



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

HÁBITOS DE SONO DE CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Por:

Carolina Almeida Baptista

Porto, março de 2024



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

HÁBITOS DE SONO DE CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR

SLEEPING HABITS OF SCHOOL AGE CHILDREN

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Por:

Carolina Almeida Baptista

Sob Orientação de

Professor Doutor Armando Almeida

Porto, março de 2024

Resumo

O presente documento consiste num relatório de estágio final, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa, operacionalizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade de um Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto. A sua redação pretende evidenciar a aquisição de competências da estudante ao longo de todo o percurso.

Compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública identificar as necessidades em saúde do indivíduo, família, grupo ou comunidade, planear e desenvolver intervenções em enfermagem na sua área de especialidade, seguindo uma lógica de planeamento em saúde que garanta a utilização eficiente dos recursos disponíveis com vista a atingir objetivos, reduzindo os problemas de saúde considerados como prioritários.

O fenómeno abordado ao longo do estágio e, relatado neste documento, foca-se nos Hábitos de sono e repouso de crianças que frequentam o primeiro ciclo básico de escolaridade, uma vez que é objeto de atuação por parte da equipa de enfermagem da unidade funcional.

Foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, com base na metodologia do Planeamento em Saúde e como método de recolha de dados foram utilizados três questionários, nomeadamente o Children's Sleep Habits Questionnaire, o Sleep Self Report e um instrumento construído para o efeito.

Após a sua aplicação e realizada a análise estatística dos resultados, foram identificados três problemas, sendo que o que se revelou de maior destaque foi o "Hábito para dormir comprometido". Tendo em conta este diagnóstico, foram definidos os objetivos, os respetivos indicadores e as estratégias.

A promoção da saúde com vista ao desenvolvimento de adultos saudáveis deve iniciar-se na infância, numa fase em que se estão a desenvolver os hábitos de autocuidado de cada indivíduo. Nessa lógica as escolas têm um papel importante na promoção de hábitos saudáveis, sendo espaços ótimos para a identificar, desenvolver e dinamizar estratégias que incentivem a adoção de hábitos de sono saudáveis.

Este estágio permitiu o desenvolvimento de competências necessárias para o exercício enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública como também o desenvolvimento de competências académicas para adquirir o grau de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: Sono infantil; Hábitos de sono; Enfermagem comunitária.

Abstract

The present document consists of a final internship report, developed within the scope of the Master's in Nursing with Specialization in Community Health Nursing and Public Health at the Portuguese Catholic University, operationalized in a Community Care Unit of a Health Center Group in Greater Porto. Its writing aims to highlight the student's acquisition of skills throughout the entire journey.

It is the responsibility of the Specialist Nurse in Community Health Nursing and Public Health to identify the health needs of individuals, families, groups, or communities, to plan and develop nursing interventions in their area of expertise, following a health planning logic that ensures efficient use of available resources to achieve objectives, reducing health problems considered priorities.

The phenomenon addressed throughout the internship and reported in this document focuses on the sleep and rest habits of children attending the first cycle of basic education, as it is the subject of action by the nursing team of the functional unit.

A community intervention project was developed, based on the Health Planning methodology, and three questionnaires were used as data collection methods, namely the Children's Sleep Habits Questionnaire, the Sleep Self Report, and an instrument constructed for this purpose.

After their application and statistical analysis of the results, three problems were identified, with the most prominent being "Compromised sleep habits". Considering this diagnosis, objectives, respective indicators, and strategies were defined.

Health promotion aimed at developing healthy adults should begin in childhood, at a stage when each individual's self-care habits are developing. In this logic, schools play an important role in promoting healthy habits, being optimal spaces to identify, develop, and implement strategies that encourage the adoption of healthy sleep habits.

This internship allowed for the development of necessary skills for practicing as a Specialist Nurse in Community Health Nursing and Public Health as well as the development of academic skills to obtain a Master's degree in Nursing.

Keywords: Child Sleep; Sleep Habits; Community Nursing.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no
mar.

Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”

(Madre Teresa de Calcutá)

Agradecimentos

À minha mãe e aos meus “sogros” toda a ajuda que me deram.

Ao meu namorado pela motivação, pela compreensão, pela paciência e por acreditar sempre em mim.

Aos meus animais por estarem sempre ao meu lado nos dias difíceis que tive fechada em casa para escrever o relatório.

À minha melhor amiga pela constante motivação e por ser quem é.

À amiga que me incentivou a iniciar este percurso como muitos outros ao lado dela.

Aos meus amigos pela compreensão nos momentos de ausência.

Às colegas do curso pela troca e partilha de pensamentos.

Aos colegas da UCC pelo incentivo, compreensão e colaboração, e pelos momentos de reflexão e partilha.

Ao Professor Doutor Armando Almeida, pelos essenciais contributos no percurso efetuado.

A todos os professores que fizeram parte do meu percurso académico.

E por fim... A todas as crianças que participaram no meu projeto.

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSN - Administração Regional de Saúde do Norte

CSHQ - Children's Sleep Habits Questionnaire

EE- Encarregado de Educação

EEESCSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

EPS - Escolas Promotoras de Saúde

DGS - Direção-Geral da Saúde

n- Número

NREM - Non Rapid Eye Movements

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PLS - Plano Local de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

REM - Rapid Eye Movements

SNC - Sistema Nervoso Central

SSR - Sleep Self Report

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

USP - Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

<i>CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO</i>	18
<i>CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</i>	21
2.1 O Sono.....	21
2.2 O Sono e as Crianças.....	24
2.3 O Sono e a Saúde Escolar	27
<i>CAPÍTULO III: PLANEAMENTO EM SAÚDE</i>	30
3.1 Diagnostico de Situação.....	31
3.1.1 Caraterização da Amostra.....	34
3.1.2 Discussão dos resultados	35
3.1.2.1 Children Sleep Habits Questionnaire	35
3.1.2.2 Sleep Self Report	40
3.1.2.3 Comparação resultados CSHQ com o SSR	44
3.1.2.4 Questionário sobre o teu sono.....	47
3.2 Definição de Prioridades.....	49
3.3 Fixação de objetivos, metas e indicadores	50
3.4 Seleção de estratégias	52
3.5 Elaboração de programas e projetos.....	53
3.6 Preparação da execução	54
3.7 Avaliação.....	54
<i>CAPÍTULO IV: COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS</i>	57
<i>CONCLUSÃO</i>	61
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	63
<i>APÊNDICES</i>	66
<i>Apêndice 1 - Questionário sobre o teu sono</i>	66
<i>Apêndice 2 – Consentimento Informado</i>	68
<i>Apêndice 3 – Powerpoint “Deitar cedo e cedo erguer, dá saúde e faz crescer”</i>	69
<i>Apêndice 4 - Plano de sessão de educação para a saúde “Deitar cedo e cedo erguer, dá saúde e faz crescer”</i>	72
<i>Apêndice 5 – Questionário Intervenção</i>	73

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica da amostra em estudo	35
Tabela 2 - Diminuição das respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ-PT "Hora de deitar"	35
Tabela 3 - Diminuição das respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ-PT "Comportamento durante o sono"	36
Tabela 4 - Diminuição das respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ-PT "Parassónias"	37
Tabela 5 - Diminuição das respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ-PT "Perturbações respiratórias do sono"	38
Tabela 6 - Diminuição das respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ-PT "Acorda durante a noite"	38
Tabela 7 - Diminuição das respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ-PT "Acordar de manhã"	39
Tabela 8 - Distribuição das respostas dadas sobre a criança através do CSHQ-PT	39
Tabela 9- Sonolência diurna	40
Tabela 10 - Distribuição das respostas dadas através do SSR-PT para as questões 1,2 e 3.....	41
Tabela 11 - Distribuição das respostas dadas através do SSR-PT "Á hora de deitar"	41
Tabela 12 - Distribuição das respostas dadas através do SSR-PT "Á hora de deitar"	42
Tabela 13 - Distribuição das respostas dadas através do SSR-PT "Durante o sono"	43
Tabela 14 - Distribuição das respostas dadas através do SSR-PT "De manhã e durante o dia" .	44
Tabela 15 - Comparação dos resultados do CSHQ com o SSR	44
Tabela 16 - Distribuição das respostas dadas através do Questionário sobre o teu sono "Rotina diária"	47
Tabela 17 - Distribuição das respostas dadas através do Questionário sobre o teu sono "Uso de tecnologias"	48
Tabela 18 - Distribuição das respostas dadas através do Questionário sobre o teu sono "Durante a noite"	48
Tabela 19 - Avaliação das metas propostas	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Avaliação do conhecimento adquirido.....	55
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Competências a desenvolver	57
---	----

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio é apresentado no término do ciclo de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Segundo o plano de estudos, o curso de mestrado culmina com a Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, que tem a duração de 360 horas de contacto, e que foi realizado no período de 13 de setembro de 2023 e 05 de Janeiro de 2024.

O Estágio decorreu num Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), especificamente na área de intervenção comunitária da Saúde Escolar.

Os objetivos propostos pelo Plano de Estudos do Curso, pretendem orientar globalmente as competências a desenvolver. Assim, nesta Unidade Curricular a estudante deve (Universidade Católica Portuguesa, 2023, p. 3):

- “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, relacionados com a sua área de Especialização”;
- “Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”;
- “Demonstrar capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas”;
- “Ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências”;
- “Ser capaz de desenvolver uma aprendizagem de forma autónoma”.

Em complementaridade com estes objetivos, a legislação decreta que ao enfermeiro especialista compete entre outros, identificar as necessidades em saúde do indivíduo, família, grupo ou comunidade, planejar cuidados, coordenar e desenvolver intervenções em enfermagem na sua área de especialidade (Decreto-Lei n.º 71/2019, 2019).

O planeamento em saúde utiliza uma metodologia que garante a utilização eficiente dos recursos disponíveis com vista a atingir objetivos, reduzindo os problemas de saúde considerados como prioritários (Imperatori & Giraldes, 1983).

Tendo em conta o percurso efetuado em estágios anteriores, as necessidades de intervenção do local onde foi realizado o presente estágio e a importância da temática, a atuação dentro da área de intervenção comunitária da Saúde Escolar foi centrada no tema Hábitos de sono de crianças em idade escolar.

A atividade da Saúde Escolar encontra-se sob a coordenação da Unidade de Saúde Pública (USP), pelo que auscultada a pessoa responsável, percebeu-se que era importante desenvolver um trabalho nesta área. Uma vez que o Plano Local de Saúde (PLS) do ACeS aponta para a necessidade de trabalhar as questões de Saúde Mental, por ser de grande incidência em termos de morbilidades, fez sentido trabalhar o tema.

As perturbações mentais têm um peso considerável nos grupos etários dos 5 aos 14 e dos 15 aos 19 anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que aproximadamente 20% de crianças e adolescentes irão ter uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade. São considerados comportamentos que demonstram sofrimento emocional acentuado, as dificuldades na aprendizagem, de atenção e da instabilidade psicomotora, do comportamento, da indisciplina e da violência, auto ou heterodirigida (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Uma temática que se encontra transversal a este fenómeno é o sono. Ao longo da vida, a importância do sono reflete-se de diferentes maneiras e com diferentes consequências. O sono, assegura funções extremamente fundamentais, que a ausência de sono pode causar morte.

A pertinência deste relatório relaciona-se com o facto de diversos trabalhos salientarem o papel determinante do sono na saúde das crianças, afetando nomeadamente o desenvolvimento físico, as funções cognitivas, o desempenho escolar e o controlo emocional (Silva F. M., 2014).

O sono das crianças tem recebido uma atenção cada vez maior nos últimos anos. Hoje reconhece-se a sua importância na manutenção da saúde das crianças, assim como as consequências para esta se tiver um sono desadequado. A investigação, através da prática clínica aliada aos testemunhos de profissionais de educação, tem mostrado que as crianças portuguesas dormem mal (Silva, 2014).

O sono, tal como outras atividades, têm que ser instituídas através dos hábitos diários, da implementação de rotinas familiares com persistência, paciência e estabilidade. Os hábitos de sono de uma família influenciam o crescimento e o bem-estar físico e emocional da criança, e de todos os elementos que com ela habitam. O conhecimento familiar sobre a importância do sono e dos hábitos adequados no desenvolvimento infantil torna-se crucial.

Com este relatório a estudante pretende transmitir de forma clara, crítica e reflexiva o caminho percorrido ao longo do estágio, explicitando as atividades desenvolvidas, as competências adquiridas, os documentos realizados e os resultados obtidos.

O presente relatório divide-se em três partes. No primeiro capítulo é realizado um resumo de toda a revisão da literatura realizada para suportar o estudo e é explorada a área do sono e a ligação que esta pode ter com a Saúde Escolar. No segundo capítulo, é utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde, explicando sucintamente cada uma das suas etapas e fazendo a sua ligação com todo o processo realizado ao longo do estágio. Para terminar, no último capítulo consta uma análise crítico-reflexiva das competências adquiridas.

CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo aborda o enquadramento conceptual, visando refletir sobre a temática e a pesquisa bibliográfica relacionada e fundamenta-se em conceitos teóricos e evidências científicas para sustentar e justificar a relevância da temática no contexto da prática de Enfermagem.

Nesse sentido, foi realizada uma breve contextualização sobre a relevância e as implicações do sono para a saúde, destacando a importância do sono nas crianças, e culminando com a inter-relação entre o sono e a Saúde Escolar.

2.1 O Sono

O sono é definido como um estado comportamental que se caracteriza por posturas particulares, no qual existe uma diminuição da atividade motora, da percepção e da resposta aos estímulos do meio ambiente, é um estado reversível, que se alterna de forma cíclica com a vigília (Silva F. M., 2014). É um processo biológico, natural e essencial ao restabelecimento e manutenção do equilíbrio bio-psico-social do ser humano. (David, 2024)

Sabe-se atualmente, que o sono desempenha um papel fundamental, tal como (David, 2024), (Carter, Hathaway, & Lettieri, 2014), (Bathory & Tomopoulos, 2016), (Paiva & Penzel, 2011):

- **Reparação Física:** Durante o sono, ocorrem processos de renovação celular que contribuem para fortalecer o sistema imunitário, muscular e outros sistemas do organismo;
- **Consolidação da Memória:** O sono desempenha um papel fundamental na consolidação da memória, pois ajuda a organizar e armazenar as informações adquiridas durante o dia, mostrando-se de elevada importância para a aprendizagem e para o desenvolvimento cognitivo;
- **Equilíbrio Hormonal:** O sono regula a libertação de hormonas, tais como, hormona de crescimento, cortisol, grelina, leptina, melatonina, testosterona,

insulina. Um sono adequado contribui para a manutenção do equilíbrio hormonal;

- **Regulação do Humor:** A falta de sono pode afetar o equilíbrio de neurotransmissores (serotonina e dopamina) no cérebro, o que pode levar a alterações de humor, irritabilidade e maior suscetibilidade ao stresse;
- **Conservação de Energia:** O sono reserva e restabelece a energia do corpo, diminuindo o metabolismo durante o repouso, permitindo assim a conservação de energia para o dia seguinte;
- **Controlo do Apetite:** O sono influencia as hormonas que regulam o apetite, como a leptina e a grelina. A privação do sono pode levar a desregulação destas hormonas, contribuindo para problemas de excesso de peso;
- **Manutenção do Sistema Cardiovascular:** O sono adequado está associado à saúde do sistema cardiovascular. A privação de sono pode aumentar o risco de doenças cardiovasculares.

A duração do sono durante a noite pode ser alterada devido a fatores internos e externos como idade, o ciclo circadiano, a temperatura ambiente ou por determinadas doenças (David, 2024). O ciclo circadiano, controlado pelo hipotálamo, é definido por ritmos fisiológicos e comportamentais que se iniciam e terminam num período de 24 horas. O ciclo de sono/ vigília do ser humano é regulado pelas diferentes intensidades luminosas, pela sequência das diversas rotinas do dia como refeições e comportamentos sociais, sendo que a informação externa é indispensável para a sincronia deste ciclo. No entanto, na ausência destes estímulos externos, continua a produzir um ritmo mais ou menos exato entre as fases de sono/ vigília (David, 2024). O hipotálamo regula a produção de melatonina que é a hormona fundamental para o sono, consoante a presença (diminui a produção) ou ausência (aumenta a produção) da luz do sol.

O sono não é um processo uniforme ao longo de toda a noite. Desenvolve-se por várias fases que se organizam em ciclos: fase NREM (Non-Rapid Eye Movement) e fase REM (Rapid Eye Movement).

O sono NREM é caracterizado por (Silva F. M., 2014) (Paiva & Penzel, 2011) (Parreira, 2017):

- Estágio 1: Transição entre a vigília e o sono. Existe uma diminuição da atividade muscular, frequência cardíaca e uma transição para ondas cerebrais mais lentas. Este estágio é relativamente curto e constitui apenas uma pequena parte do início do sono;
- Estágio 2: Caracterizado por ondas cerebrais mais lentas e relaxamento muscular;
- Estágio 3: Estágio mais profundo do sono NREM, caracterizado por ondas cerebrais lentas. Estágio crucial para a reparação física, crescimento e reparação celular.

O sono REM é caracterizado por (Silva F. M., 2014) (Paiva & Penzel, 2011) (Parreira, 2017):

- movimentos rápidos dos olhos;
- atividade cerebral intensa;
- alterações da frequência cardíaca, respiração e tensão arterial;
- hipotonia muscular (com exceção do diafragma, músculos do ouvido médio e músculos dos tecidos eréteis);
- atividade onírica:

O sono REM e NREM evidenciam ter diferentes funções. O sono NREM, identifica-se como uma fase fundamental na recuperação física, consolidação da memória e regulação do metabolismo, caracterizado por uma menor atividade cerebral. O sono REM evidencia ter um papel importante no desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC) e na consolidação da memória.

Durante o sono, as fases de sono REM e NREM alternam-se, formando ciclos com duração de 45 a 60 minutos nos lactentes, estendendo-se de 90 até 100 minutos na idade escolar e no adulto. Estes ciclos repetem-se 4 a 6 vezes por noite, com períodos de despertares durante as transições.

2.2 O Sono e as Crianças

O sono é um processo fisiológico, ativo e dinâmico, tornando-se essencial no crescimento e desenvolvimento da criança. Os hábitos de sono são influenciados por diversos fatores, tais como biológicos, familiares, psicológicos, ambientais, socioculturais e o estágio de desenvolvimento da mesma (Lopes, et al., 2016) e são importantes na consolidação da memória, na conservação e renovação da energia, na restauração do metabolismo e no desenvolvimento físico e cognitivo das crianças (Schwartz, Bottorff, & Richardson, 2014). Esta é uma das razões pela qual os recém-nascidos passam tantas horas a dormir.

As necessidades e os padrões de sono vão-se modificando durante os primeiros anos de vida, o tipo de sono de um recém-nascido não é igual ao tipo de sono de uma criança em idade escolar, a duração e o tipo de sono vão-se modificando à medida que se envelhece (Lee-Chiong, 2008).

O tempo total de sono por dia também varia mediante a fase que o indivíduo se encontra (Silva H. C., 2012):

- recém-nascido, 16 a 18 horas;
- bebé de 12 meses, 14 horas;
- criança de 6 anos, 11 horas;
- criança de 10 anos, 10 horas;
- adolescentes, 8 horas;
- adultos, 7 a 8 horas;
- idosos, 5 a 6 horas.

O conhecimento e cumprimento destas necessidades, melhora a qualidade de vida e é fundamental para adequar o horário do sono. De uma forma geral, verifica-se ao longo da vida um decréscimo do número de despertares noturnos, uma diminuição do tempo de sono diurno o que se traduz numa diminuição progressiva do tempo total de sono diário (Carter, Hathaway, & Lettieri, 2014).

Determinar o número de horas e a qualidade de sono de uma criança nem sempre é fácil, no entanto se houverem alterações de ambos, podem existir consequências

semelhantes (Silva, Simões, Macedo, Duarte, & Silva, 2018). Designa-se como dissónias quando existem alterações da quantidade ou qualidade de sono ou parassónias quando existem episódios comportamentais ou fisiológicos anormais associados ao sono, como por exemplo pesadelos, terrores noturnos e sonambulismo (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Crianças com problemas de sono desequilibram a estabilidade familiar e os comportamentos parentais desadequados destabilizam padrões de sono da criança. Deste modo o problema deve ser abordado em conjunto tendo como objetivo a mudança para obter benefícios para toda a família (Silva, Simões, Macedo, Duarte, & Silva, 2018).

Estes problemas relacionados com o sono também interferem negativamente na aprendizagem, no desempenho escolar, na saúde e na qualidade de vida (Owens, 2005) e podem manifestar-se através de perturbações emocionais e comportamentais, falta de concentração, aumento do risco de acidentes, alterações do crescimento, obesidade, hiperatividade, agressividade, irritabilidade ou sintomas de depressão (Lopes, et al., 2016); (Silva, Simões, Macedo, Duarte, & Silva, 2018); (Arriaga, Brito, Gaspar, & Luz, 2015); (Rangel, Baptista, Pitta, Anjo, & Leite, 2015); (Halal & Nunes, 2014) (Schwartz, Bottorff, & Richardson, 2014).

Um sono de boa qualidade é essencial para uma qualidade de vida favorável (Carter, Hathaway, & Lettieri, 2014).

Dentro deste assunto, um dos temas que se mostra de elevada importância diz respeito à higiene do sono, que está relacionada com os hábitos de sono estabelecidos pelos pais, que podem diferir consoante a cultura e que têm repercussões importantes na criação de hábitos saudáveis que permitem uma duração adequada de sono, prevenindo assim a sonolência diurna (LeBourgeois, Giannotti, Cortesi, Wolfson, & Harsh, 2005).

Estabelecer hábitos saudáveis de sono é fundamental desde os primeiros anos de vida. Isso requer o reconhecimento dos sinais de cansaço na criança e a criação de rotinas para a hora de dormir. As rotinas de sono compreendem uma série de comportamentos observáveis e repetidos, envolvendo diretamente a criança e pelo menos um adulto. Estes comportamentos ocorrem momentos antes de a criança se deitar ou ir dormir e incluem atividades como a hora de ir para a cama, as ações que

precedem o momento de dormir, o ato de adormecer, a hora de acordar e as atividades relacionadas a esse período.

Para promover a adequada higiene do sono, algumas das práticas mais utilizadas são (Halal & Nunes, 2014), (Paiva & Penzel, 2011):

- Criar uma rotina antes de dormir;
- Ter horários consistentes para deitar e despertar;
- Criar um ambiente sereno e confortável no quarto, manter o quarto escuro e silencioso; ter uma cama e almofada confortáveis; deixar a porta do quarto aberta;
- A criança deve adormecer sozinha;
- Utilizar um objeto de transição.

Evitar associações relacionadas com o início do sono (Halal & Nunes, 2014), (Paiva & Penzel, 2011):

- pais presentes ou dormir na cama dos pais;
- ver televisão na cama;
- utilizar tecnologias na cama;
- beber bebidas ricas em cafeína perto da hora de dormir (Halal & Nunes, 2014).

A higiene do sono envolve alterações no ambiente onde dormem e nas rotinas (dos pais e crianças) permitindo um sono de qualidade e de duração suficiente. Inclui também a prática de atividades, no período de vigília, que promovam e favoreçam o momento de dormir.

2.3 O Sono e a Saúde Escolar

A promoção da saúde em ambiente escolar, assenta nos princípios das Escola Promotora da Saúde (EPS) que são *“equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e empoderamento de toda a comunidade educativa para a saúde e o bem-estar”* (Direção-Geral da Saúde, 2015). Sendo utilizada uma metodologia de trabalho por projeto, que se inicia com as necessidades reais da população escolar, fortalece os processos de ensino e aprendizagem de forma a melhorar os resultados académicos e contribui para aumentar o nível de literacia para a saúde e conseqüentemente melhorar o estilo de vida da comunidade educativa. Intervir na comunidade escolar envolve uma abordagem holística da saúde na escola e uma intervenção biopsicossocial no indivíduo (Direção-Geral da Saúde, 2015).

As políticas de Educação e de Saúde, os valores sociais e comunitários das escolas diferem, podendo a realidade escolar variar entre estabelecimentos de educação, quer pelos grupos escolares que acolhe, quer pela origem e expectativas da população que os frequentam. Assim, existe o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) que é um guia para as políticas nacionais que direciona as ações relacionadas à promoção da saúde dentro do ambiente escolar.

O desenvolvimento de competências socio emocionais ajuda as crianças a tornarem-se mais resilientes, permitindo-lhes reconhecer a maneira mais adequada de lidar e gerir de forma mais responsável a tomada de decisões, sejam elas relacionadas com a sua saúde ou com a sua vida (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Os fatores que influenciam a saúde das crianças e jovens, quer a nível individual quer a nível coletivo, relacionam-se e articulam-se nos seguintes eixos, no âmbito do PNSE 2015:

1. Capacitação;
2. Ambiente escolar e saúde;
3. Condições de saúde;
4. Qualidade e Inovação;
5. Formação e Investigação em Saúde Escolar;
6. Parcerias.

Estes eixos estratégicos compõem a estrutura do PNSE 2015, em que os três primeiros são nucleares e os três últimos são complementares e transversais. Estes eixos desenvolvem as áreas de intervenção e os objetivos operacionais, a que correspondem estratégias de intervenção da Saúde Escolar para o quinquênio 2015-2020 (Direção-Geral da Saúde, 2015).

No âmbito da capacitação desta comunidade para a adoção de estilos de vida saudável são desenvolvidas as áreas de intervenção (Direção-Geral da Saúde, 2015):

1. Saúde mental e competências socio emocionais;
2. Educação para os afetos e a sexualidade;
3. Alimentação saudável e atividade física;
4. Higiene corporal e saúde oral;
5. Hábitos de sono e repouso;
6. Educação postural;
7. Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância.

A Saúde Escolar privilegia a intervenção nos determinantes da saúde com maior ênfase nas doenças crônicas não transmissíveis, para que as crianças consigam melhorar a sua saúde e bem-estar físico, mental e social (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Para intervir, em Saúde Escolar, torna-se pertinente, antes de mais, conhecer quais as causas de mortalidade e morbilidade das crianças e jovens, assim como os fatores de risco a elas associados, no sentido de diminuir a exposição destas aos mesmos.

No âmbito da capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudável, o Programa Nacional de Saúde Escolar de 2015 prevê que sejam desenvolvidas várias áreas de intervenção, entre as quais, no eixo “Capacitação”, os “Hábitos de sono e repouso”, sendo a intervenção relacionada com este eixo de capacitação.

Cada vez mais se recomenda que as crianças e suas famílias sejam incentivadas a desempenhar um papel ativo nos cuidados em parceria. Para alcançarem este objetivo de maneira eficaz, é fundamental promover o ensino e o suporte apropriados. Os profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, desempenham um papel crucial neste

processo, promovendo orientação com base no conhecimento demonstrado que as famílias têm sobre suas crianças. Desta forma deve existir uma parceria entre pais e enfermeiros. O objetivo subjacente é promover a independência noturna da criança, contribuindo para o desenvolvimento de uma autoimagem positiva e proporcionando-lhe uma sensação de autonomia.

Torna-se importante destacar a atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária que presta cuidados ao indivíduo, à família e comunidade, com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde da comunidade, analisando as necessidades dos indivíduos, de forma a determinar estratégias de intervenção junto destes de forma a capacitá-los para obterem maiores e melhores benefícios nas suas decisões.

Salientando, a importância da Promoção da Saúde, a OE (2001), defende que os enfermeiros para alcançarem a excelência na prática da profissão, devem ajudar as pessoas a atingir o máximo potencial de saúde, criando oportunidades para promover estilos de vida saudáveis também como fornecer informação promotora de conhecimentos (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A educação para a saúde, permite ao indivíduo, família e comunidade que estejam informados do seu bem-estar e que consigam utilizar os recursos disponíveis no seu ambiente de forma a tornar a saúde como um recurso para o dia-a-dia.

Torna-se importante salientar também o papel do enfermeiro de cuidados de saúde primários, pois a Direção-Geral da Saúde (DGS) reconhece a importância da necessidade de bons hábitos de sono nesta fase do ciclo de vida, sendo que no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), os hábitos de sono é um dos pontos a abordar nos cuidados antecipatórios das consultas a partir do primeiro mês de vida até aos nove meses, voltando a fazer parte destas consultas, a partir dos 4 aos 18 anos, sugerindo parâmetros a avaliar diferentes, consoante a evolução da idade. Assim, o sono infantil torna-se uma área de atenção e intervenção da Enfermagem, nas consultas de Saúde Infantil e Saúde Escolar (Silva, Simões, Macedo, Duarte, & Silva, 2018) (Direção-Geral da Saúde, 2013).

A ação neste domínio pode e deve ser alargada englobando jardins-de-infância, crianças e famílias, profissionais de saúde e de educação, de forma a incentivar/empoderar toda a comunidade educativa em prol da promoção de uma adequada higiene de sono nas crianças.

CAPÍTULO III: PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Planeamento em Saúde é um processo que prevê otimizar o uso de recursos para atingir objetivos definidos, com propósito de reduzir os problemas de saúde considerados prioritários (Imperatori & Giraldes, 1983).

Este torna-se indispensável, pois é necessário intervir nas causas dos problemas, não de forma pontual, mas de forma a prevenimos o seu reaparecimento. É necessário definir prioridades selecionando aquelas que necessitam de intervenção mais urgente, uma vez que não é possível solucionar simultaneamente todos os problemas. Os recursos são escassos, e por isso torna-se imperativo a sua racionalização para uma utilização mais eficaz e eficiente, com o mínimo de custos e máximo de problemas resolvidos (Imperatori & Giraldes, 1983).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem como foco principal a comunidade, avaliando o estado de saúde desta com base na metodologia do planeamento em saúde no desenvolvimento das suas competências (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O Planeamento em Saúde deve ser compreendido como um processo dinâmico e continuo pois, em qualquer uma das fase do processo podem ocorrer mudanças, uma vez que não se considera uma etapa do processo de planeamento como concluída, pois é possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-lo. Este engloba como principais etapas (Imperatori & Giraldes, 1983):

1. Diagnóstico de Situação;
2. Definição de Prioridades;
3. Fixação de Objetivos;
4. Seleção de Estratégias;
5. Elaboração de Programas e Projetos;
6. Preparação da Execução;
7. Avaliação.

Este capítulo encontra-se dividido com base nas etapas do planeamento em saúde.

3.1 Diagnóstico de Situação

O Diagnóstico de Saúde é a primeira etapa do Planeamento em Saúde e é a fase onde são identificadas as necessidades de saúde da população. Este possibilita a obtenção de um conhecimento sobre a comunidade através da identificação dos seus grupos de risco, problemas, das suas necessidades, recursos entre outros, abrangendo definições de causalidade e evolução do prognóstico (Imperatori & Giraldes, 1983).

O Diagnóstico de Saúde é realizado tendo em conta as necessidades sentidas pela comunidade e pelas necessidades reais identificadas pelos profissionais de saúde (Melo, 2020).

Neste primeiro momento, pretendeu-se caracterizar os hábitos e rotinas de sono nas crianças a frequentar o primeiro ciclo, em escolas de um Concelho pertencente à ARS Norte, com vista à identificação de eventuais problemas e hábitos de sono desadequados, que pudessem justificar e sustentar uma intervenção da UCC, ajustada a estes indivíduos e às necessidades identificadas. Tendo em conta estes objetivos, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os hábitos e perturbações do sono, referidas pelos encarregados de educação (EE) através do Children's Sleep Habits Questionnaire;
- Identificar os hábitos e perturbações de sono referidos pelas crianças através do Sleep-Self Report;
- Comparar as respostas dos encarregados de educação e crianças;
- Identificar hábitos e rotinas do sono referidas pelas crianças.

A escolha do instrumento de recolha de dados a utilizar resultou dos objetivos do estudo e das idades das crianças. A equipa pretendia encontrar um questionário que focasse na dimensão comportamental do sono e que fosse adequado para a idade escolar. Após revisão da literatura e seleção dos questionários disponíveis, a escolha incidu sobre o Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) e Sleep Self Report (SSR) publicados por Judith Owens em 2000 e adaptados para a população portuguesa por Filipe Silva em 2014.

Visto que estes dois questionários foram criados em 2000 e até aos dias de hoje podemos assistir a uma enorme evolução, principalmente tecnológica. Decidiu-se criar um questionário “Questionário sobre o teu sono” (Apêndice 1) que focasse nesse aspeto e aprofundasse outros aspetos já abordados no CSHQ e SSR.

Utilizamos o CSHQ e o SSR para identificar os hábitos e perturbações de sono das crianças, complementado com o questionário realizado, para aprofundar as causas destes hábitos e perturbações de sono.

Para avaliação do sono, o método mais utilizado são os questionários, mostrando utilidade na prática clínica e na investigação (Spruyt & Gozal, 2011).

O Children's Sleep Habits Questionnaire é um instrumento de rastreio de distúrbios de sono, destinado a ser respondido pelos EE. O Sleep Self Report é um questionário destinado a ser respondido pelas crianças e foi validado para crianças dos 2 aos 10 anos. O facto de serem elaborados pela mesma autora oferece coerência na abordagem do tema com perguntas comuns em ambos os questionários, isto permite correlacionar as respostas dos EE e das crianças.

O Children's Sleep Habits Questionnaire de preenchimento pelos EE, foi desenvolvido com o propósito de avaliar os hábitos e as perturbações do sono das crianças, sendo um dos questionários mais utilizado. Foi originalmente desenvolvido nos Estados Unidos da América por Owens, como ferramenta de rastreio para hábitos e problemas relacionados com o sono.

A versão Portuguesa do CSHQ resultou da adaptação do CSHQ original para a cultura portuguesa por Filipe da Glória e Silva. Os itens que formam as subescalas são numerados de 1 a 33 como no original. (Silva, Silva, Braga, & Neto, 2013).

As perguntas formuladas incluem os sintomas das perturbações do sono mais prevalentes na idade pediátrica e são apresentadas em cinco partes: Hora de deitar, Comportamento durante o sono, Acordar durante a noite, Acordar de manhã e Sonolência durante o dia.

Relativamente as 33 questões os pais respondem de acordo com a frequência do comportamento em questão:

- habitualmente (5-7x/semana)
- às vezes (2-4x/semana)
- raramente (0-1x/semana).

As respostas foram pontuadas de 1 a 3 pontos, sendo que uma pontuação maior corresponde a mais problemas de sono, sendo que os itens com comportamentos desejáveis têm uma pontuação invertida

Com a soma das pontuações obtidas nas 33 questões, é possível calcular a cotação total do questionário (Índice de Perturbação do Sono - IPS) e cotações de 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
- sonolência diurna (Parreira, 2017).

O Sleep Self Report, da mesma autora é composto por 26 questões sobre os hábitos de sono da criança. (Parreira, 2017)

O processo recomendado pressupõe que sejam utilizadas em simultâneo os questionários SSR com o CSHQ, a fim de se poderem correlacionar as respostas dadas pelos EE e pelas respetivas crianças (Owens, Spirito, Mcguinn, & Hart, 2000).

O Questionário sobre o teu sono, foi desenvolvido pela estudante e pelo orientador após a aplicação dos questionários anteriores. Para isto foi realizada uma revisão da literatura mais aprofundada sobre o tema e de forma a complementar algumas questões dos questionários utilizados anteriormente. Com isto pretendeu-se aprofundar o conhecimento sobre as rotinas das crianças antes de dormir, pois emergiu como uma das áreas mais problemáticas.

Para a sua operacionalização, enviou-se o consentimento informado (Apêndice 2) aos 23 Encarregados de Educação. Num segundo momento aplicou-se os questionários SSR às crianças que tinham o consentimento informado preenchido pelos

EE, permitindo a sua participação. No final foram recolhidos os consentimentos e o CSHQ respondido pelos EE e o SSR preenchido pelas crianças.

Após a receção dos questionários, foram excluídos todos os que apresentaram respostas omissas, ilegíveis ou incorretamente preenchidas.

Todos os dados foram tratados de forma confidencial e de acordo com os princípios e normas éticas em vigor. Os questionários foram identificados através de um código pré-preenchido fornecido à professora, ao qual fez corresponder uma criança. Assim, garantiu-se a comparação dos questionários aplicados aos Encarregados de Educação com os questionários aplicados posteriormente as crianças, salvaguardando o anonimato de ambos.

Os Encarregados de Educação das crianças que entraram no estudo tiveram conhecimento dos seus objetivos e do caráter facultativo da sua participação, tendo-lhes sido solicitado o consentimento informado.

Da amostra selecionada, 4 não responderam porque não tinham autorização dos EE e 1 CSHQ continha respostas incorretamente preenchidas, tendo-se obtido 18 questionários válidos. A análise estatística foi desenvolvida com recurso à ferramenta Microsoft Excel.

De seguida, apresentamos os resultados desses questionários, isto é, apresenta-se inicialmente uma caracterização da amostra e posteriormente os hábitos e problemas de sono identificados pelos encarregados de educação e pelas crianças.

3.1.1 Caracterização da Amostra

A descrição da amostra, é fundamental para o diagnóstico de situação (Imperatori & Giraldes, 1983) pois, é uma porção da população total sobre a qual é feito o estudo. Esta amostra deve ser representativa desta população, de forma que os resultados possam ser generalizáveis à população total (Fortin, 2009)

Deste modo, constam da amostra 18 crianças, com idades compreendidas entre 8 (33,3%) e os 9 (66,7%) anos de idade. Quanto ao sexo das crianças não existe diferenças significativas entre o sexo feminino (55.6%) e o masculino (44.4%). Os encarregados de educação que responderam ao questionário eram maioritariamente mães (72.2%), seguidos dos pais (27.8%). Estes resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica da amostra em estudo

Idade da criança (anos)	n	%
8	6	33,3
9	12	66,7
Sexo da criança	n	%
Feminino	10	55,6
Masculino	8	44,4
Sexo do EE	n	%
Feminino	13	72,2
Masculino	5	27,8

3.1.2 Discussão dos resultados

3.1.2.1 Children Sleep Habits Questionnaire

A apresentação destes resultados foca-se nas dimensões do questionário e as subescalas que juntam alguns itens do questionário.

Relativamente à hora de ir para a cama, os encarregados de educação afirmam que em média a hora de deitar à semana faz-se pelas 21h42 e ao fim de semana pelas 23h43. A hora de acordar à semana situa-se perto das 7h37 e ao fim de semana pelas 9h11, perfazendo uma média de tempo total de sono diário de cerca de 9h35.

Quanto à dimensão do questionário “hora de deitar” (Tabela 2), verifica-se que segundo a perceção dos encarregados de educação as crianças, na sua maioria, habitualmente (88,9%) deitam-se à mesma hora, (55,6%) demoram até 20 minutos a adormecer e 50% adormecem sozinhos nas suas próprias camas. 50% raramente precisa de um dos pais para adormecer, 88,9% raramente luta na hora de deitar. As mesmas crianças raramente têm medo de dormir no escuro (66,7%) e de dormir sozinhos (66,7%).

Tabela 2 - Diminuição das respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ-PT "Hora de deitar"

Deita-se sempre à mesma hora	n	%
Habitualmente	16	88,9
Às vezes	2	11,1
Raramente	0	0
Depois de se deitar, demora até 20 minutos a adormecer	n	%
Habitualmente	10	55,6
Às vezes	4	22,2
Raramente	4	22,2

Adormece sozinho(a) na sua própria cama	n	%
Habitualmente	9	50
Às vezes	2	11,1
Raramente	7	38,9
Adormece na cama dos pais ou dos irmãos	n	%
Habitualmente	7	38,9
Às vezes	1	5,56
Raramente	10	55,6
Precisa de um dos pais no quarto para adormecer	n	%
Habitualmente	4	22,2
Às vezes	5	27,8
Raramente	9	50
“Luta” na hora de deitar (chora, recusa-se a ficar na cama, etc)	n	%
Habitualmente	1	5,6
Às vezes	1	5,6
Raramente	16	88,9
Tem medo de dormir no escuro	n	%
Habitualmente	4	22,2
Às vezes	2	11,1
Raramente	12	66,7
Tem medo de dormir sozinho(a)	n	%
Habitualmente	3	16,7
Às vezes	3	16,7
Raramente	12	66,7

Na dimensão “Comportamento durante o Sono” (Tabela 3) todos os Encarregados de Educação, quando caracterizam a duração do sono das crianças, referem que raramente dormem pouco (100%) e que habitualmente dormem o necessário (100%). Em relação ao número de horas que dormem as crianças, 83,3% dos encarregados de educação refere que habitualmente dormem o mesmo número de horas. 16,7% vai para a cama dos pais ou irmãos a meio da noite e 11,1% habitualmente e 22,2% as vezes tem dificuldade em dormir fora de casa.

Tabela 3 - Diminuição das respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ-PT "Comportamento durante o sono"

Dorme pouco	n	%
Habitualmente	0	0
Às vezes	0	0
Raramente	18	100
Dorme o que é necessário	n	%
Habitualmente	18	100
Às vezes	0	0
Raramente	0	0

Dorme o mesmo número de horas todos os dias	n	%
Habitualmente	15	83,3
Às vezes	3	16,7
Raramente	0	0
Vai para a cama dos pais, irmãos, etc, a meio da noite	n	%
Habitualmente	3	16,7
Às vezes	2	11,1
Raramente	13	72,2
Tem dificuldade em dormir fora de casa (na casa de familiares, nas férias, etc.)	n	%
Habitualmente	2	11,1
Às vezes	4	22,2
Raramente	12	66,7

Em relação a parassónias (Tabela 4): nenhuma das crianças molha a cama à noite (100%), 27,8% falar a dormir; 22,2% tem o sono agitado; 5,56% às vezes andar a dormir; 11,1% habitualmente rangem os dentes; nenhuma criança acordar a gritar, a suar e inconsolável enquanto, 94,4% raramente acorda assustada com pesadelos.

Tabela 4 - Diminuição das respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ-PT "Parassónias"

Molha a cama à noite (criança com 4 ou mais anos)	n	%
Habitualmente	0	0
Às vezes	0	0
Raramente	18	100
Fala a dormir	n	%
Habitualmente	5	27,8
Às vezes	0	0
Raramente	13	72,2
Tem sono agitado, mexe-se muito a dormir	n	%
Habitualmente	4	22,2
Às vezes	9	50
Raramente	5	27,8
Anda a dormir, à noite (sonambulismo)	n	%
Habitualmente	0	0
Às vezes	1	5,6
Raramente	17	94,4
Range os dentes durante o sono	n	%
Habitualmente	2	11,1
Às vezes	1	5,6
Raramente	15	83,3
Acorda durante a noite a gritar, a suar, inconsolável	n	%
Habitualmente	0	0

Às vezes	0	0
Raramente	18	100
Acorda assustada com pesadelos	n	%
Habitualmente	0	0
Às vezes	1	5,6
Raramente	17	94,4

Na caracterização das perturbações respiratórias do sono (Tabela 5), os encarregados de educação referem que 27,8% às vezes ressonam alto, embora nenhuma das crianças pare de respirar durante o sono (100%). 5,56% roncam ou tem dificuldade em respirar durante o sono.

Tabela 5 - Diminuição das respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ-PT "Perturbações respiratórias do sono"

Ressona alto	n	%
Habitualmente	0	0
Às vezes	5	27,8
Raramente	13	72,2
Parece parar de respirar durante o sono	n	%
Habitualmente	0	0
Às vezes	0	0
Raramente	18	100
Ronca ou tem dificuldade em respirar durante o sono	n	%
Habitualmente	1	5,6
Às vezes	4	22,2
Raramente	13	72,2

Na dimensão "Acorda durante a Noite" (Tabela 6), os Encarregados de Educação não percecionam algum tipo de problema. 77,8% responderam que raramente acordam uma vez durante a noite e 94,4% que raramente acordam mais de uma vez durante a noite.

Tabela 6 - Diminuição das respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ-PT "Acorda durante a noite"

Acorda uma vez durante a noite	n	%
Habitualmente	1	5,6
Às vezes	3	16,7
Raramente	14	77,8
Acorda mais de uma vez durante a noite	n	%
Habitualmente	0	0
Às vezes	1	5,6
Raramente	17	94,4

Quanto à dimensão “Acordar de Manhã” (Tabela 7) as crianças raramente (44,4%) e às vezes (50%) acordam por si, raramente acordam mal-humoradas (61,1%). As crianças habitualmente são acordadas pelos pais ou irmãos (61,1%), e habitualmente (27,8%) e às vezes (44,4%) tem dificuldade em sair da cama e demorando, por vezes, (55,6%) a ficar bem acordadas.

Tabela 7 - Diminuição das respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ-PT "Acordar de manhã"

De manhã, acorda por si própria	n	%
Habitualmente	1	5,6
Às vezes	9	50
Raramente	8	44,4
Acorda mal-humorada	n	%
Habitualmente	0	0
Às vezes	7	38,9
Raramente	11	61,1
De manhã, é acordada pelos pais ou irmãos	n	%
Habitualmente	11	61,1
Às vezes	5	27,8
Raramente	2	11,1
Tem dificuldade em sair da cama de manhã	n	%
Habitualmente	5	27,8
Às vezes	8	44,4
Raramente	5	27,8
Demora a ficar bem acordada	n	%
Habitualmente	2	11,1
Às vezes	10	55,6
Raramente	6	33,3

Quando questionados em relação ao estado de sonolência da criança (Tabela 8), durante o dia raramente (72,2%) parecem cansadas, mas 55,5% das crianças já adormeceram a ver televisão enquanto 77,8% adormeceu a andar de carro.

Tabela 8 - Distribuição das respostas dadas sobre a criança através do CSHQ-PT

Parece cansada	n	%
Habitualmente	0	0
Às vezes	5	27,8
Raramente	13	72,2
A ver televisão	n	%
Não ficou sonolenta	6	33,3
Ficou muito sonolenta	2	11,1
Adormeceu	10	55,6
A andar de carro	n	%
Não ficou sonolenta	3	16,7
Ficou muito sonolenta	1	5,6
Adormeceu	14	77,8

De forma a perceber a existência de problemas de sono na percepção dos encarregados de educação, foram calculadas as médias das pontuações totais dentro de cada subescala. Foram consideradas as Dimensões: Resistência em ir para a cama (m=9,1), Início do sono (m=1,7), Duração do sono (m=3,2), Ansiedade associada ao sono (m=6,2), Despertares noturnos (m=3,8), Parassónias (m=8,7), Perturbações de respiração (m=3,6) e Sonolência diurna (m=14,6). Através da tabela 9, é possível verificar a média de todas as subescalas.

Tabela 9- Sonolência diurna

Escola	Média
Índice de perturbações do sono (min:33/ max:99)	50,9
Subescala	Média
Resistência em ir para a cama (min:6/ max:18)	9,1
Início do sono (min:1 / max:3)	1,7
Duração do sono (min:3/ max:9)	3,2
Ansiedade associada ao sono (min:4/ max:12)	6,2
Despertares noturnos (min:3/ max:9)	3,8
Parassónias (min:7/ max:19)	8,7
Perturbações de respiração (min:3/ max:9)	3,6
Sonolência diurna (min:8/ max:22)	14,6

Mediante estes resultados, podemos concluir que Diagnóstico de Situação centra-se na resistência em ir para a cama, na ansiedade associada ao sono e na sonolência diurna, das crianças que compõem a amostra.

3.1.2.2 Sleep Self Report

Na análise que se segue são apresentados os resultados seguindo a estrutura do questionário utilizado.

Em relação aos hábitos de sono da criança (Tabela 10) verifica-se que identificam as mães como as principais responsáveis por determinar as regras de ir para a cama (61,1%). Cerca de 83% não identifica qualquer problema com o sono e aproximadamente 72% das crianças refere que gosta de dormir.

Tabela 10 - Distribuição das respostas dadas através do SSR-PT para as questões 1,2 e 3

Responsável pelas regras de ir para a cama	n	%
Pai	7	38,9
Mãe	11	61,1
Problema com o sono	n	%
Sim	3	16,7
Não	15	83,3
Gosto por dormir	n	%
Sim	13	72,2
Não	5	27,8

Em termos de hábitos de sono “à hora de deitar” (Tabela 11), 55,6% admite que habitualmente vai para a cama à mesma hora, 66,7% adormece na mesma cama, e 50% dormem sozinhas, sendo que as restantes 50% adormecem habitualmente na cama do pai/mãe ou irmão/irmã. No que diz respeito a adormecerem em menos de 20 minutos, 33,3% habitualmente o faz e 50% fá-lo às vezes.

Tabela 11 - Distribuição das respostas dadas através do SSR-PT “À hora de deitar”

Vais para a cama à mesma hora em dias de escola?	n	%
Habitualmente	10	55,6%
Às vezes	5	27,8%
Raramente	3	16,7%
Adormeces na mesma cama todas as noites?	n	%
Habitualmente	12	66,7
Às vezes	6	33,3
Raramente	0	0
Adormeces sozinho/a?	n	%
Habitualmente	9	50
Às vezes	2	11,1
Raramente	7	38,9
Adormeces na cama do pai/mãe, irmão/irmã?	n	%
Habitualmente	9	50
Às vezes	4	22,2
Raramente	5	27,8
Adormeces em menos de 20 minutos?	n	%
Habitualmente	6	33,3
Às vezes	9	50
Raramente	3	16,7

Em relação ao comportamento de ir para a cama (Tabela 12), 50% não discute com os pais acerca de ir para a cama, 55,6% não tem dificuldade em ir para a cama e

33,3% está pronto para ir para a cama à hora habitual. Complementando estes dados, 50% tem um objeto pessoal que leva para a cama, 50% tem medo do escuro, 55,6% das crianças diz raramente ter medo de dormir sozinho e 11,1% refere que habitualmente ficam acordados até tarde quando os pais pensam que eles estão a dormir.

Tabela 12 - Distribuição das respostas dadas através do SSR-PT “À hora de deitar”

Discutes com os teus pais acerca de ires para a cama?	n	%
Habitualmente	1	5,6
Às vezes	7	38,9
Raramente	10	55,6
É difícil para ti ires para a cama?	n	%
Habitualmente	2	11,1
Às vezes	7	38,9
Raramente	9	50
Estás pronto/a para ir para a cama à hora habitual de deitar?	n	%
Habitualmente	6	33,3
Às vezes	6	33,3
Raramente	6	33,3
Tens um objeto especial (boneco, manta) que levas para a cama?	n	%
Habitualmente	9	50
Às vezes	2	11,1
Raramente	7	38,9
Tens medo do escuro?	n	%
Habitualmente	9	50
Às vezes	2	11,1
Raramente	7	38,9
Tens medo de dormir sozinho/a?	n	%
Habitualmente	6	33,3
Às vezes	2	11,1
Raramente	1	55,6
Ficas acordado/a até tarde quando os teus pais pensam que estás a dormir?	n	%
Habitualmente	2	11,1
Às vezes	2	11,1
Raramente	14	77,8

Em relação aos hábitos “durante o sono” (Tabela 13) 22,8% das crianças consideram que dormem pouco, 55,6% dorme muito, 11,1% acordam durante a noite quando os pais pensam que eles estão a dormir e 55,6% às vezes tem dificuldade em voltar a adormecer quando acorda de noite. Das 18 crianças que participaram no estudo, 5,6%

refere que habitualmente ou 50% às vezes tem pesadelos. 61,1% raramente sente alguma dor durante a noite, sendo referidos locais como a cabeça, costas, corpo. A maioria das crianças raramente (88,9%) costuma ir para a cama de alguém durante a noite.

Tabela 13 - Distribuição das respostas dadas através do SSR-PT “Durante o sono”

Pensas que dormes pouco?	n	%
Habitualmente	5	27,8
Às vezes	2	11,1
Raramente	11	61,1
Pensas que dormes muito?	n	%
Habitualmente	10	55,6
Às vezes	4	22,2
Raramente	4	22,2
Acordas durante a noite quando os teus pais pensam que estás a dormir?	n	%
Habitualmente	2	11,1
Às vezes	7	38,9
Raramente	9	50
Tens dificuldade em voltar a adormecer quando acordas de noite?	n	%
Habitualmente	2	11,1
Às vezes	10	55,6
Raramente	6	33,3
Tens pesadelos?	n	%
Habitualmente	1	5,6
Às vezes	9	50
Raramente	8	44,4
Tens alguma dor que te acorde de noite?	n	%
Habitualmente	2	11,1
Às vezes	5	27,8
Raramente	11	61,1
Costumas ir para a cama de alguém durante a noite?	n	%
Habitualmente	1	5,6
Às vezes	1	5,6
Raramente	16	88,9

Por fim, no que diz respeito aos hábitos de sono “de manhã e durante o dia” (Tabela 14), todas as crianças referem ter habitualmente (44,4%) ou às vezes (55,6%) dificuldade em acordar de manhã, enquanto 50% refere que raramente sente sono durante o dia, 83,3% refere raramente dormir uma sesta durante o dia e 50% refere que habitualmente se sente descansado durante uma noite de sono.

Tabela 14 - Distribuição das respostas dadas através do SSR-PT “De manhã e durante o dia”

Tens dificuldade em acordar de manhã?		
	n	%
Habitualmente	8	44,4
Às vezes	10	55,6
Raramente	0	0
Sentes-te com sono durante o dia?		
	n	%
Habitualmente	3	16,7
Às vezes	6	33,3
Raramente	9	50
Dormes alguma sesta durante o dia?		
	n	%
Habitualmente	0	0
Às vezes	3	16,7
Raramente	15	83,3
Sentes-te descansado depois de uma noite de sono?		
	n	%
Habitualmente	9	50
Às vezes	7	38,9
Raramente	2	11,1

3.1.2.3 Comparação resultados CSHQ com o SSR

Para terminar esta análise considerou-se importante comparar os resultados da perceção que as crianças têm relativamente ao seu próprio sono com as que os encarregados de educação têm do sono das mesmas (Tabela 15).

Tabela 15 - Comparação dos resultados do CSHQ com o SSR

Deita-se sempre à mesma hora	n	%	Vais para a cama à mesma hora em dias de escola?	n	%
Habitualmente	16	88,9%	Habitualmente	10	55,6%
Às vezes	2	11,1%	Às vezes	5	27,8%
Raramente	0	0%	Raramente	3	16,7%
Adormece sozinho(a) na sua própria cama	n	%	Adormeces sozinho/a?	n	%
Habitualmente	9	50%	Habitualmente	9	50%
Às vezes	2	11,1%	Às vezes	2	11,1%
Raramente	7	38,9%	Raramente	7	38,9%
Adormece na cama dos pais ou dos irmãos	n	%	Adormeces na cama do pai/mãe, irmão/irmã?	n	%
Habitualmente	7	38,9%	Habitualmente	9	50%
Às vezes	1	5,56%	Às vezes	4	22,2%
Raramente	10	55,6%	Raramente	5	27,8%
“Luta” na hora de deitar (chora, recusa-se a ficar na cama, etc)	n	%	Discutes com os teus pais acerca de ires para a cama?	n	%
Habitualmente	1	5,6%	Habitualmente	1	5,6%

Às vezes	1	5,6%	Às vezes	7	38,9%
Raramente	16	88,9%	Raramente	10	55,6%
Depois de se deitar, demora até 20 minutos a adormecer	n	%	Adormeces em menos de 20 minutos?	n	%
Habitualmente	10	55,6%	Habitualmente	6	33,3%
Às vezes	4	22,2%	Às vezes	9	50%
Raramente	4	22,2%	Raramente	3	16,7%
Dorme pouco	n	%	Pensas que dormes pouco?	n	%
Habitualmente	0	0%	Habitualmente	5	27,8%
Às vezes	0	0%	Às vezes	2	11,1%
Raramente	18	100%	Raramente	11	61,1%
Dorme o que é necessário	n	%	Pensas que dormes muito?	n	%
Habitualmente	18	100%	Habitualmente	10	55,6%
Às vezes	0	0%	Às vezes	4	22,2%
Raramente	0	0%	Raramente	4	22,2%
Acorda assustada com pesadelos	n	%	Tens pesadelos?	n	%
Habitualmente	0	0%	Habitualmente	1	5,6%
Às vezes	1	5,56%	Às vezes	9	50%
Raramente	17	94,4%	Raramente	8	44,4%
Vai para a cama dos pais, irmãos, etc, a meio da noite	n	%	Costumas ir para a cama de alguém durante a noite? Se sim, quem?	n	%
Habitualmente	3	16,7%	Habitualmente	1	5,6%
Às vezes	2	11,1%	Às vezes	1	5,6%
Raramente	13	72,2%	Raramente	16	88,9%
Acorda uma vez durante a noite	n	%	Acordas durante a noite quando os teus pais pensam que estás a dormir?	n	%
Habitualmente	1	5,6%	Habitualmente	2	11,1%
Às vezes	3	16,7%	Às vezes	7	38,9%
Raramente	14	77,8%	Raramente	9	50%
Tem medo de dormir no escuro	n	%	Tens medo do escuro?	n	%
Habitualmente	4	22,2%	Habitualmente	9	50%
Às vezes	2	11,1%	Às vezes	2	11,1%
Raramente	12	66,7%	Raramente	7	38,9%

Tem medo de dormir sozinho	n	%	Tens medo de dormir sozinho/a?	n	%
Habitualmente	3	16,7%	Habitualmente	6	33,3%
Às vezes	3	16,7%	Às vezes	2	11,1%
Raramente	12	66,7%	Raramente	1	55,6%

De manhã, acorda por si própria	n	%	Tens dificuldade em acordar de manhã?	n	%
Habitualmente	1	5,6%	Habitualmente	8	44,4%
Às vezes	9	50%	Às vezes	10	55,6%
Raramente	8	44,4%	Raramente	0	0%

Parece cansada	n	%	Sentes-te com sono durante o dia?	n	%
Habitualmente	0	0%	Habitualmente	3	16,7%
Às vezes	5	27,8%	Às vezes	6	33,3%
Raramente	13	72,2%	Raramente	9	50%

Focando nos resultados mais significativos, tanto os EE como as crianças concordam que habitualmente vão para a cama à mesma hora e adormecem sozinhos. As crianças mencionam que habitualmente (50%) adormecem na cama dos pais ou irmãos, enquanto os EE dizem que raramente (55,6%) isso acontece. Em relação a ansiedade relacionada com o sono, podemos verificar que 50% das crianças refere que habitualmente tem medo do escuro, enquanto 66,7% dos EE referem que raramente isso acontece. As respostas correspondem quando perguntamos se as crianças acordam a meio da noite e vão para a cama dos pais ou irmãos.

Por outro lado, em relação à perceção da quantidade de sono diário, as crianças consideram que habitualmente (27,8%) e às vezes (11,1%) dormem pouco enquanto os EE consideram que as crianças raramente (100%) dormem pouco.

No que diz respeito à dificuldade em voltar a adormecer, as perceções estão próximas, contudo, 50% das crianças refere ter pesadelos às vezes, enquanto 94,4% dos EE referem que raramente a criança acorda assustada com pesadelos.

Por último, as crianças e os EE são da mesma opinião sobre a dificuldade em acordarem de manhã. As crianças têm dificuldade.

3.1.2.4 Questionário sobre o teu sono

Relativamente às questões que compõe a “Rotina diária” (Tabela 16) percebemos que 66,7% das crianças tem uma atividade extracurricular. Em relação as refeições 44,4% às vezes vai para a cama logo após ingerir a refeição do jantar, 61,1% raramente vai para a cama com a sensação de que comeu demasiado, 55,6% raramente vai para a cama com sensação de fome, às vezes (44,4%) e habitualmente (11,1%) bebem refrigerantes na refeição do jantar e 50% às vezes come doces antes de ir dormir.

Tabela 16 - Distribuição das respostas dadas através do Questionário sobre o teu sono "Rotina diária"

Após saíres da escola tens alguma atividade que te ocupe o tempo regularmente?	n	%
Sim	12	66,7
Não	6	33,3
Costumas a ir para a cama logo após ingerires a refeição do jantar?	n	%
Raramente	10	55,6
Às vezes	8	44,4
Habitualmente	0	0
É costume ires para a cama com a sensação de que comeste demasiado? - "Estou cheio"	n	%
Raramente	11	61,1
Às vezes	6	33,3
Habitualmente	1	5,6
É costume ires para a cama com a sensação de fome?	n	%
Raramente	10	55,6
Às vezes	4	22,2
Habitualmente	4	22,2
É costume beberes refrigerantes ao jantar?	n	%
Raramente	8	44,4
Às vezes	8	44,4
Habitualmente	2	11,1
É costume comeres doces antes de ir dormir?	n	%
Raramente	8	44,4
Às vezes	9	50
Habitualmente	1	5,6

Em relação ao “uso de tecnologias” (Tabela 17), 55% têm televisão no quarto onde dormem e dessas, 90% adormece a ver televisão, 44,4% utiliza às vezes computador/

videojogos antes de dormir e 55,6% habitualmente usa telemóvel/tablet antes de dormir.

Tabela 17 - Distribuição das respostas dadas através do Questionário sobre o teu sono "Uso de tecnologias"

Tens televisão no quarto onde dormes?		
	n	%
Sim	10	55,6
Não	8	44,4
Se sim, adormeces a ver televisão?		
	n	%
Sim	9	90
Não	1	10
Utilizas o computador/ videojogos antes de dormir?		
	n	%
Raramente	8	44,4
Às vezes	8	44,4
Habitualmente	2	11,1
Utilizas o telemóvel/ tablet antes de dormir?		
	n	%
Raramente	3	16,7
Às vezes	5	27,8
Habitualmente	10	55,6

As atividades antes de dormir mais referidas foram lavar os dentes, tomar banho e utilizar tecnologias. Consideram que um bom final de dia seria a comer, brincar, jogar futebol e utilizar tecnologias. 55,6% deitam-se à mesma hora todos os dias durante a semana e a hora de deitar em média é às 21h30.

Concluindo a análise com perguntas relacionadas com “durante a noite”, 66,7% têm uma casa só para elas, sendo que dessas 8,3% raramente dorme sozinho e 33,3% às vezes dorme sozinho. 33,3% refere não ter cama própria e identifica a mãe como sendo a pessoa com quem partilha a cama. Metade das crianças refere ter medo do escuro, sendo que dessas 44,4% refere recorrer a cama dos pais devido a esse medo. Habitualmente (22,2%) e às vezes (44,4%) acordam durante a noite, sendo que dessas 75% habitualmente volta a adormecer sozinha e 66,7% raramente vai dormir para a cama dos pais. Metade das crianças utilizam luz de presença no quarto.

Tabela 18 - Distribuição das respostas dadas através do Questionário sobre o teu sono "Durante a noite"

Na tua casa, tens uma cama só para ti?		
	n	%
Sim	12	66,7
Não	6	33,3
Se sim, dormes sozinho?		
	n	%
Raramente	1	8,3

Às vezes	4	33,3
Habitualmente	7	58,3
Se não, onde dormes?		
	n	%
Pai	1	16,7
Mãe	3	50
Irmãos	2	33,3
Tens medo do escuro?		
	n	%
Sim	9	50
Não	9	50
Se sim, vais para a cama dos teus pais devido a esse medo?		
	n	%
Sim	4	44,4
Não	5	55,6
Acordas durante a noite?		
	n	%
Raramente	6	33,3
Às vezes	8	44,4
Habitualmente	4	22,2
Se habitualmente ou às vezes, voltas a adormecer sozinho?		
	n	%
Raramente	2	16,7
Às vezes	1	8,3
Habitualmente	9	75
Se habitualmente ou às vezes, vais dormir para a cama dos pais?		
	n	%
Raramente	8	66,7
Às vezes	1	8,3
Habitualmente	3	25
Utilizas luz de presença no quarto?		
	n	%
Sim	9	50
Não	9	50

3.2 Definição de Prioridades

A definição de prioridades é a segunda etapa do planeamento em saúde, onde existe uma tomada de decisão quanto ao problema que se deve solucionar em primeiro lugar, utilizando os recursos disponíveis da forma mais eficiente possível (Tavares, 1990).

A etapa da priorização merece destaque nas etapas do planeamento em saúde pela importância na boa gestão dos recursos de forma a responder às necessidades das populações ou das comunidades.

Esta etapa depende do rigor da etapa anterior (diagnostico de situação) e vai ser determinante para a etapa seguinte onde são fixados os objetivos, metas e indicadores (Imperatori & Giraldes, 1983).

Tendo em conta os dados obtidos, foram elaborados os diagnósticos de enfermagem, através da utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem:

- P1: Hábito para dormir comprometido (50% habitualmente adormece na cama do pai/mãe);
- P2: Sono comprometido (50% habitualmente tem medo do escuro), (50% às vezes tem pesadelos);
- P3: Sonolência (44,4% habitualmente e 55,6% as vezes tem dificuldade em acordar de manhã), (44,4% às vezes tem dificuldade em sair da cama de manhã), (55,6% às vezes demora a ficar bem acordada), (55,6% as vezes tem dificuldade em voltar a adormecer quando acorda de noite).

Foi realizada uma reunião de peritos, com o orientador e as tutoras de estágio onde foram apresentados os dados obtidos através do CSHQ-PT e SSR e através de partilha de opiniões foi realizado o processo de priorização e posteriormente em consenso, definiram-se que as necessidades identificadas. Posto isto, fez sentido que o problema prioritário fosse o P1: Hábito para dormir comprometido, visto que muitos dos problemas identificados podem ser potencialmente abordados neste processo de capacitação das crianças. Posto isto, encontravam-se reunidas as condições para definir os objetivos do projeto e pensar nas estratégias e recursos a utilizar.

3.3 Fixação de objetivos, metas e indicadores

Realizado o diagnostico de situação e definidos os problemas prioritários, o seguinte passo foi proceder à fixação dos objetivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período (Imperatori & Giraldes, 1983).

A fixação de objetivos é a terceira etapa do planeamento em saúde devendo estes ser concretos, passíveis de serem atingidos e bem formulados (Tavares, 1990) e que traduzam mudanças de comportamentos centradas na obtenção de ganhos em saúde (Tavares, 1990). Devem ser estabelecidos prazos para obtenção de um resultado desejável, ou seja, os objetivos devem ser traduzidos em metas. Uma meta é o

enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível, traduzindo-se em termos de indicadores num período determinado (Tavares, 1990).

Assim, face aos diagnósticos de enfermagem levantados foi definido como objetivo geral:

- Melhorar os hábitos de sono das crianças de um agrupamento de escolas de um conselho abrangido pela ARS Norte.

Deste objetivo, emergem os objetivos específicos, que se caracterizam por detalharem aspetos que se pretende atingir, por serem interdependentes e sequenciais (hierarquizados) para que o objetivo geral seja conseguido (Tavares, 1990).

- Aumentar o conhecimento, das crianças, sobre o sono e as suas características, até ao final de janeiro de 2024;
- Aumentar o conhecimento, das crianças, sobre rotinas de sono saudáveis até ao final de janeiro de 2024;

Com o presente projeto, depreende-se que o aumento de conhecimentos e adequação de crenças pode ser atingido a curto/médio prazo, mas a alteração de comportamentos só é visível a longo prazo. Como tal, e como os objetivos devem ser exequíveis, foram definidos objetivos específicos passíveis de ser avaliados até ao fim do estágio (Tavares, 1990).

Um indicador é definido pela relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida) e uma população em risco.

Podem distinguir-se (Imperatori & Giraldes, 1983).:

- indicadores de resultado, que têm como finalidade medir a alteração num problema de saúde ou a dimensão atual do problema;
- indicadores de processo, que permitem medir a atividade desenvolvida com vista a atingir indicadores de resultado;
- indicadores de estrutura, que correspondem à parte física de uma instituição, os seus funcionários, equipamentos e móveis.

Como exemplo de indicador de processo foi definido:

- Sessões realizadas com a turma

$$\frac{\text{Número de sessões realizadas}}{\text{Número de sessões planeadas}} \times 100$$

Como indicadores de resultado foram definidos:

- Crianças que aumentaram os conhecimentos sobre o sono e as suas características

$$\frac{\text{Número de crianças que aumentaram o conhecimento sobre o sono e as suas características}}{\text{Número total de estudantes submetidos à intervenção de enfermagem}} \times 100$$

- Crianças que aumentaram os conhecimentos sobre as rotinas de sono saudáveis

$$\frac{\text{Número de crianças que aumentaram o conhecimento sobre rotinas de sono saudáveis}}{\text{Número total de estudantes submetidos à intervenção de enfermagem}} \times 100$$

Como indicador de resultado de longo prazo foi definido:

- Taxa de crianças que melhoraram os hábitos de sono

$$\frac{\text{Número de crianças que melhoraram os hábitos de sono}}{\text{Número total de estudantes submetidos à intervenção de enfermagem}} \times 100$$

3.4 Seleção de estratégias

A etapa de seleção de estratégias é definida como o conjunto de técnicas específicas, organizadas para alcançar um objetivo, reduzindo problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1983). Trata-se de uma fase que requer criatividade e conhecimento mais aprofundado acerca do problema em estudo (Tavares, 1990).

Tendo em conta o conceito da Educação para a Saúde e o objetivo desta intervenção, que visa melhorar os hábitos de sono das crianças, é necessário aumentar o conhecimento desta população acerca desta temática.

A seleção de estratégias para intervir na área definida foi debatida com o orientador e tutoras, atendendo às sugestões que surgiram da reunião com os peritos, chegou-se a conclusão que a forma mais eficaz e adaptada à faixa etária das crianças, desta amostra, seria a realização uma sessão de educação para a saúde, trabalhando temáticas relacionadas com as necessidades identificadas.

3.5 Elaboração de programas e projetos

Após a decisão sobre quais as estratégias mais adequadas passou-se então à fase de elaboração de programas e projetos (Imperatori & Giraldes, 1983).

Imperatori & Giraldes, fazem a distinção de programas e projetos, como (Imperatori & Giraldes, 1983):

- um programa é o conjunto de atividades necessárias para execução de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são administrados um mesmo organismo;
- um projeto é uma atividade que decorre num período delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a realização de um programa.

Partindo destes pressupostos, na elaboração deste projeto, ficou decidido, por consenso de peritos realizar sessões de educação para a saúde. Esta estratégia permite abordar os temas selecionados para que assimilem, interiorizarem e partilharem com os pais/encarregados de educação. Para tal, foi necessário agendar dia e hora, um local compatível com a realização das mesmas, e elaboração dos respetivos Planos de Sessão.

3.6 Preparação da execução

A preparação da execução é uma etapa operacional do planeamento em saúde. Nesta etapa devem ser detalhadas as atividades constituintes do projeto, que devem ser definidas em função dos objetivos estabelecidos (Tavares, 1990). Devemos determinar quando, onde e como as atividades devem ser realizadas e ainda quem será encarregue de as concretizar.

A sessão de educação para a saúde (Apêndice 3) desenvolvida foi sobre Hábitos de sono saudáveis, pois foi o problema considerado mais importante de acordo com a priorização realizada. Esta iniciou com a questão de um ditado muito frequente “deitar cedo e cedo erguer, dá saúde e faz crescer”, seguindo-se com várias questões sobre o sono, as suas características e o que se deve ou não fazer antes de dormir.

O planeamento desta sessão pode ser consultado no Apêndice 4 e inclui: os objetivos da sessão, o tempo previsto para cada conteúdo, os conteúdos a abordar, as estratégias/meios técnicos, os métodos a utilizar e a avaliação. Esta intervenção foi organizada com a professora responsável pela turma, numa sessão de acordo com os problemas definidos como prioritários.

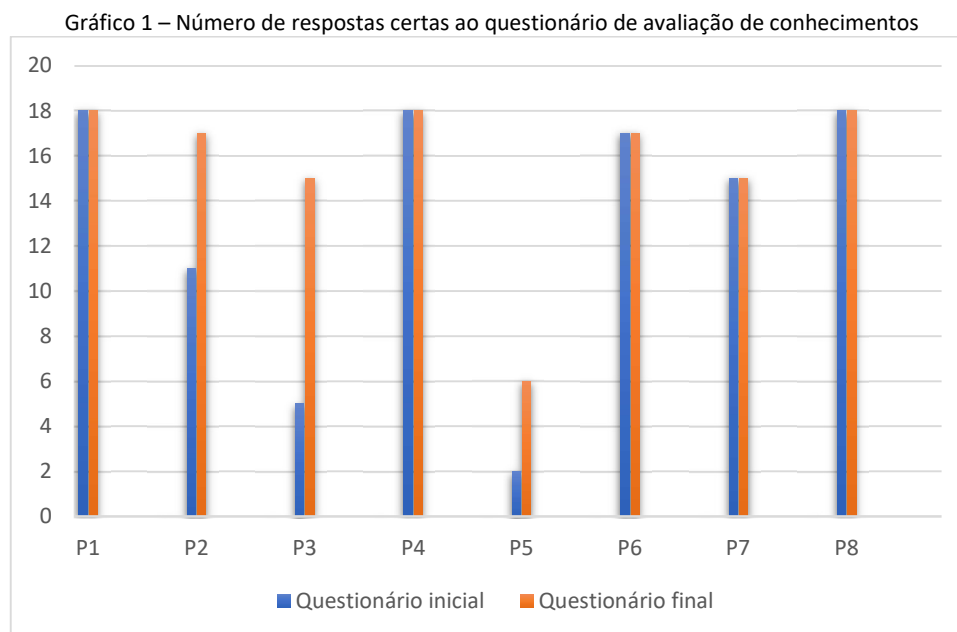
3.7 Avaliação

A avaliação é a última etapa do planeamento em saúde, que permite avaliar a eficácia do plano instituído e compreender a correspondência entre os objetivos e as estratégias. Esta avaliação deve ser concreta e pertinente para determinar o grau de sucesso no alcance de um objetivo (Tavares, 1990).

Num processo de intervenção comunitária, onde o central é a capacitação do grupo ou comunidade, é essencial demonstrar a avaliação do nível atingido. Assim os progressos conseguidos com as atividades, serão comparados com a situação inicial e com os objetivos e metas definidas (Imperatori & Giraldes, 1983).

Apresento a avaliação pelo tipo de atividade realizada. Foi aplicado um questionário antes da intervenção e após a intervenção (Apêndice 5) para avaliação dos conhecimentos adquiridos.

Através do Gráfico 1 é possível comprovar que houve um aumento do conhecimento sobre o sono, as suas características e os hábitos de sono saudáveis nas questões P2, P3 e P5. Nas questões P1, P4, P6, P7 e P8 o conhecimento manteve-se o que significa que já existia um conhecimento prévio sobre a temática.



Analisando as metas propostas anteriormente, a estudante conclui que foram cumpridos, conforme a tabela seguinte:

Tabela 19 - Avaliação das metas propostas

Metas	Avaliação final do objetivo proposto
	Cumprido
Aumentar o conhecimento sobre o sono e as suas características, até ao final de janeiro de 2024.	Obtivemos melhoria do conhecimento sobre o sono e as suas características em 2 de 2 itens do questionário
	Cumprido
Aumentar o conhecimento sobre rotinas de sono saudáveis, até ao final de janeiro de 2024.	Obtivemos melhoria do conhecimento sobre as rotinas de sono saudáveis em 1 de 3 itens do questionário.

De seguida é apresentado o indicador de processo definido acima e os indicadores de resultados:

- Sessões realizadas com a turma

$$\frac{\text{Número de sessões realizadas}}{\text{Número de sessões planeadas}} \times 100 = \frac{1}{1} \times 100 = 100\%$$

- Crianças que aumentaram os conhecimentos sobre o sono e as suas características

$$\frac{\text{Número de crianças que aumentaram o conhecimento sobre o sono e as suas características}}{\text{Número total de estudantes submetidos à intervenção de enfermagem}} \times 100$$
$$\times 100 = \frac{14}{18} \times 100 = 77,8\%$$

- Crianças que aumentaram os conhecimentos sobre as rotinas de sono saudáveis

$$\frac{\text{Número de crianças que aumentaram o conhecimento sobre rotinas de sono saudáveis}}{\text{Número total de estudantes submetidos à intervenção de enfermagem}} \times 100$$
$$\times 100 = \frac{14}{18} \times 100 = 77,8\%$$

Da avaliação do indicador de processo, a estudante conclui que foi cumprida a sessão de educação para a saúde planeada. Mais do que a presença na sessão, no geral, foi evidente durante a mesma, o interesse nas temáticas abordadas e a participação dos mesmos.

Relativamente aos indicadores de resultados, o conhecimento sobre o sono e as suas características e sobre as rotinas de sono saudáveis aumentou visto que 77,8% teve melhoria em pelo menos uma pergunta do questionário realizado.

É importante salientar, que se trata de uma avaliação a curto prazo, devido ao tempo limitado de estágio, não permitindo apurar o verdadeiro impacto que o projeto vai ter, a nível de alteração de comportamentos da amostra. No entanto, estes ganhos em saúde poderão ser avaliados posteriormente, com a continuidade do projeto pela UCC.

CAPÍTULO IV: COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O presente capítulo pretende descrever as competências adquiridas ao longo do estágio, tendo em conta o conjunto de competências académicas do curso de mestrado em enfermagem e as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, anteriormente planificadas aquando da realização do projeto de estágio.

Quadro 1 - Competências a desenvolver

Competência académica/ profissional
Competências Académicas do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária
<p>a) Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;</p> <p>O projeto de intervenção comunitária foi sustentado nos conhecimentos adquiridos ao longo da Licenciatura em Enfermagem e permitiu consolidar conhecimentos obtidos na formação pós-graduada. A experiência profissional e os estágios realizados permitiram ter uma noção mais real dos problemas da comunidade.</p>
<p>b) Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;</p> <p>Foi possível apresentar à equipa de enfermagem da unidade o projeto e os resultados obtidos, tendo por base a evidência científica atual. Tenho como objetivo a realização do relatório final para demonstrar atingir esta competência.</p>
<p>c) Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;</p> <p>A realização deste projeto teve como foco de atenção a comunidade escolar. O planeamento em saúde requereu criatividade, desenvolvimento de competências principalmente na análise de dados e no planeamento de intervenções.</p>
<p>d) Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;</p> <p>Toda a metodologia utilizada no planeamento em saúde teve por base a evidência científica mais atual. Ao longo do estágio existiram partilhas/discussões com o professor orientador e tutoras onde foram realizadas análises critico-reflexivas, que permitiram a aquisição de conhecimentos e uma visão alargada das diferentes perspetivas existentes.</p>

<p>e) Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização;</p> <p>Existiu a necessidade de realizar pesquisa para aquisição de conhecimentos científicos mais atualizados na área de especialização, permitindo oferecer cuidados de enfermagem de alta qualidade a população em questão. Esta pesquisa foi essencial para a realização de todas as etapas do planeamento em saúde para serem alcançados resultados significativos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população.</p>
<p>f) Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;</p> <p>Ao longo do estágio existiram partilhas/discussões com o professor orientador e tutoras onde foram realizadas análises crítico-reflexivas sobre o resultado das pesquisas realizadas. Foi realizada também uma apresentação do diagnóstico de situação ao professor orientador e tutoras onde houve partilha de problemas e futuras mudanças na área em questão.</p>
<p>g) Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização;</p> <p>Com foco na resolução dos problemas e no atingimento da meta proposta, a estudante ultrapassou alguns dos obstáculos que foram surgindo. Após a aplicação do formulário de recolha de dados e durante o processo de priorização, foram identificadas falhas no questionário, o que levou à necessidade de criação de um questionário complementar.</p>
<p>h) Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;</p> <p>Todo o projeto foi sustentado na evidência científica atual. Foram realizados todos os procedimentos necessários tendo em conta os requisitos legais e éticos.</p>
<p>i) Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;</p> <p>A utilização da metodologia do Planeamento em Saúde permitiu intervir na comunidade escolar. Foi possível a obtenção de dados relevantes para a prática clínica, nomeadamente na identificação de um diagnóstico de situação assim como no planeamento de intervenções que dão resposta às necessidades identificadas.</p>
<p>j) Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;</p> <p>Considerando o desenvolvimento da população, do meio onde esta se insere, os avanços da tecnologia e todo o conhecimento disponível, as necessidades da população alteram-se. Com isso, surgem novas e diferentes desafios à saúde que requerem respostas mais exigentes dos profissionais de saúde. A pesquisa desempenha um papel fundamental ao iniciar o processo de adaptação das práticas dos enfermeiros para atender às necessidades específicas da população. Os Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (EEESCSP) têm uma posição primordial na procura e identificação de soluções para as novas necessidades dos indivíduos.</p>

<p>k) Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização;</p> <p>Neste relatório é abordado apenas um dos problemas identificados. No entanto, a equipa tem conhecimento sobre as restantes necessidades identificadas, o que possibilita o trabalho e a exploração mais aprofundada destas necessidades. Desta forma, é dada a oportunidade de fazer novas investigações e, desta forma, aprimorar os cuidados prestados à população alvo.</p>
<p>l) Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;</p> <p>Durante todo o projeto foram utilizadas estratégias de comunicação terapêutica lecionadas na licenciatura bem como as adquiridas ao longo da experiência profissional. Estas estratégias foram alterando entre a equipa multidisciplinar e a comunidade escolar, de forma que a informação chegasse a todos de forma mais perceptiva possível.</p>
<p>m) Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;</p> <p>Ao longo do estágio, mantive uma postura adequada perante a equipa multidisciplinar e interdisciplinar, respeitando as dinâmicas da equipa, construindo uma relação empática com os profissionais.</p>
<p>n) Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização;</p> <p>Gestão no desenvolvimento do projeto relacionado com o tema a desenvolver na comunidade escolar, criando um formulário de recolha de dados, definindo diagnósticos e sugerindo intervenções.</p>
<p>o) Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;</p> <p>O desenvolvimento pessoal foi conseguido através das Orientações tutoriais e os seminários do curso, foi também possível apresentar à equipa de enfermagem da unidade o projeto e os resultados obtidos.</p>
<p>p) Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade;</p> <p>Foram partilhadas com as enfermeiras tutoras as necessidades identificadas.</p>
<p>q) Promover formação em serviço na área da especialização;</p> <p>Ao longo do estágio, não foi possível realizar formação em serviço de forma a apresentar os resultados obtidos devido a alterações nas equipas da UCC.</p>
<p>r) Colaborar no processo de integração de novos profissionais;</p> <p>Esta competência não foi desenvolvida durante a realização do estágio.</p>

<p>s) Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;</p> <p>Esta competência foi desenvolvida ao longo do estágio, com partilha/ discussão com professor orientador e tutoras.</p>
<p>t) Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização;</p> <p>Ao longo da realização deste relatório foi implementado um projeto segundo a metodologia do planeamento em saúde, implicando toda a sua planificação, tendo em conta a gestão de tempo. No início do estágio foi criado um cronograma.</p>
<p>u) Manter, de forma continua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;</p> <p>A aprendizagem foi continua e gradual com o apoio do professor orientador e das tutoras, existindo uma parte de trabalho autónomo que contribui para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.</p>
<p>v) Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;</p> <p>Esta competência não foi desenvolvida durante a realização do estágio.</p>
<p>w) Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização.</p> <p>Durante o estágio foram zelados os cuidados de enfermagem prestados.</p>
<p>Competências do Especialista em Enfermagem Comunitária</p>
<p>Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;</p> <p>A realização deste projeto teve por base a metodologia do planeamento em saúde, sendo a primeira etapa o diagnóstico de saúde, o que permitiu a avaliação do estado de saúde dessa comunidade.</p>
<p>Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;</p> <p>Foram desenvolvidas diferentes intervenções para a população em estudo.</p>
<p>Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;</p> <p>O tema deste projeto teve em conta o Programa Nacional de Saúde Escolar “Hábitos de sono e repouso”.</p>
<p>Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.</p> <p>Esta competência foi desenvolvida através da realização do diagnóstico em saúde relacionados com a comunidade escolar.</p>

CONCLUSÃO

O processo de aprendizagem constitui uma oportunidade enriquecedora que permite aprofundar conhecimentos teóricos e desenvolver novas competências.

A qualidade de vida das comunidades na área da saúde pode ser conseguida e incentivada através de ações que facilitem a aprendizagem e obtenção de competências, que possibilitem implementar o seu próprio processo de mudança nesse sentido.

A prevenção da doença e promoção da saúde relativamente ao sono pediátrico deve ter em conta que uma criança pressupõe uma família como também as diferentes culturas e hábitos das famílias, de modo a prevenir impactos negativos no sono e na saúde das crianças. É importante reconhecer que crianças e adolescentes que adotam hábitos de sono saudáveis têm maior probabilidade de se tornarem adultos sem este tipo de patologias, para tal, devemos ter em conta todos os aspetos que possibilitem uma infância e adolescência com hábitos de vida saudáveis.

Na sociedade atual, todos os estímulos aos quais as crianças estão expostas contribuem para uma menor disponibilidade para dormir, sabendo-se que, atualmente, dormem menos que nas gerações anteriores e que este tempo de sono insuficiente gera consequências para a saúde no presente e no futuro; torna-se importante identificar onde se deve intervir e planear intervenções a nível comunitário.

No presente relatório pode-se compreender a importância do papel do EEESCSP, integrado numa UCC, assumindo uma posição privilegiada na gestão de cuidados à comunidade.

A realização deste estágio permitiu a consolidação de muitas competências e a aquisição de muitas outras que enriquecem a sua experiência pessoal e profissional. As competências adquiridas e consolidadas vão desde o planeamento em saúde até a comunicação interpessoal que se tornaram os aspetos mais essenciais para o desenvolvimento do estágio.

Este relatório tornou-se uma ferramenta importante para reunir todo o processo e conhecimento desenvolvido durante este período baseado nas fases do planeamento

em saúde, tendo-se materializado em diagnósticos identificados, intervenções e estratégias de ação definidas e resultados obtidos.

Durante a implementação da intervenção delineada, existiu contribuição para a capacitação da população alvo. Após a implementação e reavaliação dos resultados foi possível observar melhorias na maioria dos indicadores definidos previamente.

Desta forma, os objetivos propostos para a realização deste trabalho foram alcançados, pois foi apresentado um diagnóstico de situação e as possíveis intervenções face a essas necessidades. Por fim, foi realizada uma análise crítico-reflexiva das competências adquiridas ao longo do percurso do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Em termos de limitações identifiquei a conciliação do trabalho acadêmico com o profissional e pessoal.

Como sugestões de melhoria para o projeto no futuro identifiquei:

- Para o diagnóstico da situação, caracterizar os hábitos de sono dos encarregados de educação e as dinâmicas familiares;
- Realizar sessões de educação para os EE;
- Realizar formação dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários, pois possibilita a identificação precoce de problemas de saúde, promovendo a intervenção e a melhoria da qualidade de vida da população. Esta atuação mostra-se excelente nos Cuidados de Saúde Primários para aumentar os conhecimentos e a consciencialização dos pais.

BIBLIOGRAFIA

- Arriaga, C., Brito, S., Gaspar, P., & Luz, A. (2015). Hábitos e Perturbações do Sono: Caracterização de uma Amostra Pediátrica na Comunidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*.
- Bathory, E., & Tomopoulos, S. (2016). 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*.
- Carter, K. A., Hathaway, N. E., & Lettieri, C. F. (2014). *Common Sleep Disorders in Children*. American Family Physician.
- David, A. (17 de 01 de 2024). *Por que o sono é importante para a saúde?* Obtido de Associação Portuguesa de Sono: <https://apsono.com/pt/noticias/noticias-do-sono/24-noticias/noticias-do-sono/380-por-que-o-sono-e-importante-para-a-saude>
- Decreto-Lei n.º 71/2019. (2019). *Altera o regime da carreira especial de enfermagem, bem como o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde - Artigo 10.º-B*.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional Saúde Escolar*. Portugal: Ministério da Saúde.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Halal, C., & Nunes, M. (2014). Education in children's sleep hygiene: which approaches are effective? A systematic review. *Jornal de Pediatria*.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1983). *Metodologia do planeamento em saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- LeBourgeois, M., Giannotti, F., Cortesi, F., Wolfson, A. R., & Harsh, J. (2005). The Relationship Between Reported Sleep Quality and Sleep Hygiene in Italian and American Adolescents. *Pediatrics*.

- Lee-Chiong, T. (2008). Cap. 13 Sleep In Infants, Children and Adolescents. Em T. Lee-Chiong, *Sleep Medicine: Essentials and Review*. Oxford University Press.
- 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*. Porto: Nascer e Crescer.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*.
- Owens, J. (2005). *Epidemiology of Sleep Disorders during Childhood*. Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine.
- Owens, J., Spirito, A., Mcguinn, M., & Hart, C. N. (2000). *Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children*. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics.
- Paiva, T., & Penzel, T. (2011). *Centro de Medicina do Sono- Manual Prático*. Lidel.
- Parreira, A. F. (2017). *Validação Clínica do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças (CSHQ-PT) dos 2 aos 10 anos*. Lisboa: ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- 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. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*.
- Schwartz, J., Bottorff, J., & Richardson, C. (2014). *Secondhand smoke exposure, restless sleep, and sleep duration in adolescents*. Sleep Disord.
- Silva, E. M., Simões, P. A., Macedo, M. C., Duarte, J. C., & Silva, D. M. (2018). Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*.
- Silva, F. G., Silva, C. R., Braga, L. B., & Neto, A. S. (2013). *Portuguese Children's Sleep Habits Questionnaire - validation and cross-cultural comparison*. Jornal de Pediatria.
- Silva, F. M. (2014). *Hábitos e problemas do sono das crianças dos 2 aos 10 anos*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

- Silva, H. C. (2012). *Adaptação e Validação do Children Sleep Habits Questionnaire e do Sleep Self Report para Crianças Portuguesas*. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Spruyt, K., & Gozal, D. (2011). *Development of pediatric sleep questionnaires as diagnostic or epidemiological tools: a brief review of dos and don'ts*. Sleep Medicine Reviews.
- Streiner, D., Norman, G., & Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A Practical Guide To Their Development and Use*. 4ª Ed. Oxford University Press.
- Tavares, A. M. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Universidade Católica Portuguesa. (2023). *GUIA Estágio Final e Relatório Saúde Comunitária: Vigilância e decisão clínica*.




APÊNDICES

Apêndice 1 - Questionário sobre o teu sono

Rotina diária

1. Após saíres da escola tens alguma atividade que te ocupe o tempo regularmente? - exemplo: praticar algum desporto
Sim Não
2. Costumas a ir para a cama logo após ingerires a refeição do jantar?
Raramente Às vezes Habitualmente
3. É costume ires para a cama com a sensação de que comeste demasiado? - "Estou cheio"
Raramente Às vezes Habitualmente
4. É costume ires para a cama com a sensação de fome?
Raramente Às vezes Habitualmente
5. É costume beberes refrigerantes ao jantar?
Raramente Às vezes Habitualmente
6. É costume comeres doces antes de ir dormir?
Raramente Às vezes Habitualmente

Uso de Tecnologias

1. Tens televisão no quarto onde dormes?
Sim Não
 Adormeces a ver televisão?
2. Utilizas o computador/videojogos antes de dormir?
Raramente Às vezes Habitualmente
 Até que horas?
3. Utilizas o telemóvel/tablet antes de dormir?
Raramente Às vezes Habitualmente
 Até que horas?

Hábitos antes de dormir

1. O que é que fazes antes de ir para a cama?

2. O que é para ti um bom final de dia?

3. Durante a semana deitas-te todos os dias à mesma hora?
Raramente Às vezes Habitualmente

3.1. A que horas? ___ h ___ m

Durante a noite

1. Na tua casa, tens uma cama só para ti?

Sim

Não



Onde dormes? _____

Dormes sozinho/a?

Raramente

Às vezes

Habitualmente

2. Tens medo do escuro?

Sim

Não



Vais para a cama dos teus pais devido a esse medo?

Sim

Não

3. Acordas durante a noite?

Raramente

Às vezes

Habitualmente



Voltas a adormecer sozinho/a?

Raramente

Às vezes

Habitualmente

Vais dormir para a cama dos pais?

Raramente

Às vezes

Habitualmente

4. Utilizas luz de presença no quarto?

Sim

Não

Apêndice 2 – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Código: _____

Eu, Encarregado de Educação ou Responsável Legal do menino(a) _____, depois de ter lido o consentimento informado apresentado abaixo, aceito que participe neste estudo sobre o sono infantil desenvolvido pela _____, com a participação da Enfermeira _____

Foi-me referido que os dados serão tratados de forma absolutamente confidencial e que a participação é voluntária, podendo desistir a qualquer altura. O contacto dos autores foi-me fornecido para qualquer esclarecimento adicional.

_____, ____ de _____ de _____

O Encarregado de Educação, _____

.....

(Esta parte da folha é para si)

Caros Pais e Encarregados de Educação,

O sono é uma necessidade vital para todas as pessoas. Para garantir o seu desenvolvimento saudável é muito importante conhecer as necessidades habituais de sono para cada etapa do seu desenvolvimento e o que contribui para formar bons hábitos de sono desde muito cedo.

Este trabalho faz parte de um projeto de _____ com a colaboração da enfermeira _____, estudante de Mestrado em Enfermagem _____ A sua participação é facultativa. Acreditamos que, com o seu contributo, este estudo irá facilitar a identificação e investigação das perturbações do sono das crianças.

A sua participação consistirá no preenchimento desta autorização e do questionário em anexo, que demora apenas alguns minutos a preencher. Todos os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial.


Se precisar de algum esclarecimento adicional, poderá entrar em contacto:

Porto, 20 de Outubro de 2023

Apêndice 3 – Powerpoint “Deitar cedo e cedo erguer, dá saúde e faz crescer”

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Deitar cedo e cedo erguer, dá saúde e faz crescer



Carolina Almeida Baptista, 30/03/2022

O que é o sono?

É um estado de repouso indispensável para a recuperação física e mental, com impacto na saúde, bem-estar e qualidade de vida.

O sono é regulador e de qualidade quanto dura as horas necessárias conforme a idade e quando ocorre sem despertares, permitindo-nos acordar descansados.

Fases do Sono

CICLO DO SONO



- Enquanto dormimos, o nosso cérebro mantém-se ativo.
- Desempenha-se por várias fases que se organizam em ciclos. O ciclo do sono repete-se 4 a 5 vezes numa noite, sendo cada ciclo a duração de 90-120 minutos.
- Cada ciclo do sono divide-se em:
 - Sono REM, a fase que tem a maior duração e que surge primeiro.
 - Sono REM, a mais fase que ocorrem as sonhos e a renovação do organismo.


Porquê que o Sono é importante?

- O sono é importante em qualquer fase da vida, sobretudo para crianças.
- É durante o sono que o nosso corpo repousa e começa a fazer a sua magia:
 - Ajuda-te a crescer e ficares mais forte;
 - Ajuda-te na memória e aprendizagem;
 - Repõe as tuas energias.

Todos nós precisamos de dormir as mesmas horas?

Recomendações:

- bebés entre os 4 e os 12 meses: 12 a 16 horas por dia (incluindo sesta)
- crianças entre 1 e 2 anos: 11 a 14 horas por dia
- crianças dos 3 aos 5 anos: 10 a 13 horas por dia
- crianças dos 6 aos 12 anos: 9 a 12 horas por dia
- adolescentes dos 13 aos 18 anos: 8 a 10 horas por dia



Tens medo do escuro?

Porquê que temos medo do escuro?

- Uma das principais causas do aparecimento do medo do escuro está relacionado com a capacidade imaginativa das crianças.
- Na escuridão a mente foca-se no mundo imaginário que transmite imagens que por vezes não se consegue controlar.

Porquê que temos medo do escuro?

- As crianças tendem a distinguir as formas que conseguem distinguir no escuro ou as suas representações mentais, de modo a identificar nelas imagens assustadoras.
- Um casaco pendurado num cabide ou numa porta pode assumir a forma de um monstro ou de um fantasma.
- Uma criança ansiosa pode ter tendência para projetar aquilo que vê ou que imagina, os seus medos reais.



Quais são as consequências de um mau sono diário?

-  diminuição na concentração
-  dificuldades na memória e aprendizagem
-  comportamento hiperativo
-  tristeza e ansiedade
-  sonolência diurna
-  Agitação e birras



O que devemos fazer para dormir bem?



- Criar um ambiente sereno e confortável no quarto:
- Manter o quarto escuro e silencioso;
 - Ter uma cama e almofada confortáveis.



- Criar uma rotina antes de dormir (banho quente, lavar os dentes, ir para o quarto, ler um livro, etc.);
- Ter um horário regular para te deitares e levantares (não deves ter mais de 1 hora de intervalo entre os dias de escola e fim-de-semana);



- Para ganhares autonomia deves aprender a **adormecer sozinho/a**, assim deves deitar-te na tua cama acordado/a e não já a dormir;
- Podes utilizar um **boneco** ou uma **manta** para te sentires seguro/a sem a presença dos pais.



O que não deves fazer antes de ir dormir?



- Evitar **vestas** durante o dia;
- Evitar **atividades estimulantes**;
- Não deves utilizar **televisão, telemóvel/ tablet** ou **videojogos** (pelo menos 1 hora antes de deitares);
- Evitar certos alimentos antes de te deitares (**alimentos com excesso de açúcar e refrigerantes**);



Apêndice 4 - Plano de sessão de educação para a saúde “Deitar cedo e cedo erguer, dá saúde e faz crescer”

Formadores: Enfermeira [REDACTED] e Estudante [REDACTED]

Data: 15 de dezembro de 2023

Horário: 11h30

Duração da sessão: 60 minutos

População alvo: Crianças [REDACTED]

Tema da sessão de formação: Hábitos de sono saudáveis

Objetivo geral da sessão de formação: Aumentar a literacia das crianças sobre hábitos de sono saudáveis.

Objetivos específicos:

- Promover a aquisição de conhecimentos sobre o sono e as suas características;
- Desmistificar o medo do escuro;
- Alertar para as consequências de um mau sono diário;
- Sensibilizar para a importância da adoção de bons hábitos de sono.

Fases	Tempo previsto (min)	Conteúdos	Estratégias/ Meios técnicos	Métodos	Avaliação
Introdução	15	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação das formadoras;• Aplicação do questionário inicial;• Apresentação do tema.			
Desenvolvimento	30	<ul style="list-style-type: none">• O sono;• Fases do sono;• A importância do sono;• Número de horas de sono por faixa etária;• Medo do escuro;• Consequências da privação do sono;• Estratégias para melhorar a qualidade do sono.	<ul style="list-style-type: none">• Uma mesa;• Um computador;• Um projetor;• Apresentação Powerpoint.	<ul style="list-style-type: none">• Expositivo;• Participativo;• Interrogativo.	Aplicação de um questionário inicial e final.
Conclusão	15	<ul style="list-style-type: none">• Esclarecimento de dúvidas;• Aplicação do questionário final.			

Apêndice 5 – Questionário Intervenção

VAMOS PERCEBER O QUE É QUE SABES SOBRE O SONO?

1. Uma boa noite de sono ajuda o nosso corpo a descansar?

Verdadeiro Falso

2. Devemos dormir quando está de dia?

Verdadeiro Falso

3. O nosso sono é diferente ao longo da noite?

Verdadeiro Falso

4. O sono é importante para crianças e adultos?

Verdadeiro Falso

5. As crianças entre os 6 e os 12 anos devem dormir entre 8-9 horas por noite?

Verdadeiro Falso

6. Dormir bem ajuda-nos a aprender melhor?

Verdadeiro Falso

7. Jogar telemóvel 30 minutos antes de dormir não interfere com o sono?

Verdadeiro Falso

8. Devemos comer doces antes de dormir?

Verdadeiro Falso

