sessions and ESE response still need further studies.

**Keywords:** Social-Emotional Education. Mindfulness. Mental Health in Childhood and Adolescence. Quality of Life. School Health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVO</b>	<b>8</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>9</b>
3.1 SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	9
3.2 EDUCAÇÃO SOCIAL-EMOCIONAL	11
3.3 QUALIDADE DE VIDA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	13
3.4 ENFERMAGEM ESCOLAR	14
<b>4 MÉTODOS</b>	<b>16</b>
4.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA	16
4.2 COLETA DE DADOS	17
4.3 INTERVENÇÃO	17
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	18
<b>5 RESULTADOS</b>	<b>19</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b>	<b>23</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>27</b>
APÊNDICE – Instrumento de coleta de dados	<b>34</b>
ANEXO A – Carta de Aprovação do CEP/HCPA	<b>35</b>
ANEXO B – Termo de Compromisso de utilização de dados	<b>36</b>
ANEXO C – Questionário de Dificuldades e Capacidades - versão Criança (SDQ-C)	<b>37</b>
ANEXO D – Instrumento de Qualidade de Vida de Jovens - Autorrelato (YQOL-R)	<b>38</b>
ANEXO E – Avaliação de Sintomas de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – versão Professor (SNAP-P)	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, a escola é um local de aprendizado. A educação é entendida como um meio de prover o pleno desenvolvimento da pessoa e o seu preparo para o exercício da cidadania. Contudo, sabe-se que o ambiente escolar é um espaço onde surgem inúmeras manifestações comportamentais entre crianças e adolescentes as quais são caracterizadas por dificuldades de relacionamento associadas ou não a situações de violência por parte dos alunos para com outros alunos como também para com professores (RUOTTI, 2010). Esta violência, atualmente, caracteriza-se por ações de agressividade verbal, física e/ou psicológica e por uma conduta repetitiva, ocorrendo, muitas vezes, o abuso de poder e o desejo de intimidar ou de dominar os outros (DONOHUE; ACHATA, 2007).

Os problemas comportamentais são classificados como externalizantes - atitudes marcadas por hiperatividade, impulsividades, oposição, agressão, desafio e manifestações antissociais (D'ABREU; MARTURANO, 2010). Além dos externalizantes, os problemas internalizantes, como os de ansiedade e os de humor, encontram-se entre os transtornos mentais mais comuns em crianças e adolescentes (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2011). Desse modo, os problemas de saúde mental na infância, além de prejudicar o desenvolvimento da criança e do adolescente, estão associados ao maior risco de transtornos mentais na vida adulta (GONÇALVES; HELDT, 2009).

A prevalência de transtornos mentais na infância e na adolescência é variável. Foram encontradas taxas de prevalência entre 8% e 18%, com média de 15,8% (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007). No Brasil, entre 1980 e 2006, nove publicações registraram taxas de prevalência de 12,6% a 35,2% (PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007). Contudo, um estudo recente de base populacional (KESSLER et al., 2012) demonstrou que, dentre os principais problemas que acometem crianças e adolescentes, estão os transtornos de ansiedade (24,9%), os transtornos de conduta (16,3%) e os transtornos de humor (10%).

Nesse contexto, entende-se que, mesmo antes de serem categorizados como doença mental, os comportamentos agressivos e a ansiedade excessiva aumentam a probabilidade de apresentar desempenhos insatisfatórios na escola, comprometimentos físicos e emocionais com danos à saúde e sentimentos de insatisfação com a vida (PIROLA, 2007). Sendo assim, intervenções precoces devem ser realizadas, levando em consideração que a inteligência é emocionalmente construída através da forma como vivenciamos nossas emoções (RÊGO; ROCHA, 2009). Dessa maneira, o êxito pode ser produzido por qualquer indivíduo que tenha capacidade suficiente para controlar seus impulsos, agindo com coerência, ocultando

sentimentos como raiva, desânimo, frustração e se utilizando de técnicas de autocontrole e de relação interpessoal colaborativa (GONZAGA; MONTEIRO, 2011).

A Educação Social-Emocional (ESE) realizada em sala de aula prevê o desenvolvimento de conhecimentos e de habilidades relacionadas a cinco competências centrais: a conduta pessoal, o autoconhecimento, a tomada de decisões responsável, a competência nas relações interpessoais e a consciência social. A ESE utiliza a técnica de *mindfulness* - conjunto de práticas meditativas de integração mente-corpo as quais possibilitam ao indivíduo tomar consciência dos pensamentos, das sensações físicas, das emoções ou dos eventos quando estes ocorrem (HOFMANN; ASMUNDSON, 2008). Essa prática, utilizada no manejo de situações estressantes, surge como uma opção complementar, de baixo custo, de fácil acesso, visto que pode ser realizada dentro da sala de aula, em um movimento convergente entre alunos e professores (EVANS et al., 2008). Além disso, uma vez aprendida, pode ser usada em paralelo com qualquer terapia tradicional, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) (de SOUZA et al., 2013) ou com o uso dos psicofármacos (PHILIPPOT et al., 2012).

O interesse pelo tema surgiu com a participação, como bolsista de iniciação científica, em 2011, na elaboração do projeto de desenvolvimento “Viver melhor na escola”, ao qual está vinculada esta pesquisa. Posteriormente, houve o envolvimento da acadêmica na etapa da coleta de dados do projeto e o acompanhamento da prática de *mindfulness* com os alunos nas escolas. A intervenção de *mindfulness* está se expandindo para a área da educação infantil, sendo cada vez mais utilizada em situações de conflito no ambiente escolar (HOFMANN; ASMUNDSON, 2008). Porém, estudos que avaliem os resultados desta intervenção em nosso meio ainda são escassos.



## **2 OBJETIVO**

Avaliar o impacto da Educação Social-Emocional com a prática de *mindfulness* na saúde mental e na qualidade de vida de alunos de escolas públicas.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura, serão abordados detalhadamente os temas: Saúde mental na infância e adolescência, Educação Social-Emocional, Qualidade de vida e Enfermagem escolar.

#### 3.1 SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

A ocorrência de eventos traumáticos ou estressores é comum durante o desenvolvimento humano, porém, o efeito cumulativo de situações traumáticas intensifica as chances de manifestação de psicopatologia (POLETTI; KOLLER; DELL'AGLIO, 2009; BENETTI et al., 2010; SCHNEIDER; PACHECO, 2010). Situações de violência, práticas parentais disciplinares severas (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007; SÁ et al., 2009), condições socioeconômicas, rompimentos de vínculos familiares e a herdabilidade (ASSIS; AVANCI; OLIVEIRA, 2009) são alguns dos fatores de risco para a ocorrência de transtornos mentais (PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007; RAMIRESI et al., 2009; BENETTI et al., 2010).

As crianças e os adolescentes, cada vez mais, têm procurado os serviços de saúde mental, sendo a queixa de maior incidência o mau desempenho acadêmico, seguido de comportamento agressivo e de desobediência em casa e na escola (MOURA et al., 2008). No mundo, a prevalência de problemas de saúde mental em crianças varia de 10% a 20%, destacando-se os problemas de comportamento e os emocionais (BORSA; SOUZA; BANDEIRA, 2011). Do mesmo modo, autores atentam para a alta prevalência de crianças com transtornos mentais no Brasil (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007; PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007), situação que pode trazer consequências negativas em curto e longo prazo nas trajetórias de seu desenvolvimento.

Pesquisas epidemiológicas e clínicas têm utilizado duas dimensões psicopatológicas como base para a identificação da presença de transtornos (BENETTI et al., 2010; D'ABREU, 2012). Uma delas, a internalização, refere-se às manifestações de sintomas de ansiedade, depressão, somáticos e obsessivos, caracterizados, fundamentalmente, por aspectos internos (BORSA; SOUZA; BANDEIRA, 2011; D'ABREU, 2012). Já a externalização corresponde aos comportamentos agressivos, uso de substâncias, conduta antissocial e delinquência (CARVALHO et al., 2007; ASSIS et al., 2009; D'ABREU; MARTURANO, 2010).

Além da sintomatologia, há considerável variação no período de incidência: alguns transtornos eclodem na infância e outros na adolescência. De acordo com Papolos e Papolos (2007), o diagnóstico psiquiátrico na criança apresenta maior complexidade quando comparado ao adulto, uma vez que os problemas emocionais se expressam por meio de comportamentos desadaptados e desviantes, raramente, associados pela própria criança a um sofrimento interno. No entanto, alguns comportamentos considerados normais em uma determinada idade da criança, podem sugerir problemas de saúde mental em outra faixa etária (PAPOLOS; PAPOLOS, 2007). Desse modo, a definição de um diagnóstico na infância demanda uma avaliação criteriosa (D'ABREU, 2012), atentando-se para o aumento dos riscos de psicopatologia na vida adulta, caso os problemas em saúde mental não forem diagnosticados e tratados precocemente (GONÇALVES; HELDT, 2009).

Segundo Belfer (2008), as instâncias governamentais no Brasil, recentemente reconheceram que a saúde mental de crianças e jovens é uma questão de saúde pública, devendo integrar-se ao conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) – responsável pelo desenvolvimento da política geral de saúde mental brasileira (BELFER, 2008).

Apesar disso, a carência de políticas de saúde mental infantil em quase todas as partes do mundo torna emergente o desenvolvimento de políticas nacionais de saúde mental para infância e adolescência (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; ASSIS et al., 2009; RAMIRES et al., 2009). Atualmente, no Brasil, integradas à política geral de saúde mental do SUS, estão em curso as seguintes ações: os Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) – para atendimento de transtornos mentais que envolvem prejuízos graves e persistentes (BRASIL, 2007) e a construção de estratégias para articulação intersetorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência (SANTOS et al., 2011) e com vistas à integralidade do cuidado.

Em contrapartida, enquanto se lida com a necessidade de mais ações concretas de atenção precoce em saúde mental por parte das autoridades governamentais, a escola tem se destacado na prevenção e na identificação das situações de risco e de suporte a crianças e adolescentes (BELFER, 2008). Nas escolas, por exemplo, são privilegiadas as ações para redução de riscos e aumento dos fatores protetores relacionados à saúde mental de crianças e jovens através de ações multidisciplinares em saúde mental (PATEL et al., 2007), em uma convergência com as famílias e com a comunidade

De acordo com Belfer (2008), na última década, tem sido evidenciada a eficácia das intervenções terapêuticas utilizadas no tratamento dos problemas de saúde mental da população infantil e juvenil. Entretanto, alguns estudos demonstram uma incógnita

relacionada ao desenvolvimento de modalidades de intervenção viáveis para o cuidado da saúde mental de crianças e adolescentes (PATEL et al., 2007).

### 3.2 EDUCAÇÃO SOCIAL-EMOCIONAL

A Educação Social-Emocional (ESE) é uma intervenção proposta para auxiliar aos alunos a avaliar, a compreender, a expressar e a controlar suas emoções, a perceber, a expressar e a manejar seus sentimentos com responsabilidade de modo a promover um crescimento pessoal, emocional e intelectual (RÊGO; ROCHA, 2009). Ensina-os a transformar momentos de crise pessoal em lições de competência emocional, privilegiando, principalmente, a ação do pensamento sobre as emoções e o comportamento (CARUSO; SALOVEY, 2007).

A ESE trabalha com quatro aspectos: autoconsciência - a compreensão do sujeito, dos sentimentos (suas causas e suas consequências), das possibilidades, dos limites, dos valores e das motivações; autogestão ou capacidade de gerenciamento das próprias emoções - em forma de contínuo diálogo interno, para clareza mental; consciência social - a capacidade de perceber o que se passa com o outro; administração de relacionamentos - o saber lidar com as emoções alheias, a partir da consciência das próprias emoções (GOLEMAN, 2007). Entre outras palavras, a pessoa emocionalmente educada é capaz de lidar com as emoções de modo a criar maior qualidade de vida, a ampliar relacionamentos, a criar possibilidades de afeto entre pessoas, tornando possível o trabalho cooperativo e, ao mesmo tempo, facilitando o sentido de comunidade (HOFMANN; ASMUNDSON, 2008).

Essa forma de educação surge, então, como possibilidade para construção dos ideais de paz, de liberdade e de justiça social, valorizando questões voltadas para o conhecimento de si mesmo, mediado pelo exercício da autocrítica e da ética, no sentido de manter a saúde física e mental dos sujeitos. Predispõe o conhecimento do meio ambiente natural para que se possa preservá-lo (CARUSO; SALOVEY, 2007; RÊGO; ROCHA, 2009). As lições emocionais aplicadas em sala de aula ainda colaboram para afastar distrações, motivar os estudos, além de controlar os impulsos e resolver as discordâncias (HOFMANN; ASMUNDSON, 2008).

A educação tradicional, com objetivos exclusivamente cognitivos, tem-se mostrado insuficiente quando comparada à ESE. Mesmo com a tecnologia (internet, multimídias, etc.) utilizada no processo educacional, as novas gerações de crianças e de adolescentes têm mostrado crescente falta de competência emocional e social. Em decorrência disso, a

“alfabetização emocional” vem sendo aplicada, cada vez mais, no ambiente escolar (MENEZES; DELL’AGLIO, 2009).

A ESE utiliza a prática de *mindfulness* - a meditação da plena atenção cuja origem se encontra na tradição budista (EVANS et al., 2008). Consiste no treinamento da faculdade mental da atenção, desenvolvendo-a pela prática da observação direta das experiências internas do corpo e da mente de maneira completamente consciente, intencional e sem julgamentos (LIMA; OLIVEIRA; GODINHO, 2011). Este treinamento, que envolve igualmente o desenvolvimento da capacidade de concentração, permite observar momento-a-momento o corpo em seus vários ângulos: a respiração, os batimentos cardíacos, as sensações, as emoções e os pensamentos espontâneos do cérebro/mente (VANDENBERGHE; ASSUNÇÃO, 2009).

Essa prática é intencional, uma vez que o praticante de *mindfulness* faz a escolha de estar plenamente atento, esforçando-se para alcançar esta meta. Os conteúdos dos pensamentos e dos sentimentos são vivenciados na maneira em que se apresentam, não sendo categorizados como positivos ou negativos. O não julgamento significa que o praticante pode aceitar todos os sentimentos, os pensamentos e as sensações como legítimos. A atitude de não julgar está em contraste com a tendência automática das pessoas de investirem na luta contra vivências aversivas, deixando de viver o resto da sua realidade (VANDENBERGHE; ASSUNÇÃO, 2009; LIMA; OLIVEIRA; GODINHO, 2011).

A prática de *mindfulness* é baseada em exercícios formais e informais. Segundo Menezes e Dell’Aglio (2009), os exercícios formais incluem, além da varredura mental do corpo, a concentração na respiração, explorando as sensações corporais. O alvo é vivenciar a respiração, os pensamentos, e os outros conteúdos sem querer mudá-los ou controlá-los, ou seja, permitir-se conscientemente a observar o que está acontecendo no presente (CARUSO; SALOVEY, 2007; REJESKI, 2008; LIMA; OLIVEIRA; GODINHO, 2011). Os exercícios informais consistem em vivenciar situações do cotidiano de maneira plenamente consciente, com a atenção focada no que está acontecendo, sem julgar ou racionalizar (REJESKI, 2008). Estes exercícios enfatizam vivenciar plenamente e sem preconceito experiências positivas e negativas. Estar intencionalmente atento no aqui e agora, permite lidar de maneira criativa com situações cotidianas (MENEZES; DELL’AGLIO; BIZARRO, 2011).

As intervenções de ESE, que utilizam a prática de *mindfulness* nas escolas, estão organizadas em encontros realizados em sala de aula, mediados por uma equipe multiprofissional. (EVANS et al., 2008). Através de jogos, de brincadeiras e de dinâmicas com os colegas, os alunos são motivados a lidar com os sentimentos, a estabelecer o

autocontrole frente aos impulsos, a trabalhar em equipe, respeitando as diferenças dos colegas, a buscar o diálogo para a resolução de situações de conflito. Além disso, trabalham com as sensações do corpo na busca pela atenção plena e pela concentração (HOFMANN; ASMUNDSON, 2008; MENEZES; DELL'AGLIO, 2009; LIMA; OLIVEIRA; GODINHO, 2011).

### 3.3 QUALIDADE DE VIDA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

O termo qualidade de vida (QV) passou a ser associado a melhorias no padrão de vida, sobretudo, ligado a bens materiais adquiridos. Posteriormente, a QV incorporou a sensação de bem-estar, realização pessoal, qualidade dos relacionamentos, educação, estilo de vida, saúde e lazer - aspectos psicológicos, físicos, sociais e econômicos (MONTEIRO et al., 2010). O Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008, p.234).

Para mensurar a QV em crianças e adolescentes vários instrumentos vêm sendo contruídos. Um estudo recente encontrou pelo menos 14 medidas de QV geral para essa faixa etária (JANSSENS et al., 2008), porém, há uma escassez de escalas validadas para mensurar a QV de crianças e adolescentes no Brasil (KLATCHOIAN et al., 2008).

O *‘Youth Quality of Life Instrument – Research version (YQOL-R)’* é um dos instrumentos mais utilizados. Foi construído levando-se em conta o que os próprios adolescentes dizem acerca do que é importante para a QV deles. A elaboração do instrumento envolveu modelos de pesquisa qualitativa centrados nos jovens, baseados no autorrelato subjetivo e adequados ao nível de desenvolvimento dessa população (SALUM et al., 2012) e já está sendo utilizado para mensurar a QV em amostras pediátricas (ISOLAN et al., 2007; FINDLING et al., 2011). Consiste de 41 itens perceptuais: aqueles conhecidos apenas pelos próprios adolescentes (não podendo ser observados pelos outros); e de 15 itens contextuais: aqueles observados pelos outros.

Ademais, sobre a conceituação de QV, duas tendências predominantes destacam-se na área da saúde: QV como um conceito mais genérico e QV relacionada à saúde (AGUIARI et al., 2008). A primeira tendência baseia-se na percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, considerando o contexto da cultura e os sistemas de valores nos quais ele está inserido, e em relação aos seus objetivos, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações (SOARES

et al., 2011). Para medição da QV, no entanto, essa tendência utiliza questionários de base populacional, sem especificar patologias, sendo apropriados para estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde. O *'World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)'*, o *'Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey'* e o *'Sickness Impact Profile'* (SOARES et al., 2011) são instrumentos que merecem destaque.

Contudo, o termo QV relacionada à saúde - conceito mais restrito - implica nos aspectos associados às doenças, aos agravos, aos tratamentos e às intervenções em saúde (AGUIARI et al., 2008). Quanto aos instrumentos de medição da QV nessa perspectiva, destacam-se: o *'European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30)'* e o *'Medical Outcomes Study-HIV Health Survey (MOS-HIV)'* (SOARES et al., 2011), por exemplo.

De acordo com Soares et al. (2011), nos estudos que se propuseram a fazer uma avaliação da QV, construção e adaptação de instrumentos, revelou-se um alto índice de instrumentos ligados à saúde (66,7%) e genéricos (28,6%). Tal dado revela uma lacuna no que diz respeito a instrumentos que tornam possível a exploração da QV de crianças de forma ampla e não apenas daquelas em processo de adoecimento (SOARES et al., 2011).

Em contrapartida, as medições da QV podem ser úteis para planejar serviços, estimar a relação custo-eficácia de tratamentos e mensurar se um sistema de saúde está satisfazendo de forma adequada às necessidades de saúde de uma determinada população (SALUM et al., 2012).

### 3.4 ENFERMAGEM ESCOLAR

A escola, aliada à colaboração dos profissionais da saúde, é um espaço de grande relevância para promoção da saúde. Ações conjuntas entre a entidade escolar e o setor da saúde, além de exercerem um papel fundamental na formação do cidadão, estimulam a sua autonomia, o exercício de seus direitos e deveres, o controle das suas condições de saúde e a sua QV (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui o serviço de saúde que interage com a escola e que se articula com os demais serviços de saúde. As equipes multidisciplinares das ESF, através de avaliações/intervenções clínicas periódicas, identificam e atuam sobre fatores de risco, de forma preventiva, contribuindo para a redução e a prevenção de agravos no ambiente escolar (BRASIL, 2009). Além disso, existem evidências de que, quando pautadas na integralidade do cuidado e na educação em saúde, essas intervenções promovem a adoção

de hábitos e de atitudes de vida mais saudáveis, por parte, principalmente, do estudante cidadão que está em formação (INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2007).

Para tanto, como membro da equipe multidisciplinar, o enfermeiro articula práticas educativas com escolares (RASCHEI; SANTOS, 2008), contribuindo, dessa forma, para a melhoria da QV da comunidade escolar – alunos, pais/responsáveis e profissionais de educação (GOMES, 2009). É importante, antes de tudo, que o escolar seja visto dentro de um contexto histórico e cultural do seu desenvolvimento – emocional, social, cognitivo. Dessa forma, ele trava relações com iguais, corresponde a marcos do desenvolvimento e possui aspectos morais relacionados aos seus tutores e amigos (BRASIL, 2009).

O enfermeiro escolar pode atuar no controle de doenças e de acompanhamentos de medidas antropométricas dos alunos, no controle das condições sanitárias da escola, na cooperação com os professores nas aulas de higiene dentro dos programas de ensino e nas ações e intervenções didáticas que fomentam uma análise crítica e reflexiva sobre os valores e condutas para melhoria da saúde e do desenvolvimento humano (MACIEL et al., 2010). Além disso, o enfermeiro pode ajudar a intervir em situações estressantes vivenciadas em casa, na comunidade ou na escola, identificando os fatores de risco potenciais que estão interferindo no aprendizado e na concentração dos estudantes em sala de aula (RASCHEI; SANTOS, 2008; ALVIRDE et al., 2012).

Algumas questões relacionadas à saúde mental das crianças e adolescentes escolares devem ser focos de atenção do enfermeiro, dos demais membros da equipe multidisciplinar, dos profissionais da educação e dos cuidadores. A escola é um cenário que possibilita a observação em longo prazo de alguns comportamentos e transtornos psiquiátricos, já que nela transcorre a infância e grande parte da juventude do indivíduo (BRASIL, 2009).



## 4 MÉTODOS

Trata-se de um quase experimento derivado de um banco de dados construído ao longo dos anos de 2011 e 2012, vinculado ao projeto maior “Viver melhor na escola”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sob o nº 120153 (ANEXO A). Esse projeto tem por objetivo desenvolver ações multidisciplinares entre educadores, alunos e familiares, integrando as áreas biológica, psicossocial, pedagógica, judicial e a organização comunitária para a construção de mecanismos saudáveis de solução de conflitos.

Os estudos quase experimentais não têm distribuição aleatória dos sujeitos pelos tratamentos e a comparação entre as condições de intervenção e de controle deve sempre ser feita com grupos não equivalentes ou com os mesmos sujeitos antes do tratamento. Há pré-testes e pós-testes, isto é, medições periódicas do grupo experimental e do grupo controle, antes e depois do tratamento (POLIT; BECK, 2011).

O uso de base de dados existentes é útil para estudar a efetividade e a utilização de uma intervenção na comunidade (GRADY; HEARST, 2008). O projeto atual foi aprovado pela Comissão de Pesquisa de Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ). As autoras assinaram um Termo de Compromisso para utilização dos dados (ANEXO B) para assegurar os direitos e deveres relacionados à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa (BRASIL, 1996). Os demais aspectos éticos foram respeitados.

### 4.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O banco de dados foi composto por informações de estudantes do 5º ano do Ensino Fundamental de três escolas públicas da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) do HCPA. Conforme os critérios do projeto maior foram incluídos no estudo alunos de ambos os sexos, com idade entre 10 e 14 anos e matriculados regularmente nas três escolas selecionadas. Foram excluídos os alunos portadores de doença neurológica e aqueles que entraram nas turmas após o início dos encontros da terapia. O grupo intervenção (quatro turmas) recebeu 8 ou 12 sessões de ESE e *mindfulness* em sala de aula e o grupo controle (três turmas) não recebeu intervenção.

O tamanho da amostra calculado para um poder de 90%, alfa de 0,05, desvio-padrão de 0,9 para um tamanho de efeito de 0,7, foi de, aproximadamente, 50 indivíduos por grupo.

## 4.2 COLETA DE DADOS

Os dados demográficos e de desempenho escolar (APÊNDICE) foram coletados em sala de aula, no mesmo momento em que foram aplicados os seguintes instrumentos: Questionário de Capacidades e Dificuldades - versão Criança (*Strengths and Difficulties Questionnaire child version* – SDQ-C), Instrumento Avaliação da Qualidade de Vida (*Youth Quality of Life Instrument* - YQOL-R), preenchido pelos alunos, e o Instrumento Avaliação de Sintomas de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (SNAP-P), preenchido pelo professor.

O SDQ-C é um questionário utilizado para rastreamento de problemas de saúde mental (ANEXO C). Tem 25 itens, distribuídos em cinco domínios: emocional, conduta, hiperatividade, relacionamento e pró-social (STIVANIN; SCHEUER; ASSUMPCÃO JR., 2008). No presente estudo, o SDQ-C foi aplicado antes e após a intervenção e no período concomitante no grupo controle.

A YQOL-R é uma escala de autorrelato utilizada para uma avaliação genérica multidimensional da QV (ANEXO D). O YQOL-R consiste de 41 itens perceptuais e 15 itens contextuais, abrangendo quatro domínios: pessoal, relacional, ambiental e geral. Os itens perceptuais são os conhecidos apenas pelos próprios adolescentes e não podem ser observados pelos outros, enquanto os itens contextuais são os observados pelos outros (SALUM et al., 2012). Nesse estudo, foram utilizados os perceptuais que foram respondidos por ambos os grupos - intervenção e controle - na mesma época, antes e após a intervenção.

O instrumento SNAP-P foi desenvolvido para avaliação de sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em crianças e adolescentes (ANEXO E). Pode ser preenchido por pais ou professores e emprega os sintomas listados no Manual de Diagnóstico e de Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) para TDAH e para transtorno desafiador e de oposição (TDO) (SERRA-PINHEIRO et al., 2008). No presente estudo, o SNAP-P foi preenchido pelos professores dos grupos intervenção e controle na mesma época, antes e após a intervenção.

## 4.3 INTERVENÇÃO

As intervenções de ESE nas escolas, que utilizam a prática de *mindfulness*, foram organizadas em 8 ou 12 encontros realizados em sala de aula com duração de uma hora

semanal. Contou com a articulação de uma equipe multiprofissional composta por psicólogos, enfermeiros, médico de família e agente de saúde da UBS-HCPA.

Na primeira etapa, o grupo de psicólogos expôs o conceito da prática aos alunos e trabalhou a respiração contemplativa-*mindfulness*. Motivou-os a evoluir enquanto turma, estimulando-os também a usar as sensações do corpo e a aprender novos sentimentos através de jogos, de brincadeiras e de dinâmicas com os colegas. Além disso, essa fase do exercício promoveu o automonitoramento e o autocontrole frente às situações de conflito pessoal e social. Os demais membros da equipe auxiliaram na realização das atividades com os alunos.

A segunda etapa contemplou intervenções que buscam promover o diálogo colaborativo entre a turma, a atenção em ouvir, a reatividade do grupo, a empatia e a cooperação nas relações, as formas de se respeitar as diferenças dos colegas e o modo de se distribuir elogios às pessoas. Esse momento proporcionou importantes reflexões entre os participantes, objetivando-se trabalhar as diferenças com os adolescentes.

A terceira etapa enfatizou a colaboração, a confiança, o espírito de competição, a importância do cuidar de si e a de se preservar as relações sociais. Promoveu, enfim, uma recapitulação e uma reflexão frente ao trabalho de ESE realizado pela equipe desde o primeiro encontro.

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados foi analisado pelo programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. O nível de significância adotado foi o de  $\alpha=0,05$  com intervalo de confiança (IC) de 95%. Os dados foram descritos através da média e de desvio padrão (DP) para variáveis contínuas e através de frequência absoluta e percentual para as variáveis categóricas. As variáveis contínuas foram analisadas com Teste t *Student* para amostras independentes; as categóricas foram analisadas com Teste Exato de Fisher ou Pearson.

Para verificar as diferenças entre os grupos controle e intervenção, os resultados da avaliação final foram comparados pela análise de covariâncias (ANCOVA), ajustando para os valores basais. As tabelas foram apresentadas com média bruta e desvio padrão ou com média estimada e erro padrão, quando necessário.

## 5 RESULTADOS

Um total de 142 alunos foi incluído no estudo. Houve 10 perdas: 7 por problemas no preenchimento dos questionários e 3 que não realizaram a avaliação inicial. Dessa forma, foram avaliados 132(92,9%) alunos, sendo 69(52,3%) do sexo masculino, com média de idade de 11,1(DP=1,19) anos. Em relação à etnia e à classe prevalentes, 68(52,7%) alunos eram brancos e 94(71,2%) pertenciam à classe C.

Dentre os alunos que participaram do estudo 64(48,5%) realizaram a intervenção. As características sociodemográficas e os resultados iniciais dos instrumentos de avaliação estão descritos na Tabela 1. Nos problemas de saúde mental, avaliados pelo SDQ-C, foi encontrada diferença significativa no domínio emocional, sendo esta maior no grupo intervenção ( $p=0,049$ ). Não foi encontrada diferença significativa entre as demais variáveis dos grupos.

Ao verificar o efeito da ESE, foi encontrada melhora significativa nos domínios da SDQ-C, exceto o da hiperatividade ( $p=0,323$ ), no grupo intervenção comparado ao controle (Tabela 2). O déficit de atenção e hiperatividade, analisado pelo SNAP-P, também não apresentou significância estatística.

Em relação à QV, foi encontrado impacto positivo significativo da intervenção nos domínios de QV geral ( $p=0,006$ ), pessoal ( $p=0,024$ ) e total ( $p=0,002$ ) nos alunos desse grupo comparado com o grupo controle (Tabela 2).

Tabela 1 - Comparação entre as características sociodemográficas, problemas de saúde mental e de qualidade de vida dos grupos.

Variáveis	Grupos		p
	Intervenção n= 64(48,5%)	Controle n= 68(51,5%)	
<b>Sociodemográficas</b>			
Sexo*			
Feminino	28(43,8)	35(51,5)	0,389
Masculino	36(56,3)	33(48,5)	
Idade**	11,1(1,28)	10,9(1,10)	0,304
Etnia*#			
Branca	31(50)	37(55,2)	
Parda	23(37,1)	20(29,9)	0,850
Negra	7(11,3)	9(13,4)	
Indígena	1(1,6)	1(1,5)	
Classe social*#			
B	10(16,4)	10(16,7)	0,950
C	48(78,7)	46(76,7)	
D	3(4,9)	4(6,7)	
<b>Problemas de Saúde Mental (SDQ-C)**</b>			
Emocional	4,6(1,88)	3,9(2,23)	<b>0,049</b>
Conduta	3,6(2,07)	3,0(2,15)	0,091
Hiperatividade	4,4(2,38)	3,7(2,10)	0,120
Relacionamento	3,4(1,95)	3,0(1,82)	0,214
Pró-Social	7,4(2,35)	7,8(1,80)	0,277
<b>Déficit de Atenção e Hiperatividade</b>			
SNAP-P	51,5(21,81)	45,3(22,15)	0,107
<b>Qualidade de Vida (YQOL-R)**</b>			
Geral	86,5(17,19)	85,0(17,19)	0,640
Pessoal	69,2(18,72)	69,5(13,65)	0,896
Relacional	74,3(15,51)	73,1(14,32)	0,643
Ambiental	88,3(11,35)	84,8(18,20)	0,200
Total	79,2(12,04)	78,1(13,34)	0,623

\* Variáveis categóricas apresentadas em frequência e porcentagem e analisadas com Teste Exato de Fisher ou Pearson.

\*\*Variáveis contínuas apresentadas em média (desvio padrão) e analisadas com teste t para amostras independentes.

#Sem informação da variável: Classe social= 11(8,3%) e Etnia=3(2,3%).

Fonte: Dados de pesquisa Rigatti R, Porto Alegre, 2013.

**Tabela 2** - Resultados da intervenção, comparando as medidas de problemas de saúde mental, de déficit de atenção e hiperatividade e de qualidade de vida entre o grupo intervenção e o controle.

	Intervenção		Controle		ANCOVA*	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Diferença [IC95%]	P
<b>Problemas Saúde Mental (SDQ-C)</b>						
Emocional	4,6(1,88)	3,2(2,13)	3,9(2,23)	3,7(2,37)	-0,92[-1,55;-0,29]	<b>0,005</b>
Conduta	3,6(2,07)	2,4(1,57)	3,0(2,15)	2,9(1,96)	-0,89[-1,36;-0,42]	<b>&lt;0,001</b>
Hiperatividade	4,4(2,38)	3,4(2,22)	3,7(2,10)	3,4(2,04)	-0,30[-0,90;0,30]	0,323
Relacionamento	3,4(1,95)	2,7(1,77)	3,0(1,82)	3,2(1,73)	-0,69[-1,21;-0,18]	<b>0,009</b>
Pró-Social	7,4(2,35)	8,3(1,92)	7,8(1,80)	7,9(1,86)	0,59[0,02;1,15]	<b>0,041</b>
<b>Déficit de Atenção e Hiperatividade</b>						
SNAP-P	51,5(21,81)	51,2(23,77)	45,3(22,15)	44,6(21,72)	-1,94[-6,98;3,09]	0,582
<b>Qualidade de Vida (YQOL-R)</b>						
Geral	86,5(17,19)	93,4(12,60)	85,0(17,19)	85,9(21,92)	6,58[1,89;11,28]	<b>0,006</b>
Pessoal	69,2(18,72)	74,6(14,36)	69,5(13,65)	69,6(15,11)	5,15[0,69;9,60]	<b>0,024</b>
Relacional	74,3(15,51)	78,8(12,37)	73,1(14,32)	74,3(16,38)	3,92[-0,35;8,19]	0,072
Ambiental	88,3(11,35)	90,7(10,92)	84,8(18,20)	84,8(18,20)	3,57[-0,20;7,35]	0,064
Total	79,2(12,04)	84,6(11,14)	78,1(13,34)	78,8(14,90)	4,97[1,85;8,08]	<b>0,002</b>

Abreviaturas: SDQ-C – Questionário de Capacidades e Dificuldades - versão Criança; SNAP-P – Instrumento para Avaliação dos Professores de Sintomas de Déficit de Atenção/Hiperatividade; YQOL-R - Escala para Avaliação genérica da Qualidade de Vida; IC – Intervalo de Confiança.

Dados apresentados em média (desvio padrão).

\*ANCOVA - Análise de Covariância com diferenças ajustadas para os valores basais.

**P<0,05.**

Fonte: Dados de pesquisa Rigatti R, Porto Alegre, 2013.

Considerando que foram realizadas 8 e 12 sessões de ESE, foi verificado se havia diferença entre o número de sessões em relação ao efeito da intervenção. Dentre os 64(48,5%) alunos que receberam a intervenção, 33(57,9%) fizeram 8 sessões e 31(41,3%) fizeram 12 sessões da terapia (Tabela 3). Em relação aos problemas de saúde mental, os resultados demonstraram interação significativa entre as 8 sessões da intervenção e a melhora nos domínios emocional ( $p=0,039$ ) e de relacionamento ( $p=0,002$ ) comparado aos que fizeram 12 sessões.

Em contrapartida, foi encontrada interação significativa favorável ao grupo que realizou 12 sessões da ESE em relação ao domínio ambiental da QV, sem diferença nos demais domínios. Já referente à hiperatividade, considerando o SDQ-C ( $p=0,003$ ) e o SNAP-P ( $p=0,001$ ), os alunos do grupo controle apresentaram melhora significativa no que realizou as 12 sessões (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação entre 8 e 12 sessões em relação aos desfechos problemas de saúde mental, de déficit de atenção e hiperatividade e de qualidade de vida.

	8 sessões		12 sessões		ANCOVA <sup>#</sup>
	Intervenção	Controle	Intervenção	Controle	Intervenção* Sessões
<b>Problemas Saúde Mental (SDQ-C)</b>					
Emocional	2,47(0,30)	4,05(0,36)	3,60(0,31)	3,87(0,26)	<b>0,039</b>
Conduta	2,19(0,23)	3,28(0,28)	2,30(0,24)	3,06(0,20)	0,500
Hiperatividade	2,70(0,29)	3,95(0,34)	3,96(0,30)	3,41(0,25)	<b>0,003</b>
Relacionamento	2,10(0,25)	3,63(0,29)	3,25(0,25)	3,19(0,21)	<b>0,002</b>
Pró-Social	8,60(0,28)	8,23(0,33)	8,26(0,29)	7,64(0,24)	0,674
<b>Déficit de Atenção e Hiperatividade</b>					
SNAP-P	42,69(2,39)	49,75(2,95)	54,99(2,50)	45,05(2,11)	<b>0,001</b>
<b>Qualidade de Vida (YQOL-R)</b>					
Geral	93,56(2,38)	88,26(2,79)	92,37(2,45)	85,38(2,06)	0,729
Pessoal	75,32(2,28)	67,50(2,65)	74,08(2,36)	70,71(1,96)	0,340
Relacional	79,66(2,17)	75,75(2,54)	77,33(2,24)	73,97(1,88)	0,900
Ambiental	89,68(1,86)	91,45(2,22)	89,89(1,91)	83,55(1,60)	<b>0,033</b>
Total	84,25(1,58)	80,80(1,85)	84,14(1,63)	78,37(1,36)	0,476

Abreviaturas: SDQ-C – Questionário de Capacidades e Dificuldades – versão Criança; SNAP-P – Instrumento para Avaliação dos Professores de Sintomas de Déficit de Atenção/Hiperatividade; YQOL-R - Escala para Avaliação genérica da Qualidade de Vida; IC – Intervalo de Confiança.

Dados apresentados em média estimada (erro padrão).

\*ANCOVA - Análise de Covariância com diferenças ajustadas para os valores basais.

**P<0,05.**

Fonte: Dados de pesquisa Rigatti R, Porto Alegre, 2013.

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram um impacto positivo da intervenção ESE realizada em sala de aula para uma amostra não-clínica. Esse achado está de acordo com os estudos prévios que utilizaram a técnica *mindfulness* para avaliar o seu efeito na atenção auditiva (MARTÍN LÓPEZ; LEÓN DEL BARCO; VICENTE CASTRO, 2007) e no rendimento escolar (LEÓN, 2008) em uma população de escolares entre 10 a 15 anos.

Os achados indicaram impacto positivo, sobretudo, nos problemas de saúde mental, avaliados pelo SDQ-C, com exceção do domínio da hiperatividade. As técnicas utilizadas na ESE enfatizaram o aspecto emocional (WACHS; CORDOVA, 2007; PÉREZ; BOTELLA, 2007; FRANCO JUSTO et al., 2011), o relacionamento e o comportamento pró-social (WACHS; CORDOVA, 2007; VANDENBERGHE; ASSUNÇÃO, 2009). Com a intervenção o indivíduo trabalha a autoconsciência de maneira a compreender melhor os seus sentimentos e os seus limites frente aos outros indivíduos. Dessa forma, aprende a gerenciar as próprias emoções, praticando um contínuo diálogo interno com sua mente para administrar os relacionamentos e aprender a lidar com as emoções alheias, a partir da consciência das próprias emoções (GOLEMAN, 2007; OMAN et al., 2008). Entre outras palavras, a pessoa emocionalmente educada é capaz de lidar com as emoções de modo a ampliar relacionamentos, a criar possibilidades de afeto entre pessoas, tornando possível o trabalho cooperativo e, ao mesmo tempo, facilitando o sentido de viver em comunidade (HOFMANN; ASMUNDSON, 2008).

Contudo, é provável que a ausência de efeito significativo da intervenção no domínio da hiperatividade do SDQ-C tenha relação com as técnicas utilizadas na ESE. Para tratar a hiperatividade são preconizadas práticas clínicas psicopedagógicas, com atenção às dificuldades de aprendizagem, valorizando a intervenção através da aplicação de jogos e de atividades arteterapêuticas (FAGALI, 2009; STROH, 2010), além das intervenções psicofarmacológicas (SENO, 2010). A técnica da arteterapia - uso de pincéis, tintas, argila, figuras, desenhos, recortes - auxilia na exteriorização de sentimentos, permitindo que sejam confrontadas as angústias, controlada a impulsividade até que se atinja o autocontrole (STROH, 2010). Já o uso de medicamentos em indivíduos com diagnóstico de TDAH provoca tranquilidade e aumento do período de atenção exigida para a execução de atividades (SENO, 2010).

Além disso, considerando a alta prevalência do TDAH, é necessário um esforço coordenado entre os profissionais da saúde e os da educação em conjunto com os pais para



manejo do problema, especialmente, em crianças e adolescentes (SENO, 2010). Sabe-se, pois, que a identificação e o tratamento dos problemas de saúde mental na infância devem ocorrer precocemente para prevenir psicopatologia na vida adulta (GONÇALVES; HELDT, 2009).

Os achados dessa pesquisa ainda demonstraram efeito positivo da intervenção de ESE sobre a QV geral, pessoal e total, avaliadas pelo YQOL-R. De fato, a QV aparece como um importante aspecto para avaliação de desfecho de intervenções (BUCZYNSKI; CASTRO; SOUZA, 2008), apesar da maioria dos estudos prévios sobre QV na infância e adolescência utilizarem amostras clínicas (PEREIRA, 2009; MARCIANO et al., 2010; GAGLIARDI et al., 2011; PROENÇA et al., 2012; TLUCZEK et al., 2013). No estudo com pré-adolescentes com diagnóstico de transtornos de ansiedade, a QV após 14 sessões de TCC em grupo não apresentou diferença significativa quando comparada com o início do tratamento (de SOUZA et al., 2013).

Em um estudo que avaliou a QV em pacientes com epilepsia de início na infância (BACA et al., 2011), as comorbidades psiquiátricas apareceram fortemente associadas com pior QV em longo prazo. Os autores alertaram, assim, para o tratamento precoce dessa condição a fim de se obter uma melhor QV nessa população. Os resultados de outra pesquisa (KALYVA et al., 2011), no entanto, demonstraram que crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 (DM1) apresentaram menor QV geral comparado a crianças e adolescentes sem DM1. Nessa população, ainda, o início tardio da doença, a baixa recorrência de episódios de hiperglicemia, a diminuição da hemoglobina glicada, a idade avançada e o sexo masculino foram associados a melhor QV geral. Ao passo que, em uma amostra de crianças com diagnóstico de artrite juvenil e grau de incapacidade leve a moderado, mais da metade delas apresentou uma QV prejudicada relacionada às limitações (LUNDBERG et al. 2012).

Ademais, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a avaliação da QV deveria incluir: “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008, p.234). Entretanto, o fato da QV ainda aparecer fortemente relacionada ao estado de saúde do indivíduo (AGUIARI et al., 2008; BUCZYNSKI; CASTRO; SOUZA, 2008), aponta para a carência de estudos sobre QV em crianças e adolescentes em amostras não clínicas. Dessa forma, a falta de pesquisas que avaliem a QV e a ESE até o momento, impede quaisquer comparações.

Contudo, no que diz respeito ao número de sessões realizadas e aos desfechos em estudo, os resultados foram controversos. Os domínios dos problemas de saúde mental emocional, hiperatividade e relacionamento melhoraram nos alunos que receberam 8 sessões

de ESE. Já os alunos que receberam 12 sessões demonstraram melhora significativa na QV ambiental e na hiperatividade.

Em um estudo atual (CASTRO et al., 2013), pacientes portadores da síndrome das pernas inquietas (SPI), ao final de 8 sessões de um programa composto por elementos cognitivo-comportamentais e técnicas baseadas em *mindfulness*, evidenciaram melhora significativa da gravidade da SPI, dos níveis de QV e da saúde mental ao fim do tratamento. Houve, inclusive, redução da ansiedade após 8 sessões da terapia. Já em outra pesquisa com estudantes universitários, 10 sessões de *mindfulness* demonstraram diminuição significativa do esgotamento e do cansaço emocional no grupo experimental comparado ao controle (DE LA FUENTE ARIAS; FRANCO JUSTO; MAÑAS MAÑAS, 2010).

As diferenças encontradas entre os alunos que realizaram 8 sessões e os que participaram de 12 sessões de ESE no presente estudo podem estar relacionadas a outros fatores confundidores que não entraram na análise (MEDRONHO et al., 2009). Dentre estes, são apontados como exemplos: as diferentes terapeutas que atuaram em 8 e em 12 sessões e o fato dos estudantes compor uma amostra não-clínica em que não foi controlada a presença de um diagnóstico em transtorno mental nas análises.

Portanto, cabe ressaltar que essas respostas não são conclusivas e que, dessa forma, são necessários estudos de seguimento que avaliem o impacto entre o número de sessões de ESE e as respostas alcançadas em cada uma delas.

## 7 CONCLUSÃO

O estudo evidenciou um impacto positivo da intervenção de ESE com a prática *mindfulness* para alunos de escolas públicas. Sua aplicação em sala de aula, por uma equipe multidisciplinar, mostrou-se viável e prática, trabalhando estratégias de relaxamento, atenção e concentração que repercutiram na melhoria da saúde mental e da QV dos estudantes.

A ESE no contexto escolar impulsiona as forças pessoais dos alunos e lhes prepara para o autoconhecimento e para a autorregulação do comportamento, além de propiciar relações interpessoais satisfatórias como modo de promover o seu desenvolvimento integral. E é por isso que, cada vez mais, torna-se necessária a capacitação de professores para o exercício de atenção plena, *mindfulness*, na escola.

Dessa forma, o próximo passo na pesquisa poderia ser a capacitação de docentes para aplicação da ESE em sala de aula. Essa iniciativa poderia servir como um importante instrumento promotor do impacto positivo da ESE nas escolas e, com isso, atingir um maior número de alunos de forma permanente.

Entretanto, percebe-se uma escassez de pesquisas que testem essa intervenção em crianças e adolescentes escolares. Ao mesmo tempo, observa-se a necessidade de estudos de seguimento que avaliem a saúde mental e a QV em amostras não clínicas na faixa etária escolar.

## REFERÊNCIAS

- AGUIARI, C.C.T.; et. Al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v.52, n.6, p.931-9, 2008.
- ALVIRDE, A.; et. al. O afrontamento das enfermeiras ao assumirem a gerência escolar: um olhar a partir da teoria de Roy. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.285-91, 2012.
- ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q.; OLIVEIRA, R.V.C. Socioeconomic inequalities and child mental health. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.1, p.92-100, 2009.
- ASSIS, S.G.; et. al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.349-61, 2009.
- BACA, C.B.; et. al. Psychiatric and medical comorbidity and quality of life outcomes in childhood-onset epilepsy. **Pediatrics**, Califórnia, v.128, n.6, p.1532-43, 2011.
- BELFER, M.L. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Boston, v.49, n.3, p.226-36, 2008.
- BENETTI, S.; et. al. Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. **Revista Psico-USF**, São Leopoldo, v.15, n.3, p.321-32, 2010.
- BOLSONI-SILVA, A.T.; LOUREIRO, S.R.; MARTURANO, E.M. Problemas de comportamento e habilidades sociais infantis: modalidades de relatos. **Revista Psico PUCRS**, Porto Alegre, v.42, n.3, p.354-61, 2011.
- BORSA, J.C.; SOUZA, D.S.; BANDEIRA, D.R. Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v.13, n.2, p.15-29, 2011.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, p.21082-5, 1996.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. **Relatório de Gestão 2003-2006**. Ministério da Saúde: Brasília, 2007, 85p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**: saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 96p.
- BUCZYNSKI, A.K.; CASTRO, G.F.; SOUZA, I.P.R. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.6, p.1797-1805, 2008.

- CAMPOS, M.O.; RODRIGUES NETO, J.F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.32, n.2, p.232-40, 2008.
- CARUSO, D.R.; SALOVEY, P. **Liderança com inteligência emocional**: liderando e administrando com competência e eficácia. São Paulo: M. Books, 2007.
- CARVALHO, H.C.W.; et. al. Tradução, adaptação cultural e análise de consistência interna do inventário de externalização. **Avaliação psicológica**, Porto Alegre, v.6, n.2, p.217-27, 2007.
- CASTRO, P.M.; et. al. Terapia Cognitivo-Comportamental para pacientes portadores da Síndrome das Pernas Inquietas. **Revista Neurociência**, São Paulo, v.2, n.1, p.136-40, 2013.
- COUTO, M.C.V.; DUARTE, C.S.; DELGADO, P.G.G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.30, n.4, p.390-8, 2008.
- D'ABREU, L.C.F.; MARTURANO, E.M. Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais. **Estudos de Psicologia (UFRN)**, Natal, v.15, n.1, p.43-51, 2010.
- D'ABREU, L.C.F. O desafio do diagnóstico psiquiátrico na criança. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v.5, n.1, p.2-9, 2012.
- DE LA FUENTE ARIAS, J.; FRANCO JUSTO, C.; MAÑAS MAÑAS, I. Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en el estado emocional de estudiantes universitarios. **Estudios sobre educación**, Navarra, v.19, p.31-52, 2010.
- de SOUZA, M.A.M.; et. al. Cognitive-behavioral group therapy for youths with anxiety disorders in the community: effectiveness in low and middle income countries. **Behavioral and Cognitive Psychotherapy**, United Kingdom, v.41, n.3, p.255-64, 2013.
- DEMARZO, M.M P.; AQUILANTE, A G. Saúde escolar e Escolas promotoras de saúde. In: **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre, Artmed: Pan-Americana, v.3, p.49-76, 2008.
- DONOHUE, M.O.; ACHATA, A.B. Incidencia y factores de riesgo de la intimidación (bullying) en un colegio particular de Lima-Peru. **Revista Peruana de Pediatría**, Lima, v.60, n.3, p.150-5, 2007.
- EVANS, S.; et. al. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. **Journal of Anxiety Disorders**, [S.l.], v.22, n.4, p.716-21, 2008.
- FAGALI, E. **Contribuições da Arteterapia para a Psicopedagogia**. São Paulo: Editora Independente Integração, 2007.
- FERRIOLLI, S.H.T.; MARTURANO, E.M.; PUNTEL, L.P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.2, p.251-9, 2007.

FINDLING, R.L.; et. al. Efficacy and safety of lisdexamfetamine dimesylate in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, Cleveland, v.50, n.4, p.395-405, 2011.

FRANCO JUSTO, C.; et. al. Personality variables through application of a psycho-educational program of full consciousness [mindfulness] in university students. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v. 29, n.1, p.136-47, 2011.

GAGLIARDI, I.C.; et. al. Qualidade de vida e cirurgia de epilepsia na infância e adolescência. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.69, n.1, p.23-6, 2011.

GOLEMAN, D. **Inteligência Emocional: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente**. Edição de 10º aniversário. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

GOMES, J.P.; As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. **Educação**, Porto Alegre, v.32, n.1, p.84-91, 2009.

GONÇALVES, D.H.; HELDT, E. Transtorno de ansiedade na infância como preditor de psicopatologia em adultos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.30, n.3, p.533-41, 2009.

GONZAGA, A.R.; MONTEIRO, J.K. Inteligência emocional no Brasil: um panorama da pesquisa científica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.27, n.2, p.225-32, 2011.

GRADY, D.; HEARST, N. Usando bases de dados existentes. In: HULLEY, S.B et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

HOFMANN, S.G.; ASMUNDSON, G.J.G. Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? **Clinical Psychology Review**, Boston, v.28, n.1, p.1-16, 2008.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT. **Health care guidelines: preventive services for children and adolescents**, 2007. Disponível em: <[http://www.icsi.org/preventive\\_services\\_for\\_children\\_guideline/\\_preventive\\_services\\_for\\_children\\_and\\_adolescents\\_2531.html](http://www.icsi.org/preventive_services_for_children_guideline/_preventive_services_for_children_and_adolescents_2531.html)>. Acesso em: 25 nov.2012.

ISOLAN, L.; et. al. An open-label trial of escitalopram in children and adolescents with social anxiety disorder. **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, Porto Alegre, v.17, n.6, p.751-60, 2007.

JANSSENS, L.; et. al. Health-related quality-of-life measures for long-term follow-up in children after major trauma. **Quality of Life Research Journal**, Utrecht, v.17, n.5, p.701-13, 2008.

KALYVA, E.; et. al. Health-related quality of life (HRQoL) of children with type 1 diabetes mellitus (T1DM): self and parental perceptions. **Pediatric Diabetes**, Thessaloniki, v.12, n.1, p.34-40, 2011.

KESSLER, R.C.; et. al. Prevalence, Persistence, and Sociodemographic Correlates of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. **Archives of General Psychiatry**, Boston, v.69, n.4, p.372-80, 2012.

KLATCHOIAN, D.A.; et. al. Quality of life of children and adolescents from São Paulo: reliability and validity of the Brazilian version of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 Generic Core Scales. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.84, n.4, p.308-15, 2008.

LEÓN, B. Atención plena y rendimiento académico en estudiantes de educación secundaria. **European Journal of Education and Psychology**, Cáceres, v.1, n.3, p.17-26, 2008.

LIMA, M.P.; OLIVEIRA, A.L.; GODINHO, P. Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: um estudo exploratório com treino em mindfulness. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, Coimbra, v.45, n.1, p.165-83, 2011.

LUNDBERG, V.; et. al. Health-related quality of life in girls and boys with juvenile idiopathic arthritis: self- and parental reports in a cross-sectional study. **Pediatric Rheumatology**, Umea, v.10, n.1, p.33, 2012.

MACIEL, E.L.N.; et. al. Projeto Aprendendo saúde na escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.389-96, 2010.

MARCIANO R.C.; et. al. Transtornos mentais e qualidade de vida em crianças e adolescentes com doença renal crônica e em seus cuidadores. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.32, n.3, p.316-22, 2010.

MARTÍN LÓPEZ, E.; LEÓN DEL BARCO, B.; VICENTE CASTRO, F. Mejora de las aptitudes musicales mediante una intervención en atención auditiva e interior. **Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación**, [S.l.], vol.14, n.1, p.95-106, 2007.

MEDRONHO, A.; et. al. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MENEZES, C.B.; DELL'AGLIO, D.D. Por que meditar? A experiência subjetiva da prática de meditação. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.14, n.3, p.565-73, 2009.

MENEZES, C.B.; DELL'AGLIO; D.D.; BIZARRO, L. Meditação, bem-estar e a Ciência Psicológica: revisão de estudos empíricos. **Interação em Psicologia**, Porto Alegre, v.15, n.2, p.239-48, 2011.

MONTEIRO, R.; et. al. Qualidade de vida em foco. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v.25, n.4, p.568-74, 2010.

MOURA, C.B.; et. al. Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do Child Behavior Checklist (CBCL). **Contextos Clínicos**, Londrina, v.1, n.1, p.1-8, 2008.

OMAN, D.; et. al. Meditation lowers stress and supports forgiveness among college students: a randomized controlled trial. **Journal of American College Health**, Berkeley, v.56, n.5, p.569-78, 2008.

PAPOLOS, D.; PAPOLOS, J. **The Bipolar Child: The Definitive and Reassuring Guide to Childhood's Most Misunderstood Disorder**. 3<sup>rd</sup>. Edition, New York: Broadway Books, 2007.

PATEL, V.; et. al. Mental health of young people: a global public-health challenge. **Lancet**, London, v.369, n.9569, p.1302-13, 2007.

PAULA, C.S; DUARTE, C.S; BORDIN, I.A. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.29, n.1, p.117, 2007.

PEREIRA, C.C.A. Algumas considerações acerca do uso e aplicação de medidas de qualidade de vida associada à saúde, com ênfase em estudos sobre sobreviventes de câncer na infância e adolescência em países em desenvolvimento. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v.26, n.2, p.295-303, 2009.

PÉREZ, M. A.; BOTELLA, L. Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. **Revista de Psicoterapia**, Barcelona, v.17, n.66/67, p.77-120, 2007.

PHILIPPOT, P.; et. al. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treating Tinnitus. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, [S.l.], v.19, n.5, p.411-9, 2012.

PIROLA, S.M.F. O problema da “indisciplina dos alunos”: um olhar para as práticas pedagógicas cotidianas na perspectiva de formação continuada de professores. **Olhar de professor**, Ponta Grossa, v.10, n.2, p.81-99, 2007.

POLETTO, M.; KOLLER, S.H.; DELL'AGLIO, D.D. Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.467-75, 2009.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PROENÇA, A.F; et. al. Estudo da Qualidade de Vida de portadores da Síndrome de Down. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Pouso Alegre, v.4, n.1, p.212-28, 2012.

RAMIRES, V.R.R.; et. al. Saúde Mental de Crianças no Brasil: uma revisão de literatura. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v.13, n.2, p.311-22, 2009.

RAMIRESI, V.R.R.; et. al. Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.61, n.2, p.1-14, 2009.

RASCHEI, A.S.; SANTOS, M.S.S. A enfermeira escolar e o seu objetivo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.522-8, 2008.



RÊGO, C.C.A.B.; ROCHA, N.M.F. Avaliando a educação emocional: subsídios para um repensar da sala de aula. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v.17, n.62, p.135-52, 2009.

REJESKI, W. Mindfulness: reconnecting the body and the mind in geriatric medicine and gerontology. **The Gerontologist**, Winston-Salem, v.48, n.2, p.135-41, 2008.

RUOTTI, C. Violência em meio escolar: fatos e representações na produção da realidade. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.36, n.1, p.339-55, 2010.

SÁ, D.G.F.; et. al. Exposição à violência como risco para o surgimento ou a continuidade de comportamento antissocial em adolescentes da região metropolitana de São Paulo. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v.11, n.1, p.179-88, 2009.

SALUM, G.A.; et. al. Youth Quality of Life Instrument-Research version (YQOL-R): psychometric properties in a community sample. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.88, n.5, p.443-8, 2012.

SANTOS, D.C.M.; et. al. Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.24, n.6, p.845-50, 2011.

SCHNEIDER, A.M.A.; PACHECO, J.T.B. Eventos estressores e conduta social na adolescência. **Revista Interinstitucional de Psicologia (ULBRA)**, Gravataí, v.3, n.1, p.23-32, 2010.

SENO, M.P. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): o que os educadores sabem? **Revista Psicopedagógica**, São Paulo, v.27, n.84, p.334-43, 2010.

SERRA-PINHEIRO, M.A.; et. al. Desatenção, hiperatividade, sintomas de oposição e desafio e fracasso escolar. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.66, n.4, p.828-31, 2008.

SOARES, A.H.R.; et. al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3197-3206, 2011.

STIVANIN, L.; SCHEUER, C.I.; ASSUMPCÃO JR., F.B. SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire): identificação de características comportamentais de crianças leitoras. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Paulo, v.24, n.4, p.407-13, 2008.

STROH, J.B. TDAH – diagnóstico psicopedagógico e suas intervenções através da Psicopedagogia e da Arteterapia. **Construção Psicopedagógica**, São Paulo, v.18, n.17, p.83-105, 2010.

TLUCZEK, A.; et. al. Health-related quality of life in children and adolescents with cystic fibrosis: convergent validity with parent-reports and objective measures of pulmonary health. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, [S.l.], v.34, n.4, p.252-61, 2013.

VANDENBERGHE, L.; ASSUNÇÃO, A. B. Concepções de mindfulness em Langer e Kabat-Zinn: um encontro da ciência Ocidental com a espiritualidade Oriental. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v.2, n.2, p.124-35, 2009.

WACHS, K.; CORDOVA, J.V. Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. **Journal of Marital and Family Therapy**, [S.l.], v.33, n.4, p.464-81, 2007.

## APÊNDICE - Instrumento de coleta de dados

### IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:

Nome completo da Mãe (ou responsável):

Nome completo do Pai (ou responsável):

*Coloque o maior número de informações possível para que possamos entrar em contato, caso seja necessário*

### ENDEREÇO/CONTATO

Rua, Avenida:

Número:

Bloco:

Apartamento:

Complemento:

Cidade:

Bairro:

CEP:

Telefone de casa: (    )

Telefone para recados (Avô, Avó, Tio, Tia, Vizinho etc.): (    )

Telefone celular do pai: (    )

Telefone celular da mãe: (    )

*Responda*

1. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos (*Escreva*)

2. **Gênero:** (*Circule*) (0) Masculino (1) Feminino

3. **Quantos irmãos você possui?** (*Circule*)

(0) Nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis; (7) Sete; (8) Oito ou mais

4. **Na casa onde eu moro vivem** (*Marque com um X*)

(    ) Pai

(    ) Mãe

(    ) Irmão(os)

(    ) Avô/Avó

(    ) Tio(s)/Tia(s)

(    ) Outros

5. **Qual a sua cor da pele?** (*Circule*)

(1) Branca; (2) Negra; (3) Entre Branca e Negra; (4) Indígena; (5) Asiática

### *Circule*

**Na casa em que você mora tem (não vale quebrado/quebrada):**

1. **Televisão?** Não há nenhuma; (1) Uma; (2) Duas; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

2. **Radio?** (0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

3. **Banheiro?** (0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

4. **Carro?** (0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

5. **Empregado** (a) que trabalha todos os dias?

(0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

6. **Telefone**, contando fixo e celular?

(0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

7. **Geladeira?** (0) Não há nenhuma; (1) Uma; (2) Duas; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

8. Até que grau seu pai (ou responsável – o **chefe da família**) estudou?

(0) Nunca estudou

(4) Terminou o 3º ano do segundo grau (colegial)

(1) Fez até a 1ª, 2ª ou 3ª séries

(5) Fez faculdade, mas não terminou o curso

(2) Fez até a 4ª, 5ª, 6ª ou 7ª séries

(6) Fez faculdade completa (terminou o curso)

(3) Fez até a 8ª série ou 1º ou 2º ano do segundo grau (colegial)

(7) Não sei

### *Desempenho Escolar: (Circule)*

1. Quantos dias você **NÃO** veio à escola no **último mês**?

(0) Vim todos os dias; (1) 1 a 3 dias; (2) 4 a 8 dias; (3) 9 ou mais dias

2. Quantos dias você **NÃO** veio à escola na **semana passada**?

(0) Vim todos os dias; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Em nenhum dia da semana passada

3. O quanto você normalmente estuda para uma prova?

(1) Nunca ou raramente estudo; (2) Às vezes estudo; (3) Estudo um pouco (em geral no dia anterior); (4) Estudo bastante (em geral alguns dias antes da prova); (5) Estudo quase todos os dias

4. Como você costuma ir nas provas e trabalhos?

(1) Nunca ou raramente vou mal (2) Às vezes eu vou mal (3) Geralmente eu fico na média (4) Costumo ir bem

(5) Sempre vou muito bem

5. Você já teve que repetir de ano?

(1) Sim, há mais de 2 anos (2) Sim, há 2 anos (3) Sim, há 1 ano (4) Nunca repeti de ano

**ANEXO A – Carta de Aprovação do CEP/HCPA**

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**COMISSÃO CIENTÍFICA**

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

**Projeto:** 120153

**Data da Versão do Projeto:**

**Pesquisadores:**

ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT

OLGA GARCIA FALCETO

SILVETE MARIA BRANDAO SCHNEIDER

ANA MARGARETH SIQUEIRA BASSOLS

JOAO HENRIQUE GODINHO KOLLING

BIANCA PEIXOTO NASCIMENTO

JESSICA ROSA THIESEN CUNHA

BEATRIZ HOPPEN MAZUI

JOSE OVIDIO C. WALDEMAR

ROBERTA RIGATTI

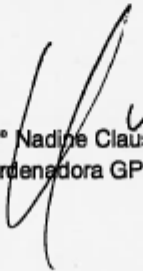
**Título:** VIVER MELHOR NA ESCOLA.

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

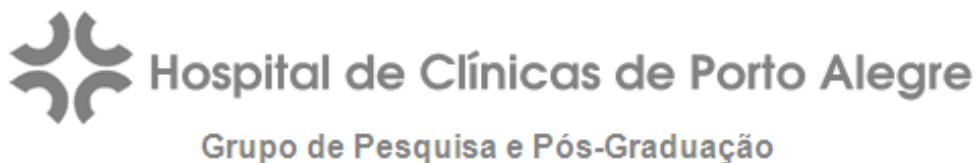
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 01 de novembro de 2012.

  
Profª Nadine Clausell  
Coordenadora GPPG

**ANEXO B – Termo de Compromisso de utilização de dados**



**Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais**

**Título do Projeto**

EDUCAÇÃO SOCIAL-EMOCIONAL E A PRÁTICA DE MINDFULNESS: IMPACTO NA SAÚDE MENTAL E NA QUALIDADE DE VIDA DE ALUNOS DE ESCOLAS PÚBLICAS	<b>Cadastro no GPPG</b>
--	-----------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 10 de Novembro de 2012.

<b>Nome dos Pesquisadores</b>	<b>Assinatura</b>
Roberta Rigatti	
Elizeth Heldt	

## ANEXO C – Questionário de Dificuldades e Capacidades - versão Criança (SDQ-C)

SDQ-C			
	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
<p>Abaixo se encontra uma lista de itens que descrevem como as pessoas se sentem em algumas situações e questões sobre o jeito que você é.</p> <p>Para cada item, por favor, faça um círculo ao redor do número que indica com que frequência a afirmativa é verdadeira para você.</p> <p><i>Se a sentença é falsa, circule 0.</i>  <i>Se a sentença é mais ou menos verdadeira circule 1.</i>  <i>Se ela é verdadeira, circule 2.</i></p>			
1. Muitas vezes queixo-me de dor de cabeça	0	1	2
2. Tenho muitas preocupações	0	1	2
3. Frequentemente estou infeliz, deprimido ou choroso	0	1	2
4. Fico nervoso quando enfrento situações novas	0	1	2
5. Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente	0	1	2
6. Eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência	0	1	2
7. Geralmente sou obediente	0	1	2
8. Eu brigo muito	0	1	2
9. Geralmente eu sou acusado de mentir e trapacear	0	1	2
10. Eu pego coisas que não são minhas	0	1	2
11. Sou inquieto(a), hiperativo(a)	0	1	2
12. Estou constantemente irrequieto ou agitado	0	1	2
13. Distraio-me facilmente, perco a concentração	0	1	2
14. Eu penso antes de fazer as coisas	0	1	2
15. Eu consigo terminar as atividades que começo	0	1	2
16. Estou quase sempre sozinho	0	1	2
17. Eu tenho um ou mais bons amigos	0	1	2
18. Em geral, sou querido por outros jovens	0	1	2
19. Sou perseguido ou atormentado por outros jovens	0	1	2
20. Eu me dou melhor com os adultos	0	1	2
21. Eu tento ser legal com as outras pessoas	0	1	2
22. Tenho boa vontade em compartilhar	0	1	2
23. Mostro-me prestativo se alguém parece magoado	0	1	2
24. Sou gentil com as crianças mais novas	0	1	2
25. Frequentemente ofereço-me para ajudar outras pessoas	0	1	2

## ANEXO D – Instrumento de Qualidade de Vida de Jovens – Autorrelato (YQOL-R)

### Instrumento de Qualidade de Vida de Jovens – Itens de percepção

#### Versão para pesquisa (YQOL-R)

A seguir são apresentadas algumas afirmações que você poderia fazer a respeito de você mesmo(a). Por favor, **FAÇA UM CÍRCULO** em torno do número da escala que melhor descreve até que ponto a afirmação se aplica a você **EM GERAL**.

Circule o número 0 se a frase **de maneira nenhuma** é verdade sobre você

Circule o número 10 se a frase é verdade sobre você **em grande parte ou completamente**.

O número 5 é neutro, isto é, **às vezes é verdade e às vezes não é verdade sobre você**.

Os demais números são uma gradação: quanto mais perto do 0 mais você discorda e quanto mais perto do 10 mais você concorda. Assim você pode quantificar cada situação!



1. Eu fico tentando, mesmo que no início eu não tenha sucesso	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
2. Eu consigo lidar com a maioria das dificuldades que aparecem no meu caminho	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
3. Eu consigo fazer a maioria das coisas tão bem quanto eu quero	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
4. Eu me sinto bem em relação a mim mesmo	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
5. Eu sinto que sou importante para os outros	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
6. Eu me sinto confortável com meus sentimentos e comportamentos sexuais	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
7. Eu tenho energia suficiente para fazer as coisas que eu quero fazer	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
8. Eu estou satisfeito com a minha aparência	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
9. Eu me sinto bem com a quantidade de estresse (problemas) em minha vida	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
10. Eu sinto que não tem problema se eu cometer erros	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
11. Eu sinto que minha vida tem sentido	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
12. As coisas que eu acredito (minhas crenças pessoais) me dão força	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
13. Eu sinto que a maioria dos adultos me tratam de forma justa	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
14. Eu sinto que estou recebendo atenção na medida certa por parte de minha família	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
15. Eu me sinto entendido pelos meus pais ou responsáveis	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
16. Eu me sinto útil e importante para minha família	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
17. Eu sinto que minha família se importa comigo	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
18. A minha família encoraja-me a fazer o melhor que posso	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
19. Eu sinto que estou me dando bem com meus pais ou responsáveis	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
20. Eu sinto que meus pais ou responsáveis permitem que eu participe das decisões importantes que afetam a minha vida	De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente

21. Eu me sinto sozinho em minha vida												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
22. Eu tento ser um modelo (exemplo) para os outros												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
23. Eu posso dizer aos meus amigos como realmente me sinto												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
24. Eu estou feliz com os amigos que tenho												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
25. Eu estou satisfeito com a minha vida social												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
26. Eu sinto que posso participar das mesmas atividades que os outros da minha idade												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
27. As pessoas da minha idade tratam-me com respeito												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
28. Eu sinto que me deixam de lado em razão de quem sou (do meu jeito)												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
29. Eu sinto que a minha vida está cheia de coisas interessantes para fazer												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
30. Eu gosto de tentar coisas novas												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
31. Eu gosto do local (região) onde eu vivo												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
32. Eu espero o futuro com expectativa (esperança)												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
33. A minha família tem dinheiro suficiente para viver uma vida adequada												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
34. Eu me sinto seguro quando estou em casa												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
35. Eu sinto que estou tendo uma boa educação (na escola)												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
36. Eu sei como conseguir as informações que necessito												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
37. Eu gosto de aprender coisas novas												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
38. Eu me sinto seguro quando estou na escola												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
39. Eu aproveito a vida												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Em grande parte
40. Eu estou satisfeito com o modo como minha vida está agora												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
41. Eu sinto que a vida vale a pena												
De maneira nenhuma	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Completamente
42. Comparado com outros da minha idade, eu sinto que a minha vida é...												
Muito pior que a dos outros	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito melhor que a dos outros



## ANEXO E – Avaliação de Sintomas de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – versão Professor (SNAP-P)

Avaliação do professor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome do aluno: \_\_\_\_\_

### 1. SNAP-MTA-IV

**INSTRUÇÕES:** Abaixo há uma série de afirmações acerca de como seu filho se comporta em uma série de situações. Leia cada frase cuidadosamente, e preencha o círculo com a melhor alternativa.

		Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1.	Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Não segue instruções até o fim e não termina deveres da escola, tarefas ou obrigações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Perde coisas necessárias para atividades (por exemplo: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Distrai-se com estímulos externos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	É esquecido em atividades do dia-a-dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Mexe com as mãos ou pés ou se remexe na cadeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Não pára ou freqüentemente está a "mil por hora"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Fala em excesso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Responde as perguntas de forma precipitada antes de elas terem sido terminadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Tem dificuldade de esperar sua vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo, mete-se nas conversas/jogos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Descontrola-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Discute com adultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras de adultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Faz coisas de propósito que incomodam outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	Culpa os outros pelos seus erros ou mau comportamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	É irritável ou facilmente incomodado pelos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	É zangado e ressentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.	É maldoso ou vingativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>