



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **Hábitos de Sono em Crianças do 1º Ciclo: Do conhecimento à intervenção do Enfermeiro em Saúde Escolar**

Tânia Alexandra Loureiro Marques, N.º 5766

Viseu, outubro, 2021





**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

**Hábitos de Sono em Crianças do 1º Ciclo:**

**Do conhecimento à intervenção do Enfermeiro em Saúde Escolar**

Tânia Alexandra Loureiro Marques N<sup>o</sup>5766

Estágio com Relatório Final: Saúde Escolar

5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Maria Odete Pereira Amaral

Viseu, outubro, 2021



*“Só há um segredo para parecer mais novo do que se é, há só um: dormir. É um segredo que só se descobre quando já é tarde, mas é verdade: o tempo que se passa a dormir não conta. Só se envelhece quando se está acordado.”*

Miguel Esteves Cardoso, in “Os meus problemas”



Dedico a vocês, filhos. Que me mostraram o caminho e com a vossa força de viver, me mostraram o verdadeiro significado do vosso nome, “forte como um leão” e “menina doce”, e me inspiraram, para que nos momentos mais difíceis não desistisse e norteasse o meu pensamento para o objetivo final. Foram sem dúvida o motor de busca de conhecimento sobre o tema que escolhi, “A Higiene do Sono”, para ajudar outras crianças e as famílias. Espero que daqui a alguns anos façamos juntos esta reflexão e que vos consiga dizer: “Sim, consegui nortear e levar a bom porto pessoas que passaram pelo mesmo que nós”.



## **Agradecimentos**

A elaboração do presente relatório só foi possível devido ao apoio e colaboração de outras pessoas a quem se deixa um reconhecimento especial, assim:

A ti, Gonçalo, amigo, companheiro e marido, és tu a peça fundamental para conseguir fazer aquilo a que me proponho. Dás-me os alicerces para que isso aconteça.

À minha família, aos meus sogros e aos meus pais que quando eu não pude estar, cuidaram dos meus filhos de forma exemplar.

À minha querida amiga Teresa que caminhou comigo lado a lado nesta etapa e me dizia: “tu consegues, amiga, e sabes isso, força”.

À Professora Doutora Odete Amaral pela orientação dada, atenção e disponibilidade demonstrada.

À Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Paula e Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Pureza, pelo acompanhamento e orientação ao longo do estágio.

A toda a equipa da UCC de Tondela, da USF de Tondela e USP de S. Pedro do Sul pela colaboração e contributos disponibilizados.

Aos meus colegas e amigos, à Joana pelo incentivo, afeto e amizade, demonstrados ao longo deste percurso.

A todos aqueles que direta ou indiretamente tornaram possível a concretização deste trabalho.

***A todos vós, o meu MUITO OBRIGADA!***



## Resumo

**Introdução:** Um padrão de sono adequado na infância é a pedra basilar para hábitos de sono e uma vida mais saudável em adulto. Evidências demonstram que o sono insuficiente e não reparador é frequente em crianças com consequências para a criança, família e comunidade. **Objetivos:** Avaliar os hábitos de sono de crianças dos 6-9 anos a frequentarem o Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro; identificar variáveis sociodemográficas associadas aos hábitos de sono das crianças e criar um projeto de intervenção. **Métodos:** Estudo transversal analítico com uma amostra de 58 pais/encarregados de educação, a maioria do género feminino e com uma média de idade  $38,29 \pm 5,49$  anos. Efetuámos a recolha de dados através do Questionário de Hábitos de Sono nas Crianças e questões sociodemográficas dos pais e crianças. **Resultados:** Quase 40% dos pais referiram que as crianças possuíam problemas de sono/latência de sono; 39,6% às vezes e/ou habitualmente adormecem a ver televisão e 32,8% às vezes e/ou raramente se deitam à mesma hora. Encontrámos associação entre a idade dos pais  $<38$  anos e a dimensão '*Perturbação respiratória do sono*' ( $p=0,021$ ) e o '*Índice de Perturbação do Sono Total*' ( $p=0,029$ ); e o género masculino e a dimensão '*Parassónias*' e o '*Índice de Perturbação do Sono Total*'. Foram as crianças do género feminino que apresentaram mais sonolência diurna. Comportamentos como 'adormecer a ver televisão'; 'adormecer na cama dos pais' ou 'ir a meio da noite ir para a cama dos pais' associaram-se a mais problemas de sono. **Conclusão:** Variáveis sociodemográficas dos pais e comportamentos/hábitos de sono das crianças associaram-se a piores índices de perturbação do sono. É fundamental a promoção das medidas de higiene do sono, capacitando crianças, família e comunidade. O diagnóstico permitiu criar um projeto de intervenção, com seis sessões dinâmicas para aplicar ao longo do ano letivo.

**Palavra-Chave:** Sono; Crianças; Intervenção; Saúde escolar; Enfermagem Comunitária.



## Abstract

**Introduction:** A proper sleep pattern in childhood is the cornerstone for sleep habits and a healthier adult life. Evidence shows that insufficient and non-repairing sleep is frequent in children with consequences for the child, family and community. **Objectives:** To evaluate the sleep habits of children aged 6-9 years attending the Tomaz Ribeiro Tondela School Group; to identify sociodemographic variables associated with children's sleep habits and to create an intervention project. **Methods:** This was a cross-sectional, analytical study with a sample of 58 parents/guardians, most of them female, with an average age of  $38.29 \pm 5.49$  years. We performed the data collection through the Sleep Habits Questionnaire in Children and sociodemographic issues of parents and children. **Results:** Almost 40% of the parents reported that the children had sleep/sleep latency problems; 39.6% sometimes and/or usually fall asleep watching television and 32.8% sometimes and/or rarely go to bed at the same hour. We found an association between parental age <38 years and the '*Sleep Disordered Breathing*' dimension ( $p=0.021$ ) and the '*Total Sleep Disturbance Index*' ( $p=0.029$ ); and male gender and the '*Parasomnias*' dimension and the '*Total Sleep Disturbance Index*'. It was the female children who had more daytime sleepiness. Behaviors such as '*falling asleep watching TV*'; '*falling asleep in the parents bed*' or '*going in the middle of the night to go to the parents bed*' have been associated with more sleep problems. **Conclusion:** Sociodemographic variables of parents and behaviors/sleep habits of children were associated with worse rates of sleep disturbance. It is essential to promote sleep hygiene measures, enabling children, family and community. The diagnosis allowed the creation of an intervention project, with six dynamic sessions to be applied throughout the school year.

**Keywords:** Sleep; Children; Intervention; School health; Community Nursing.



## Sumário

	<b>Pág.</b>
Lista de tabelas	
Lista de figuras	
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	
Introdução .....	21
1. Competências adquiridas .....	25
1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	25
1.2. Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária	37
2. Atividades realizadas .....	49
2.1. Estudo: Hábitos de Sono em Crianças do 1º Ciclo: Do conhecimento à intervenção do Enfermeiro em Saúde Escolar .....	53
2.1.1. Introdução .....	55
2.1.2. Métodos.....	65
2.1.3. Resultados .....	73
2.1.4. Discussão de resultados.....	83
2.1.5. Conclusões do estudo .....	89
3. Avaliação por competências.....	91
Considerações finais.....	95
Referências bibliográficas .....	97
Apêndices .....	107
Apêndice I – Projeto “ <i>Dormir para bem Sorrir</i> ”.....	109
Anexos .....	247
Anexo I – Questionário de Hábitos de Sono nas Criança .....	249
Anexo II – Autorização do Autor da versão portuguesa do CSHQ .....	255
Anexo III – Autorização da Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar do Ministério da Educação .....	257
Anexo IV – Autorização do Diretor do AE de Tondela Tomaz Ribeiro.....	259
Anexo V – Consentimento Informado .....	261



## Lista de tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra .....	68
Tabela 2 - Profissão dos pais.....	69
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica das crianças .....	73
Tabela 4 - Caracterização da deslocação das crianças para a escola .....	74
Tabela 5 - Perceção dos hábitos de sono nas crianças .....	75
Tabela 6 - Hábitos de sono e a idade da criança .....	76
Tabela 7 - Hábitos de sono segundo o género da criança .....	76
Tabela 8 - Hábitos de sono segundo a sua área de residência da criança.....	77
Tabela 9 - Hábitos de sono da criança segundo o género do encarregado de educação ....	77
Tabela 10 - Hábitos de sono da criança e a idade dos pais .....	78
Tabela 11 - Hábitos de sono na criança e possuir irmãos.....	78
Tabela 12 - Hábitos de sono na criança e deitar-se à mesma hora.....	79
Tabela 13 - Problemas de Sono nas crianças e o comportamento adormecer a ver televisão .....	79
Tabela 14 - Problemas de Sono nas crianças e o comportamento de adormecer na cama dos pais ou dos irmãos .....	80
Tabela 15 - Problemas de Sono nas crianças e o comportamento de resistir a ir para a cama na hora de deitar.....	81
Tabela 16 - Problemas de Sono nas crianças e o comportamento de ir para a cama dos pais, irmãos a meio da noite .....	81



## **Lista de figuras**

Figura 1 - Representação esquemática da relação entre as variáveis em estudo..... 67



## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ACeS DL	Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões
ADN	Ácido desoxirribonucleico
AE	Agrupamentos de Escolas de Tondela
ARS	Administração Regional de Saúde
cf.	conforme
cit. por	citado por
COVID – 19	Coronavirus Disease
CSHQ	Children’s Sleep Habits Questionnaire
DGS	Direção-Geral de Saúde
ECCI	Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ELSE	Equipa Local de Saúde Escolar de Tondela
Enf. <sup>a</sup>	Enfermeira
Enf. <sup>o</sup>	Enfermeiro
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
<i>et. al</i>	e outros
EUA	Estados Unidos da América
LC	Neurónios Noradrenérgicos
LED	Light Emitting Diode
NREM	No Rapid Eye Moviment
OE	Ordem do Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
p.	página
PES	Programa de Educação para a Saúde
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
pp.	páginas
REM	Rapid Eye Moviment
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RT-PCR	Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction
SARS-COV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome by Coronavirus 2

SDSC	Sleep Disturbance Scale for Children
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHO	World Health Organization

## **Introdução**

O presente relatório com componente de investigação insere-se na proposta metodológica do processo ensino/aprendizagem preconizado na Unidade curricular Estágio com Relatório Final do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Viseu - Instituto Politécnico de Viseu. O mesmo está estruturado para promover o desenvolvimento de diversas competências específicas: relacionais e comunicacionais adequadas a grupos e/ou comunidades educativas, cognitivas, interpessoais, científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Escolar (ESSV, 2019). O seu término e respetiva defesa em prova pública visa a obtenção do grau de mestre. No percurso da aquisição de competências, foi proposta a construção de um projeto de intervenção na comunidade escolar, desenvolvendo a metodologia e competências do planeamento em saúde e contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidades. A realização do estágio assumiu-se como mais um passo neste percurso e pretendia reunir os diferentes contributos de todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos e incluir os mesmos na prática diária dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

O relatório é um documento de carácter informativo e reflexivo, que pretende descrever o resultado do processo de aprendizagem, com a exposição de atividades ou intervenções realizadas num período de tempo, e efetuando a respetiva análise conclusiva (Pacheco, 2009). Segundo o autor Carneiro (2020), a formação contínua em enfermagem sempre consciente dos contextos e mudanças da sociedade atual, preocupa-se com a valorização da aprendizagem experiencial e procura incutir o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e práticos, sólidos e vinculados, de forma a cimentar e valorizar a prática de enfermagem.

Esta Unidade Curricular engloba o estágio no âmbito da Saúde Escolar que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Tondela sobretudo pela proximidade com o meu local de trabalho, mas também porque vivemos momentos únicos de grandes condicionalismos impostos às pessoas e instituições fruto da crise pandémica que estamos a atravessar e engloba também a realização de um relatório com as competências adquiridas, atividades desenvolvidas, a avaliação por competências e uma investigação. O estágio nesta área específica de Saúde Escolar permitiu-me desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e aprimorar um juízo

crítico fundamentado em evidências. Uma vez que, para desenvolver uma qualquer competência, as experiências devem ser acompanhadas por um processo reflexivo onde se deve associar a prática dos cuidados de enfermagem ao pensamento crítico e à evidência científica. Assim, podemos referir que o presente relatório foi elaborado tendo por base uma metodologia descritiva, exploratória e reflexiva e, inicialmente tenta explicar o percurso de aquisição de competências profissionais que permitam intervir no âmbito da prestação de cuidados especializados de acordo com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Irei realizar uma exposição clara e objetiva das atividades desenvolvidas; efetuar uma análise reflexiva e crítica das mesmas e das competências adquiridas. Posteriormente, apresento o estudo de investigação com a metodologia de planeamento em saúde desde o diagnóstico à criação do projeto “*Dormir para Bem Sorrir*”, no âmbito da saúde escolar. De referir que a investigação se inseriu numa das atividades realizadas para a aquisição de competências. Por fim, apresentamos as considerações finais onde será apresentada uma reflexão sobre o percurso delineado e concretizado através do estágio, os principais resultados da investigação, expondo as principais limitações e dificuldades encontradas.

Como enfermeira e em particular como mãe, a temática dos hábitos e higiene do sono em crianças sempre me suscitou interesse e desde o início decidi abraçar este desafio da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) (Professora Doutora Odete Amaral) e da UCC de Tondela, desde o diagnóstico da necessidade até à criação de um projeto. Este pretende no âmbito da saúde escolar implementar-se numa fase inicial em duas turmas piloto do 1º e 2º ano do 1º Ciclo do Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro e mais tarde chegar a outras turmas do concelho. Desta forma, o projeto vai de encontro aos indicadores definidos pela UCC de Tondela, relacionados com a proporção de turmas abrangidas pelo Plano Nacional de Saúde Escolar. Pois os professores e a comunidade escolar demonstraram especial interesse em abraçar este projeto e em dinamizá-lo pelo máximo de turmas possíveis, aumentando desta forma a intervenção da UCC com crianças no concelho de Tondela.

Dormir é um dos principais determinantes da saúde, assim como a alimentação e a atividade física, sendo que cerca de um terço da nossa vida é gasto a dormir (Mindell & Owens, 2015). O sono pode ser definido como um modo ativo, recursivo, repetitivo e desligado do ambiente físico, desempenhando uma função complexa na vida do indivíduo e indispensável à vida de todo o ser humano (Mindell & Owens, 2015). A definição de sono normal é subjetiva e complexa. Configura-se como um indicador importante de saúde em geral e de bem-estar, tratando-se de uma necessidade biológica básica com forte impacto na qualidade e longevidade das pessoas (Marques, 2017). Estudos têm mostrado que existe uma relação entre a qualidade do sono e as funções cognitivas, raciocínio, fatores

comportamentais e processos criativos, ou seja, uma boa higiene do sono é importante e fundamental para a qualidade de vida e bem-estar ao longo do ciclo vital. Além disso, o tempo e o período de sono afetam o funcionamento metabólico e neuroendócrino podendo, os distúrbios do sono e a curta duração do mesmo, aumentar a predisposição ao desenvolvimento de doenças cardíacas, hipertensão, obesidade e diabetes (Rezaei et al., 2017). Os distúrbios do sono podem afetar significativamente vários aspectos da qualidade de vida, tais como a saúde em geral, funcionamento físico, cognitivo e psicológico e interferir na realização das atividades de vida diária (Rezaei et al., 2017). A evidência, também, refere que é fundamental compreender cada vez melhor o sono nas diferentes faixas etárias, incluindo as consequências do sono não reparador, bem como os fatores protetores e de risco para um sono de qualidade. Estas questões assumem contornos especiais durante a infância, por se tratar de uma fase com alterações a nível biológico, psicológico e social. Estas alterações são determinantes do sono e, por sua vez, são igualmente determinadas pela qualidade de sono.

Assim e, de uma forma sucinta, este relatório inicia-se com uma reflexão sobre as competências adquiridas ao longo do estágio na UCC de Tondela; seguindo-se a descrição das atividades realizadas designadamente a investigação intitulada 'Hábitos de Sono em Crianças do 1º Ciclo: Do conhecimento à intervenção do Enfermeiro em Saúde Escolar' que culmina com a elaboração de um projeto de intervenção. Por fim apresentamos a avaliação das competências comuns e específicas do enfermeiro e as considerações finais.



## 1. Competências adquiridas

O enfermeiro é considerado especialista quando lhe são reconhecidas as competências científicas, técnicas e humanas, associadas aos cuidados de enfermagem especializados. Assim, uma competência é uma qualidade do enfermeiro que o capacita para a resolução de determinados problemas ou para poder exercer determinadas funções, tendo aptidão para o fazer, capaz de mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos e as capacidades que adquiriu com a sua especialidade. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), a prática de enfermagem deve ser desenvolvida com base na mais recente evidência científica, apresentando-se como líder para projetos de formação, de investigação e o dever de atualizar os seus conhecimentos dentro da área da sua especialização (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O trabalho em particular do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária objetiva a melhoria contínua da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, comunidades, sendo que nos é exigido uma conceção, implementação e avaliação de projetos de intervenção/ação como resposta às necessidades identificadas e uma monitorização de uma vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. Uma vez que, a promoção da saúde e a prevenção da doença estão inseridos nos diferentes contextos da nossa ação.

### 1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista são um conjunto de competências clínicas especializadas, que decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. O Regulamento n.º 140 (2019, p. 4745) define as competências comuns do enfermeiro especialista como sendo aquelas competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Segundo o mesmo Regulamento, as competências comuns do enfermeiro especialista assentam em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Seguidamente, tendo por base este Regulamento, será efetuada uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas em estágio que permitiram adquirir, cada uma das competências comuns do

enfermeiro especialista, enquadrando-as no seu respetivo domínio e unidade(s) de competência.

### ***Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal***

**Competência 1:** Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Unidades de competência:

- 1) Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;
- 2) Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade;
- 3) Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.

### **Reflexão sobre atividades desenvolvidas:**

O Código Deontológico do Enfermeiro foi publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril (integrando o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros), modificado pela segunda alteração estatutária efetuada pela Lei n.º 156 (2015, pp. 8059 – 8105) e publicada em Diário da República, Série I, n.º 181 de 16 de setembro de 2015. O desenvolvimento da profissão de Enfermagem tem-se realizado a vários níveis, com realce para a compreensão da responsabilidade ética e deontológica. A codificação, neste sentido, tem função normativa e vinculativa, dizendo respeito a todos os enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Deste modo, sendo esta competência transversal a todos os enfermeiros, pressupõem-se que nesta fase da minha evolução profissional esta competência esteja já adquirida, devendo, no entanto, que a mesma seja consolidada com a realização deste estágio, embora aqui numa perspetiva da prática especializada da enfermagem comunitária. Seguindo esta premissa, e tendo conhecimento do instrumento que orienta a minha prática do ponto de vista do dever e da responsabilização ética, moral e deontológica (decorrente do Código Deontológico do Enfermeiro), como futura enfermeira especialista e mestre ao longo do estágio procurei demonstrar uma prática profissional segura e ética, recorrendo a habilidades de tomada de decisão assente em princípios éticos e deontológicos da profissão.

Penso ter conseguido construir estratégias para a resolução de problemas em parceria com os recetores dos cuidados (quer fossem o utente, a família, grupos ou comunidade), adotando tomadas de decisão construídas no seio da equipa multidisciplinar, orientando essa mesma tomada de decisão na observância da deontologia profissional. A educação para a saúde e prevenção da doença abarca condicionalidades relativamente às questões éticas,

deontológicas, e o amadurecimento de competências profissionais com o avançar do tempo torna-se primordial para o desenvolvimento de um plano de cuidados específico. Relativamente à criança e à sua família, mostram-nos desafios éticos específicos inerentes à criança: como promover o interesse da criança, estabelecer uma relação empática e de confiança entre os profissionais e as intervenções/ações desenvolvidas com as mesmas, defendendo a privacidade da criança e da família (Nunes S. R., 2011). A criança assume um papel de vulnerabilidade por toda a sua conceção (desde física e psicológica), ou seja, ao pensar-se nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança, o desenvolvimento da sua autonomia torna-se difícil, bem como a sua tomada de decisão individual. O enfermeiro tem que assumir um compromisso com a criança, de forma a certificar estas várias dimensões, tanto da autonomia como do agir. O compromisso “significa que a responsabilidade de um sujeito da ação é inseparável da ideia de missão, no sentido de que existe uma determinada tarefa a cumprir” (Nunes L., 2006, p.5). Esta competência comum foi considerada em todas as atividades desenvolvidas em estágio, designadamente em atividades relacionadas com o planeamento em saúde, a vigilância epidemiológica, a integração e coordenação dos programas de saúde. Nomeadamente na execução da 1ª fase do breve diagnóstico de situação relativo ao projeto de intervenção “*Dormir para Bem Sorrir*”, na realização da vigilância epidemiológica, na prestação de cuidados conjuntamente com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), na colaboração e implementação do programa de Vacinação contra o vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome by Coronavirus 2* (SARS CoV-2). Enquanto profissional e futura enfermeira especialista e mestre foi-me confiada informação e uma diversidade de dados pessoais, os quais, quer ao abrigo do Código Deontológico do Enfermeiro (nomeadamente ao dever de sigilo consagrado no seu artigo 106), quer ao abrigo das Leis de Proteção de Dados Pessoais, concretamente a Lei n.º 58 (2019, pp. 3-40) e a Lei n.º 59 (2019, pp. 41-68) estou obrigada ao dever do sigilo profissional. Durante a realização do estágio liderei de forma efetiva processos de tomada de decisão ética na minha área de especialidade, desempenhando um papel de consultora quando os cuidados requeriam um nível de competência correspondente à minha área de especialidade e mestrado. Procurei ainda proceder à avaliação dos resultados obtidos decorrentes dos processos de tomada de decisão, partilhando a mesma com a enfermeira tutora.

Tanto o Código Deontológico do Enfermeiro, parte integrante do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo anexo II à Lei n.º 156 (2015, pp. 8059 – 8105), como também o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) plasmado no Decreto-Lei n.º 161 (1996, pp. 2959 - 2962) de 4 de abril constituem no seu conjunto os 2 diplomas preponderantes para o exercício da profissão de enfermagem em Portugal. Os mesmos devem servir de âncora, dando segurança

e estabilidade a todos os enfermeiros (de cuidados gerais, especialistas ou gestores) na prestação ou gestão diária de cuidados aos cidadãos. Ao longo do estágio, a minha prática especializada teve como base de sustentação estes dois documentos de referência para a profissão.

Por tudo o que descrevi anteriormente considero esta competência adquirida e consolidada após a realização deste estágio.

**Competência 2:** Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Unidade de Competência:

- 1) Promove a proteção dos direitos humanos;
- 2) Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

**Reflexão sobre atividades desenvolvidas:**

No sentido de desenvolver/aprofundar esta competência, ao longo do estágio pautei por uma prática baseada no respeito pelos direitos humanos, analisando e interpretando situações específicas de cuidados especializados, procurando gerir situações potencialmente comprometedoras para o utente/família ou grupo. Em diversas ocasiões respeitei o direito individual no acesso à informação, respeitei a confidencialidade e a segurança da informação adquirida enquanto profissional (quer escrita, quer oral), respeitei a privacidade do utente, o seu direito à livre escolha e à sua autodeterminação, respeitando ainda os seus valores, crenças e costumes. Procurei no seio da equipa, com êxito julgo, gerir práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa.

***Domínio da melhoria contínua da qualidade***

**Competência 1:** Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Unidade de Competência:

- 1) Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;
- 2) Orienta projetos institucionais na área da qualidade.

**Reflexão sobre atividades desenvolvidas:**

Segundo Dias (2014, p. 39), a necessidade de implementar sistemas de melhoria contínua da qualidade é fortemente assumida por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Conselho Internacional de Enfermeiros assim como por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde. Também a OE reconhece que a criação de sistemas de qualidade em saúde se revela uma ação prioritária. A qualidade e segurança dos cuidados são pilares para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, com uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º 5613, 2015). Nas várias atividades de estágio, foi essencial para mim conhecer a instituição no que respeita à sua política de cuidados, normas gerais e sectoriais, de forma a enquadrá-los na minha prática diária, procurando a excelência dos cuidados de saúde prestados com a máxima segurança e qualidade. É um dever de todos os profissionais, onde se incluem os enfermeiros, proporcionar a qualidade em saúde, é essencial que os cuidados de saúde respondam às necessidades das pessoas, que aperfeiçoem do ponto de vista da qualidade e que assumam uma cultura de eficiência relativa à escassez de recursos.

Com o desenvolvimento do projeto de intervenção, o mesmo poderá afirmar-se como um contributo para a melhoria contínua da qualidade, foram desenvolvidas várias atividades que resultaram em suporte informativo e físico a serem utilizados pelos profissionais (poster, diferentes jogos e manuais de regras, música e letra sobre o tema, projeto escrito com base no conhecimento científico), demonstrando-se medidas promotoras de melhoria contínua com influência na qualidade da promoção da saúde, nomeadamente na saúde escolar prestada à criança, família e comunidade escolar.

**Competência 2:** Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Unidade de Competência:

- 1) Avalia a qualidade das práticas clínicas;
- 2) Planeia programas de melhoria contínua;
- 3) Lidera programas de melhoria contínua.

**Reflexão sobre atividades desenvolvidas:**

A OMS refere-se a cuidados de saúde de qualidade aos que contemplam um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos e resultados de saúde para os utentes e ainda com eficiência na utilização dos recursos [World Health Organization (WHO), 2006]. Como objetivos fundamentais das políticas de melhoria contínua da qualidade em cuidados

de saúde, a OMS aponta a promoção da saúde das populações, a estruturação dos serviços de saúde, a utilização racional e eficiente dos recursos tanto humanos, físicos como financeiros disponíveis e a garantia da competência profissional prestada aos cidadãos por forma a satisfazer plenamente as suas necessidades (WHO, 2006). Para Dias (2014, p. 39) é nesta linha, que sistemas de melhoria contínua da qualidade são implementados como sistemas organizados para melhorar, de forma constante, procedimentos, resultados e serviços prestados pelas organizações de saúde, independentemente do melhor ou do pior desempenho atingido, por forma a exceder permanentemente o nível conseguido. Para Maia et al. (2011) citado por Dias (2014, p. 39) a qualidade não é um atributo abstrato, mas algo com atributos comuns que assenta em pilares de eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A qualidade associada aos cuidados de saúde deve ser definida à luz das normas técnicas dos prestadores e das expectativas dos clientes (Dias, 2014, p. 39). Tendo como referência a última frase da autoria de Dias (2014), ao longo do estágio executei um conjunto de atividades / intervenções junto do utente, família ou grupos tendo por base um conjunto de normas elaboradas pela Direção-Geral de Saúde (DGS). Normas essas, elaboradas e baseadas na mais recente evidência científica relativa à temática. Na minha prática no âmbito do estágio, pude consolidar o desenvolvimento da procura de qualidade e da sua implementação colaborando em programas de melhoria contínua. Falo particularmente ao nível das visitas domiciliárias realizadas pela ECCI, na vigilância epidemiológica, no programa nacional de vacinação da *Coronavirus Disease* (COVID 19) e na participação de pequenos projetos a decorrer no âmbito da saúde escolar, nomeadamente na colaboração da realização da DICA - Escolar implementada pela Saúde Escolar em Casa da Administração Regional de Saúde (ARS) Centro, publicada mensalmente com diferentes temas em colaboração com as diferentes entidades. A ESSV em parceria com a UCC de Tondela desenvolveu a DICA escolar do mês de maio sobre a importância do sono em adolescentes / jovens e a patologia cardíaca. Aceite e enviada também para a DGS por sugestão da ARS Centro.

Com a evolução da pandemia provocada pelo SARS CoV-2 foi necessário adaptar a minha atividade profissional e académica tendo em conta todas as “Normas e orientações” emanadas pela DGS. Pois, devido ao surgimento diário de novos conhecimentos e de novas evidências científicas relativamente a esta doença, verificaram-se alterações constantes das mesmas, cuja implementação está a cargo dos profissionais que diariamente contactam com a população. Estas atualizações requereram da minha parte uma constante leitura e incorporação dessas mesmas orientações na minha prática especializada diária em contexto de estágio em particular no processo de vacinação da COVID 19.

**Competência 3:** Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Unidade de Competência:

- 1) Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos;
- 2) Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou unidades funcionais.

**Reflexão sobre atividades desenvolvidas:**

O enfermeiro especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e à gestão do risco. A sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais como partes integrantes das percepções de segurança de cada indivíduo, por parte do enfermeiro especialista ajudam a garantir uma prestação de cuidados em ambiente terapêutico e seguro potenciando a eficácia das suas intervenções. Assim, a probabilidade de adesão aos cuidados prestados / intervenções e atividades desenvolvidas por parte do recetor dos cuidados melhora. O envolvimento de família ou outros pares com o objetivo de assegurar a promoção da saúde e a satisfação das necessidades pode igualmente constituir uma intervenção necessária no alcance das metas delineadas.

Durante o estágio, por diversas vezes foi necessário recorrer a estas habilidades / competências no sentido de aumentar a probabilidade de êxito das minhas intervenções, na consecução da(s) meta(s) objetivadas. Em contexto da realização de vigilância epidemiológica, no processo de vacinação contra o vírus SARS CoV-2 da comunidade, na prestação de cuidados aos utentes no âmbito da ECCL, quer mesmo também na construção e desenvolvimento do projeto de intervenção na área da saúde escolar. Uma vez que, todas as intervenções e atividades foram delineadas tendo em conta a segurança e proteção dos intervenientes e a gestão do risco ao nível institucional. A baixa literacia em saúde, o défice de conhecimentos sobre a importância de promoção da saúde e prevenção da doença são fatores relevantes que tive de ter em conta em toda a minha prática profissional durante o estágio. Colocando-se a questão: a que estratégias recorrer para promover a adesão do utente / família / grupo e comunidades aos cuidados / intervenções a implementar? Não existe um procedimento, com etapas bem delineadas para atingir essa meta! Mas a utilização de uma linguagem “simples”, “objetiva”, com um tom de voz “serena”, “calma”, com a utilização de frases curtas e proferidas de uma forma pausada, no esclarecimento das dúvidas do utente/família/comunidade relativamente ao seu processo de saúde-doença foi um dos meus recursos na tentativa de melhorar a minha prestação diária de cuidados e na promoção da

saúde no âmbito do desenvolvimento e planeamento de intervenções adequadas à comunidade. A comunicação em saúde diz respeito à “utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde” (Teixeira, 2004, p. 615). Podem ter finalidades muito diferentes. Neste caso, o objetivo foi “sugerir e recomendar mudanças de comportamento” (Teixeira, 2004, p. 615). A comunicação é utilizada transversalmente em saúde, com pertinência em contextos muito diferentes, a construção da mensagem pode ser considerada como atividade de educação para a saúde, potenciando comportamentos saudáveis (Teixeira, 2004). Assim, comunicação e informação encontram-se intimamente ligadas entre si, a comunicação “(...) é um acto de transmissão cujo produto é a informação (...) se a informação é a medida da complexidade, a comunicação é o transporte dessa complexidade” (Figueiroa-Rêgo, 2003, p.37). Uma boa comunicação enaltece a educação nos cuidados de saúde, assim como o aconselhamento, resultando em cuidados mais apropriados. A efetividade da comunicação interpessoal também traz benefícios no sistema de saúde, tornando-o mais eficiente e rentável (Dingley et al., 2008).

Relativamente à gestão do risco considero que desenvolvi esta competência de forma contínua, sendo aperfeiçoada ao longo do estágio. Em todas as minhas intervenções esta competência esteve presente e foi tida em conta, pois não se pode prestar cuidados e desenvolver atividades de promoção para a saúde sem efetuar a gestão do risco para todos os envolvidos.

Segundo o autor Melo (2020, p. 126) existe uma estreita e importante relação entre a vigilância epidemiológica e a coordenação de programas e projetos, pois uma alimenta o diagnóstico, a definição de objetivos e a avaliação dos resultados, no que concerne aos ganhos em saúde pública alcançados com o desenvolvimento desses mesmos programas / projetos, que estruturam o processo da outra. E outra questão importante: o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é um agente ativo neste processo na medida em que, seja em que contexto for, mas neste em particular, o desempenho das suas funções exige, no processo de tomada de decisão clínica, que tem como alvo as comunidades ou as populações, a utilização dos métodos alicerçados na epidemiologia para descrever, compreender, planear e antecipar estratégias de intervenção no contexto da gestão dos projetos ou programas de saúde (Melo, 2020, p. 126). Durante a realização do estágio a utilização de equipamento de proteção individual como seja a utilização de luvas, bata descartável e máscara cirúrgica durante os atos de vacinação da COVID 19, nas visitas domiciliárias ou mesmo a contínua utilização de máscara cirúrgica durante a realização do estágio constituem medidas preventivas no âmbito do controlo / gestão de riscos profissionais.

O sucesso do desenvolvimento e consolidação de competências ao longo do estágio foi o reflexo da sensibilidade que o enfermeiro demonstra no respeito pelas características culturais, necessidades espirituais, crenças e necessidades individuais de cada sistema familiar, proporcionando cuidados centrados na família / comunidade, possibilitando o envolvimento da mesma na resposta às necessidades dos utentes, sendo visto como um todo.

### ***Domínio da gestão dos cuidados***

**Competência 1:** Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Unidade de Competência:

- 1) Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;
- 2) Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

**Competência 2:** Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Unidade de Competência:

- 1) Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados;
- 2) Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

### **Reflexão sobre atividades desenvolvidas:**

A gestão dos cuidados de saúde tem que ter em conta as necessidades do utente, a segurança e a autonomia. Existem duas dimensões da gestão dos cuidados, uma que recai sobre a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem, e outra que recai na intervenção para as necessidades de cuidado do utente (Mororó et al., 2017). A gestão dos cuidados pode ser considerada como “a arte de fazer acontecer e obter resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados” (Mororó et al., 2017). A liderança na enfermagem tem que ser vista como liderança para o cuidado. A oportunidade de realizar estágio em diferentes contextos fez-me perceber que a gestão de cuidados garante a segurança e qualidade dos cuidados, pois adequam-se os recursos às necessidades de cuidados. Outro aspeto relevante, é o facto de os enfermeiros orientadores serem especialistas e mestres com um grau diferenciador dentro das equipas, na medida em que observei a efetiva gestão de cuidados por parte dos orientadores, foi favorecido em certa medida o desenvolvimento da competência da gestão dos cuidados, nos diferentes contextos,

através da gestão que os próprios sempre demonstraram na sua atividade diária. Na UCC diariamente eram planeadas as atividades de todos os elementos da equipa para o desenvolvimento daquele turno de forma fluente. Desde início, que eram estabelecidas prioridades e os recursos humanos e materiais eram distribuídos tendo em conta o panorama diário. Foi percecionado em todos os locais a falta de enfermeiros, essa falta de recursos acionava a delegação de tarefas pelos elementos da equipa. Ao delegar-se, além de colmatar necessidades, também se demonstrava-se confiança na equipa. Além disso, mostrava-se com uma estratégia também para motivar a equipa, pois o delegar era feito em forma de elogio à eficiência da equipa quando a chefe de equipa não conseguia estar em todos os papéis que deveria estar.

Numa visão mais abrangente da perceção da gestão dos cuidados, estive uma manhã a observar e a colaborar ativamente com o/a Enfermeira coordenadora da UCC enquanto geria os recursos, tanto a nível material como humanos. Os pedidos que realiza, tanto em farmácia como em armazém de consumo clínico e não clínico, para que não houvesse rotura de stock dos bens utilizados pela sua equipa. Observou-se a existência de uma média diária de gastos de materiais existentes no serviço, o que facilita a realização dos pedidos. A enfermeira enquanto gestor integra as comissões de escolha de materiais, dando o seu parecer técnico relativamente aos materiais e equipamentos a escolher.

Em síntese, a gestão de cuidados está implícita nos padrões de qualidade, em que um dos enunciados é “a organização dos cuidados de enfermagem: na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2011), fundamental para o funcionamento das diferentes unidades de saúde.

### ***Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais***

**Competência 1:** Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Unidade de Competência:

- 1) Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;
- 2) Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

**Competência 2:** Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica.

Unidade de Competência:

- 1) Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho;
- 2) Suporta a prática em evidência científica;

- 3) Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

**Reflexão sobre atividades desenvolvidas:**

O processo de desenvolvimento do autoconhecimento e a praxis clínica da especialidade assenta em padrões de conhecimento. Epistemologicamente, a enfermagem como ciência humana envolve vários padrões de conhecimento. É uma ciência que tem uma prática baseada em evidência, experiência, intuição e ponderação pessoal (Queirós, 2014), pois “o saber de enfermagem caracteriza-se epistemologicamente como um conhecimento prático que, por sua própria natureza é pessoal e tácito (...). Este saber prático reflexivo existe na ação profissional de maneira implícita e pessoal, desenvolvendo-se numa realidade complexa” (Queirós, 2014, p. 778). O autoconhecimento e assertividade foram relevantes em todo o processo de evolução. Foram vivenciadas experiências que foram alvo de reflexão constante, tanto individualmente, como com a enfermeira orientadora e a professora da ESSV, facilitadores do processo de autoconhecimento e pensamento crítico. Permitindo o meu desenvolvimento tanto pessoal como profissionalmente nas relações multidisciplinares e com os utentes / família / grupo / comunidade com base na assertividade inerente aos processos de comunicação verbal e não verbal que caracteriza o enfermeiro.

A minha adaptação individual e organizacional foi, na minha visão, atingida de uma forma célere e completa. Na minha perspetiva, na segunda semana de estágio, encontrava-me muito bem integrada quer no seio da equipa multidisciplinar, ao nível das suas dinâmicas de trabalho, quer ao nível da dinâmica de trabalho organizacional, incluindo na articulação com as demais unidades funcionais.

Ao longo do estágio a implementação das diversas intervenções / atividades, por exigirem a construção e manutenção de uma reflexão empática e terapêutica com os utentes/famílias/comunidades possibilitaram-me desenvolver e melhorar estas competências. Ainda neste âmbito, a prática reflexiva permitiu-me tomar consciência dos meus limites pessoais e profissionais. A tomada de consciência dos recursos e limites pessoais / profissionais são essenciais para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e enquanto enfermeira (seja de cuidados gerais, ou como futuro especialista e mestre), para assim potenciar os resultados das intervenções junto do recetor dos cuidados. A constante revisão de literatura, permitiram-me não só alargar o leque dos meus conhecimentos teóricos na área da vigilância epidemiológica, vacinação da COVID 19 e na área da saúde escolar, como serviu de suporte às minhas intervenções realizadas no decorrer do estágio. Por outro lado, a partilha de experiências, dificuldades, angústias com a enfermeira tutora enriqueceram de igual forma o meu percurso formativo.

Neste campo do desenvolvimento das capacidades de aprendizagens profissionais contribuiu este caminho realizado ao longo do curso de mestrado. Neste sentido, procurei realizar a par com o percurso académico, outras formações que enriquecem o meu percurso profissional. Uma vez que, enquanto enfermeira, a procura pelo conhecimento deve ser constante no sentido do desenvolvimento pessoal e profissional. Assim, pude participar em algumas sessões *online* sempre que possível, nomeadamente: o processo de vacinação a decorrer da COVID 19 e a sua logística (sessão ministrada pela ARS a todos os profissionais envolvidos das diferentes instituições); “A família como alvo de cuidados: Comunicação entre equipas e referenciação”; “Revisão Sistemática da Literatura”, “Programa de Análise Qualitativa NVIVO”, “A Família e as suas Dinâmicas: o MDAIF na Prática” e “Mediação Familiar & Parentalidade Positiva” promovidas pela ESSV.

Outro aspeto considerado no âmbito do desenvolvimento desta competência comum do enfermeiro especialista é o reconhecimento e antecipação de situações de eventual conflitualidade. Neste campo, acredito plenamente que o executei com êxito e com elevado sentido de responsabilidade. Recorri a um princípio basilar que me acompanha no dia-a-dia e o qual procuro evitar: hostilidade só gera hostilidade. Para que tal se verificasse, utilizei técnicas comportamentais (postura corporal) e de comunicação (linguagem com discurso pausado, calmo e apaziguador) com o objetivo de aumentar a probabilidade de adesão do recetor dos meus cuidados e às minhas intervenções.

No desempenho das minhas funções, com o decorrer do estágio, fui um agente facilitador da aprendizagem no seio da equipa multidisciplinar. Relativamente ao desenvolvimento do projeto de intervenção no âmbito da saúde escolar, toda a sua construção foi assente em evidência científica, em conhecimento válido, atual e pertinente. No âmbito do projeto, atuei como formadora nos diferentes contextos de trabalho, foi possível diagnosticar as necessidades formativas que existiam relativamente à área do projeto, favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de intervenções, o que possibilitou o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros e educadores aquando da aplicação do projeto nas escolas.

Nos diferentes contextos, identifiquei lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, de forma a atuar como dinamizadora da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados. Estas unidades de competências foram demonstradas ao longo de todo o estágio realizado nos diferentes contextos, quer ao nível da elaboração do projeto de intervenção, quer por exemplo no âmbito da vacinação da COVID 19 na qual participei ativamente na procura de informação sobre a população-alvo da vacina, os critérios de inclusão, a identificação da vacina, o esquema vacinal, as principais características da vacina, fármaco-vigilância, atuação em caso de reação anafilática, vacinação

em circunstâncias especiais, contraindicações / precauções, reações adversas, conservação da vacina, dose, via e local de administração da mesma e sua compatibilidade.

## 1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

As competências específicas são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140 de 2019, p. 4745). O Regulamento n.º 428 (2018, pp. 19354 - 19359) publicado em Diário da República, 2ª série, n.º 135 de 16 de julho no seu artigo 2.º define as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. As mesmas encontram-se consagradas em quatro grandes domínios descritos seguidamente: planeamento em saúde; capacitação de grupos e comunidades; coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário; vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

O estágio na UCC de Tondela na área da saúde escolar focou-se essencialmente ao nível da aplicação de conhecimentos para a consolidação e desenvolvimento de competências no âmbito do planeamento em saúde com a elaboração de um projeto de intervenção na área da saúde escolar, tendo em conta as limitações de atuação decorrentes da pandemia por SARS-COV-2. No entanto, pude igualmente participar entre outros, no processo de vacinação da COVID 19, nas vigilâncias epidemiológicas, nas visitas domiciliárias dos utentes da ECCI. Recorrendo a estratégias como a pesquisa bibliográfica, assimilação de conhecimento e aos ensinamentos proporcionados pela enfermeira tutora julgo que consegui consolidar a minha formação com aptidões e competências nestas áreas. Desta forma, com base no Regulamento n.º 428 (2018, pp. 19354 – 19359), será realizada uma reflexão individual por cada uma das quatro competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, desenvolvidas no decurso do estágio, enquadrando ainda as respetivas unidades de competência.

**Competência 1:** Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade. Unidades de Competência:

- 1) Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade;
- 2) Estabelece prioridades em saúde de uma comunidade;
- 3) Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;

- 4) Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;
- 5) Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

### **Reflexão sobre atividades desenvolvidas:**

O planeamento em saúde é um conceito com origem no processo administrativo, que tal como descreveu Chavienato (1985) citado por Melo (2020, p. 3) consiste num conjunto de funções, tais como planear, organizar, dirigir e controlar. Quando aplicado ao setor da saúde, Imperatori e Geraldês (1983) citados por Melo (2020, p. 3) realçam a importância do planeamento em saúde, salientando como fatores da sua relevância a escassez de recursos, a importância da intervenção nas causas dos problemas e os custos associados a intervenções mal planeadas, com a importância de priorizar para otimizar recursos e ser, assim, custo-efetivo. Garante-se, desta forma, a eficiência das intervenções em saúde. A metodologia do planeamento em saúde compreende assim uma primeira etapa major, que compreende a elaboração do plano, a qual se subdivide nas seguintes sub-etapas: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas / projetos e a preparação da execução. As restantes etapas major são a execução do plano e a avaliação do mesmo (Imperatori & Giraldes, 1983 citado por Melo, 2020, p. 3). O diagnóstico de situação é a primeira etapa do planeamento em saúde e este processo tem por base a análise dos principais indicadores e determinantes em saúde, assim como indicadores socioeconómicos e ambientais, disponíveis nas diversas fontes de informação disponíveis (Melo, 2020, pp. 3-34). A elaboração do diagnóstico de situação permite definir as necessidades em saúde dessa comunidade e definir assim o seu perfil de saúde. A elaboração do perfil de saúde de uma comunidade permite definir as prioridades em saúde dessa mesma comunidade, formular objetivos / metas e pré-estabelecer estratégias. Uma das possibilidades de efetuar a priorização em saúde dos problemas identificados é através de uma matriz que tem em consideração 3 critérios: magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Após esta etapa são formulados objetivos e estratégias de acordo com as necessidades prioritizadas, tendo em consideração os recursos disponíveis, que permitam medir as mudanças desejáveis e obter ganhos em saúde. Com estas etapas definidas, estabelecem-se programas e projetos de intervenção no sentido de atingir as metas propostas, sendo realizado posteriormente a avaliação dos mesmos (Melo, 2020, pp. 3-34).

Ao iniciar o estágio tive a oportunidade de consultar e de fazer uma leitura atenta do perfil de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões (ACeS DL), o qual se assume como o instrumento auxiliar da tomada de decisão local. Após a consulta do Plano

Local de Saúde do ACeS Dão Lafões 2018-2020 (ACeS DL, 2019, p. 19), destacam-se os cinco problemas de saúde prioritários deste ACeS são eles: as doenças cerebrovasculares (incluindo a hipertensão arterial), a diabetes mellitus, os tumores malignos, a alteração do metabolismo dos lípidos / excesso de peso / obesidade e, por último, as perturbações depressivas. No que diz respeito à saúde escolar, consultei o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) de 2015 sendo o instrumento orientador das políticas nacionais de promoção da saúde no meio escolar. Este foi concebido tendo em conta a reorganização estrutural e funcional do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O PNSE de 2015 determina que “todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar”. Os objetivos gerais do mesmo visam: promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa; contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde; promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as e estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar. Ainda relativamente à saúde escolar pude consultar o último Programa de Promoção e Educação para a Saúde referente ao ano letivo 2017/2018 do Agrupamentos de Escolas de Tondela (AE Tondela, 2017, p. 3-4). Da sua leitura, destacam-se as áreas temáticas prioritárias, sendo elas: saúde mental e prevenção da violência; educação alimentar e atividade física; comportamentos aditivos e dependências; afetos e educação para a sexualidade, em todas elas se pretende o desenvolvimento de um conjunto de intervenções no âmbito da promoção e proteção da saúde em meio escolar. Embora nas áreas anteriormente citadas, não esteja de forma direta identificada a problemática dos hábitos de sono das crianças e jovens, este problema tem vindo a ser referenciado em anos sucessivos como uma preocupação presente para profissionais de saúde, educadores e pais. Contudo, este problema poderá estar relacionado e afetar as áreas temáticas consideradas prioritárias. Neste sentido, foi realizado um diagnóstico de situação / estudo efetuado pela UCC e pela ESSV na pessoa da Professora Doutora Odete Amaral relativamente aos hábitos de sono em crianças do Agrupamento de Escolas (AE) de Tondela efetuado no ano letivo 2018/2019. Os principais resultados obtidos numa amostra de 108 crianças revelaram que, é difícil ir para a cama à noite, onde 3,7% das crianças responde que habitualmente (5-7 noites por semana) é difícil ir para a cama; 37,0% referiram que às vezes (2/4 noites por semana) e 59,3% raramente ou nunca (1/0 noites por semana). Relativamente, à hora de deitar e levantar durante a semana, em média, as crianças referiram deitar-se às 21h:34min±29 min e levantar-se às 07h38min±24 min, no fim de semana as crianças afirmaram deitar-se e levantar-se mais tarde, em média, deitam-se às 22h:25 min ±45min e levantam-se às 09h:01min±01h:04min. De uma maneira geral, a maioria

das crianças / jovens referiram que dormem 10 horas (45,4%), 36,1% aproximadamente 9 horas; 13,0% aproximadamente 8 horas e 5,6% aproximadamente 7 horas. No mesmo estudo, quando se perguntou quantas vezes adormecem ou lhes dá sono, durante as aulas, 78,6% respondeu nunca, 14,6% raramente, 5,8% por vezes e 1% sempre. A maioria das crianças também referiu que nunca lhes dá sono enquanto fazem os trabalhos de casa, assim, 76,9% respondeu que nunca; 13,5% raramente; 8,7% por vezes e 1,0% frequentemente. No seguimento das questões, 66,3% das crianças mencionou que geralmente está bem desperto durante o dia, 18,3% frequentemente; 10,6% por vezes e 4,8% raramente ou nunca. De manhã as crianças afirmam que precisam de alguém que os acorde, dos quais 31,1% sempre; 23,3% frequentemente; 16,5% por vezes; 21,4% raramente e 7,8% nunca precisa que alguém os acordem. Quanto à questão 'quantas vezes pensas que precisas de dormir mais', 12,9% referiu sempre, 5,0% frequentemente; 26,7% por vezes; 30,7% raramente e 24,8% nunca. Com este levantamento de dados justificou-se a escolha do tema para o projeto de intervenção e pude dar início à sua construção no âmbito da temática da higiene do sono em crianças do 1º Ciclo. Assim, a participação no programa de Saúde Escolar com a criação do projeto "*Dormir para Bem Sorrir*" permitiu um crescimento no meu processo de capacitação pessoal e profissional, na medida em que é uma área rica em experiências novas no contexto profissional, enriquecendo a capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar, pautada por uma intervenção sustentada na definição das políticas de saúde. A monitorização de programas de saúde como é a Saúde Escolar, contribuiu para coordenar a promoção, a implementação e a monitorização de atividades do programa de saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Na relação com os professores procurei otimizar e maximizar os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes à intervenção de enfermagem comunitária. O projeto será aplicado e integrado na saúde escolar no próximo ano letivo nas turmas do 1º Ciclo do Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro e futuramente se os recursos da Equipa Local de Saúde Escolar de Tondela (ELSE) e restantes autores do projeto, a ESSV (Professora Odete Amaral e estudante de Enfermagem) o permitirem o mesmo deverá abranger outras escolas do 1º ciclo do concelho. Dando continuidade à intervenção desenvolvida, ressalva-se a cooperação e o apoio da Direção do Agrupamento e da respetiva Escola e da equipa do Programa de Educação para a Saúde (PES) que permitiu recrutar conhecimentos de capacidade de trabalhar de forma adequada em equipa multidisciplinar. Como contributos para a UCC importa salientar que a intervenção na escola deu resposta à atividade planeada no seu Plano de Ação na área da saúde escolar – promoção da higiene do sono em crianças em idade escolar, proporcionando efetivos ganhos em saúde. A intervenção de enfermagem planeada, teve sempre por base uma metodologia científica,

através da revisão da literatura, que possibilitou conhecer intervenções de enfermagem comunitária desenvolvidas na atualidade na promoção da saúde no âmbito da higiene do sono em crianças, fomentando as intervenções e atividades pensadas para realizar com a população alvo, não esquecendo a importância da sensibilização e envolvimento dos pais / família e comunidade escolar para o sucesso do projeto na promoção da saúde escolar.

Após este estágio consigo perceber que nenhum programa ou projeto de intervenção surge de forma aleatória, sendo estruturado com uma base metodológica por forma a rentabilizar recursos, cuja finalidade é a de obter ganhos em saúde. Na prática, acabei por aplicar estes conceitos e as etapas do planeamento em saúde através da criação de um projeto de intervenção. Portanto, posso afirmar que consegui desenvolver esta competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Concluo esta minha reflexão, referindo que me considero mais competente no desenvolvimento de programas e/ou projetos em saúde utilizando para tal a metodologia do planeamento em saúde.

**Competência 2:** Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.  
Unidade de Competência:

- 1) Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;
- 2) Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas;
- 3) Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.

**Reflexão sobre atividades desenvolvidas:**

A capacitação de grupos e comunidades visando a promoção da saúde e a prevenção da doença assenta, na minha opinião, no empoderamento pessoal, organizacional e comunitário. E neste âmbito a literacia em saúde quer seja individual / familiar, de grupo ou de uma comunidade é fundamental. A génese da capacitação e da promoção da saúde remonta à Carta de Ottawa datada de 1986 onde a OMS propôs a definição de promoção de saúde como sendo “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (OMS, 1986, p. 1). Melo (2020, p. 43) fala-nos no conceito de empoderamento comunitário, conceito que tem vindo a ser estudado desde a década de 80 do século XX até aos dias de hoje por diversos autores” o empoderamento de Spreitzer (1995)” refere que o mesmo pode ser distinguido em três níveis. O empoderamento individual ou interpessoal, que ocorre quando indivíduos singulares se auto percebem como detentores de recursos e forças para controlar o rumo das

suas vidas e a solução dos seus próprios problemas; ou interpessoal quando este é desenvolvido num contexto relacional, resultado da percepção que os indivíduos têm de si nas suas interações com os ambientes e as outras pessoas. Um segundo nível - o empoderamento organizacional - em que as organizações comunitárias, independentemente de serem públicas ou privadas, promovem a partilha do poder decisório e da liderança, tornando a resolução dos problemas nas comunidades ou organizações mecanismos partilhados de gestão dos recursos e forças (Melo, 2020, p. 43). E por último, o empoderamento comunitário, processo pelo qual as pessoas – individualmente ou coletivamente (no caso, as organizações) – por meio de processos participativos, constroem estratégias e ações para atingir os seus objetivos. A consecução dos objetivos traçados na comunidade exige uma contínua procura e aquisição de recursos (internos ou externos), a participação nas decisões que afetam a comunidade e o fortalecimento das organizações que fazem a mediação pela comunidade com outros atores e instituições (Melo, 2020, p. 43). O empoderamento é no fundo o adquirir de conhecimentos e competências por parte dos indivíduos que lhes permite ser responsáveis e tomar decisões acerca da sua saúde. É princípio do enfermeiro ajudar as pessoas, informando-as e dando-lhe ferramentas que as capacitem a tomar decisões conscientes e responsáveis. Desta forma, numa comunidade empoderada as pessoas são capazes de agir coletivamente e atuar sobre os determinantes em saúde e na qualidade de vida da população / comunidade. Por outro lado, é na comunidade capacitada que as pessoas e as organizações aplicam os seus recursos materiais e humanos visando a resolução dos seus problemas e necessidades em saúde (WHO, 1998).

É competência do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária capacitar o indivíduo / família, grupos ou comunidades para incrementarem o controlo e melhoria sobre a saúde. Em linha com este facto está como é sabido o conceito de “*empowerment*” e leva-me para a reflexão sobre a postura que adotamos em relação à nossa própria saúde. As decisões tomadas e o caminho seguido por cada um, é um direito seu, contudo deverá existir o dever de proteger a sua saúde sendo que os indivíduos devem ser responsáveis pelas escolhas que fazem. Assim, os profissionais de saúde devem facilitar a integração dos indivíduos no processo de decisão e planificação dos cuidados de saúde. Por conseguinte, a intervenção de âmbito comunitário deve ter por base a metodologia do planeamento em saúde, esta preconiza a realização do diagnóstico de situação, com a identificação justificada dos problemas e necessidades em saúde. Necessidades essas que precisam de ser priorizadas, de acordo com a definição de objetivos e de estratégias de intervenção. Após a etapa de concretização, realiza-se a avaliação, podendo surgir diagnósticos futuros (Imperatori & Giraldes, 1993).

Com a elaboração de todo o trabalho de organização do projeto, foi possível colocar em prática as orientações para promover o tão expresso “*empowerment*”. Especificamente posso falar das reuniões realizadas com a equipa de Enfermagem onde existia a possibilidade de discutir e redefinir estratégias baseadas na prática diária, experiência da equipa e conhecimento científico. Sobretudo no que diz respeito à construção das atividades e intervenções criadas para as crianças no projeto desenvolvido “*Dormir para Bem Sorrir*”, objetivando a educação para a saúde no âmbito da saúde escolar, sensibilizando e fomentando o conhecimento das crianças, pais, educadores e comunidade escolar para o tema do projeto, capacitando os mesmos com a finalidade de os preparar para tomar decisões responsáveis. Pois, no que se refere às crianças, o Programa Nacional de Saúde Escolar, sugere que a escola tem o dever de educar para outros valores como a promoção da saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, para além da aquisição de conhecimento organizado por disciplinas. A escola é considerada como sendo um local seguro e saudável, responsável pela promoção e manutenção da saúde de toda a comunidade educativa e pela aquisição de competências que promovam a autonomia dos alunos (DGS, 2015).

A Saúde Escolar tem um percurso importante na promoção da saúde e prevenção da doença no meio escolar, onde se reconhece a importância da interação entre o ambiente e as pessoas para criar um padrão de saúde. A interação entre as pessoas, família, escola e comunidade são espaços importantes da sua vida diária e muito importantes para a promoção da saúde. Para a Direção Geral de Saúde (DGS), a primeira mudança no paradigma da Saúde Escolar foi a Carta de Ottawa e a segunda mudança, tem como ponto de partida a evidência científica na promoção da saúde no meio escolar, capacitando as pessoas para melhorar a sua saúde e a sua qualidade de vida, criando resiliência (DGS, 2015). De acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar (2015), “A efetiva implementação da Saúde Escolar passa por valorizar a promoção da saúde e a prevenção da doença e por assegurar os recursos humanos para responder a todos os desafios atuais, num contexto de inegável potencial para melhoria dos estilos de vida” (p. 17). A promoção da saúde em ambiente escolar assenta nos princípios das Escolas Promotoras de Saúde e na metodologia de projeto, melhorando assim a literacia para a saúde e melhora a qualidade de vida da comunidade educativa. A temática escolhida para o desenvolvimento do projeto de intervenção foi a higiene do sono, que se tem vindo a tornar-se nos últimos anos um problema de Saúde Pública em Portugal, sendo muitas vezes descurada a sua importância pela família e comunidade, a mesma poderá estar associada a vários distúrbios e problemas de saúde no crescimento das crianças.

Nas visitas domiciliárias e vacinação foi também possível colocar em prática o definido em papel, pois foram momentos privilegiados onde eu enfermeira pude fornecer informações,

capacitar os utentes e cuidadores nas dúvidas relativas aos cuidados e ao processo de vacinação da COVID 19.

**Competência 3:** Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde. Unidade de Competência:

- 1) Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

**Reflexão sobre atividades desenvolvidas:**

O desenvolvimento desta competência passa pela maximização das atividades de âmbito comunitário fundamentadas pela relevância e especificidades dos diferentes programas de saúde e os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde. Para adquirir a terceira competência enunciada pela OE o enfermeiro especialista deve “Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;”. O plano Nacional de Saúde 2012-2016 (com extensão a 2020), realça a importância da reorganização dos Cuidados de Saúde Primários dando especial atenção à intervenção local com atenção nos cuidados centrados na família / comunidade. Este plano, fornece diversas orientações que vão em direção a todo o trabalho elaborado neste Estágio final e que culminou com a elaboração e organização do projeto de intervenção na área da saúde escolar. Melo (2020, p. 104) considera o Plano Nacional de Saúde como um processo naturalmente político de gestão de indicadores de saúde em Portugal. Ainda para o mesmo autor, o enfermeiro deve assim adequar o modelo de gestão de programas e projetos ao contexto sociopolítico e à capacidade de mobilizar positivamente os recursos da comunidade para dar resposta às suas necessidades de saúde, nomeadamente no que respeita aos diagnósticos de enfermagem, sempre num processo interativo de negociação e promoção da participação comunitária. O empoderamento comunitário, no contexto da gestão de programas e projetos de saúde, encontra, na tomada de decisão do enfermeiro, a possibilidade de ser desenvolvido seja qual for o modelo de gestão adotado (top down, bottom up ou híbrido), desde que este responda de forma o mais objetiva possível ao que se aproximar do melhor para aquela comunidade, sendo o adjetivo comparativo de superioridade “melhor” sempre um plano subjetivo de olhar a realidade e, por isso, os modelos híbridos poderão tendencialmente ser os modelos que naturalmente emergem nos processos de decisão clínica em Enfermagem de Saúde Pública e Saúde Comunitária (Melo, 2020, p. 104).

Neste sentido, todas as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária têm como referencial o Plano Nacional de Saúde e todos os programas que deles emergem. A constante atualização das normas elaboradas pela DGS

como guia de boas práticas para o desempenho da prática especializada é um recurso permanente e essencial no dia-a-dia do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. A noção da importância do Plano Nacional de Saúde ficou para mim clara após a realização deste estágio. Tornou-se para mim concreto que toda a intervenção desenvolvida na prática especializada da enfermagem comunitária tem como referencial os objetivos/metas estabelecidos no Plano Nacional de Saúde. É com base nesta constatação que entendo que desenvolvi esta competência, tendo retido a preponderância da enfermagem comunitária, uma vez que é esta que está na linha da frente para a consecução da maioria destes programas / projetos.

Assim, neste projeto, como exemplo e de acordo com os objetivos e orientações do PNS, estão contempladas atividades de capacitação dos indivíduos (como referido anteriormente), implementação de projetos específicos dirigidos a ganhos adicionais em saúde focados em grupos vulneráveis, bem como o envolvimento de familiares e comunidade escolar no processo da promoção da saúde e prevenção da doença. O projeto organizado pretende assim acompanhar objetivos delineadas pelo PNS tais como, “Obter ganhos em Saúde”, “Promover contextos saudáveis ao longo da vida” e “Reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença”.

Finalizando o exercício reflexivo sobre a aquisição desta competência, afirmo que através das diversas atividades anteriormente descritas, este estágio permitiu-me desenvolver competências na consecução do Plano Nacional de Saúde, uma vez que termino o mesmo mais conhecedora do mesmo e dos seus programas, consciencializando-me de muitas ações que se desenvolvem neste âmbito na prática especializada da enfermagem comunitária.

**Competência 4:** Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.  
Unidades de Competência:

- 1) Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.

**Reflexão sobre atividades desenvolvidas:**

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel preponderante neste campo, devendo proceder à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença. A vigilância epidemiológica em enfermagem, através da epidemiologia possibilita a vigilância dos fenómenos de saúde-doença, permitindo conseqüentemente a elaboração de diagnósticos de enfermagem e a conceção dos cuidados de enfermagem a prestar à população (dirigidos a indivíduos, grupos ou comunidades) através da gestão de programas e projetos direcionados para os cinco níveis de prevenção (Melo, 2020, p. 114). Assim, a vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença é transversal à prática de

enfermagem. Fronteira (2018, p. 18) citado por Melo (2020, p. 115) refere que no ADN da epidemiologia está a “abordagem sistematizada da realidade assente em três operações muito simples: contar [...] dividir [...] e comparar...”. Face a este argumento, Melo (2020, p. 116) refere que a contagem se refere à identificação do número de ocorrências de determinado evento, contextualizado num espaço, tempo e população específicos. Ou seja, a prática de enfermagem especializada requer um conjunto de conhecimentos diferenciados, onde a vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença constitui a base para o planeamento em saúde e, conseqüentemente a elaboração de programas e projetos de intervenção direcionados aos fenómenos identificados em determinada população.

A natureza do trabalho desenvolvido neste estágio apenas permitiu o desenvolvimento de algumas atividades que podem incluir-se neste âmbito. Foi então elaborado um breve perfil geodemográfico da área envolvente da UCC de Tondela para melhor se perceber a dimensão dos problemas e elaborar-se uma evolução prognóstica. Desta forma, também foram mobilizadas aprendizagens no sentido de se alcançar conhecimentos necessários e ser-se competente na área da vigilância epidemiológica. Nesta área, durante o estágio foi possível desenvolver intervenções neste âmbito, nos fenómenos de doença por SARS-COV-2 (COVID 19). Relativamente aos contatos de alto risco identificados que se encontravam com medidas de isolamento profilático, foram explicados os respetivos cuidados de isolamento a ter no domicílio, sendo aferida a presença de sintomatologia, a emissão de teste de RT-PCR para diagnóstico de infeção por SARS-COV-2, a proibição de circulação na via pública durante o período de isolamento, a auto monitorização de sinais e sintomas e o reporte dos mesmos às equipas de saúde. A determinação do período de isolamento profilático tinha em consideração a data da última exposição de alto risco (a caso positivo) ou a data do início dos sintomas suspeitos de infeção por SARS-COV-2 aos quais se somavam os 14 dias estipulados pela norma da DGS. Após estas intervenções, toda esta informação era registada ao nível da plataforma de monitorização e vigilância “Trace COVID” por forma a gerar “tarefas” no âmbito da vigilância dos casos positivos ou no âmbito dos casos em vigilância ativa pelas equipas de saúde. De referir que todas estas intervenções e tomada de decisão eram executadas tendo por base as normas da DGS.

Em forma de conclusão importa referir que, através da realização deste estágio constatei a extrema importância que o conhecimento dos indicadores em saúde e das características de determinada área geográfica representam para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, no sentido de monitorizar os fenómenos de saúde-doença, para identificar os problemas e os fatores de risco nos quais necessita de intervir. Sinto-me agora mais capacitada para analisar estas questões, de as interpretar, assim como, de entender a sua importância para a manutenção ou melhoria da saúde de uma comunidade.

Por tudo o que referi, afirmo que desenvolvi e melhorei esta competência no âmbito da prática especializada da enfermagem comunitária.

### **Competências de Mestre em Enfermagem**

No que se refere ao grau de mestre (tal como enunciado no Decreto-Lei. ° 63/2016 de 13 de setembro, p. 3174), é importante referir que para alcançar este título é necessário que o estudante demonstre que possui e sabe aplicar conhecimentos e tem a capacidade de compreender e resolver problemas em situações novas e não familiares na sua área de estudo. Assim sendo, o grau de mestre (Portugal, Decreto-Lei n.º 63, 2016, p. 3174) é concedido a quem apresente:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”. “b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”. “c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”. “d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”. “e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”.

O Mestre deve ter capacidade para lidar com questões complexas desenvolvendo soluções tendo em conta as implicações éticas e sociais das suas decisões. Deve ser capaz de comunicar as suas conclusões de forma clara tendo em conta que estas competências lhe permitem uma aprendizagem ao longo da vida de um modo fundamentalmente autónomo.

Durante o estágio realizado na UCC de Tondela foram realizadas diversas atividades inseridas tanto no trabalho diário da equipa de enfermagem como incluídos no projeto que desenvolvemos ao longo do mesmo. O trabalho da equipa envolve várias valências incluindo, a título de exemplo: o planeamento em saúde presente nos diferentes programas desenvolvidos pela UCC, a vigilância epidemiológica elaborada em colaboração com a USP de Tondela, o processo de vacinação da comunidade em particular da COVID 19 em colaboração com as Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do concelho de Tondela, as visitas domiciliárias no âmbito da ECCI. Desta forma, é importante que os enfermeiros tenham a capacidade de lidar com situações novas e consigam tomar decisões fundamentando a sua prática clínica. O discente que ambiciona o grau de Mestre deve evidenciar níveis elevados de julgamento clínico e tomada

de decisão de forma a promover a melhoria dos cuidados prestados. Neste aspeto, considero alcancei os objetivos, pois consegui demonstrar competências na prestação e gestão dos cuidados de enfermagem participando de forma proativa nas atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem. O grau de mestre quando conferido diz-nos que o enfermeiro é possuidor de instrumentos e conhecimentos válidos para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina, e capaz de utilizar a evidência científica na prática, ou seja, consegue envolver uma equipa de forma a conduzir e efetivar benefícios na prática com base em conhecimentos aprofundados e sólidos na sua área de estudo e especialização.

Por tudo isto julgo que estão reunidas todas as condições para a obtenção do grau de mestre tendo em conta o presente no Decreto-Lei. º 115/2013 de 7 de agosto, do Ministério da Educação.

## 2. Atividades realizadas

Ao longo deste capítulo serão descritas as evidências das atividades desenvolvidas, no âmbito do estágio com relatório final: Saúde Escolar, na UCC de Tondela, baseado no exercício profissional reflexivo, essencial para a aprendizagem clínica, com o intuito de atingir os objetivos traçados ao longo deste percurso e adquirindo as competências preconizadas como futura enfermeira especialista e mestre em Enfermagem Comunitária. Para o desenvolvimento e concretização do estágio na UCC de Tondela na área da Saúde Escolar tornou-se fundamental a definição de objetivos específicos e estratégias a desenvolver para atingir os mesmos com sucesso. Assim, para o desenvolvimento das competências enquanto futura especialista e mestre, procurei:

- Conhecer a organização e funcionamento da UCC de Tondela: nomeadamente a sua estrutura física, funcional, organizacional, recursos humanos e dinâmica da UCC de Tondela. Consultei os guias orientadores existentes no serviço e pude conhecer os seus protocolos, normas, regulamentos e recursos utilizados na prestação de cuidados especializados.
- Integrar a sua filosofia de trabalho, a metodologia e a organização dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, dando especial importância às intervenções de enfermagem, em Saúde escolar, no âmbito da pandemia.
- Integrar progressivamente a organização e funcionamento adotado pelo Serviço, assim como das suas especificidades, nesta fase mais direcionado para o “combate à pandemia Covid 19”, nomeadamente a vacinação.
- Estabelecer uma relação de empatia e reciprocidade com a equipa multidisciplinar, sentindo parte integrante da mesma.
- Revelar receptividade, interesse e iniciativa nas intervenções de enfermagem e aceitar as críticas de forma construtiva.
- Demonstrar sentido de responsabilidade profissional, ética e legal. Promovendo a proteção dos Direitos Humanos e o Código Deontológico dos Enfermeiros.
- Na minha prática diária demonstrei o meu interesse na realização de todas as atividades, sempre com responsabilidade e sentido crítico, adotando sempre uma postura responsável e assertiva na sua realização.
- Suportar as minhas decisões em princípios, valores e normas deontológicas.
- Colaborar nos processos de tomada de decisão ética de maior complexidade.

- Conhecer o perfil de saúde da população abrangida pela área geográfica pertencente ao ACeS DL.
- Identificar os principais problemas e necessidades em saúde da população inscrita no ACeS DL. Em particular procurei identificar as principais necessidades na área da saúde escolar do concelho de Tondela.
- Adquirir competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados quer no âmbito da saúde escolar, quer na participação de outros programas da UCC de Tondela. Nomeadamente, na ECCI, no programa de vacinação contra o vírus SARS CoV-2, nas vigilâncias epidemiológicas no âmbito da pandemia por COVID 19. Assim, fui capaz de aplicar os meus conhecimentos baseados em evidência científica, identificando as necessidades em contexto domiciliário e comunitário, elaborando e implementando um plano de cuidados para suprir as necessidades identificadas naquele momento, de acordo com as prioridades estabelecidas. Aproveitando todas as oportunidades para o empoderamento e capacitação dos utentes / família / comunidade realizando intervenções / atividades no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença para que possam tomar decisões que lhes tragam ganhos em saúde.
- Organizar eficazmente a gestão do tempo de trabalho.
- Desenvolver todas as etapas associadas ao desenvolvimento do projeto de intervenção proposto. Estabelecendo prioridades de atuação no planeamento, execução e avaliação das intervenções, através da mobilização de conhecimentos e competências, com vista à melhoria continua dos cuidados.
- Realizar pesquisa bibliográfica, suportada em evidências científicas, que consubstanciem o tema do projeto de intervenção que desenvolvi. Documentando as intervenções desenvolvidas, com recurso a linguagem científica e técnica, mantendo um espírito crítico e reflexivo em toda a minha prática.
- Criar parcerias na comunidade para o desenvolvimento do projeto de intervenção.
- Realizar visitas e reuniões no âmbito da Saúde Escolar para o desenvolvimento do projeto.
- Desenvolver um projeto de investigação-ação no âmbito da Saúde Escolar com o tema "*Dormir para Bem Sorrir*". Este projeto permitiu enriquecer o meu conhecimento prático do planeamento em saúde, da importância da capacitação da comunidade escolar e da criação de parcerias em comunidade fundamentais para o trabalho do enfermeiro comunitário. E desta forma, o mesmo contribuiu para aumentar o meu nível de conhecimentos na área da investigação científica e no aperfeiçoamento das competências humanas e relacionais.

- Realizar um estudo de âmbito quantitativo, sobre a temática dos hábitos de sono em crianças em idade escolar, respeitando todos os pressupostos de um estudo transversal, analítico.
- Apresentar o projeto à equipa da UCC, à coordenadora e professores responsáveis pelos PES das escolas do Agrupamento de Escolas (AE) de Tondela.
- Garantir a continuidade de cuidados e cooperar com outros profissionais na resolução de problemas da comunidade.
- Desenvolver competências objetivando a excelência do exercício profissional.
- Realizar visitas domiciliárias para prevenção da doença, promoção da saúde, tratamento, reabilitação e ações paliativas no âmbito da ECCI.
- Desenvolver a capacidade de tomada de decisão, baseada na melhor evidência científica: assumi a responsabilidade das minhas ações e decisões, suportando a tomada de decisão na evidência e experiência, participei na tomada de decisão em equipa e refleti sobre a mesma.
- Demonstrar uma atitude reflexiva: reuni com a enfermeira tutora e professora orientadora, refleti criticamente sobre as atividades realizadas e a concretização dos objetivos estabelecidos e estudei a evidência científica ao longo do estágio.



**2.1. Estudo:** Hábitos de Sono em Crianças do 1º Ciclo: Do conhecimento à intervenção do Enfermeiro em Saúde Escolar



### 2.1.1. Introdução

Definir e compreender o sono é complexo, mesmo com o desenvolvimento, nos últimos anos, da investigação no âmbito do sono. Pode definir-se o sono como um “processo fisiológico, ativo e dinâmico e representa uma atividade diária crucial para o crescimento e desenvolvimento da criança” (Lopes et al., 2016, p. 212). Os hábitos de sono sofrem influência de fatores “biológicos, psicológicos, fases de desenvolvimento, ambientais, familiares e socioculturais”, pelo que hábitos de sono inadequados têm resultados nocivos a vários níveis, como “a perturbação na regulação emocional e comportamental, diminuição do rendimento cognitivo e académico, aumento do risco de acidentes, alterações do crescimento, obesidade, entre outros” (Lopes et al., 2016, p. 212). O sono não é um processo homogéneo, consiste numa condição fisiológica e possui dois padrões fundamentais: “o sono *No Rapid Eye Moviment* (NREM), que se divide em três fases (N1, N2 e N3), sendo a última fase a mais profunda, caracterizada por uma diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial; e o sono *Rapid Eye Moviment* (REM), quando estão presentes os movimentos oculares rápidos, ocorrendo hipo ou atonia muscular”. Estes dois padrões intercalam-se durante a noite e, numa noite típica de sono, deve cumprir-se quatro a seis ciclos de sono NREM- REM (Manzoli et al., 2018, p. 2). As trocas entre o sono NREM e REM parecem ser controladas pela inibição recíproca entre os neurónios monoaminérgicos e um subconjunto específico de neurónios colinérgicos dentro do tronco cerebral. Esses neurónios colinérgicos “REM-on” exibem ligações inibitórias recíprocas aos neurónios noradrenérgicos (LC) e serotoninérgicos (raphe). Quando o sono REM é disparado, os neurónios colinérgicos on-REM tornam-se maximamente ativos, enquanto os neurónios noradrenérgicos e serotoninérgicos ficam virtualmente silenciosos. A alternância entre a atividade e a inibição desses neurónios resulta num ciclo característico entre NREM e REM durante o período de sono (Paiva & Penzel, 2011; Marques, 2017). A avaliação dos estados de sono/vigília pode ser feita por observação comportamental, monitorização fisiológica ou por uma combinação de ambas. Comportamentalmente, o sono é caracterizado pela perda de consciência e por relativa imobilidade na postura reclinada com os olhos fechados. Durante o sono NREM, há redução do tónus de grandes músculos esqueléticos que progridem para atonia completa ou quase completa com uma transição para o sono REM. Durante o sono, há uma relativa economia de atividade entre os músculos

respiratórios. As respostas sensoriais visuais, olfativas, auditivas, somato-sensoriais e mesmo nociceptivas são diminuídas, mas não eliminadas durante o sono. Além disso, muitas respostas sensoriais exibem características diferentes durante o sono NREM versus REM (Carley & Farabi, 2016). Um ciclo básico de sono noturno é caracterizado por ocorrer o sono REM a cada 90 minutos, depois de uma sequência das fases do sono NREM, repetindo-se 5 a 6 vezes durante uma noite de 8 horas de sono. Assim, o sono tem início na fase 1 do sono NREM, depois de um período de latência inferior a 30 minutos e este período pode ser ínfimo em pessoas com privação de sono ou muito cansadas. Após alguns minutos na fase 1, dá-se a passagem para a fase 2 – tornando-se o sono progressivamente mais profundo, tornando-se o despertar mais difícil. O primeiro período da fase 2 é relativamente breve (10 a 25 minutos), na medida em que o sono propende a tornar-se mais profundo até à fase 3. Depois de 30 a 60 minutos, ocorrem as fases 3 e 4 que se caracterizam por um sono lento e profundo. Passados aproximadamente 90 minutos, inicia-se o primeiro sono REM. Com esta fase, que pode durar entre 5 a 10 minutos e onde está patente uma atividade cerebral semelhante ao estado de vigília, completa-se o primeiro ciclo NREM-REM do sono. Numa noite de 8 horas de sono com cinco a seis ciclos, a duração do sono paradoxal é progressivamente maior com o decorrer da noite, em oposição à do sono lento profundo, que diminui (Paiva & Penzel, 2011; Marques, 2017).

A função desempenhada pelo sono é muito importante para o funcionamento do organismo. É imprescindível para o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças, famílias e comunidade. Não se pode viver sem dormir, assim como não se pode viver sem respirar (Vasconcelos et al., 2017). Uma boa noite de sono é determinante para a saúde, desenvolvimento e desempenho cognitivo das crianças em idade escolar. Ou seja, a alternância entre a vigília e o sono constitui um ritmo fundamental da espécie humana (Estevão, s.d). É essencial para a saúde física e mental das crianças. Compreender as suas necessidades de sono é o primeiro passo para proporcionar uma boa qualidade do sono. Através de uma combinação da higiene do sono, rotinas adequadas à idade e atenção especial a quaisquer distúrbios do sono, poder-se-á ajudar as crianças a ter o descanso de que precisam para crescerem fortes e saudáveis (McDowall et al., 2017). Assim, é fundamental definir as duas componentes que caracterizam os hábitos de sono: “a duração (quantidade de sono por noite) e a qualidade do sono, isto é, a satisfação percebida do sono pelo indivíduo”; “a qualidade do sono revela-se essencial para o desenvolvimento do ser humano”, porque o sono desempenha “um papel homeostático fundamental na redução do stress físico e melhora a qualidade de vida dos indivíduos” (Mendes et al., 2019, p. 39). O mesmo representa um papel crucial no desenvolvimento das crianças. Além de ter um efeito direto no bem-estar, afeta o estado de alerta e a atenção, o desempenho cognitivo, o humor,

a resiliência, a aquisição de vocabulário, a aprendizagem e a memória (Waldon et al., 2018). De acordo com os mesmos autores, o sono também tem efeitos importantes no crescimento, uma criança com má higiene de sono pode oscilar entre o mal-humorada e a hiperativa. A sonolência também pode afetar a capacidade de concentração da criança, com consequências negativas no desempenho escolar. Rangel et al., (2015, p. 257) referem que “as perturbações do sono podem causar morbidade substancial na criança, nomeadamente consequências a nível do comportamento, da aprendizagem e mesmo perturbações de desenvolvimento como hiperatividade, défice de atenção, défice cognitivo, depressão, risco de quedas acidentais e obesidade”. Portanto, a evidência científica é unânime quanto à importância e papel basilar dos bons hábitos de sono em criança para o seu bem-estar físico, emocional e comportamental, bem como das suas famílias. A compreensão das particularidades fisiológicas do sono das crianças e das suas necessidades quanto à duração do sono são fundamentais para “a adequada transmissão dos cuidados antecipatórios aos pais” (Cerca & Prior, 2018, p. 34).

A arquitetura do sono muda contínua e consideravelmente com a progressão da idade. As diferenças mais proeminentes na arquitetura do sono das crianças em comparação com os adultos são: uma maior duração do movimento rápido dos olhos (REM); nos primeiros meses de vida, os bebés passam cerca de 50% do seu tempo de sono em sono REM, no primeiro ano a proporção de sono REM diminui para 30% e, na idade adulta, diminui para 20%. Esta arquitetura particular do sono explica os distintos padrões de sono e vigília nos primeiros meses de vida. Portanto, a orientação antecipatória para os pais é essencial, a fim de otimizar o sono das crianças e para promover rotinas de sono saudáveis (Dosman & Andrews, 2012).

Além disso, os requisitos de sono também mudam nas diferentes idades. Embora existam diferenças inter-individuais significativas, os intervalos ideais de duração do sono propostas para idades pediátricas, de acordo com a *American Academy of Sleep Medicine*, segundo Paruthi et al. (2016), são as seguintes: crianças de 4 a 12 meses de idade devem dormir de 12 a 16 horas por dia (incluindo sesta); crianças de 1 a 2 anos de idade devem dormir de 11 a 14 horas por dia (incluindo sesta); crianças dos 3 aos 5 anos de idade devem dormir de 10 a 13 horas por dia (incluindo sesta); crianças dos 6 aos 12 anos de idade devem dormir de 9 a 12 horas por dia; os adolescentes de 13 a 18 anos de idade devem dormir de 8 a 10 horas por dia.

Na tentativa de comparar sociedades industrializadas, relacionaram-se as crenças acerca do sono em diferentes países, sendo que os resultados explicam a importância da cultura (Owens, 2005). No Japão, por exemplo a insónia não é considerada um problema – as crianças são encorajadas a dormir pouco, já nos Estados Unidos da América (EUA) a

criança dorme em média 9/10 horas por noite e a insónia é considerada um problema prioritário. Em Itália os pais preferem que os filhos durmam consigo no mesmo quarto, enquanto censuram os pais americanos que preferem que os seus filhos tenham o seu próprio quarto (Stearns & Rowland, 1996; Liu et al., 2005). Muitos dos problemas de sono das crianças estão também relacionados com práticas culturais que podem ser incongruentes com a biologia ou o desenvolvimento da criança (Steger, 2003; Owens, 2005). Em relação às características dos pais, os resultados da investigação incluem a idade dos pais, as habilitações literárias, traços de personalidade, crenças que têm sobre o sono, vinculação com a criança e o tipo de práticas educativas que utilizam, bem como as características psicossociais da família (e.g. se estão empregados, se têm uma família unida, se têm uma boa rede de apoio social) como variáveis que podem interferir nos hábitos de sono das crianças. Tentando compreender qual a influência das crenças parentais no sono da criança, Tikotzky & Shaashua (2011) recrutaram famílias ainda durante a gravidez, utilizando uma metodologia em que combinaram questionários e métodos de medição do sono, pretendendo demonstrar a ligação entre os comportamentos parentais e o sono da criança. Analisando os resultados obtidos, confirmaram que as cognições da mãe eram muito influentes e referiram ainda a importância de refletir sobre as dificuldades dos pais e o envolvimento parental nas rotinas do sono dos filhos (Tikotzki & Shaashua, 2011). No que diz respeito às características da criança, como a idade, o sexo, o desenvolvimento cognitivo, o temperamento, o tipo de vinculação que tem com os pais, a saúde física e mental e o funcionamento geral desta criança (Chokroverty, 2010) podem interferir nos hábitos de sono. Assim, não pode ser encarado cada determinante de forma individual, mas sim como um sistema de interações que ocorrem de forma recíproca entre si e que influenciam o sono da criança (Chokroverty, 2010; Sadeh & Raviv, 2002). É importante perceber que, as crenças que a criança tem sobre o sono, irão influenciar a forma como esta se comporta perante o mesmo, e torna-se perentório perceber como compreendem o sono a fim de se poder estudar a forma como estas lidam com o mesmo.

O uso das tecnologias de informação e comunicação, como a televisão, computador, tablets, videojogos ou smartphones, está amplamente generalizado na população pediátrica desde muito cedo e está a tornar-se comum encontrar esses dispositivos no quarto das crianças (Gradisar et al., 2018). Em conformidade com os mesmos autores, um número crescente de estudos epidemiológicos sugere que as atividades baseadas em ecrãs no quarto são os principais fatores ambientais responsáveis pelo atraso na hora de dormir ou sono insuficiente e não reparador. Um estudo realizado na Área Metropolitana do Porto, com uma amostra de 131 crianças com idades entre os 2 e os 10 anos e a maioria do sexo masculino (53,5%) demonstrou que o índice de perturbação do sono associou-se ao grupo etário (maior

na idade pré-escolar,  $p=0,032$ ) e (considerando o cut-off 41), 80,2% das crianças apresentaram um índice de perturbação do sono elevado (Rangel et al., 2015). O mesmo estudo mostrou que ver televisão ou jogar videogames antes de adormecer são variáveis que se relacionam significativamente com um aumento do índice de distúrbios do sono em crianças (Rangel et al., 2015). A maior parte das crianças têm acesso a todo o tipo de dispositivos eletrónicos, sendo que os equipamentos portáteis são apontados como mais convenientes para distrair a criança fora de casa e como aqueles que possibilitam uma maior interação com a criança (Bentley et al., 2016). Num estudo mais recente, todos os pais apontaram o Youtube como a plataforma mais utilizada, sendo que este pode ser visionado em quase todos os dispositivos eletrónicos (Elias & Sulkin, 2017). A segurança quanto ao uso de dispositivos pelas crianças mais novas é especialmente relevante devido ao facto do conteúdo online ser facilmente acessível, em qualquer momento e lugar, o que aumenta a probabilidade da criança passar mais tempo com dispositivos eletrónicos; assim como a falta de controlo em relação ao conteúdo a que podem ser expostas, dado que qualquer indivíduo pode publicar em diversas plataformas a que as crianças têm acesso (Elias & Sulkin, 2017). Ainda há poucos pais que conheçam as recomendações das organizações de saúde quanto ao uso de dispositivos eletrónicos. Não obstante, mais de metade dos pais de uma amostra de um estudo qualitativo, revelaram ser importante que estas existam (Hinkley & McCann, 2018) e consideraram pertinente impor limites aos filhos no que se refere ao tempo de ecrã; assim como mudar os seus próprios hábitos (Bentley et al., 2016; Hesketh et al., 2012; Hinkley & McCann, 2018), sendo que as preferências, atitudes e intenções dos pais em relação ao uso de dispositivos eletrónicos influenciam o comportamento das crianças em relação aos ecrãs (Hamilton et al., 2016; Wiseman et al., 2019). Vários estudos apontam para uma relação entre a utilização de dispositivos eletrónicos e a qualidade do sono. Como os dispositivos eletrónicos se tornaram mais leves e portáteis, as crianças podem levar, por exemplo, o tablet ou smartphone para a cama antes de dormir, o que interfere com a sua higiene de sono, resultando, inclusive, em perturbações do sono (Miskoff et al., 2019). Brockmann et al. (2016) avaliaram o impacto de horas de ecrã (ver televisão) na qualidade do sono das crianças numa amostra de 100 pais de crianças saudáveis, com aplicação da *Sleep Disturbance Scale for Children* (SDSC), demonstraram que 51% do total da amostra tinha televisão no quarto da criança e que as mesmas viam televisão antes de adormecerem. Essas apresentaram pontuações significativamente mais altas de pesadelos noturnos, parassónias, cansaço ao acordar e sonolência diurna (Brockmann et al, 2016). As crianças que tinham televisão no quarto apresentaram pior qualidade de sono (OR=3,29; IC95% 1,08-9,99) (Brockmann et al, 2016). Adicionalmente, o uso dos dispositivos eletrónicos, especialmente antes da hora de dormir relaciona-se com uma maior resistência em ir para a cama, uma duração do sono menor e uma maior fadiga diária (Tso et al., 2016). Um estudo transversal com uma amostra

de 996 crianças de turmas do 1.º ciclo do ensino básico de 17 agrupamentos escolares das áreas da Grande Lisboa, Península de Setúbal e Alentejo e com idades entre os 6 e os 10 anos concluiu que 167 (16,8%) crianças adormecem sempre a ver televisão, às vezes 294 crianças (29,5%) e raramente 535 crianças (53,7%) (Afonso et al. 2019). Fazendo uma comparação das crianças dos subgrupos extremos (habitualmente e raramente, n=702), as crianças com o hábito de adormecer a ver televisão apresentam mais problemas de sono ( $p < 0,001$ ) com índices superiores nas escalas - Índice de Perturbação do Sono, resistência em ir para a cama, duração do sono, ansiedade associada o sono, despertares noturnos, parassónias e sonolência diurna (Afonso et al. 2019). O mesmo estudo ainda registou uma correlação positiva do hábito de adormecer a ver televisão e o Índice de Perturbação do Sono (0,27) e uma correlação negativa com a escolaridade dos pais (-0,22); ou seja o hábito de adormecer a ver televisão pode ser um fator de risco para a perturbação do sono nas crianças, o que implica que seja um tema a ser abordado nas consultas de vigilância de saúde da criança, como forma de prevenção deste tipo de perturbação e potenciar uma boa higiene de sono nas crianças (Afonso et al. 2019). Assume-se como fundamental que os pais e/ou cuidador principal da criança valorizem as questões do sono e que “reconheçam determinados comportamentos como problemáticos, uma vez que têm hábitos, padrões e expectativas próprias, de acordo com as suas normas culturais, étnicas e nível socioeconómico” (Afonso et al., 2019, p. 84). O papel vital que o sono desempenha diariamente pode ser afetado por várias atividades, como jogar videojogos. As crianças são um dos maiores consumidores de videojogos e, se jogados antes de dormir, podem levar à liberação de certos neurotransmissores que podem, por sua vez, alterar a arquitetura do sono e reduzir a eficiência do sono (Miskoff et al., 2019). Os mesmos autores constataram que as crianças que jogavam videojogos antes de dormir tinham mais parassónias e despertares noturnos, ou seja, houve um aumento do índice de distúrbios do sono em crianças que jogavam videojogos antes de dormir (Miskoff et al., 2019).

A associação entre as horas de ecrã e o sono insuficiente ou de baixa qualidade pode ser explicada através de diferentes mecanismos. Para além do facto de que o tempo gasto com as horas de ecrã determina menos tempo disponível para dormir, outros fatores também estão envolvidos nos distúrbios do sono (Cerca & Prior, 2018). Há evidências de que os dispositivos com ecrãs de iodo emissor de luz (LED) (por exemplo tablets), que são conhecidos por emitir luz enriquecida com onda curta (luz azul), reduz a liberação da hormona promotora do sono (melatonina), portanto atenua o impulso circadiano e contribui para uma atenção conservada e maior estado de alerta. Também foi demonstrado que a exposição à luz azul perto da hora de dormir atrasa o início do sono, pois interfere na arquitetura do sono, aumentando a onda lenta da latência ou redução do sono REM. Cerca & Prior (2018) referem

a necessidade de se orientarem os pais em termos de gestão do uso das tecnologias de informação e comunicação por parte dos seus filhos, de forma a potenciarem uma melhor higiene de sono nos mesmos. Desta forma, existem várias formas de os pais reduzirem os problemas associados ao deitar e acordar dos filhos conhecendo e aplicando as medidas de higiene do sono (Mendes et al., 2004). As rotinas de deitar deverão ser consistentes, deve haver um encadeamento de eventos noturnos, como jantar, tomar banho, ouvir uma história e brincar, aproveitando o momento em que a criança está totalmente relaxada para dormir (Henderson & Jordan, 2010). Estas rotinas em conjunto com o ambiente do quarto devem favorecer um espaço e momento para adormecer. Assim, o inculcar rotinas na hora de deitar é fundamental para uma boa higiene do sono nas crianças, em especial horários de sono definidos e rotinas para adormecer. Estas rotinas fornecem segurança na medida em que são previsíveis (Bathory & Tomopoulos, 2017). As rotinas melhoram o sono da criança, tanto no que se refere ao tempo que demora a adormecer, como em relação à frequência com que acorda durante a noite (Mindell et al., 2009). Aliado a estas rotinas, é importante que a criança tenha um horário de deitar e acordar regular que devem ir de encontro com as rotinas dos progenitores e as mesmas podem variar de família para família, contudo é essencial ter em conta as necessidades das crianças, sendo essencial não a perturbar pelos mais diversos interesses familiares (Lavie, 1998; Cordeiro, 2010). Alguns estudos referem mesmo algumas estratégias que os pais poderiam adotar para ajudar as crianças a adormecer. Os autores Morrel e Cortina-Borja conseguiram perceber que o conforto verbal e social parece ser bastante útil para ajudar uma criança a adormecer, contrariamente ao conforto físico (e.g. embalar) e que a autonomia da criança para adormecer deveria ser estimulada desde muito cedo de forma a reduzir a probabilidade de estas desenvolverem problemas de sono (Morrel & Cortina-Borja, 2002; Mindell et al., 2009).

O sono das crianças, é influenciado pelos hábitos da família / cuidadores, que assumem um papel crucial na promoção de bons hábitos de sono. Numa primeira fase é da responsabilidade das famílias cumprir as regras essenciais para a higiene do sono. Assim, para que a criança tenha um sono reparador, uma noite tranquila e um sono profundo acordando menos vezes, dever-se-á ter em conta alguns aspetos de acordo com a Associação Portuguesa do Sono (s.d.) e Vasconcelos et al. (2017) e que englobam as medidas de higiene do sono:

- Promover um horário regular de deitar todos os dias, mantendo essa regularidade aos fins-de-semana, com uma diferença máxima de 30 minutos;
- Ter uma rotina de deitar estabelecida com um ritual que precede a ida para a cama (vestir o pijama, lavar os dentes, contar uma história, por exemplo); realizar atividades relaxantes antes de ir para a cama;

- Assegurar que o quarto está silencioso, escuro e com uma temperatura adequada, e que o colchão e cama são confortáveis. Para um sono de qualidade é importante que tenha um ambiente sossegado e confortável;
- Deitar a criança ainda acordada permitindo o uso de objeto de transição, como um boneco;
- Evitar adormecer em local que não a própria cama;
- Evitar atividades estimulantes antes de adormecer, como exercício físico;
- Evitar refeições pesadas antes de dormir, preferindo refeições leves com alimentos pouco açucarados ou condimentados;
- Evitar a cafeína e outras substâncias estimulantes (café, chocolate, cacau, refrigerantes e alguns chás);
- Não permitir a utilização de ecrãs (televisão, telemóvel, *tablet* ou consola de jogos) antes de adormecer. Nem existirem nos quartos.

Os pais deverão ter em conta as histórias para adormecer, bem como, os objetos de transição. Uma grande maioria das crianças gosta de ouvir histórias, assim como os pais também gostam de as contar. Tratando-se de um momento íntimo com a criança e os seus progenitores, é de extrema importância, a existência destas atividades acalma as crianças, devido ao seu ritmo e uma melodia própria, sendo que também poderão servir como transmissores de valores, reforçando a dimensão ética das crianças (Cordeiro, 2010). Em 2009, um estudo realizado no Reino Unido, revelou que 53% dos pais de crianças entre 1 e 4 anos contam diariamente histórias aos filhos. Porém, esta prática cai para 37% entre os 5 e 8 anos e para 21% entre os 9 e os 12 anos (Cordeiro, 2010). O contar histórias ao adormecer também servirá como reforço no desenvolvimento do vocabulário, fomentando a literacia e cultura geral das crianças. Para sintetizar, a família assume-se como um fator primário e facilitador de um sono tranquilo e reparador. Sendo um pilar fundamental no percurso do desenvolvimento e aprendizagens da criança (Nércio, 2010). É importante para as crianças crescerem estimuladas num ambiente rico de vinculação, com bons exemplos, providas de relações fortes que preencham e satisfaçam as suas necessidades (Cordeiro, 2010). Estes originarão na criança uma sensação de segurança e conforto, que a fará ser um adulto confiante e autónomo ao longo de toda a sua vida (Coelho, 2009).

Em suma, um sono saudável requer uma duração adequada, boa qualidade, regularidade e ausência de perturbações / problemas. A duração do sono está associada aos resultados de saúde, ou seja, uma duração adequada do sono está associada a uma melhor atenção, comportamento, funcionamento cognitivo, regulação emocional e saúde física entre

as crianças (Paruthi et al., 2016). A redução do sono durante a noite ou os padrões de sono alterados têm sido associados à sonolência e ao fracasso no sucesso escolar. A eficiência do sono é considerada essencial para a recuperação, processamento cognitivo e memória. Por outro lado, a privação de sono tem sido associada à instabilidade emocional e concentração prejudicadas (Kim et al., 2011).

Face ao exposto, é fundamental capacitar as famílias e as crianças sobre a importância do sono bem como as medidas de higiene do sono. Da mesma forma, que a comunidade escolar conjuntamente com os profissionais de saúde possa reiterar e ajudar as crianças e as famílias na questão da aquisição de bons hábitos de sono. Tal como evidencia o Programa Nacional de Saúde Escolar que dá importância ao conhecimento das perturbações primárias do sono, como: as alterações da quantidade ou qualidade do sono (dissónias), ou eventos comportamentais ou fisiológicos anormais associados ao sono. Ao averiguar-se a importância da área de intervenção “hábitos de sono e repouso” no programa, o mesmo transmite que a Saúde Escolar colabora com a escola na melhoria da literacia sobre os hábitos de sono e repouso e promove a sua adequação ao longo da escolaridade. É atribuída à escola, de acordo do Mendes (2005):

(...) a função de suscitar o ensaio de competências essenciais ao pleno desenvolvimento da pessoa, tendo a seu favor, para essa missão, o facto de ser um espaço de grande permanência temporal nas idades em que se realiza uma boa parte das aprendizagens básicas de todos os indivíduos (p.125).

O presente estudo tem como objetivos, avaliar os hábitos de sono em crianças dos 6 aos 9 anos do 1º e 2º Ano do 1º Ciclo do Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro e criar um projeto de intervenção “*Dormir para Bem Sorrir*”.



### 2.1.2. Métodos

A metodologia assume-se como uma fase do processo de investigação científica de grande importância, onde se enquadra o plano metodológico no qual se alicerça toda a realização da investigação. O reconhecimento de que a atividade científica pode ser recuperada, estudada e avaliada, tendo por base a literatura, suporta os fundamentos teóricos para a aplicação de métodos que têm como finalidade a construção de indicadores de produção e do desempenho científico (Coutinho, 2021). Tendo como ponto de partida o pressuposto que a seleção da metodologia tem de se adequar ao problema em estudo e aos objetivos da investigação, neste capítulo descreve-se o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento da nossa pesquisa, nomeadamente o tipo de investigação, a amostragem realizada, o instrumento de recolha de dados utilizado, os procedimentos efetuados e o tratamento estatístico.

### Justificação do estudo

A arquitetura do sono muda significativamente desde o nascimento até à idade adulta e os padrões e os problemas do sono mais comuns variam de acordo com a faixa etária. Compreender o sono e saber como promover uma boa higiene do sono durante a infância é essencial quer para as crianças, para os pais / encarregados de educação, quer para os profissionais de saúde (Ricci et al., 2021). O sono saudável representa uma parte essencial de um estilo de vida saudável para todas as idades. Em crianças, o sono adequado está relacionado com um melhor desempenho escolar, melhor capacidade de atenção e melhor saúde física e emocional. Portanto, a pesquisa sobre a higiene do sono em idade pediátrica é um campo de interesse crescente, mas rico em desafios (Meltzer et al., 2021). É importante referir que avaliar a adequação do sono é particularmente difícil uma vez que é um conceito complexo definido por uma rede de fatores interligados com várias dimensões, incluindo a qualidade e a quantidade do sono. Por um lado, a qualidade do sono das crianças pode ser avaliada pela frequência de episódios de parassónias, dificuldades em adormecer ou sonolência diurna. Por outro lado, a quantidade de sono pode ser definida como a duração do sono, *per si*. Por fim, outro assunto de interesse na saúde do sono infantil é o cronotipo, que é uma característica biológica de difícil mensuração. Subjacente a este conceito está o ritmo circadiano que influencia a adequação do sono e determina a preferência da criança por dormir num determinado horário. O seu papel no sono infantil, bem como até que ponto a

qualidade e a quantidade do sono e o cronotipo estão interligados é uma questão que continua a suscitar debates (Meltzer et al., 2021). Numerosos fatores contribuem para a adequação do sono em crianças em idade escolar e evidências robustas apontam para uma relação entre o uso exagerado das tecnologias de comunicação e informação, a má qualidade do sono e quantidade inadequada de sono em crianças e adolescentes entre os 6 e os 18 anos (Ricci et al., 2021).

Os problemas relacionados com os padrões de sono são comuns na infância, afetando cerca de um terço das crianças em idade escolar. Esses problemas estão relacionados a vários fatores, como as mudanças nas interações biológicas, psicológicas, culturais, sociais e familiares. Em relação à prevalência na população pediátrica geral, a insónia foi observada entre 17% a 41% das crianças com idade entre os 3 e os 14 anos e 38% têm parassónias (Cavalheiro et al., 2017). De acordo com os mesmos autores, os distúrbios do sono em crianças com idade escolar têm repercussões que se refletem a médio e a longo prazo, como modificação no desenvolvimento físico e cognitivo, distúrbio metabólico, alteração cardiovascular, desenvolvimento da aprendizagem escolar, comportamento e na qualidade de vida, que inclui a qualidade do sono. O sono adequado é reconhecido como um relevante determinante da saúde nas crianças, famílias e comunidades uma vez que este “pode afetar as funções cognitivas, o desempenho escolar, o comportamento, o controlo emocional, o peso e o risco de quedas acidentais” (Silva, et al., 2013, p. 79). As mesmas autoras referem que as suas consequências podem estender-se igualmente à qualidade do sono e às atividades diurnas dos pais.

Deste modo formularam-se as seguintes questões de investigação:

- Quais os hábitos de sono de crianças dos 6 aos 9 anos a frequentarem o Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro?
- Quais as variáveis sociodemográficas dos pais e das crianças que influenciam os hábitos de sono na referida amostra?

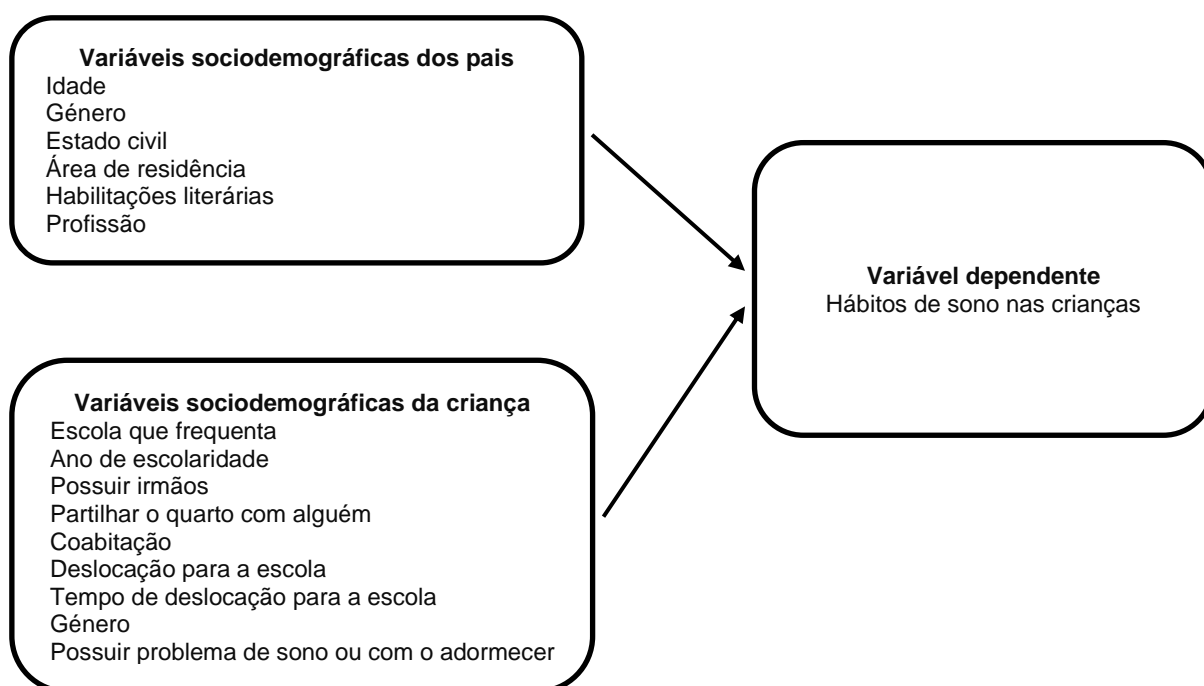
Para dar respostas às questões formuladas definiram-se como objetivos: avaliar os hábitos de sono de crianças dos 6 aos 9 anos a frequentarem o Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro; identificar as variáveis sociodemográficas dos pais e das crianças que interferem nos hábitos de sono da amostra em estudo.

### **Tipo de estudo**

Realizou-se um estudo transversal, analítico com o qual se pretende verificar se existe associação entre as variáveis independentes e os hábitos de sono de crianças dos 6 aos 9

anos. Classifica-se de estudo transversal, pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, isto é, capta a realidade num só momento no tempo numa amostra, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos (Coutinho, 2021). É ainda um estudo descritivo e correlacional, pois tem o propósito de avaliar a relação que existe entre conceitos, categorias ou variáveis (Coutinho, 2021).

O esquema que se apresenta procura estabelecer pictograficamente as inter-relações das variáveis independentes ou exógenas (sociodemográficas dos pais e das crianças) com a variável dependente ou endógena (hábitos de sono nas crianças) (cf. Figura 1).



**Figura 1** - Representação esquemática da relação entre as variáveis em estudo

## Variáveis

Quanto ao tipo de variáveis, considerou-se os hábitos de sono nas crianças como variável dependente, mensurada através do Questionário de Hábitos de Sono nas Crianças, versão portuguesa do *Children's Sleep Habits Questionnaire* (CSHQ-PT). As variáveis independentes incluem variáveis sociodemográficas dos pais e das crianças.

## Participantes

A amostra é constituída por 58 encarregados de educação das crianças a frequentar o 1º e 2º ano do 1º Ciclo do Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro, numa população total de 70 alunos a frequentar o 1º e 2º ano do referido agrupamento. Para este

estudo recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência de pais de crianças na faixa etária dos 6 aos 9 anos a frequentarem o Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro que aceitaram participar no estudo. Foram elegíveis os participantes com os seguintes critérios de inclusão: ser pai/mãe da criança com idade entre os 6 e os 9 anos; frequentar o Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro e concordar participar no estudo, mediante assinatura do termo de consentimento informado livre e esclarecido. Como critérios de exclusão definimos ser pai/mãe de criança com idade inferior aos 6 anos e superior aos 9 anos e o encarregado de educação não ter assinado o consentimento informado livre, esclarecido e assinado.

### Caracterização da Amostra

No total da amostra a maioria dos pais / encarregados de educação é do sexo feminino (74,1%) com uma idade média de  $38,29 \pm 5,49$  anos. No género feminino, a maioria possui idade  $\leq 38$  anos (58,1%) e no género masculino a maioria possui idade  $> 38$  anos (53,3%). Verifica-se que a grande maioria dos participantes são casados ou vivem em união de facto (72,4%), com 74,4% de participantes do género feminino e 66,7% do género masculino. Quanto às habilitações literárias, no total da amostra, constata-se que 37,9% possuem o ensino superior, 32,8% o ensino secundário e 29,3% os 2/3.º ciclos do ensino básico. No género feminino, sobressaem os que possuem o ensino superior (41,9%) e no género masculino os que têm o ensino secundário (40,0%). Apura-se que mais de metade dos encarregados de educação reside em meio urbano (62,1%), o que é comum à maioria dos encarregados de educação do género feminino (58,1%) e do género masculino (73,3%) (cf. tabela 1).

**Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra**

	Feminino		Masculino		Total	
	n (43)	% (74,1)	n (15)	% (25,9)	n (58)	% (100,0)
<b>Idade</b>						
≤38	25	58,1	7	46,7	32	55,2
>38	18	41,9	8	53,3	26	44,8
<b>Estado civil</b>						
Solteiro e Divorciado	11	25,6	5	33,3	16	27,6
Casado/União Facto	32	74,4	10	66,7	42	72,4
<b>Habilitações literárias dos pais</b>						
2/3.º Ciclos	12	27,9	5	33,3	17	29,3
Secundário	13	30,2	6	40,0	19	32,8
Ensino Superior	18	41,9	4	26,7	22	37,9
<b>Área de residência</b>						
Rural	18	41,9	4	26,7	22	37,9
Urbana	25	58,1	11	73,3	36	62,1

Relativamente à profissão da mãe, estão em maioria as que são especialistas das atividades intelectuais e científicas (32,8%) e as que são trabalhadoras dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (27,6%). Quanto aos pais, sobressaem os que exercem uma profissão inserida no grupo de trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (46,6%) e os que são especialistas das atividades intelectuais e científicas (20,7%) (cf. tabela 2).

**Tabela 2 - Profissão dos pais**

	n (58)	% (100,0)
<b>Profissão da mãe</b>		
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	19	<b>32,8</b>
Técnicos e profissões de nível intermédio	7	12,1
Pessoal administrativo	2	3,4
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	16	<b>27,6</b>
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	2	3,4
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	5	8,6
Trabalhadores não qualificados	5	8,6
Desempregados	2	3,4
<b>Profissão do pai</b>		
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	12	<b>20,7</b>
Técnicos e profissões de nível intermédio	5	8,6
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	7	12,1
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	2	3,4
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	27	<b>46,6</b>
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	2	3,4
Desempregados	3	5,2

### **Instrumento de recolha de dados**

Como método de colheita de dados foi aplicado um questionário (cf. Anexo I), que engloba duas partes. Assim, na primeira parte constam os dados sociodemográficos dos pais e da criança, que contém 13 questões: idade do pai/mãe, género, estado civil, área de residência, habilitações literárias, profissão, escola que frequenta, ano de escolaridade, possuir irmãos, partilhar o quarto com alguém, coabitação, deslocação para a escola, tempo de deslocação para a escola, género da criança e possuir problema de sono ou com o adormecer. Na segunda parte consta o Questionário de Hábitos de Sono nas Crianças, a versão portuguesa do *Children's Sleep Habits Questionnaire* (CSHQ-PT). Este questionário avalia a perceção dos pais acerca do sono dos seus filhos durante a semana anterior ou, caso não seja representativo por alguma razão, durante uma semana típica mais recente. A

frequência dos comportamentos do sono é classificada numa escala de três pontos, como “habitualmente” (cinco a sete vezes por semana, totalizando três pontos), “às vezes” (duas a quatro vezes por semana, totalizando dois pontos) ou “raramente” (0 a uma vez por semana, totalizando um ponto). Está disponível numa versão longa de 45 itens e numa versão curta que contém apenas os 33 itens que entram no cálculo do Índice de Perturbação do Sono (IPS). Estes 33 itens estão organizados em oito subescalas de problemas do sono: Resistência em ir para a cama, Início do sono, Duração do sono, Ansiedade associada ao sono, Despertares noturnos, Parassónias, Perturbação respiratória do sono e Sonolência diurna. Cada pergunta descreve um comportamento específico das crianças, cuja frequência é avaliada pelos pais. Uma pontuação mais alta corresponde a um maior índice de perturbação do sono. No estudo de validação original, o CSHQ apresentou propriedades psicométricas adequadas (Owens, 2005). A utilidade deste questionário tem sido reconhecida pela sua utilização em múltiplos estudos e pela adaptação para outros idiomas. Em Portugal, Silva et al., (2013) realizaram uma tradução aprovada pela autora original que foi validada numa amostra comunitária de crianças dos 2 aos 10 anos. Foi adotado o ponto de corte proposto para a população portuguesa de 48 pontos, para a análise da prevalência global de problemas de sono na nossa amostra.

### **Procedimentos éticos e formais**

Tendo em conta que qualquer processo de investigação obriga ao seguimento de normas de conduta por parte dos investigadores, foram realizadas determinadas diligências prévias, objetivando a proteção do direito e da liberdade dos participantes. Com a realização do presente estudo não são previstos riscos ou incómodos para os participantes. Foi garantida toda a confidencialidade e anonimato durante o tratamento de dados e apresentação de resultados. Foi solicitado o pedido de autorização ao autor da versão portuguesa do CSHQ-PT (cf. Anexo II). Tendo sido também pedida autorização da Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar do Ministério da Educação, sendo emitida uma resposta favorável para a realização de inquérito em meio escolar e da investigação (cf. Anexo III). Relativamente ao AE de Tondela Tomaz Ribeiro, foi concedida autorização para aplicação dos inquéritos pela Direção do Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro (cf. Anexo IV). E todos os participantes que responderam ao questionário assinaram o consentimento informado (cf. Anexo V), havendo uma participação voluntária dos mesmos.

A colheita de dados decorreu num período de tempo 15 de maio a 30 de junho de 2021, foi realizada através de um questionário que foi preenchido pelos Encarregados de Educação e disponibilizado presencialmente na escola. Os mesmos foram entregues à

professora de cada turma em envelope, onde era enviada uma pequena introdução sobre os questionários e os seus objetivos para conhecimento do respetivo Encarregado de Educação de cada aluno.

### **Procedimentos estatísticos**

Para o tratamento estatístico recorreu-se à estatística descritiva e analítica. A apresentação dos resultados foi realizada através de tabelas, onde estão apresentados os dados mais relevantes com recurso a frequências absolutas e percentuais. A descrição e análise dos dados obedeceram à ordem apresentada no instrumento de recolha de dados. Quanto à estatística inferencial, recorreu-se à estatística paramétrica. Foi utilizado o teste T de *student* para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais (Pestana & Gajero, 2014).

Na análise estatística, utilizaram-se os seguintes valores de significância:

- $p < 0,05$ : Há diferenças estatísticas significativas
- $p < 0,01$ : Há diferenças estatísticas bastante significativas
- $p < 0,001$ : Há diferenças estatísticas altamente significativas
- $p \geq 0,05$ : Não há diferenças estatísticas significativas

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 26.0 para Windows.



### 2.1.3. Resultados

#### Caracterização sociodemográfica das crianças

Relativamente à caracterização sociodemográfica das crianças (cf tabela 3) constata-se que 56,9% das crianças são raparigas e 43,1% rapazes. No que diz respeito à idade, 62,1% situam-se na faixa etária dos 6/7 anos e 37,9% possuem entre 8/9 anos. A maior parte das crianças encontra-se a frequentar o 2.º ano de escolaridade (63,8%). Constata-se que 58,6% das crianças não têm irmãos, enquanto 41,4% têm. Das crianças que possuem irmão (n=24), sobressaem as que têm 1 irmão (83,3%). No que se refere à criança partilhar o quarto, 58,6% partilham-no e 41,4% não o partilham. Das crianças que partilham o quarto, apenas de 24 se obteve resposta sobre com quem o partilha. Assim, onze crianças partilham com o irmão mais novo, sete com o irmão mais velho, três com os pais, uma criança partilha-o com a irmã, uma com a mãe e outra com a meia-irmã 2 vezes por semana.

**Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica das crianças**

	n	%
<b>Género</b>		
Masculino	25	43,1
Feminino	33	56,9
<b>Idade</b>		
6/7 anos	36	62,1
8/9 anos	22	37,9
<b>Ano que frequenta</b>		
1.º ano	21	36,2
2.º ano	37	63,8
<b>Irmãos</b>		
Não	34	58,6
Sim	24	41,4
<b>Número de irmãos</b>		
1 irmão	20	83,3
2 irmãos	4	16,7
<b>Partilhar quarto</b>		
Não	24	41,4
Sim	34	58,6
<b>Com quem partilha o quarto</b>		
Irmão mais novo	11	19
Irmão mais velho	7	12,1
Pais	3	5,2
Irmã	1	1,7
Mãe	1	1,7
Meia-irmã	1	1,7

A maioria das crianças descola-se para a escola de carro (70,7%), seguindo-se as que se deslocam de autocarro (22,4%), com apenas 6,9% a ir pé. Em média, as crianças demoram de casa à escola  $13,72 \pm 8,90$  minutos (Máximo 40min e Mínimo 3min), sendo que em média os rapazes demoram mais alguns minutos (cf tabela 4).

**Tabela 4 - Caracterização da deslocação das crianças para a escola**

	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Deslocação para a escola</b>						
A pé	2	4,7	2	13,4	4	6,9
Carro	32	74,4	9	60,0	41	70,7
Autocarro	9	20,9	4	26,7	13	22,4
<b>Tempo médio de casa até à escola</b>						
Média±DP	<b>13,63±8,53 min.</b>		<b>14,00±10,21 min.</b>		<b>13,72±8,90 min.</b>	
	Máximo 35min		Máximo 40min		Máximo 40min	
	Mínimo 3min		Mínimo 5min		Mínimo 3min	

### Hábitos de sono das crianças segundo a perceção dos pais

A maioria dos pais referiu que as crianças / filhos não possuíam algum problema com o sono ou com o adormecer (63,8%); habitualmente (67,2%) deitam-se à mesma hora (5 a 7 vezes por semana), enquanto 25,9% deitam-se às vezes (2 a 4 vezes por semana) e 6,9% raramente (uma vez ou nunca). Mais de metade das crianças e, de acordo com a avaliação realizada pelos pais, raramente necessita de um objeto especial para adormecer (fralda, boneco, etc. não inclui chupeta) (62,1%), enquanto 22,4% necessitam habitualmente e apenas 15,5% às vezes. Constata-se que estão em maioria as crianças, cujos pais referiram, que raramente adormecem a ver televisão (60,3%), 29,3% adormecem às vezes a ver televisão e 10,3% adormecem habitualmente (cf. tabela 5).

**Tabela 5 - Percepção dos hábitos de sono nas crianças**

	n	%
<b>Possuir problema de sono ou com o adormecer</b>		
Sim	21	36,2
Não	37	63,8
<b>Deitar-se à mesma hora</b>		
Raramente (uma vez ou nunca)	4	6,9
Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	15	25,9
Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	39	67,2
<b>Necessitar de um objeto especial para adormecer</b>		
Raramente	36	62,1
Às vezes	9	15,5
Habitualmente	13	22,4
<b>Adormecer a ver televisão</b>		
Raramente	35	60,3
Às vezes	17	29,3
Habitualmente	6	10,3

Em relação aos hábitos de sono, designadamente hora de deitar e levantar durante a semana e ao fim de semana, em média os pais referiram que as crianças, durante a semana deitam-se às 21h43min±0h:40min e levantam-se às 7h37min±0h:28min. Durante o fim de semana deitam-se 22h27min±0h:39min e levantam-se às 8h44min±0h:50min e referiram que as crianças dormiam, em média, por noite 9h49min±1h:03min.

#### **Associação dos Hábitos de sono na criança avaliado através do *Children's Sleep Habits Questionnaire* e as variáveis sociodemográficas da criança**

Constata-se que, na globalidade, são as crianças com mais idade (8/9 anos) as que apresentam médias mais elevadas, à exceção das dimensões 'Ansiedade Associada ao Sono' e 'Despertares Noturnos', onde as pontuações são mais elevadas para as crianças com menos idade (6/7 anos). Assim, pode dizer-se que as crianças mais velhas são as que revelam mais problemas relacionados com o sono, com um 'Índice de Perturbação do Sono Total' mais elevado ( $M=63,27\pm 7,87$ ). No entanto, não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. tabela 6).

Tabela 6 - Hábitos de sono e a idade da criança

Dimensões	Idade		8/9 anos		t	p
	6/7 anos		Média	Dp		
Início do sono	1,75	0,77	<b>1,77</b>	0,75	-0,110	0,913
Resistência em ir para a cama	10,16	2,10	<b>10,40</b>	2,85	-0,371	0,712
Duração do sono	6,42	0,88	<b>6,72</b>	0,63	-1,378	0,174
Ansiedade associada ao sono	<b>7,75</b>	1,20	7,31	0,99	1,412	0,163
Despertares noturnos	<b>4,66</b>	1,28	4,36	1,46	0,825	0,413
Parassónias	9,55	2,47	<b>10,50</b>	2,73	-1,353	0,181
Perturbação respiratória do sono	5,47	0,65	<b>5,68</b>	0,64	-1,189	0,239
Sonolência diurna	16,05	2,42	<b>16,50</b>	2,36	-0,683	0,497
<b>Índice Perturbação Sono Total</b>	61,77	5,59	<b>63,27</b>	7,87	-0,779	0,441

Os resultados indicam que as crianças do género feminino são as que apresentam valores mais elevados nos índices referentes a quase todas as perturbações do sono, excetuando o as dimensões 'Início do sono', 'Parassónias' e 'Perturbação Respiratória do Sono', onde as médias são maiores nos rapazes. Na globalidade são as crianças do género feminino que revelam mais perturbações do sono, com um 'Índice de Perturbação do Sono Total' mais elevado ( $M=62,96\pm 5,93$ ), contudo sem associações significativas. Apenas na dimensão "sonolência diurna" a média é superior nas raparigas com uma diferença *borderline* ( $16,75\pm 2,38$  vs.  $15,52\pm 2,25$ ;  $p=0,05$ ) (cf. tabela 7).

Tabela 7 - Hábitos de sono segundo o género da criança

Dimensões	Género		Feminino		t	p
	Masculino		Média	Dp		
Início do sono	<b>1,80</b>	0,81	1,73	0,71	0,360	0,720
Resistência em ir para a cama	10,04	2,65	<b>10,42</b>	2,20	-0,602	0,550
Duração do sono	6,50	1,02	<b>6,57</b>	0,61	-0,349	0,729
Ansiedade associada ao sono	7,52	1,08	<b>7,63</b>	1,19	-0,382	0,704
Despertares noturnos	4,36	1,31	<b>4,69</b>	1,38	-0,938	0,352
Parassónias	<b>10,28</b>	2,93	9,63	2,31	0,933	0,355
Perturbação respiratória do sono	<b>5,60</b>	0,76	5,51	0,56	0,467	0,643
Sonolência diurna	15,52	2,25	<b>16,75</b>	2,38	-2,002	<b>0,050</b>
<b>Índice Perturbação Sono Total</b>	61,50	7,33	<b>62,96</b>	5,93	-0,835	0,407

Também para a área de residência não encontramos diferenças significativas entre os problemas de sono da criança e a área de residência. Contudo, as médias são maiores para as crianças que vivem no meio urbano (médias superiores correspondem a mais problemas de sono), com exceção da dimensão 'Duração do Sono'. No geral, são as crianças que residem em meio urbano que apresentam mais perturbações do sono, com 'Índice de

Perturbação do Sono Total' mais elevado ( $M=63,38\pm 7,27$ ). Porém, não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. tabela 8).

**Tabela 8 - Hábitos de sono segundo a sua área de residência da criança**

Área de residência	Rural		Urbano		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Início do sono	1,77	0,75	1,75	0,77	0,110	0,913
Resistência em ir para a cama	9,68	1,61	10,61	2,72	-1,629	0,109
Duração do sono	6,57	0,59	6,52	0,90	0,196	0,845
Ansiedade associada ao sono	7,40	1,33	7,69	1,00	-0,864	0,393
Despertares noturnos	4,45	1,26	4,61	1,41	-0,425	0,673
Parassónias	9,54	2,17	10,13	2,82	-0,842	0,403
Perturbação respiratória do sono	5,45	0,67	5,61	0,64	-0,884	0,381
Sonolência diurna	15,86	2,21	16,44	2,50	-0,896	0,374
<b>Índice Perturbação Sono Total</b>	60,57	4,69	63,38	7,27	-1,775	0,081

Relativamente ao género do encarregado de educação, apenas encontramos diferenças significativas entre a dimensão 'Parassónias' e o género masculino do encarregado de educação ( $p=0,025$ ) e para o 'Índice de Perturbação do Sono Total' podemos referir que encontramos associações *borderline* ( $p=0,05$ ) (cf. tabela 9).

**Tabela 9 - Hábitos de sono da criança segundo o género do encarregado de educação**

Género	Masculino		Feminino		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Início do sono	1,53	0,64	1,84	0,78	-1,349	0,183
Resistência em ir para a cama	10,66	2,35	10,11	2,42	0,763	0,448
Duração do sono	6,73	0,70	6,47	0,83	1,065	0,291
Ansiedade associada ao sono	7,53	0,99	7,60	1,19	-0,207	0,837
Despertares noturnos	5,06	1,53	4,21	1,25	1,742	0,087
Parassónias	11,20	3,12	9,51	2,26	2,311	0,025
Perturbação respiratória do sono	5,66	0,81	5,51	0,59	0,676	0,507
Sonolência diurna	16,73	2,89	16,04	2,20	0,957	0,343
<b>Índice Perturbação Sono Total</b>	65,13	6,77	61,71	6,24	1,967	0,054

Segundo a idade dos encarregados de educação / pais, encontramos associação entre a idade dos pais <38 anos e a dimensão 'Perturbação respiratória do sono' e o 'Índice de Perturbação do Sono Total' ( $p=0,021$  e  $p=0,029$ , respetivamente) (cf. tabela 10).

Tabela 10 - Hábitos de sono da criança e a idade dos pais

Dimensões	≤38 anos		>38 anos		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Início do sono	1,84	0,72	1,65	0,79	0,950	0,346
Resistência em ir para a cama	10,06	2,27	10,50	2,56	-0,688	0,494
Duração do sono	6,43	0,91	6,68	0,62	-1,134	0,262
Ansiedade associada ao sono	7,56	1,21	7,61	1,06	-0,174	0,862
Despertares noturnos	4,28	1,30	4,88	1,36	-1,718	0,091
Parassónias	9,37	2,51	10,57	2,59	-1,786	0,080
Perturbação respiratória do sono	5,37	0,55	<b>5,76</b>	0,71	-2,376	<b>0,021</b>
Sonolência diurna	15,75	2,35	16,80	2,34	-1,703	0,094
<b>Índice Perturbação Sono Total</b>	60,68	6,41	<b>64,48</b>	6,18	-2,249	<b>0,029</b>

Verifica-se que as crianças que não possuem irmãos têm mais 'Despertares Noturnos', 'Parassónias', 'Perturbação Respiratória do Sono' e um 'Índice de Perturbação do Sono Total' mais elevado ( $M=62,64\pm 6,89$ ), enquanto as crianças com irmãos têm um 'Início de Sono' mais tardio, maior 'Resistência em Ir para a Cama', maior 'Duração do Sono' e 'Ansiedade Associada ao Sono', onde os valores médios foram mais elevados. Todavia, não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. tabela 11).

Tabela 11 - Hábitos de sono na criança e possuir irmãos

Dimensões	Não		Sim		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Início do sono	1,74	0,71	<b>1,79</b>	0,83	-0,277	0,783
Resistência em ir para a cama	10,17	2,32	<b>10,37</b>	2,53	-0,308	0,759
Duração do sono	6,52	0,70	<b>6,56</b>	0,94	-0,164	0,871
Ansiedade associada ao sono	7,38	1,23	<b>7,87</b>	0,94	-1,721	0,091
Despertares noturnos	<b>4,73</b>	1,46	4,29	1,16	1,236	0,222
Parassónias	<b>10,35</b>	2,96	9,29	1,85	1,675	0,100
Perturbação respiratória do sono	<b>5,58</b>	0,65	5,50	0,65	0,503	0,617
Sonolência diurna	16,14	2,24	<b>16,33</b>	2,63	-0,290	0,773
<b>Índice Perturbação Sono Total</b>	<b>62,64</b>	6,89	61,91	6,10	0,412	0,682

### Hábitos de sono da criança e a sua associação com comportamentos do dia a dia

A análise dos dados expostos na tabela 12 revela que crianças que às vezes / raramente se deitam à mesma hora têm maior 'Resistência em Ir para a Cama' ( $p=0,002$ ). Sendo também as crianças que às vezes ou raramente se deitam à mesma hora as que apresentam um 'Índice de Perturbação de Sono Total' mais elevado, em média, mas sem diferenças significativas.

Tabela 12 - Hábitos de sono na criança e deitar-se à mesma hora

Deitar-se à mesma hora Dimensões	Habitualmente		Às vezes/raramente		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Início do sono	1,85	0,74	1,58	0,76	1,269	0,210
Resistência em ir para a cama	9,48	1,77	<b>11,84</b>	2,75	-3,399	<b>0,002</b>
Duração do sono	6,50	0,89	6,63	0,59	-0,579	0,565
Ansiedade associada ao sono	7,71	0,99	7,31	1,37	1,268	0,210
Despertares noturnos	4,35	1,32	4,94	1,35	-1,574	0,121
Parassónias	9,82	2,38	10,10	3,05	-0,389	0,699
Perturbação respiratória do sono	5,56	0,68	5,52	0,61	0,205	0,838
Sonolência diurna	16,33	2,46	16,00	2,28	0,495	0,623
<b>Índice Perturbação Sono Total</b>	<b>61,55</b>	<b>6,53</b>	<b>63,94</b>	<b>6,43</b>	<b>-1,311</b>	<b>0,195</b>

Constata-se que as crianças que habitualmente / às vezes adormecem a ver televisão apresentam médias superiores em quase todas as dimensões, excetuando no 'Início do Sono', na 'Duração do Sono' e na dimensão 'Ansiedade Associada ao Sono'. Registam-se diferenças estatisticamente significativas na 'Resistência em Ir para a Cama' ( $t=2,173$ ;  $p=0,036$ ), 'Despertares Noturnos' ( $t=3,057$ ;  $p=0,004$ ), 'Parassónias' ( $t=3,458$ ;  $p=0,001$ ), 'Sonolência Diurna' ( $t=3,114$ ;  $p=0,003$ ) e no 'Índice de Perturbação do Sono Total' ( $t=4,235$ ;  $p=0,000$ ), onde pontuaram mais as crianças que habitualmente/às vezes adormecem a ver televisão (cf. tabela 13).

Tabela 13 - Problemas de Sono nas crianças e o comportamento 'adormecer a ver televisão'

Adormecer a ver televisão Dimensões	Habitualmente/às vezes		Raramente		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Início do sono	1,65	0,71	<b>1,83</b>	0,78	-0,867	0,390
Resistência em ir para a cama	<b>11,13</b>	2,76	9,68	1,95	2,173	<b>0,036</b>
Duração do sono	6,47	0,73	<b>6,58</b>	0,85	-0,504	0,617
Ansiedade associada ao sono	7,47	1,12	<b>7,65</b>	1,16	-0,581	0,563
Despertares noturnos	<b>5,21</b>	1,50	4,11	1,05	3,057	<b>0,004</b>
Parassónias	<b>11,34</b>	2,93	8,97	1,85	3,458	<b>0,001</b>
Perturbação respiratória do sono	<b>5,60</b>	0,72	5,51	0,61	0,535	0,595
Sonolência diurna	<b>17,34</b>	2,51	15,48	2,02	3,114	<b>0,003</b>
<b>Índice Perturbação Sono Total</b>	<b>66,26</b>	<b>7,11</b>	<b>59,70</b>	<b>4,58</b>	<b>4,235</b>	<b>0,000</b>

Quando questionado se as crianças adormecem na cama dos pais, observam-se médias mais elevadas em quase todas as dimensões nas crianças que habitualmente/às vezes adormecem na cama dos pais ou dos irmãos, excetuando nas dimensões 'Início do Sono' e 'Ansiedade Associada ao Sono', onde os valores médios são mais elevados para as crianças que raramente adormecem na cama dos pais ou dos irmãos. Existem diferenças

estatisticamente significativas nas dimensões 'Resistência em Ir para a Cama' ( $t=6,893$ ;  $p=0,000$ ), 'Despertares Noturnos' ( $t=4,013$ ;  $p=0,000$ ), 'Parassónias' ( $t=3,938$ ;  $p=0,000$ ), 'Perturbação Respiratória do Sono' ( $t=2,181$ ;  $p=0,033$ ) e no 'Índice de Perturbação do Sono Total' ( $t=5,065$ ;  $p=0,000$ ), onde são as crianças que habitualmente / às vezes adormecem na cama dos pais ou dos irmãos têm médias superiores, ou seja têm mais problemas relacionados com o sono (cf. tabela 14).

**Tabela 14 - Problemas de Sono nas crianças e o comportamento 'adormecer na cama dos pais ou dos irmãos'**

Adormecer na cama dos pais ou dos irmãos	Habitualmente/às vezes		Raramente		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Início do sono	1,56	0,71	<b>1,91</b>	0,76	-1,773	0,082
Resistência em ir para a cama	<b>12,20</b>	2,30	8,78	1,02	6,893	<b>0,000</b>
Duração do sono	<b>6,68</b>	0,74	6,43	,840	1,134	0,262
Ansiedade associada ao sono	7,44	1,29	<b>7,69</b>	1,01	-0,848	0,400
Despertares noturnos	<b>5,28</b>	1,33	4,00	1,08	4,013	<b>0,000</b>
Parassónias	<b>11,36</b>	2,84	8,81	1,75	3,938	<b>0,000</b>
Perturbação respiratória do sono	<b>5,76</b>	0,72	5,39	0,55	2,181	<b>0,033</b>
Sonolência diurna	<b>16,36</b>	2,67	16,12	2,19	0,374	0,710
<b>Índice Perturbação Sono Total</b>	<b>66,64</b>	6,58	59,00	4,16	5,065	<b>0,000</b>

Os resultados apresentados na tabela seguinte relativamente à resistência da criança em ir para a cama, observamos que as crianças que habitualmente/às vezes resistem a ir para a cama na hora de deitar tendem a demorar mais de 20 minutos a adormecer ( $t=-2,062$ ;  $p=0,044$ ), apresentam mais 'Despertares Noturnos' ( $t=3,141$ ;  $p=0,003$ ), sofrem de 'Parassónias' ( $t=2,998$ ;  $p=0,004$ ), apresentam mais 'Sonolência Diurna' ( $t=2,212$ ;  $p=0,031$ ) e no Total apresentam pior 'Índice de Perturbação do Sono Total' ( $t=3,383$ ;  $p=0,001$ ) (cf. tabela 15).

**Tabela 15 - Problemas de Sono nas crianças e o comportamento de resistir a ir para a cama na hora de deitar**

Resiste a ir para a cama na hora de deitar Dimensões	Habitualmente/às vezes		Raramente		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Início do sono	1,63	0,66	<b>2,06</b>	0,87	-2,062	<b>0,044</b>
Resistência em ir para a cama	<b>10,80</b>	2,42	9,05	1,89	2,967	<b>0,005</b>
Duração do sono	<b>6,61</b>	0,67	6,38	1,03	0,989	0,327
Ansiedade associada ao sono	7,47	1,19	<b>7,83</b>	0,98	-1,110	0,272
Despertares noturnos	<b>4,90</b>	1,31	3,77	1,11	3,141	<b>0,003</b>
Parassónias	<b>10,45</b>	2,80	8,72	1,56	2,998	<b>0,004</b>
Perturbação respiratória do sono	<b>5,65</b>	0,69	5,33	0,48	1,990	0,053
Sonolência diurna	<b>16,67</b>	2,35	15,22	2,21	2,212	<b>0,031</b>
<b>Índice Perturbação Sono Total</b>	<b>64,17</b>	6,47	58,38	4,79	3,383	<b>0,001</b>

No que se refere ao hábito das crianças em irem para a cama dos pais/irmãos a meio da noite, observamos médias superiores em crianças que a meio da noite habitualmente / às vezes têm este comportamento. As crianças que habitualmente/às vezes vão para a cama dos pais, irmãos a meio da noite apresentam mais 'Resistência em Ir para a Cama' ( $t=2,072$ ;  $p=0,043$ ), apresentam mais 'Despertares Noturnos' ( $t=4,414$ ;  $p=0,000$ ), mais 'Parassónias' ( $t=2,950$ ;  $p=0,005$ ), apresentam 'Perturbação Respiratória do Sono' ( $t=8,968$ ;  $p=0,000$ ) e no global apresentam pior 'Índice de Perturbação do Sono Total' ( $t=3,389$ ;  $p=0,001$ ) (cf. Tabela 16).

**Tabela 16 - Problemas de Sono nas crianças e o comportamento de ir para a cama dos pais, irmãos a meio da noite**

Ir para a cama dos pais, irmãos a meio da noite Dimensões	Habitualmente/às vezes		Raramente		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Início do sono	1,65	0,68	<b>1,84</b>	0,80	-0,950	0,346
Resistência em ir para a cama	<b>10,96</b>	2,58	9,68	2,10	2,072	<b>0,043</b>
Duração do sono	<b>6,68</b>	0,74	6,43	0,84	1,134	0,262
Ansiedade associada ao sono	7,26	1,15	<b>7,84</b>	1,08	-1,956	0,056
Despertares noturnos	<b>5,30</b>	1,15	3,93	1,18	4,414	<b>0,000</b>
Parassónias	<b>10,96</b>	2,82	9,06	2,07	2,950	<b>0,005</b>
Perturbação respiratória do sono	<b>6,11</b>	0,51	5,09	0,29	8,968	<b>0,000</b>
Sonolência diurna	<b>16,42</b>	2,70	16,06	2,13	0,568	0,573
<b>Índice Perturbação Sono Total</b>	<b>65,40</b>	6,37	59,96	5,69	3,389	<b>0,001</b>



#### 2.1.4. Discussão de resultados

O presente estudo, realizado com uma amostra de 58 encarregados de educação de crianças do Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro, revela que 62,1% das crianças se encontram na faixa etária dos 6/7 anos e 37,9% têm idade entre 8/9 anos, sendo 56,9% raparigas e 43,1% rapazes. Grande parte das crianças encontram-se a frequentar o 2.º ano de escolaridade (63,8%); 58,6% não tem irmãos, enquanto 41,4% possuem, das quais sobressaem as que têm 1 irmão (83,3%). Maioritariamente, as crianças deslocam-se para a escola de carro (70,7%), com predomínio das que demoram de casa à escola 10 minutos (31,0%), com uma média de tempo de demora de casa até à escola de  $13,72 \pm 8,90$  minutos.

Quanto à perceção dos pais em relação à existência de problemas de sono ou do adormecer com os seus filhos, a maioria referiu que os filhos não possuem problemas (63,8%). Mais de metade das crianças deita-se habitualmente (5 a 7 vezes por semana) à mesma hora (67,2%), enquanto 25,9% deitam-se às vezes (2 a 4 vezes por semana) e 6,9% raramente (uma vez ou nunca). Grande parte das crianças raramente necessita de um objeto especial para adormecer (fralda, boneco, etc.... não inclui chupeta) (62,1%), enquanto 22,4% necessitam habitualmente e apenas 15,5% às vezes. Lopes et al. (2016) realizaram um estudo com 107 crianças em idade pré-escolar e 122 com idade escolar, com idade média de 6,3 anos, sendo na sua maioria rapazes (54,1%) e verificaram que a prevalência de crianças que partilhavam o quarto foi de 37,3%, sendo no presente estudo este valor mais elevado, pois registou-se que 58,6% das crianças partilham o quarto. Mendes et al. (2004) realizaram um estudo a pais de crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos ( $n=100$ ), em Consultas de Saúde Infantil (Centro de Saúde do Lumiar, Hospital de Santa Maria e Centro Hospitalar de Cascais), durante um período de quatro meses, tendo estudado os hábitos e as perturbações do sono nas crianças e verificaram que 17% dormiam na cama dos pais, 20% com a luz acesa e 25% dormiam com um objeto de transição. As perturbações do sono foram referidas em 74% das crianças. As mais frequentes foram os pesadelos (46%) e a parassónia (45%) e apenas em 1% dos casos os pais abordaram este tema com o médico assistente. Santos (2014) constatou que uma percentagem significativa de crianças com idade escolar (6-11 anos) tinha medo de dormir no escuro e precisava de luz para adormecer (eventual dissónia) e de um objeto de referência. Estão em maioria as crianças que raramente adormecem a ver televisão (60,3%), com 29,3% a adormecer a ver televisão às vezes e 10,3% habitualmente, o que corrobora as evidências encontradas por Afonso et al. (2019) que, numa

amostra de crianças com idades entre os 6 e os 10 anos, este comportamento ocorreu habitualmente em 16,8%, às vezes em 29,5% e raramente em 53,7%. Um crescente número de estudos epidemiológicos têm sugerido que as atividades baseadas em ecrãs no quarto são os principais fatores ambientais responsáveis pelo atraso na hora de dormir ou sono insuficiente (Gradisar et al. 2018).

No presente estudo não se encontrou associação entre as variáveis sociodemográficas da criança e o índice de Perturbação do Sono e as suas dimensões. Rangel et al. (2015), ao avaliarem a qualidade do sono e a prevalência das perturbações do sono em crianças dos 2 aos 10 anos de idade, constaram, numa amostra de 131 crianças, que o Índice de Perturbação do Sono se associou às crianças com menos idade. Outro estudo concluiu que a sonolência diurna se associou com o género feminino (Silva et al., 2018). No estudo de Silva et al., (2013) também ficou registada uma relação entre o género feminino e a dimensão 'Ansiedade Associada ao Sono' e a 'Perturbação Global do Sono' e, por outro lado, verificaram que a 'Perturbação Respiratória do Sono' se correlacionava com o género masculino.

Relativamente às variáveis sociodemográficas (género e idade dos pais / Encarregados de Educação) verificamos diferenças significativas entre a dimensão 'Parassónias' e o género masculino do encarregado de educação ( $p=0,025$ ) e para o 'Índice geral de Perturbação do Sono' podemos referir que encontrámos associações *borderline* ( $p=0,05$ ). Quanto á idade dos encarregados de educação / pais, encontrámos associação entre a idade dos pais < 38 anos e a dimensão 'Perturbação Respiratória do Sono' e o 'Índice de Perturbação do Sono Total' ( $p=0,021$  e  $p=0,029$ , respetivamente). Estes resultados poderão justificar com a possível subvalorização da higiene de sono por parte de alguns pais, podendo igualmente associar-se às diferenças nos estilos educativos, tendo em conta ser pai ou mãe e a idade dos progenitores, ou até a menor valorização do peso da qualidade do sono na saúde global da criança, o que pode levar ao não reconhecimento das perturbações do sono (Afonso et al., 2019). Varma et al. (2020) referem que muitas vezes o facto de as crianças terem perturbações do sono se deve não tanto à idade e género dos pais (pai/mãe), mas aos distúrbios do sono dos próprios pais das crianças, uma vez que, no seu estudo, as perturbações de sono das crianças dos 2 aos 12 anos foram associados aos distúrbios do sono dos pais, sendo responsáveis por 22% da mudança na qualidade do sono. As crianças podem ter distúrbios do sono se os seus pais tiverem, por exemplo, insónia.

Silva et al. (2018) referem que um sono insuficiente ou de má qualidade, durante a infância, pode comprometer a capacidade de aprendizagem das crianças. Assim, uma quantidade adequada de sono e de qualidade configura-se de extrema importância para uma saúde e desempenho adaptado a curto, médio e longo prazo.

A análise dos dados revela que as crianças que às vezes/raramente se deitam à mesma hora têm maior 'Resistência em Ir para a Cama', demoram mais tempo a adormecer, apresentam mais 'Despertares Noturnos' e 'Parassónias'. Segundo Januário (2012), num estudo com pais de crianças na faixa etária dos 5 aos 12 anos, os pais reportaram que os filhos que só às vezes se deitam à mesma hora apresentam com alguma frequência perturbações do sono, como a resistência ao deitar, mais dificuldades no despertar matinal, queixas de fadiga, atraso do início do sono, despertares noturnos e parassónias.

Constatou-se que as crianças que habitualmente/às vezes adormecem a ver televisão apresentam médias superiores nas dimensões 'Resistência em Ir para a Cama' ( $p=0,036$ ), 'Despertares Noturnos' ( $p=0,004$ ), 'Parassónias' ( $p=0,001$ ), 'Sonolência Diurna' ( $p=0,003$ ) e no Índice de Perturbação do Sono Total ( $p=0,000$ ). Estes resultados corroboram os encontrados por Afonso et al. (2019), cujo estudo revela que as crianças com o hábito de adormecer a ver televisão apresentaram mais problemas do sono ( $p<0,001$ ), com cotações superiores nas seguintes dimensões: Índice de Perturbação do Sono, 'Resistência em Ir para a Cama', 'Duração do Sono', 'Ansiedade Associada ao Sono', 'Despertares Noturnos', 'Parassónias' e 'Sonolência Diurna'. Os mesmos autores reforçam estes resultados apoiando-se em evidências internacionais que relacionam ver televisão antes de dormir e a presença desta no quarto da criança com "vários problemas e perturbações do sono, designadamente menor duração do sono e atraso da hora de deitar, maior resistência em ir para a cama, pior qualidade do sono, cansaço matinal e maior frequência de pesadelos, terrores noturnos e sonambulismo" (Afonso et al., 2019, p. 84). Outro estudo realizado por Marinelli et al. (2014), com uma amostra de 1713 crianças com idades entre 2 e os 9 anos, demonstrou que as crianças com períodos mais longos de horas de ecrã e que passam mais tempo a ver televisão antes de dormir tiveram menor duração do sono e mais sonolência diurna. Estes resultados apoiam os dados da *National Sleep Foundation*, como referem Calamaro et al. (2012), que revelam que as crianças dos 6 aos 10 anos de idade com televisão no quarto dormem menos 9 minutos por dia. A análise de vários estudos acerca dos comportamentos que as crianças adotam antes de dormir indica que há efeitos nocivos do uso de meios eletrónicos no sono das crianças, sobretudo devido à luminosidade que parece transformar os níveis de melatonina, modificando o ciclo de sono e despertar, bem como aquilo que a criança vê no tablet / telemóvel / computador / televisão, influenciando o seu comportamento antes de adormecer, afetando a qualidade do sono (Bathory & Tomopoulos, 2017; Galvão et al., 2018). Existem outros comportamentos que a criança apresenta antes de ir dormir, como comportamentos de choro e birras na hora de adormecer (Cook et al., 2015). Falbe et al. (2015) também constaram que o hábito de a criança adormecer a ver televisão associa-se a problemas do sono, relacionados com a 'Resistência em Ir para a Cama', 'Duração do Sono',

'Ansiedade Associada ao Sono' (dificuldade em adormecer sozinho), 'Despertares Noturnos', 'Parassónias' e 'Sonolência Diurna', dados semelhantes aos encontrados no presente estudo. Assim sendo, pode inferir-se que o hábito de a criança ver televisão antes de dormir configura-se como um forte preditor de redução da duração do sono, atraso do adormecer, ou seja, é um fator preditor de perturbação do sono em crianças. Outros estudos mostram que ver televisão ou jogar videojogos antes de adormecer são variáveis que se relacionam significativamente com um aumento do índice de distúrbios do sono nas crianças, estando os resultados apurados no presente estudo em conformidade (Brockmann et al., 2016; Miskoff, et al., 2019). Adormecer a ver televisão configura-se como "uma prática de facilitação parental, habitualmente como resposta à resistência em ir para a cama e demora a adormecer, mas funciona apenas como solução de curto prazo, uma vez que a criança se torna dependente deste estímulo" (Afonso et al., 2019, p. 87). Outra variável estudada foi o adormecer na cama dos pais ou dos irmãos, verificando-se que as crianças que habitualmente/às vezes adormecem na cama dos pais, apresentam médias superiores nas dimensões 'Resistência em Ir para a Cama' ( $p=0,000$ ), 'Despertares Noturnos' ( $p=0,000$ ), 'Parassónias' ( $p=0,000$ ), 'Perturbação Respiratória do Sono' ( $p=0,033$ ) e no 'Índice de Perturbação do Sono Total' ( $p=0,000$ ), ou seja, têm mais problemas relacionados com o sono. Estes dados estão em consonância com os resultados encontrados por Silva (2014), onde a necessidade da companhia dos pais ou de irmãos para adormecer ocorreu em 10% de crianças na faixa etária dos 9-10 anos, o que se deve, segundo a autora, ao facto de as crianças apresentarem parassónias e ansiedade associada ao sono, ou seja, precisam dos pais no quarto para adormecer, têm medo de dormir no escuro e de dormir sozinhas. Estes resultados são corroborados com o facto de se ter verificado no presente estudo médias superiores em crianças que a meio da noite habitualmente / às vezes têm o hábito de ir para a cama dos pais/irmãos a meio da noite. As crianças que habitualmente / às vezes vão para a cama dos pais, irmãos a meio da noite apresentam mais 'Resistência em Ir para a Cama' ( $p=0,043$ ), apresentam mais 'Despertares Noturnos' ( $p=0,000$ ), mais 'Parassónias' ( $p=0,005$ ), apresentam 'Perturbação Respiratória do Sono' ( $p=0,000$ ) e no global apresentam pior 'Índice de Perturbação do Sono Total' ( $p=0,001$ ). No estudo de Silva et al. (2018), os pais percecionam que os filhos têm uma 'Resistência em Ir para a Cama' classificada como intermédia (41,0%), sendo mais prevalente nas crianças do sexo feminino (22,6%) e nas crianças entre os 5-6 anos (21,8%), mas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a 'Resistência de Ir para a Cama e as 'Perturbações do Sono'. Constatou-se também valores mais elevados nas cotações em quase todas as dimensões nas crianças que habitualmente / às vezes resistem em ir para a cama na hora de deitar onde os valores são mais elevados para as crianças que raramente resistem a ir para a cama na hora de deitar, resultando em diferenças estatisticamente significativas no 'Início do Sono' ( $t=-2,062$ ;

$p=0,044$ ), nos 'Despertares Noturnos' ( $t=3,141$ ;  $p=0,003$ ), nas 'Parassónias' ( $t=2,998$ ;  $p=0,004$ ), na 'Sonolência Diurna' ( $t=2,212$ ;  $p=0,031$ ) e no 'Índice de Perturbação do Sono Total' ( $t=3,383$ ;  $p=0,001$ ). No estudo de Santos (2014), estes problemas do sono mostraram-se associados, principalmente, à duração do sono insuficiente, resistência em ir para a cama, dificuldade em adormecer sozinho, despertares noturnos frequentes e ocorrência de parassónias. Por outro lado, como refere Alves (2016, p. 19), não obstante, tem de se considerar vários fatores que poderão levar a criança a ter perturbações do sono, nomeadamente “sensação de insegurança; períodos de desenvolvimento acelerado, que torna o sono mais cheio de estímulos e de informação para assimilar; fases de medo ou abandono; fases cíclicas de sono superficial, com acordar; pesadelos; alimentação; chantagem psicológica dos pais; atitudes erradas dos pais e stress parental”, o que leva a que a criança possa resistir em ir para a cama na hora de deitar.

Em suma, o sono é um dos comportamentos humanos e uma necessidade biológica vital e o seu efeito no sistema nervoso central inclui a influência do neuro-comportamento, a emoção, o humor e as funções neuro-cognitivas. As crianças com má qualidade do sono podem ser prejudicadas em termos desenvolvimentais. Assim sendo, o sono configura-se de extrema importância para a aprendizagem e memória, com implicações na regulação emocional e do comportamento, a nível cardiovascular, imunológico e metabólico, estando intimamente relacionados ao risco de obesidade. É importante a promoção das medidas de higiene do sono nas famílias / crianças, justificando cada vez mais a aposta em projetos de intervenção na educação para a saúde no âmbito escolar. Fomentando a importância da implementação do projeto desenvolvido durante o presente estágio “*Dormir para bem Sorrir*” (Apêndice I) nas escolas do Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro. Na minha opinião, e de acordo com os resultados, muitas das diferenças estatísticas encontradas entre os comportamentos / hábitos de sono e as perturbações do sono é devido ao não cumprimento das medidas de higiene do sono para crianças, designadamente horário de sono regular, ter rotinas antes de ir para a cama, evitar a utilização de dispositivos eletrónicos (televisão, computadores, smartphones) pelo menos 1 hora antes de deitar e mantê-los fora do quarto. A criança deve ser deitada sonolenta, mas ainda acordada, para aprender a adormecer sem a presença dos pais (ganha autonomia e consegue adormecer sozinha durante a noite), os contactos a meio da noite devem ser breves e monótonos, mantendo a criança na sua cama (Associação Portuguesa do Sono, s.d.).



### 2.1.5. Conclusões do estudo

De acordo, com o estudo empírico realizado aos EE / pais do Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro segundo a percepção dos pais, mais de metade das crianças não apresenta problemas de sono ou com o adormecer, deitam-se habitualmente à mesma hora e não necessitam de um objeto especial para adormecer. No que diz respeito ao objetivo identificar as variáveis sociodemográficas dos pais e das crianças que interferem nos hábitos de sono da amostra não se verificou associação entre as variáveis sociodemográficas da criança e o 'Índice de Perturbação do Sono' e as suas dimensões. Apenas se encontrou diferenças significativas entre a dimensão 'Parassónias' e o género masculino do encarregado de educação ( $p=0,025$ ) e para o 'Índice geral de Perturbação do Sono' podemos referir que encontrámos associações borderline ( $p=0,05$ ). Segundo a idade dos encarregados de educação / pais, encontrámos associação entre a idade dos pais < 38 anos e a dimensão 'Perturbação Respiratória do Sono' e o 'Índice de Perturbação do Sono Total'.

As crianças cujos pais referiram que às vezes / raramente se deitam à mesma hora apresentam mais 'Resistência em Ir para a Cama'. As crianças que habitualmente / às vezes adormecem a ver televisão apresentam mais 'Resistência em Ir para a Cama' ( $p=0,036$ ), mais 'Despertares Noturnos', mais 'Parassónias', mais 'Sonolência Diurna' e pior 'Índice de Perturbação do Sono Total'. Assim como, as crianças que habitualmente / às vezes adormecem na cama dos pais, apresentam médias superiores nas dimensões 'Resistência em Ir para a Cama', 'Despertares Noturnos', 'Parassónias', 'Perturbação Respiratória do Sono' e no 'Índice de Perturbação do Sono Total', ou seja, têm mais problemas relacionados com o sono. No que se refere ao hábito das crianças em irem para a cama dos pais / irmãos a meio da noite, observámos médias superiores em crianças que a meio da noite habitualmente / às vezes têm este comportamento. As crianças que habitualmente / às vezes vão para a cama dos pais, irmãos a meio da noite apresentam mais 'Resistência em Ir para a Cama', apresentam mais 'Despertares Noturnos', mais 'Parassónias', apresentam 'Perturbação Respiratória do Sono' e no global apresentam pior 'Índice de Perturbação do Sono Total'.



### 3. Avaliação por competências

Com o decorrer do estágio, demonstrei interesse e sentido crítico nos diferentes procedimentos, despoletando o sentido crítico e a reflexão sobre a ação, uma vez que surgiram diversas oportunidades e situações, com as quais me fui debatendo em reflexões, com a enfermeira tutora e com outros elementos da equipa.

A realização do estágio e do presente estudo “Hábitos de Sono em Crianças do 1º Ciclo: Do conhecimento à intervenção do Enfermeiro em Saúde Escolar” têm desta forma, o propósito do desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária expressas em diário da República no Regulamento nº 428/2018. Particularmente no que diz respeito às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na competência: “Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, destaco as atividades que desenvolvi para a realização do diagnóstico de situação sobre a temática estudada no presente estudo. Assim, tive a oportunidade de participar nas reuniões com a UCC e com os professores do Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro, por forma a tomar conhecimento das necessidades daquela comunidade escolar e participar na construção / definição dos objetivos da ELSE para o próximo ano letivo. Surgindo assim, a necessidade da construção do projeto de intervenção piloto na área da saúde escolar, no âmbito da promoção da higiene do sono em crianças do 1º Ciclo – *“Dormir para Bem Sorrir”*. Ao iniciar o estágio tive também a necessidade de consultar e de fazer uma leitura atenta do perfil de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões destacando-se após a sua análise, os cinco problemas de saúde prioritários deste ACeS são eles: as doenças cérebro-cardiovasculares (incluindo a hipertensão arterial), a diabetes mellitus, os tumores malignos, a alteração do metabolismo dos lípidos / excesso de peso / obesidade e, por último, as perturbações depressivas. No que diz respeito à saúde escolar, consultei o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) de 2015 e o último Programa de Promoção e Educação para a Saúde referente ao ano letivo 2017/2018 do Agrupamentos de Escolas de Tondela (AE Tondela, 2017, p. 3-4). Da sua leitura, destacam-se as áreas temáticas prioritárias, sendo elas: saúde mental e prevenção da violência; educação alimentar e atividade física; comportamentos aditivos e dependências; afetos e educação para a sexualidade, em todas elas se pretende o desenvolvimento de um conjunto de intervenções no âmbito da promoção e proteção da saúde em meio escolar. Assim, apliquei e desenvolvi a metodologia do planeamento em saúde com a elaboração deste projeto. Na competência: “Contribuiu para o

processo de capacitação de grupos e comunidades”, desenvolvi atividades no âmbito da comunidade escolar com o desenvolvimento do projeto de *intervenção “Dormir para bem Sorrir”* e, pude colaborar na realização da DICA - Escolar implementada pela Saúde Escolar em Casa da Administração Regional de Saúde (ARS) Centro, publicada mensalmente com diferentes temas em colaboração com as diferentes entidades. A ESSV em parceria com a UCC de Tondela desenvolveu a DICA escolar do mês de maio sobre a importância do sono em adolescentes / jovens e a patologia cardíaca. No que respeita aos outros programas / projetos da UCC Tondela tive a oportunidade de integrar o programa Nacional de Vacinação em particular no processo de vacinação da COVID 19 da comunidade, na prestação de cuidados aos utentes no âmbito da ECCI e também no projeto da UCC relativo às aulas de preparação para o parto, agora a decorrer num formato não presencial adaptado às condicionantes provocadas pela pandemia do SARS Cov-2. Neste sentido, todas as atividades por mim desenvolvidas nestas áreas anteriormente citadas tiveram presente o objetivo da capacitação e da educação para a saúde em todos os contactos efetuados com a comunidade. Na competência: “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”, as intervenções do especialista em Enfermagem Comunitária devem ser focadas na comunidade, para a comunidade e com a comunidade. E trabalhar na comunidade implica ter de estabelecer parcerias com outras instituições, para que, juntas possam dar resposta efetiva aos problemas/necessidades da comunidade. Neste âmbito os objetivos do projeto desenvolvido integram-se no PNS e no PNSE, assim como, outros programas que participei durante o ensino clínico de âmbito comunitário, como por exemplo a Vacinação da comunidade contra o vírus SARS CoV-2, a realização das visitas domiciliárias da ECCI e das vigilâncias epidemiológicas no campo da COVID 19. No que diz respeito à última competência específica: “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” adquiri a mesma ao longo do ensino clínico com a realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática em estudo e sobretudo no diagnóstico de situação efetuado. Mas também, através das vigilâncias e intervenções passivas no âmbito de fenómenos de doença por SARS-COV-2 e no âmbito da ECCI com intervenções realizadas nas visitas domiciliárias.

Desta forma, a partilha de experiências e conhecimento, a troca de reflexões críticas, esclarecimento de dúvidas e autoconhecimento com pesquisa bibliográfica, foram uma constante ao longo deste período. Face ao que foi apresentado anteriormente, considero que as atividades estipuladas foram superadas, com uma avaliação extremamente positiva pela forma como consolidei conhecimentos com este estágio. Especialmente no que diz respeito ao planeamento em Saúde, na vigilância epidemiológica e na coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário de acordo com o Plano Nacional de Saúde. Desde sempre,

procurei aproveitar todas as oportunidades que foram surgindo, com o intuito de obter um elevado crescimento profissional e pessoal como futura enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária.

Considero que, mais do que um desenvolvimento profissional, para mim, foi sem dúvida, um desenvolvimento pessoal. Por essa razão, assumo que as estratégias e atividades estipuladas, foram concretizadas e que as competências foram adquiridas e consolidadas.

Todo este processo foi envolto de esforço pessoal onde foi necessário também o desenvolvimento de competências de investigação em Enfermagem e de aperfeiçoamento de conhecimentos a nível da transposição da teoria para a prática.

Assim, o estágio com relatório final: Saúde Escolar foi muito proveitoso e enriquecedor em termos de autonomia e aquisição de competências, como futura enfermeira especialista e mestre em Enfermagem Comunitária, resultando numa avaliação muito boa.



## Considerações finais

Com o término desta unidade curricular constato que a mesma foi um pilar essencial para a aquisição e consolidação de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Desta forma, consegui adquirir com sucesso as competências identificadas no Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Todas as atividades realizadas permitiram a aquisição das competências, designadamente a investigação desenvolvida e o projeto de intervenção elaborado “*Dormir para bem Sorrir*”. Este permitiu, a consolidação de conhecimentos sobretudo no que respeita ao planeamento em saúde. Com o estudo de investigação também se conseguiu dar resposta às questões de investigação e alcançar os objetivos propostos.

Face a estes resultados não obstante o número reduzido da amostra, o que se assume como uma limitação do presente estudo, é fundamental a promoção da saúde e aumento da literacia em saúde dos pais / encarregados de educação das crianças para o facto de que as alterações na quantidade e na qualidade do sono têm um impacto nas funções cognitivas, emocionais e, no geral, nas funções psicológicas das crianças, independentemente da idade.

É neste contexto que ganha toda a relevância o Projeto “*Dormir para bem Sorrir*”, cuja implementação é prioritária, uma vez que tem como objetivos: explicar às crianças a importância do sono como ferramenta para melhorar a qualidade de vida e as relações harmoniosas com as famílias, amigos e comunidade escolar através de dinâmicas ativas; identificar comportamentos de vida saudáveis, prevenindo problemas associados aos maus hábitos de sono; capacitar a comunidade escolar e os pais / encarregados de educação sobre esta problemática e como preveni-la. Sendo estas algumas das áreas de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e a desempenhar funções na Saúde Escolar. Neste sentido, é importante empoderar os pais / encarregados de educação, educadores e as crianças para tomarem decisões informadas sobre a sua saúde e projeto de vida, no dia-a-dia, e no desenvolvimento do sistema de saúde acedendo aos cuidados de saúde de forma consciente. Os enfermeiros de Saúde Escolar têm um papel extremamente importante na capacitação e desenvolvimento da literacia em saúde em todos os grupos etários e ao longo do ciclo vital. Portanto, e neste desígnio, é fundamental informar toda a comunidade educativa que um dos importantes fatores de risco com influência no desenvolvimento cognitivo, físico, psicológico e social em crianças são os problemas de sono, particularmente a má higiene do sono. Os maus hábitos de sono acarretam problemas nas

crianças a curto, médio e longo prazo, aumentando o risco de várias doenças, de sonolência diurna, de alterações de humor, de problemas sociais e relacionais, insuficiente rendimento escolar, entre outros. Perante as repercussões dos maus hábitos de sono e, por outro lado, dada a importância da higiene do sono e dos bons hábitos de sono desde que se nasce, tem de se considerar os bons hábitos de sono como um estilo de vida saudável. O sono é um estado comportamental que faz parte da vida de todas as pessoas, sendo indispensável para a manutenção de uma vida saudável.

Sendo a escola um lugar capital para a promoção de hábitos de saúde saudáveis, os resultados expostos justificam a continuidade de implementação de programas de educação para o sono, assumindo a premissa que conhecendo mais, as crianças e os seus encarregados de educação poderão fazer as escolhas mais saudáveis, modificando os seus comportamentos. Assim, considera-se que um dos maiores desafios, no papel assumido de educadora, como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, consiste na transposição do conhecimento teórico para as transformações comportamentais das crianças. Todavia, considera-se que a continuidade de programas de intervenção ajudará a ultrapassar com êxito esse desafio. Os programas de educação para o sono servem para consciencializar toda a comunidade educativa para a importância dos ciclos sono-vigília, demonstrando que o conhecimento desenvolvido na escola pode ser útil para melhorar a qualidade do sono das crianças e por inerência a sua qualidade de vida.

Investir em bons hábitos de sono das crianças equivale a investir no futuro. A promoção da sua saúde tem implicações positivas para o resto da população o que garante benefícios para a saúde. A destreza, a capacidade para resolver problemas, a iniciativa e a criatividade, articuladas aos conhecimentos especializados, são fatores cada vez mais importantes para o reforço da capacidade de resolução de problemas na qualidade de Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária.

Assim, anexo o Projeto de Intervenção *“Dormir para bem Sorrir”* criado com a ESSV e a UCC de Tondela para implementação piloto no próximo ano letivo nas escolas que aceitaram participar no estudo / projeto. Toda a explicação e enquadramento do mesmo encontra-se no Apêndice I.



## Referências bibliográficas

- Afonso, S., Silva, F. G., Silva, C. R., & Neto, A. S. (2019). Adormecer a Ver Televisão como Fator de Risco para Perturbação do Sono na Idade Escolar. *Gazeta Médica*; 6(2), 83-89.
- Alves, P. A. T. C. (2016). *A importância do sono em crianças em idade pré-escolar um estudo qualitativo com os pais* [Dissertação de Mestrado] Instituto Superior de Educação e Ciências. Escola de Educação. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20278/1/TESE%20Alter%C3%A7%C3%A3o%20FINAL%20P%C3%B3s%20-%20Defesa!!!.pdf>
- Bathory, E., & Tomopoulos, S. (2017). Sleep regulation, physiology and development, sleep duration and patterns, and sleep hygiene in infants, toddlers, and preschool age children. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 47(2), 29-42. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>
- Bentley, G. F., Turner, K. M., & Jago, R. (2016). Mothers' views of their preschool child's screen-viewing behaviour: a qualitative study. *BMC Public Health*, 16(718), 2-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3440-z>
- Brockmann, P. E., Diaz, B., Damiani, F., Villarroel, L., Núñez, F., & Bruni, O. (2016). Impact of television on the quality of sleep in preschool children. *Sleep medicine*, 20, 140-144.
- Calamaro, C. J., Yang, K., Ratcliffe, S., & Chasens, E. R. (2012). Wired at a young age: the effect of caffeine and technology on sleep duration and body mass index in school-aged children. *J Pediatr Health Care*, 26(2), 76-82.
- Carley, D. W., & Farabi, S. S. (2016). Physiology of Sleep. *Diabetes spectrum: a publication of the American Diabetes Association*; 29(1), 5-9. <https://doi.org/10.2337/diaspect.29.1.5>.
- Carneiro, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ª ed.). Lidel. ISBN 978-989-752-419-6.
- Cerca, F., & Prior, C. (2018). Sleep and Media Screens in Pediatric Ages. *Nascer e Crescer Birth and Growth Medical Journal*, 27(1), 33-38.
- Chokroverty, S. (2010). Overview of sleep & sleep disorders. *Indian J Med Res*, 131, 126-140.

- Coelho, S. (2009). *Sono-vigília na Infância: conhecimentos dos educadores*. [Dissertação de Mestrado]. RIA, Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://www.ria.ua.pt/bitstream/10773/1048/1/2010000223.pdf>
- Cook, F., Seymour, M., Giallo, R., Cann, W., Nicholson, M., J., Green, J., & Hiscock, H. (2015). Comparison of methods for recruiting and engaging parents in online interventions: study protocol for the Cry Baby infant sleep and settling program. *BMC Pediatrics*, 12(3). <http://doi.org/10.1186/s12887-015-0502-9>
- Cordeiro, M. (2010). *Dormir tranquilo*. A Esfera dos Livros.
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Edições Almedina, S. A.
- Dias, L. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE. *Rev Clin Hosp Prof Dr. Fernando Fonseca*, 2(1), 39-40.
- Dingley, C., Daugherty, K., Derieg, M. K. & Persing, R. (2008). *Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements*. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 3, 1-18. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/pdf/Bookshelf\\_NBK43663.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/pdf/Bookshelf_NBK43663.pdf)
- Dosman, C., & Andrews, D. (2012). Anticipatory guidance for cognitive and social-emotional development: Birth to five years. *Pediatric Child Health*; 17, 75-80.
- Elias, N., & Sulkin, I. (2017). YouTube viewers in diapers: An exploration of factors associated with amount of toddlers' online viewing. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 11(3). <https://doi.org/10.5817/CP2017-3-2>
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2019). *Guia Orientador dos Estágios – 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária 2019/2021*. ESSV.
- Estêvão, M. H. (s.d.). Dormir bem dá saúde e faz crescer. *Associação Portuguesa do Sono*. <https://www.apsono.com/index.php/pt/noticias/noticias-do-sono/69-dormir-bem-da-saude-faz-crescer>
- Falbe, J., Davison, K. K., Franckle, R. L., Ganter, C., Gortmaker, S. L., Smith, L. et al. (2015). Sleep duration, restfulness, and screens in the sleep environment. *Pediatrics*, 135, 367-75. <http://doi.org/10.1542/peds.2014-2306>.
- Figueiroa-Rego, S. (2003). Século XXI: Novas E Velhas Problemáticas Em Enfermagem: Sistemas De Informação E Documentação Em Enfermagem E Modelos De Cuidados Em Uso. *Pensar Enfermagem*, 7(2), 34-47.

- Galvão, D. M. P. G., Carpenter, A. L. M., Castro, P. C. A., & Almeida, T. I. M. (2018). Promoção do papel parental nos comportamentos de sono de crianças até aos cinco anos de idade. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*; 2(1), 337-346. <https://www.redalyc.org/journal/3498/349856003036/html/>
- Gradisar, M., Wolfson, A. R., Harvey, A. G., Hale, L., Rosenberg, R., & Czeisler, C. A. (2018). The sleep and technology use of Americans: findings from the national sleep foundation's 2011 sleep in America poll. *J Clin Sleep Med.*; 9(129), 1-9.
- Hamilton, K., Spinks, T., White, K. M., Kavanagh, D. J., & Walsh, A. M. (2016). A psychosocial analysis of parents' decisions for limiting their young child's screen time: An examination of attitudes, social norms and roles, and control perceptions. *British Journal of Health Psychology*, 21(2), 285-301. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12168>
- Henderson, J., & Jordan, S. (2010). Development and Preliminary Evaluation of the Bedtime Routines Questionnaire. *Journal of Psychopathol Behav Assess* 32, 271-280.
- Hesketh, K. D., Hinkley, T., & Campbell, K. J. (2012). Children's physical activity and screen time: qualitative comparison of views of parents of infants and preschool children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 152. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-152>
- Hinkley, T., & McCann, J. R. (2018). Mothers' and father's perceptions of the risks and benefits of screen time and physical activity during early childhood: a qualitative study. *BMC public health*, 18(1), 1271. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6199-6>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento de saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Januário, P. A. (2012). *Hábitos de sono das crianças e compreensão infantil do sono e das estratégias facilitadoras do adormecimento. Estudo com crianças de oito anos e seus pais*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8196/1/ulfpie043224\\_tm.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8196/1/ulfpie043224_tm.pdf)
- Kim, J. K., Lee, J. H., Lee, S. H., Hong, S. C., & Cho, J. H. (2011). School performance and behavior of Korean elementary school students with sleep-disordered breathing. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 120(4), 268–272. <http://doi:10.1177/000348941112000409>.
- Liu, X., Liu, L., Owens, J., & Kaplan, D. (2005). Sleep Patterns and Sleep Problems Among Schoolchildren in the United States and China. *Pediatrics*, 115(1).
- Lopes, S., Almeida, F., Jacob, S., Figueiredo, M., Vieira, C., & Carvalho, F. (2016). Diz-me como dormes: hábitos e problemas de sono em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar. *Nascer e Crescer*, 25(4), 211-216.

- Maia, I., Pinto, F. (2008). Hábitos de Sono. *Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 17(1), 9-12.
- Manzoli, J. P. B., Correia, M. D. L., & Duran, E. C. M. (2018). Definição conceitual e operacional das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Padrão de Sono Prejudicado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26(3105), 2-10. <http://doi:10.1590/1518-8345.2582.3105> [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- Marinelli, M., Sunyer, J., Alvarez-Pedrerol, M. et al. (2014). Hours of Television Viewing and Sleep Duration in Children: A Multicenter Birth Cohort Study. *JAMA Pediatr.*, 168(5), 458–464. <http://doi:10.1001/jamapediatrics.2013.3861>
- Marques, J. A. C. P. (2017). *Qualidade de Sono de Adolescentes em Contexto Escolar* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra.
- McDowall, P. S., Elder, D. E., & Campbell, A. J. (2017). Relationship between parent knowledge of child sleep, and child sleep practices and problems: A pilot study in a children's hospital cohort. *Journal of pediatrics and child health*; 53(8), 788-793. <https://doi.org/10.1111/jpc.13542>
- McDowall, P. S., Galland, B. C., Campbell, A.J., & Elder, D. E. (2017). Parent knowledge of children's sleep: A systematic review. *Sleep Med Rev.*, 31, 39-47. <http://doi:10.1016/j.smr.2016.01.002>.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública* (1ª ed.). Lidel. ISBN 978-989-752-477-6.
- Meltzer, L. J., Williamson, A. A., & Mindell, J. A. (2021). Pediatric sleep health: it matters, and so does how we define it. *Sleep Med Rev.*, 57, 101-425. <http://doi:10.1016/j.smr.2021.101425>
- Mendes, L. R., Fernandes, A., & Garcia, F. T. (2004). Hábitos e Perturbações do Sono em Crianças em Idade Escolar. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 35(4), 1-12. <https://doi.org/10.25754/pjp.2004.4983>
- Mendes, R, M, N. (2005). *A criança, o sono e a escola*. Formasau.
- Mendes, J., Sousa, M., Leite, V. M., Bettencourt da Silva Belchior, N. M., & Pires Medeiros, M. T. (2019). Qualidade do sono e sonolência em estudantes do Ensino Superior. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 5(2), 38-48. <https://doi.org/10.31211/rpics.2019.5.2.150>

- Mindell, J. A., Telofski, L. S., Wiegand, B., & Kurtz, E. S. (2009). A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood. *Sleep*, 32(5), 599-606. <https://doi.org/10.1093/sleep/32.5.599>
- Mindell, J. A., & Owens, J. A. (2015). *The Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems* (3<sup>a</sup> ed.). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 1451193009, 9781451193008
- Miskoff, J. A., Chaudhri, M., & Miskoff, B. (2019). *Does Playing Video Games Before Bedtime Affect Sleep?* *Cureus*; 11(6), 49-77. <http://doi:10.7759/cureus.4977>
- Mororó, D., Enders, B., Lira, A. L., Silva, C. B., & Menezes, R. P. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista Enfermagem*, 30(3), 323-332. <http://dx.doi.org/10.1590/19820194201700043>
- Morrell J, Cortina-Borja M. (2002). The developmental change in strategies parents employ to settle young children to sleep, and their relationship to infant sleeping problems, as assessed by a new questionnaire: the Parental Interactive Bedtime Behaviour Scale. *Infant Child Dev*, 11, 17-41. <http://doi: 10.1002/icd.251>
- Nércio, T. (2010). *Qualidade do sono e hábitos de estudo em jovens institucionalizados*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório da Universidade Fernando Pessoa. [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1462/1/dm\\_tiagonercio.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1462/1/dm_tiagonercio.pdf)
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. [Congresso da Ordem dos Enfermeiros]. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros, Portugal. [http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong\\_ComLN.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf)
- Nunes, S. R. (2011). Privacidade e sigilo em deontologia profissional: uma perspectiva no cuidar pediátrico. *Nascer e Crescer*, 20(1), 40-44. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a10.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional – Mandato 2008-2011. Norprint Artes Gráficas, S.A. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. 1<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, 17-21 de novembro de 1986.
- Owens, J. (2005). Introduction: Culture and Sleep in Children. *Pediatrics*, 115(1), 201.

- Paiva, T., & Penzel, T. (2011). *Centro de Medicina do Sono: Manual Prático*. Lidel.
- Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, B. A., Maski, K., Nichols, C., Quan, S. F., Rosen, C. L., Troester, M. M., & Wise, M. S. (2016). Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med.*, 12(78), 5-6. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6288>
- Pestana, M. H., & Gajeiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (6ª ed., pp.1233-1237). Sílabo.
- Portugal, Associação Portuguesa do Sono. (s.d.). *Higiene do Sono da Criança e Adolescente*. Recuperado abril 15, 2021, em <https://apsono.com/images/higienesono.pdf>
- Portugal, Decreto-Lei n.º 115/2013. (2013, agosto 07). Terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, que aprova o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 11.º a 17.º da Lei n.º 46/86. De 14 de outubro, Lei de Bases do Sistema Educativo. *Diário da República*, 1(151), pp. 4749 - 4772. <https://dre.pt/application/conteudo/498487>
- Portugal, Decreto-Lei n.º 156/2015. (2015, setembro 16). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, Estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República*, 1(181), pp. 8059 - 8105. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Portugal, Decreto-Lei n.º 161/1996. (1996, setembro 04). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1-A (205), pp. 2959-2962. <https://dre.pt/application/file/a/241564>
- Portugal, Decreto-Lei n.º 63/2016. (2016, setembro 13). Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, 1(176), pp. 3159-3191. <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- Portugal, Lei n.º 58/2019. (2019, agosto 08). Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. *Diário da República*, 1(151), pp. 4-40. [https://www.cnpd.pt/home/legis/nacional/Lei\\_58\\_2019.pdf](https://www.cnpd.pt/home/legis/nacional/Lei_58_2019.pdf)
- Portugal, Lei n.º 59/2019. (2019, agosto 08). Aprova as regras relativas ao tratamento de dados pessoais para efeitos de prevenção, deteção, investigação ou repressão de infrações penais ou de execução de sanções penais, transpondo a Diretiva (UE)

- 2016/680 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016. *Diário da República*, 1(151), pp. 41–68.  
[https://www.cnpd.pt/home/legis/nacional/Lei\\_59\\_2019.pdf](https://www.cnpd.pt/home/legis/nacional/Lei_59_2019.pdf)
- Portugal, Ministério da Educação, Agrupamento de Escolas de Tondela Cândido Figueiredo (2017). *Programa de Promoção e Educação para a Saúde 2017-2018*. Equipa PES e Parceiros de Tondela. Recuperado abril 15, 2021, em <file:///C:/Users/GONALO~1/AppData/Local/Temp/MicrosoftEdgeDownloads/1baf687b-c309-4ece-bc1d-663c57b9c561/Programa%20PES%2017-18.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. DGS. <https://nocs.pt/programa-nacional-saude-escolar/>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde (2019). *Plano Local de Saúde 2018-2020: revisão 2019*. Edição Agrupamento de Centros de Saúde Dão-Lafões. Recuperado junho 25, 2021, em <http://pns.dgs.pt/files/2019/01/PLANO-LOCAL-DE-SA%C3%A9-ACeS-DL.pdf>
- Portugal, Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 167/2011 da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. Ordem dos Enfermeiros: 8 de março de 2011. *Diário da República*, 2(47), pp. 11114-11120.  
<https://dre.pt/application/conteudo/1979441>
- Portugal, Regulamento 140/2019. (2019, fevereiro 06). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2(26), pp. 4744-4750.  
<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Portugal, Regulamento 428/2018. (2018, julho 16). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2(135), pp. 19354-19359.  
<https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Queirós, P. (2014). *Reflexões para uma Epistemologia da Enfermagem*. Florianópolis. <http://dx.doi.org/10.1590/010407072014002930013>
- Rangel, M. A., Baptista, C., Pitta, M. J., Anjo, S., & Leite, A. L. (2015). Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Rev Port Clin Geral*, 31(1), 256-64.  
<http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v31i4.11553>
- Rezaei, O., Mokhayeri, Y., Haroni, J., Rastani, M. J., Sayadnasiri, M., Ghisvand, H., Noroozi, M., & Armoon, B. (2017). Association between sleep quality and quality of life among

students: a cross sectional study. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1, 1-6.

Ricci, C., Poulain, T., Rothenbacher, D., & Genuneit, J. (2021). The Associations Between Media Use, Midpoint of Sleep, and Sleep Quality in German Preschoolers: A Mediation Analysis Based on the Ulm SPATZ Health Study. *Nature and Science of Sleep*, 13(1), 1025-1035. <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=71304>

Sadeh, A., Gruber, R., & Raviv, A. (2002). Sleep, neurobehavioral functioning, and behavior problems in school-age children. *Child Dev*, 73, 405-417.

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

Santos, A. I. A. (2014). *Sono-vigília e problemas do comportamento internalizantes e externalizantes em crianças dos 6 aos 11 anos: percepção parental*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório do Instituto Superior Miguel Torga. <https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/588/1/Tese.pdf>

Silva, E., Macedo, M., Simões, P., Duarte, J., Silva, D., & Ferreira, M. (2018). Perspetiva dos pais sobre as perturbações do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, 39-45. <http://doi:10.19131/rpesm.0211>

Silva, F., Silva, C., Braga, L., & Neto, A. (2013). Hábitos e problemas do sono dos dois aos dez anos: estudo populacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 196-202. <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/2898>

Silva, F. M. G. (2014). *Hábitos e problemas do sono das crianças dos 2 aos 10 anos*. [Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14234/1/Silva%20Filipe%20TD%202014.pdf>

Stearns P. N. & Rowland P. (1996). Children's sleep: sketching historical change. *J Soc Hist.*, 30, 345-367.

Steger B. (2003). Negotiating sleep patterns in Japan. In: Steger B, Brunt Leds. Night-time and Sleep in Asia and the West: Exploring the Dark Side of Life London. *Routledge Curzon*, 5, 65-86.

Teixeira, J. C. (setembro de 2004). Comunicação em Saúde: Relação Técnicos de Saúde- Utente. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>

- Tikotzky, L. & Shaashua, L. (2011) Infant sleep and early parental sleep-related cognitions predict sleep in pre-school children. *Sleep Medicine*, 1, 85-92.
- Tso, W., Rao, N., Jiang, F., Li, A. M., Lee, S. L., Ho, F. K. W., ... & Ip, P. (2016). Sleep duration and school readiness of Chinese preschool children. *The Journal of pediatrics*, 1(69), 266-271. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.10.064>
- Varma, P., Conduit, R., Junge, M., & Jackson, M. L. (2020). Examining Sleep and Mood in Parents of Children with Sleep Disturbances. *Nature and science of sleep*, 1(2), 865-874. <https://doi.org/10.2147/NSS.S271140>
- Vasconcelos, A., Prior, C., Estevão, H., Loureiro, H. C., Ferreira, R., & Paiva, T. (2017). Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. *Sociedade Portuguesa de Pediatria*, pp. 1-8. [http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias\\_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE\\_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf)
- Waldon, J., Vriend, J., Davidson, F., & Corkum, P. (2018). Sleep and Attention in Children With ADHD and Typically Developing Peers. *Journal of attention disorders*, 22(10), 933-941. <https://doi.org/10.1177/1087054715575064>
- Wiseman, N., Harris, N., & Downes, M. (2019). Preschool children's preferences for sedentary activity relates to parent's restrictive rules around active outdoor play. *BMC public health*, 19(946), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7235-x>
- World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary. *Geneva: Health Organization*, 1998. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=>
- World Health Organization. (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. *Geneva: World Health Organization*, 2006. [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf).



## **Apêndices**



Apêndice I – Projeto “*Dormir para bem Sorrir*”





**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **PROJETO DE INTERVENÇÃO “DORMIR PARA BEM SORRIR”**

Tânia Alexandra Loureiro Marques, N<sup>o</sup> 5766

5<sup>o</sup> Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Viseu, junho, 2021





**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **“DORMIR PARA BEM SORRIR”**

Tânia Alexandra Loureiro Marques, N<sup>o</sup> 5766

**Estágio com Relatório Final:** Enfermagem em Saúde Escolar  
do 5<sup>o</sup> Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Trabalho efetuado sob a orientação da:

Professora Doutora Odete Amaral

Enfermeira Paula Carvalho Especialista e Mestre em  
Enfermagem Comunitária

Viseu, junho, 2021



O João dorme... (Ó Maria,  
Diz àquela cotovia  
Que fale mais devagar:  
Não vá o João, acordar...)

Tem só um palmo de altura  
E nem meio de largura:  
Para o amigo orangotango  
O João seria... um morango!  
Podia engoli-lo um leão  
Quando nasce!  
As pombas são  
Um pouquinho maiores...  
Mas os astros são menores!

O João dorme... Que regalo!  
Deixá-lo dormir, deixá-lo! (...)

E tu vê-lo-ás crescendo  
A teu lado (estou-o vendo João!  
Que rapaz tão lindo!)  
Mas sempre, sempre dormindo... (...)

O sono de João  
António Nobre



## Sumário

	Pág.
Lista de figuras	
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	
<b>Introdução</b> .....	<b>123</b>
<b>1. Enquadramento teórico</b> .....	<b>125</b>
<b>2. Estrutura do projeto “Dormir para bem Sorrir”</b> .....	<b>133</b>
2.1. Objetivos .....	134
2.2. Entidades Promotoras e Parceiras .....	134
2.3. Modelo de Intervenção do Projeto .....	135
2.4. Sensibilização de Professores e Encarregados de Educação.....	136
2.5. Metodologia .....	136
2.6. Intervenção Global com os Alunos .....	137
2.7. Planeamento das Sessões .....	137
2.7.1.1ª Intervenção – “Faz do Sono um Amigo!” .....	137
2.7.2.2ª Intervenção – “Está na hora de dormir para bem sorrir” .....	140
2.7.3.3ª Intervenção – “Uma boa noite de sono, para um dia cheio de energia” .....	142
2.7.4.4ª Intervenção – “Jogo da Glória sobre os hábitos de sono” .....	144
2.7.5.5ª Intervenção – “Com um bom sono somos mais felizes” .....	146
2.7.6.6ª Intervenção – “A arte no bem dormir ... É tão bom dormir bem!” .....	147
2.8. Avaliação do Projeto.....	150
<b>3. Considerações finais</b> .....	<b>151</b>
<b>Referências bibliográficas</b> .....	<b>153</b>
<b>Apêndices do Projeto “Dormir para bem Sorrir”</b> .....	<b>159</b>
Apêndice I – Cronograma do desenvolvimento do Projeto .....	161
Apêndice II – Resumo do Projeto apresentado à Comunidade Escolar.....	163
Apêndice III – Apresentação do Projeto à Comunidade Escolar.....	169
Apêndice IV – Consentimento informado para participação em investigação .....	201
Apêndice V – Puzzle das atividades diárias das crianças.....	203
Apêndice VI –Jogo das latas sobre a higiene do sono .....	205
Apêndice VII – Jogo de tabuleiro sobre os hábitos de sono .....	207
Apêndice VIII – Manual do jogo de tabuleiro .....	209
Apêndice XI – Cartões com as perguntas do jogo de tabuleiro .....	219
Apêndice X – Poster alusivo à importância do Sono nas crianças.....	233
<b>Anexos do Projeto “Dormir para bem Sorrir”</b> .....	<b>235</b>

Anexo I – Questionário de Hábitos de Sono nas Crianças .....	237
Anexo II – Letra e Música da canção “ <i>Uma Noite Encantada</i> ” .....	243

## **Lista de figuras**

<b>Figura 1</b> - Número de horas de sono recomendado ao longo do ciclo vital .....	127
<b>Figura 2</b> - Logótipo do Projeto "Dormir para bem Sorrir" .....	133
<b>Figura 3</b> - Apresentação esquemática do fluxograma do projeto "Dormir para bem Sorrir" .....	135
<b>Figura 4</b> - Representação esquemática dos momentos que ocorrem em sala de aula.....	137



## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

AE	Agrupamento de Escolas
CSHQ-PT	Versão portuguesa do <i>Children's Sleep Habits Questionnaire</i>
DGS	Direção geral de Saúde
EB	Escola Básica
ELSE	Equipa Local de Saúde Escolar
EPS	Escolas Promotoras de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Programas de Educação para a Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSE	Plano Nacional de Saúde Escolar
SHE	School for Health in Europe
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade



## Introdução

O desenvolvimento deste projeto surge no âmbito do Estágio com relatório final do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu na Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela. Enfermagem comunitária é uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade, onde a intervenção seja necessária, respeitando e encorajando a autonomia e o direito dos utentes e famílias a tomarem as suas decisões e a assumirem as suas responsabilidades em questões da saúde. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), o enfermeiro especialista *“adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e empowerment das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania”*. Assim, é fundamental a aposta numa formação de enfermeiros em diferentes áreas, nomeadamente na Especialização em Enfermagem Comunitária, com o objetivo de desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades.

O presente projeto designado **“Dormir para bem Sorrir”** resultou da preocupação dos profissionais da Equipa Local de Saúde Escolar (ELSE) de Tondela e da Professora Doutora Odete Amaral da ESSV com a qualidade do sono das crianças do 1º ciclo do ensino básico. Inserido no plano de ação anual das atividades a realizar com as respetivas escolas do concelho, mais concretamente os Programas de Educação para a Saúde (PES) da DGS de cada escola pela Coordenadora e responsável deste programa, com o objetivo principal de explicar às crianças acerca da importância de uma boa higiene do sono, diminuir os problemas associados aos hábitos de sono, aumentando a qualidade de vida, o desempenho escolar, a concentração e futuramente obter ganhos em saúde. Avaliar a qualidade do sono é uma tarefa complexa, uma vez que envolve parâmetros quantitativos, tais como, a duração do sono, latência do sono e número de despertares e parâmetros qualitativos, puramente, subjetivos. Apesar da atual e relevante pertinência do tema, no contexto português, são escassos os estudos sobre a qualidade do sono das crianças, tornando-se mais desafiante o desenvolvimento deste projeto.

O crescente interesse pelas questões relacionadas com os problemas, as necessidades das crianças nesta fase do ciclo vital e a troca de experiências de investigação dos diversos ramos do saber, têm levado ao desenvolvimento de políticas conducentes à criação de programas de educação e promoção de saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de qualidade às crianças. A escola é considerada um espaço de formação e aprendizagem, onde as crianças e jovens passam grande parte do seu tempo, é um meio privilegiado para a abordagem de intervenções preventivas através da elaboração e implementação de projetos de educação para a saúde. De acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar da DGS (2015), a escola *“desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida, que a intervenção da saúde escolar, dirigida ao grupo das crianças e dos jovens escolarizados, pode favorecer, ao mesmo tempo que complementa a prestação de cuidados personalizados”*.

Os problemas relacionados com o sono são transversais a todas as etapas do ciclo vital. Desta forma, torna-se evidente a necessidade de intervir com sessões de educação e projetos de intervenção com o objetivo de melhorar os hábitos de sono e aumentar os ganhos em saúde. E começar a sensibilização em crianças e jovens permite a longo prazo ter adultos mais saudáveis, uma vez que o sono desempenha uma função muito importante para o funcionamento do organismo ao longo do ciclo vital. É imprescindível para o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças, famílias e comunidade. E a par das escolas as famílias são a pedra basilar na construção de hábitos e estilos de vida saudáveis. Uma boa noite de sono é determinante para a saúde, para o desenvolvimento físico, psicológico e cognitivo e para o desempenho escolar de cada criança. Ou seja, a alternância entre a vigília e o sono constitui um ritmo fundamental da espécie humana assumindo particular importância durante a infância (Estêvão, s.d.). Não se pode viver sem dormir, assim como não se pode viver sem respirar (Vasconcelos et al., 2017).

## 1. Enquadramento teórico

O sono é uma das atividades primárias do cérebro durante o desenvolvimento inicial e desempenha um papel importante no crescimento físico, cognitivo e psicossocial harmonioso no início da vida. Os hábitos de sono assumem uma questão crítica no desenvolvimento infantil. Sempre que não se dorme o suficiente, há um decréscimo na produtividade, pois o corpo não recarrega as energias necessárias para a sua atividade, aumentando a cansaço, a irritabilidade, o déficit de atenção, as oscilações de humor e o risco de depressão, entre outras. Segundo Hall & Nethery (2019), um sono saudável é fundamental para promover o crescimento e o desenvolvimento das crianças. A Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017, p. 2) refere que “a alternância entre a vigília e o sono constitui um ritmo fundamental da espécie humana assumindo particular importância durante a infância”, sendo o sono “um estado muito complexo que serve para reorganizar todas as nossas funções e garantir a nossa recuperação física e psíquica. Durante o sono há renovação celular, produção de hormonas e anticorpos assim como síntese de proteínas e regulação metabólica. Nas crianças o sono contribui de forma importante para o seu crescimento corporal”. As crianças que têm sempre uma boa noite de sono são mais criativas, concentram-se nas tarefas por mais tempo, têm melhores habilidades de resolução de problemas, têm maior capacidade para tomar decisões positivas, de aprender e recordar coisas novas, têm mais energia durante o dia e mantêm boas relações com outras pessoas (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

Pode-se definir o sono como um “processo fisiológico, ativo e dinâmico e representa uma atividade diária crucial para o crescimento e desenvolvimento da criança” (Lopes et al., 2016, p. 212). Os hábitos de sono sofrem influência de fatores “biológicos, psicológicos, estadio de desenvolvimento, ambientais, familiares e socioculturais”. Os hábitos de sono inadequados têm resultados nocivos a vários níveis, como “a perturbação na regulação emocional e comportamental, diminuição do rendimento cognitivo e escolar, aumento do risco de acidentes, alterações do crescimento, obesidade, entre outros” (Lopes et al., 2016, p. 212). Existem motivos suficientes e comprovados para que as crianças passem grande parte das suas vidas a dormir. De acordo com Stickland et al. (2016), o sono promove a saúde neural, função cognitiva eficiente, consolidação da memória e regulação comportamental, hormonal e emocional, o crescimento e a eficiência do sistema autoimune. Um sono insuficiente pode ter efeitos nefastos na criança, não só a curto como a longo prazo, pode afetar a consolidação

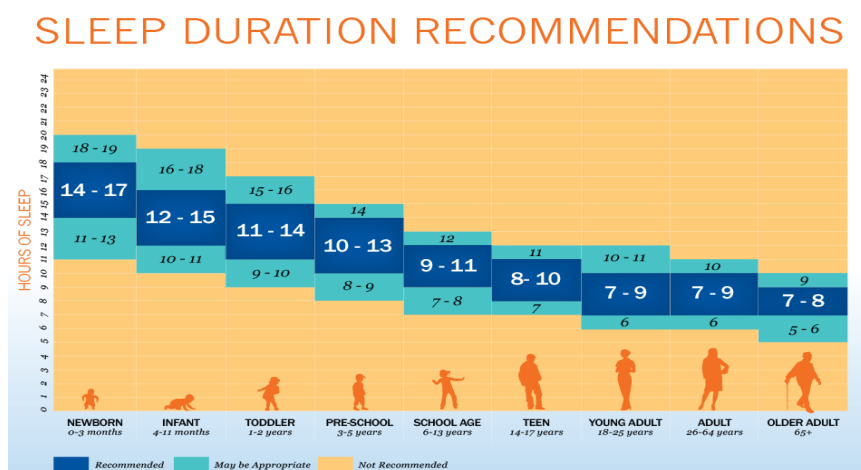
da memória, a concentração e abstração e, conseqüentemente, o sucesso escolar e afetar o comportamento da criança, tornando-a mais irrequieta, mais irritada com problemas interrelacionais (Estêvão, s.d.). As alterações do comportamento, como a hiperatividade ou a agressividade aparecem também na sequência da privação de sono e nos adolescentes uma maior probabilidade de comportamentos de risco (Stickland et al., 2016). Assim, uma boa qualidade do sono é precursora de bem-estar, vitalidade e saúde, tanto a nível físico, como a nível mental. E por outro lado, a evidência científica refere que um de pobre qualidade, fragmentado, insuficiente, hora de deitar tardia e os despertares precoces afetam seriamente a capacidade de aprendizagem, o desempenho escolar e o funcionamento neurocomportamental das crianças e adolescentes (Curcio et al., 2006; Wolfson & Carskadon, 2003).

Apesar de, a expressão "qualidade do sono" ser amplamente utilizada por investigadores, profissionais de saúde e público em geral, esta não possui consenso na sua definição, sendo subjetiva, complexa, de natureza multidimensional e dependendo, muitas vezes, das experiências de cada pessoa. Até ao momento, não existe nenhuma orientação consistente na comunidade científica definindo o que constitui um sono normal ou ideal, saudável e uma boa qualidade do sono. Os consensos que existem em termos de sono suficiente e número de horas de sono recomendadas dependem da idade. A palavra qualidade aparece descrita como "propriedade ou condição natural de uma pessoa ou coisa que a distingue das outras; atributo; característica; predicado". Habitualmente, utiliza-se esta palavra quando se quer classificar algo como bom ou mau (Dicionários Porto Editora, 2019). Segundo Ohayon et al. (2017), uma abordagem generalizada para indexar a qualidade do sono geralmente envolve uma autoavaliação, sendo que esses parâmetros refletem a satisfação da pessoa com o seu sono e a sua correlação relativamente a outras medidas, como sendo, fatores ambientais, tempo de sono, índices fisiologicamente derivados, parâmetros polissonográficos, comportamento, intervenções farmacológicas e/ou a presença de distúrbios do sono. Todavia, uma das limitações desta abordagem diz respeito à perda de consciência durante o sono, o que condiciona a auto-observação dos indivíduos neste tipo de comportamento.

Uma forma alternativa para definir a qualidade do sono envolve a desconstrução nos seus componentes específicos e, neste sentido, a "qualidade" é explicada como uma combinação de elementos constituintes ou processos julgados valiosos. É importante referir que o sono sofre mudanças sazonais que afetam a sua qualidade. Algumas dessas variações de ritmo decorrem de mudanças na exposição à luz e são complicadas pela latitude geográfica em que a pessoa vive, outras variações poderão estar relacionadas com atividades sociais padronizadas que a criança frequenta como sejam, por exemplo, a escola. No relatório sobre

as recomendações de qualidade do sono Ohayon et al. (2017), referem que as medidas de continuidade do sono contribuem para os indicadores da qualidade do sono na maioria das idades. Desta forma, latências de sono mais baixas, menos despertares e despertares reduzidos após o início do sono são identificados, por esta equipa, como indicadores de uma boa qualidade do sono, independentemente da idade. Assim, uma maior eficiência no sono indica boa qualidade do sono em todas as faixas etárias e uma menor eficiência no sono indica um sono fraco (Ohayon et al. 2017). A baixa qualidade do sono em crianças conduz a uma série de consequências, sendo a morbilidade psicológica (depressão/ansiedade) uma das mais importantes. Pucci & Pereira (2016), referem que crianças e adolescentes com problemas de sono têm maior probabilidade de desenvolverem depressão e ansiedade, quer na adolescência, quer na idade adulta.

Cada ser humano tem um padrão próprio de sono, uns poderão ter necessidade de ir para a cama mais cedo e outros mais tarde. Mas, em média, o número de horas de sono recomendado deveria ser cumprido. E o número de horas de sono recomendado, de acordo com a idade da pessoa, está definido (Figura 1).



**Figura 1** - Número de horas de sono recomendado ao longo do ciclo vital

**Fonte:** National Sleep Foundation. How Much Sleep Do We Really Need? Disponível em: [sleepfoundation.org/articles/how-much-sleep-do-we-really-need](https://www.sleepfoundation.org/articles/how-much-sleep-do-we-really-need)

Ao longo do ciclo vital, o sono saudável exige duração/número de horas adequado, boa qualidade, regularidade e ausência de distúrbios ou perturbação do sono referênciada. Os problemas de sono são muito frequentes, pensa-se que uma em quatro pessoas experiênciada problemas com o sono (Scott, 2017). Estes problemas podem incluir dificuldade em adormecer, despertares noturnos, acordar cedo antes da hora necessária, dormir demasiado ou ter um sono agitado ou não reparador.

Num estudo realizado por Hale et al. (2018) mencionam que um terço das crianças em idade escolar tem um problema de sono e reforçou a ideia da importância do sono como um componente vital para um estilo de vida saudável. Embora todos tenham ouvido falar muito ao longo dos anos sobre a importância de uma dieta adequada e exercícios regulares, a importância do sono recebeu menos atenção. Assim, de acordo com o estudo realizado por Hale et al. (2018) o sono é considerado o terceiro pilar da saúde, ao lado da dieta e do exercício. O sono das crianças, dependendo da idade, é influenciado pelos hábitos da família/cuidadores, que assumem um papel crucial na promoção de bons hábitos de sono. Numa primeira fase é da responsabilidade das famílias cumprir as regras essenciais para a higiene do sono. Assim, de acordo com a Associação Portuguesa do Sono (s.d.) e Vasconcelos et al. (2017) deve-se:

- Promover um horário regular de deitar todos os dias, mantendo essa regularidade aos fins-de-semana, com uma diferença máxima de 30 minutos;
- Ter uma rotina de deitar estabelecida com um ritual que precede a ida para a cama (vestir o pijama, lavar os dentes, contar uma história, por exemplo); realizar atividades relaxantes antes de ir para a cama;
- Assegurar que o quarto está silencioso, escuro e com uma temperatura adequada, e que o colchão e cama são confortáveis. Para um sono de qualidade é importante que tenha um ambiente sossegado e confortável;
- Deitar a criança ainda acordada permitindo o uso de objeto de transição, como um boneco;
- Evitar adormecer em local que não a própria cama;
- Evitar atividade estimulante antes de adormecer como exercício físico;
- Evitar refeições pesadas antes de dormir, preferindo refeições leves com alimentos pouco açucarados ou condimentados;
- Evitar a cafeína e outras substâncias estimulantes (café, chocolate, cacau, refrigerantes e alguns chás);
- Não permitir a utilização de ecrãs (televisão, telemóvel, *tablet* ou consola de jogos) antes de adormecer.

Estudos observacionais revelam que o tempo de ecrã está associado não só a um atraso na hora de dormir, como a menos tempo de sono – sono insuficiente. As crianças possuem maior sensibilidade à luz e as suas pupilas são maiores de que as dos adultos. Esta exposição altera a produção natural de melatonina do organismo, a hormona que regula o

ciclo de sono/vigília. Um estudo revelou que a exposição noturna à luz azul suprimiu, duas vezes mais, a produção de melatonina em crianças quando comparadas com os adultos Hale et al. (2018).

A criança que inicia o seu dia no estabelecimento pré-escolar entre as 08h e as 09h necessita de cerca de 1h30 para acordar, para a sua higiene, ingerir o pequeno-almoço adequado e ir para a escola. Assim, terá que ser acordada entre as 07h e as 07h30. Devido à realidade e limitações/impedimentos à qualidade de vida quotidiana familiar, principalmente para as famílias inseridas num contexto urbano, é de salientar que uma elevada percentagem só consegue que as suas crianças em idade pré-escolar (dos 3 aos 5/6 anos) adormeçam entre as 21h e as 22h. Por conseguinte, a média de horas de sono noturno será, em média, apenas 9 a 10 horas. Assim, para uma criança entre os 3 e os 5 anos de idade, a duração total do sono em 24 horas deverá ser de 10 a 13 horas e verifica-se uma falta de 2 a 4 horas de sono, segundo as horas de sono recomendadas. Num elevado número de crianças, esta privação motiva a ocorrência de sestas tardias ou no trajeto até casa, com interferência no sono noturno e a alterações de comportamento que se repercutem sobre o bem-estar da criança e da família. Desta forma, se a criança não fizer uma sesta ao início da tarde com uma duração mínima de 1 a 2 horas está em privação de sono (Vasconcelos et al., 2017). Dormir tempo insuficiente está relacionado com um estilo de vida não saudável entre crianças, sendo importante desenvolver estratégias e intervenções para melhorar a qualidade e tempo de sono (Tambalis et al., 2018). Assim, os pais/cuidadores assumem um papel crucial na promoção de bons hábitos de sono dos filhos. Para melhorar os hábitos de sono da comunidade e especificamente das crianças é fundamental melhorar a literacia em saúde dos pais, crianças/jovens, comunidade escolar e profissionais de saúde. Como refere a Associação Portuguesa do sono, “a melhor maneira para fazer face a esta “epidemia de comportamento inadequado para o sono” é através de educação – crianças, adolescentes, pais, educadores, profissionais de saúde – para a higiene do sono”.

Quanto à epidemiologia dos hábitos de sono em crianças, a evidência mostra dados preocupantes e com necessidade de intervenção ao nível das medidas de higiene do sono. A prevalência de distúrbios do sono em crianças situa-se entre os 25%-40% (Loureiro et al., 2013). Em Portugal, e em conformidade com os autores citados, estudos preliminares indicam a existência de um elevado número de queixas com a higiene de sono das crianças. Os problemas relacionados com os padrões de sono são comuns na primeira infância, afetando cerca de um terço das crianças em idade escolar. Esses problemas estão relacionados com diversos fatores, como as mudanças nas interações biológicas, psicológicas, culturais, sociais e familiares (Hale & Guan, 2015). Em relação à prevalência na população pediátrica geral, a insónia tem sido observada em 17% a 41% das crianças dos 3 aos 14 anos e 38% apresentam

parassónias. Deve ser dada atenção aos distúrbios do sono das crianças, uma vez que as suas repercussões se refletem a médio e a longo prazo, com interferência no desenvolvimento físico e cognitivo, metabólico, cardiovascular, na aprendizagem escolar, no comportamento e na qualidade de vida (Cavalheiro et al., 2017). De acordo com Parreira et al. (2019, p. 196), “as perturbações ou distúrbios do sono atingem cerca de 25% das crianças em alguma altura da sua vida e podem estar sub-diagnosticadas”. Crianças com perturbação de hiperatividade e défice de atenção revelam maior prevalência de perturbações do sono (Parreira et al., 2019). As perturbações do sono têm “impacto no desempenho cognitivo e académico das crianças, na regulação emocional e no comportamento, no risco de quedas acidentais e de obesidade” (Parreira et al., 2019, p. 196). Um estudo realizado com uma amostra de 229 crianças do concelho de Vila Nova de Famalicão (107 em idade pré-escolar e 122 do 1.º ciclo), com idade média de 6,3 anos e a maioria rapazes (54,1%) mostrou que a prevalência de crianças que partilhavam o quarto foi de 37,3%; em média as crianças deitavam-se às 21h:41m e levantavam-se às 7h:20m, com uma duração total média de sono de 9,7 horas, associando-se à idade pré-escolar ( $p < 0,001$ ) (Lopes et al., 2016). Revelou também uma prevalência global de problemas de sono de 75,7% e uma pontuação média total do *Children’s Sleep Habits Questionnaire* (CSHQ-PT) de 47,05; maior nas crianças em idade pré-escolar ( $p = 0,001$ ), tendo estas pontuado mais nos itens resistência na hora de deitar ( $p < 0,001$ ), início do sono ( $p = 0,046$ ), despertares noturnos ( $p < 0,001$ ) e a resistência na hora de deitar e a ansiedade relacionada com o sono foram mais prevalentes em filhos únicos ( $p = 0,003$ ). Verificou-se uma prevalência de enurese noturna de 7,7%, sono agitado de 52,7% e bruxismo com 22,2% (Lopes et al., 2016). Outro estudo realizado numa escola pública de Lisboa e num Colégio Privado, com crianças entre os 8 e os 10 anos, numa primeira fase mostrou que 181 mães e 122 pais preencheram a versão portuguesa do *Children’s Sleep Habits Questionnaire* e o Questionário de Hábitos e Rotinas de Sono, e numa segunda fase 132 crianças preencheram o *Sleep Self Report* com uma entrevista semiestruturada a 90 crianças selecionadas de forma aleatória, tendo o estudo demonstrado que 12% das mães e 4,8% dos pais consideravam que o seu filho tinha problemas de sono, tendo 22% das crianças relatado problemas relacionados com o sono e com o dormir (Guimarães, 2013). O mesmo estudo revelou que foram as mães quem mais considerou que o filho tinha parassónias e as crianças perceberam o sono centrando-se em aspetos concretos, tendo sido as rotinas de sono mais identificadas: lavar os dentes, procurar companhia, ir à casa de banho e vestir o pijama (Guimarães, 2013). No que se refere aos comportamentos antes de deitar, as crianças mencionaram que comiam, escovavam os dentes e iam para a cama dos pais. Como fatores desaprovados pelos pais: ver televisão, jogar *play-station* e jogar à bola (Guimarães, 2013). Silva (2014) realizou um estudo transversal analítico com uma amostra de 315 crianças na faixa etária dos 2 aos 10 anos mostrando que, nos dias de semana, as crianças deitavam-se, em média, às 21h44m; a

necessidade da companhia dos pais para adormecer diminui com a idade, acontecendo em 49% das crianças dos 2-3 anos e em 10% na faixa etária dos 9-10 anos; o hábito de adormecer a ver televisão foi referenciado por 15,8% das crianças. O mesmo estudo referiu que o tempo total de sono diário reduz com a idade, nas crianças em que a sesta se torna menos frequente, e no fim de semana, 25% das crianças dormia pelo menos mais uma hora; 10% tinham uma duração do sono dois desvios padrão abaixo da média esperada para a idade (Silva, 2014). A prevalência dos problemas do sono, segundo a perspectiva dos pais, foi de 10,4%, sem diferenças significativas entre os grupos etários, as habilitações literárias dos pais, as zonas de média-alta e baixa densidade populacional. Os problemas do sono das crianças associaram-se ao sono insuficiente, à resistência em ir para a cama, à dificuldade em adormecer sozinho, aos despertares noturnos frequentes, à ocorrência de parassónias e às habilitações literárias dos pais mais baixas (Silva, 2014).

Em geral, os estudos realizados sobre a qualidade do sono associam-se ao número de horas de sono, à hora de deitar e levantar e à latência do sono (demora média para adormecer) (Rodrigues et al., 2014). Algumas evidências demonstraram que os processos de memorização e de raciocínio lógico poderão ficar comprometidos caso haja privação de sono ou mesmo um sono “não reparador”, na medida em que há uma maior probabilidade para uma apreensão menos eficiente das informações a serem memorizadas (Ferreira et al., 2019). O estudo realizado por Silva (2014) concluiu que o rendimento escolar das crianças se associou aos problemas do sono, mais prevalentes nas crianças com dificuldades escolares e hiperatividade/problemas de atenção. E como estes problemas têm implicações deletérias, pois resultam numa frequência significativa de sintomas de sonolência diurna e alteração de comportamentos é fundamental reforçar a promoção de hábitos de sono saudáveis e realizar-se mais estudos que abordem as consequências do sono desadequado nas crianças portuguesas. O sono saudável requer uma duração adequada, tempo apropriado, boa qualidade, regularidade e ausência de distúrbios. A duração do sono é uma medida do sono frequentemente investigada em relação aos resultados de saúde (De Bruin et al, 2017). Paruthi et al., (2016) referem que a duração adequada do sono está associada a melhor atenção, comportamento, funcionamento cognitivo, regulação emocional e saúde física entre as crianças, o que reforça a importância de se promover uma adequada higiene de sono. De acordo com Acebo et al. (1997) citado por Loessl et al. (2008), crianças e adolescentes com número de horas de sono baixas ou irregulares estão mais dias doentes e predispostos a um aumento de lesões, sendo as lesões desportivas enfatizadas por Milewski et al. (2014). Por outro lado, Felden et al (2015), mencionam que os maus hábitos de sono iniciados na infância e adolescência podem persistir na idade adulta. Assim, caracterizar o sono durante a infância e adolescência tem particular interesse, pois se a relação entre o sono e desenvolvimento não

é apenas correlacional, encontrando-se ambos intrinsecamente ligados, a alteração na qualidade do sono durante a infância pode transformar, permanentemente, o desenvolvimento neurocomportamental e afetar diretamente o estado de saúde e a vida futura.

## 2. Estrutura do projeto “*Dormir para bem Sorrir*”

Promover a saúde diz respeito a todos e concretiza-se pela ação de cada um nos diferentes contextos ambientais. Sendo um processo que se realiza com as pessoas, que parte das suas necessidades em saúde e visa contribuir para a capacitação e desenvolvimento de recursos individuais e coletivos no sentido da obtenção de melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida. Favorecendo os fatores positivos que influenciam a vida das pessoas e em particular das crianças, as suas potencialidades e capacitação individual e coletiva. O PNSE 2015 com extensão a 2020 foi concebido tendo em conta o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e a sua revisão e extensão a 2020 (PNS), os objetivos e estratégias da OMS para a Região Europeia, Health 2020 e os princípios das Escolas Promotoras de Saúde (EPS), School for Health in Europe (SHE). O PNSE de 2015 diz-nos que “a efetiva implementação da Saúde Escolar passa por valorizar a promoção da saúde e a prevenção da doença e por assegurar os recursos humanos para responder a todos os desafios atuais, num contexto de inegável potencial para a melhoria dos estilos de vida” (DGS - PNSE, 2015). O enfermeiro é um dos principais educadores e agentes de mudança comportamental da sociedade. Tem um papel decisivo nos ganhos em saúde através da coordenação e da dinamização de programas de intervenção comunitária no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em distintos contextos socioculturais.

O projeto “*Dormir para bem Sorrir*” com o logótipo abaixo (Figura 2) compreende uma investigação e implementação longitudinal, durante um ano letivo com avaliação intermédia e final e redefinição se necessário. O mesmo assenta num conjunto de intervenções direcionadas para a promoção da saúde escolar, bem-estar e prevenção de problemas associados aos hábitos de sono nas crianças em idade escolar. Pois a qualidade do sono é essencial para o bem-estar do indivíduo e influenciador na recuperação e funcionamento do organismo. Durante a criação deste projeto foi elaborado um cronograma sucinto com as principais atividades levadas a cabo para a sua construção (cf. Apêndice I).



Fotocomposição Gráfica: Cristina Lima

**Figura 2** - Logótipo do Projeto "*Dormir para bem Sorrir*"

## 2.1. Objetivos

Este projeto tem como objetivo geral contribuir para a promoção da saúde escolar e bem-estar em crianças do 1º ciclo, especialmente sobre bons hábitos de sono.

### **Objetivos específicos:**

1. Explicar às crianças a importância do sono como ferramenta para melhorar a qualidade de vida e as relações harmoniosas com as famílias, amigos e comunidade escolar através de dinâmicas ativas.
2. Identificar comportamentos de vida saudáveis, prevenindo problemas associados aos maus hábitos de sono.
3. Capacitar a comunidade escolar e os pais / encarregados de educação sobre esta problemática e como preveni-la.

No futuro, com a implementação contínua do projeto pretendemos cooperar na melhoria da saúde pública e aumento dos ganhos em saúde. A população alvo do projeto são as crianças do 1º ciclo, numa fase piloto pretende-se aplicar o projeto às crianças do 1º e 2º ano do 1º Ciclo do Agrupamento de Escolas (AE) de Tondela e às pessoas com maior proximidade com os mesmos (pais/encarregados de educação e comunidade escolar). Assim, a ELSE de Tondela tem um papel crucial no desenvolvimento de todo este processo de educação para a saúde em parceria com a Escola Superior de saúde de Viseu (ESSV).

Os critérios de inclusão são: os professores responsáveis da escola aceitarem participar e apresentarem candidatura conjunta com a equipa de saúde escolar; ser incluído no plano de atividades da equipa de saúde escolar e no programa de educação para a saúde da escola; os encarregados de educação concordarem em participar e com o desenvolvimento do mesmo.

Os critérios de exclusão são: não haver garantia de conclusão do projeto no decorrer do ano letivo, devido a fatores externos como a atual situação pandémica que modificou todo o plano de saúde escolar existente; ou o caso de as turmas alvo de intervenção participarem noutros projetos similares.

## 2.2. Entidades Promotoras e Parceiras

O projeto “**Dormir para bem Sorrir**” tem como entidades promotoras a ELSE de Tondela e ESSV e pretende-se o apoio e parceria dos Estabelecimentos de Ensino do 1º Ciclo dos AE de Tondela inicialmente e posteriormente conquistar outros agrupamentos.

2.3. Modelo de Intervenção do Projeto

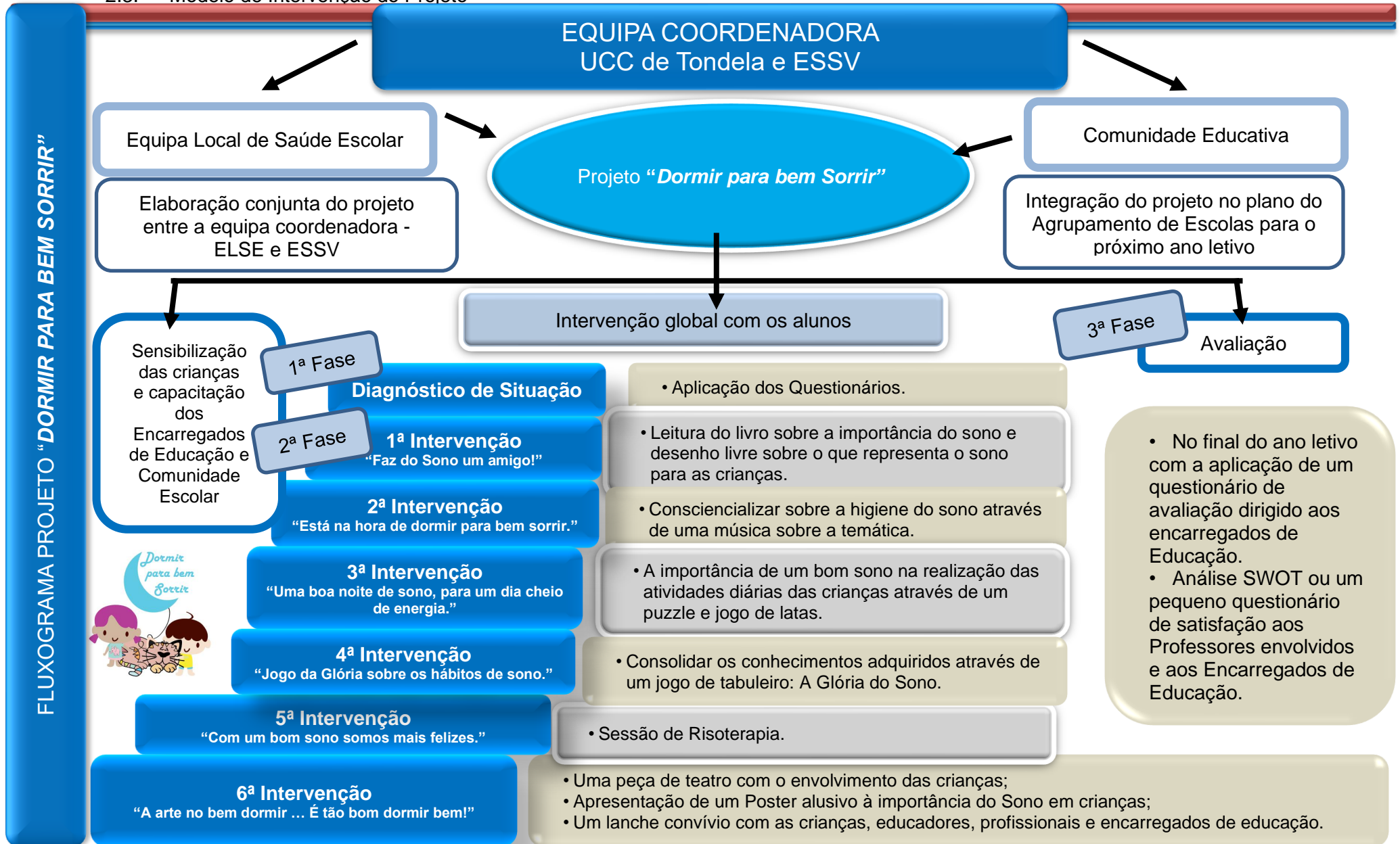


Figura 3 - Apresentação esquemática do fluxograma do projeto "Dormir para bem Sorrir"

#### 2.4. Sensibilização de Professores e Encarregados de Educação

A sensibilização para a importância do desenvolvimento do projeto está programada para o início do ano letivo a decorrer num período de cerca de 60 a 90 minutos, destinada a toda a comunidade escolar e encarregados de educação (cf. Apêndice II e III). Abordando a importância dos hábitos de sono saudáveis na promoção da saúde escolar e prevenção de desenvolvimento de problemas associados aos hábitos de sono.

Pretende-se consciencializar para a importância do papel da equipa local de saúde escolar e da escola na promoção da saúde. Nesta sessão apresenta-se toda a operacionalização/metodologia do projeto em contexto escolar.

A adesão dos professores e dos encarregados de educação será importante na medida em que ambos são elementos ativos no desenvolvimento e avaliação do projeto proposto.

#### 2.5. Metodologia

Pretende-se realizar um estudo quantitativo, transversal analítico.

A população alvo do projeto:

- Crianças dos 6 aos 8 anos em contexto escolar do Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro;
- Pais/Encarregados de Educação dessas crianças.

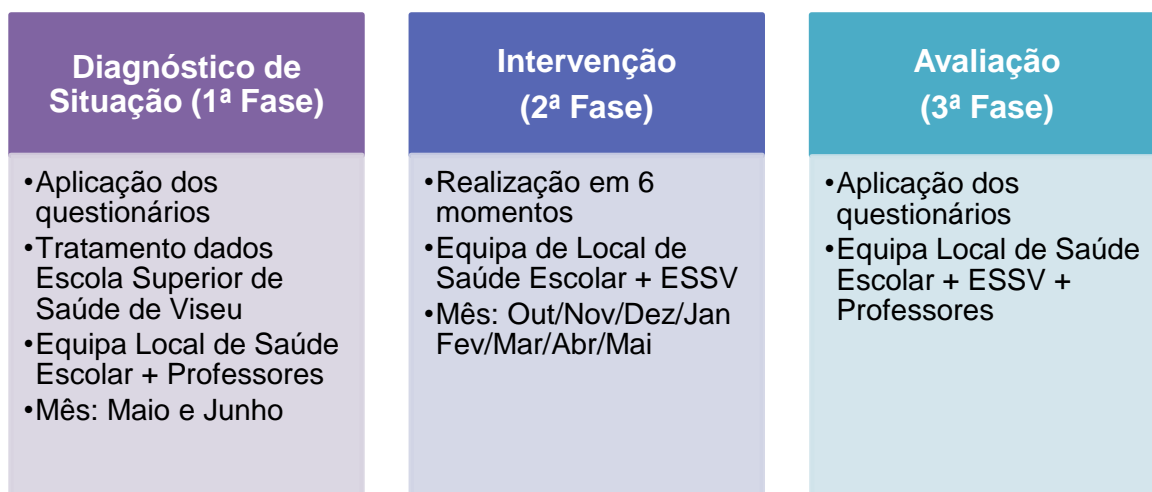
Numa primeira fase espera-se efetuar o diagnóstico de situação, ou seja, a identificação das necessidades, caracterizar o sono e identificar problemas de sono das crianças.

Pretende-se a aplicação de um questionário aos Encarregados de Educação (Anexo I e Apêndice IV). Por forma, a efetuar o diagnóstico da situação sobre os hábitos do sono das crianças do 1º e do 2º ano do 1º Ciclo do agrupamento referido.

Assim, os objetivos nesta fase são:

1. Caracterizar o sono das crianças em idade escolar das Escolas do Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro;
2. Identificar problemas de sono na referida amostra;
3. Identificar prioridades de intervenção para a elaboração do projeto de intervenção local.

## 2.6. Intervenção Global com os Alunos



**Figura 4** - Representação esquemática dos momentos que ocorrem em sala de aula

## 2.7. Planeamento das Sessões

De seguida serão descritas as intervenções planeadas do Projeto “**Dormir para bem Sorrir**” que se inicia após a 1ª fase de intervenção, que corresponde ao diagnóstico de situação.

As atividades dirigidas aos alunos foram elaboradas e adaptadas de alguns jogos pré-existentes contemplando a dinâmica de grupo e fomentando a aprendizagem e diversão inerentes a esta faixa etária.

### 2.7.1. 1ª Intervenção – “Faz do Sono um Amigo!”

Esta intervenção é constituída por duas atividades:

- A leitura de uma história infantil “A cigarra e a formiga” de Jean de La Fontaine;
- Desenho livre sobre o que representa o sono para as crianças.

#### **Atividade: leitura da história infantil**

##### **Enquadramento**

Um dos principais estímulos que pais e cuidadores podem oferecer à criança é a leitura. Para além de ajudar no processo de aquisição da linguagem, ampliando a capacidade linguística da criança, a leitura também fortalece “a estrutura psíquica e emocional da criança, o que vai ser importante para que ela se sinta segura para construir o seu caminho de autonomia e de relacionamento social” (Vaz et al., 2015, p. 12). Deste modo, ainda em

conformidade com os mesmos autores, proporcionar momentos da leitura às crianças resulta num estímulo da sua cognição, fazendo com que estas passem a identificar o ato de ler como atividade prazerosa, o que é fundamental para que se torne um hábito, que lhes trará benefícios quer para a aprendizagem, quer para a estruturação da sua personalidade. Ler e contar histórias exige do profissional ou adulto uma entrega total neste tipo de atividade, demonstrando vontade e paixão, uma vez que pode ler, contar e mostrar as histórias de “forma a despertar na criança essa espécie de “aflição” que desencadeia nela o desejo de aprender a ler bem, porque lendo bem, pensa bem, desenvolve a sua imaginação criativa e, especialmente, é induzida à ação (Couto, 2003, p. 212). As crianças têm uma capacidade imaginativa muito superior à do adulto, pois, sempre que lhe é lida ou contada uma história, “a criança imagina, sente, transborda de criatividade imaginativa e emotiva (Couto, 2003, p. 215), sendo estas capacidades mais desenvolvidas tanto quanto maior for a frequência com que são realizadas atividades de leitura e conto de histórias.

A escolha deste conto infantil “A Cigarra e a formiga”, deve-se ao facto de a mesma ser uma fábula clássica para as crianças escrita por **La Fontaine**, onde fala do valor do esforço e do trabalho, abordando a questão da preguiça, planeamento e solidariedade. Nestes contos populares as crianças encontrarão valiosas lições sobre a honestidade ou a solidariedade. Os contos infantis contribuem para desenvolver a imaginação e a criatividade das crianças.

**Material necessário:**

- Sala ampla com carteiras e cadeiras;
- Livro de histórias.

**Tempo de realização:**

- 20 minutos

**Objetivo:**

O objetivo desta atividade é proporcionar o estímulo cognitivo das crianças, fazendo com que estas passem a identificar o ato de ler como atividade prazerosa, passando a mensagem da leitura sobre os seus benefícios quer para a aprendizagem, quer para a estruturação da sua personalidade quer para adquirir como atividade/rotina antes de dormir.

**Desenvolvimento/dinâmica da atividade: leitura de uma história infantil**

É pedido às crianças que ajudem a dispor a sala num formato de semicírculo, ou seja, colocar as suas carteiras em forma de meia-lua e sentarem-se nos seus respetivos lugares. Por forma, que o profissional de saúde possa estar de frente para todas as crianças e contar a história em voz alta para todos.

No final da história é pedido aos alunos que falem um pouco sobre a mesma, dando a sua opinião sobre a história que ouviram. Tentando compreender se a mensagem do conto foi transmitida com sucesso.

### **Atividade: Desenho livre sobre a temática do sono**

#### **Enquadramento**

O desenho é uma forma de linguagem utilizada por todo o mundo e adaptado às diferentes culturas. A comunicação através de desenhos é uma linguagem que acompanha os homens desde que eram primitivos (Vieira, 2010). Segundo a autora Teresinha (2007), a prática do desenho é muito importante para a criança na Educação Infantil. Tem como objetivo a construção mental, o desenvolvimento cognitivo, motor e afetivo-emocional do ser humano. A falta dessa prática pode ser prejudicial para criança no seu processo de desenvolvimento e aprendizagem. A palavra desenho tem vínculo na palavra desígnio, que significa, vontade de desenvolver alguma coisa; que demonstra intenção. Então podemos afirmar que a criança ao desenhar mostra a sua capacidade de designar (Morais, 2012). Para Moraes (2012) o desenho tem papel fundamental na formação do conhecimento e requer grande consideração no sentido de valorizar desde o início da vida da criança, considerando a bagagem que traz de casa, assim como seu próprio dia-a-dia. O ato de desenhar deve ser considerado como um fator fundamental no processo do desenvolvimento da linguagem, bem como, uma espécie de documento que regista a evolução da criança.

Desta forma, a criança ao desenhar desenvolve a autoexpressão e atua de forma afetiva com o mundo, opinando, criticando, sugerindo, através da utilização das cores, formas, tamanhos, símbolos, entre outros.

#### **Material necessário:**

- Cartolinas de tamanho A<sub>3</sub> e A<sub>4</sub>;
- Canetas e lápis de cor.

#### **Tempo de realização:**

- 25 minutos

#### **Objetivo:**

O objetivo desta intervenção prende-se com a perceção da criança relativamente ao sono. Ou seja, qual o conhecimento dos alunos sobre o sono; particularmente quais as funções do sono; porque dormimos? Para que serve o sono? O que se passa no nosso cérebro durante o sono?

**Desenvolvimento/dinâmica da atividade: desenho livre sobre a temática do sono**

Após o término da atividade da leitura do conto, será solicitado aos alunos que formem grupos de 2 a 3 pessoas e reajustem a sala formando pequenos grupos nas suas secretárias. É distribuído uma cartolina a cada aluno (A<sub>3</sub> para o 2º ano e A<sub>4</sub> para o 1º ano) e material de desenho (os estudantes têm o próprio) e poderão ser também distribuídos canetas de cor. De seguida será pedido que cada grupo ilustre o que representa para eles o sono e quais são os seus benefícios.

Antes da sessão terminar refletimos sobre o sono e os seus benefícios.

No final da 1ª intervenção é perguntado aos alunos se gostaram das atividades realizadas, dando espaço para críticas e sugestões de melhoria. É também perguntado ao professor da turma o seu *feedback* sobre a intervenção.

Pretende-se nesta 1ª Intervenção que as crianças elaborem a partir daquele dia o seu Diário de Sono. Ou seja, em conjunto com os pais / encarregados de educação se efetue este registo diário (se possível), de uma forma simples e objetiva. Deve apenas constar a hora de deitar e de acordar das crianças. O objetivo é envolver os pais / encarregados de educação neste projeto e aumentar a sua sensibilização para a importância de promover hábitos de sono saudáveis nas crianças. No final do projeto ou antes se for pertinente (a meio do ano letivo), cada criança apresenta o seu diário de sono.

**2.7.2. 2ª Intervenção – “Está na hora de dormir para bem sorrir”****Atividade: Ouvir e ver o vídeo de uma música sobre a higiene do sono****Enquadramento**

No contexto ambiental, as intervenções para a promoção da higiene de sono nas crianças podem passar pelo recurso a técnicas de relaxamento ambiental, diminuição da luz e ruído e conforto ambiental. Neste sentido, e de acordo com a *World Federation of Music Therapy* (2011), uma das estratégias é proporcionar à criança uma música calma antes de dormir. A musicoterapia consiste na utilização da música e dos seus elementos, num processo sistematizado que, para além de outros benefícios, ajuda na comunicação, nas interações, na aprendizagem, na expressão e organização de processos psíquicos, como meio de recuperação das funções da pessoa (mentais, físicas ou emocionais), no desenvolvimento do seu potencial e na obtenção de uma melhor qualidade de vida. A melodia é o elemento mais próximo da emoção e da afetividade e o ritmo transforma o organismo produzindo efeitos de energia, relaxamento, inclusive, o sono (Rodrigo, 2008).

**Material necessário:**

- Sala ampla;
- Música e vídeo “Uma Noite Encantada”
- Computador e projetor,
- Aparelhagem/colunas.

**Tempo de realização:**

- 45 minutos

**Objetivo:**

Com esta intervenção pretende-se consciencializar o público-alvo, sobre a higiene do sono através de uma atividade dinâmica, lúdica e prazerosa para as crianças. As crianças identificam-se com o som e a alegria expressa pela música e ao mesmo tempo assimilam de uma forma simples a mensagem transmitida pela mesma. Assim, pretende-se que os alunos conheçam e desenvolvam a sua compreensão relativamente à higiene do sono.

**Desenvolvimento/dinâmica da atividade: Ouvir e ver o vídeo de uma música sobre a higiene do sono**

A Dinâmica da sessão consiste em ouvir a música “*Uma Noite Encantada*”; a letra desta música foi escrita e criada por crianças do 6<sup>a</sup> Ano no seguimento de um desafio lançado à turma do 6<sup>o</sup> 3 da Escola E.B. 2/3 do Caniço (Ilha da Madeira) pelo Sr. Professor Luís Agnelo Cardoso do Carmo da disciplina de Música que criou a respetiva música e com a colaboração da Sr.<sup>a</sup> Professora Sandra Isabel Batista da disciplina de português (cf. Anexo II). Nesta atividade pretende-se que os alunos estejam num ambiente calmo e descontraído, para que possam ouvir e ver o vídeo da música desenvolvida para a sessão. Espera-se que as crianças ouçam e apreendem a letra e conheçam/compreendam a higiene do sono, de uma forma simples e lúdica. A música reflete as medidas de higiene do sono e no final apresentamos as mesmas aos alunos com suporte de diapositivos numa pequena apresentação em *Power Point*. Uma intervenção proactiva entre todos os intervenientes, alunos, professores e profissionais de saúde em contexto sala de aula. No final desta atividade é realizado uma pequena apreciação, perguntado aos alunos se gostaram da música e será lançado o desafio da sua aprendizagem, para a poderem cantar nas próximas intervenções do projeto. E será realizada uma reflexão sobre medidas de higiene do sono.

### 2.7.3. 3ª Intervenção – “Uma boa noite de sono, para um dia cheio de energia”

**Atividade: Construção de Puzzle sobre as diferentes atividades diárias das crianças e um jogo de empilhamento de latas sobre a higiene do sono**

#### **Enquadramento**

Na educação infantil é necessário incluir brincadeiras, jogos e brinquedos lúdicos, no processo de ensino-aprendizagem, pois são atividades importantes na educação e precisam ter o acompanhamento do profissional de educação ou de saúde para mediar este processo. No aspeto lúdico, os jogos de encaixe, os legos, correr, saltar com os dois pés, andar em bicos de pés ou fazer jogos de equilíbrio, são atividades que lhes dão prazer e, em simultâneo, lhes permitem, de forma lúdica e agradável continuar o seu desenvolvimento psicomotor, adquirindo cada vez mais competências nesta área (Opperman & Cassandra, 2001). De acordo com Gomes (2004, p. 47), a ludicidade é a linguagem humana, que possibilita a “expressão do sujeito criador que se torna capaz de dar significado à sua existência, (re) significar e transformar o mundo”; é “... uma possibilidade e uma capacidade de se brincar com a realidade, (re) significando o mundo” (Gomes, 2004, p. 145). Ainda falando do lúdico, Gomes escreve que:

Como expressão de significados que tem o brincar como referência, o lúdico representa uma oportunidade de (re) organizar a vivência e (re) elaborar valores, os quais se comprometem com determinado projeto de sociedade. Pode contribuir, por um lado, com a alienação das pessoas: reforçando estereótipos, instigando discriminações, incitando a evasão da realidade, estimulando a passividade, o conformismo e o consumismo; por outro, o lúdico pode colaborar com a emancipação dos sujeitos, por meio do diálogo, da reflexão crítica, da construção coletiva e da contestação e resistência à ordem social injusta e excludente que impera em nossa realidade (Gomes, 2004, p. 146).

Os puzzles têm várias formas e feitios e apresentam-se numa variedade de temas que contribuem para aprender sobre formas, cores, animais, letras, sono, entre outros temas. É uma terapia ocupacional e uma atividade lúdica, sendo um poderoso instrumento para trabalhar competências sensoriomotoras essenciais ao desenvolvimento da criança, desempenho escolar e participação nas atividades da vida diária. Contribui para o processamento tátil e motricidade fina, processamento visual e coordenação oculomotora, para a *praxis*, promoção da autoconfiança, atenção e concentração, uma vez que a criança para resolver um *puzzle* tem de ter tempo e despende de esforço. A realização de um *puzzle* completo promove uma sensação de autoeficácia, sobretudo em crianças. A manutenção da atenção e da concentração na tarefa e a tolerância à frustração assumem-se como fatores importantes para a sua conclusão. Os puzzles estimulam sobretudo a memorização, o raciocínio, a concentração, a motricidade fina e a atenção (Almeida, 2017). Quanto à capacidade motora para jogar o jogo das latas, este desenvolve e exige, sobretudo a capacidade cinestésica dos participantes. Ou seja, a capacidade que o aluno tem para realizar

o jogo. O movimento tem de ser realizado de forma correta, não exige um grande desgaste físico, a criança observa as técnicas utilizadas pelos seus colegas de turma. Todo este esforço é realizado através de movimentos de precisão, procurando a criança controlar a sua força e direção do seu lançamento, de forma a controlar variáveis dinâmicas, temporais e espaciais do movimento. Para este jogo, o esforço físico é baixo e moderado, estando ao alcance de todos os participantes, independentemente da sua idade.

**Material necessário:**

- Sala ampla;
- Puzzle “As tuas atividades diárias”;
- Jogo das latas “A higiene do Sono”;
- Bola pequena.

**Tempo de realização:**

- 90 minutos

**Objetivos:**

Com esta intervenção pretende-se consciencializar a criança, sobre a importância de um bom sono na realização das atividades diárias das crianças e a influencia que as mesmas podem ter sobre o sono. A construção do puzzle objetiva mostrar que todas as nossas atividades diárias são possíveis de realizar e são importantes, mas o sono está sempre presente e encontra-se intimamente ligado ao sucesso das nossas rotinas (cf. Apêndice V). Pois está sempre presente a representação do sono no nosso dia-a-dia. O jogo das latas representa em cada lata de uma forma sucinta o ciclo da higiene do sono. E pretende que as crianças construam a pirâmide das latas colocando por ordem desde a sua base as atividades realizadas antes de ir para a cama, ficando no topo a representação do deitar (cf. Apêndice VI).

**Desenvolvimento/dinâmica da atividade: Construção de um Puzzle sobre as diferentes atividades diárias das crianças e um jogo de empilhamento de latas sobre a higiene do sono**

Esta 3ª intervenção é constituída por duas atividades que decorrem em simultâneo, dividindo a turma em dois grupos. Um grupo joga o jogo das latas e o outro constrói o puzzle, trocando depois entre si. A Dinâmica desta atividade passa pela utilização de um puzzle sobre as diferentes atividades diárias das crianças, com o objetivo de transmitir a mensagem de um bom sono para um dia cheio de energia. Pois todas as rotinas diárias que as crianças realizam estão envolvidas umas com as outras, mas o sono tem de estar sempre presente para o sucesso e bem-estar no dia a dia de todas as crianças. O puzzle pode ser recriado com a

utilização de materiais reciclados (ex. cartão), a fotocomposição gráfica do mesmo foi realizada com a utilização de imagens disponíveis gratuitamente nos recursos gráficos da Freepik (disponível em <https://br.freepik.com/>). Por outro lado, o jogo das latas pretende ilustrar as diferentes fases da hora de deitar/levantar e mostrar que à noite não é hora de realizar certas atividades, pois podem interferir com o sono (por exemplo fazer exercício físico antes de ir dormir, ver TV ou jogar antes de ir dormir...). Nesta atividade, a criança deve identificar a ordem das fases da higiene do sono desde a base (onde estão presentes mais atividades relacionadas com o dormir) e colocar no topo a ilustração da hora de acordar e ir para a escola (atividade muito importante que se encontra relacionada com a boa noite de sono). A construção do jogo das latas pode ser efetuada com recurso a materiais reciclados (ex. latas de refrigerantes, latas de batatas fritas, cartão, bola de farrapos, etc.), a fotocomposição gráfica do mesmo foi realizada com a aplicação de imagens disponíveis gratuitamente nos recursos gráficos da Freepik (disponível em <https://br.freepik.com/>). Nesta sessão destaca-se o lúdico para a criança, no entanto tem também um significado importante para ela, onde passa a ter conhecimento e compreende o que constrói. Sendo assim, o aspeto lúdico contribui para uma boa saúde física das crianças ajudando no seu desenvolvimento intelectual facilitando o convívio social.

#### **2.7.4. 4ª Intervenção – “Jogo da Glória sobre os hábitos de sono”**

##### **Atividade: realização de um jogo de tabuleiro sobre os hábitos de sono**

##### **Enquadramento**

A criança quando brinca adquire novas experiências, desenvolve novas habilidades de forma natural e assim entende / compreende melhor o que lhe é explicado facilitando a aprendizagem. É na hora de brincar que as crianças constroem o seu mundo interpretando o reflexo da vida real. Carvalho (1992) afirma que “o brincar torna-se importante no desenvolvimento da criança de maneira que as brincadeiras e jogos que vão surgindo gradualmente na sua vida, desde os mais simples até aos mais complexos com regras” (Carvalho, 1992, p. 14). Desta forma, o recurso a jogos e brincadeiras na educação das crianças, através de atividades lúdicas irão facilitar a sua aprendizagem, pois torna as mesmas mais prazerosas e de fácil assimilação aos conteúdos aplicados. Assim sendo, “(...) o ensino absorvido de uma maneira lúdica, passa a adquirir um aspeto significativo e afetivo no curso do desenvolvimento da inteligência da criança (...)” (Carvalho, 1992, p. 28). O jogo é a “atividade física ou mental fundada em sistema de regras que definem a perda ou o ganho”, sendo a sua característica principal as regras e não o caráter livre da brincadeira (Schwartz, 2003, p. 12). O mesmo autor refere que, apesar das regras, o jogo é uma atividade

prazerosa, sendo “compreendido como uma brincadeira que envolve regras”. Para Vygotsky (1989), é através da brincadeira e do jogo que a criança se desenvolve afetiva, social e cognitivamente. Como tal, em contexto escolar, o jogo pode ser uma ferramenta importante para a estimulação do desenvolvimento integral dos alunos. Todavia, para que se alcance o desejado e a atividade tenha sucesso, torna-se indispensável a definição de objetivos. Na ótica de Vygotsky (1989), mediando ações na zona de desenvolvimento proximal, está a proporcionar-se o desenvolvimento e a aprendizagem dos alunos, o que pode ocorrer através de atividades lúdico-pedagógicas. Segundo Antunes (2003), os jogos infantis podem até incluir uma ou outra competição, mas fundamentalmente visam estimular o crescimento e aprendizagens e devem ser definidos como a representação de uma relação interpessoal entre dois ou mais sujeitos realizada dentro de determinadas regras. Este conceito deixa perceber a diferença entre usar um objeto como brinquedo ou como jogo (Antunes, 2003, p. 9). Numa época em que as crianças estão fixadas em “*Smartphones e Tablets*” para se distraírem, é também nosso dever introduzir o ‘*velho charme*’ dos jogos de tabuleiro. Eles têm infinitas variedades e são benéficos tanto para a saúde física quanto mental das crianças. Eles promovem o cumprimento de regras, o pensamento proativo, aprender que a derrota faz parte do caminho de todos nós, fomentando a concentração, a saúde física e por fim apreender a trabalhar em equipa. Portanto, a brincadeira não é só um divertimento, é uma atividade importante na aprendizagem da criança, para as crianças brincarem, é um trabalho, pois neste momento em que brincam descobrem-se talentos e habilidades. Tornando-se claro que a brincadeira vem facilitar o desenvolvimento no processo de ensino e aprendizagem da criança.

**Material necessário:**

- Sala ampla;
- Tabuleiro do jogo e os acessórios (dados, cartões de regras, pinos das equipas);
- Cartões ou cartolinas e canetas para registo das equipas.

**Tempo de realização:**

- 90 minutos

**Objetivo:**

Com esta intervenção pretende-se consolidar os conhecimentos adquiridos sobre os hábitos de sono através da realização do jogo de tabuleiro (cf. Apêndice VII; VIII; IX).

### **Desenvolvimento/dinâmica da atividade: realização de um jogo de tabuleiro sobre os hábitos de sono**

A Dinâmica da sessão caracteriza-se pela realização do jogo com a formação de duas a quatro equipas, cada uma com o seu logotipo, de seguida ocorre o lançamento dos dados e dar-se-á início ao jogo seguindo as suas regras. O jogo de tabuleiro pode ser recriado com a utilização de materiais reciclados, a fotocomposição gráfica do jogo foi realizada com a colaboração da Cristina Lima e algumas das imagens utilizadas disponíveis gratuitamente nos recursos gráficos da Freepik (disponível em <https://br.freepik.com/>). Assim, é esperado que as crianças se divirtam com o jogo e ao mesmo tempo apreendam os conceitos nele implícitos. É sabido que a investigação infantil realça a importância das atividades que envolvem jogos e brincadeiras na sua educação, pois traz à criança uma aprendizagem mais rápida, pois elas interagem com o outro de uma forma simples, sem ser pressionada, assimilando melhor o conteúdo pretendido. No final da atividade é perguntado aos alunos se gostaram de jogar este jogo e o que para eles é o sono. Pretende-se realizar em conjunto com as crianças um pequeno resumo sobre a importância do sono no seu crescimento.

#### **2.7.5. 5ª Intervenção – “Com um bom sono somos mais felizes”**

##### **Atividade: realização de uma sessão de Risoterapia**

##### **Enquadramento**

O riso é definido como um comportamento físico que ocorre em resposta a algo que é percebido como humorístico, divertido ou surpreendente. Este comportamento envolve a maioria dos grupos musculares e sistemas orgânicos do corpo. O riso é uma resposta ao humor e uma das maneiras de comunicar com outras pessoas (Bennett & Lengacher, 2006). As expressões do riso dependem de duas vias neuronais (sistemas involuntários e voluntários). O sistema involuntário envolve a amígdala, tálamo/hipo, áreas subtalâmicas e tronco cerebral dorsal/tegumentar; o sistema voluntário origina-se nas áreas operculares pré-motoras/frontais, passando através do córtex motor e trato piramidal para o tronco cerebral ventral (King, 2019). Os sistemas são coordenados por um centro de coordenação do riso na ponte superior dorsal. Durante o riso, a frequência cardíaca, a pressão arterial e a circulação sanguínea aumentam e as transferências de oxigénio e nutrição ficam ativas (Lebowitz et al., 2011). A terapia do riso tem implicações positivas no núcleo emocional e alivia sentimentos para além de ser a panaceia para o bem-estar físico e psicológico. O riso gera pensamentos positivos e reduz as tensões negativas; é um “medicamento” sem preço e sem efeitos colaterais. Origina mudanças fisiológicas no organismo, ajuda a desvanecer a tensão, o stresse, a ansiedade, a irritação, a tristeza e a depressão, une as pessoas e aumenta a

felicidade, o humor positivo, o otimismo, a energia e a função cognitiva (Rezaei et al., 2019), promovendo o conforto físico, psicoespiritual, ambiental e social. Rir é uma característica de uma emoção positiva. Há uma tendência generalizada para pensar que alguém que está a rir é porque está feliz ou acabou de ouvir uma piada. No entanto, o riso também pode ser uma maneira de lidar com a tristeza, controlar o stresse e outros sentimentos negativos.

**Material necessário:**

- Sala ampla;
- Computador;
- Colunas de som;
- Seleção de músicas;
- Materiais adequados à sessão de risoterapia (rolos de cartão; fitas de tecido, ...)

**Tempo de realização:**

- 90 minutos

**Objetivo:**

Com esta intervenção pretendemos demonstrar como é bom dormir bem e como o mesmo faz bem à saúde e nos faz felizes.

Só podemos rir bem se estivermos bem connosco, e isso só acontece se dormirmos bem e se tivermos energia para enfrentar os desafios do dia a dia.

**Desenvolvimento/dinâmica da atividade: realização de uma sessão de Risoterapia**

Nesta sessão educativa pretende-se utilizar como recurso a uma Profissional da Risoterapia. A Dinâmica da sessão consiste na aplicação da técnica da risoterapia entre as crianças, fomentando a importância da sua aplicação no dia a dia das crianças e como é importante dormir bem para o bem-estar, o sorrir. Com esta sessão voltaremos a analisar a questão da importância do sono para a aquisição de energia no dia a dia.

**2.7.6. 6ª Intervenção – “A arte no bem dormir ... É tão bom dormir bem!”**

No final do ano letivo pretende-se fazer uma exposição para a comunidade escolar para mostrar o trabalho desenvolvido. Esta intervenção é constituída por três atividades:

- Uma peça de teatro com o envolvimento das crianças onde representam sucintamente a higiene do sono de cada criança, tendo como cenário a exposição dos trabalhos desenvolvidos na primeira intervenção e como banda sonora a música do projeto;

- Apresentação de um Poster alusivo à importância do Sono em crianças (cf. Apêndice X);
- Um lanche convívio com as crianças, educadores, profissionais e encarregados de educação.

### **Atividade: Peça de teatro sobre a higiene do sono**

#### **Enquadramento**

A arte de representar possibilita que as crianças brinquem, através de um mundo de fantasia. A necessidade de brincar acaba por poder estar relacionada em certa medida com a representação e atividade teatral. Pois com o teatro, a criança modifica o ato dramático numa brincadeira. Os jogos teatrais são um grande aliado para o desenvolvimento afetivo, cognitivo e psicossocial da criança. A criatividade dramática ajuda o pensamento criativo e o desenvolvimento social, pois efetiva a passagem do teatro como ilusão para o teatro como realidade cênica. O filósofo e pedagogo John Dewey (2002) afirmava que a fonte primária de toda a atividade educativa estava nas atitudes e atividades instintivas e impulsivas da criança e, naturalmente, inúmeras atividades espontâneas das mesmas (jogos, brincadeiras, mímicas) sendo as mesmas passíveis de uso educacional. Segundo o autor Spolin (2003) o teatro dentro da escola e os seus exercícios são facilitadores na construção de um foco propício para a aprendizagem de determinados conteúdos; propõe que o teatro emprestaria o seu conteúdo essencial para o trabalho em outra disciplina. “O conhecimento teria uma exatidão maior se viesse da estimulação do próprio aprendizado” (Spolin 2003 p. 17). Para Courtney (2003) a utilização do jogo teatral é um método de ensino:

A Expressão Dramática é não apenas o modo de encarar o processo educacional (uma filosofia), ou o modo de ajudar o desenvolvimento individual (uma psicologia) ou assistir o indivíduo em sua adequação ao meio (uma sociologia); é a maneira fundamental na qual o ser humano aprende – e, assim, é o mais efetivo método para todas as formas de educação (Courtney, 2003, p. 278).

O mesmo autor faz uso de múltiplos conhecimentos para descrever a importância do teatro, a linguagem teatral é muito mais do que simplesmente uma técnica de arte a ser aprendida e reproduzida. O autor acredita estar depositada no teatro toda a significação da humanidade na medida em que é uma expressão pura.

Se o teatro está entrelaçado às crenças fundamentais do homem da maneira como se infere da abordagem sociológica, esse fato terá certamente sua influência sobre todo o conjunto de campos análogos de estudo: como o homem se posicionou com relação ao universo (filosofia e religião); as diferentes interpretações que o homem deu ao mundo a cada período (história) e com isso se relacionam com sua compreensão do teatro e das formas dramáticas (crítica teatral); como o homem observou o funcionamento de seus próprios processos mentais (psicologia) e a relação destes com a criação artística (estética) (Courtney, 2003, p. 190).

Assim o teatro é a primeira invenção humana que permite ao indivíduo tornar-se capaz de todas as outras invenções e criações (Silveira, 2009). Os elos que ligam o teatro à educação, em particular, aos métodos de ensino-aprendizagem, têm sido fortificadas com os contributos da produção científica em ciências sociais e humanas, com especial nos domínios da Psicologia, Educação e Saúde (Ribeiro, 2009; Ribeiro & Pino, 2010).

**Material necessário:**

- Auditório da escola ou Sala ampla;
- Computador;
- Colunas de som;
- Cenário;

**Tempo de realização:**

- 30 minutos

**Objetivo:**

Com esta intervenção pretendemos demonstrar como as crianças adquiriram de uma forma lúdica e simples a importância de uma rotina de sono diária e como dormir bem os torna mais felizes e saudáveis.

**Atividade: Poster alusivo à importância do Sono nas crianças**

**Enquadramento**

O poster é uma forma de comunicação científica que tem o objetivo de demonstrar as informações e dados mais relevantes de uma pesquisa científica. De acordo com Neto (2003), na estrutura de um poster deve existir - Clareza na exposição das ideias para evitar excesso de formas e informações desnecessárias; Coerência argumentativa, sabendo articular a forma e estrutura da escrita e Concisão e objetividade na construção do texto, evitando prolixidades e repetições desnecessárias. Neste sentido, opta-se por utilizar o poster pois para transmitir de uma forma simples, clara e objetiva a mensagem do projeto adequa-se este tipo de comunicação científica.

**Material necessário:**

- Poster;

**Tempo de realização:**

- 10 minutos

**Objetivo:**

Com esta intervenção pretende-se apresentar a toda a comunidade escolar uma breve comunicação em formato Poster (Apêndice II) sobre a importância do Sono nas crianças.

**Atividade: Um lanche convívio com as crianças, educadores, profissionais e encarregados de educação.**

**Enquadramento**

Como é sabido a hora da alimentação não serve apenas para a satisfação de uma necessidade básica humana, é também um modo de partilha, conversa e observação. É neste sentido, que se torna importante olhar para um lanche de convívio de final de projeto como uma intervenção para um fim. Aqui a sua finalidade não é somente proporcionar um lanche saudável à comunidade educativa, mas também ter conhecimento e retirar algumas inalações sobre o projeto desenvolvido em contexto escolar.

**Material necessário:**

- Refeitório ou sala ampla;
- Bens alimentares para o lanche;
- Copos e guardanapos.

**Tempo de realização:**

- 80 minutos

**Objetivo:**

Com esta atividade pretende-se fomentar a partilha de ideias e conhecimentos adquiridos com o projeto **“Dormir para bem Sorrir”** com toda a comunidade escolar. Tomar conhecimento do feedback do projeto relativamente aos alunos, professores e encarregados de educação. Ouvir críticas e sugestões de melhoria para o projeto desenvolvido.

## 2.8. Avaliação do Projeto

A implementação do projeto deverá desenvolver-se ao longo de um ano letivo. Assim, a avaliação deste projeto de intervenção sobre o sono saudável em idade escolar pretende-se efetuar no final do ano letivo com a aplicação de um questionário de avaliação dirigido aos Encarregados de Educação. E propõe-se também a realização de uma análise *Swot*, ou um pequeno questionário de satisfação do projeto aos Professores envolvidos e aos Encarregados de Educação.

### 3. Considerações finais

Este projeto enquadra-se nos princípios definidos no Plano Nacional de Saúde Escolar. Pois pretende contribuir para o aumento da educação para a saúde no âmbito da saúde escolar e infantil, na sensibilização de pais e educadores para a importância da realização de campanhas de sensibilização e sessões de formação sobre este tema. Uma vez que, a avaliação dos problemas de sono é crucial, devido aos potenciais problemas orgânicos, comportamentais emocionais e intelectuais a ele associados sendo o sono um pilar fundamental de todo o ciclo vital da pessoa. “Um programa de saúde escolar efetivo ... é o investimento de custo-benefício mais eficaz que um País pode fazer para melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde” e o nível de literacia em saúde (Gro Harlem Brundtland, Diretora-geral da OMS, 2000). O PNSE de 2015 tem como visão que todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma Escola que promova a saúde e o bem-estar. E como finalidade contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens (DGS, 2015). Desta forma, a melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de atividades assentes em dois eixos essenciais: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde. Pretende-se com este projeto, e como objetivo final e a longo prazo, potenciar ganhos em saúde e proporcionar um acompanhamento em proximidade à criança e educadores maximizando todo o seu potencial de saúde e bem-estar e pontos fortes da família.

O projeto **“Dormir para bem Sorrir”** e as atividades inerentes ao mesmo esperam contribuir de alguma forma na melhoria dos indicadores da saúde escolar e que possam ajudar a prevenir os problemas associados aos hábitos de sono. Espera-se também que o mesmo possa aumentar a sensibilização dos professores e encarregados de educação para a temática do sono e sua importância no crescimento das crianças. E por outro lado, acredita-se que este projeto da ELSE de Tondela e da ESSV possa ser o primeiro de outros projetos similares que se vejam a criar e desenvolver no âmbito da saúde escolar nos AE de Tondela.



## Referências bibliográficas

- Almeida, L. C. M. (2017). *O Jogo, a Motricidade e as Aprendizagens da Criança - Olhares a partir da Escola*. [Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores]. Repositório da Universidade dos Açores. <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/4646/1/DissertMestradoLisetaCarmoMonizAlmeida.pdf>
- Antunes, C. (2003). *O jogo e a educação infantil: falar e dizer, olhar e ver, escutar e ouvir*. Editora Vozes.
- Bennett, M., & Lengacher, C. (2006). O humor e o riso podem influenciar a saúde: I. História e antecedentes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 3, 61-63.
- Carvalho, A. M. C. et al. (1992). *Brincadeira e cultura: viajando pelo Brasil que brinca*. Casa do Psicólogo.
- Cavalheiro, M. G., Corrêa, C. C., Maximino, L. P., & Weber, S. (2017). Sleep quality in children: questionnaires available in Brazil. *Sleep Science*, 10(4), 154-160. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20170027>
- Courtney, R. (2003). *Jogo, teatro & pensamento*. Editora Perspetiva.
- Couto, J. (2003). Potencialidades pedagógicas e dramáticas da literatura infantil e tradicional oral. In Azevedo, F. (Coord). *A criança, a língua e o texto literário: da investigação às práticas*. Actas do I Encontro Internacional (pp. 209-223). Braga: Universidade do Minho.
- Curcio, G., Ferrara, M., & De Gennaro, L. (2006). Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Medicine Reviews*, 10(5), 323-337. <http://doi:10.1016/j.smr.2005.11.001>
- De Bruin, E. J., Van Run, C., Staaks, J., & Meijer, A. M. (2017). Effects of sleep manipulation on cognitive functioning of adolescents: A systematic review. *Sleep Med Rev.*, 32, 45-57. <http://doi:10.1016/j.smr.2016.02.006>.
- Dewey, J. (2002). *A escola e a sociedade, a criança e o currículo*. Relógio d'Água.
- Estêvão, M. H. (s.d.). Dormir bem dá saúde e faz crescer. Associação Portuguesa do Sono. <https://www.apsono.com/index.php/pt/noticias/noticias-do-sono/69-dormir-bem-da-saude-faz-crescer>

- Felden, É., Leite, C., Rebelatto, C., Andrade, R., & Beltrame, T. (2015). Sleep in adolescents of different socioeconomic status: A systematic review. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(4), 467-473. <http://doi: 10.1016/j.rpped.2015.01.011>
- Ferreira, R., Duarte, E., & Figueiredo, M. C. (2019). *Sono e repouso na adolescência*. In Sousa, P.M.L. (Editor) TEENPOWER – Tecnologia & Inovação na Promoção de Comportamentos Saudáveis em Adolescentes (pp. 49-65). Grácio Editor. [https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2943/1/TeenPower-Livro\\_12\\_4\\_2019\\_FINAL.pdf](https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2943/1/TeenPower-Livro_12_4_2019_FINAL.pdf)
- Freepik. 2021. *Recursos gráficos*. <https://br.freepik.com/>
- Ghodsbin, F., Sharif Ahmadi, Z., Jahanbin, I., & Sharif, F. (2015). The effects of laughter therapy on general health of elderly people referring to Jahandidegan Community Center in Shiraz, Iran, 2014: a randomized controlled trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 3(1), 31-38.
- Gomes, C. L. (2004). *Dicionário Crítico do Lazer*. Autêntica.
- Guimarães, A. C. (2013). *Identificação de hábitos de sono, compreensão do sono e rotinas de sono em crianças de idade escolar: estudo com crianças e pais*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/10415>
- Hale, L., & Guan, S. (2015). Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. *Sleep Medicine Reviews*, 21, 50-58. <http://doi: 10.1016/j.smr.2014.07.007>.
- Hale, L., Kirschen, G. W., LeBourgeois, M. K., Gradisar, M., Garrison, M. M., Montgomery-Downs, H., Kirschen, H., McHale, S. M., Chang, A. M., & Buxton, O. M. (2018). Youth Screen Media Habits and Sleep: Sleep-Friendly Screen Behavior Recommendations for Clinicians, Educators, and Parents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 27(2), 229-245. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.11.014>
- Hall, W., & Nethery, E. (2019). What does sleep hygiene have to offer children's sleep problems? *Paediatric Respiratory Reviews*, 31, 64-74. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2018.10.005>
- King, S. (2019). Laughing for wellbeing. Conference proceeding from the 1st Lebanese Positive Psychology conference in Beirut, Lebanon (17 March 2019). *Middle East Journal of Positive Psychology*, 55(1), 22-28.

- Krukowski, K., Eddy, J., Kosik, K. L., Konley, T., Janusek, L. W., & Mathews, H. L. (2011). Glucocorticoid dysregulation of natural killer cell function through epigenetic modification. *Brain Behav Immun.*, 25(2), 239-249. <http://doi:10.1016/j.bbi.2010.07.244>
- Lebowitz, K., Suh, S., Diaz, P., & Emery, C. (2011). Effects of humor and laughter on psychological functioning, quality of life, health status, and pulmonary functioning among patients with chronic obstructive pulmonary disease: A preliminary investigation. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 40(4), 310-319. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2010.07.010>
- Loessl, B., Valerius, G., Kopasz, M., Hornyak, M., Riemann, D., & Voderholzer, U. (2008). Are adolescents chronically sleep-deprived? An investigation of sleep habits of adolescents in the southwest of Germany. *Child: Care, Health and Development*, 34(5), 549-556. <http://doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00845.x>
- Lopes, S., Almeida, F., Jacob, S., Figueiredo, M., Vieira, C., & Carvalho, F. (2016). Diz-me como dormes: hábitos e problemas de sono em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar. *Nascer e Crescer*, 25(4), 211-216.
- Loureiro, H., Pinto, T., Carneiro-Pinto, J., Rebelo-Pinto, H., & Paiva, T. (2013). Validation of the Children Sleep Habits Questionnaire and the Sleep Self Report for Portuguese children. *Sleep Science*, 6(4), 151-158. <https://cdn.publisher.gn1.link/sleepscience.org.br/pdf/v6n4a06.pdf>
- Milewski, M., Skaggs, D., Bishop, G., Pace, J., Ibrahim, D., Wren, T., & Barzdukas, A. (2014). Chronic lack of sleep is associated with increased sports injuries in adolescent athletes. *Journal of Pediatric Orthopedics*, 34(2), 129-133. <http://doi:10.1097/BPO.0000000000000151>
- Mindell, J. A., & Williamson, A. A. (2018). Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Medicine Reviews*, 40, 93-108. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2017.10.007>
- Morais, Daniela Silva. (2012) *O desenho na Educação Infantil: o olhar e as expectativas do professor*. Editora Niterói.
- National Sleep Foundation (2019). *Sleep Duration Recommendations*. <https://www.sleepfoundation.org/press-release/national-sleep-foundation-recommends-new-sleep-times>
- Neto, José Antônio Chehuen. (2003). O formato de um trabalho científico: as partes de um todo. *Revista de Medicina do Hospital Universitário de Juiz de Fora*, 29(1), 414-416.

- Ohayon, M., Wickwire, E., Hirshkowitz, M., Albert, S., Avidan, A., Daly, F., Vitiello, M. (2017). National sleep foundation's sleep quality recommendations: First report. *Sleep Health*, 3(1), 6-19. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.11.006>
- Opperman, C. e Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Lusociência.
- Parreira, A. F., Martins, A., Ribeiro, F., Silva, F. G. (2019). Validação Clínica da Versão Portuguesa do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças (CSHQ-PT) em Crianças com Perturbações do Sono e PHDA. *Acta Med Port.*, 32(3), 195-201. <https://doi.org/10.20344/amp.10906>
- Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, B. A., Maski, K., Nichols, C., Quan, S. F., Rosen, C. L., Troester, M. M., & Wise, M. S. (2016). Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine on the Recommended Amount of Sleep for Healthy Children: Methodology and Discussion. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 12(11), 1549–1561. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6288>
- Portugal, Associação Portuguesa do Sono. (s.d.). Higiene do Sono da Criança e Adolescente. Recuperado abril 15, 2021, em <https://apsono.com/images/higienesono.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. DGS. <https://nocs.pt/programa-nacional-saude-escolar/>
- Portugal, Regulamento 128/2011. (2011, fevereiro 18). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2(135), pp. 8667-8669. <https://dre.pt/application/conteudo/3477017>
- Portugal, Regulamento 428/2018. (2018, julho 16). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2(135), pp. 19354-19359. <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Pucci, S., & Pereira, M. (2016). Sleep quality in adolescents: What's discriminates good from poor sleepers? *Journal of Sleep Disorders & Therapy*, 5(2), 1-5. <http://doi:10.4172/2167-0277.1000237>
- Qualidade. (2019). Dicionários Porto Editora. Recuperado em abril 29, 2021, em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/qualidade>

- Rezaei, S., Mahfeli, M., Mousavi, S.V., & Hosseini, S. P. (2019). Research Paper: The Effect of Laughter Yoga on the Quality of Life of Elderly Nursing Home Residents. *Caspian Journal of Neurological Sciences*, 5(1), 7-15. <https://doi.org/10.32598/CJNS.5.16.7>
- Ribeiro, C. M. (2009). Quando a sala de aula se transforma em palco e o aluno em Prometeu. In: Il Congresso Internacional do CIDInE: Novos contextos de formação, pesquisa mediação. Vila Nova de Gaia: CIDInE.
- Ribeiro, C. M. & Pino Juste, M. (2010). O teatro como objecto de investigação para a produção científica de língua portuguesa. In: acta do I Congreso Iberoamericano de Pedagogía Teatral. Vigo: ESAD Galícia.
- Rodrigo, S. (2008). *Musicoterapia – terapia de música Y sonido* (2ª ed.). ATYPE, S. L.
- Schwartz, G. (2003). *Dinâmica Lúdica: Novos Olhares*. Editora Diversos.
- Scott A. J., Webb T. L., Rowse G. (2017) Does improving sleep lead to better mental health? A protocol for a meta-analytic review of randomised controlled trials. *BMJ Open*, 7(9), 1-8. <https://doi:10.1136/bmjopen-2017-016873>
- Silva, F. M. G. (2014). Hábitos e problemas do sono das crianças dos 2 aos 10 anos. [Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14234/1/Silva%20Filipe%20TD%202014.pdf>
- Sleep Foundation (2021). How Blue Light Affects Kids' Sleep. Recuperado junho 25, 2021, em <https://www.sleepfoundation.org/children-and-sleep/how-blue-light-affects-kids-sleep>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. Recuperado junho 25, 2021, em [https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias\\_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20D E%20SAUDE\\_RECOMENDACOES%20SPSSPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20D E%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPSSPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf)
- Spolin, V. (2003). *Jogos teatrais, o ficheiro*. Editora Perspetiva.
- Stickland, A., Clayton, E., Sankey, R., & Hill, C. (2016). A qualitative study of sleep quality in children and their resident parents when in hospital. *Archives of Disease in Childhood*, 101, 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2015-309458>
- Tambalis, K. D., Panagiotakos, D. B., Psarra, G., & Sidossis, L. S. (2018). Insufficient Sleep Duration Is Associated With Dietary Habits, Screen Time, and Obesity in Children.

*Journal of Clinical Sleep Medicine*: official publication of the American Academy of Sleep Medicine, 14(10), 1689–1696. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7374>

Teresinha, Rosa Gomes. (2007). *Processo de significação do desenho infantil: A importância do desenho no desenvolvimento infantil*. São Carlos.

Vasconcelos, A., Prior, C., Estevão, H., Loureiro, H. C., Ferreira, R., & Paiva, T. (2017). Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. Sociedade Portuguesa de Pediatria, pp. 1-8. [http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias\\_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE\\_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf)

Vaz, E. S. da, Santos, M. A. R. C., Sanchez, R. N., Gomes, F., & Burns, D. A. R. (2015). *Receite um livro. Fortalecendo o desenvolvimento e o vínculo. A importância de recomendar a leitura para crianças de 0 a 6 anos*. Sociedade Brasileira de Pediatria. Fundação Itaú Social Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/AF357-15FIS\\_CampanhaPrescrevaum\\_LIVRO\\_19x23\\_V12.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/AF357-15FIS_CampanhaPrescrevaum_LIVRO_19x23_V12.pdf)

Vieira, Alcione. (2010). *A importância do desenho infantil no processo de alfabetização*. Centro de pesquisas Educacionais.

Vygotsky, L. (1989). *A Formação Social da mente*. Editora Martins Fontes.

World Federation of Music Therapy. (2011). *What is music therapy?* <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>

## **Apêndices do Projeto “Dormir para bem Sorrir”**







## Apêndice II – Resumo do Projeto apresentado à Comunidade Escolar



# PROJETO DE INTERVENÇÃO “DORMIR PARA BEM SORRIR”

**Estágio com Relatório Final:** Enfermagem em Saúde Escolar do 5º  
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Trabalho efetuado sob a orientação da:

Professora Doutora Odete Amaral

Enfermeira Paula Carvalho Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária

Viseu, junho de 2021

## Introdução

O desenvolvimento deste projeto surge no âmbito do Estágio com relatório final do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viseu na Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela.

É fundamental a aposta na formação de enfermeiros em diferentes áreas, nomeadamente na Especialização e Mestrado em Enfermagem Comunitária, com o objetivo de desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades.

Este projeto tem a designação de ***“Dormir para bem Sorrir”*** e a sua construção emergiu da preocupação dos profissionais da Equipa Local de Saúde Escolar (ELSE) de Tondela e da ESSV relativamente à qualidade do sono das crianças (do 1º ciclo do ensino básico). O objetivo principal do projeto é elucidar as crianças e capacitar os pais / encarregados de educação e comunidade escolar sobre a importância de uma boa higiene do sono, diminuir os problemas associados aos maus hábitos de sono e aumentar os ganhos em saúde. Avaliar a qualidade do sono é uma tarefa complexa, uma vez que envolve parâmetros quantitativos, tais como, a duração do sono, latência do sono, o número de despertares e parâmetros qualitativos que são, puramente, subjetivos. Apesar da grande relevância do tema, no contexto português, são escassos os estudos sobre a qualidade do sono das crianças com intervenção, tornando-se mais interessante o desenvolvimento deste projeto.

O crescente interesse pelas questões relacionadas com os problemas, as necessidades das crianças nesta fase do ciclo vital e a troca de experiências de investigação dos diversos ramos do saber, têm levado ao desenvolvimento de políticas conducentes à criação de programas de educação e promoção de saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de qualidade às crianças. A escola é considerada um espaço de formação e aprendizagem, onde as crianças e jovens passam grande parte do seu tempo, é um meio privilegiado para a abordagem de intervenções preventivas através da elaboração e implementação de projetos de educação para a saúde. De acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar da DGS (2015), a escola “desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida, que a intervenção da saúde escolar, dirigida ao grupo das crianças e dos jovens escolarizados, pode favorecer, ao mesmo tempo que complementa a prestação de cuidados personalizados”.

A evidencia científica mostra que os problemas relacionados com o sono são transversais a todas as etapas do ciclo vital. Desta forma, torna-se evidente a necessidade de intervir com sessões de educação e projetos de intervenção com o objetivo de melhorar os hábitos de sono e aumentar os ganhos em saúde. E começar a sensibilização em crianças e

jovens permite a longo prazo ter adultos mais saudáveis, uma vez que o sono desempenha uma função muito importante para o funcionamento do organismo ao longo do ciclo vital. É imprescindível para o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças, famílias e comunidade. Não se pode viver sem dormir, assim como não se pode viver sem respirar (Vasconcelos, Prior, Estevão, Loureiro, Ferreira & Paiva, 2017). Uma boa noite de sono é determinante para a saúde, desenvolvimento e desempenho escolar de cada criança. Ou seja, a alternância entre a vigília e o sono constitui um ritmo fundamental da espécie humana assumindo particular importância durante a infância (Estêvão, 2020).

### **Principais objetivos**

Este projeto tem como objetivo geral contribuir para a promoção da saúde escolar e bem-estar em crianças do 1º ciclo, especialmente sobre bons hábitos de sono.

### **Objetivos específicos:**

1. Explicar às crianças a importância do sono como ferramenta de melhorar a qualidade de vida e as relações harmoniosas com as famílias, amigos e comunidade escolar através de dinâmicas ativas.
2. Identificar comportamentos de vida saudáveis, prevenindo problemas associados aos maus hábitos de sono.
3. Capacitar a comunidade escolar e os pais / encarregados de educação sobre esta problemática e como preveni-la.

No futuro, com a implementação contínua do projeto pretendemos cooperar na melhoria da saúde pública e aumento dos ganhos em saúde.

A população alvo do projeto são as crianças do 1º ciclo, numa fase piloto pretende-se aplicar o projeto às crianças do 1º e 2º ano do 1º Ciclo do AE de Tondela Tomaz Ribeiro e às pessoas com maior proximidade com as crianças.

### **Entidades Promotoras e Parceiras**

O projeto dormir para bem sorrir tem como entidades promotoras a ELSE de Tondela e Escola Superior de Saúde de Viseu e pretende-se o apoio e parceria dos Estabelecimentos de Ensino do 1º Ciclo dos AE de Tondela.

Modelo de Intervenção do Projeto

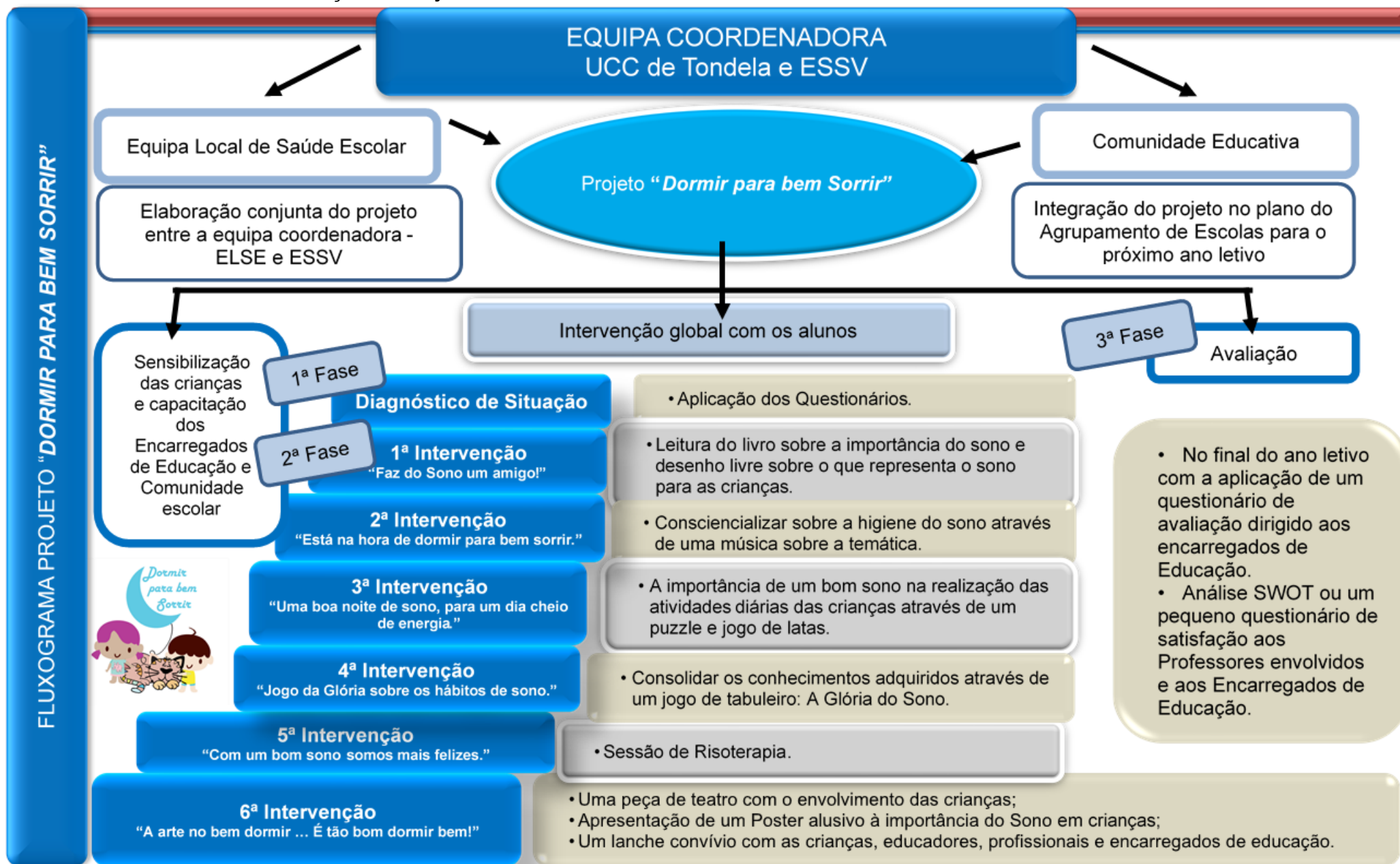


Figura 1: Apresentação esquemática do fluxograma do projeto "Dormir para bem Sorrir"

### **Avaliação do projeto**

A implementação do projeto deverá desenvolver-se ao longo de um ano letivo. Assim, a avaliação deste projeto de intervenção sobre o sono saudável em idade escolar pretende-se efetuar no final do ano letivo com a aplicação de um questionário de avaliação dirigido aos encarregados de Educação. E propõe-se também a realização de uma análise Swot, ou um pequeno questionário de satisfação do projeto aos Professores envolvidos e aos Encarregados de Educação.

### **Considerações Finais**

Este projeto enquadra-se nos princípios definidos no Plano Nacional de Saúde Escolar. Pois pretende contribuir para o aumento da educação para a saúde no âmbito da saúde escolar e infantil, na sensibilização de pais e educadores para a importância da realização de campanhas de sensibilização e sessões de formação sobre este tema. Uma vez que, a avaliação dos problemas do sono é crucial, devido aos potenciais problemas orgânicos e comportamentais a eles associados sendo o sono um pilar fundamental de todo o ciclo vital da pessoa.

“Um programa de saúde escolar efetivo ... é o investimento de custo-benefício mais eficaz que um País pode fazer para melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde” (Gro Harlem Brundtland, Diretora-geral da OMS, 2000).

Desta forma, a melhoria da saúde das crianças, dos jovens e da restante comunidade educativa, passa por propostas de atividades assentes em dois eixos essenciais: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde.

Pretende-se com este trabalho potenciar ganhos em saúde, e proporcionar um acompanhamento em proximidade à criança e educadores maximizando todo o seu potencial de saúde e bem-estar.

O projeto “**Dormir para bem Sorrir**” e as atividades inerentes ao mesmo esperam contribuir de alguma forma na melhoria dos indicadores da saúde escolar e que possam ajudar a prevenir os problemas associados aos hábitos de sono.

### **Referências Bibliográficas**

Estêvão, M.H. (2020). Associação Portuguesa do Sono. Dormir bem dá saúde e faz crescer. <https://www.apsono.com/index.php/pt/noticias/noticias-do-sono/69-dormir-bem-da-saude-faz-crescer>

Portugal, Ministério da Saúde, Programa Nacional de Saúde Escolar. (2015). Despacho n.º 12.045/2006 (2.a série). Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de junho. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2015. Acedido a 16 de maio de 2021. Disponível em <https://nocs.pt/programa-nacional-saude-escolar/>

Vasconcelos, A., Prior, C., Estevão, H., Loureiro, H.S., Ferreira, R., & Paiva, P. (2017). Recomendações sps-spp: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. Recuperado de [http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias\\_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE\\_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf)

## Apêndice III – Apresentação do Projeto à Comunidade Escolar



**Politécnico  
de Viseu**  
Saúde

# Projeto "Dormir para bem Sorrir"

*Dormir  
para bem  
Sorrir*



UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE TONDELA

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NO ÂMBITO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO  
FINAL: ENFERMAGEM EM SAÚDE ESCOLAR

---

MESTRANDA: TÂNIA ALEXANDRA LOUREIRO MARQUES Nº 5766

TRABALHO SOB ORIENTAÇÃO DE:

SR.ª ENF.ª PAULA CARVALHO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

SUPERVISÃO PEDAGÓGICA DA PROFESSORA DOUTORA ODETE AMARAL

Julho de 2021



# Introdução

O desenvolvimento deste projeto surge no âmbito do Estágio com relatório final do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSV na UCC de Tondela.

A sua construção resultou da preocupação dos profissionais da Equipa Local de Saúde Escolar (ELSE) de Tondela e da ESSV (na pessoa de orientadora do estágio).

Com o projeto pretendemos potenciar a qualidade do sono das crianças do 1º ciclo do ensino básico.

Inserido no plano de ação anual das atividades a realizar com as respetivas escolas do concelho.





# Objetivos

- Este projeto tem como objetivo geral contribuir para a promoção da saúde escolar e bem-estar em crianças do 1º ciclo, especialmente sobre bons hábitos de sono.
- Relativamente os objetivos específicos, pretende-se:

Explicar às crianças a importância do sono como ferramenta para melhorar a qualidade de vida;

Prevenir os problemas associados aos maus hábitos de sono;

Capacitar a comunidade escolar e os pais sobre esta problemática.

*Hábitos de sono saudáveis!*





## Justificação da temática

- Avaliar a **qualidade do sono** é uma **tarefa complexa**, uma vez que envolve **parâmetros quantitativos**, tais como, a duração do sono, latência do sono, o número de despertares e parâmetros qualitativos que são, puramente, **subjetivos**.
- São **escassos os estudos sobre a qualidade do sono das crianças com intervenção**, tornando-se mais interessante o desenvolvimento deste projeto.
- A **escola é considerada um espaço de formação e aprendizagem**, onde as crianças e jovens passam grande parte do seu tempo.
- O meio escolar é um **local privilegiado para a abordagem de intervenções preventivas** através da elaboração e implementação de **projetos de educação para a saúde**.





# Enquadramento





# Enquadramento

- S** • Os **problemas relacionados com o sono são transversais** a todas as etapas do ciclo vital.
- O** • **Não se pode viver sem dormir**, assim como não se pode viver sem respirar (Vasconcelos, Prior, Estevão, Loureiro, Ferreira & Paiva, 2017).
- N** • Uma **boa noite de sono é determinante para a saúde**, desenvolvimento físico, mental, emocional e **desempenho escolar** de cada criança.
- O** • A alternância entre a vigília e o **sono** constitui um **ritmo fundamental** da espécie **humana** assumindo particular importância durante a **infância** (Estêvão, 2020).





# Enquadramento

O Sono é ...



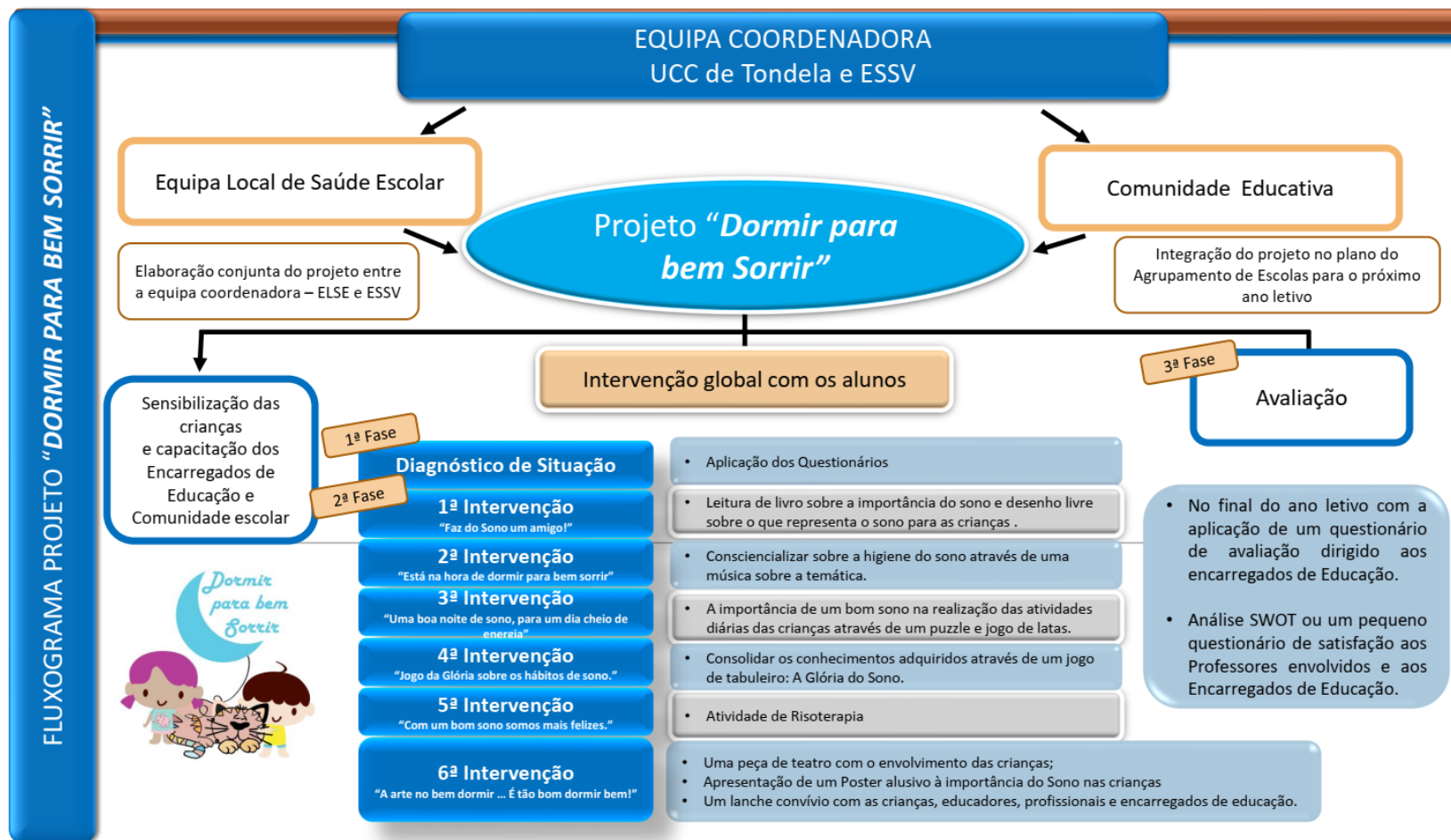
(Lopes, Almeida, Jacob, Figueiredo, Vieira & Carvalho, 2016, p. 212)



## Fluxograma do Projeto 'Dormir para Bem Sorrir'



Fotocomposição Gráfica: Cristina Lima





## Sensibilização do projeto

A sensibilização para a **importância do desenvolvimento do projeto** está programada para o início do **ano letivo** a decorrer num período de cerca de 60 a 90 minutos.

Para a **Comunidade Escolar e Encarregados de Educação**.

**Abordar objetivamente** para a importância dos **hábitos de sono saudáveis** na promoção da saúde escolar.

**Prevenção** de desenvolvimento de **problemas associados aos maus hábitos** de sono.

**Consciencializar os educadores** para a importância do papel da equipa local de **saúde escolar** e da **escola** na promoção da saúde.

A **adesão dos professores** e dos encarregados de educação é muito **importante** na medida em que são **elementos ativos** no **desenvolvimento** e avaliação do **projeto** proposto.





## Momentos em sala de aula

Diagnóstico de Situação (1ª Fase)	Intervenção (2ª Fase)	Avaliação (3ª Fase)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aplicação dos questionários</li><li>• Tratamento dados Escola Superior de Saúde de Viseu</li><li>• Equipa Local de Saúde Escolar + Professores</li><li>• Mês: Maio e Junho</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realização em 6 momentos</li><li>• Equipa de Local de Saúde Escolar + ESSV</li><li>• Mês: Out/Nov/Dez/Jan</li><li>• Fev/Mar/Abr/Mai</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aplicação dos questionários</li><li>• Equipa Local de Saúde Escolar + ESSV + Professores</li></ul>





# Planeamento das sessões

## 1ª Intervenção: “Faz do Sono um amigo!” – Atividade: leitura de uma historia infantil

“A cigarra e a formiga” de Jean de La Fontaine.

O objetivo desta atividade é proporcionar o estímulo cognitivo das crianças.

Ler e contar histórias exige do profissional uma entrega total, demonstrando vontade e paixão, contar e mostrar as histórias de “forma a despertar na criança o desejo de aprender a ler bem. **Desenvolve a sua imaginação criativa e é induzida à ação** (Couto, 2003, p. 212).

Identificar **o ato de ler como atividade prazerosa**, passando a **mensagem da leitura** sobre os seus **benefícios** quer para a aprendizagem, quer para a estruturação da sua personalidade.

A escolha deste conto infantil “A Cigarra e a formiga”, deve-se ao facto de a mesma **falar do valor do esforço e do trabalho, abordando a questão da preguiça, planeamento e solidariedade.**

No final da história é pedido aos **alunos que falem um pouco sobre a mesma**, dando a sua opinião sobre a história que ouviram.





# Planeamento das sessões

## 1ª Intervenção: “Faz do Sono um amigo!” – Atividade: Desenho livre sobre a representação do sono

O **desenho fortalece a construção mental**, o desenvolvimento cognitivo, motor e afetivo do ser humano (Teresinha, R.G., 2007).



O ato de desenhar é um fator fundamental no **processo do desenvolvimento da linguagem**, uma espécie de documento que registra a evolução da criança (Morais, 2012).



Desenvolve a **autoexpressão** e atua de forma afetiva com o mundo, opinando, criticando, sugerindo, através da utilização das cores, formas, tamanhos, símbolos, entre outros.

O objetivo desta intervenção prende-se com a **perceção da criança relativamente ao sono**.



Antes da sessão terminar pretende-se **refletir sobre o sono e os seus benefícios**.



No final da 1ª intervenção é **perguntado** aos alunos se **gostaram das atividades realizadas**, dando espaço para críticas e sugestões de melhoria.





# Planeamento das sessões

## 1ª Intervenção: “Faz do Sono um amigo!”

No final das atividades da 1ª Intervenção é pedido às crianças que elaborem a partir daquele dia o seu **Diário de Sono**.

Pretende-se que em conjunto com os pais / encarregados de educação se efetue este registo diário, de uma **forma simples e objetiva**. Deve apenas constar a **hora de deitar e de acordar** das crianças.

O objetivo é envolver os pais / encarregados de educação neste projeto e **aumentar a sua sensibilização para a importância de promover hábitos de sono saudáveis nas crianças**.

No final do projeto ou antes se for pertinente, cada criança apresenta o seu diário de sono.





# Planeamento das sessões

## 2ª Intervenção: “Está na hora de dormir para bem sorrir.” - Ouvir e ver o vídeo de uma música sobre a higiene do sono

A expressão musical ajuda na comunicação, nas interações, na aprendizagem, na expressão e organização dos processos psíquicos como meio de recuperação das funções mentais (Rodrigo, 2008).



A melodia é o elemento mais próximo da emoção e da afetividade e o ritmo transforma o organismo produzindo efeitos de energia, relaxamento, inclusive, o sono (Rodrigo, 2008).



A Música e vídeo “Uma Noite Encantada” foi escrita e criada por crianças do 6º Ano no seguimento de um desafio lançado à turma da Escola E.B. 2/3 do Caniçal pelo Sr. Professor de Música Luís Carmo com a colaboração da Sr.ª Professora de Português Sandra Batista.

Consciencializar o público-alvo, sobre a higiene do sono através de uma atividade dinâmica, lúdica e prazerosa para as crianças.



As crianças identificam-se com o som e a alegria expressa pela música e ao mesmo tempo assimilam de uma forma simples a mensagem transmitida pela mesma.



Espera-se que as crianças ouçam e apreendem a letra e conheçam/compreendam a higiene do sono, de uma forma simples e lúdica.  
No final é perguntado aos alunos se gostaram da música e é lançado o desafio da sua memorização.





## Planeamento das sessões

**3ª Intervenção: “Uma boa noite de sono, para um dia cheio de energia!” - Atividade: Construção de Puzzle sobre as diferentes atividades diárias das crianças**

Na educação infantil é necessário incluir brincadeiras, jogos e brinquedos lúdicos, no processo de ensino-aprendizagem, pois são atividades importantes na educação e precisam ter o acompanhamento do profissional de educação ou de saúde para mediar este processo.

Os puzzles estimulam sobretudo a memorização, o raciocínio, a concentração, a motricidade fina e a atenção (Almeida, 2017).

Os puzzles permitem aprender sobre vários temas, trabalha as competências sensoriomotoras essenciais ao desenvolvimento da criança, desempenho escolar e participação nas atividades da vida diária.





# Planeamento das sessões

3ª Intervenção: “Uma boa noite de sono, para um dia cheio de energia.” - Atividade: Construção de Puzzle sobre as diferentes atividades diárias das crianças

A construção do puzzle objetiva mostrar que todas as nossas atividades diárias são possíveis de realizar e são importantes.

O sono está sempre presente e encontra-se intimamente ligado ao sucesso das nossas rotinas. Pois está sempre presente a representação do sono no nosso dia-a-dia.





# Planeamento das sessões

**3ª Intervenção: “Uma boa noite de sono, para um dia cheio de energia!” - Atividade: Realização do Jogo das latas sobre a higiene do sono**

O jogo das latas representa em cada lata de uma forma sucinta o ciclo da higiene do sono. E pretende que as crianças construam a pirâmide das latas, identificando a ordem das fases da higiene do sono.

Quanto à capacidade motora para jogar o jogo das latas, este desenvolve e exige, sobretudo a capacidade cinestésica dos participantes. Ou seja, a capacidade que o aluno tem para realizar o jogo.

o jogo das latas pretende ilustrar as diferentes fases da hora de deitar/levantar e mostrar que à noite não é hora de realizar certas atividades (por exemplo: fazer exercício físico antes de ir dormir, ver TV ou jogar antes de ir dormir...).

Jogo das latas: A tua higiene do sono



Projeto “Dormir para bem Sorrir” da ELSE de Tondela e da ESSV





# Planeamento das sessões

## 4ª Intervenção: “Jogo da Glória do sono” - Atividade: Realização do Jogo de tabuleiro sobre os hábitos de sono

O jogo é a “atividade física ou mental fundada em sistema de regras que definem a perda ou o ganho”, sendo a sua característica principal as regras e não o caráter livre da brincadeira (Schwartz, 2003, p. 12).

Os jogos infantis podem até incluir uma ou outra competição, mas fundamentalmente visam estimular o crescimento e aprendizagens (Antunes, 2003, p. 9).





# Planeamento das sessões

## 4ª Intervenção: “Jogo da Glória do sono” - Atividade: Realização do Jogo de tabuleiro sobre os hábitos de sono

Numa época em que as crianças estão fixadas em “Smartphones e Tablets” para se distraírem, é também nosso dever introduzir o velho charme dos jogos de tabuleiro.

Eles promovem o cumprimento de regras, o pensamento proativo, aprender que a derrota faz parte do caminho de todos nós, fomentando a concentração, a saúde física e por fim apreender a trabalhar em equipa.





# Planeamento das sessões

## 4ª Intervenção: “Jogo da Glória do sono” - Atividade: Realização do Jogo de tabuleiro sobre os hábitos de sono

Com esta intervenção pretende-se consolidar os conhecimentos adquiridos sobre os hábitos de sono através da realização do jogo de tabuleiro.

É sabido que a investigação infantil realça a importância das atividades que envolvem jogos e brincadeiras na sua educação, pois traz à criança uma aprendizagem mais rápida, pois elas interagem com o outro de uma forma simples, sem ser pressionada, assimilando melhor o conteúdo pretendido.

No final da atividade é perguntado aos alunos se gostaram de jogar este jogo e o que para eles é o sono. Realizando em conjunto com as crianças um pequeno resumo sobre a importância do sono no seu crescimento.





# Planeamento das sessões

5ª Intervenção: “Com um bom sono somos mais felizes.” - Atividade: realização de uma sessão de Risoterapia

A terapia do riso tem implicações positivas no núcleo emocional e alivia sentimentos para além de ser a panaceia para o bem-estar físico e psicológico.

O riso gera pensamentos positivos e reduz as tensões negativas; é um “medicamento” sem preço e sem efeitos colaterais.

Ajuda a desvanecer a tensão, o stresse, a ansiedade, a irritação, a tristeza e a depressão, une as pessoas e aumenta a felicidade, o humor positivo, o otimismo, a energia e a função cognitiva (Rezaei, Mahfeli, Mousavi & Hosseini, 2019).



FONTE: <https://br.freepik.com/vetores/pessoas>>Pessoas vetor criado por macrovector - br.freepik.com</a>



# Planeamento das sessões

## 5ª Intervenção: “Com um bom sono somos mais felizes.” - Atividade: realização de uma sessão de Risoterapia

Com esta intervenção pretende-se demonstrar como é bom dormir bem e como o mesmo faz bem à saúde e nos faz felizes.

Só podemos rir bem se estivermos bem connosco, e isso só acontece se dormirmos bem e se tivermos energia para enfrentar os desafios do dia a dia.

Aplicar a técnica da risoterapia entre as crianças, fomentando a importância da sua aplicação no dia a dia das crianças e como é importante dormir bem para o bem-estar, o sorriso. Analisando a questão da importância do sono para a aquisição de energia no dia a dia.



FONTE: <https://br.freepik.com/vetores/pessoas>>Pessoas vetor criado por macrovector - br.freepik.com</a>



# Planeamento das sessões

6ª Intervenção: “A arte no bem dormir ... É tão bom dormir bem!” - Atividade: Peça de teatro sobre a higiene do sono

A arte de representar possibilita que as crianças brinquem, através de um mundo de fantasia.

A necessidade de brincar acaba por poder estar relacionada em certa medida com a representação e atividade teatral. Pois com o teatro, a criança modifica o ato dramático numa brincadeira.

O teatro dentro da escola e os seus exercícios são facilitadores na construção de um foco propício para a aprendizagem de determinados conteúdos (Spolin, 2003).

O teatro é a primeira invenção humana que permite ao indivíduo tornar-se capaz de todas as outras invenções e criações (Silveira, 2009).

Com esta intervenção deseja-se demonstrar como as crianças são capazes de adquirir de uma forma lúdica e simples a importância de uma rotina de sono diária e como dormir bem os torna mais felizes e saudáveis.





# Planeamento das sessões

6ª Intervenção: “A arte no bem dormir ... É tão bom dormir bem!” - Atividade: Um lanche convívio com as crianças, educadores, profissionais e encarregados de educação.

Como é sabido a hora da alimentação não serve apenas para a satisfação de uma necessidade básica humana, é também um modo de partilha, conversa e observação.

É neste sentido, que se torna importante olhar para um lanche de convívio de final de projeto como uma intervenção para um fim.

A sua finalidade não é somente proporcionar um lanche saudável à comunidade educativa, mas também ter conhecimento e retirar algumas inalações sobre o projeto desenvolvido em contexto escolar.

Pretende-se fomentar a partilha de ideias e conhecimentos adquiridos com o projeto “Dormir para bem Sorrir” com toda a comunidade escolar.

Conhecimento do feedback do projeto relativamente aos alunos, professores e encarregados de educação.

Ouvir críticas e sugestões de melhoria para o projeto desenvolvido.



# Planeamento das sessões



6ª Intervenção: “A arte no bem dormir ... É tão bom dormir bem!” - Atividade: Poster alusivo à importância do Sono nas crianças

O poster é uma forma de comunicação científica que tem o objetivo de demonstrar as informações e dados mais relevantes de uma pesquisa científica.

Opta-se por utilizar o poster pois para transmitir de uma forma simples, clara e objetiva a mensagem do projeto adequa-se este tipo de comunicação científica.

Com esta intervenção pretende-se apresentar a toda a comunidade escolar uma breve comunicação em formato Poster sobre a importância do Sono nas crianças.

**Projeto Dormir para Bem Sorrir da ELSE de Tondela e ESV**

Não se pode viver sem dormir, assim como não se pode viver sem respirar. O sono é essencial para o desenvolvimento e desempenho escolar de cada criança. Ou seja, a diferença entre a vigília e o sono constitui um ritmo fundamental da espécie humana assumindo particular importância durante a infância (Fonseca, 2010).

**OBJETIVOS DO PROJETO**

- Aplicar às crianças a importância de uma rotina consistente de horários e estabelecer competências de vida saudável, promovendo padrões saudáveis em casa, escola e comunidade.
- Capacitar a comunidade escolar a ser parte / parceira no processo de educação sobre uma prática saudável e correta de dormir.

**HIGIENE DO SONO**

- Ter um horário regular de sono (dormir e levantar todos os dias aproximadamente).
- Não consumir alimentos ou bebidas estimulantes (café, chá, chá verde, cocaína, álcool, chocolate, ...).
- Não se deitar com vestimenta quente ou fofa.
- Praticar atividade física todos os dias, mas não antes de dormir.
- Preparar um ambiente adequado, temperatura agradável e sem luzes excessivas.
- Fazer o ambiente adequado, incluindo: silêncio, evitar ficar no quarto de luzes de manhã, evitar luzes, televisão e ecrãs.
- Não ingerir alimentos antes de dormir.
- Colar uma rotina no topo de dormir de um lado ou outro (ajuda bastante antes de dormir sobre o desconforto).

**Porque Dormir bem é Saúde e faz crescer!**

- As crianças que dormem bem são mais saudáveis, mais felizes, mais capazes de aprender e de lidar com as situações da vida.
- As crianças que dormem mal são mais cansadas, mais irritadas, mais propensas a sofrer de problemas de saúde e de aprendizagem.
- Ter uma rotina regular para dormir ajuda a estabelecer uma rotina saudável e a manter o sono adequado.
- Ter uma rotina regular para dormir ajuda a estabelecer uma rotina saudável e a manter o sono adequado.

**CONCLUSÃO**

Estabelecer o valor de um sono de qualidade e quantidade e reconhecer a importância do sono para o desenvolvimento saudável das crianças. Promover a importância do sono para o desenvolvimento saudável das crianças e a importância da rotina regular para dormir.



# Avaliação do Projeto

---

A implementação do projeto deverá desenvolver-se ao longo de um ano letivo.

Aplicação de um questionário de avaliação dirigido aos encarregados de Educação.

Realização de uma análise *Swot*, ou um pequeno questionário de satisfação do projeto aos Professores envolvidos e aos Encarregados de Educação.





## Considerações Finais

Este projeto enquadra-se nos princípios definidos no Plano Nacional de Saúde Escolar. Pois pretende contribuir para o aumento da educação para a saúde no âmbito da saúde escolar.

A sensibilização de pais e educadores para a importância da realização de campanhas de sensibilização e sessões de formação sobre este tema é cada vez mais pertinente.

A avaliação dos problemas do sono é crucial, devido aos potenciais problemas orgânicos e comportamentais a eles associados sendo o sono um pilar fundamental de todo o ciclo vital da pessoa.





## Considerações Finais

A melhoria da saúde das crianças e comunidade educativa, passa por propostas de **atividades assentes em dois eixos** essenciais: a **vigilância e proteção da saúde** e a **aquisição de conhecimentos**, capacidades e competências em promoção da saúde.

Com este trabalho pretende-se **potenciar ganhos em saúde**, e proporcionar um acompanhamento em proximidade à criança e educadores **maximizando** todo o seu potencial de **saúde e bem-estar**.

O projeto "**Dormir para bem Sorrir**" e as atividades inerentes ao mesmo esperam contribuir de alguma forma **na melhoria dos indicadores da saúde escolar** e que possam ajudar a prevenir os problemas associados aos hábitos de sono.

Acredita-se que **este projeto** da ELSE de Tondela e da ESSV possa ser o **primeiro de outros projetos similares** que se vejam a criar e desenvolver no âmbito da saúde escolar nos AE de Tondela.



# Referências Bibliográficas

- ❖ Almeida, L.C.M. (2017). *O Jogo, a Motricidade e as Aprendizagens da Criança - Olhares a partir da Escola*. (Dissertação de Mestrado). Universidade dos Açores. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Departamento de Educação. Acedido em <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/4646/1/DissertMestradoLisetaCarmoMonizAlmeida.pdf>
- ❖ Antunes, C. (2003). *O jogo e a educação infantil: falar e dizer, olhar e ver, escutar e ouvir*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- ❖ Estêvão, M.H. (2020). Associação Portuguesa do Sono. *Dormir bem dá saúde e faz crescer*. Acedido em <https://www.apsono.com/index.php/pt/noticias/noticias-do-sono/69-dormir-bem-da-saude-faz-crescer>
- ❖ Hall, W., & Nethery, E. (2018). What does sleep hygiene have to offer children's sleep problems? *Pediatric Respiratory Reviews*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2018.10.005>
- ❖ Lopes, S., Almeida, F., Jacob, S., Figueiredo, M., Vieira, C., & Carvalho, F. (2016). *Diz-me como dormes: hábitos e problemas de sono em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar*. *Nascer e Crescer*; vol. XXV, 4, 211-216.
- ❖ MORAIS, Daniela Silva. *O desenho na Educação Infantil: o olhar e as expectativas do professor*. RJ.: Niterói: 2012.
- ❖ Opperman, C. e Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.
- ❖ Rezaei, S., Mahfeli, M., Mousavi, S.V., & Hosseini, S.P. (2019). Research Paper: The Effect of Laughter Yoga on the Quality of Life of Elderly Nursing Home Residents. *Caspian Journal of Neurological Sciences "Caspian J Neurol Sci"*; 5(1), 7-15. <https://doi.org/10.32598/CJNS.5.16.7>
- ❖ Rodrigo, S. (2008). *Musicoterapia – terapia de música Y sonido (2ª Ed.)*. Nova Iorque: ATYPE, S. L.
- ❖ Schwartz, G. (2003). *Dinâmica Lúdica: Novos Olhares*. Editora: Diversos.
- ❖ Spolin, V. (2003). *Jogos teatrais, o ficheiro*. São Paulo: Editora Perspetiva.
- ❖ TERESINHA, Rosa Gomes. *Processo de significação do desenho infantil: A importância do desenho no desenvolvimento infantil*. SP: São Carlos, 2007.
- ❖ Vasconcelos, A., Prior, C., Estêvão, H., Loureiro, H.S., Ferreira, R., & Paiva, P. (2017). *Recomendações sps-spp: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados*. Acedido em [http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias\\_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE\\_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf)
- ❖ Vaz, E.S. da, Santos, M.A.R.C., Sanchez, R.N., Gomes, F., & Burns, D.A.R. (2015). *Receite um livro. Fortalecendo o desenvolvimento e o vínculo. A importância de recomendar a leitura para crianças de 0 a 6 anos*. Sociedade Brasileira de Pediatria. Fundação Itaú Social Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Acedido em [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/AF357-15FIS\\_CampanhaPrescrevaum\\_LIVRO\\_19x23\\_V12.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/AF357-15FIS_CampanhaPrescrevaum_LIVRO_19x23_V12.pdf)



Obrigada pela atenção!

---





**Apêndice IV – Consentimento informado para participação em investigação****CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.**

Este documento é feito em duplicado, sendo que uma das cópias ficará com o participante e outra com o investigador.

**Caro Senhor(a) Encarregado(a) de Educação:**

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estamos a realizar uma investigação com o tema “Hábitos de sono em crianças em idade escolar”, cujo os objetivos principais são: Identificar hábitos de sono em crianças do 1º e 2º ano do ensino básico e elaborar um projeto piloto sobre necessidades identificadas com início no ano letivo 2021-2022 no âmbito da saúde Escolar com a Equipa Local de Saúde Escolar de Tondela. O projeto planeado é um projeto de intervenção local que contempla um conjunto de intervenções no âmbito da temática “Hábitos de sono saudáveis”.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração, através da sua resposta a um futuro questionário ao qual terá acesso. Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e confidencialidade dos dados do seu educando e encarregado de educação, pois os investigadores consagram como obrigação o dever do sigilo profissional.

Se desejar qualquer esclarecimento, dúvida ou informação terá à sua disposição o seguinte contacto: E-mail – taalmarq@gmail.com.

Agradeço a sua colaboração

A responsável pela investigação

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Tânia Alexandra Loureiro Marques (Enfermeira)

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Eu, \_\_\_\_\_, Encarregado de Educação de \_\_\_\_\_, depois de devidamente informado (a) **autorizo participar** no estudo "Hábitos de sono nas crianças em idade escolar" \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Assinatura do Encarregado de Educação:

---

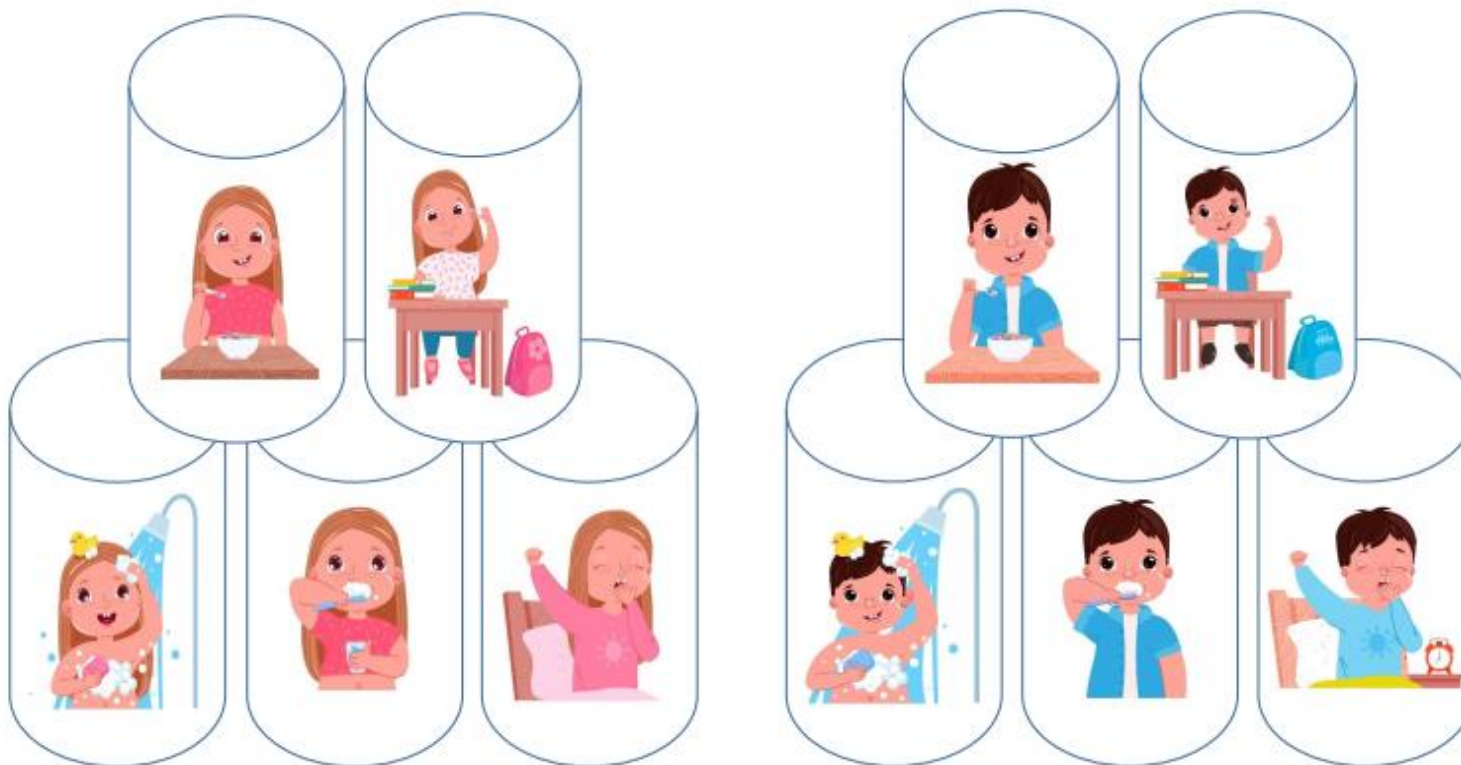
## Apêndice V – Puzzle das atividades diárias das crianças





## Apêndice VI – Jogo das latas sobre a higiene do sono

## Jogo das latas: A tua higiene do sono









Apêndice VIII – Manual do jogo de tabuleiro

# Manual do Jogo Glória do Sono



Fotocomposição Gráfica: Cristina Lima

Autores:

Odete Amaral

Paula Carvalho

Pureza Carmo

Tânia Marques

**Título:**

Glória do Sono

**Autoras:**

Odete Amaral

Paula Carvalho

Pureza Carmo

Tânia Marques

**Responsável pela Fotocomposição Gráfica (logotipo e algumas imagens associadas) do projeto “Dormir para bem Sorrir” e do Jogo da Glória do Sono:**

Ana Cristina Freitas Lima

**Restantes Recursos Gráficos utilizados na ilustração do Jogo e Pinos das equipas:**

Recursos gráficos da Freepik disponível em <https://br.freepik.com/>

(Este site é operado pela Freepik Company, S.L., registrado no Registro Comercial de Málaga, volume 4994, folha 217, página número MA 113059, com o Número Fiscal B-93183366 e escritório registrado na Rua Molina Lario, 13, 5º andar, 29015, Málaga, Espanha ("Companhia").

Através do Site, o Usuário pode pesquisar conteúdo visual, como vetores e ilustrações, fotos e imagens, PSDs e arquivos photoshop, ícones vetoriais, conteúdo de vídeo e gravações (incluindo o áudio correspondente) em qualquer formato, bem como, informações específicas relacionadas a esse conteúdo.

Os Serviços podem oferecer, em resultado dessa pesquisa, conteúdos de propriedade da Empresa ("Freepik Own Content"), conteúdos de propriedade de terceiros oferecidos através do Site ("Conteúdo de Colaboradores") bem como conteúdo de terceiros não oferecido gratuitamente ("Conteúdo Patrocinado").

O Conteúdo Patrocinado é devidamente diferenciado e identificado nos resultados da pesquisa. Conteúdo próprio e conteúdo de colaboradores do Freepik serão referidos coletivamente como "Conteúdo Freepik" e podem ser baixados através do Site.)

## Índice

Apresentação .....	212
1. Objetivos .....	214
2. Descrição do Jogo.....	215
3. Regras do Jogo .....	216
Bibliografia .....	218

## Apresentação

A criação deste projeto surge, após um conhecimento relativo aos problemas de sono das crianças em idade escolar e da reconhecida importância na prevenção das consequências a eles associados. O trabalho conjunto entre a Equipa Local de Saúde Escolar de Tondela e a ESSV acrescentando as sinergias de duas estudantes a realizar a Unidade Curricular de Estágio com Relatório Final no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela decidimos criar um projeto de intervenção local sobre esta temática. Nascendo assim, como uma das atividades de intervenção o *Jogo da Glória do Sono*, pensado e projetado para intervir junto desta população alvo.

O crescente interesse pelas questões relacionadas com os problemas, as necessidades das crianças nesta fase do ciclo vital e a troca de experiências de investigação dos diversos ramos do saber, têm levado ao desenvolvimento de políticas conducentes à criação de programas de educação e promoção de saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de qualidade às crianças. A escola é considerada um espaço de formação e aprendizagem, onde as crianças e jovens passam grande parte do seu tempo, é um meio privilegiado para a abordagem de intervenções preventivas através da elaboração e implementação de projetos de educação para a saúde.

Numa época em que as crianças estão fixadas em “*Smartphones e Tablets*” para se distraírem, é também nosso dever introduzir o velho charme dos jogos de tabuleiro. Eles têm infinitas variedades e são benéficos tanto para a saúde física quanto mental das crianças.

O jogo é a “atividade física ou mental fundada em sistema de regras que definem a perda ou o ganho”, sendo a sua característica principal as regras e não o caráter livre da brincadeira (Schwartz, 2003, p. p.12). O mesmo autor refere que, apesar das regras, o jogo é uma atividade prazerosa, sendo “compreendido como uma brincadeira que envolve regras”. Para Vygotsky (1989), é através da brincadeira e do jogo que a criança se desenvolve afetiva, social e cognitivamente. Como tal, em contexto escolar, o jogo pode ser uma ferramenta importante para a estimulação do desenvolvimento integral dos alunos.

A necessidade de dormir é fisiológica, mas a arte de bem dormir pode ser aprendida! E neste caso, vamos ensinar os nossos filhos a dormir bem! Entre pais / encarregados de educação, profissionais de saúde e comunidade escolar somos capazes. É importante que os bons hábitos de sono sejam criados na infância para que mais facilmente sejam mantidos na adolescência e na idade adulta. Segundo a Associação Portuguesa do Sono (Estêvão M.H., 2020), a hora de deitar, deve ser regular e a hora de convívio com os pais já deve ter ocorrido ao fim do dia para que a criança esteja menos carente desta partilha. Idealmente as brincadeiras mais vigorosas, o tempo de televisão ou de outro equipamento eletrónico deverão terminar antes da hora de jantar. Depois do jantar, deve ser promovido um relaxamento criando a rotina da hora de deitar – cuidados de higiene, nomeadamente escovagem dos dentes, ida para o quarto (que deve ter temperatura confortável e luz amena), para facilitar a chegada do sono. Nos mais pequenos a mãe ou o pai pode sentar-se ao lado da cama e ler ou ajudar a ler uma história ou utilizar outra estratégia como conversar sobre as atividades do dia. Os equipamentos eletrónicos devem ser deixados fora do quarto. Um sono reparador ajuda a criança no dia seguinte a aprender, a concentrar-se, a sorrir, a brincar, a Ser Feliz!

## 1. Objetivos

Com esta intervenção pretende-se consolidar os conhecimentos adquiridos sobre os hábitos de sono através da realização do jogo de tabuleiro. Apresentando como objetivos específicos:

- Aumentar a compreensão sobre a importância do sono;
- Explorar conceitos chave sobre higiene do sono;
- Promover comportamentos de vida saudáveis;
- Promover a literacia em saúde sobre bons hábitos de sono em crianças, pais / Encarregados de Educação e comunidade escolar.

A dinâmica desta atividade caracteriza-se pela realização do jogo com a formação de duas a quatro equipas, cada uma com o seu logotipo (pino), de seguida ocorre o lançamento dos dados e dar-se-á início ao jogo seguindo as suas regras. É esperado que as crianças se divirtam com o jogo e ao mesmo tempo apreendam os conceitos nele implícitos.

É sabido que a investigação infantil realça a importância das atividades que envolvem jogos e brincadeiras na sua educação, pois traz à criança uma aprendizagem mais rápida, pois elas interagem com o outro de uma forma simples, sem ser pressionada, assimilando melhor o conteúdo pretendido.

## 2. Descrição do Jogo

- Jogo de tabuleiro em tamanho XL, um dado XL, pinos para identificar cada equipa (utilização de cartão, madeira, garrafas ou outros materiais recicláveis para a sua construção);
- Cartões com as regras do jogo;
- 14 cartões referentes a cada casa-problema com perguntas destinadas às crianças sobre o sono;
- Número máximo de participantes: 25
- Faixa etária: 6 – 10 anos (1º ciclo de escolaridade), podendo ser aplicável a uma faixa etária mais alargada;
- Número de equipas: 4 equipas até 6 elementos (sujeito a alterações devido à constituição das turmas).

### 3. Regras do Jogo

1. Constituição de equipas mistas entre os alunos;
2. Escolha do pino (marcador) com o animal correspondente a cada equipa, o nome da mesma e o(a) porta-voz da equipa;
3. Cada equipa lança o dado e a que obtiver maior pontuação será a primeira a jogar;
4. Os nomes das equipas devem ser anotados, por ordem num quadro/folha, correspondendo cada equipa a um pino com um animal;
5. Depois de definido a ordem das equipas, pode-se iniciar o jogo.
6. O grupo lança o dado e deve avançar o número de casas indicado.

### 3. Regras do jogo

**Casa Problema:** deve-se responder a uma pergunta referente à respetiva casa. A solução deve ser discutida com os alunos de cada grupo e o/a porta-voz deve dar a resposta. Têm no máximo 1 minuto para responder. Se acertarem, avançam 2 casas. Se errarem, a equipa retoma o lugar anterior.

**Casa STOP:** a equipa fica uma ronda sem jogar.

**Casa Avança e Recua:** se calharem nesta casa verde devem avançar ou recuar 2 casas.

**Ganha o jogo** quem chegar à meta em primeiro lugar.

**O jogo deverá continuar** até ser encontrado o 2º e o 3º lugar.

## Bibliografia

Estêvão, M.H. (2020). Associação Portuguesa do Sono. *Posso ajudar os meus filhos a dormir bem?* Acedido em:  
<https://www.apsono.com/pt/24-noticias/noticias-do-sono/404-posso-ajudar-os-meus-filhos-a-dormir-bem>

Schwartz, G. (2003). *Dinâmica Lúdica: Novos Olhares*. Editora: Diversos.

Vygotsky, L. (1989). *A Formação Social da mente*. Editora: Martins Fontes.

## Apêndice XI – Cartões com as perguntas do jogo de tabuleiro

## Casa Pergunta nº4...



Ninguém consegue sobreviver  
sem dormir!

O sono é muito importante  
para um desenvolvimento  
físico, mental e para a  
aprendizagem.



Verdadeiro



## Casa Pergunta nº8...



Se dormires pouco podes  
aumentar o número de doenças  
e o risco de obesidade!  
A fraca qualidade do sono pode  
ter consequências diretas no  
peso e no bem-estar das  
crianças e de jovens...

Verdadeiro



## Casa Pergunta nº12...



- São funções do sono:
- A. Recuperar energia
  - B. Defesa contra as infeções
  - C. Melhora a memorização
  - D. Todas as anteriores**



## Casa Pergunta nº16...



O número de horas de sono diárias, que engloba o sono da noite e o das sestas, aumenta com o crescimento.

Falso



## Casa Pergunta nº22...



As horas de sono recomendadas para a tua idade (6-13 anos) são:

A. 11 a 14 horas

**B. 9 a 11 horas**

C. 7 a 9 horas



## Casa Pergunta nº25...



Se dormires pouco, o que pode acontecer?

- A. Melhorar a aprendizagem na escola
- B. Sentir mais energia
- C. Ficar mais irritado(a)



## Casa Pergunta nº30...



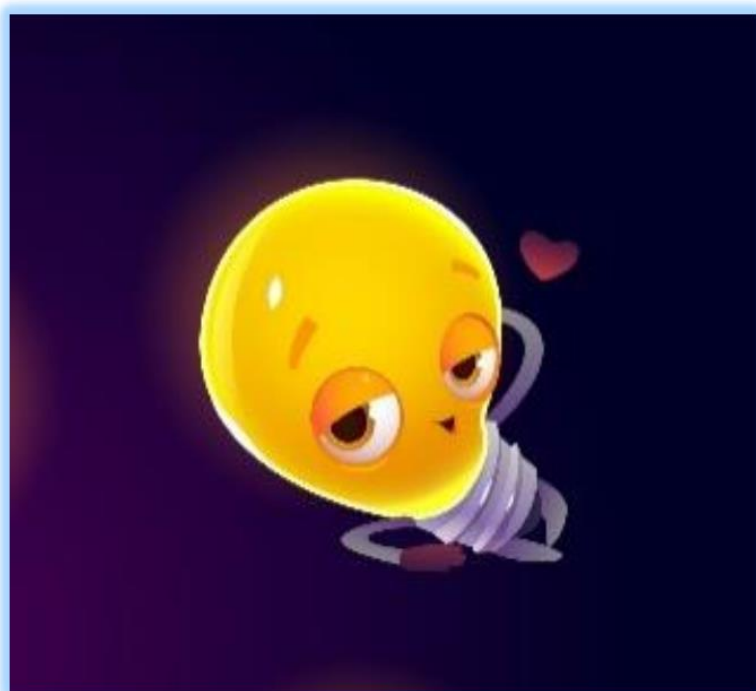
Os aparelhos eletrónicos  
(televisão, computador,  
videojogos, telemóvel...)  
devem ficar fora do quarto  
durante a noite.



**Verdadeiro**



## Casa Pergunta nº33...

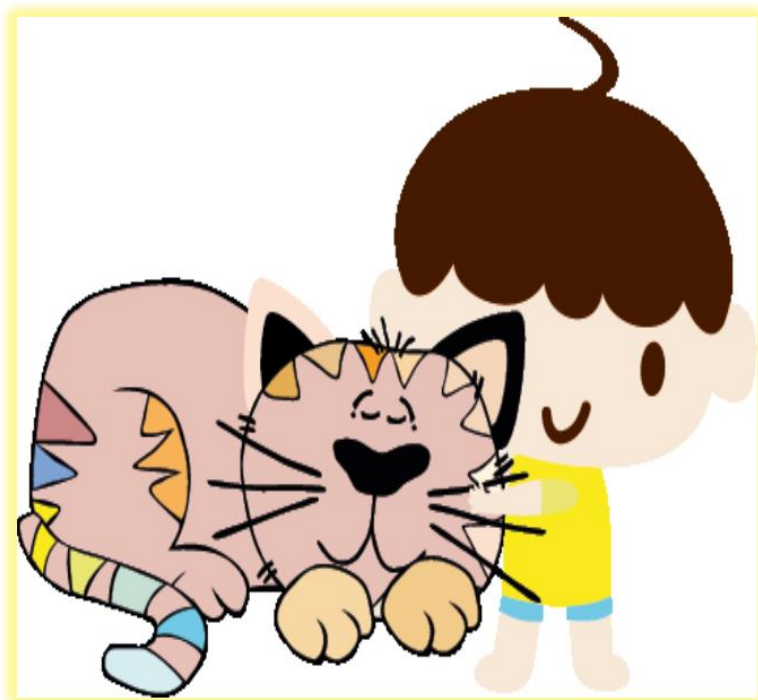


O horário de levantar e de deitar deve ser:

- A. O mesmo todos os dias
- B. Variar muito ao fim de semana
- C. Diferente todos os dias



## Casa Pergunta nº37...



Quando vais dormir, o ambiente do teu quarto deve estar:

- A. Sossegado
- B. Com uma temperatura amena
- C. Escuro
- D. Todas as anteriores**



## Casa Pergunta nº41...



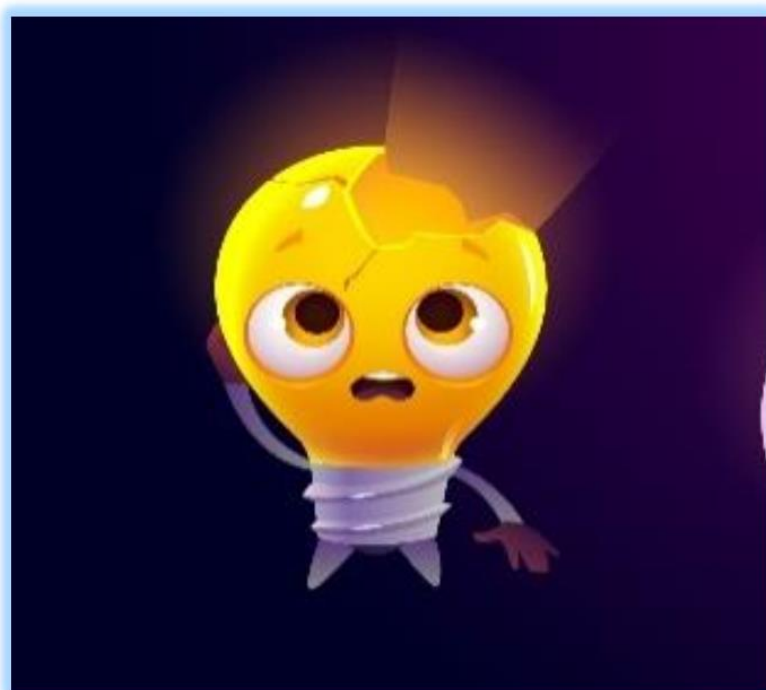
O que pode prejudicar uma boa noite de sono:

- A. Ir para a cama com o estômago muito cheio ou com fome
- B. Praticar exercício físico antes de dormir
- C. A luz dos ecrãs (televisão, tablet, ...) antes de dormir

**D. Todas as anteriores**



## Casa Pergunta nº44...



Antes de dormires podes ingerir muitas bebidas, como coca-cola, sumos ou café.



**Falso**



## Casa Pergunta nº48...



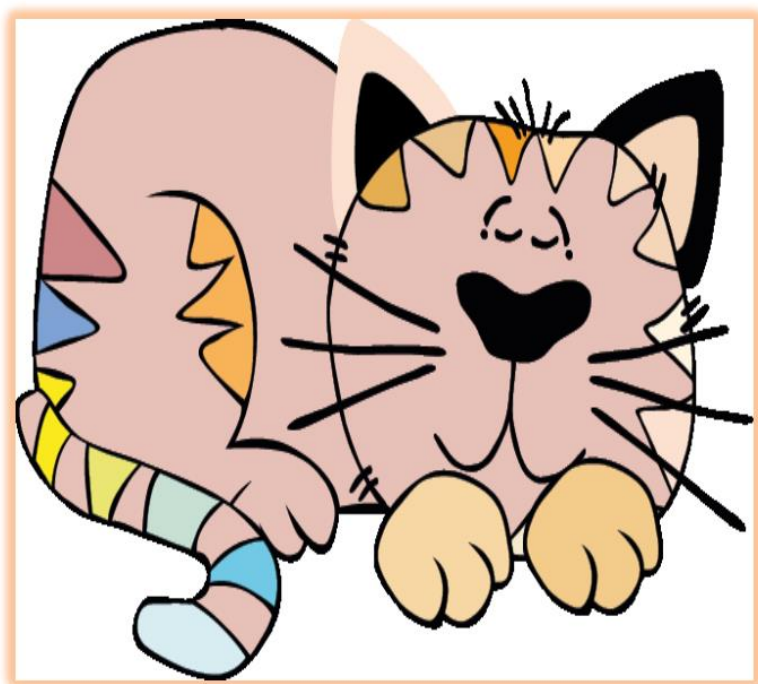
Deves ter uma rotina na hora de deitar: tomar banho, jantar, ir para o quarto, ler uma história e ouvir música relaxante.



**Verdadeiro**



## Casa Pergunta nº51...



É importante que adormeças sozinho(a) e que te mantenas toda a noite na tua caminha.



**Verdadeiro**



## Casa Pergunta nº52...



Quando acordas deves estimular o corpo, para que ele entenda que já é de dia.

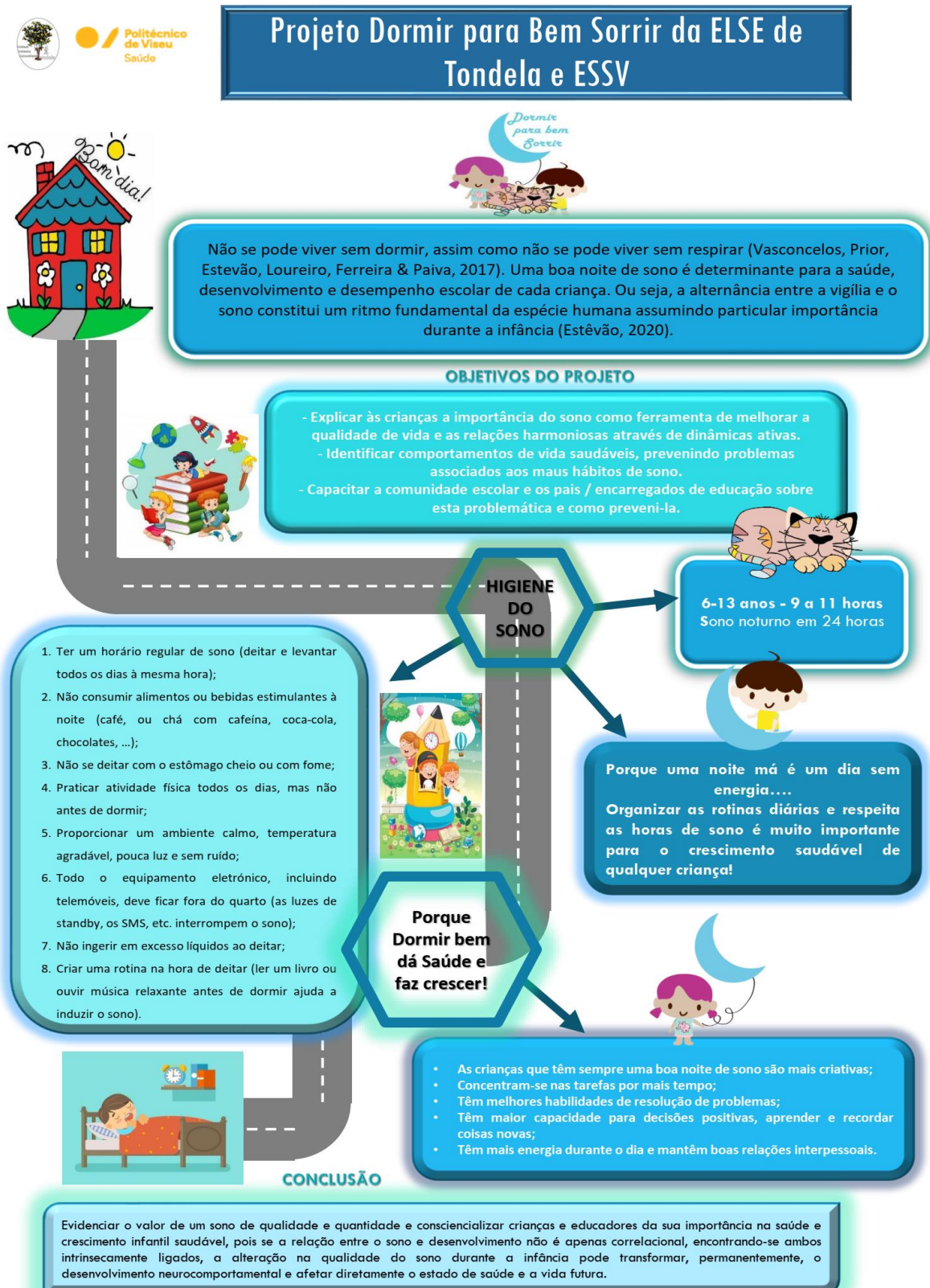
Para isso é importante:

**A. Abrires as janelas e apanhares sol**

**B. Manteres o quarto escuro**



## Apêndice X – Poster alusivo à importância do Sono nas crianças



#### BIBLIOGRAFIA

Estêvão, M.H. (2020). Associação Portuguesa do Sono. Dormir bem dá saúde e faz crescer. <https://www.apsono.com/index.php/pt/noticias/noticias-do-sono/69-dormir-bem-da-saude-faz-crescer>  
 Freepik. 2021. Recursos gráficos. Recuperado de <https://br.freepik.com/>  
 Sociedade Portuguesa de Pediatría (2013). Recomendações SPS-SP: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. Recuperado de [https://www.spp.pt/UserFiles/Files/Noticias\\_2017/VERSAO%20PROFSSO%20EN%20EN%20EN%20SAUDE\\_RECOMENDACOES%20SPSP%20ESTAN%20NA%20CRIANCA.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/Files/Noticias_2017/VERSAO%20PROFSSO%20EN%20EN%20EN%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPSP%20ESTAN%20NA%20CRIANCA.pdf)  
 Vasconcelos, A., Prior, C., Estêvão, H., Loureiro, H.S., Ferreira, R., & Paiva, P. (2017). Recomendações SPS-SP: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. Recuperado de [http://www.spp.pt/UserFiles/Files/Noticias\\_2017/VERSAO%20PROFSSO%20EN%20EN%20SAUDE\\_RECOMENDACOES%20SPSP%20ESTAN%20NA%20CRIANCA.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/Files/Noticias_2017/VERSAO%20PROFSSO%20EN%20EN%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPSP%20ESTAN%20NA%20CRIANCA.pdf)



## **Anexos do Projeto “Dormir para bem Sorrir”**



## Anexo I – Questionário de Hábitos de Sono nas Crianças

<b>Parte I - Dados Sociodemográficos</b>		
<b>Questionário de Hábitos de Sono nas Crianças</b>		
Este questionário pode ser preenchido por um dos pais ou por outra pessoa que cuide da criança e conheça os seus hábitos de sono. O seu preenchimento demora apenas alguns minutos.		
<b>1. Idade Encarregado de Educação:</b> _____ anos		
<b>2. Género do Encarregado de Educação:</b> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>		
<b>3. Estado civil dos pais:</b>		
Solteiro <input type="checkbox"/>		
Casado <input type="checkbox"/>		
União de facto <input type="checkbox"/>		
Divorciado <input type="checkbox"/>		
Outro. Qual? _____		
<b>4. Área de residência:</b>		
Aldeia <input type="checkbox"/>	Vila <input type="checkbox"/>	Cidade <input type="checkbox"/>
<b>5. Escola que frequenta:</b> _____		
<b>6. Ano que frequenta:</b>		
1º ano <input type="checkbox"/>		
2º ano <input type="checkbox"/>		
<b>7. Tem irmãos?</b> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, quantos tem? _____ irmãos		
<b>8. Partilha o quarto com alguém?</b> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>		
<b>8.1. Se sim, com quem partilha o quarto?</b>		
Irmão mais novo <input type="checkbox"/>		
Irmão mais velho <input type="checkbox"/>		
Pais <input type="checkbox"/>		
Avós <input type="checkbox"/>		
Outros. Quem? _____		
<b>9. Com quem vive?</b>		
Pai <input type="checkbox"/>		
Mãe <input type="checkbox"/>		
Irmãos <input type="checkbox"/>		
Avós <input type="checkbox"/>		
Tios <input type="checkbox"/>		
Outros. Quem? _____		

<b>10. Habilitações literárias dos pais:</b>	
<b>Mãe</b>	<b>Pai</b>
Até ao 4º ano escolaridade <input type="checkbox"/>	Até ao 4º ano escolaridade <input type="checkbox"/>
1º ciclo (1º - 4º ano) <input type="checkbox"/>	1º ciclo (1º - 4º ano) <input type="checkbox"/>
2º ciclo (5º e 6º ano) <input type="checkbox"/>	2º ciclo (5º e 6º ano) <input type="checkbox"/>
3º ciclo (7º - 9º ano) <input type="checkbox"/>	3º ciclo (7º - 9º ano) <input type="checkbox"/>
Secundário (10º - 12º ano) <input type="checkbox"/>	Secundário (10º - 12º ano) <input type="checkbox"/>
Licenciatura <input type="checkbox"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>
Mestrado / Doutoramento <input type="checkbox"/>	Mestrado / Doutoramento <input type="checkbox"/>

<b>11. Ocupação dos pais:</b>
Profissão da mãe: _____
Profissão do pai: _____

<b>12. Costuma ir para a escola:</b>
A pé <input type="checkbox"/> De carro <input type="checkbox"/> De autocarro <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____

<b>13. Quanto tempo demora de casa até à escola? ____ h ____ m.</b>

**Parte II**  
**Questionário de Hábitos de Sono nas Crianças**

Adaptado do *Children's Sleep Habits Questionnaire*, Prof. Owens, 2000<sup>‡</sup>

Este questionário pode ser preenchido por um dos pais ou por outra pessoa que cuide da criança e conheça os seus hábitos de sono. O seu preenchimento demora apenas alguns minutos.

Nome da criança: \_\_\_\_\_ (Facultativo) Sexo: Masculino  Feminino

Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Data atual: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Acha que o seu filho/filha tem algum problema com o sono ou com o adormecer?

Sim  Não

AS afirmações seguintes dizem respeito aos hábitos de sono da criança e possíveis problemas com o sono. Para responder às questões, pense no que aconteceu na semana passada. Se o sono foi diferente do habitual nessa semana por alguma razão (por ter uma otite ou porque a televisão avariou, por exemplo), pense noutra semana recente que considere mais normal. Nas perguntas de escolha múltipla, coloque uma cruz na coluna mais apropriada:

- **HABITUALMENTE:** se o comportamento descrito ocorre **5 ou mais vezes** durante a semana.
- **ÀS VEZES:** se o comportamento ocorre **2 a 4 vezes** durante a semana.
- **RARAMENTE:** se o comportamento ocorre apenas **1 vez** durante a semana **ou nunca** acontece.

<b>HORA DE DEITAR</b>			
<b>Durante a semana:</b> _____ horas e _____ minutos			
<b>No fim de semana:</b> _____ horas e _____ minutos			
<b>A criança...</b>	<b>Habitualmente</b> (5 a 7 vezes por semana)	<b>Às Vezes</b> (2 a 4 vezes por semana)	<b>Raramente</b> (uma vez ou nunca)
Deita-se à mesma hora			
Depois de se deitar, demora até 20 minutos a adormecer			
Adormece sozinha na sua própria cama			
Adormece na cama dos pais ou dos irmãos			
Adormece embalada ou com movimentos rítmicos			
Precisa de um objeto especial para adormecer (fralda, boneco, etc., não inclui chupeta)			
Precisa de um dos pais no quarto para adormecer			

<sup>‡</sup> Tradução e adaptação por Filipe Silva. Validado para crianças dos 2 aos 10 anos. [dormirecrescer.blogspot.com](http://dormirecrescer.blogspot.com)

<b>HORA DE DEITAR (CONT.)</b>			
Resiste a ir para a cama na hora de deitar			
“Luta” na hora de deitar (chora, recusa-se a ficar na cama, etc.)			
Tem medo de dormir no escuro			
Tem medo de dormir sozinha			
Adormece a ver televisão			

<b>COMPORTAMENTO DURANTE O SONO</b>			
<b>Tempo total de sono diário:</b> _____ horas e _____ minutos (considerando o sono da noite e as sestas)			
<b>A criança...</b>	<b>Habitualmente</b> (5 a 7 vezes por semana)	<b>Às Vezes</b> (2 a 4 vezes por semana)	<b>Raramente</b> (uma vez ou nunca)
Dorme pouco			
Dorme muito			
Dorme o que é necessário			
Dorme o mesmo número de horas todos os dias			
Fala a dormir			
Tem sono agitado, mexe-se muito a dormir			
Anda a dormir, à noite (sonambulismo)			
Vai para a cama dos pais, irmãos, etc., a meio da noite			
Queixa-se de dores no corpo durante a noite. Se sim, onde? _____			
Range os dentes durante o sono			
Ressona alto			
Parece parar de respirar durante o sono			
Ronca ou tem dificuldade em respirar durante o sono			
Tem dificuldade em dormir fora de casa (na casa de familiares, nas férias, etc.)			
Acorda durante a noite a gritar, a suar, inconsolável			
Acorda assustada com pesadelos			
Molha a cama à noite (crianças com 4 ou mais anos)			

<b>ACORDAR DURANTE A NOITE</b>			
<b>A criança...</b>	<b>Habitualmente</b> (5 a 7 vezes por semana)	<b>Às Vezes</b> (2 a 4 vezes por semana)	<b>Raramente</b> (uma vez ou nunca)
Acorda uma vez durante a noite			
Acorda mais de uma vez durante a noite			
Quando acorda de noite, volta a adormecer sem ajuda			

Quando acorda durante a noite, quanto tempo fica acordada? \_\_\_\_\_ minutos

<b>ACORDAR DE MANHÃ</b>			
<b>Hora de acordar nos dias de semana:</b> _____ horas e _____ minutos			
<b>Hora de acordar no fim de semana:</b> _____ horas e _____ minutos			
<b>A criança...</b>	<b>Habitualmente</b> (5 a 7 vezes por semana)	<b>Às Vezes</b> (2 a 4 vezes por semana)	<b>Raramente</b> (uma vez ou nunca)
De manhã, acorda por si própria			
Acorda com despertador			
Acorda mal-humorada			
De manhã, é acordada pelos pais ou irmãos			
Tem dificuldade em sair da cama de manhã			
Demora a ficar bem acordada			
Acorda com apetite			

<b>SONOLÊNCIA DURANTE O DIA</b>			
<b>A criança...</b>	<b>Habitualmente</b> (5 a 7 vezes por semana)	<b>Às Vezes</b> (2 a 4 vezes por semana)	<b>Raramente</b> (uma vez ou nunca)
Dorme a sesta durante o dia			
Adormece de repente no meio de uma atividade			
Parece cansada			

<b>Na semana passada, a criança pareceu sonolenta em algumas destas situações?</b>	<b>Não ficou sonolenta</b>	<b>Ficou muito sonolenta</b>	<b>Adormeceu</b>
A brincar sozinha			
A ver televisão			
A andar de carro			
Nas refeições			



**Anexo II – Letra e Música da canção “Uma Noite Encantada”*****Uma Noite Encantada***

De mansinho e sem avisar  
Chega a hora de ir deitar  
Sabes que bem dormir  
Dá saúde e faz sorrir.

Veste o teu pijama  
Amanhã é outro dia  
Enfrentarás o mundo  
Com força e energia.

Após lavares os dentes  
Diz-me lá como te sentes?  
Só falta uma história  
Que fique na memória!

Esquece o medo  
Apaga a luz e fecha os olhos  
Com ou sem brinquedo

Vou-te dizer um segredo:  
Abre o teu coração  
Dá asas à tua imaginação  
Viaja até um mundo encantado  
Onde a magia é real  
Onde tudo é tão especial.

Poema realizado pelos alunos do 6º3



# Uma noite encantada

Forma: Intro - A - B - C - A - B - C - Coda

Luis Cardoso

Sandra Batista e turma 6º3

## Quadra (A)

Voz

De mán - si - nho sem a - vi - sar che - g'a ho - ra de ir dei - tar  
Es - que - ce o me - do A - pa - g'a luz fe - ch'os o - lhos

Voz

sa - bes - que bem dor - mir dá sa - ú - de e faz sor - rir  
com ou sem brin - que - do vou - te diz - zer um se - gre - do!

## 10 Ponte (B)

Voz

ves - t'o pi - ja - ma ã - ma - nhã é ou - tro di - a

Voz

En - fre - ta - rás o mun - do com for - ça e e - ner - gia - a

## 18 Refrão (C)

Voz

A - bre o teu co - ra - ção dá a - sas - à i - ma - gi - na - ção vi -

Voz

a - ja ao mun - do'en - can - ta - do on - d'a ma - gi - a é re - al!

Voz

A - bre o teu co - ra - ção dá a - sas - à i - ma - gi - na - ção vi -

## 30 Coda

Voz

a - ja ao mun - do'en - can - ta - do on - d'a ma - gi - a é re - al! On - de'

Voz

tu - do'é tão espe - ci - al'



## **Anexos**



## Anexo I – Questionário de Hábitos de Sono nas Crianças

<b>Parte I - Dados Sociodemográficos</b>	
<b>Questionário de Hábitos de Sono nas Crianças</b>	
Este questionário pode ser preenchido por um dos pais ou por outra pessoa que cuide da criança e conheça os seus hábitos de sono. O seu preenchimento demora apenas alguns minutos.	
<b>1. Idade Encarregado de Educação:</b> _____ anos	
<b>2. Género do Encarregado de Educação:</b> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
<b>3. Estado civil dos pais:</b>	
Solteiro <input type="checkbox"/>	
Casado <input type="checkbox"/>	
União de facto <input type="checkbox"/>	
Divorciado <input type="checkbox"/>	
Outro. Qual? _____	
<b>4. Área de residência:</b>	
Aldeia <input type="checkbox"/>	Vila <input type="checkbox"/>
Cidade <input type="checkbox"/>	
<b>5. Escola que frequenta:</b> _____	
<b>6. Ano que frequenta:</b>	
1º ano <input type="checkbox"/>	
2º ano <input type="checkbox"/>	
<b>7. Tem irmãos?</b> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	
Se sim, quantos tem? _____ irmãos	
<b>8. Partilha o quarto com alguém?</b> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	
<b>8.1. Se sim, com quem partilha o quarto?</b>	
Irmão mais novo <input type="checkbox"/>	
Irmão mais velho <input type="checkbox"/>	
Pais <input type="checkbox"/>	
Avós <input type="checkbox"/>	
Outros. Quem? _____	
<b>9. Com quem vive?</b>	
Pai <input type="checkbox"/>	
Mãe <input type="checkbox"/>	
Irmãos <input type="checkbox"/>	
Avós <input type="checkbox"/>	
Tios <input type="checkbox"/>	
Outros. Quem? _____	

<b>10. Habilitações literárias dos pais:</b>				
<b>Mãe</b>		<b>Pai</b>		
Até ao 4º ano escolaridade	<input type="checkbox"/>	Até ao 4º ano escolaridade	<input type="checkbox"/>	
1º ciclo (1º - 4º ano)	<input type="checkbox"/>	1º ciclo (1º - 4º ano)	<input type="checkbox"/>	
2º ciclo (5º e 6º ano)	<input type="checkbox"/>	2º ciclo (5º e 6º ano)	<input type="checkbox"/>	
3º ciclo (7º - 9º ano)	<input type="checkbox"/>	3º ciclo (7º - 9º ano)	<input type="checkbox"/>	
Secundário (10º - 12º ano)	<input type="checkbox"/>	Secundário (10º - 12º ano)	<input type="checkbox"/>	
Licenciatura	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>	
Mestrado / Doutoramento	<input type="checkbox"/>	Mestrado / Doutoramento	<input type="checkbox"/>	
<b>11. Ocupação dos pais:</b>				
Profissão da mãe: _____				
Profissão do pai: _____				
<b>12. Costuma ir para a escola:</b>				
A pé	<input type="checkbox"/>	De carro	<input type="checkbox"/>	De autocarro
			<input type="checkbox"/>	Bicicleta
				<input type="checkbox"/>
				Outro. Qual? _____
<b>13. Quanto tempo demora de casa até à escola? ____ h ____ m.</b>				

**Parte II**  
**Questionário de Hábitos de Sono nas Crianças**  
 Adaptado do *Children's Sleep Habits Questionnaire*, Prof. Owens, 2000<sup>‡</sup>

Este questionário pode ser preenchido por um dos pais ou por outra pessoa que cuide da criança e conheça os seus hábitos de sono. O seu preenchimento demora apenas alguns minutos.

Nome da criança: \_\_\_\_\_ (Facultativo) Sexo: Masculino  Feminino

Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Data atual: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Acha que o seu filho/filha tem algum problema com o sono ou com o adormecer?

Sim  Não

As afirmações seguintes dizem respeito aos hábitos de sono da criança e possíveis problemas com o sono. Para responder às questões, pense no que aconteceu na semana passada. Se o sono foi diferente do habitual nessa semana por alguma razão (por ter uma otite ou porque a televisão avariou, por exemplo), pense noutra semana recente que considere mais normal. Nas perguntas de escolha múltipla, coloque uma cruz na coluna mais apropriada:

- **HABITUALMENTE:** se o comportamento descrito ocorre 5 ou mais vezes durante a semana.
- **ÀS VEZES:** se o comportamento ocorre 2 a 4 vezes durante a semana.
- **RARAMENTE:** se o comportamento ocorre apenas 1 vez durante a semana ou nunca acontece.

HORA DE DEITAR			
Durante a semana: _____ horas e _____ minutos			
No fim de semana: _____ horas e _____ minutos			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às Vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
Deita-se à mesma hora			
Depois de se deitar, demora até 20 minutos a adormecer			
Adormece sozinha na sua própria cama			
Adormece na cama dos pais ou dos irmãos			
Adormece embalada ou com movimentos rítmicos			
Precisa de um objeto especial para adormecer (fralda, boneco, etc., não inclui chupeta)			
Precisa de um dos pais no quarto para adormecer			

<sup>‡</sup> Tradução e adaptação por Filipe Silva. Validado para crianças dos 2 aos 10 anos. [dormirecrescer.blogspot.com](http://dormirecrescer.blogspot.com)

<b>HORA DE DEITAR (CONT.)</b>			
Resiste a ir para a cama na hora de deitar			
“Luta” na hora de deitar (chora, recusa-se a ficar na cama, etc.)			
Tem medo de dormir no escuro			
Tem medo de dormir sozinha			
Adormece a ver televisão			

<b>COMPORTAMENTO DURANTE O SONO</b>			
<b>Tempo total de sono diário:</b> _____ horas e _____ minutos (considerando o sono da noite e as sestas)			
<b>A criança...</b>	<b>Habitualmente</b> (5 a 7 vezes por semana)	<b>Às Vezes</b> (2 a 4 vezes por semana)	<b>Raramente</b> (uma vez ou nunca)
Dorme pouco			
Dorme muito			
Dorme o que é necessário			
Dorme o mesmo número de horas todos os dias			
Fala a dormir			
Tem sono agitado, mexe-se muito a dormir			
Anda a dormir, à noite (sonambulismo)			
Vai para a cama dos pais, irmãos, etc., a meio da noite			
Queixa-se de dores no corpo durante a noite. Se sim, onde? _____			
Range os dentes durante o sono			
Ressona alto			
Parece parar de respirar durante o sono			
Ronca ou tem dificuldade em respirar durante o sono			
Tem dificuldade em dormir fora de casa (na casa de familiares, nas férias, etc.)			
Acorda durante a noite a gritar, a suar, inconsolável			
Acorda assustada com pesadelos			
Molha a cama à noite (crianças com 4 ou mais anos)			

<b>ACORDAR DURANTE A NOITE</b>			
<b>A criança...</b>	<b>Habitualmente</b> (5 a 7 vezes por semana)	<b>Às Vezes</b> (2 a 4 vezes por semana)	<b>Raramente</b> (uma vez ou nunca)
Acorda uma vez durante a noite			
Acorda mais de uma vez durante a noite			
Quando acorda de noite, volta a adormecer sem ajuda			

Quando acorda durante a noite, quanto tempo fica acordada? \_\_\_\_\_ minutos

<b>ACORDAR DE MANHÃ</b>			
<b>Hora de acordar nos dias de semana:</b> _____ horas e _____ minutos			
<b>Hora de acordar no fim de semana:</b> _____ horas e _____ minutos			
<b>A criança...</b>	<b>Habitualmente</b> (5 a 7 vezes por semana)	<b>Às Vezes</b> (2 a 4 vezes por semana)	<b>Raramente</b> (uma vez ou nunca)
De manhã, acorda por si própria			
Acorda com despertador			
Acorda mal-humorada			
De manhã, é acordada pelos pais ou irmãos			
Tem dificuldade em sair da cama de manhã			
Demora a ficar bem acordada			
Acorda com apetite			

<b>SONOLÊNCIA DURANTE O DIA</b>			
<b>A criança...</b>	<b>Habitualmente</b> (5 a 7 vezes por semana)	<b>Às Vezes</b> (2 a 4 vezes por semana)	<b>Raramente</b> (uma vez ou nunca)
Dorme a sesta durante o dia			
Adormece de repente no meio de uma atividade			
Parece cansada			

<b>Na semana passada, a criança pareceu sonolenta em algumas destas situações?</b>	<b>Não ficou sonolenta</b>	<b>Ficou muito sonolenta</b>	<b>Adormeceu</b>
A brincar sozinha			
A ver televisão			
A andar de carro			
Nas refeições			



## Anexo II – Autorização do Autor da versão portuguesa do CSHQ

**De:** Filipe Glória Silva <fs.sono@gmail.com>

**Enviada:** 21 de março de 2021 21:08

**Para:** taalmarq@gmail.com

**Assunto:** Re: Pedido de autorização para aplicar escala "Questionário de Hábitos de Sono das Crianças em Português"

Boa noite Enf. Tânia

O meu nome é Filipe e mão Jorge ;)

Pode usar livremente e obter a informação de que necessita aqui:

<https://www.dormirecrescer.com/2011/08/20/cshq-pt-pdf/>

As referências finais têm links para os artigos.

Felicidades para o seu trabalho

Filipe Glória Silva

<[taalmarq@gmail.com](mailto:taalmarq@gmail.com)> escreveu no dia domingo, 21/03/2021 à(s) 18:38:

Boa tarde Exmo. Dr. Jorge Glória Silva,

O meu nome é Tânia Alexandra Loureiro Marques e sou enfermeira inscrita na OE com a cédula profissional nº 59686, neste momento a exercer funções no Centro Hospitalar Tondela – Viseu EPE. Sou estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e 6º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Estou a desenvolver o meu último Ensino Clínico na área de Saúde Escolar na Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela e pretendo desenvolver um estudo relativamente aos dos hábitos de sono das crianças do 1º e 2º ciclo do Agrupamento de Escolas de Tondela.

Queria-lhe solicitar autorização a si e aos restantes autores do estudo para aplicar a Escala "Questionário de Hábitos de Sono das Crianças em Português" e se possível fornecer-me o artigo original de onde foi validada a escala para português.

Desde já muito agradecida,

Aguardo resposta e estou disponível para qualquer esclarecimento,

Com os melhores cumprimentos,

Tânia Marques

Link do estudo:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572014000100078&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572014000100078&script=sci_arttext&tlng=pt)



Sem vírus. [www.avast.com](http://www.avast.com)

--

-----  
Filipe Silva

<http://dormirecrescer.blogspot.com/>

Anexo III – Autorização da Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar do  
Ministério da Educação

**De:** Escola Superior de Saúde Viseu <[essvgeral@essv.ipv.pt](mailto:essvgeral@essv.ipv.pt)>

**Enviado:** 8 de julho de 2021 11:40

**Para:** Maria Odete Amaral <[mamaral@essv.ipv.pt](mailto:mamaral@essv.ipv.pt)>

**Assunto:** FW: Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0012100021

**Professora Doutora Odete Amaral**

Bom dia.

Reencaminho o email infra.

Com os melhores cumprimentos,

**Anabela Correia**

Assistente Técnica

Tel: +351 232419100

**PV | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Rua Dom João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102

3500-843 Viseu - Portugal

GPS: 40.652519, -7.904961

[www.essv.ipv.pt](http://www.essv.ipv.pt)



**De:** [mime.noreply@min-educ.pt](mailto:mime.noreply@min-educ.pt) [<mailto:mime.noreply@min-educ.pt>]

**Enviada:** 8 de julho de 2021 07:51

**Para:** Escola Superior de Saúde Viseu <[essvgeral@essv.ipv.pt](mailto:essvgeral@essv.ipv.pt)>; Maria Odete Amaral <[mamaral@essv.ipv.pt](mailto:mamaral@essv.ipv.pt)>

**Assunto:** Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0012100021

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0012100021, com a designação *Hábitos de sono em crianças em idade escolar*, registado em 14-06-2021, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Maria Odete Pereira Amaral

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Vitor Pedroso

Diretor-Geral

DGE

Observações:

a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização da Direção do Agrupamento de Escolas do ensino público (Agrupamento de Escolas Tomaz Ribeiro - Escola Básica de Campo de Besteiros do ) a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque onerosos e revelando sensibilidade, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento e com os encarregados de educação ou quem tutele os menores.

b) De acordo com o Despacho nº 15847/2007, informa-se que a DGE não é competente para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação/sensibilização/capacitação em meio escolar, em tempo curricular, dadas a autonomia e competências da Escola/Agrupamento, nos domínios da organização pedagógica, da organização curricular, da gestão estratégica, entre outras. Os órgãos de gestão pedagógica e educativa, (a Direção e o Conselho Pedagógico) melhor decidirão sobre a realização destas matérias.

c) Deve considerar-se o disposto legal em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, não identificabilidade, confidencialidade, minimização, proteção e segurança dos dados pessoais, de categorias especiais de dados, a recolher e tratar no presente estudo. Considerados os documentos que foram anexados e para efeitos da proteção dos dados a recolher junto dos inquiridos, em cumprimento da legislação em vigor, resultam obrigações que o responsável se propõe cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os inquiridos e a quem intervenha na recolha e tratamento de dados. É obrigatório recolher previamente as declarações de consentimento inequívoco, informado e esclarecido, junto dos inquiridos, titulares dos dados. As autorizações assinadas devem ficar em poder da Escola/Agrupamento ao qual pertencem. Recomenda-se que, dado o exposto, para efeitos de proteção de dados e cumprimento do disposto legal nesta matéria, o/a Encarregado/a de Proteção de Dados da entidade de ensino superior responsável pelo estudo, possa apoiar todo o processo, prevendo medidas adequadas e específicas para a defesa dos direitos fundamentais e dos interesses dos titulares dos dados.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Anexo IV – Autorização do Diretor do AE de Tondela Tomaz Ribeiro

## DECLARAÇÃO

----- Júlio de Melo Cabral Valente, Diretor do Agrupamento de Escolas de Tondela Tomaz Ribeiro, declara que autoriza a aplicação de questionários aos alunos do 1º ciclo, de forma a averiguar a qualidade do sono, nesta faixa etária, integrada no projeto "Dormir para bem Sorrir", promovido pela UCCTondela, em parceria com a Escola Superior de Saúde de Viseu.. -----

----- Por ser verdade e me ter sido pedido, mandei passar a presente declaração que dato, assino e autentico com carimbo a óleo, em uso nestes serviços. -----

Tondela, 07 de julho de 2021

  
  
 (Júlio de Melo Cabral Valente)

## Anexo V – Consentimento Informado

### **CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Este documento é feito em duplicado, sendo que uma das cópias ficará com o participante e outra com o investigador.

Caro Senhor(a) Encarregado(a) de Educação:

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estamos a realizar uma investigação com o tema “Hábitos de sono em crianças em idade escolar”, cujo os objetivos principais são: Identificar hábitos de sono em crianças do 1º e 2º ano do ensino básico e elaborar um projeto piloto sobre necessidades identificadas com início no ano letivo 2021-2022 no âmbito da saúde Escolar com a Equipa Local de Saúde Escolar de Tondela. O projeto planeado é um projeto de intervenção local que contempla um conjunto de intervenções no âmbito da temática “Hábitos de sono saudáveis”.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração, através da sua resposta a um futuro questionário ao qual terá acesso. Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e confidencialidade dos dados do seu educando e encarregado de educação, pois os investigadores consagram como obrigação o dever do sigilo profissional.

Se desejar qualquer esclarecimento, dúvida ou informação terá à sua disposição o seguinte contacto: E-mail – taalmarq@gmail.com.

Agradeço a sua colaboração

A responsável pela investigação

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Tânia Alexandra Loureiro Marques (Enfermeira)

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Eu, \_\_\_\_\_, Encarregado de Educação de \_\_\_\_\_, depois de devidamente informado (a) autorizo participar no estudo “Hábitos de sono nas crianças em idade escolar” \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Assinatura do Encarregado de Educação:

\_\_\_\_\_