

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA COM RELATÓRIO

QUALIDADE DO SONO E TEMPO DE EXPOSIÇÃO A ECRÃS

CONTRIBUTOS DA SAÚDE ESCOLAR EM CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

Patrícia De Jesus Rodrigues Canário

ORIENTAÇÃO

Professora Teresa do Rosário Teixeira Maques Dionísio Mestre

Beja, Julho de 2025



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA COM RELATÓRIO

QUALIDADE DO SONO E TEMPO DE EXPOSIÇÃO A ECRÃS

CONTRIBUTOS DA SAÚDE ESCOLAR EM CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

Patrícia De Jesus Rodrigues Canário

RELATÓRIO DE ESTÁGIO APRESENTADO AO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM, ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

ORIENTAÇÃO

Professora Teresa do Rosário Teixeira Maques Dionísio Mestre

Beja, Julho de 2025

QUALIDADE DO SONO E TEMPO DE EXPOSIÇÃO A ECRÃS

CONTRIBUTOS DA SAÚDE ESCOLAR EM CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

Patrícia De Jesus Rodrigues Canário

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Arguente: Professora Doutora Anabela Pereira Coelho

Orientador: Professora Mestre e Especialista Teresa do Rosário Teixeira Maques Dionísio Mestre

Data: 08 de julho de 2025

”Os enfermeiros são peritos em humanidade”.

Papa Francisco

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que de alguma forma fizeram parte deste meu percurso e contribuíram para a minha aprendizagem, nomeadamente Professores, Colegas de mestrado e Enfermeiros.

Em especial à minha orientadora Professora Teresa Mestre, por toda a orientação, conhecimentos transmitidos, apoio, motivação e disponibilidade em todas as fases destes estágios e projeto.

Às minhas Enfermeiras Supervisoras da UCC e da USP, pela disponibilidade, experiência, conhecimentos, amabilidade e apoio transmitido no decorrer dos estágios realizados, e que indiscutivelmente valorizaram e nortearam o projeto implementado.

À equipa da UCC e da USP que me recebeu, acolheu e colaborou com afetuosa agradabilidade.

À SOMINCOR pelo interesse e envolvimento na parceria estabelecida.

Aos meus Colegas de trabalho e ao Enfermeiro Gestor por todas as facilidades ao longo deste percurso.

Aos meus Pais, Irmãos e Sobrinhos por acreditarem sempre em mim.

Ao meu Namorado, por ser o meu porto de abrigo, pelo seu apoio permanente, pela compreensão, pela paciência, por acreditar em mim e pela motivação durante esta caminhada.

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

RESUMO

O tempo de ecrã em excesso oferece, atualmente, preocupações crescentes sobre os potenciais efeitos negativos para a saúde das crianças, nomeadamente no que respeita ao sono das mesmas.

Foi instituído um projeto de intervenção comunitária ancorado na Metodologia do Planeamento em Saúde e enquadrado nas unidades curriculares, Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Estágio Final, do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Desenvolveu-se no âmbito da Saúde Escolar, dirigido a crianças em idade pré-escolar, e assumiu como principal objetivo capacitar as crianças em idade pré-escolar de um concelho do Baixo Alentejo e seus pais/ Encarregados de Educação, para o controlo do tempo de exposição a ecrãs como forma de promover a qualidade do sono na infância. Foi realizado um estudo descritivo, através da aplicação de dois questionários, "As Crianças e os Ecrãs" e o "*Children's Sleep Habits Questionnaire*". Obtivemos uma amostra com crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 7 anos, sendo que a maioria (31%) tinha 4 anos. As crianças entre os três e os cinco anos dormem em média 09 horas e 57 minutos por noite. 51% das crianças apresenta algum tipo de dispositivo no quarto, a maioria das crianças passam mais de uma hora por dia expostas aos ecrãs.

Pretende-se retratar a evolução dos estágios e as competências adquiridas. Os estágios contribuíram para o desenvolvimento profissional, sustentando-se no perfil de competências específicas do enfermeiro especialista e nas competências inerentes à aquisição do grau de mestre.

Palavras-chave: Crianças; Enfermagem comunitária; Exposição a ecrãs; Saúde escolar; Sono.

ABSTRACT

Excessive screen time currently raises growing concerns about the potential negative effects on children's health, particularly regarding their sleep.

A community intervention project was established, anchored in the Health Planning Methodology and framed within the curricular units, Community and Public Health Nursing Internship and Final Internship, of the master's in nursing with a specialization in Community and Public Health Nursing. It was developed in the context of School Health, targeting preschool-aged children, and its main objective was to empower preschool children from a municipality in Lower Alentejo, along with their parents/guardians, to control screen exposure time as a means of promoting sleep quality in childhood. A descriptive study was conducted using two questionnaires: 'Children and Screen" and the "Children's Sleep Habits Questionnaire". The sample included children aged between 3 and 7 years, with the majority (31%) being 4 years old. Children between the ages of three and five sleep an average of 9 hours and 57 minutes per night. 51% of the children have some type of device in their bedroom, and most children spend more than an hour per day exposed to screens.

The goal is to illustrate the evolution of the internships, and the skills acquired. The internships contributed to professional development, based on the specific competency profile of the specialist nurse and the competencies inherent to obtaining a master's degree.

Keywords: Children; Community nursing; School health; Screen time; Sleep.

ÍNDICE

Agradecimentos V
Resumo VI
Abstract VII
1 Introdução 15
2 Enquadramento Teórico 18
2.1 As Crianças em Idade Pré-Escolar 18
2.1.1 A Infância e a Exposição a Ecrãs 21
2.1.2 O Sono nas Crianças 25
2.1.3 A Influência da Exposição a Ecrãs no Sono das Crianças 30
2.2 Promoção da Saúde 32
2.2.1 O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender 33
3 A Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública 40
4 Projeto de Intervenção Comunitária segundo a Metodologia do Planeamento em Saúde 42
4.1 Metodologia do Planeamento em Saúde 42
4.1.1 Considerações Éticas 43
4.1.2 Metodologia da Análise dos Dados 45
4.2 Diagnóstico de Situação 46
4.2.1 Caracterização dos Locais de Estágio 46
4.2.2 Caracterização Epidemiológica 49
4.2.3 População-Alvo e Amostra 50
4.2.4 Instrumentos de Recolha de Dados 51
4.2.5 Apresentação e Análise dos Resultados 52
4.2.6 Identificação dos Problemas 67
4.3 Determinação de Prioridades 69
4.4 Definição/ Fixação de Objetivos 70
4.5 Seleção de Estratégias 72
4.6 Preparação Operacional 74
4.6.1 Fundamentação das Intervenções/ Atividades 79
4.6.2 Entidades e Parcerias Envolvidas 81
4.6.3 Recursos Humanos, Materiais e Físicos 82
4.6.4 Análise da Estratégia Orçamental 82

4.6.5 Cronograma de Atividades 83
4.6.6 Comuniação e Divulgação do Projeto 85
4.7 Monitorização e Avaliação do Projeto 85
5 Análise das Competências Desenvolvidas 94
5.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 94
5.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública 96
5.3 Competências do Grau de Mestre 99
6 Conclusão 101
7 Referências Bibliográficas 104
Anexos 116
Anexo A-Parecer da Comissão de Ética para a Saúde 118
Anexo B- Autorização da Direção do Agrupamento Escolar 120
Anexo C- Questionário 1- "As Crianças e os Ecrãs" de Pais (2021) 122
Anexo D- Autorização do Autor do Questionário 1 127
Anexo E- Questionário 2- CSHQ de Silva (2011) 129
Anexo F- Autorização do Autor do Questionário 132
Apêndices 133
Apêndice A- CILE 134
Apêndice B- Oficina "*Offline* para Bem Dormir e Bem Crescer' 138
Apêndice C- Jogo "*Offline* para Dormir e Bem Crescer' 140
Apêndice D- "Guia do Sono para Pais" 142
Apêndice E- Logotipo do Projeto 145
Apêndice F- Autocolante "*Offline* para Bem Dormir e Bem Crescer " 147
Apêndice G- *Flyer* Diagnóstico de Situação 149
Apêndice H- "A História da Maria e do Tomás" 151
Apêndice I- *Flyer* Avaliação das Atividades 153
Apêndice K- Certificado Apresentação do Poster no 1º Encontro de Unidades na Comunidade do Alentejo Central 155
Apêndice L- Formação aos Profissionais da UCC 157
Apêndice M- Trípticos e outros Materiais 159
Apêndice N- Certificados de Participação *Webinares* 164

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide de Maslow 26
Figura 2: Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender 33
Figura 3: Adaptação do Modelo Ecológico de Bronfenbrenner no desenvolvimento da criança 37
Figura 4: Cronograma de atividades 83

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Objetivo 1, Metas, Indicadores e Avaliação 86
Quadro 2: Objetivo 2, Metas, Indicadores e Avaliação 87
Quadro 3: Objetivo 3, Metas, Indicadores e Avaliação. 87
Quadro 4: Objetivo 4, Metas, Indicadores e Avaliação 88
Quadro 5: Objetivo 5, Metas, Indicadores e Avaliação 89
Quadro 6: Objetivo 6, Metas, Indicadores e Avaliação 91

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Estado civil dos pais/ EE 53
Tabela 2: Habilitações literárias da mãe 53
Tabela 3: Habilitações literárias do pai 53
Tabela 4: Hora de deitar e acordar das crianças 54
Tabela 5: Cotações totais do CSHQ da população-alvo 55
Tabela 6: Cotações do CSHQ por género 55
Tabela 7: Cotações do CSHQ por idade 55
Tabela 8: Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ em relação à "Hora de deitar" 56

Tabela 9: Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ em relação ao "Comportamento durante o Sono" 57
Tabela 10: Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ em relação às "Parassónias" 58
Tabela 11: Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ em relação às "Perturbações respiratórias"..... 60
Tabela 12: Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ em relação "Acorda durante a Noite" 60
Tabela 13: Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ em relação a "Acordar de Manhã" 61
Tabela 14: Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ-PT em relação a "Sonolência da criança"..... 62
Tabela 15: Atividades fora do horário escolar (horas por semana). 63
Tabela 16: Tempo gasto por semana em atividade física de acordo com a idade..... 63
Tabela 17: Presença de dispositivos digitais no quarto. 64
Tabela 18: Presença de dispositivos digitais no lar 64
Tabela 19: Utilização dos dispositivos de acordo com a idade da criança, durante a semana……65
Tabela 20: Utilização dos dispositivos de acordo com a idade da criança, ao fim-de-semana..... 66
Tabela 21: Frequência de utilização das tecnologias digitais pelos pais/EE..... 66
Tabela 22: Finalidade com que os pais/ EE utilizam a tecnologia..... 66
Tabela 23: Classificação dos problemas identificados, segundo a escala de medida linear..... 69
Tabela 24: Definição das metas ou objetivos operacionais. 71
Tabela 25: Tabela preparação operacional 75
Tabela 26: Previsão orçamental 82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APP- Academia Americana de Pediatria

ARSA- Administração Regional de Saúde do Alentejo

CILE- Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

CSHQ- *Children's Sleep Habits Questionnaire*

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção Geral da Saúde

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados

ECL- Equipa de Coordenação Local

ESCSP- Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ECSCPal -Elo de ligação à Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados

EE- Encarregado de Educação

FA- Frequência Absoluta

FR- Frequência Relativa

IP- Intervenção Precoce

IPBeja- Instituto Politécnico de Beja

PIC- Projeto de Intervenção Comunitária

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNSE- Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RES- Referencial de Educação para a Saúde

RSI- Rendimento Social de Inserção

SPNP- Sociedade Portuguesa de Neuropediatria

SPP- Sociedade Portuguesa de Pediatria

SINAVE- Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SUB- Serviço de Urgência Básico

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

UC- Unidade Curricular

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSBA- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

USP- Unidade de Saúde Pública

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNESCO- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

USF- Unidade de Saúde Familiar

USP- Unidade de Saúde Pública

WHO- *World Health Organization*

1 INTRODUÇÃO

No âmbito do 8º curso do Mestrado em Enfermagem em Associação no Instituto Politécnico de Beja (IPBeja) na área de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (ESCSP) foi solicitada a realização do presente relatório, que reflete o trabalho realizado no primeiro estágio, estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que decorreu de 13 de maio de 2024 a12 de junho de 2024, realizado na Unidade de Saúde Pública (USP) da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) e do estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório, que decorreu no período de 16 de setembro de 2024 a 31 de janeiro de 2025, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um concelho do Baixo Alentejo.

O objetivo deste relatório é descrever e analisar as atividades e aprendizagens desenvolvidas nos estágios, demonstrando as competências desenvolvidas ao longo dos períodos de estágio, o que permitirá concluir o ciclo formativo na área da ESCSP, com o intuito dos mestrandos adquirirem o grau académico de Mestre em Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em ESCSP.

A aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas na área de especialização de ESCSP e do grau de mestre são objetivos do presente curso de Mestrado em Enfermagem, assim durante os estágios desenvolvidos, foi elaborado um projeto de intervenção comunitária (PIC) denominado de "*Offline* para bem dormir e bem crescer: Qualidade do sono e o tempo de exposição a ecrãs - contributos da saúde escolar em crianças em idade pré-escolar" que teve como finalidade capacitar as crianças em idade pré-escolar e os seus pais/ Encarregados de Educação (EE) para o controlo do tempo de exposição a ecrãs e promoção da qualidade do sono, numa escola de educação pré-escolar do Baixo Alentejo até ao final do ano letivo 2024/2025.

A pertinência da realização deste projeto foi justificada pelos problemas da população-alvo identificados através do diagnóstico de situação e sustentada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) da Direção Geral da Saúde (DGS) e no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (DGS, 2015).

Num período em que a necessidade de viver tudo a uma velocidade sem precedentes é imensa, onde tudo parece exigir uma resposta imediata e deve ser experienciado agora, tornamo-nos prisioneiros dos ecrãs. Perdemos a capacidade de nos guiar pelo instinto e passamos a ser influenciados por um mundo tecnológico que é urgente e pouco atento. A globalização teve um impacto positivo nas nossas vidas e em todos nós. As inovações tecnológicas têm-se tornado cada vez mais acessíveis, com o

contato com essas ferramentas ocorrendo em idades cada vez mais precoces. Nas últimas décadas, a quantidade de dispositivos com ecrã aumentou significativamente, resultando em uma maior utilização por crianças e jovens (Rodrigues et al., 2020; Rocha & Nunes, 2022). Esses ecrãs (computadores, televisores, *tablets, smartphones* e consolas) tornaram-se uma parte integrante do quotidiano, sendo vistos como fontes de informação, entretenimento e comunicação (Parente et al., 2020).

Atualmente o aumento da exposição das crianças a estes ecrãs é preocupante. Este aumento da exposição levanta preocupação sobre as possíveis consequências prejudiciais que daí possam advir, como o aumento do sedentarismo, da obesidade infantil, da deterioração das competências sociais, da interação familiar, do desempenho escolar, da alteração dos padrões de sono e possíveis alterações da saúde mental (Silva, et al., 2018; Rodrigues et al., 2020; Rocha & Nunes, 2022).

O sono é reconhecido como um determinante de saúde crucial que contribui para o desenvolvimento da criança e para o bem-estar das famílias (Neves, 2021). Os distúrbios do sono são considerados um grave problema de saúde pública no mundo atual (Neves, 2021; *National Sleep Foundation*, 2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para que as crianças cresçam com saúde, estas precisam de se sentar menos e brincar mais (*World Health Organization* (WHO), 2019). No ano 2019 a OMS difundiu novas diretrizes sobre a atividade física, comportamento sedentário e sono para crianças com menos de 5 anos. As recomendações foram emanadas por especialistas que após avaliarem o efeito do sono inadequado, do tempo gasto das crianças com ecrãs, sentadas ou contidas em cadeiras e carrinhos de bebé, chegaram à conclusão que é fundamental estimular a atividade física, reduzir o tempo de sedentarismo e providenciar um sono de qualidade, de forma a promover a saúde física e mental e prevenir doenças como a obesidade infantil (WHO, 2019).

O PNSIJ destaca o sono como um dos cuidados antecipatórios durante toda a idade pediátrica (DGS, 2013), no entanto, os cuidados promotores do sono não têm constituído uma prioridade nos cuidados de enfermagem. Nos dias de hoje, a perceção que o ambiente externo e a própria vida social podem influenciar negativamente o sono é notória (Trindade & Ramos, 2020), tornando-se essencial o cuidado ao sono ao longo de toda a vida.

Este relatório encontra-se assim, dividido em sete capítulos, inicia-se com a presente introdução onde se faz um breve enquadramento do problema e se definem os objetivos. Seguidamente apresenta-se o enquadramento teórico, onde é feita a fundamentação concetual da nossa problemática e o referencial teórico que suportou o projeto: o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender et al., 2015). O capítulo seguinte, descreve o enquadramento da área de Especialização: a ESCSP. O quarto capítulo apresenta a metodologia que alicerçou a construção do projeto, 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 desenvolvimento e implementação do projeto. No quinto capítulo consta uma análise das competências adquiridas, seguido do capítulo da conclusão, e por fim, no último capítulo as referências bibliográficas.

O presente trabalho sustentou-se de bibliografia preferencialmente recente (menos de 10 anos), recorrendo, essencialmente, a livros, artigos científicos (através de plataformas eletrónicas válidas) e outros trabalhos académicos (através de repositórios). Este foi desenvolvido segundo as normas para a elaboração de trabalhos académicos produzidos no IPBeja (Sepanas et al., 2024), sendo redigido segundo o acordo ortográfico em vigor, à exceção da bibliografia consultada anterior ao mesmo.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os desafios enfrentados pela enfermagem, que se tornam cada vez mais vastos e complexos, estão intimamente relacionados tanto com as mudanças no setor da saúde quanto com as transformações sociais e culturais em escala global (Mendes, 2009).

Com o enquadramento teórico, segundo Fortin (2009), pretende-se apresentar o estado da arte relativo ao problema a investigar, sendo que para tal é fundamental realizar uma pesquisa documental extensa sobre o domínio de investigação escolhido bem como dos seus conceitos definidores.

De encontro ao referido, no enquadramento teórico serão abordados os principais conceitos, encontrando- se este dividido em dois capítulos que se subdividem em cinco subcapítulos. No primeiro capítulo começamos por fazer a caracterização global da criança dos três aos seis anos, o seu crescimento e desenvolvimento, esta parte desdobra-se em três subcapítulos, que abordam a infância a exposição a ecrãs, onde iremos expor os efeitos da sua utilização e as recomendações para uma utilização adequada de ecrãs das crianças em idade pré-escolar; e o segundo subcapítulo que fala sobre o sono das crianças, neste será abordado o sono, enquanto necessidade vital básica, determinante da saúde e bem-estar da criança e as consequências da privação de sono nas crianças; no terceiro subcapítulo expomos os efeitos da exposição a ecrãs no sono das crianças. Ao longo do segundo capítulo apresentamos a importância da promoção da saúde, que se desdobra em dois subcapítulos, um é sobre o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e o segundo subcapítulo aborda a promoção da saúde em contexto escolar.

2.1 AS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

Considera-se como período pré-escolar o intervalo dos três aos seis anos de idade, em Portugal, de acordo com a Lei nº 5/97, de 10 de fevereiro a educação pré-escolar compreende crianças dos três aos seis anos (idade de início da escolaridade obrigatória) e é a primeira etapa da educação básica no processo de educação ao longo da vida (Lei nº 5/1997), sendo complementar da ação educativa da família. Esta fase inicial de ensino é considerada a primeira etapa do processo educativo contínuo ao longo da vida, e complementa a educação fornecida pela família. É fundamental que exista uma colaboração próxima entre a instituição educativa e a família, visto que ambas desempenham papéis importantes no desenvolvimento e aprendizagem da criança (Cardona, 2008).

Os primeiros anos de vida da criança são marcados pela vivência de um conjunto de experiências em ambiente familiar e escolar, pautadas por mudanças a nível do crescimento, do comportamento e do desenvolvimento de uma maior autonomia (Major, 2011).

O crescimento das crianças em idade pré-escolar apresenta diversas especificidades. Nesta faixa etária, o desenvolvimento físico diminui notavelmente de intensidade, verifica-se uma desaceleração dos ritmos vitais em direção a um estatuto mais adulto e a uma harmonização do corpo (Festas et al., 2020). O crescimento físico das crianças dos três aos cinco anos diminui de ritmo face aos anos anteriores, sendo o aumento médio anual de peso cerca de 2 a 3 quilogramas e de altura cerca de 6,5 centímetros a 9 centímetros (Festas et al., 2020).

Em relação à alimentação, nesta idade, já consomem todos os alimentos e, normalmente, as crianças já são independentes e conseguem comer sem ajuda do adulto. Este período etário é identicamente caraterizado pela aquisição, pela maioria das crianças, do controlo diurno e noturno de esfíncteres (Festas et al., 2020). Normalmente, o controlo diurno precede o noturno, bem como o controlo intestinal precede o vesical.

O sono da criança nesta faixa etária tem um papel especialmente importante, pois afeta diretamente o seu desenvolvimento físico e mental (Leitz, 2005). Nesta idade as crianças devem dormir entre 11 a 13 horas, podendo fazer uma pequena sesta durante o dia. A criança pode apresentar dificuldades em adormecer e acordar durante a noite devido à sua imaginação característica desta faixa etária (Festa et al., 2020).

A idade pré-escolar é fabulosa em aquisições relativamente ao seu desenvolvimento, tendo cada criança o seu *timing* próprio, relativamente a novas aquisições e progressos (Brazelton & Greenspan, 2002; Festas et al., 2020). Se a criança dominar as competências adquiridas no período anterior, relativamente ao seu desenvolvimento, ela estará preparada para adquirir e dominar as competências características desta nova etapa (Festas et al., 2020). "A combinação das aquisições biológicas, psicossociais, cognitivas e espirituais durante o período pré-escolar (dos 3 aos 6 anos) preparam as crianças para mudanças mais significativas no seu estilo de vida" (Festas et al., 2020, p.160). A criança conduz a sua energia para novas aprendizagens, demonstrando-as aos seus pais, com entusiasmo. Ela aprende a interagir e a relacionar-se com outras crianças e adultos, os comportamentos socialmente aceites, o que é certo e errado e quais as suas consequências, a recompensa ou o castigo (Festas et al., 2020). Os anos pré-escolares desempenham um papel fundamental na construção da imagem corporal da criança, pois estas reconhecem a diferença de cor e raça e conhecem o significado de bonito ou feio. Aos 5 anos de idade, a criança já compara a sua altura com a dos seus pares.

Festas et al., (2020) descrevem que a personalidade da criança e as habilidades cognitivas se desenvolvem do mesmo modo que o crescimento biológico, ou seja, são construídas as novas habilidades com base nas previamente adquiridas.

Diferentes teorias explicam o processo do desenvolvimento infantil. São vários os autores que desenvolveram teorias explicativas do desenvolvimento e comportamento humano. Elas caraterizam as várias etapas do desenvolvimento, resumindo as características gerais dos indivíduos ao longo das mesmas (Festas, 2020). Descrevemos a seguir as teorias de Freud, Erikson e Piaget.

Desenvolve-se nesta faixa etária, e segundo Freud, o complexo de Édipo ou de Electra, vitais na evolução da sua personalidade. As crianças em idade pré-escolar não diferenciam a realidade da fantasia. É um período rico em associações criativas, mesmo que ilógicas. As brincadeiras, nesta idade, são principalmente por imitação, revelando assim a realidade que vivenciam, os papéis da vida de várias pessoas com quem se relacionam, os seus medos e fantasias. Freud, um psicanalista de relevo, definiu na sua Teoria do Desenvolvimento Psicossexual, a idade dos 3 aos 5 anos como o Estádio Fálico, caraterizando-se este pela centralidade na genitália (Freud, 2015). Desenvolve-se o complexo de Édipo nos rapazes (atração pela mãe, sendo o pai visto como rival) e o complexo de Electra nas raparigas (atração pelo pai, sendo a mãe vista como rival). Para Freud, eles são determinantes no desenvolvimento da personalidade da criança (Freud, 2015). Na sua Teoria do Desenvolvimento Psicossocial, Erikson designa o estádio de desenvolvimento das crianças nesta faixa etária como referente à Segunda Infância. A crise de desenvolvimento que carateriza este estádio é a Iniciativa versus Culpa, onde se desenvolve o sentido realista do Eu e a habilidade para avaliar o seu próprio comportamento (Erickson, 1976). A Teoria Cognitiva de Piaget, inclui a idade pré-escolar no Estádio Pré-Operatório, que decorre entre os 2 e os 7 anos (Piaget, 1966). Neste estádio, o método de aprendizagem eleito é o da Tentativa e Erro. A utilização do Jogo Simbólico permite à criança compreender que os objetos podem significar outros objetos ou ideias. São naturalmente egocêntricas e incapazes de aceitar a opinião do outro. Mostram um raciocínio transdutivo, caraterizado pela generalização de um facto específico para outro (Piaget, 1966).

Compreender as diversas teorias de desenvolvimento permite que os profissionais de saúde adquiram uma visão mais aprofundada sobre os comportamentos e habilidades típicas de cada fase do desenvolvimento das crianças (Festas, 2020).

O desenvolvimento psicomotor é, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010), um "Processo natural e evolutivo. Integra a coordenação, comunicação, socialização e aspetos da mobilidade. Capacidade das pessoas para interagirem com o meio envolvente através de

comportamentos" (p.101). Contudo, a velocidade de passagem de um estádio a outro varia de criança para criança.

Nesta fase, as crianças têm facilidade em aprender novas canções, especialmente quando acompanhadas de mímica, o que contribui para o desenvolvimento da linguagem e da coordenação motora (Festas et al., 2020). Além disso, as crianças gostam de ouvir e recontar histórias, utilizando um vocabulário em constante crescimento, que pode chegar a cerca de quatro mil palavras castigo (Festas et al., 2020). A capacidade de falar proporciona novas relações sociais e uma autonomia em relação aos outros, permitindo que reconheçam as pessoas como independentes. É importante destacar que, na idade pré-escolar, as crianças compreendem principalmente o significado literal das palavras (Festas et al., 2020). Nesta fase as crianças são consideradas imitadoras, as suas brincadeiras envolvem, na maioria das vezes, a imitação de todos os comportamentos dos adultos. Por este motivo, a representação do papel do comportamento desejado é o método de ensino mais eficaz para as crianças em idade escolar (Festas et al., 2020).

No âmbito do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2030, os determinantes de saúde são fatores que contribuem para o estado atual da saúde de uma pessoa ou população, podendo aumentar ou reduzir a probabilidade de desenvolvimento de doenças ou morte prematura e evitável, foi adotada a seguinte classificação dos mesmos: ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos, e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde. Esses determinantes podem estar relacionados com diversos problemas de saúde e podem interagir entre si, formando uma rede complexa de relações e influência (DGS, 2022).

As necessidades de saúde da criança em idade pré-escolar devem ser analisadas numa perspetiva de continuidade e reforço das intervenções desenvolvidas nos estádios anteriores tendo em conta os determinantes de saúde das crianças (DGS, 2022; Festas et al., 2020).

2.1.1 A INFÂNCIA E A EXPOSIÇÃO A ECRÃS

Atualmente, o quotidiano da nossa sociedade é marcado pelas tecnologias digitais. A tecnologia encontra-se presente na sociedade desde sempre, partindo do princípio de que esta se refere a "tudo aquilo que o homem inventou", com o intuito de aperfeiçoar "as capacidades físicas, sensoriais, motoras ou mentais", de forma a simplificar o seu trabalho, melhorando ainda as suas relações interpessoais (Chaves, 2014, p.5). Com os avanços, associados às mudanças científicas e históricas, surgem inovações tecnológicas que alteram a vida diária da sociedade, tornando-se ferramentas

indispensáveis no quotidiano da mesma, como é o caso das tecnologias digitais (OECD, 2025; Brito & Dias, 2018).

A atualidade é marcada pelo aumento crescente da utilização de diferentes dispositivos tecnológicos, tais como, as televisões, os computadores, os *tablets*, os telemóveis e os vídeo jogos, implicando que as crianças sejam expostas e/ou utilizem alguns destes dispositivos digitais, cada vez mais cedo (Ponti, 2023).

O crescimento das crianças, em paralelo com a evolução dos meios tecnológicos, torna-as utilizadoras digitais natas e ativas (OECD, 2025). É inevitável o uso destas tecnologias por parte das crianças, pois estas foram inseridas no seu dia-a-dia e fazem parte das estratégias de educação implementadas nas escolas, oferecendo oportunidades inestimáveis de aprendizagem, brincadeiras e interação social (OECD, 2025). OECD (2025) refere que as tecnologias digitais já têm um resultado nas pessoas e ambientes que circundam as aprendizagens das crianças e, como tal, essas tecnologias podem estimular a criatividade e o jogo, o desenvolvimento cognitivo e até a interação social.

A televisão é o meio de comunicação mais disseminado na sociedade moderna, sendo também o de mais fácil acesso às crianças (Rocha & Nunes, 2022).

O aumento da exposição das crianças a estes ecrãs é preocupante nos dias de hoje. Este aumento da exposição levanta preocupação sobre as possíveis consequências prejudiciais que daí possam advir, como o aumento do sedentarismo, da obesidade infantil, da deterioração das competências sociais, da interação familiar, do desempenho escolar, da alteração dos padrões de sono e possíveis alterações da saúde mental (OECD, 2025; Rodrigues et al., 2020).

O tempo de ecrã é definido como o tempo gasto com qualquer ecrã (*smartphones*, *tablets*, televisão, videojogos, computadores ou outras tecnologias) (*Canadian Paediatric Society*, 2017), associando-se em diversos estudos, ao atraso no desenvolvimento emocional e da linguagem da criança, a dificuldades na atenção e na aprendizagem, bem como a efeitos deletérios na higiene do sono (Rocha & Nunes, 2020). Para analisar a influência dos ecrãs nas crianças e adolescentes é necessário considerar diferentes tempos de uso dos ecrãs. Um tempo de uso passivo refere-se a uma interacção unidireccional e sem participação, por exemplo, ver séries, filmes, qualquer outro tipo de entretenimento ou notícias na televisão. Por sua vez, um tempo de uso ativo refere-se à participação interativa com a tecnologia através dos ecrãs, por exemplo, no uso das Redes Sociais nos *smartphone*s – seja apenas a fazer *scroll* e a ver conteúdos, seja a comunicar ou partilhar algo – ou, também, a jogar videojogos ou a utilizar programas ou aplicações para diversos fins (Faria, 2023).

Os possíveis riscos da excessiva exposição das crianças aos meios eletrónicos (*smartphones, tablets*, televisão, videojogos, computadores ou outras tecnologias) não podem ser ignorados (OECD, 2025;

Pais, 2021). Ainda que estes sejam um meio de entretenimento e de informação, podem ter consequências prejudiciais na saúde das crianças. O tempo passado à frente de um ecrã subtrai a realização de atividades importantes, tais como a leitura, os trabalhos escolares, os jogos/brincadeiras ao ar livre, a interação com a família, o desenvolvimento social e a capacidade de criatividade (Figueiredo et al., 2018; Rodrigues et al., 2021). Adaptados à era da tecnologia, o tempo de ecrã tem-se demonstrado um dos comportamentos mais evidentes durante os tempos livres das crianças, o que parece ter um impacto negativo nas várias dimensões do seu bem-estar (Rocha & Nunes, 2020). OECD (2025) afirma que o tempo que as crianças passam em frente aos ecrãs aumenta rapidamente à medida que envelhecem.

A Sociedade Portuguesa de Neuropediatria (SPNP) em 2024 afirma que a evidência científica disponível indica para riscos não descuráveis relacionados com o uso impróprio de ecrãs e tecnologia digital ao longo das várias etapas da idade pediátrica. Também evidencia que é especialmente nociva a exposição precoce à tecnologia digital quando os conteúdos são selecionados de forma independente e, muitas vezes, aleatória, sem interação com o adulto, sem filtros de segurança, conteúdos escassamente didáticos e sem respeitar limites de tempo adequados à idade (SPNP, 2024).

Desde o ano de 2010 que a Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda a evicção do uso de ecrãs em crianças com idade inferior a 24 meses. A partir desta idade e até aos cinco anos, o seu uso não deve ultrapassar uma hora por dia e deve ser acompanhado pelos pais. A OMS (2019) veio reforçar as recomendações da AAP, desaconselhando a exposição das crianças até aos dois anos a ecrãs e recomenda que dos dois aos quatro anos seja limitada até uma hora diária, e nas crianças entre seis e dez anos, no máximo de uma a duas horas por dia, sempre com supervisão de responsáveis. A SPNP (2024) recomenda a evicção de ecrãs até aos três anos, exceto para videochamadas. Neste contexto, excluiu a televisão que pode ser usada até trinta minutos diários; em crianças entre os quatro aos seis anos, limitar o uso de ecrãs a trinta minutos por dia de programação de alta qualidade; em crianças dos sete aos onze anos permitir o uso de ecrãs até uma hora por dia e, dos doze aos quinze anos até duas horas por dia.

O estudo acerca do tempo de exposição a ecrãs por parte das crianças é fundamental para determinar as suas consequências e definir estratégias que promovam um uso mais saudável e equilibrado dos ecrãs. A exposição excessiva aos ecrãs é uma preocupação recente na nossa sociedade, mas que tem vindo a ganhar cada vez mais atenção por parte de investigadores, profissionais de saúde e educadores.

Em Portugal no ano de 2017, foi realizado um estudo pela Entidade Reguladora para a Comunicação Social em parceria com a Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade

Nova de Lisboa sobre o uso de meios eletrónicos por crianças dos três aos oito anos de idade. Este procurou identificar os ambientes de ecrãs, tais como a televisão, os computadores, as consolas, os telemóveis, os *tablets*, entre outros, em que vivem as crianças destas idades, os seus modos de acesso e usos, como os pais orientam esses usos e as suas atitudes e preocupações (Ponte et al., 2017). De acordo com Ponte et al., (2017) este estudo preenche uma lacuna de conhecimento, dada a ausência de informação de âmbito nacional sobre como as crianças até oito anos estão a crescer em contacto com a tecnologia digital existente à sua volta. Os dados revelam que os ecrãs estão fortemente integrados nas rotinas familiares: 99 % das casas têm televisão, 92 % têm telemóveis e 68 % *tablets* (Ponte et al., 2017). O tempo de ecrã é elevado, com usos frequentes das crianças para as acalmar ou entreter. Os resultados do estudo mostram que as crianças pequenas estão a começar a usar as tecnologias cada vez mais cedo e que há riscos inerentes a estas práticas digitais, sobretudo a exposição a conteúdos não apropriados à idade em aplicações com publicidade ou no *YouTube,* mas também a partilha de informação privada, a comunicação com estranhos e a exploração comercial de dados pessoais (Ponte et al., 2017). O estudo destaca ainda desigualdades socioeconómicas na mediação parental e acesso aos conteúdos. A maior parte dos pais não está consciente destes riscos, pois acreditam que as crianças não estão expostas a perigos por ainda não interagirem nos media sociais e porque as suas competências digitais são limitadas (quando na verdade até são consideravelmente avançadas) (Ponte et al., 2017).

Rodrigues et al., (2020) frisam que é fundamental compreender quando e como as crianças pequenas utilizam os diferentes dispositivos eletrónicos. No entanto, afirmam que poucos estudos sobre o tempo de ecrã incluíram crianças com idade inferior a cinco anos e a maioria dos resultados foram baseado em formas passivas de tecnologia antes da introdução generalizada de formatos móveis e dos *touchscreen*. Rodrigues et al., (2020) realizaram um estudo para determinar os padrões de uso de dispositivos eletrónicos tradicionais e os *touchscreen* por crianças portuguesas entre os três e os dez anos de idade. Mais recentemente Rocha e Nunes (2022), também realizaram um estudo acerca do uso de dispositivos eletrónicos por crianças portuguesas dos zero aos cinco anos de idade. Ambos os estudos mostram que o tempo de exposição a ecrãs em crianças entre os três e os dez anos de idade em Portugal, é superior ao recomendado (Rodrigues et al., 2020; Rocha & Nunes 2022).

Carvalhosa (2022) realizou um estudo com crianças em idade pré-escolar acerca da exposição aos ecrãs, e conclui que 49,3% da amostra vê tempo de ecrã em excesso durante a semana, sendo que ao fim de semana, esse número aumenta substancialmente (83,6%). Rocha e Nunes (2022) chegaram à conclusão que as crianças portuguesas com menos de dois anos também têm um tempo de exposição aos ecrãs superior, em que 68,5% vê televisão em média 67,85 minutos por dia e 31,5% usa dispositivos de *touchscreen* 33,39 minutos por dia. Isto é três vezes mais televisão e duas vezes mais de dispositivos de

touchscreen que as crianças no estudo de Bedford et al. (2016). Os estudos confirmam que a televisão é o dispositivo mais popular entre as crianças portuguesas, contudo o uso de dispositivos de *touchscreen* tem vindo a aumentar ao longo do tempo (Rocha & Nunes, 2022).

Atualmente os estudos a nivel nacional nas crianças em idade pré-escolar são escassos, no entanto a nivel internacional os vários estudos aponta que a utilização das tecnologias nos mais variados contextos pessoais e educacionais, aumentou e consolidou-se durante os períodos de confinamento associados à pandemia de COVID-19 (Faria, 2023). Ainda que a COVID-19 não seja mais considerada uma emergência de Saúde Pública (Wise, 2023), a utilização frequente dos ecrãs parece ter vindo para ficar como ferramentas e meios (quase) imprescindíveis.

2.1.2 O SONO NAS CRIANÇAS

A infância caracteriza-se por um grande número de mudanças no crescimento neuromotor. Assim, o descanso físico e recuperação de energia são de extrema importância para as crianças devido ao seu impacto no crescimento e desenvolvimento infantil (Silva, 2018; Neves, 2021). A importância do sono para o desenvolvimento e bem-estar das crianças tem sido um tema bastante investigado nos últimos anos, sendo a quantidade de horas de sono inclusive um indicador de saúde e bem-estar nas crianças e adolescentes (Neves, 2021).

O sono, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é definido como um "Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos" (*International Council of Nurses*, 2019, p.127).

A integração do fenómeno do sono no pensamento em Enfermagem, surge com Florence Nightingale (1859) quando deu a conhecer, pela sua filosofia e génese da Teoria Ambiental, a importância do controlo do ambiente para a manutenção da saúde e recuperação do enfermo, provando o impacto da manipulação de fatores externos (Nightingale, 2005). Já Virgínia Henderson (1966) definiu que o papel da enfermeira é assistir os indivíduos na manutenção ou recuperação da independência daquelas que destacou como as 14 necessidades humanas fundamentais onde sono e repouso tiveram lugar na sua visão (Henderson, 1966).

De acordo com a Pirâmide das Necessidades de Maslow (1954) (Figura 1), as necessidades humanas são classificadas em cinco categorias principais: fisiológicas, segurança, social, estima e autorrealização. As necessidades surgem sequencialmente, desenvolvendo-se desde o nascimento até a idade adulta. Assim, as mais básicas, o alicerce da pirâmide hierárquica (por exemplo, necessidades

fisiológicas), possuem maior prevalência no início do desenvolvimento que aquelas mais elevadas na hierarquia (por exemplo, autorrealização). Estima-se que quanto maior o grau de satisfação das necessidades, melhor a saúde mental do indivíduo (Lester, 2013). O sono encontra-se inserido na base da pirâmide, nas necessidades fisiológicas, mostrando-se crucial para o desenvolvimento saudável do indivíduo.

Figura 1:

Pirâmide de Maslow



Nota. Fonte: Construção própria.

Para Vilelas et al., (2023) o sono é definido como um "processo reparador e uma necessidade básica e vital do organismo" (p.8), sendo crucial para o crescimento saudável e desenvolvimento físico, cognitivo e comportamental das crianças. Porém, o sono não é apenas a ausência de vigília, mas um processo ativo, que possibilita a reparação e recuperação do organismo, preparando-o para o dia que se inicia, e constituindo a atividade primária do cérebro em desenvolvimento (Neves, 2021; Otsuka et al., 2020; Rangel et al., 2015; Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2017). Segundo Soares (2010) o sono "resulta da ação conjugada de muitos neurotransmissores e é acertada pelo relógio biológico central, que ajusta tudo ao ritmo circadiano" (p. 13). O sono, ao longo da vida, assegura funções de tal forma fundamentais que a ausência de sono causa a morte (Silva, 2018).

Existem vários estádios de sono, que variam em profundidade e se repetem de forma cíclica ao longo de uma noite de sono. O sono divide-se em dois tipos de padrões, o padrão de sono com movimentos oculares rápidos (REM "*rapid eye movements*") e o sem movimentos oculares rápidos (NREM "*non-rapid eye movements*") (Neves, 2021). O sono NREM tem três fases, a fase 1, 2 e 3, estas três fases representam diferentes graus na profundidade do sono e dificuldade de despertar: a fase 1, que

consiste na transição da vigília para o sono; a fase 2 que consiste no início do sono leve; e a fase 3, o estado de sono profundo, sono delta ou de ondas lentas (Neves, 2021).

O sono REM é também denominado de sono paradoxal. Nesta fase o corpo está totalmente inativo, mas o cérebro está numa atividade elevadíssima (Neves, 2021). Caracteriza- se por movimentos rápidos dos olhos e respiração rápida; durante este período, o corpo fica relaxado, e ocorrem os sonhos (incluindo os pesadelos) (Bathory & Tomopoulos, 2017; Fabres & Moya, 2021; Hussain et al., 2022; Yang et al., 2022).

Ambos os padrões de sono estão associados a tarefas de aprendizagem (Neves, 2021; Buckhault, 2011), mas o sono REM parece ser mais importante para a consolidação das tarefas de memória do que o NREM (Werchan et al., 2021). O sono REM é importante para a memória emocional e processual, enquanto o sono NREM é importante para a memória declarativa (Werchan et al., 2021).

De acordo com Vilelas et al., (2023) "um sono adequado é imperativo para a manutenção da vida, bem como para o funcionamento ideal" (p.8). Este é fundamental para a manutenção da vigília, recuperação de energia, regulação da atividade dos sistemas endócrinos, imunológico e metabólico, renovação celular e maturação e plasticidade do cérebro, desempenhando um papel importante no desenvolvimento cognitivo das crianças (Neves, 2021; *National Sleep Foundation*, 2020; Silva et al., 2018; SPP, 2017). Um sono de qualidade e quantidade adequados à criança irá proporcionar consequências positivas para a sua saúde (Neves, 2021). A qualidade de sono em idade pré-escolar pode ser definida como a eficiência do sono (facilidade em adormecer, manutenção contínua, proporção do tempo dormido em relação ao tempo na cama) e a sensação de bem-estar ao acordar (sono reparador) (Neves, 2021; *National Sleep Foundation*, 2020).

Nas várias fases da vida, a importância do sono reflete-se na vida da pessoa de diferentes maneiras e com diferentes consequências (Neves, 2021). O sono modifica-se, reduzindo progressivamente a sua duração média, principalmente durante os primeiros 5 anos (Silva et al., 2018; Bathory & Tomopoulos, 2017; SPP, 2017). A literatura demonstra que a estrutura básica do sono para crianças é estabelecida por volta dos 18 meses de idade e permanece semelhante pelo menos até aos 5 anos (Neves, 2021; Schoch et al., 2020). A partir daí, verifica-se a transição de um sono fragmentado (polifásico) para um sono mais consolidado, com um longo período de sono noturno e com um número decrescente de sestas (monofásico), verificando-se uma maior coordenação com outros ritmos biológicos (Neves, 2021). O sono polifásico ocorre até aos 12-18 meses, sendo posteriormente bifásico (noite e sesta) e depois noturno (Bathory & Tomopoulos, 2017).

A *National Sleep Foundation* (2015) recomenda uma média de 10 a 13 horas de sono para as crianças com idades compreendidas entre os três e os cinco anos. Estas horas vão ao encontro dos recomendados pela *American Academy of Sleep Medicine* (2016), fazendo referência à quantidade recomendada de sono para as populações pediátricas, incluindo a sesta (Paruthi et al., 2016). Em Portugal, a SPP (2017) recomenda que as crianças com idades compreendidas entre os quatro meses e os doze meses devem dormir 12 a 16 horas (incluindo sestas) por dia; as crianças entre um ano e os dois anos devem dormir 11 a 14 horas (incluindo sestas); as crianças entre os três e os cinco anos devem dormir 10 a 13 horas (incluindo sestas); entre os seis e os doze anos de idade devem dormir 9 a 12 horas de sono noturno; entre os 13 e os 18 anos devem dormir entre 8 a 10 horas de sono noturno. Relativamente às sestas, com o aumento da idade, a frequência com que estas ocorrem tende a diminuir (Rangel et al., 2015). Em Portugal, por norma, após os três anos, as crianças que frequentam jardins de infância, especialmente estabelecimentos públicos, não realizam a sesta e, consequentemente, torna-se mais difícil completar o tempo de sono diário recomendado (SPP, 2017).

A quantidade de horas de sono recomendada deve ser considerada como uma orientação, já que é necessário considerar as características individuais de cada criança, pois há crianças que se mantêm sem sinais de sonolência/irritabilidade dormindo menos horas que o recomendado, enquanto outras precisarão de dormir mais horas para estarem bem (Neves, 2021; Vilelas et al., 2023). Esta variabilidade individual na necessidade de sono é influenciada por fatores genéticos, comportamentais, orgânicos e ambientais. Obter a quantidade recomendada de sono (por exemplo, número de horas), bem como manter um horário regular de sono e vigília é importante, especialmente durante períodos stressantes. Algumas crianças em idade escolar e adolescentes podem dormir de 8 a 10 horas por dia, mas se adormecerem tarde e iniciarem o dia igualmente tarde, pode significar que não estão a usufruir de todos os benefícios restauradores do sono (Neves, 2021; Vilelas et al., 2023).

Os hábitos de sono podem ser definidos como um "padrão habitual de horários, de duração do sono e de comportamentos associados ao mesmo" (Silva, 2014, p. 27).

Um conceito associado à definição anterior é o de rotinas de sono que se definem como um conjunto de comportamentos repetidos e passíveis de serem observados, que aglomeram tanto a hora de deitar como os rituais que antecedem a ida para a cama, o processo de adormecer, a hora a que a criança acorda e no caso das crianças mais pequenas, as sestas diárias (Martins et al., 2020; Silva & Cavalcante, 2015).

Segundo a SPP (2017), "o sono saudável exige duração/tempo adequado, boa qualidade, regularidade e ausência de distúrbios ou perturbação do sono" (p. 2), sendo responsabilidade da família cumprir as regras base para uma melhor promoção do mesmo.

Carter et al., (2014) afirmam que existe uma multiplicidade de fatores de ordem psicológica, biológica, ambiental, sociocultural e do próprio estádio de desenvolvimento que podem contribuir e influenciar os hábitos de sono da criança. Silva et al., (2018) mostram que os hábitos de sono das crianças são afetados por fatores biológicos, de maturidade e temperamentais, e que diferem consoante a sua cultura, e estes por sua vez são influenciados pelos comportamentos e rotinas dos pais. Estabelece-se, desta forma, uma relação bidirecional entre o comportamento de pais e filhos relativamente ao sono infantil (Silva, et al., 2018)

A privação do sono na criança ostentará repercussões negativas, conseguindo causar morbilidade substancial, particularmente a nível cognitivo (como défice de atenção e concentração, diminuição do desempenho cognitivo e repercussões no processo de aprendizagem), do comportamento (com sonolência diurna, agressividade e impulsividade/hiperatividade) e da regulação emocional (com alterações do humor e irritabilidade) (Vilelas et al., 2023). Além destas, a privação de sono pode contribuir também para alterações motoras (com aumento do risco de quedas acidentais), orgânicas (nomeadamente da função endócrina, imunológica e metabólica, podendo resultar em excesso de peso/obesidade e hipertensão arterial, com riscos cardiovasculares associados) e psicológicas (como a ansiedade e depressão) (Bathory & Tomopoulos, 2017; *National Sleep Foundation*, 2020; Rangel et al., 2015; Silva et al., 2018; SPP, 2017).

Contudo, os problemas de sono das crianças, trazem também consequências prejudiciais a nível familiar e da qualidade de vida dos pais, pois crianças com problemas de sono desequilibram a estabilidade familiar e os comportamentos parentais desadequados destabilizam padrões de sono da criança (Silva, et al., 2018). Estes problemas também se refletirão em privação de sono para os próprios pais, fadiga e alterações do humor, afetando o seu bem-estar e desempenho pessoal, profissional e parental (Bathory & Tomopoulos, 2017; Lopes et al., 2016; Neves, 2021; Paul et al., 2016; Rangel et al., 2015; Silva et al., 2018; SPP, 2017), aumentando o risco de depressão materna, stress e disfunção familiar (Rangel et al., 2015; SPP, 2017). Como facilmente se perceberá, tudo isto poderá repercutir-se na saúde da criança, agravando os seus problemas de sono e estabelecendo-se aqui um ciclo vicioso que afetará negativamente ambas as partes. Deste modo, o problema deve ser abordado em conjunto, e a "quebra" deste ciclo trará benefícios para toda a família (Silva, et al., 2018).

A *American Academy of Pediatrics* estima que os problemas de sono afetam 25-50% das crianças (Bhargava, 2011). As perturbações do sono constituem as alterações comportamentais mais frequentes na população pediátrica, estimando-se a sua prevalência na criança entre os 20-30%, predominando na idade pré-escolar (Arriaga, et al., 2015; Rangel, et al., 2015.) Segundo a SPP (2017) em Portugal, a maioria das crianças não completa o número de horas de sono recomendado, a evidência científica a

refere que aproximadamente 15% a 20% das crianças a nível mundial relatam sonolência diurna excessiva (Liu et al., 2019).

Uma boa higiene de sono prende-se também com os horários de deitar e de levantar da criança, no entanto, a hora a que a criança acorda é, normalmente, imposta pelos horários a que está sujeita (por exemplo, horário de trabalho dos pais, horários dos jardins de infância ou outras instituições) (Silva, 2014). Em Portugal, revelam que as crianças pré-escolares dormem em média de 9 horas e 50 minutos a 12 horas diárias, sendo que muitas se encontram abaixo e no limiar inferior do aconselhado, do mínimo de 10 horas de sono diário (Lopes et al., 2016; Rangel et al., 2015; Silva et al., 2013).

Loureiro et al., (2013) referem que, em Portugal, a hora de deitar da criança em idade pré-escolar ronda as 21 horas e a hora de acordar situa-se em torno das 7 horas e 20 minutos, dormindo a criança, em média, cerca de 10 horas e 06 minutos. Silva et al., (2013) sugerem que aos fins-de-semana a situação é diferente: a criança deita-se em média uma hora mais tarde e apresenta uma maior duração de sono noturno. Tendencialmente, os rapazes deitam-se mais tarde e acordam mais cedo do que as raparigas, resultando numa duração de sono significativamente menor, no entanto, a média da duração total do sono, incluindo a sesta, não diferem significativamente entre rapazes e raparigas (Silva et al., 2018). No que concerne à duração do sono diurno e noturno, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre sexos relativamente ao tempo de sono noturno e ao tempo total de sono diário em estudos com crianças portuguesas (Lopes et al., 2016; Silva et al., 2013).

Em Portugal, os hábitos de sono das crianças ainda não se encontram bem caracterizados, porém começa a fortalecer-se a ideia de que este conhecimento é de extrema importância para o desenvolvimento da investigação e para a promoção da saúde nesta área.

2.1.3 A INFLUÊNCIA DA EXPOSIÇÃO A ECRÃS NO SONO DAS CRIANÇAS

A literatura sugere que muitos problemas de sono em crianças pequenas se relacionam com hábitos de sono, isto é, os padrões de horários de duração do sono e de comportamentos a ele associados (Almeida, 2021; Neves, 2021). Os hábitos de sono podem ser influenciados por diversos fatores (Vilelas et al., 2023). O uso de dispositivos eletrónicos pode afetar o sono da criança sendo que, as crianças que têm televisão no quarto ou com mais acesso a telemóveis, *tablets*, videojogos, apresentam um menor número de horas de sono diário (Liu et al., 2023; Silva et al., 2018). Nathanson e Beyens (2018) no seu estudo comprovaram que o uso do *tablet e smartphones* está associado a distúrbios de sono nas crianças em idade pré-escolar.

Num estudo realizado por Lan et al., (2020) com crianças em idade pré-escolar expostas aos ecrãs de dispositivos eletrónico foi possível concluir que 40 % destas a crianças não cumpriram o tempo recomendado de sono, e que cada hora de aumento no uso de dispositivos eletrónicos foi associada a 11 minutos a menos na duração média diária do sono em rapazes e raparigas. O tempo de ecrã em crianças em idade pré-escolar não afeta apenas a duração do sono, mas também leva à discrepância do ritmo circadiano (Lan et al., 2020). Axelsson et al., (2022) refere que as descobertas durante o estudo destes indicam que o tempo de ecrã, independentemente do momento de exposição, está associado a pior qualidade do sono em crianças com idade pré-escolar. Esta associação negativa também foi obtida por Kumar (2018) no seu estudo, à medida que o tempo de ecrã aumentava, a duração total do sono diminuía nas crianças em idade pré-escolar.

De acordo com Nakshine et al. (2022) e Nishi & Silva (2023), a navegação na internet é o vício mais significativo de higiene de sono desadequada, existindo uma forte correlação negativa entre a dependência digital e a qualidade do sono. Desta forma, a utilização dos ecrãs relaciona-se com o padrão de sono da criança na medida em que pode influenciar a sua qualidade e quantidade, perturbando os ritmos circadianos.

As crianças que usam dispositivos eletrónicos interativos antes da hora de dormir, estão mais propensas a perturbações do sono quando comparadas às que estão expostas a dispositivos passivos (Moreno, 2024; Valentim & Bacatum, 2021). O aumento do tempo de ecrã foi associado a horários de dormir mais tardios e menor duração do sono entre crianças em idade pré-escolar num estudo realizado por Hiltunen et al. (2021). Num estudo realizado por Zhou et al. (2024) as crianças com maior tempo de ecrã apresentam significativamente pior qualidade e menor duração do sono, e têm mais sintomas comportamentais (tais como, hiperatividade, emocionalidade instável).

Em Portugal, Marques et al. (2021) realizaram um estudo em crianças 186 pré-escolares (4-6 anos) e 419 alunos do 1.º ciclo, que mostrou que o uso de ecrãs ao fim do dia está associado a horários mais tardios de deitar e acordar e a uma duração do sono total reduzida.

Segundo Afonso et al. (2019), adormecer a ver televisão é uma prática de facilitação parental em resposta à resistência em ir para a cama, com a premissa de facilitar o início do sono. Porém, esta prática apenas poderá funcionar a curto prazo, em prejuízo de contribuir para a dependência digital, pelo que a SPNP (2024) recomenda que o uso de ecrãs não deva ser utilizado para acalmar birras.

As crianças são mais sensíveis ao efeito da luz, comparativamente aos adolescentes ou adultos. A luz artificial emitida pelos equipamentos eletrónicos, sob a forma de radiação eletromagnética, é composta por comprimentos de onda curtos na faixa da luz azul, eficazes na supressão de melatonina

(hormona que regula o ciclo sono-vigília) e no aumento do estado de alerta (LeBourgeois et al., 2017). Desta forma, ocorre latência do início do sono alterando a sua estrutura (Almeida, 2021).

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE

No século XX, na década de 70, Marc Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá, imana - *A New Perspective on the Health of Canadians* – marcando, assim, o início da era da promoção da saúde. Este documento invocava ao pensamento na saúde, transcendendo o Modelo Biomédico, com o intuito de atribuir ênfase aos comportamentos das pessoas, destacando ainda os efeitos do meio ambiente sobre a saúde (Lalonde, 1974). Semelhante a este movimento, surgiu a Declaração de Alma-Ata com a importante ideia de cuidados de proximidade, de onde apareceram conceitos como: a saúde como um direito fundamental para todos, o estabelecimento da meta de saúde para todos em 2000, a equidade, o direito e o dever dos povos em participar no planeamento e execução dos seus cuidados de saúde (Costa, 2022).

No ano de 1971 em Portugal, e numa perspetiva pioneira e inovadora, deu-se a reforma dos Cuidados de Saúde Primários com a criação dos Centros de Saúde, de primeira geração, sob a iniciativa de Arnaldo Sampaio, Rebelo de Sousa e Gonçalves Ferreira, tornando-se assim uma referência quer para Portugal, quer para o mundo (Costa, 2022). Com esta reforma, precedente à Alma-Ata, Portugal propunha-se a garantir à sua população cuidados de saúde de qualidade, no âmbito da promoção da saúde, da prevenção da doença e da informação em saúde. Esta preocupação precursora em Portugal estava muito orientada para os grupos vulneráveis, principalmente para as crianças e para a mortalidade infantil, com o intuito de melhorar os determinantes sociais na saúde (Costa, 2022).

Entretanto, realizou-se a primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde e surge a Carta de *Ottawa* (1986), que recomendou que os cidadãos fossem detentores do acesso aos recursos e condições que lhes permitissem alterar os seus comportamentos em direção à saúde e bem-estar. Este acesso passava pelo incremento da promoção da saúde, através do aumento da Literacia em Saúde e do empoderamento dos cidadãos enquanto processo que visa capacitar as pessoas e as comunidades, para assim, agirem sobre os fatores determinantes da saúde, individual e coletiva, no sentido de a poderem controlar e melhorar.

A partir da Conferência Internacional de *Ottawa* (1986), a promoção da saúde passou a ter um grande realce, e surgiram outras Conferências Internacionais, tais como a de Adelaide (1988), a de Sundsvall (1991), a de Bogotá (1992) e a de Jacarta (1997). Estas Conferências incentivaram a atividades com recurso às habilidades e conhecimentos das pessoas (Costa, 2022). O termo promoção da saúde

passou a ser usado por todos os profissionais de saúde, "sendo crescente a participação dos enfermeiros em atividades que conduzem à promoção da saúde" (Victor et al., 2005, p. 236).

A ESCSP, constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de promoção da saúde quer à pessoa, à família e/ou comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011). Esta premissa representa o centro das intervenções dos enfermeiros na sua prática diária promovendo a saúde das pessoas.

A promoção da saúde é motivada pelo desejo de reforçar a saúde e o sentimento de bem-estar, através da capacitação de indivíduos, famílias e comunidades para se tornarem responsáveis na adoção de comportamentos que conduzem à melhoria da qualidade de vida, ao passo que a prevenção da doença é motivada por medo e ansiedade (Pender et al., 2015).

A promoção da saúde supõe o desenvolvimento pessoal e social com vista a que as populações sejam detentoras de mais habilidades para cuidar da sua saúde no sentido de fazerem escolhas conducentes à saúde (Melo, 2020), partilhando assim a responsabilidade da saúde com os profissionais, as instituições de saúde e os governos.

2.2.1 O MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

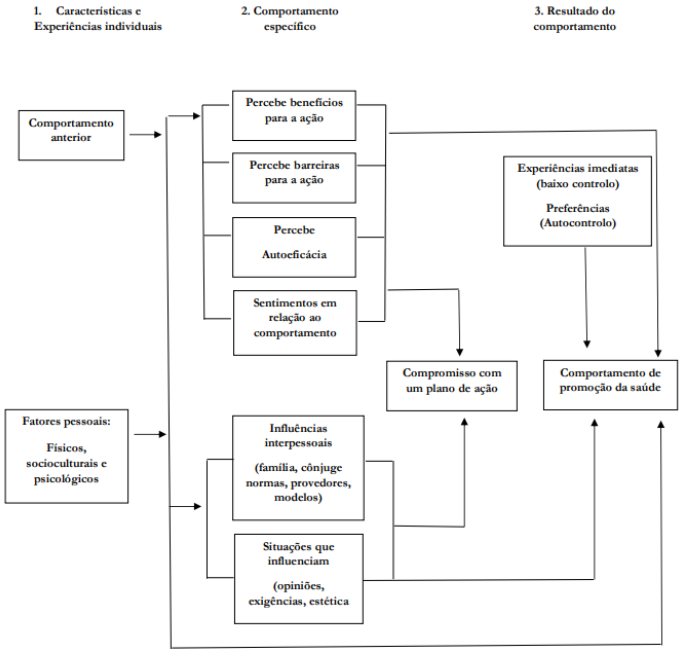
Neste contexto, as intervenções que se desenvolveram ao longo do projeto estiveram ancoradas ao referencial teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, que se considerou o mais adequado no âmbito da implementação do projeto em causa, para intervir na Promoção da Saúde das crianças e suas famílias.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender foi concebido na década de 80, e assenta sobre a conceção de Promoção da Saúde, identificando os fatores que influenciam a adoção de comportamentos saudáveis, e oferece um guia para explorar os complexos progressos biopsicossociais que motivam os indivíduos a se empenharem em comportamentos direcionados para melhorar a saúde (Pender et al., 2015). Este Modelo concetual apresenta uma estrutura simples e clara, podendo o enfermeiro prestar cuidados de forma individual, ou em grupo, possibilitando o planeamento, intervenção e avaliação das suas ações (Victor et al., 2005).

O Modelo de Promoção da Saúde apresenta um fluxograma (Figura 2) onde a Enfermagem e a perspetiva do comportamento se encontram com os determinantes de saúde que afetam o comportamento (Pender et al., 2015).

Figura 2:

Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.



Nota. Fonte: Adaptado de Pender et al., 2015.

O Modelo de Promoção da Saúde é composto por três componentes, subdivididos em variáveis, que são preponderantes para avaliar os comportamentos que levam à promoção da saúde. A **componente características e experiências individuais** está relacionada com os comportamentos anteriores que influenciam comportamentos de promoção da saúde e os fatores pessoais, como biológicos (idade, sexo), fisiológicos, socioculturais (raça, escolaridade e psicológicos (perceção do estado de saúde, autoestima) que vão influenciar a adoção de comportamentos de saúde (Hoyos et al., 2011; Pender et al., 2015); A **componente de cognições e afetações do comportamento** são o centro do diagrama, que inclui compreender os benefícios e as barreiras para a ação; autoeficácia percebida; sentimentos positivos ou negativos relacionados ao comportamento; influências interpessoais (da família, pares, profissionais de saúde, ou de normas, apoios e modelos sociais); e influências situacionais (opções, exigências e estética) (Hoyos et al., 2011; Pender et al., 2015). Por último, **a componente dos resultados do comportamento** onde ocorre um compromisso com o plano de ação e se relacionam as exigências (controle reduzido) e preferências (controle elevado) de competição, afim de ser adotado um comportamento promotor de saúde (Hoyos et al., 2011; Pender et al., 2015) que quando associado a um estilo de vida saudável, conduz à melhoria da saúde, da capacidade funcional e da qualidade de vida em todas as fases do desenvolvimento (Pender et al., 2015). O resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde, é o momento da tomada de decisão e preparação para a ação (Alligood & Tomey, 2004; Pender et al., 2015).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender foi eleito para o desenvolvimento deste projeto visto que as atividades, estratégias e intervenções de enfermagem que se desenvolveram com vista a alcançar o objetivo proposto, foram orientadas para a promoção de um sono de qualidade em crianças e exposição adequada aos ecrãs. A aplicação deste Modelo, iniciou-se com a observação de comportamentos anteriores das crianças em idade pré-escolar, que no caso da problemática pode ser uma criança que não cumpre o tempo de sono recomendado, seguida da avaliação dos fatores que poderiam influenciar esses comportamentos, (por exemplo, a elevada exposição a ecrãs). Posteriormente, foram levadas a cabo as ações que conduziram à adoção de comportamentos de saúde, tais como cumprimento do tempo de sono, uma boa higiene do sono, tendo em conta as barreiras para a ação, sentimentos e influências interpessoais ou situacionais (por exemplo, ter televisão no quarto) que poderiam comprometer os resultados. O resultado esperado da aplicação deste Modelo será que as crianças mantenham os comportamentos de saúde, conducentes a estilos de vida saudáveis e a um desenvolvimento saudável. Assim, os enfermeiros assumem um papel de influenciadores interpessoais e encorajam as crianças e famílias para a mudança ativa de comportamentos, exaltando as competências, no sentido de aumentar a probabilidade de existir um compromisso para a ação, diminuindo a perceção dos obstáculos de determinado comportamento.

Na temática abordada esta tornou-se uma excelente aposta nos cuidados de saúde primários para incrementar os conhecimentos e promover a consciencialização nos pais. Tendo neste palco, os enfermeiros um papel importante em diversas áreas, tais como, no apoio e educação parental, na assistência à prevenção, identificação e gestão dos problemas de sono das crianças (Silva, et al., 2018).

2.2.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR E FAMILIAR

O PNS 2030 propõe como estratégia de orientação cumprir os objetivos de promoção da saúde em meio escolar (com particular atenção aos "primeiros anos") (DGS, 2022).

Promover melhor informação e mais saúde acarreta entender as causas de morte ou doença e os fatores de risco a elas associados, para reduzir a exposição de crianças e jovens a riscos evitáveis (DGS, 2015). Os determinantes da saúde que influenciam a mortalidade e a morbilidade na infância e na adolescência são conhecidos e entendidos à luz da evidência científica atual.

Nas últimas décadas as escolas têm vindo a ser consideradas por diversas instituições internacionais, a exemplo a OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) ou a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), como ambientes favoráveis à promoção da saúde das crianças e dos jovens, colaborando não só para a promoção da

saúde, mas também para a melhoria dos resultados escolares dos alunos. Nesse sentido, têm-se desenvolvido, a nível nacional, regional ou local, diversos programas com estratégias de uma abordagem global da escola, reconhecendo que todos os aspetos da vida da comunidade escolar são potencialmente relevantes para a promoção da saúde dos agentes escolares: alunos, professores e funcionários não docentes (DGS, 2015).

O PNSE tem como visão o direito à saúde de todas as crianças e jovens. Como finalidade, pretende "contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens" (DGS, 2015, p. 4), e apresenta como principais objetivos:

> promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa; contribuir […] para a minimização dos riscos para a saúde; promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as (DGS, 2015, p. 4).

O PNSE assenta em seis eixos estratégicos, com enfoque nos três primeiros, por serem basilares: Capacitação; Ambiente escolar e saúde; e Condições de saúde (DGS, 2015).

A Saúde Escolar tem o objetivo de "reduzir a prevalência de problemas de saúde, e de comportamentos de risco que influenciam uma parte significativa do universo das doenças transmissíveis e não transmissíveis em crianças e jovens" (DGS, 2015, p.11).

A OMS (1998) define Educação para a Saúde como qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo auxiliar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou afetando as suas escolhas. Esta definição visa contribuir para a operacionalização do conceito de promoção da saúde definido na Carta de *Ottawa* (1986), como o método que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar.

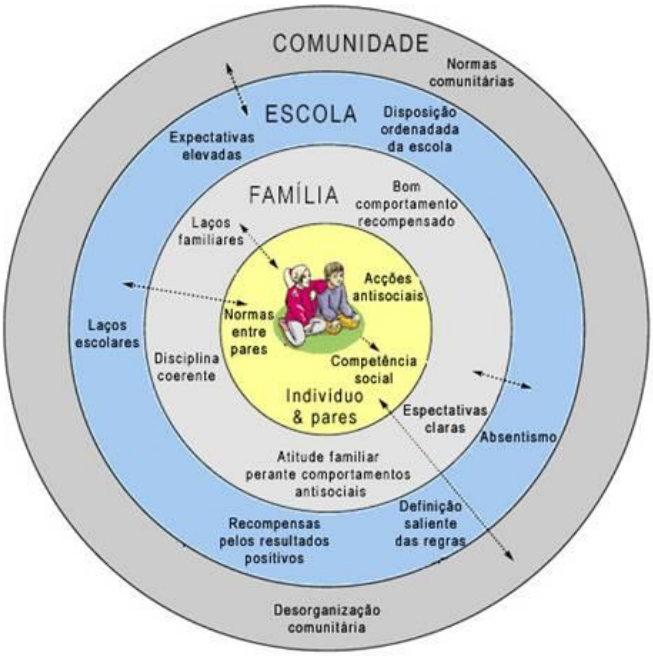
A escola é um contexto privilegiado para a promoção da saúde, onde os estilos de vida dos indivíduos e o ambiente em que se inserem influenciam os seus comportamentos. A adoção de uma conduta de risco e eventuais problemas de saúde consequentes, podem ser bastante reduzidos ou prevenidos através de uma eficaz promoção da saúde na escola. A implementação do programa de saúde escolar capacita a comunidade educativa de competências que contribuem para o seu bem-estar físico, mental, social e qualidade de vida (Tallon et al., 2020). Promover a saúde e a segurança em meio escolar, prevenir a doença, fomentar uma comunidade escolar inclusiva, potenciar fatores protetores de estilos de vida saudáveis são os focos do PNSE (DGS, 2015).

O PNSE surgiu pela necessidade de intervenção a nível dos determinantes de saúde associados aos estilos de vida significativamente relacionados com as doenças não transmissíveis. A promoção da saúde em meio escolar tem como base as necessidades da população escolar, com o objetivo de aumentar o nível de literacia para a saúde e contribuir para a adoção de estilos de vida saudáveis dos elementos da comunidade escolar (DGS, 2015).

A criança, desde que nasce, interage com os outros e com o meio que está à sua volta e, assim, se vai desenvolvendo (Assis et al., 2021). Para explicar melhor esta interação nos seus comportamentos de procura de saúde recorremos ao Modelo Ecológico-Social de Bronfenbrenner (1987) (Figura 3). Bronfenbrenner considera o desenvolvimento como um processo recíproco, resultante da interação dos vários sistemas que o compõem. Assim, a transição entre cada um desses ambientes e a qualidade relacional nele estabelecida, influenciarão o trajeto de desenvolvimento. Sendo assim, o desenvolvimento humano caracteriza-se pela interatividade entre os processos de mudança e de continuidade ao longo das várias fases do ciclo vital (Diniz & Koller, 2010). Apesar de a criança interagir com os outros e com as coisas que a rodeiam, desde o momento do seu nascimento e nos primeiros anos de vida ela mantém as interações principalmente com pessoas e ambientes familiares. A primeira modificação acontece quando a criança começa a frequentar a escola, local onde as suas relações sociais se ampliam e conhece novas situações e novas pessoas, ocorrendo também esta mudança na sua família (Bhering & Sarkis, 2009). A criança está inserida no microssistema família e no microssistema escola e as relações que ela desenvolve em cada sistema, com os seus pais, professores e colegas são diferentes, tendo distintas repercussões no seu desenvolvimento e no modo de estar e ver o mundo (Barreto, 2016). A escola, a família e a criança têm de ser encarados como sistemas abertos que interagem entre si, sendo que o sucesso da colaboração entre estas entidades resulta da relação que é estabelecida (Bhering & Sarkis, 2009). Para que o desenvolvimento e progressão do indivíduo faça sentido, a escola e a família devem estreitar relações de forma a clarificar o papel de cada instituição, assim como o que se espera alcançar com cada uma delas. Para isto, deve ter-se em conta que a relação com a família se prolonga ao longo da vida, enquanto que com a escola a duração é mais curta.

Figura 3*:*

Adaptação do Modelo Ecológico de Bronfenbrenner no desenvolvimento da criança.



Nota. Fonte: Intervir na diferença, 2025

Se a escola é um meio ideal para intervir, a família apresenta igualmente um relevante e imprescindível papel no que respeita à adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis.

A forma como os pais exercem a parentalidade, os hábitos e dinâmica da família, como o número de horas de exposição a ecrãs, o tipo de conteúdo que é permitido às crianças visualizar são preditores do comportamento de saúde das crianças (Brito & Dias, 2018). Assim como os hábitos de higiene do sono que incutem na criança, pois os "pais que valorizam pouco o seu sono e/ou têm maus hábitos de sono têm uma maior probabilidade de terem crianças com mais dificuldade ao nível do sono" (Neves, 2021, p.25).

Torna-se importante reconhecer que os estilos de vida parentais e o ambiente familiar podem incentivar comportamentos saudáveis ou prejudiciais, que tendem a manter-se ao longo da vida. A saúde das crianças está intimamente ligada ao *stresse* familiar e às atitudes dos pais, que podem favorecer ou comprometer o seu bem-estar. Por isso, é essencial que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros especialistas, adotem uma abordagem diferenciada que procure desenvolver estratégias para promover o bem-estar da família, através de intervenções direcionadas para comportamentos saudáveis (Pender et al., 2015).

A família é responsável por promover a melhor qualidade de sono possível às crianças (Almeida, 2021). A educação parental, através da promoção da literacia em saúde, é fundamental para conhecer as necessidades de sono da criança, promover hábitos de higiene do sono e prevenir

perturbações do mesmo. Como referem Oliveira et al. (2020), pais que estejam despertos para esta problemática, poderão identificar perturbações do sono precocemente.

Atualmente há um crescente reconhecimento das vantagens das parcerias e do trabalho intersectorial nos determinantes sociais e económicos da saúde. São conhecidas evidências crescentes de que a saúde e a educação estão intimamente ligadas entre si e influenciam outros parâmetros, incluindo a pobreza e o nível de rendimento. Isto é evidente na importância que a Agenda 2030, constituída por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas atribui à educação e à saúde na definição das suas metas (Centro Regional de Informação das Nações Unidas para a Europa Ocidental (UNRIC), 2015). É sabido que a educação tem o poder de melhorar não só a prosperidade económica de um país, mas também um enorme efeito sobre os resultados de saúde.

Assim, também o PIC implementado em contexto de estágio foi alicerçado com base em três ODS: **o ODS 3:** "Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades"(UNRIC, 2015, p.6), pois o obejtivo do projeto na área da promoção do sono saudável nas crianças e na redução do tempo de exposição a ecrãs está diretamente ligado à melhoria da saúde e bem-estar infantil, contribuindo para um desenvolvimento mais equilibrado. Promover hábitos de sono adequados desde a infância é um dos pilares basilares para garantir saúde ao longo da vida; **o ODS 4**: "Garantir o acesso à educação inclusiva, de qualidade equitativa, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos"(UNRIC, 2015, p.8), ao envolver as crianças, os pais e encarregados de **educação** em atividades de sensibilização e capacitação, o projeto promove também a educação para a saúde, uma componente essencial da educação de qualidade. Ensinar comportamentos saudáveis desde cedo tem efeitos positivos no desempenho escolar e no desenvolvimento cognitivo, e é um dos objetivos principais do PNSE; e por fim, **o ODS 17**:" Reforçar os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável"(UNRIC, 2015, p.34), pois o projeto foi desenvolvido em articulação com diversos *stakholders*, esta cooperação multidisciplinar é essencial para alcançar com sucesso os objetivos propostos.

3 A ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Começamos por explanar, tal como afirma Meleis (2000), que a Enfermagem é a profissão autónoma e disciplina de conhecimento próprio, que tem como objeto as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e comunidades.

A ESCSP é uma área especializada da Enfermagem que em Portugal se apresenta devidamente regulada e legislada. Segundo o Regulamento n.º 140/2019 da OE, para que o enfermeiro especialista alcance as competências específicas deve demonstrar intervenções "de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas" (p.4745), demonstrando que:

> detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem e, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 140/2019, p, 16482).

Em Portugal, a ESCSP iniciou-se como uma área de formação distinta do antigo Curso Geral de Enfermagem, passando anos mais tarde a ser uma área de especialização em Enfermagem. Inicialmente foi designada de Enfermagem de Saúde Pública, seguidamente de Enfermagem Comunitária e atualmente é designada de área de ESCSP (Melo, 2020). A união destes dois termos foi adotada em 1984, na Conferência *Essentials of Public Health Practice and Education*, onde ficou estabelecido que o termo enfermeiro de saúde comunitária se aplicaria a todos os enfermeiros que prestassem cuidados na comunidade, quer tivessem ou não formação em enfermagem de saúde pública (Stanhope & Lancaster, 2011).

A ESCSP desempenha um papel crucial nas políticas de saúde, tanto nacionais quanto internacionais, visando o controlo dos determinantes da saúde por meio de estratégias comunitárias. Perante as mudanças demográficas e o desafio do padrão epidemiológico, os sistemas de saúde enfrentam reptos na prestação de cuidados às comunidades. Neste cenário, destaca-se a importância de

uma cultura salutogénica, que se baseia na promoção da saúde e na prevenção de dependências e vulnerabilidades (OE, 2015).

A OE ressalva no Regulamento n.º 348/2015 que "a enfermagem em cuidados de saúde primários, pela natureza dos cuidados que presta, atua adotando uma abordagem sistémica e sistemática, aos diferentes níveis da prevenção e em complementaridade funcional com outros profissionais" (p. 16482).

A promoção da saúde, conceito central e competência específica do enfermeiro especialista em ESCSP é o processo de capacitar os indivíduos, grupos, famílias e comunidades para que se tornem ativos, controlem os determinantes dos seus comportamentos de saúde e tomem medidas visando o bem-estar e as atividades de promoção de saúde ocorrendo em todos os ambientes de prática clínica (Pender, et al, 2015).

A Saúde Comunitária é, segundo Melo (2020), "o processo dinâmico de empoderamento comunitário em que a participação, o processo e a liderança comunitários se conjugam na capacidade de identificar e resolver problemas e potenciar os recursos da comunidade" (p. 52). Assim, neste contexto importa definir comunidade. Na maioria das definições, o conceito de comunidade tem implícitas três dimensões: indivíduos, local e função. O conceito de comunidade, é definido na CIPE como: "Grupo com características específicas: um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composto por membros ligados pela partilha geográfica, situações ou interesses" (ICN, 2019, p.30).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em ESCSP torna-se importante para a avaliação do estado de saúde da comunidade, capacitação para a adoção de estilos de vida saudáveis e mudança de comportamentos, promovendo uma melhor qualidade de vida, prevenindo a ocorrência de doenças não transmissíveis ou como estratégias de controlo de doenças pré-existentes (Melo, 2020).

4 PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA SEGUNDO A METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

A aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas na área de especialização de ESCSP e do grau de mestre são objetivos do presente Curso de Mestrado em Enfermagem, e para que se conseguisse dar, em parte, resposta a estes objetivos foi elaborado um PIC que seguiu a Metodologia de Planeamento em Saúde.

Este capítulo encontra-se dividido em sete subcapítulos onde descrevemos a Metodologia do Planeamento em Saúde e detalhamos todas as etapas do projeto desenvolvido.

4.1 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Planeamento em Saúde é uma metodologia científica através da qual se conseguem determinar os problemas de saúde existentes e se estabelecem prioridades de atuação a fim de se alcançar uma redistribuição de recursos que conduza a uma maior eficiência, resultante de uma melhor utilização dos mesmos para atender às necessidades de saúde das populações (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). De acordo com Tavares (1990), esta metodologia é a mais apropriada para a aquisição de competências do enfermeiro especialista ESCSP, porque permite identificar as necessidades do indivíduo e comunidade, delineando prioridades, implementando intervenções e avaliando os resultados.

O processo de Planeamento em Saúde bem construído deverá seguir três grandes fases, cronologicamente ordenadas, nomeadamente elaboração do plano, a sua execução e, por fim a sua avaliação (Imperatori & Giraldes (1993); Tavares (1990)). Imperatori e Giraldes (1993) e Tavares (1990) identificam seis etapas do processo de planeamento: o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional e a avaliação. Apesar da sua divisão em etapas, o Planeamento em Saúde deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico, passível de ser alterado e reavaliado em qualquer etapa, de acordo com alterações que surjam no decorrer do mesmo (Imperatori & Giraldes, 1993).

O diagnóstico de situação representa a primeira etapa do Planeamento em Saúde, que possibilita determinar o estado de saúde da população em estudo, os seus principais problemas de saúde e os fatores que os determinam (Tavares, 1990).

A fase seguinte corresponde à determinação de prioridades, que traduz a hierarquização dos problemas de saúde identificados. Esta etapa é dependente do diagnóstico de situação. Depois de definidas as prioridades, a etapa que se segue no processo de planeamento é a fixação dos objetivos, que Imperatori e Giraldes (1993) definem como a elaboração do enunciado do resultado desejável em relação aos problemas definidos como prioritários, alterando a tendência da sua evolução. Com a próxima etapa, designada de seleção de estratégias, pretende-se traçar o processo mais adequado para atingir os objetivos delineados e dessa forma inverter a tendência de evolução natural do problema de saúde identificado (Imperatori & Giraldes, 1993). A escolha das estratégias deve ter em conta os custos, obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes de cada estratégia. Sendo sempre possíveis diferentes combinações de abordagens do problema em causa, as análises de custo-oportunidade, custo-benefício ou custo-efetividade podem ser determinantes na tomada de decisão entre várias alternativas (Tavares, 1990).

A quinta etapa corresponde à preparação operacional, que se dedica ao estudo das atividades necessárias à execução das estratégias definidas na etapa anterior, definindo-se ainda nesta etapa o cronograma e a responsabilidade da execução, assim como aspetos relacionados com os recursos necessários (Imperatori & Giraldes, 1993). Esta etapa pretende planear operacionalmente a execução. A operacionalização poderá estar organizada em programas e projetos, sendo um programa definido como um conjunto de atividades contribuindo para a execução de uma estratégia e um projeto como um conjunto de atividades contribuindo para a execução de um programa (Tavares, 1990).

A sexta e última etapa do planeamento é a avaliação que, constituindo o final do processo, se integra em cada uma das suas etapas (Tavares, 1990). Segundo Pineault e Daveluy (1987), a avaliação efetua uma revisão de todos os elementos do planeamento, constituindo, essencialmente, um olhar retrospetivo para as diferentes etapas do processo.

4.1.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Numa investigação que envolva pessoas deve existir sempre respeito, anonimato e confidencialidade. Na abordagem de qualquer temática é importante não esquecer que o enfermeiro é um profissional do cuidado humano, assumindo um papel crucial no respeito, na defesa e na promoção

dos direitos das pessoas de quem cuida. Entre as normas internacionais classicamente invocadas para a validação ética dos estudos de investigação incluem-se: A Declaração de Helsínquia, a Convenção sobre os Direitos do Homem e as orientações do *Council for International Organizations of Medical Sciences*. Adotando a Declaração de Helsínquia (1964) como um documento base, importa referir que as recomendações incluídas nesse documento reportam-se a uma série de regras éticas, a cumprir, nos estabelecimentos de saúde e comissões de ética perspetivando avaliar a investigação sobre seres humanos (World Medical Association, 2013).

A profissão de Enfermagem, em Portugal é autorregulada, "tanto no Código Deontológico do Enfermeiro como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros estão definidos os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício, onde naturalmente se inclui a investigação" (Nunes, 2013, p.18). Em ambos os documentos podem constatar-se os direitos e deveres dos enfermeiros no exercício das suas funções, apoiados num exigente cumprimento dos princípios éticos. Para a execução do presente projeto foram garantidos todos aspetos éticos regulamentados na profissão de enfermagem, bem como os princípios incluídos na Declaração de Helsínquia, os Direitos consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, os princípios do Regulamento Geral de Proteção de Dados (Regulamento (UE) 2016/679), e a carta dos direitos dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, descritos na Lei Bases da Saúde (Lei nº95/2019).

De modo a proceder à realização do projeto foi pedido parecer à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde onde se insere o estudo. O estudo obteve parecer favorável da referida Comissão de Ética para a Saúde (Extrato da Reunião nº6/2024 da Comissão de Ética (Anexo A)). Obteve, identicamente, autorização por parte da Direção do Agrupamento Escolar e respetivo Conselho Pedagógico do contexto escolar (Anexo B). Para a realização do diagnóstico da situação foram aplicados dois questionários validados para a população portuguesa, que para se proceder à sua aplicação efetuaram-se os respetivos pedidos de autorização aos autores. Na fase de realização da recolha de dados os questionários foram dirigidos aos pais/ EE das crianças em idade pré-escolar, e aplicados após a obtenção do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (CILE) dos mesmos (Apêndice A).

Toda a informação fornecida e recolhida, foi processada sob a prática de proteção de dados e confidencialidade. Os documentos de recolha de dados foram aplicados sobre a forma de anonimato, não tendo por isso sido registada informação que possibilitasse a identificação dos participantes. A informação foi utilizada para uso exclusivo do presente projeto. Os dados recolhidos ficaram na nossa posse, armazenados em computador em que o seu acesso é realizado através de palavra-passe, os dados

foram utilizados exclusivamente no âmbito da investigação. Toda a informação será apagada e destruída assim que se proceda à publicação e/ou divulgação dos resultados.

4.1.2 METODOLOGIA DA ANÁLISE DOS DADOS

Os questionários foram disponibilizados em suporte digital através de formulário *online* no *Microsoft Forms*. A análise dos dados recolhidos teve por base uma abordagem de estatística descritiva, adequada à natureza quantitativa e categorial dos dados obtidos. Esta fase visou caracterizar a população em estudo, identificar padrões nos hábitos de vida reportados e sustentar a definição de estratégias de intervenção no âmbito da promoção da saúde.

Após a recolha dos questionários, previamente validados quanto à sua coerência interna e clareza semântica, os dados foram organizados em matriz e codificados para permitir o seu tratamento sistemático (Pestana & Gageiro, 2014). As variáveis de natureza qualitativa (nominais e ordinais), como o nível de escolaridade ou existência de meios digitais no quarto da criança e no lar, foram analisadas através do cálculo de frequências absolutas (n) e de frequências relativas (%), permitindo observar a distribuição dos participantes por categorias. As variáveis quantitativas (como a idade ou o número de horas de sono) foram descritas através de medidas de tendência central, nomeadamente a média aritmética, e, quando apropriado, complementadas com medidas de dispersão, como o desvio-padrão, de forma a caracterizar a variabilidade da amostra (Martins, 2020).

Esta análise descritiva agregada possibilitou a identificação de tendências relevantes na população estudada, nomeadamente ao nível de estilos de vida, fatores de risco modificáveis e atitudes perante comportamentos promotores de saúde. Tais resultados constituíram a base empírica para a construção de estratégias educativas e interventivas alinhadas com os objetivos do projeto. Na fase de tratamento de dados, recorreu-se ao *Software – Microsoft Excel* versão 2403.

O processo analítico foi sustentado pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que valoriza os antecedentes individuais, as crenças pessoais, a perceção de barreiras e os fatores situacionais que influenciam o comportamento de saúde (Pender et al., 2015). Este referencial teórico orientou a interpretação dos dados, permitindo relacionar as variáveis sociodemográficas e comportamentais com determinantes relevantes à luz da promoção da saúde em contexto comunitário.

Todo o processo de análise foi conduzido respeitando os princípios de rigor metodológico, validade científica e ética na investigação em saúde. Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados, em conformidade com os princípios da Declaração de Helsínquia (World

Medical Association, 2013) e com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (Regulamento (UE) 2016/679).

4.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação integra a primeira fase da Metodologia do Planeamento em Saúde. De acordo com Tavares (1990), este possibilita determinar o estado de saúde da população em estudo, os seus principais problemas de saúde e os fatores que os determinam. Este deve ser claro, rápido, conciso, alargado e aprofundado. As necessidades de saúde compõem a parte fundamental do diagnóstico e são definidas pelo conjunto de problemas reais, expressas e sentidas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para efetuar o desenvolvimento do projeto, cumprindo as etapas da Metodologia de Planeamento em Saúde é fulcral que se conheça bem o local e a comunidade onde se vai intervir. Neste sentido, apresenta-se de seguida uma caracterização geodemográfica do local de intervenção, da sua comunidade e recursos, bem como a caracterização das unidades funcionais onde decorreram os períodos de estágio.

4.2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

De acordo com a OE (2021), o "estágio deve ser considerado como um elemento central na transição de Enfermeiro para Enfermeiro Especialista" (p.2). É no âmbito da prestação de cuidados de Enfermagem especializada que se compreendem as competências próprias da sua intervenção, permitindo a aprendizagem e consolidação de conhecimentos.

Neste sentido, teve-se oportunidade de realizar estágio numa Unidade de Saúde Pública (USP) e numa Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC), que integram a ULSBA. A ULS em questão integra um hospital, uma USP, treze Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), seis UCC, e uma Unidade de Saúde Familiar (USF).

A USP está integrada na ULSBA, que é uma entidade pública empresarial integrada no Sistema Nacional de Saúde, criada pelo Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro, e que resultou do conhecimento da mais-valia que a integração entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados pode trazer à efetiva prestação de cuidados de saúde aos cidadãos. Tem por missão contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da sua área geodemográfica, visando a obtenção de ganhos em saúde (Decreto-Lei nº 183/2008).

A USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica da ULS, competindo-lhe de acordo com o Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril:

> a) Identificar necessidades de saúde; b) Monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes; c) Promover a investigação e a vigilância epidemiológicas; d) Avaliar o impacto das várias intervenções em saúde; e) Gerir programas e projetos nas áreas de defesa, proteção e promoção da saúde da população, no quadro dos planos nacionais de saúde ou dos respetivos programas ou planos regionais ou locais de saúde, nomeadamente vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral; f) Participar na execução das atividades dos programas descritos na alínea anterior, no que respeita aos determinantes globais da saúde ao nível dos comportamentos e do ambiente; g) Promover e participar na formação pré-graduada, pós-graduada e contínua dos diversos grupos profissionais que integram (Decreto-Lei n.º 81/2009, p.2059).

A USP integra também o exercício do poder de autoridade de saúde, no cumprimento da obrigação do Estado de intervir na defesa da saúde pública, nos termos da legislação específica.

A USP é gerida por uma coordenadora, sendo por inerência a delegada de saúde, designado nos termos da legislação aplicável às autoridades de saúde. Esta integra dois médicos de saúde pública, nove técnicos de saúde ambiental, três enfermeiros especialistas em ESCSP, um técnico de serviço social, um psicólogo, um engenheiro do ambiente, um engenheiro sanitarista e quatro assistentes técnicos.

Esta unidade está organizada por várias áreas funcionais que se articulam entre si, designadamente para garantir o bom funcionamento de programas e projetos, quando estes envolvam mais que uma área funcional. Esta organiza-se pelas seguintes áreas funcionais: Autoridade de Saúde; Vigilância Epidemiológica; Saúde Ambiental; Saúde Ocupacional; Sanidade Internacional; Promoção e Proteção da Saúde; Planeamento e Gestão de Projetos em Saúde.

A UCC onde foi realizado o estágio integra o Departamento de Cuidados de Saúde Primários da ULSBA, pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro as UCC foram alicerçadas (Decreto-Lei n.º 28/2008), sendo regulamentadas pelo Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril (Despacho n.º 10143/2009). A UCC fica sediada num concelho do Baixo Alentejo, ocupa parte do andar inferior do edifício único que também possui a UCSP e o Serviço de Urgência Básico (SUB). Foi criada em 2024 e

funciona das 08 horas às 17 horas nos dias úteis, e funciona das 08 horas às 13 horas aos fins-de-semana e feriados.

Em termos físicos a UCC dispõe de três gabinetes de enfermagem. Apresenta um gabinete destinado ao serviço social, um à psicologia e outro à nutrição, possui também um armazém partilhado com a UCSP e o SUB. Os restantes espaços (gabinete administrativo, vestiário, copa e casas de banho) são também partilhados com as restantes unidades funcionais de saúde.

As viaturas utilizadas pela equipa da UCC nas deslocações diárias (para as visitas domiciliárias ou intervenção comunitária) são conduzidas por motorista e pertencem à frota do parque automóvel da ULSBA.

Munida de autonomia organizativa e técnica, a UCC em termos de recursos humanos é composta por uma equipa multidisciplinar com seis enfermeiros (exercendo um dos elementos a função de enfermeiro coordenador), uma assistente técnica, uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma psicóloga, uma técnica de serviço social e uma técnica auxiliar de saúde. Esta equipa multidisciplinar assume a prestação de:

> cuidados de saúde, apoio social e psicológico a pessoas, famílias e grupos vulneráveis e em situação de risco ou dependência física e funcional, ou doença que requeira acompanhamento próximo, atuando na educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família (Despacho n.º 10143/2009, p. 15438).

Integrando as estratégias definidas no Plano Nacional de Saúde (DGS, 2022) e o diagnóstico de saúde da comunidade, a equipa da UCC participa em diversos programas e projetos de Intervenção (Saúde Escolar, Promoção da Alimentação Saudável e Exercício Físico, Envelhecimento Ativo, Prevenção de Quedas, Prevenção de Úlceras por Pressão e Diabetes) (Despacho n.º 10143/2009). Para além destes projetos, a UCC integra mais dois eixos estratégicos de intervenção: os Cuidados Continuados (Equipa de Coordenação Local (ECL), Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), elo de ligação à Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCPal)) e a Intervenção na Comunidade, desenvolvendo um papel de parceira em estruturas comunitárias (Rendimento Social de Inserção (RSI), Intervenção Precoce (IP) e Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em risco (CPCJ)) (Despacho n.º 10143/2009).

Em termos organizacionais, durante a semana, assegura um enfermeiro a tempo inteiro para a ECL da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (tendo apoio de outro elemento da equipa nesta função), dois enfermeiros que asseguram os cuidados aos utentes internados em ECCI (sendo que aos fins de semana e feriados, estes cuidados são assegurados apenas por um enfermeiro), para a

Saúde Escolar estão dois enfermeiros escalados. Para desenvolvimento das restantes áreas (Saúde Escolar, Saúde Comunitária, RSI, CPCJ, IP, ECSCPal), às quais a equipa de enfermagem da UCC dá resposta, cada enfermeiro responsável por determinada área tem atribuídas horas semanais para esse efeito.

4.2.2 CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A região do Alentejo compõe a maior região territorial de Portugal, com uma área total de 31.551 Km^2 (Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central, 2020). É uma região delimitada a norte pela região Centro, a este por Espanha, a oeste é banhada pelo Oceano Atlântico e demarcada pela região de Lisboa e a Sul pela região do Algarve.

O Baixo Alentejo integra a extensa Região Alentejo, sendo limitado a norte pelo Distrito de Évora, a leste por Espanha, e a Sul pelo Distrito de Faro. Esta sub-região integra treze Concelhos: Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira (Comunidade Intermunicipal do Baixo Alentejo, 2024). O Baixo Alentejo abrange uma área de 8.544,6 km², correspondente a 10,8% do território nacional. A área média das freguesias desta sub-região é de 102,9 km², bastante superior à média nacional (21,7 km²). A população residente na área é de 115.237 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022). Nas duas últimas operações censitárias a população do Baixo Alentejo decresceu (-9,3%, 11 829 habitantes), valor percentual superior ao decréscimo registado na Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) (-8,1%, 41 177 habitantes) (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA], 2023). O Índice de Envelhecimento em 2022 (211,8) é inferior ao da ARSA (224,6) e superior ao do Continente (188,0) (PORDATA, 2024). Segundo o Perfil de Saúde do Baixo Alentejo de 2022 a esperança de vida à nascença (78,3) tem aumentado e tem um valor ligeiramente inferior ao da região Alentejo (79,8) e ao Continente (80,8). A taxa bruta de natalidade, em 2022 foi de 8,1‰, um valor superior à ARSA (7,5‰) e de valor ligeiramente superior ao Continente (8,0‰) (ULSBA, 2023). No que diz respeito à taxa de mortalidade infantil, esta aumentou no triénio 2020-2022, foi 3,5‰, assume assim, valores superiores à ARSA (2,9‰) e ao Continente (2,5‰), bem como para a generalidade das suas componentes (ULSBA, 2023).

No Baixo Alentejo a morbilidade, medida pela proporção de inscritos nos cuidados de saúde primários, destacaram-se as alterações do metabolismo dos lípidos, a hipertensão arterial, a obesidade, as perturbações depressivas, a diabetes, a osteoartrose do joelho, as doenças dos dentes e gengivas (7 anos) com valores superiores à ARSA e ao Continente, para ambos os sexos (ULSBA, 2023).

As duas últimas operações censitárias revelaram também que o nível de escolaridade da população na ULSBA melhorou (mais 3,8%, 12,2% da população possui ensino superior). No entanto, a ULSBA continua a ter cerca de 16,5% da população sem escolaridade, este valor é ainda superior ao da ARSA (15,6%) e ao do Continente (13,0%). A taxa de analfabetismo (6,4%) indicia uma evolução decrescente, no entanto apresentou um valor superior à ARSA (6,0) e ao Continente (3,0) (ULSBA, 2023).

O PIC foi desenvolvido num dos concelhos do Baixo Alentejo. Este concelho tem uma área de 567,2 Km2 e uma população aproximada de 6873 habitantes segundo os Censos 2021 (INE, 2022), distribuída em cerca de uma vintena de localidades de pequena e média dimensão, estando dividido administrativamente em quatro freguesias. Na última operação censitária de 2021, a percentagem de população entre os 15-64 anos de idade foi de 60,9 % e a percentagem de população entre os 0-14 anos de idade foi de 12,1 % (INE, 2022). No referido concelho residem 386 crianças com idade ≤ 6 anos, e destas, 204 são do sexo masculino e 182 do sexo feminino (Ministério da Saúde, 2024).

4.2.3 POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA

De acordo com Fortin (2009) a população-alvo "é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações" (p. 202). O investigador, não tendo acesso à totalidade da população-alvo, estuda a população acessível, que deve ser representativa da população-alvo (Fortin, 2009).

Definiu-se como população-alvo todas as crianças em idade pré-escolar inscritas na educação pré-escolar pública do Agrupamento de Escolas do concelho do Baixo Alentejo em estudo, num total de cerca de 147 alunos. Os informantes foram os pais/ EE das crianças.

O critério de inclusão definido compreendeu as crianças em idade pré-escolar a frequentar a educação pré-escolar da educação pública do concelho do Baixo Alentejo em estudo. Como critério de exclusão definiu-se a frequência no contexto de educação privada.

Obteve-se uma amostra não probabilística por conveniência ou acidental que, tal como refere Fortin (2009), é composta por indivíduos que estão facilmente acessíveis, que reúnem determinados critérios precisos e permite também escolher os indivíduos que estão no local certo num determinado momento.

A amostra foi intencional e por conveniência, tendo sido constituída pela participação dos pais/ EE das crianças da educação pré-escolar do Agrupamento de Escolas do concelho do Baixo Alentejo em estudo enquanto respondentes dos questionários, numa amostra de 147 crianças. Foram entregues

142 questionários (um exemplar de cada instrumento de recolha de dados). Cinco não chegaram a ser preenchidos por recusa dos pais/ EE.

Os questionários foram disponibilizados aos pais/ EE sob a forma de um *QRCODE* em formato papel, que foi distribuído através das professoras responsáveis pelas salas de educação pré-escolar. Destes, foi possível recolher 71 questionários (taxa de resposta de 50%).

4.2.4 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Na tentativa de se caracterizar a população-alvo através de uma amostra representativa e, identificar os hábitos e exposição aos ecrãs bem como, os hábitos e problemas de sono das crianças foram utilizados dois instrumentos. De forma mais aprofundada apresentam-se de seguida os dois questionários utilizados:

- **Questionário 1- "As Crianças e os Ecrãs "**

O questionário foi desenvolvido por Ana Pais em 2021, durante o desenvolvimento do seu projeto de intervenção "As crianças e os ecrãs" nas escolas do pré-escolar e 1º ciclo da cidade de Mangualde (Pais, 2021). O instrumento de recolha de dados está dividido em duas partes, a primeira alusiva à caracterização sociodemográfica da amostra e a segunda aos hábitos e exposição aos ecrãs das crianças. A primeira parte é constituída por onze perguntas abertas e de escolha múltipla que englobam a idade, o sexo, o peso, a altura, a escola que frequenta, o nível de ensino a frequentar, com quem vive a criança, o estado civil dos pais, a área de residência, a profissão dos pais e as habilitações literárias dos pais. a segunda parte é constituída por nove perguntas e avalia os hábitos de sono da criança; o tempo ocupado com atividades extracurriculares; a existência de meios digitais no quarto da criança e no lar; o tempo gasto pela criança nas diferentes tecnologias por dia nos dias de semana; o tempo gasto pela criança nas diferentes tecnologias por dia ao fim de semana e o tipo de utilização que os pais/ EE fazem dos meios digitais (Anexo C).

O instrumento utilizado encontra-se devidamente validado na população portuguesa, tendo-se previamente pedido autorização à autora, cujo parecer foi favorável (Anexo D). O questionário utilizado foi disponibilizado aos informantes em formato digital.

- **Questionário 2- *Children's Sleep Habits Questionnaire* (CSHQ) Versão em Português**

O questionário *Children´s Sleep Habits Questionnaire* foi desenvolvido por Owens, Spirito e McGuinn em 2000, e foi adaptado para a população portuguesa por Filipe Silva (Silva, 2011) (Anexo

E). O questionário foi desenvolvido como um instrumento de rastreio dos hábitos e problemas de sono de crianças de idade escolar, sendo composto por 33 itens (Silva, 2011). O CSHQ é um questionário retrospetivo, destinado a ser preenchido pelos pais ou EE. Antes do seu preenchimento é pedido aos pais que recordem o sono (incluindo rotinas e problemas de sono) da sua criança, que ocorreram durante a semana anterior ou numa semana recente que considerem típica (Silva, 2011).

O questionário é baseado em sintomas clínicos comuns dos diagnósticos pediátricos mais prevalentes (Silva, 2011). Os itens são classificados numa escala de *Likert* de 3 pontos, "Normalmente" se o comportamento ocorreu 5 a 7 vezes por semana, "Às vezes" se ocorreu 2 a 4 vezes por semana, e "Raramente" se ocorreu 1 vez ou nunca na semana. O resultado é obtido através da soma das várias respostas, sendo que 6 itens foram invertidos (item 1, 2, 3, 10, 11 e 26), para que uma maior pontuação fosse indicativa de um sono mais perturbado. Neste caso o rastreio de perturbação do sono deve ser considerado positivo para cotações iguais ou superiores a 48 (Silva, 2011).

O instrumento utilizado encontra-se devidamente adaptado e validado para a população portuguesa, tendo-se previamente pedido autorização ao autor, cujo parecer foi favorável (Anexo F). O questionário foi disponibilizado aos informantes em formato digital.

4.2.5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A apresentação e análise de resultados inclui a colheita de dados, seguida da organização e do tratamento dos mesmos (Fortin, 2009). Em consonância com os subcapítulos anteriores, passa-se agora à interpretação e comunicação dos resultados.

Da amostra validada (n=71), e no que à variável sexo diz respeito, 48% dos participantes foram do sexo feminino (n=34) e 52% do sexo masculino (n=37).

Relativamente à idade das crianças do estudo, verifica-se uma variação entre os 3 e os 7 anos de idade, com maior percentagem de participantes com 4 anos de idade, representando 31% (n=22) das crianças, seguidamente uma maior representatividade de 28% com 6 anos de idade (n=20) e 27% com 5 anos (n=19). Apenas 13% com 3 anos (n=9), e uma criança com 7 anos (n=1%).

A amostra engloba crianças a frequentar quatro diferentes escolas, estando a maioria a frequentar o ensino pré-escolar (n=-69), apenas duas crianças (3%) da amostra frequenta o primeiro ano do ensino básico.

O estado civil dos pais/ EE é maioritariamente casado ou união de facto (FA-61; FR-86%) (Tabela 1).

Tabela 1:

Estado civil dos pais/ EE

ESTADO CIVIL DOS PAIS/ EE	FA	FR
Casado	21	30%
União de facto	40	57%
Solteiro	7	10%
Divorciado	1	1%
Viúvo	1	1%
Sem qualquer relação	1	1%
TOTAL	71	100%

As habilitações literárias da mãe variam entre o 3ºciclo e Doutoramento, sendo o ensino secundário e a licenciatura os mais prevalentes (Tabela 2). No que diz respeito ao pai as habilitações literárias variam desde o 2º ciclo até à Licenciatura, sendo o ensino secundário o mais prevalente (Tabela 3).

Tabela 2:

Habilitações literárias da mãe

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DA MÃE	FA	FR
3º ciclo (7º-9º ano)	3	4%
Secundário (10º-12º ano)	34	48%
Licenciatura	28	40%
Mestrado	5	7%
Doutoramento	1	1%
TOTAL	71	100%

Tabela 3:

Habilitações literárias do pai

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DO PAI	FA	FR
2º Ciclo (5º-6º ano)	2	3%
3º ciclo (7º-9º ano)	14	20%
Secundário (10º-12º ano)	44	62%
Licenciatura	11	15%
TOTAL	71	100%

No que diz respeito aos hábitos de sono das crianças, em média, as crianças dormem 9 horas e 58 minutos por noite. As crianças do sexo masculino em média, dormem mais tempo que as crianças do sexo feminino (10 horas e 01 minutos vs. 9 horas e 53 minutos).

As crianças entre os 3 e os 5 anos dormem em média 09 horas e 57 minutos por noite. Na amostra as crianças com mais de 6 anos dormem em média 10 horas.

Na Tabela 4 apresentamos a média dos horários de deitar e acordar das crianças. Em relação aos horários que as crianças se deitam durante a semana, o estudo mostrou que a maioria das crianças se deita às 21 horas e 30 minutos (51%), e em média deitam-se às 21 horas e 21 minutos. No que diz respeito à hora de acordar e levantar, a maioria das crianças levanta-se às 07 horas e 20 minutos (31%), não sendo muito discrepante a média, com hora de levante às 07 horas e 43 minutos. Ao fim-de-semana, a maior parte das crianças deita-se às 22 horas (37%). Em média, deitam-se às 22 horas e 04 minutos. Neste período a maioria das crianças levanta-se às 09 horas (39%), sendo que, em média levantam-se às 08 horas e 49 minutos.

Tabela 4:

Hora de deitar e acordar das crianças

	Média		**Média**
Hora de deitar das crianças durante a semana	21:21 horas	**Hora de acordar das crianças durante a semana**	07:43 horas
Hora de deitar das crianças ao fim-de-semana	22:00 horas	**Hora de acordar das crianças ao fim-de-semana**	08:49 horas

A aplicação do questionário CSHQ permitiu realizar o rastreio de perturbação do sono, sendo este considerado positivo para cotações iguais ou superiores a 48.

De acordo com o questionário CSHQ a média da cotação total da amostra foi de 47,64 (Tabela 5). Cerca de 59,15% da amostra apresentou cotações abaixo de 48 e 40,85% apresentou cotações superiores a 49, ou seja, indicativo de perturbações do sono. Se compararmos os dados face ao sexo das crianças, as crianças do sexo feminino apresentam cotações ligeiramente mais baixas que as do sexo masculino (47,05 vs. 48,18) (Tabela 6). Quando se compararam as cotações em relação à idade das crianças, as crianças com idade inferior aos 5 anos apresentaram cotações mais altas comparativamente às crianças com idades superiores a 5 anos (49,74 vs. 46,02) (Tabela 7).

Tabela 5:

Cotações totais do CSHQ da população-alvo

	MÉDIA	**MÍNIMO**	**MÁXIMO**
COTAÇÃO DO CSHQ	47,64	36	78

Tabela 6:

Cotações do CSHQ por género

	Feminino	**Masculino**
	Média	**Média**
COTAÇÃO DO CSHQ	47,05	48,18

Tabela 7:

Cotações do CSHQ por idade

	< 5 anos	**≥5 anos**
	Média	**Média**
COTAÇÃO DO CSHQ	49,74	46,02

Em relação à dimensão do questionário "hora de deitar" (Tabela 8), verificou-se que segundo a perceção dos pais/ EE as crianças, na sua maioria, e habitualmente (91,5%), deitam-se à mesma hora. 43,7% demoram até 20 minutos a adormecer e 38% adormecem sozinhos nas suas próprias camas. Foi possível observar que 43,7% das crianças habitualmente precisa de um dos pais para adormecer, 88,7%

raramente "luta" na hora de deitar. As mesmas crianças raramente têm medo de dormir no escuro (54,9%) e de dormir sozinhos (50,7%).

Tabela 8:

Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ em relação à "Hora de deitar"

Deita-se sempre à mesma hora	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	65	91,5%
Às vezes	6	8,5%
Raramente	0	0%
Total	71	100%
Depois de se deitar, demora até 20 minutos a adormecer	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	31	43,7%
Às vezes	20	28,1%
Raramente	20	28,1%
Total	71	100%
Adormece sozinho(a) na sua própria cama	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	27	38,0%
Às vezes	21	29,6%
Raramente	23	32,4%
Total	71	100%
Adormece na cama dos pais ou dos irmãos	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	17	23,9%
Às vezes	17	23,9%
Raramente	38	52,1%
Total	71	100%
Precisa de um dos pais no quarto para adormecer	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	31	43,7%
Às vezes	17	23,9
Raramente	23	32,4
Total	71	100%
"Luta" na hora de deitar (chora, recusa-se a ficar na cama, etc)	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	1	1,4%
Às vezes	7	9,9%
Raramente	63	88,7%
Total	71	100%

(Continua)

Tabela 9:

Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ em relação à "Hora de deitar" (continuação)

Tem medo de dormir no escuro	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	10	14,1%
Às vezes	22	30,9%
Raramente	39	54,9%
Total	71	100%
Tem medo de dormir sozinho(a)	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	9	12,7%
Às vezes	26	36,6%
Raramente	36	50,7%
Total	71	100%

Na dimensão "Comportamento durante o Sono" (Tabela 9) quando inquiridos os pais/ EE estes referem que em relação à duração do sono das crianças 78,9% raramente dormem pouco e que habitualmente dormem o necessário (70,1%). Em relação ao número de horas que dormem as crianças, 69,0% dos EE refere que habitualmente dormem o mesmo número de horas. 12,3% vai habitualmente para a cama dos pais ou irmãos a meio da noite e que 71,8% raramente tem dificuldade em dormir fora de casa.

Tabela 10:

Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ em relação ao "Comportamento durante o Sono"

Dorme pouco	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	3	4,2
Às vezes	12	16,9
Raramente	56	78,9%
Total	71	100%
Dorme o que é necessário	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	54	70,1%
Às vezes	14	19,7%
Raramente	3	4,2%
Total	71	100%

(Continua)

Tabela 11:

Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ em relação ao "Comportamento durante o Sono" (continuação)

Dorme o mesmo número de horas todos os dias	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	49	69,0%
Às vezes	21	29,6%
Raramente	1	1,4%
Total	71	100%
Vai para a cama dos pais, irmãos, etc, a meio da noite	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	8	12,3%
Às vezes	18	25,4%
Raramente	45	63,4%
Total	71	100%
Tem dificuldade em dormir fora de casa (na casa de familiares, nas férias, etc.)	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	2	2,8%
Às vezes	20	28,2%
Raramente	51	71,8%
Total	71	100%

O CSHQ permitiu avaliar a existência de parassónias e, em relação a estas, os EE referiram (Tabela 10) que 91,5% das crianças raramente molha a cama à noite, às vezes 29,6% falam a dormir; 38,0% das crianças tem às vezes o sono agitado; 2,8% das crianças andam a dormir (sonambulismo); 14,1% rangem os dentes às vezes; 15,5% das crianças acordam a gritar, a suar e às vezes inconsoláveis, enquanto que, 81,7% raramente acordam assustada com pesadelos.

Tabela 12:

Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ em relação às "Parassónias"

Molha a cama à noite (criança com 4 ou mais anos)	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	2	2,8%
Às vezes	4	5,6%
Raramente	65	91,5%
Total	71	100%
Fala a dormir	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	3	4,22%
Às vezes	21	29,6%
Raramente	47	66,2%
Total	71	100%
Tem sono agitado, mexe-se muito a dormir	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	8	11,3%
Às vezes	27	38,0%
Raramente	35	49,3%
Total	71	100%
Anda a dormir, à noite (sonambulismo)	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	1	1,4%
Às vezes	1	1,4%
Raramente	69	97,2%
Total	71	100%
Range os dentes durante o sono	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	4	5,6%
Às vezes	10	14,1%
Raramente	57	80,3%
Total	71	100%
Acorda durante a noite a gritar, a suar, inconsolável	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	1	1,4%
Às vezes	11	15,5%
Raramente	59	83,1%
Total	71	100%
Acorda assustada com pesadelos	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	8	11,3%
Às vezes	5	7,0%
Raramente	58	81,7%
Total	71	100%

Na caracterização das perturbações respiratórias do sono (Tabela 11), os EE referiram que às vezes 18,3% ressonam alto, embora a maioria das crianças raramente pare de respirar durante o sono (93%). 12,7% roncam ou tem dificuldade em respirar durante o sono.

Tabela 13:

Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ em relação às "Perturbações respiratórias"

Ressona alto	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	5	7,0%
Às vezes	13	18,3%
Raramente	53	74,67%
Total	71	100%
Parece parar de respirar durante o sono	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	2	2,8%
Às vezes	3	4,2%
Raramente	66	93,0%
Total	71	100%
Ronca ou tem dificuldade em respirar durante o sono	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	3	4,2%
Às vezes	6	8,5%
Raramente	62	87,3%
Total	71	100%

Na dimensão "Acorda durante a Noite" (Tabela 12), 80,3% dos EE não percecionaram algum tipo de problema. 54,9% responderam que raramente acordam uma vez durante a noite e 88,8% que raramente acordam mais de uma vez durante a noite.

Tabela 14:

Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ em relação "Acorda durante a Noite"

Acorda uma vez durante a noite	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	7	9,9%
Às vezes	25	35,2%
Raramente	39	54,9%
Total	71	100%

(Continua)

Tabela 15:

Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ em relação "Acorda durante a Noite" (continuação)

Acorda mais de uma vez durante a noite	FA	FR (%)
Habitualmente	3	4,2%
Às vezes	5	7,0%
Raramente	63	88,8%
Total	71	100%

Ao analisarmos a dimensão "Acordar de Manhã" (Tabela 13) 29,6% das crianças habitualmente acordam por si e, raramente acordam mal-humoradas (57,8%). Algumas crianças são às vezes acordadas pelos pais ou irmãos (42,3%), e metade das crianças (50,7%) raramente tem dificuldade em sair da cama, e demorando, por vezes, (33,8%) a ficar bem acordadas.

Tabela 16:

Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ em relação a "Acordar de Manhã"

De manhã, acorda por si própria	FA	FR (%)
Habitualmente	21	29,6%
Às vezes	35	49,3%
Raramente	15	21,1%
Total	71	100%
Acorda mal-humorada	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	4	5,6%
Às vezes	26	36,6%
Raramente	41	57,8%
Total	71	100%
De manhã, é acordada pelos pais ou irmãos	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	29	40,8%
Às vezes	30	42,3%
Raramente	12	16,9%
Total	71	100%
Tem dificuldade em sair da cama de manhã	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	9	12,7%

(Continua)

Tabela 17:

Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ em relação a "Acordar de Manhã" (continuação)

Às vezes	26	36,6%
Raramente	36	50,7%
Total	71	100%
Demora a ficar bem acordada	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	5	7,0%
Às vezes	24	33,8%
Raramente	42	59,2%
Total	71	100%

Quando questionados os EE em relação ao estado de sonolência da criança (Tabela 14), mais de metade (57,8%) referiram que durante o dia parecem cansadas. 85,9% das crianças não ficam sonolentas a ver televisão, enquanto 40,8% ficam muitos sonolentas a andar de carro.

Tabela 18:

Respostas dadas sobre as crianças através do CSHQ-PT em relação a "Sonolência da criança"

Parece cansada	**FA**	**FR (%)**
Habitualmente	3	4,2%
Às vezes	27	38,0%
Raramente	41	57,8%
Total	71	100%
A ver televisão	**FA**	**FR (%)**
Não ficou sonolenta	61	85,9%
Ficou muito sonolenta	6	8,5%
Adormeceu	4	5,6%
Total	71	100%
A andar de carro	**FA**	**FR (%)**
Não ficou sonolenta	28	39,5%
Ficou muito sonolenta	29	40,8%
Adormeceu	14	19,7%
Total	71	100%

O tempo atribuído pelos pais/ EE para as atividades das crianças foi muito variável. Tendo como referência a semana anterior ao preenchimento dos questionários os valores variam entre 0 horas e 20 horas por semana. No que diz respeito às atividades intelectuais organizadas (como trabalhos de casa) em média, os pais referiram que as crianças gastaram 1 horas e 05 minutos. Na atividade intelectual lúdica (ler, desenhar, pintar) as crianças gastaram, em média, 4 horas e 28 minutos por semana. Em jogos com atividade física (escondidas, corridas, saltos, dançar) as crianças gastaram, em média, 4 horas e 48 minutos por semana. Os jogos sem atividade física (jogos de tabuleiro, cartas, legos, etc…) ocuparam, em média durante a semana, 2 horas e 23 minutos. A atividade física no exterior da habitação ocupou por semana, em média, 3 horas e 57 minutos (Tabela 15).

Tabela 19:

Atividades fora do horário escolar (horas por semana)

ATIVIDADE	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA
Atividade intelectual organizada	00:00	05:00	1:05
Atividade intelectual lúdica	00:00	20:00	04:28
Jogos com atividade física	00:00	16:00	04:48
Jogos sem atividade física	00:00	14:00	02:23
Atividade física no exterior	00:00	17:00	03:57

Analisando o tempo de atividade física no exterior, por idade, é possível constatar que para as crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 4 anos, 83,87% gastou menos de 7 horas/semana e que as crianças com mais de 5 anos de idade, 90,0% passaram menos de 7 horas/semana nestas atividades (Tabela 16).

Tabela 20:

Tempo gasto por semana em atividade física de acordo com a idade.

	3 E 4 ANOS				**≥ 5 ANOS**			
	<7h/semana		≥ 7h/semana		<7h/semana		≥ 7h/semana	
ATIVIDADE	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Jogos com atividade física	18	45%	22	55%	26	65%	14	35%
Atividade física no exterior	26	83,87%	5	16,13%	36	90%	4	10%

Acrescentamos ainda, que apenas 4,22% dos pais/ EE afirmaram que as crianças não gastaram qualquer tempo em jogos com atividade física e 4,22 % referiram que as crianças não fazem atividade física no exterior da habitação.

Quanto à existência de meios digitais no quarto, verificou-se que 50,70% das crianças apresenta algum tipo de dispositivo no quarto. A televisão é o dispositivo mais frequentemente encontrado no quarto das crianças (40,85%), seguido do *tablet* (14,0%) (Tabela 17).

Tabela 21:

Presença de dispositivos digitais no quarto

	SIM		NÃO		TOTAL	
DISPOSITIVOS NO QUARTO	**FA**	**FR (%)**	**FA**	**FR (%)**	**FA**	**FR (%)**
Televisão	29	40,85%	42	59,15%	71	100%
Smartphone	2	3%	69	97%	71	100%
Tablet	10	14%	61	86%	71	100%
Computador	0	0%	71	100%	71	100%
Consola	0	0%	71	100%	71	100%
Nenhum	36	50,70%	35	49,30%	71	100%

No que se refere à presença de tecnologias digitais no lar e à sua utilização constatou-se que a televisão é a tecnologia mais presente nos lares, sendo que 63,3% dos pais/ EE referem que a utilizam em conjunto com as crianças. As consolas são a tecnologia menos presente, sendo que 66% dos pais/ EE referem não ter (Tabela 18). O *tablet* aparece como o dispositivo mais utilizado apenas pelas crianças, sendo que 21,12% dos pais/ EE afirmam ter e que só as crianças utilizam. O *smartphone* é indicado por 55% dos pais/ EE como sendo o dispositivo eletrónico que só eles é que usam. No entanto 31% referem ter o dispositivo e que as crianças também usam, mas separadamente dos pais/ EE.

Tabela 22:

Presença de dispositivos digitais no lar.

DISPOSITIVOS NO LAR	SIM		NÃO		TOTAL	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Televisão	70	99%	1	1%	71	100
Smartphone	69	97%	2	3%	71	100
Tablet	52	73%	19	27%	71	100
Computador	70	99%	1	1%	71	100
Consola	24	34%	47	66%	71	100

Em relação ao tempo de utilização de cada uma das tecnologias, apurou-se que a ver televisão 70% das crianças com menos de 5 anos e 5% das crianças com 5 ou mais anos passam, durante a semana, mais do que o tempo recomendado em frente ao ecrã da televisão por dia. As crianças mais novas apresentam percentagens de utilização "excessiva" mais elevadas em todos os dispositivos (Tabela 19).

Tabela 23:

Utilização dos dispositivos de acordo com a idade da criança, durante a semana

	3 E 4 ANOS DE IDADE				>5 ANOS DE IDADE			
UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVO	**NORMAL**		**EXCESSIVA**		**NORMAL**		**EXCESSIVA**	
	FA	**FR (%)**	**FA**	**FR (%)**	**FA**	**FR (%)**	**FA**	**FR (%)**
Televisão	9	30%	21	70%	38	95%	2	5%
Smartphone	1	12,5%	7	87,5%	6	100%	0	0,0%
Tablet	9	50%	9	50%	24	96%	1	4%
Computador	2	66,67%	1	33,33%	3	100%	0	0,0%

Em relação aos dados referentes ao tempo de utilização de cada dispositivo ao fim-de semana, verificou-se um aumento da percentagem de crianças que faz uma utilização "excessiva". Na utilização da televisão em crianças com mais de 5 anos, a utilização "excessiva" passa dos 5% para os 45% ao fim de semana; enquanto que nas crianças com menos de 5 anos passa de 70% de utilização "excessiva" durante a semana para os 90% ao fim de semana, seguido do dispositivo eletrónico *tablet* que sobe de 50% de utilização excessiva para 73,68% (incremento de 23,68%) ao fim-de-semana nas crianças com menos de 5 anos de idade (Tabela 20).

Tabela 20:

Utilização dos dispositivos de acordo com a idade da criança, ao fim de semana

	3 e 4 anos de idade				>5 anos de idade			
Utilização de dispositivo	**Normal**		**Excessiva**		**Normal**		**Excessiva**	
	FA	**FR (%)**	**FA**	**FR (%)**	**FA**	**FR (%)**	**FA**	**FR (%)**
Televisão	3	10%	27	90%	22	55%	18	45%
Smartphone	10	58,82%	7	41,17%	18	100%	0	0,0%
Tablet	5	26,32%	14	73,68%	22	78,57%	6	21,43%
Computador	2	66,67%	1	33,33%	6	100%	0	0,0%
Consola	3	100%	0	0,0%	7	87,5%	1	12,5%

Analisando o tipo de utilização que os pais/ EE fazem dos meios digitais verificou-se que a maioria (63,4%) utiliza-os diariamente e que 29,6% utilizam várias vezes ao dia (Tabela 21).

Tabela 21:

Frequência de utilização das tecnologias digitais pelos pais/ EE

TIPO DE UTILIZAÇÃO:	**FA**	**FR (%)**
Algumas vezes por semana	5	7%
Diariamente	45	63,4%
Várias vezes ao dia	21	29,6%
Total	71	100%

Em relação à finalidade com que os pais/ EE utilizam a tecnologia digital no lar, 54,9% referem que a utilização remete para entretenimento e 21,1% dos pais/ EE para o contexto laboral (Tabela 22).

Tabela 22:

Finalidade com que os pais/ EE utilizam a tecnologia

FINALIDADE	FA	FR (%)
Para entretenimento	39	54,9%
Para se manter informado	11	15,5%
Para trabalhar	15	21,1%
Todas as anteriores	6	8,5%
Total	71	100%

Em relação aos papéis que os pais/ EE desempenham relativamente à utilização que as crianças fazem das tecnologias digitais, 23,94% referiram que supervisionam as atividades da criança e intervém se algo parecer inadequado. Da amostra, cerca de 16,90% referiram que controlam os conteúdos (a criança tem de pedir autorização para instalar aplicações ou ver vídeos), e 11,26% controlam o tempo, o conteúdo, ensinam a utilizar, e assistem juntos.

Concluiu-se que as crianças passam tempo em excesso em frente ao ecrã, durante a semana e ao fim de semana. Verificou-se que 70 % das crianças com idade <5 anos passa tempo em excesso em frente aos ecrãs durante a semana, e que ao fim-de-semana este valor sobe para 90%.

O tempo de atividade física no exterior é claramente insuficiente. Mais de ¾ das crianças com idade <5 anos e 90,0% das crianças com idade ≥5 anos gasta menos de 7h/semana em atividade física. De referir ainda, que cerca de 4,22% dos pais/ EE afirmaram que as crianças não gastam qualquer tempo em jogos com atividade física e 4,22% referem que as crianças não fazem atividade física no exterior da habitação.

De acordo com o questionário CSHQ a média da cotação total da amostra foi de 47,64. Da amostra cerca de 40,85% apresentou cotações superiores a 49, ou seja, indicativo de perturbações do sono. Estes dados podem ser indicativos de uma diminuição da qualidade do sono das crianças, mas apenas 20% dos pais/ EE apresenta perceção de que a criança tem algum problema com o sono.

4.2.6 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS

A fase de diagnóstico da situação envolve, na sua reta final, a identificação de problemas e determina as necessidades. Um problema de saúde diz respeito ao estado de saúde desfavorável, percecionado pela pessoa, comunidade ou serviço de saúde. Mais do que isso, uma necessidade de saúde compara o estado atual com o estado que se deseja atingir (Tavares, 1990). As necessidades determinadas pelos técnicos ou serviços de saúde, como necessidades "reais", devem compatibilizar-se

com as necessidades sentidas pela população, que podem ser expressas ou não expressas (Melo, 2020). Se as crenças, atitudes e opiniões da população forem tidas em conta, maior será a recetividade às soluções propostas (Imperatori & Giraldes, 1993).

As crianças entre os três e os cinco anos dormem em média 09 horas e 57 minutos por noite. Relembrando as recomendações da SPP (2017), as crianças com idades compreendidas entre os três e os cinco anos devem dormir 10 a 13 horas (incluindo sestas). Assim, as crianças da amostra em estudo, dormem em média, menos tempo do que o recomendado. As crianças com mais de 6 anos dormem em média 10 horas, o que indica que estão dentro do número de horas recomendado. A SPP (2017) recomenda que as crianças entre os seis e os doze anos de idade devam dormir 9 a 12 horas de sono noturno, e as crianças da amostra com esta idade dormem as horas de sono recomendadas.

Examinando o tempo de utilização de cada uma das tecnologias durante a semana e tendo como base as indicações que da AAP e da OMS, que recomendam o uso de ecrãs nas crianças entre os dois e os cinco anos até uma hora por dia, e nas crianças entre seis e os dez anos, no máximo de uma a duas horas por dia, observou-se no presente estudo uma utilização "normal" ou "excessiva" de acordo com a idade e o tempo de ecrã anteriormente referidos. Apurou-se que no assistir à televisão, 70% das crianças com menos de cinco anos e 5% das crianças com cinco ou mais anos passam, durante a semana, mais do que o tempo recomendado em frente ao ecrã da televisão. De acordo com os dados recolhidos, as crianças mais novas apresentam percentagens de utilização "excessiva" mais elevadas em todos os dispositivos.

Em relação ao fim-de-semana, os dados referentes ao tempo de utilização de cada dispositivo apontaram para um aumento da percentagem de crianças que faz uma utilização "excessiva". Na utilização da televisão em crianças com mais de cinco anos, a utilização "excessiva" passa dos 5% para os 45% ao fim de semana; enquanto nas crianças com menos de cinco anos passou de 70% de utilização "excessiva" durante a semana para os 90% ao fim-de-semana, seguido do dispositivo eletrónico *tablet* que sobe de 50% de utilização excessiva para 73,68% ao fim-de-semana nas crianças com menos de cinco anos de idade.

Após a análise dos resultados foi possível identificar os seguintes problemas de saúde:

- Excessiva exposição das crianças a ecrãs;
- As crianças com idade inferior aos cinco anos não cumprem as horas de sono recomendadas;
- Diminuição da qualidade de sono;
- Sedentarismo das crianças.

4.3 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Posteriormente à identificação dos problemas surge a segunda fase do processo de Planeamento em Saúde, a determinação de prioridades. Esta trata-se de um "processo de tomada de decisão, em que é necessário selecionar prioridades, procurando saber que problemas se devem tentar solucionar em primeiro lugar" (Tavares, 1990, p.83). A etapa da priorização merece realce nas etapas do Planeamento em Saúde pela importância na boa gestão dos recursos de forma a responder às carências das populações ou das comunidades.

Foi realizada uma reunião com os parceiros, incluindo o professor coordenador da educação pré-escolar; os professores responsáveis por todas as turmas da educação pré-escolar e a enfermeira da UCC responsável pela saúde escolar, com o objetivo de apresentar os resultados do diagnóstico de situação, discutir e priorizar os problemas identificados.

Para priorizar os problemas identificados utilizou-se a escala de medida linear. A escala de medida linear é uma técnica geral de ordenação que consiste numa escala linear contínua de 0 a 1, sendo este o valor correspondente à prioridade máxima (Tavares, 1990). De acordo com este autor, cada membro do grupo de determinação de prioridades atribui um valor desta escala a cada problema, sendo a sua classificação a média dos valores obtidos entre todos os elementos, possibilitando a sua ordenação.

A tabela 23, demonstra os problemas considerados prioritários. O primeiro membro do grupo foi a enfermeira mestranda, o segundo a enfermeira da equipa da UCC e o terceiro a equipa pedagógica das turmas em questão. Priorizaram-se quatro problemas identificados, tendo sido alcançada a seleção de três deles. Um deles foi priorizado por todos os intervenientes com o valor máximo (1,00), o segundo com um valor médio de 0,76 e o terceiro com cotação média de 0,73.

Considerou-se assim, intervir prioritariamente na excessiva exposição a ecrãs nas crianças, nas horas de sono inferiores ao recomendado e na diminuição da qualidade do sono.

Tabela 23:

Classificação dos problemas identificados, segundo a escala de medida linear.

Problemas Identificados	1º membro do grupo	2º membro do grupo	3º membro do grupo	Média dos valores obtidos
Excessiva exposição a ecrãs nas crianças	1,00	1,00	1,00	1,00
Horas de sono inferior ao recomendado	0,80	0,80	0,70	0,76
Diminuição da qualidade de sono;	0,70	0,80	0,70	0,73
Sedentarismo das crianças.	0,50	0,50	0,50	0,50

4.4 DEFINIÇÃO/ FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Implementou-se de seguida a terceira etapa da metodologia do Planeamento em Saúde, correspondente à definição dos objetivos. De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), os objetivos são o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural do mesmo, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto. Os objetivos devem ser concretos, passíveis de serem atingidos, bem formulados e, devem fornecer normas e critérios às atividades posteriores, quer do planeamento, quer da própria gestão dos projetos. (Tavares, 1990).

Assim, face aos problemas identificados e tendo por base o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, foi definido como objetivo geral do projeto: capacitar as crianças em idade pré-escolar e os seus pais/ EE para o controlo do tempo de exposição a ecrãs e promoção da qualidade do sono, numa escola de educação pré-escolar do Baixo Alentejo até ao final do ano letivo 2024/2025.

Deste objetivo, emergem os objetivos específicos, que se caracterizam por pormenorizar aspetos da situação que se pretende atingir e por serem interdependentes e sequenciais (hierarquizados), contribuindo para que o objetivo geral seja alcançado (Tavares, 1990). Delineámos seis objetivos específicos, tendo sido definidas metas para cada um deles. Como objetivos específicos propomos:

-Sensibilizar as crianças da educação pré-escolar para a importância da qualidade do sono até ao final do ano letivo 2024/2025;

-Sensibilizar as crianças da educação pré-escolar para a importância da redução de tempo de exposição a ecrãs e o seu impacto no padrão de sono, até ao final do ano letivo 2024/2025;

-Contribuir para a promoção de hábitos de sono saudáveis nas crianças da educação pré-escolar até ao final do ano letivo 2024/2025;

- Promover a diminuição de tempo de exposição a ecrãs nas crianças da educação pré-escolar até ao final do ano letivo 2024/2025;

-Promover o envolvimento dos pais/ EE em atividades planeadas durante a implementação do projeto, até ao final do ano letivo 2024/2025;

-Sensibilizar pelo menos 40% dos pais/ EE sobre a importância do controlo do tempo de exposição a ecrãs e o seu impacto no padrão de sono da criança, até ao final do ano letivo 2024/2025.

Deste modo, e de acordo com os objetivos específicos, delineámos as metas ou objetivos operacionais a serem alcançados até ao final do ano letivo 2024/2025, de acordo com a tabela 24.

Tabela 24:

Definição das metas ou objetivos operacionais.

Objetivo Específico	Metas/ Objetivos Operacionais
- Sensibilizar as crianças da educação pré-escolar para a importância da redução de tempo de exposição a ecrãs e o seu impacto no padrão de sono, até ao final do ano letivo 2024/2025.	- Que sejam realizadas todas as oficinas planeadas.
- Sensibilizar as crianças da educação pré-escolar para a importância da redução de tempo de exposição a ecrãs e o seu impacto no padrão de sono, até ao final do ano letivo 2024/2025.	- Que pelo menos 90% das crianças participem nas oficinas "*Offline* para bem dormir e bem crescer". -Que pelo menos 70 % das crianças identifiquem no jogo "*Offline* para bem dormir e bem crescer" o tempo de exposição a ecrãs excessivos como um obstáculo ao sono de qualidade.
- Contribuir para a promoção de hábitos de sono saudáveis nas crianças da educação pré-escolar até ao final do ano letivo 2024/2025;	- Que pelo menos 90% das crianças participem nas oficinas "*Offline* para bem dormir e bem crescer". - Que pelo menos 70 % das crianças identifiquem no jogo "*Offline* para bem dormir e bem crescer" um hábito saudável para a promoção do sono.
- Promover a diminuição de tempo de exposição a ecrãs nas crianças da educação pré-escolar até ao final do ano letivo 2024/2025;	- Que pelo menos 90% das crianças participem nas oficinas "*Offline* para bem dormir e bem crescer". - Que pelo menos 70 % das crianças identifiquem no jogo "*Offline* para bem dormir e bem crescer" os jogos de tabuleiro/legos/etc.. como preferência nas brincadeiras do dia-a-dia.

(continua)

Tabela 24:

Definição das metas ou objetivos operacionais. (continuação)

Objetivo Específico	Metas/ Objetivos Operacionais
- Promover o envolvimento dos pais/ EE em atividades planeadas durante a implementação do projeto, até ao final do ano letivo 2024/2025;	- Transmitir a pelo menos 70% dos pais/ EE, o diagnóstico de situação no início do ano letivo. - Transmitir a pelo menos 70% dos pais/ EE, a avaliação das atividades após a realização de todas as oficinas "*Offline* para bem dormir e bem crescer". - Transmitir a pelo menos 70% dos pais/ EE, a avaliação do projeto no final do ano letivo. -Que pelo menos 40% dos pais/ EE respondam a um questionário de satisfação acerca do "Guia do Sono para Pais".
- Sensibilizar pelo menos 40% dos pais/ EE sobre a importância do controlo do tempo de exposição a ecrãs e o seu impacto no padrão de sono da criança, até ao final do ano letivo 2024/2025.	- Que seja entregue a todos os pais o "Guia do Sono para Pais". - Que pelo menos 40% dos pais/ EE respondam a um questionário de satisfação acerca do "Guia do Sono para Pais".

4.5 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção de estratégias é considerada uma das etapas mais importantes da Metodologia do Planeamento em Saúde, pois é nesta fase que se seleciona o processo mais adequado para diminuir os problemas de saúde considerados prioritários. Esta etapa caracteriza-se por um conjunto de técnicas que permitem reduzir um ou mais problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Com a definição de estratégias, pretende-se atingir os objetivos fixados anteriormente. A estratégia em saúde é assim definida como "o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um objetivo, reduzindo, assim, um ou mais, problemas de saúde" (Imperatori & Giraldes, 1993, p 65).

Como suporte para a contextualização da intervenção, recorreu-se ao Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que se baseia no conceito de Promoção da Saúde já descrito anteriormente. Segundo Pender et al. (2015), a educação para a saúde é uma estratégia de capacitação que proporciona aos indivíduos assumirem a responsabilidade pela sua saúde. Na mesma linha de pensamento Stanhope e Lancaster (2011) referem que a formação permite aos indivíduos tomar decisões fundamentadas relativamente à sua saúde, assumindo responsabilidades sobre a mesma e sobre os seus estilos de vida. Expomos abaixo as estratégias que serviram de base ao desenvolvimento do presente PIC:

- **A educação para a saúde** foi selecionada como estratégia de intervenção com foco no incremento da literacia em saúde, incluindo a melhoria do conhecimento e no desenvolvimento de habilidades, por forma a capacitar as crianças e os seus pais/ EE a optarem por um comportamento promotor de saúde. A educação para a saúde surgiu desta forma como a principal estratégia utilizada neste projeto de intervenção, através da realização de várias oficinas (Apêndice B) em contexto escolar dirigidas às crianças. Neste âmbito foram seguidas as diretrizes do PNSE e respetivo Referencial de Educação para a Saúde (RES), elaborado pela DGS em parceria com a Direção-Geral da Educação (2017), bem como as diretrizes do atual PNS.
- A **gamificação e a atividade lúdica** foram estratégias fundamentais no desenvolvimento de competências nas crianças. A utilização do jogo tem demonstrado ser uma ferramenta útil na educação para a saúde, recorrendo ao seu lado lúdico, e assim contribuindo para a aprendizagem e mudança ou adoção de comportamentos que levem à melhoria da qualidade de vida e à promoção da saúde desde a infância. Os jogos criados com base nas estratégias de gamificação apresentam aspetos associados à sua eficácia, sobretudo ao nível da motivação, aprendizagem e mudança de comportamentos (Kapp, 2012). Criou-se um jogo com o nome "*Offline* para bem dormir e bem crescer" (Apêndice C) que teve como finalidade reforçar a informação disponibilizada durante as oficinas dirigidas às crianças. Esta estratégia permitiu também avaliar as oficinas dirigidas às crianças, visto que as idades da população-alvo foi a idade pré-escolar.
- **A Capacitação** surgiu como forma de promover o envolvimento dos pais/ EE e de lhes fornecer informação que os pudesse capacitar para o controlo do tempo de exposição a ecrãs das crianças como forma de promover a qualidade do sono na infância. A capacitação sob a forma de educação para a saúde envolve o conhecimento, a motivação e a competência dos indivíduos, para aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação, visando a tomada de decisão informada sobre a promoção da saúde e a prevenção da doença, bem como o acesso aos cuidados de saúde, potenciando o bem-estar ao longo do ciclo de vida (DGS, 2019). Assim foi construído o "Guia do Sono para Pais" (Apêndice D).
- **Envolvimento dos parceiros**, nomeadamente da Enfermeira responsável pela saúde escolar, da professora coordenadora e das professoras titulares de cada turma da educação pré-escolar. A Enfermeira responsável pela saúde escolar foi um elemento

essencial pelo seu conhecimento no âmbito da saúde escolar e por ser o elo de ligação à escola/equipa pedagógica. No que diz respeito à professora coordenadora e professoras titulares de cada turma, o envolvimento e participação destes elementos foi crucial ao desenvolvimento do projeto, desde o seu planeamento à execução da intervenção. O seu envolvimento foi fundamental não só pelo conhecimento que detêm das crianças, mas também por agirem como elementos conciliadores e de apoio ao desenvolvimento das atividades. Também a sua participação, especialmente nas oficinas dirigidas às crianças contribuiu para a sua capacitação e incremento dos conhecimentos acerca da higiene do sono e a exposição a ecrãs. Para que o projeto se cumprisse com sucesso, foi ainda estabelecida outra parceria, com uma empresa local de grande compromisso social, a SOMINCOR, que contribuiu com a impressão do "Guia do Sono para Pais" potenciando assim a intervenção de capacitação dos pais/ EE.

- **Envolvimento dos pais/ EE** através do envio dos *flyers* com o diagnóstico de situação e dos *flyers* de avaliação das intervenções, e também do envio físico do "Guia do Sono Para Pais" de modo a promover a sua capacitação face às problemáticas identificadas. Ressalva-se que a opção pelo envio impresso dos *flyers* e do "Guia do Sono Para Pais" foi sugestão da equipa pedagógica, expressa nas várias reuniões de desenvolvimento do projeto que esta seria a melhor forma de envolver os pais/ EE das crianças.
- **Acessibilidade promovida aos pais/ EE**, através do envio de toda a informação inerente ao projeto e "Guia do Sono para Pais". Esta teve como principal objetivo garantir que toda a informação relacionada com o projeto fosse disponibilizada de forma clara, eficiente e acessível para todos os pais/ EE envolvidos. Esta medida foi essencial para garantir uma participação ativa e informada das famílias, permitindo que tivessem plena consciência das atividades, dos objetivos e dos recursos oferecidos pelo projeto.

4.6 PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Nesta etapa a "preparação da execução é a etapa do planeamento da saúde que tem mais pontos em comum com as fases que lhe são anterior e posterior" (Imperatori & Giraldes,1993, p.149).

A preparação operacional compreende a fase que operacionaliza a concretização do projeto de intervenção, devendo incluir os pormenores das atividades que irão ser desenvolvidas, compreendendo como se vão desenvolver (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993).

Procedemos assim, à definição das intervenções, baseadas na experiência e conhecimento da Enfermeira responsável pela Saúde Escolar, que por sua vez foi também a Enfermeira supervisora do Estágio Final, como apoio essencial na definição do tempo, do espaço, bem como dos recursos potencialmente necessários. Foi também consultada, por diversas vezes, a equipa pedagógica, que participou ao longo do projeto e se manteve sempre disponível.

Após as diversas reuniões efetuadas com todos os parceiros, estruturámos todas as intervenções essenciais para a evolução e êxito do projeto. Nesta fase deverão ser pormenorizadas as atividades constituintes do projeto, tendo em consideração os seguintes aspetos: atividade, quem organiza, quando (remete para a data), onde (local onde ocorre), como (descrição da atividade), objetivo que se pretende atingir e respetiva avaliação (Tavares, 1990). Deste modo, procedeu-se à construção de uma tabela (Tabela 25) que facilitasse a perceção geral das intervenções.

Tabela 25:

Tabela preparação operacional

Estratégias	**Atividades**	**Quem**	**Quando/Onde/ Como**	**Objetivo(s) que pretende atingir**	**Avaliação**
Estabelecimento de parceria com a Equipa Pedagógica.	- Reunir com a Professora Coordenadora da educação pré-escolar.	Enfª Mestranda e Enfª Supervisora	- No dia 10 de junho de 2024/ Escola/ Presencial/Duração aproximada de 45 minutos através de método expositivo e conversa informal.	-Estabelecer parceria para a realização do diagnóstico de situação.	Parceria estabelecida com a Equipa Pedagógica.
Estabelecimento de parceria com a Equipa Pedagógica.	-Reunir com os Professores responsáveis pelas turmas de educação pré-escolar.	Enfª Mestranda e Enfª Supervisora	-A 28 de outubro de 2024/ Escola/ Presencial/ Duração aproximada de 60 minutos através de método expositivo e conversa informal.	-Apresentar os dados do diagnóstico de situação, discutir e priorizar os problemas identificados.	Reunião realizada, problemas priorizados de acordo com a escala de medida linear.

(continua)

Tabela 25:

Tabela preparação operacional. (continuação)

Estratégias	Atividades	Quem	Quando/Onde/ Como	Objetivo(s) que pretende atingir	Avaliação
Estabelecimento de parceria com a Equipa Pedagógica.	-Reunir com os Professores responsáveis pelas turmas de educação pré-escolar. -Reunir com os Professores responsáveis pelas turmas de educação pré-escolar. -Reunir com os Professores responsáveis pelas turmas de educação pré-escolar.	Enfª Mestranda e Enfª Supervisora Enfª Mestranda e Enfª Supervisora Enfª Mestranda e Enfª Supervisora	-A 11 de dezembro de 2024/ Escola/ Presencial/ Duração aproximada de 30 minutos através de conversa informal. -A 30 de janeiro de 2025/ Escola/ Presencial/ Duração aproximada de 30 minutos através de conversa informal.	-Entregar os *flyers* com os dados do diagnóstico de situação para posterior entrega aos pais/ EE. -Entregar os *flyers* com a avaliação das atividades para posterior entrega aos pais/ EE.	*Flyres* entregues às Professoras. *Flyres* entregues às Professoras.
Criação do logotipo do projeto.	-Criar o logotipo alusivo ao tema do projeto.	Enfª Mestranda e Enfª Supervisora	-Em setembro de 2024/Na UCC/Através do programa informático C*anva.*	- Dar visibilidade e criar identidade do projeto.	- Criou-se o logotipo - Distribuiu-se o autocolante com o logotipo do projeto a todas a crianças que participaram.

Tabela 25:

Tabela preparação operacional (continuação)

Estratégias	Atividades	Quem	Quando/Onde/ Como	Objetivo(s) que pretende atingir	Avaliação
Estabelecimento de Pareceria com a SOMINCOR.	- Estabelecer contacto com a equipa de Responsabilidade Social da Empresa.	Enfª Mestranda e Enfª Supervisora	-A 31 de outubro de 2024/Contacto telefónico e via e-mail/ Duração aproximada de 30 minutos através de conversa informal.	Estabelecimento de parceria para obter financiamento para a impressão do "Guia do Sono para Pais".	- Obtido financiamento para a impressão do "Guia do Sono para Pais".
Construção do "Guia do Sono para Pais".	- Preparar o "Guia do Sono para Pais" - Validar a informação a colocar no guia com a Enfermeira Supervisora e a Equipa Pedagógica.	Enfª Mestranda e Enfª Supervisora	-Entre setembro e 30 de outubro de 2024/ Na UCC/ Através do software informático Microsoft PowerPoint.	Que o guia esteja pronto até dia 30 de outubro de 2024.	- Contruído o "Guia do Sono para Pais".
Divulgação do diagnóstico de situação.	- Realizar o *flyer* informativo. - Entregar através dos professores responsáveis pelas turmas.	Enfª Mestranda e Professores responsáveis pelas turmas	Em dezembro de 2024/através de suporte papel.	Entregar a pelo menos 70% dos pais/ EE, o diagnóstico de situação no início do ano letivo.	- Entrega do *flyer* a todos os pais/ EE através das Professoras responsáveis pelas turmas; -Leitura do *flyer* durante a reunião de avaliação pelas Professoras responsáveis pelas turmas aos pais/ EE.

(continua)

Tabela 25:

Tabela preparação operacional (continuação)

Estratégias	Atividades	Quem	Quando/Onde / Como	Objetivo(s) que pretende atingir	Avaliação
Sensibilizar pelo menos 40% dos pais/ EE sobre a importância do controlo do tempo de exposição a ecrãs e o seu impacto no padrão de sono da criança, até ao final do ano letivo 2024/2025.	- Entregar o "Guia do Sono para Pais".	Enfª Mestranda e Professores responsáveis pelas turmas	Em janeiro de 2025/Escola/ Presencial/ através de suporte papel. Em janeiro de 2025/Escola/ Presencial/ através do *QRCODE* disponibilizados aos pais/ EE no interior do guia.	- Que seja entregue a todos os pais o "Guia do Sono para Pais". - Que pelo menos 40% dos pais/ EE respondam a um questionário de satisfação acerca do "Guia do Sono para Pais".	- Entrega do "Guia do Sono para Pais" a todos os pais/ EE. - Número de pais/ EE que responderam ao questionário de satisfação acerca do "Guia do Sono para Pais".
Realização das sessões de educação para a saúde sob a forma de oficinas dirigidas às crianças	- Preparar as oficinas (Elaboração da "História da Maria e do Tomás" e Construção do jogo "*Offline* para bem dormir e bem crescer"). - Realizar as oficinas.	Enfª Mestranda e Enfª Supervisora	Dia 21, 27,29 e 30 de janeiro de 2025/Escola/Presencial/Duração aproximada de 30 minutos através de método expositivo e prático.	- Que pelo menos 90% das crianças participem nas oficinas. - Que pelo menos 70 % das crianças identifiquem no jogo o tempo de exposição a ecrãs excessivos como um obstáculo ao sono de qualidade.	- Realização efetiva das oficinas. - Número de crianças que participaram nas oficinas. - Avaliação das oficinas através das metas formuladas.

(continua)

Tabela 25:

Tabela preparação operacional (continuação)

Estratégias	Atividades	Quem	Quando/Onde/ Como	Objetivo(s) que pretende atingir	Avaliação
Realização das sessões de educação para a saúde sob a forma de oficinas dirigidas às crianças	- Preparar as oficinas (Elaboração da "História da Maria e do Tomás" e Construção do jogo "*Offline* para bem dormir e bem crescer").	Enfª Mestranda e Enfª Supervisora	Realização das sessões de educação para a saúde sob a forma de oficinas dirigidas às crianças	- Que pelo menos 70 % das crianças identifiquem no jogo "*Offline* para bem dormir e bem crescer" um hábito saudável para a promoção do sono. - Que pelo menos 70 % das crianças identifiquem no jogo "*Offline* para bem dormir e bem crescer" os jogos de tabuleiro/legos /etc.. como preferência nas brincadeiras do dia-a-dia.	- Avaliação das oficinas através das metas formuladas.

4.6.1 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES/ ATIVIDADES

Nesta fase descrevemos de forma mais pormenorizada as intervenções/ atividades do projeto.

Em primeira instância e tendo em conta os resultados obtidos no diagnóstico de situação optámos por realizar uma oficina com as crianças de cada turma, de forma a capacitá-las para o controlo do tempo de exposição a ecrãs e promover a qualidade do sono na infância.

Aos pais/ EE optámos por apresentar os resultados obtidos no diagnóstico de situação em suporte papel através de um *flyer* informativo. Inicialmente, perspetivámos apresentar os resultados numa sessão de educação para a saúde presencial, mas por sugestão da equipa pedagógica e de forma a garantir que a informação chegava a todos os pais/ EE foi então adotada esta forma de intervenção.

Os pais/ EE de uma das turmas mostraram interesse à professora responsável da turma em participarem numa sessão de educação para a saúde com a enfermeira mestranda acerca do tema do projeto, pelo que foi planeada uma sessão de educação para a saúde para todos os pais/ EE que quisessem participar (no terceiro período do presente ano letivo).

Foram efetuadas as seguintes atividades na consecução do projeto:

- **Atividade 1- Criação do logotipo do projeto**

Foi criado um logotipo pela autora do projeto (Apêndice E), com o objetivo de dar visibilidade ao mesmo. O logotipo apresenta uma imagem que simboliza o sono, seguida do título do projeto. Este logotipo foi utilizado em todas as apresentações do projeto e nos materiais entregues aos participantes. Foi também distribuído por todas as crianças que participaram no projeto sob a forma de autocolante (Apêndice F).

- **Atividade 2- Construção do *Flyer* de Divulgação dos Resultados do Diagnóstico de Situação**

Foi entregue em suporte papel o *flyer* a todos os pais/ EE na reunião de avaliação do primeiro período, com a informação do diagnóstico de situação e os problemas identificados (Apêndice G).

- **Atividade 3- Construção do "Guia do Sono para Pais"**

Foi elaborado um livro denominado "Guia do Sono para Pais" (Apêndice D) com informação acerca do sono das crianças, higiene do sono, cuidados a ter com a exposição a ecrãs e perturbações do sono que teve como principal objetivo capacitar os pais/ EE para o controlo do tempo de exposição a ecrãs das crianças como forma de promover a qualidade do sono na infância

- **Atividade 4- Criação da "História da Maria e do Tomás"**

Foi criada uma história acerca da problemática da exposição excessiva a ecrãs e o impacto no sono das crianças como forma de abordar o tema com as crianças. A história relata dois irmãos que

passavam muito tempo isolados dos amigos a utilizar a televisão e o *tablet* o que lhes provocava constrangimentos na hora de adormecer e repercussões no seu dia-a-dia (Apêndice H).

- **Atividade 5- Oficina "*Offline* para bem dormir e bem crescer"**

Foi planeada uma oficina para as crianças através da leitura da "História da Maria e do Tomás" e o jogo "*Offline* para bem dormir e bem crescer" criado pela autora do projeto. Foram planeadas no total sete oficinas, e realizadas de forma distinta em todas as turmas de educação pré-escolar do referido concelho do Baixo Alentejo.

- **Atividade 6- Construção e Disponibilização do *Flyer* de Divulgação da Avaliação do Projeto**

No final do projeto, irá ser disponibilizado em suporte papel o *flyer* a todos os pais/ EE com a avaliação do projeto. No entanto, após o término das oficinas "*Offline* para bem dormir e bem crescer" foi disponibilizado aos pais/ EE em suporte papel, um *flyer* a todos os pais/ EE com a avaliação das atividades desenvolvidas (Apêndice I).

4.6.2 ENTIDADES E PARCERIAS ENVOLVIDAS

Para que o PIC seja um projeto de sucesso deve-se recorrer aos recursos disponíveis na comunidade. O desenvolvimento de contactos e parcerias aparece como uma ação importante para o alcance dos objetivos propostos. O Enfermeiro na comunidade é detentor de conhecimento que lhe dá capacidade para desenvolver parcerias, mobilizando os recursos existentes, de forma a resolver a problemática identificada. Deste modo, torna-se importante que os eventuais parceiros estejam e se sintam envolvidos ao longo de todo o período de duração do projeto, conhecendo todas as etapas de planeamento, tornando a sua participação realmente efetiva (Stanhope & Lancaster, 2011).

Ao longo do decorrer do projeto, para além do envolvimento da Enfermeira responsável pela Saúde Escolar, foram desenvolvidos contactos com a Direção do Agrupamento de Escolas e com a equipa pedagógica.

Com o objetivo de se adquirir financiamento para a impressão do "Guia do Sono para Pais" estabeleceu-se parceria com uma empresa local que apresenta relevante compromisso social com a região, a SOMINCOR. Este parceiro tornou-se uma mais-valia não só na impressão dos livros, mas também ao nível de divulgação do projeto.

4.6.3 RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FÍSICOS

Nesta fase, Imperatori e Giraldes (1993) afirmam que é essencial identificar de forma clara os recursos humanos, materiais e físicos durante a execução do projeto, garantindo assim a sua viabilidade. É a partir desse levantamento que se calcula, posteriormente, o custo financeiro do projeto. Assim, os recursos humanos que participaram no projeto foram: Enfermeira mestranda, Professora orientadora do Estágio e projeto, Enfermeira Responsável pela Saúde Escolar da UCC e supervisora do projeto, equipa pedagógica parceira, equipa de Responsabilidade Social da SOMINCOR. Relativamente aos recursos materiais e físicos usados foram: salas de aula para realização das oficinas presenciais, jogo " "*Offline* para bem dormir e bem crescer", livro da história da Maria e do Tomás, material de suporte à preparação das oficinas (eletricidade, papel, impressora, tinteiro, cartolinas) e ainda UMA viatura automóvel e combustível para assegurar as deslocações às Escolas.

4.6.4 ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Os recursos humanos, excetuando a enfermeira mestranda, participaram dentro do seu horário laboral e dessa forma se prevê a sua continuação. Nesse sentido, efetivámos uma estimativa das horas despendidas e apresentamos uma estimativa até ao término do projeto. Ressalva-se que aos restantes recursos materiais no presente ano letivo, foram assumidos pela enfermeira mestranda. Na tabela 26 foi discriminado e previsto o orçamento.

Tabela 26:

Previsão orçamental

Previsão orçamental	
Recursos Humanos	**Estimativa de custos:**
-Enfermeira Responsável pela Saúde Escolar	-1000 €
-Enfermeira Mestranda	-0 €
-Equipa Pedagógica Parceira	-2000 €
-Equipa de Responsabilidade Social da SOMINCOR	-1000 €

(continua)

Tabela 26:

Previsão orçamental (continuação)

Recursos Materiais	**Estimativa de custos:**
-Salas de aula	
-Material em suporte papel (*Flyers* e CILE)	
-Material de suporte à construção do jogo	1500 €
-Impressão do livro da história	
-Viatura e combustível para as deslocações às Escolas	
- Impressão do "Guia do Sono para Pais"	
- Autocolantes logotipo do projeto	
Custo total:	5500 €

4.6.5 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

A construção de um cronograma de atividades permite realizar a prospeção de todo o projeto, permitindo acautelar atrasos e/ou imprevistos que possam surgir durante a fase de execução (Imperatori & Giraldes, 1993). É um instrumento fundamental no planeamento, para organizar e estruturar o que irá ser realizado ao longo do tempo, servindo não só de referencial para a sua execução, como também para acompanhamento e avaliação do projeto. O cronograma é entendido como uma exposição gráfica que permite identificar o tempo e as atividades que integram o projeto (Imperatori & Giraldes, 1993). Deste modo, procedeu-se à elaboração de um cronograma que contempla as fases do projeto, onde constam com representação gráfica e ordenada, as diferentes fases ao longo do projeto espelhadas nas etapas da metodologia do Planeamento em Saúde (Figura 4). Frisa-se que durante o cumprimento das várias fases do projeto estas se encontraram dentro dos limites temporais projetados e que as todas as atividades planeadas e espelhadas no cronograma foram cumpridas até à atual data.

Figura 4:

Cronograma de atividades

Linha Temporal	2024										2025					
Atividades / Meses	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Identificação da Problemática	X					Pausa Letiva										
Contacto com a Direção do Agrupamento de Escolas e Equipa pedagógica			X													
Pedido de Parecer à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde			X													
Elaboração do Enquadramento teórico do Projeto			X													
Elaboração do Diagnóstico de situação			X	X	X		X									
Apresentação do Diagnóstico à equipa da UCC e à equipa pedagógica.							X									
Determinação de Prioridades							X									
Formulação de objetivos							X									
Estabelecimento de Parceria com a SOMINCOR									X	X						
Envio do Flyer informativo aos pais/EE sobre o Diagnóstico de situação										X						
Preparação do material de suporte às Oficinas							X	X	X	X						
Elaboração do Guia do Sono para Pais							X	X	X	X						
Execução das Oficinas										X	X					
Avaliação da intervenção										X	X					
Divulgação dos resultados localmente											X					
Avaliação Final do Projeto																X
Reunião final com os parceiros para apresentação e discussão dos resultados																X

4.6.6 COMUNIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO

A implementação do projeto, assim como as atividades dirigidas aos pais/ EE e crianças foram divulgadas através de informação em suporte de papel (CILE) pela equipa pedagógica e diretores de turma.

Foi entregue em suporte papel aos pais/ EE, um *flyer* informativo sobre o diagnóstico de situação e os problemas identificados, e no final do projeto será disponibilizado também um *flyer* em suporte de papel com os resultados do mesmo.

A empresa local parceira, divulgou internamente a sua participação no projeto na *Newsletter* quinzenal e externamente através da página de internet social (*Facebook*).

Em contexto académico, elaborámos um póster com parte dos dados obtidos no diagnóstico de saúde, que submetemos e apresentámos no 1º Encontro de Unidades de Cuidados na Comunidade do Alentejo Central (Anexo K), e do qual recebemos o prémio de menção Honrosa.

4.7 MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

A avaliação é assumida como a última etapa da Metodologia de Planeamento em Saúde, que deve ser precisa e pertinente. Perspetiva-se que sejam descritos os resultados e a forma como foi desenvolvido todo o processo, incluindo os seus elementos integrantes, tais como os objetivos e/ou as atividades desenvolvidas (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Nesta fase comparam-se os objetivos com as estratégias de forma a determinar a eficácia do percurso desenvolvido, mas também se avalia a etapa do diagnóstico de situação, devido ao cariz cíclico do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

No projeto fizemos uma avaliação prospetiva e interna. Prospetiva porque a colheita de dados foi programada, com um fim avaliativo, e interna porque incidiu sobre o desempenho da atividade. Idealmente, as avaliações externas seriam as de eleição, calculando o impacto das atividades na população. Mas mensurar a saúde, tendo em conta todos os seus determinantes e o seu valor, torna-se desafiante. Optou-se, assim, pela avaliação da qualidade do projeto, partindo do princípio de que bons projetos se traduzem em bons resultados (Imperatori & Giraldes, 1993). De acordo com estes autores, os indicadores são a ferramenta que quantifica a avaliação, estes relacionam as variáveis e medem os avanços que se alcançaram. Desde que pensados e definidos corretamente, são uma forma simples de obter e calcular dados específicos e pertinentes do fenómeno em estudo (Imperatori & Giraldes, 1993;

Tavares, 1990). Sendo que procederemos a uma avaliação de carácter interno, foram até esta fase utilizados indicadores de atividade ou execução.

Tendo em vista a consecução do objetivo geral do PIC capacitar as crianças em idade pré-escolar de um concelho do Baixo Alentejo e seus pais/ EE, para o controlo do tempo de exposição a ecrãs como forma de promover a qualidade do sono na infância, numa escola de educação pré-escolar do Baixo Alentejo até ao final do ano letivo 2024/2025, apresentamos nos quadros seguintes a avaliação de cada objetivo específico:

Quadro 1:

Objetivo 1, Metas, Indicadores e Avaliação.

<table>
<tr><td colspan="3">Objetivo 1: Sensibilizar as crianças da educação pré-escolar para a importância da qualidade do sono até ao final do ano letivo 2024/2025.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Meta 1: Que sejam realizadas todas as oficinas planeadas.</td></tr>
<tr><td>Indicador:

$\frac{\text{Nº de oficinas executadas}}{\text{Nº de oficinas planeadas}}$ x 100 %</td><td>Resultado do Indicador:

$\frac{7}{7}$ x 100 %=100%</td><td>Avaliação:
Atingido</td></tr>
<tr><td colspan="3">Meta 2: Que pelo menos 90% das crianças participem nas oficinas "Offline para bem dormir e bem crescer".</td></tr>
<tr><td>Indicador:

$\frac{\text{Nº de crianças que participaram na oficina}}{\text{Nº total de crianças}}$ x 100 %</td><td>Resultado do Indicador:

$\frac{140}{147}$ x 100 %= 95,23%</td><td>Avaliação:
Atingido</td></tr>
</table>

Na análise do primeiro objetivo específico **sensibilizar as crianças da educação pré-escolar para a importância da qualidade do sono até ao final do ano letivo 2024/2025** (Quadro 1), relativamente à primeira meta estabelecida foram realizadas todas as sessões de educação para a saúde preconizadas sobre a qualidade do sono e a exposição a ecrãs. Foram realizadas sete sessões distintas em cada turma, perfazendo um total de sete e a meta atingida com uma valoração de 100%. A segunda meta foi também atingida, sendo que as sete turmas tinham um total de 147 alunos. Participaram no total 140 crianças nas oficinas realizadas, pelo que participaram mais de 90 % das crianças (95,23%).

Quadro 2:

Objetivo 2, Metas, Indicadores e Avaliação.

Objetivo 2: Sensibilizar as crianças da educação pré-escolar para a importância da redução de tempo de exposição a ecrãs e o seu impacto no padrão de sono, até ao final do ano letivo 2024/2025.		
Meta: Que pelo menos 70 % das crianças identifiquem no jogo "*Offline* para bem dormir e bem crescer" o tempo de exposição a ecrãs excessivos como um obstáculo ao sono de qualidade.		
Indicador: $\frac{\text{Nº de crianças que responderam corretamente}}{\text{Nº total de crianças que participaram}}$ x 100 %	**Resultado do Indicador:** $\frac{130}{140}$ x 100 %= 92,86%	**Avaliação:** Atingido

Na análise do segundo objetivo específico **sensibilizar as crianças da educação pré-escolar para a importância da redução de tempo de exposição a ecrãs e o seu impacto no padrão de sono, até ao final do ano letivo 2024/2025** (Quadro 2) no que concerne à primeira meta, no jogo "*Offline* para bem dormir e bem crescer" as crianças teriam que identificar o tempo de exposição a ecrãs excessivo como um obstáculo ao sono de qualidade, das crianças que participaram nas oficinas 130 identificaram corretamente, 92,86 %, mais do que estabelecido na meta (70%), pelo que esta foi alcançada com sucesso.

Quadro 3:

Objetivo 3, Metas, Indicadores e Avaliação.

Objetivo 3: Contribuir para a promoção de hábitos de sono saudáveis nas crianças da educação pré-escolar até ao final do ano letivo 2024/2025.		
Meta 1: Que pelo menos 90% das crianças participem nas oficinas "*Offline* para bem dormir e bem crescer".		
Indicador: $\frac{\text{Nº de crianças que participaram na oficina}}{\text{Nº total de crianças}}$ x 100 %	**Resultado do Indicador:** $\frac{140}{147}$ x 100 %= 95,23%	**Avaliação:** Atingido

(continua)

Quadro 3:

Objetivo 3, Metas, Indicadores e Avaliação (continuação)

Meta 2: Que pelo menos 70 % das crianças identifiquem no jogo "*Offline* para bem dormir e bem crescer" um hábito saudável para a promoção do sono.		
Indicador: $\frac{\text{Nº de crianças que responderam corretamente}}{\text{Nº total de crianças que participaram}}$ x 100 %	**Resultado do Indicador:** $\frac{135}{140}$ x 100 %= 96,42%	**Avaliação:** Atingido

No que diz respeito ao terceiro objetivo específico **contribuir para a promoção de hábitos de sono saudáveis nas crianças da educação pré-escolar até ao final do ano letivo 2024/2025** (Quadro 3), a meta 1 é comum à meta 2 do objetivo 2, pelo que já de demonstrou que foi atingida, na análise da segunda meta, no jogo "*Offline* para bem dormir e bem crescer" as crianças teriam que identificar um hábito saudável para a promoção do sono, das crianças que participaram nas oficinas 135 identificaram corretamente, 96,42 %, mais do que estabelecido na meta (70%), pelo que esta meta foi alcançada com sucesso.

Quadro 4:

Objetivo 4, Metas, Indicadores e Avaliação

Objetivo 4: Promover a diminuição de tempo de exposição a ecrãs nas crianças da educação pré-escolar até ao final do ano letivo 2024/2025.		
Meta 1: Que pelo menos 90% das crianças participem nas oficinas "*Offline* para bem dormir e bem crescer".		
Indicador: $\frac{\text{Nº de crianças que participaram na oficina}}{\text{Nº total de crianças}}$ x 100 %	**Resultado do Indicador:** $\frac{140}{147}$ x 100 %= 95,23%	**Avaliação:** Atingido

(continua)

Quadro 4:

Objetivo 4, Metas, Indicadores e Avaliação (continuação)

Meta 2: Que pelo menos 70 % das crianças identifiquem no jogo "*Offline* para bem dormir e bem crescer" os jogos de tabuleiro/legos/etc.. como preferência nas brincadeiras do dia-a-dia		
Indicador: $\frac{\text{Nº de crianças que responderam corretamente}}{\text{Nº total de crianças que participaram}}$ x 100 %	**Resultado do Indicador:** $\frac{135}{140}$ x 100 %= 96,42%	**Avaliação:** Atingido

Na análise do quarto objetivo específico: **promover a diminuição de tempo de exposição a ecrãs nas crianças da educação pré-escolar até ao final do ano letivo 2024/2025** (Quadro 4), a primeira meta é comum ao objetivo 1 e objetivo 3, pelo que foi atingida, a segunda meta deste objetivo foi igualmente alcançada com sucesso, pois a meta estabelecida "que pelo menos 70 % das crianças identifiquem no jogo "*Offline* para bem dormir e bem crescer" os jogos de tabuleiro/legos/etc.. como preferência nas brincadeiras do dia-a-dia" foi alcançada em 96,42%.

Quadro 5:

Objetivo 5, Metas, Indicadores e Avaliação

Objetivo 5: Promover o envolvimento dos pais/ EE em atividades planeadas durante a implementação do projeto, até ao final do ano letivo 2024/2025.		
Meta 1: Transmitir a pelo menos 70% dos pais/ EE, o diagnóstico de situação no início do ano letivo.		
Indicador: $\frac{\text{Nº de pais/ EE a quem foi entregue o *flyer* com o diagnóstico de situação}}{\text{Nº total de pais/ EE}}$ x 100 %	**Resultado do Indicador:** $\frac{147}{147}$ x 100 %= 100%	**Avaliação:** Atingido

(continua)

Quadro 5:

Objetivo 5, Metas, Indicadores e Avaliação (continuação)

<table>
<tr><td colspan="3">Meta 2: Transmitir a pelo menos 70% dos pais/ EE, a avaliação das atividades após a realização de todas as oficinas "Offline para bem dormir e bem crescer".</td></tr>
<tr><td>Indicador:

$\frac{\text{Nº de pais/ EE a quem foi entregue o } \textit{flyer} \text{ com a avaliação das atividades}}{\text{Nº total de pais/ EE}}$ x 100 %</td><td>Resultado do Indicador:

$\frac{147}{147}$ x 100 %= 100%</td><td>Avaliação:
Atingido</td></tr>
<tr><td colspan="3">Meta 3: Transmitir a pelo menos 70% dos pais/ EE, a avaliação do projeto no final do ano letivo.</td></tr>
<tr><td>Indicador:

$\frac{\text{Nº de pais/ EE a quem foi entregue o } \textit{flyer} \text{ com a avaliação do projeto}}{\text{Nº total de pais/ EE}}$ x 100 %</td><td>Resultado do Indicador:

$\frac{x}{147}$ x 100 %= 100%</td><td>Avaliação:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Meta 4: Que pelo menos 40% dos pais/ EE respondam a um questionário de satisfação acerca do Guia do Sono para Pais.</td></tr>
<tr><td>Indicador:

$\frac{\text{Nº de pais/ EE que responderam ao questionário de satisfação}}{\text{Nº total de pais/ EE}}$ x 100 %</td><td>Resultado do Indicador:

$\frac{45}{147}$ x 100 %= 30,61%</td><td>Avaliação:
Não Atingido</td></tr>
</table>

No que concerne ao quinto objetivo específico: **promover o envolvimento dos pais/ EE em atividades planeadas durante a implementação do projeto, até ao final do ano letivo 2024/2025** (Quadro 5) a meta estabelecida "transmitir a pelo menos 70% dos pais/ EE, o diagnóstico de situação no início do ano letivo" foi alcançada a 100%, uma vez que o *flye*r informativo com o diagnóstico de situação foi entregue a todos os pais/ EE. Em relação à meta "que pelo menos 40% dos pais/ EE respondam a um questionário de satisfação acerca do Guia do Sono para Pais" esta não foi alcançada, pois obtiveram-se 45 respostas (30,61%). No entanto as respostas que se obtiveram no questionário de

satisfação indicam que a maioria dos pais/ EE (53%) se considerou satisfeito, 38% considerou-se "muito satisfeito" e apenas 9% se considerou "razoavelmente satisfeito". No que diz respeito à importância dos temas abordados, 38 % dos pais/ EE classificaram-nos como "importantes" e 62 % consideraram os temas "muito importantes". No que diz respeito à ilustração utilizada, 69% dos pais considerou-a "adequada" e 31% consideraram "muito adequada". Em relação à linguagem utilizada, 84% os pais/ EE consideraram-na "adequada", 11% "muito adequada" e 5% "razoavelmente adequada".

No que diz respeito à meta "transmitir a pelo menos 70% dos pais/ EE, a avaliação das atividades após a realização de todas as oficinas "*Offline* para Bem Dormir e Bem Crescer" foi alcançada a 100%, uma vez que o *flyer* informativo com a avaliação após as oficinas realizadas nas sete turmas foi entregue a todos os pais/ EE. Em relação à última meta "transmitir a pelo menos 70% dos pais/ EE, a avaliação do projeto no final do ano letivo" esta não pôde ser avaliada uma vez que ainda não nos encontramos no final do ano letivo, no entanto deixámos agendada a aplicação dos dois questionários novamente no final do ano letivo, para que se possam analisar novamente os comportamentos das crianças.

Quadro 6*:*

Objetivo 6, Metas, Indicadores e Avaliação.

Objetivo 6: sensibilizar pelo menos 40% dos pais/ EE sobre a importância do controlo do tempo de exposição a ecrãs e o seu impacto no padrão de sono da criança, até ao final do ano letivo 2024/2025.		
Meta 1: Que seja entregue a todos os pais/ EE o "Guia do Sono para Pais"		
Indicador: $\frac{\text{Nº de pais/ EE a quem foi entregue o "Guia do Sono para Pais"}}{\text{Nº total de pais /EE}}$ x 100 %	**Resultado do Indicador:** $\frac{147}{147}$ x 100 %= 100%	**Avaliação:** Atingido
Meta 2: Que pelo menos 40 % dos pais/ EE respondam a um questionário de satisfação acerca do Guia do Sono para Pais		
Indicador: $\frac{\text{Nº de pais /EE que responderam ao questionário de satisfação}}{\text{Nº total de pais /EE}}$ x 100 %	**Resultado do Indicador:** $\frac{45}{147}$ x 100 %= 30,61%	**Avaliação:** Não atingido

Para o último objetivo específico deste projeto: **sensibilizar pelo menos 40% dos pais/ EE sobre a importância do controlo do tempo de exposição a ecrãs e o seu impacto no padrão de sono da criança, até ao final do ano letivo 2024/2025** (Quadro 6), foram definidas duas metas, a primeira meta foi atingida na sua plenitude, pois o "Guia do Sono para Pais" foi entregue a todos os pais/ EE, de acordo com a informação dada pelas professoras responsáveis pelas turmas, o guia foi entregue a todos os pais/ EE mesmo aos pais/ EE das crianças que não participaram nas atividades. A segunda meta é comum ao quinto objetivo específico, não foi alcançada, esperava-se que pelo menos 40 % dos pais/ EE respondesse ao questionário de satisfação, obtiveram-se 45 respostas (30,1%).

Atendendo à avaliação dos **indicadores de atividade ou execução**, comprovamos que, à data de término do estágio final, foram efetuadas todas as atividades planeadas, obtendo assim o resultado de 100% e avaliação como atingida. As sete oficinas planeadas foram realizadas nas datas e horas agendadas. Posteriormente às oficinas, foi enviado a todos os pais/ EE o livro "Guia do Sono para Pais". Dos pais/ EE, segundo os professores responsáveis pelas turmas e diretamente de alguns pais/ EE, obtiveram-se comentários bastante positivos em relação ao "Guia do Sono para pais" e às oficinas realizadas com as crianças. Referiram que gostaram muito da forma de exposição de conteúdos às crianças e que a temática abordada tem muita pertinência. Alguns desses comentários foram: "excelente projeto"; "o meu filho adorou o jogo e a história"; "muita pena que não realizem estas atividades no 1º ciclo"; "sem dúvida uma mais-valia para os nossos filhos"; "Gostaria que fizessem uma sessão sobre este tema para nós os pais". Estes comentários permitiram que a avaliação do projeto fosse estimada como atingida com sucesso.

Apesar do alcance dos objetivos propostos, a abordagem efetuada aos pais/ EE, especialmente no modo de os envolver e sensibilizar para esta problemática necessitará ser repensada. Os pais/ EE mostraram interesse na temática e em ser alvo de sessões de esclarecimento, sobre o tempo de exposição a ecrãs nos seus filhos e as suas implicações na qualidade do sono. Após conversação com a equipa pedagógica, tentou repensar-se para o próximo ano letivo, uma forma de estimular a adesão dos pais/ EE à Escola e a assuntos relativos com a mesma. Por sugestão da Enfermeira supervisora, além da entrega do "Guia do Sono para pais" (que os parceiros manifestaram de ser algo a manter com as próximas turmas) deveriam ser realizadas sessões de educação para a saúde dirigidas aos pais/ EE, em contexto de avaliação dos alunos, porque nesse contexto os pais são frequentemente assíduos, e de um modo «oportunista» ficariam informados.

Uma vez que alguns dos pais/ EE de alunos da educação privada do concelho e do 1º ciclo da educação pública mostraram interesse em que as oficinas fossem realizadas novamente, assim a

Enfermeira supervisora ficou responsável pelo seguimento "*follow up*" do projeto e em replicar as oficinas nas turmas em que houve interesse manifestado pelos pais/ EE ou pelas equipas pedagógicas. Neste sentido, foi criado de um dossier de operacionalização onde consta o projeto, recursos bibliográficos e didáticos, e ainda, a operacionalização de todas as atividades para que a equipa de saúde escolar da UCC o possa replicar num futuro próximo.

5 ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A Unidade Curricular (UC) Estágio em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e a UC Estágio em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública com Relatório permitiu o desenvolvimento e a consolidação das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n. º140/2019), das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESCSP (Regulamento n.º 428/2018) e das Competências do Enfermeiro Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018). Segue-se uma análise sobre as competências adquiridas e as atividades realizadas que contribuíram para a sua aquisição, em consonância com todo o conteúdo desenvolvido e anteriormente exposto.

5.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios: as competências comuns. Estas competências reúnem diversos contextos e dimensões, visando reforçar um enquadramento regulador para a certificação das competências, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados (Regulamento n. º140/2019, 2019).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da OE (2019) organiza a prática deste profissional e ordena-as em quatro domínios, nomeadamente o da **responsabilidade profissional, ética e legal, o da melhoria contínua da qualidade, o da gestão de cuidados e o do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** (Regulamento n. º140/2019).

O **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** vem consolidar uma prática já baseada nestes pilares como enfermeiro generalista. O Código Deontológico do Enfermeiro, enquanto código de ação e dever num exercício profissional de excelência, orienta a tomada de decisão ética, garantindo o respeito do enfermeiro pela própria profissão e pela pessoa alvo de cuidados, pelos seus direitos e autonomia. A prática de enfermagem é, atualmente, sinónimo de evidência científica aliado à humanização dos cuidados. Desenvolver e aprofundar competências é ético e deontológico do enfermeiro, além de representar uma valorização tanto pessoal quanto profissional. Durante todo o estágio e execução do projeto foi sempre garantida a prática de cuidados que fizesse respeitar os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Todos os processos de tomada de decisão foram sustentados e fundamentados em conhecimento, inclusive na participação ativa dos parceiros envolvidos no projeto. As decisões foram tomadas de forma consciente, apoiada e em equipa, durante

todo o período de estágios e particularmente no que concerne ao projeto. A apresentação do projeto e solicitação do parecer à Comissão de ética da ULSBA garantiu que todas as questões éticas e legais fossem analisadas e assegurados os direitos da população-alvo. O formulário do CILE assegurou o respeito pela confidencialidade e anonimato dos participantes, foi dirigido aos pais/ EE dos alunos. Os resultados dos questionários na posse da mestranda foram guardados em local seguro e analisados em computador pessoal, que requer uma palavra-passe para acesso. Os dados serão destruídos após a discussão do presente relatório. Estes são apenas alguns exemplos da responsabilidade profissional, ética e legal, inerente ao projeto.

No **domínio da melhoria contínua da qualidade**, os conhecimentos apreendidos e consolidados ao longo de todo o percurso teórico, as pesquisas bibliográficas, as partilhas e discussões em sala de aula, nos trabalhos de grupo, as reflexões individuais ou estimuladas pelos colegas e professores e a abordagem segundo diferentes pontos de vista, diferentes vivências e contextos ampliaram a visão da mestranda relativamente aos cuidados de enfermagem prestados. A soma de todo esse saber foi, sem dúvida, um contributo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Considera-se ainda, que o PIC contribuiu para desenvolver a qualidade dos serviços prestados pela unidade funcional de saúde onde decorreu o estágio. A enfermeira mestranda teve oportunidade de desenvolver uma sessão de formação em serviço dirigida aos profissionais da UCC acerca das boas práticas na promoção do sono da criança e do adolescente (Apêndice L), com o objetivo de sensibilizar os profissionais para a presente temática. A UCC onde decorreu o estágio iniciou a sua atividade muito recentemente, pelo que a enfermeira mestranda teve oportunidade ao longo do estágio de desenvolver diversos materiais de suporte às várias atividades da UCC, tais como trípticos de apoio às sessões de educação para a saúde realizadas em contexto de Saúde Escolar (Apêndice M). A enfermeira mestranda tinha experiência com a população em idade pediátrica, o que facilitou a sua interação com a população e a adequação dos materiais nos diversos momentos de participação nas sessões de educação para a saúde realizadas, zelando sempre por uma prática clínica segura, baseada na evidência científica e na melhoria contínua. Evidencia-se a capacidade de gestão dos recursos humanos e materiais no desenvolvimento do projeto, bem como nas atividades da ECCI, onde se realizaram diversos domicílios, sendo essencial o planeamento e gestão dos recursos para que estes pudessem decorrer com a maior eficácia e qualidade na prestação de cuidados aos utentes. Foi também evidente a capacidade de liderança, tendo em conta as oportunidades disponíveis e os objetivos estabelecidos, visando garantir a qualidade e eficácia das intervenções, pois em primeira instância com o desenvolvimento do projeto previu-se uma melhoria no bem-estar e qualidade de vida da comunidade escolar, começando pelos alunos alvo da intervenção, no respeito pelo princípio da beneficência.

Quanto ao **domínio da gestão dos cuidados** o enfermeiro especialista, para além do cumprimento destes princípios na prática de cuidados, tem o dever de os incentivar, zelar pela sua garantia e promoção na liderança e gestão da equipa e dos cuidados. A articulação com todos os parceiros envolvidos no projeto otimizaram o trabalho em equipa, a qualidade dos cuidados prestados, e contribuíram para a aquisição desta competência. Através da organização das etapas da metodologia do Planeamento em Saúde e da gestão e otimização dos recursos da comunidade (humanos, materiais, financeiros e temporais) necessários à implementação do projeto, em articulação com a equipa de Saúde Escolar, nomeadamente a orientadora clínica, a coordenadora da educação pré-escolar e os professores responsáveis pelas turmas. A articulação com os autores dos questionários utilizados no diagnóstico de situação foi outro desafio, que contribuiu igualmente para a aquisição das competências deste domínio.

No que respeita ao **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, houve preocupação pela procura de oportunidades de aprendizagem, procurando de modo contínuo obter conhecimentos a nível pessoal e profissional, com a ajuda das orientadoras (clínica e pedagógica), gerindo emoções e sentimentos de modo a recolher e proporcionar ganhos na prestação de cuidados na comunidade, ao longo deste período de aprendizagens. Ao longo de todo o percurso a enfermeira mestranda teve oportunidade de participar em quatro *Webinares* promovidos pela OE acerca do tema envolvido no projeto, a Saúde Escolar, e Desenvolvimento Infantil e o Sono na Criança/Jovem (em anexo juntam-se os certificados de participação (anexo N)).

A participação noutras atividades no âmbito da UCC possibilitaram uma visão mais abrangente da prestação de cuidados realizada ao nível dos cuidados de saúde primários, permitindo uma ampliação na aquisição e mobilização de conhecimentos. A atuação foi baseada nos princípios éticos e legais da disciplina, procurando utilizar métodos científicos eficazes, como a Metodologia do Planeamento em Saúde. Com a realização e submissão do póster num evento científico, pretendeu-se divulgar o diagnóstico de situação e promover o conhecimento científico, através da prática clínica especializada. Desta forma, julga-se também terem sido adquiridas as competências neste domínio.

5.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

O Regulamento n.º 428/2018 da OE, integra o perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESCSP. Segundo o artigo 2.º do regulamento referido, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:

a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde. d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento n.º 428/2018, p. 19354).

Considera-se que o PIC, desenvolvido e implementado, permitiu desenvolver e aperfeiçoar todas as competências supracitadas. Relativamente à competência "a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade" (Regulamento n.º 428/2018, p. 19354) o PIC "*Offline* para Bem Dormir e Bem Crescer" seguiu a metodologia do Planeamento em Saúde, onde se validaram todas as etapas. Este relatório é a prova documental da aquisição desta competência, explicando a forma como as etapas e procedimentos ocorreram ao longo do seu progresso. A elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade cumpriu critérios rigorosos e científicos, contemplando uma análise do contexto prático que permitiu compreender os determinantes da saúde e identificar os problemas e necessidades da comunidade. A exposição excessiva a ecrãs e os problemas inerentes ao sono constituem-se como um problema de saúde pública, e na nossa população-alvo foram identificados diversos problemas que levaram à identificação de diversos focos de intervenção que necessitaram ser priorizados de acordo com a segunda etapa da Metodologia do Planeamento em Saúde.

A seleção dos problemas, alvo de intervenção, conduziu ao estabelecimento de objetivos mensuráveis e estratégias realistas, de acordo com os recursos disponíveis. A implementação do projeto envolveu outros setores da comunidade escolar e os seus líderes organizacionais – coordenadora da educação pré-escolar e professores responsáveis pelas turmas. Envolveu também o estabelecimento de parcerias, já previamente explicitadas. De acordo com a operacionalização e implementação do projeto, foram avaliados indicadores, metas e objetivos.

No que concerne à competência "contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades" (Regulamento n.º 428/2018, p. 19354), pode concluir-se que também ficou validada através das atividades realizadas durante a implementação do projeto. A capacitação da comunidade constituiu-se o propósito do projeto de intervenção, através da promoção da saúde. As estratégias selecionadas no âmbito da promoção e educação para a saúde tiveram como base o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, procedendo-se à gestão da informação de um grupo comunitário específico e através da intervenção junto das crianças e respetivos pais/ EE. Quanto à gestão da

informação, o presente relatório documenta o PIC. A divulgação do projeto pretendeu estimular a procura de informação da população relativamente a esta temática.

No que se refere à competência "Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde" (Regulamento n.º 428/2018, p.19354), considera-se também adquirida e mobilizada. Conforme mencionado anteriormente neste relatório, o PIC esteve alinhado com uma das metas do atual PNS (DGS, 2015b). A sua implementação, abrangendo todas as fases, desde a conceção, coordenação, monitorização até à sua avaliação, permitiu o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências que poderão ser aplicadas na criação de novos projetos ou em programas de saúde integrados no PNS. O projeto para ser efetivado contou com o suporte do PNSE, PNSIJ e do RES, imprescindível na atuação em ambiente escolar. No âmbito da Saúde Escolar a enfermeira mestranda teve oportunidade de participar em atividades para operacionalizar o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025, nomeadamente na distribuição de cheques dentista às crianças com as idades de quatro anos, sete e dez anos, associados ao Programa de Saúde Oral nas Crianças e Jovens; e ainda na realização de sessões de educação para a saúde acerca da importância da higiene oral e escovagem correta dos dentes às crianças com idades entre os três e os sete anos das várias escolas do concelho. Durante a realização do estágio foi possível participar em atividades, tais como a preparação da apresentação do Plano Local de Saúde do Baixo Alentejo 2024-2030 aos *stakeholders* e assistir à apresentação do mesmo, que foi desenvolvido à luz das recomendações do PNS. Durante o estágio na USP foi possível participar em várias atividades de operacionalização da Campanha de Vacinação Sazonal Outono-Inverno 2024-2025, entre elas a gestão e distribuição de vacinas contra a gripe e COVID-19. Foi também possível desenvolver intervenções que permitiram a tomada de decisão ao encontro da operacionalização do Programa Nacional de Vacinação, tais como o caso de mordedura de cão a uma pessoa do género feminino de 30 anos de idade que evidenciou preocupação em contrair a Raiva; de Programas de Saúde Prioritários, tais como Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose no surgimento de novos casos de tuberculose notificados à equipa de saúde pública, assim como do Programa Nacional para as Hepatites Virais, na notificação de novos casos à equipa de saúde pública.

Por fim, no que respeita à competência "realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico" (Regulamento n.º 428/2018, p.19357), esta competência foi aprofundada e desenvolvida sobretudo em ações desenvolvidas no diagnóstico de situação. Uma delas passou pela consulta de indicadores demográficos e dados de evidência científica emitidos por órgãos máximos na área da saúde. Outra das ações foi a aplicação dos instrumentos de recolha de dados para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde da população-alvo definida. Durante o estágio a enfermeira

mestranda teve a oportunidade de realizar a vigilância epidemiológica através da consulta inerente ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) e da realização do inquérito epidemiológico a novos casos de doenças de notificação obrigatória, entre as quais a tuberculose, a hepatite a e b, e a salmoneloses não *typhi* e não *paratyphi*.

5.3 COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

De acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior o grau de Mestre é conferido aos que demonstrem:

> a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo" (Decreto-Lei nº 65/2018, p. 4162).

Considera-se que a praxis clínica foi sustentada pelos conhecimentos já adquiridos no Curso de Licenciatura em Enfermagem e consolidados no exercício da Enfermagem enquanto profissão, possibilitando o desenvolvimento e a aplicação do PIC, bem como a adaptação a situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, nomeadamente os locais de estágio. Apurou-se uma excelente integração na equipa da UCC, na compreensão do seu funcionamento e no

conhecimento da sua dinâmica de atividades inerentes aos programas e projetos ainda que a enfermeira mestranda não tivesse experiência na área da saúde comunitária e saúde pública.

De forma a adquirir as competências acima mencionadas realizou-se pesquisa científica extensa sobre a temática do sono e sobre a exposição a ecrãs nas crianças em idade pré-escolar, por forma a fundamentar a temática em questão. Neste contexto, foi elaborado um póster científico, que permitiu integrar e aplicar o conhecimento adquirido neste 2º ciclo de estudos. Esse póster baseou-se nos dados apresentados no diagnóstico de situação, tratando-se de um estudo observacional descritivo. A elaboração e submissão deste póster a um evento, gerou uma menção Honrosa, o que foi sem dúvida um dos principais ganhos à atribuição do grau de mestre, incentivando a produção científica baseada na evidência e sua divulgação. Também a própria elaboração deste relatório, permitiu comunicar as conclusões obtidas, o conhecimento e o raciocínio efetuados ao longo de todo este processo, bem como a informação transmitida aos pais/ EE e crianças.

Considera-se, após refletir sobre todos os aspetos enunciados, terem sido alcançadas as competências inerentes à aquisição do grau de mestre e as de enfermeiro especialista em ESCSP. O seu aperfeiçoamento inicia-se a partir de agora, num trajeto de aprendizagem e crescimento profissional contínuo.

6 CONCLUSÃO

Os desafios enfrentados pela Enfermagem, que se tornam cada vez mais amplos e complexos, estão completamente relacionados tanto com as mudanças no setor da saúde quanto com as transformações sociais e culturais mundiais. O desenvolvimento do presente projeto, no âmbito da UC Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório, trouxe inúmeros desafios. A necessidade de adaptação e de organização permitiram a consolidação de diversas competências pessoais e profissionais, enquanto futura Enfermeira Especialista em ESCSP.

A evolução da sociedade traduz-se na utilização cada vez mais precoce de ecrãs e dispositivos eletrónicos. Sendo os ecrãs sinal de evolução humana, todos nós já pensámos acerca das consequências e/ou repercussões que estes trazem ao nosso dia-a-dia e aos utilizadores mais jovens, nomeadamente nas crianças em idade pré-escolar.

A má qualidade do sono é um problema de saúde pública que não é reconhecido com a devida importância. A má qualidade do sono, assim como as várias perturbações a ele associadas, não afetam apenas a população mais velha. Atualmente sabe-se que estes problemas começam em idade precoce, sendo importante a sua identificação nas crianças para que se possa atuar, mitigando os efeitos na vida adulta.

Considerando a escassez de estudos sobre este tema, o presente estudo contribui para o conhecimento, no contexto português, acerca dos impactos da exposição a ecrãs na qualidade de sono de crianças em idade pré-escolar. A partir da análise da literatura disponível e das necessidades identificadas na comunidade, foi possível estruturar uma abordagem interventiva. A analogia estabelecida entre o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a Metodologia do Planeamento em Saúde, contribuíram para o desenvolvimento do presente PIC baseado na evidência científica do referencial teórico.

Como as crianças passam grande parte do seu tempo na escola, a intervenção escolar é fundamental e pressupõe que se desenvolva de forma saudável e participativa, inspirando bons hábitos no que diz respeito aos ganhos de saúde individual e, consequentemente, comunitária.

É emergente uma intervenção precoce no que se refere à educação sobre o uso saudável de ecrãs e a promoção de hábitos de sono adequados. Verificámos, desta forma, que em Portugal, o PNSE é uma referência do sistema de saúde no que diz respeito à promoção da Saúde Escolar e o enfermeiro um elemento imprescindível na promoção da saúde, particularmente nos estilos de vida saudáveis. A presença assídua do enfermeiro nas escolas é um enorme suporte da educação, pois proporciona a

organização, preparação e concretização de cuidados de enfermagem apropriados à comunidade escolar, caminhando ao encontro dos problemas identificados e dos objetivos do PNS.

O PIC "*Offline* para Bem Dormir e Bem Crescer" não pretendeu eliminar a utilização de ecrãs pelas crianças, mas antes elucidar as crianças e os pais/ EE para as consequências da exposição excessiva e o seu impacto na qualidade do sono. Toda a intervenção que envolva os hábitos de vida carece de tempo para que se obtenham ganhos. Por tal, considerámos que o limite temporal definido seria adequado às necessidades verificadas. As intervenções delineadas suportaram-se em evidência científica e na metodologia de análise dos dados.

Inicialmente, a Escola em contexto, percebeu que seria uma necessidade intervir nos hábitos de sono e no uso de ecrãs por parte das crianças, mas sem a concreta noção do tamanho da problemática. Tendo em conta que a realização e progresso de um PIC tem subjacente várias etapas que constituem a Metodologia do Planeamento em Saúde, procedeu-se inicialmente, ao diagnóstico de situação. Os resultados obtidos permitiram comprovar que as crianças com menos de cinco anos não cumpriam as horas de sono recomendadas. No geral havia indício de uma diminuição da qualidade do sono, e ainda uma excessiva exposição a ecrãs nestas crianças.

A educação para a saúde surgiu, deste modo, como uma das principais estratégias para dar resposta aos objetivos do projeto, atuando nas crianças e nos seus pais/ EE. Esta, com foco na capacitação, é essencial para que as populações fiquem habilitadas a tomar decisões que promovam a sua saúde. Os enfermeiros especialistas em ESCSP têm um papel preeminente na elaboração e implementação de intervenções promotoras de saúde, selecionando as estratégias mais eficazes. De forma integrada, pressupôs-se intervir em todas as crianças, estimulando-lhes a aquisição ou manutenção hábitos de vida saudáveis, baseando-nos no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Cumpriram-se todas as atividades programadas para o presente ano letivo.

Em termos de implicações, ressalta-se a importância da não desvalorização dos problemas associados ao sono em crianças nesta faixa etária, bem como do reconhecimento do impacto do cumprimento das horas de sono ou do tempo de visualização de ecrãs na qualidade do sono. Sendo a falta de conhecimento um dos aspetos preditores das atitudes, a criação de programas de educação ou reeducação parental acerca dos problemas de sono em crianças pode ser utilizado como uma forma de prevenir as repercussões a eles associados, quer a curto, quer a longo prazo.

Ao longo da implementação do projeto encontraram-se algumas dificuldades, a primeira dificuldade e a maior foi obter a participação dos pais/ EE na resposta aos questionários, para a realização do diagnóstico de situação, não por não quererem participar, mas por alegarem que se "esqueciam" de responder aos questionários. Foram necessárias atitudes de persistência e perseverança

para relembrar os pais/ EE, envolvendo um considerável dispêndio de tempo e recursos. Verificou-se também, que um investimento desta ordem carece de uma elevada carga horária, particularmente na preparação, validação e implementação do projeto, o que pode levar a alguns reajustes na replicação por parte da UCC, tendo em conta os recursos humanos limitados. Contudo, a equipa da UCC pretende prosseguir com o projeto e estender o mesmo até ao 1º ciclo. O facto da enfermeira supervisora apresentar uma excelente articulação com o Agrupamento Escolar, foi e será facilitadora para a operacionalização do mesmo.

Este relatório possibilitou, como se pode concluir nesta fase, uma descrição detalhada e uma análise crítica aprofundada do percurso, das práticas e das intervenções realizadas, todas fundamentadas em evidências científicas. A sua elaboração permitiu realizar uma análise reflexiva sobre o processo de aquisição, aplicação e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, bem como das competências específicas do enfermeiro especialista em ESCSP, além de validar as competências necessárias para a obtenção do grau de mestre. Ao longo deste trabalho, ficou patente a capacidade de liderança da mestranda no desenvolvimento e implementação do projeto, tendo em vista a capacitação da comunidade envolvida. Deste modo, considerou-se que os objetivos de aprendizagem previstos pelas UC associadas a este relatório foram alcançados com sucesso.

Através de uma breve reflexão sobre o caminho percorrido até aqui, é possível afirmar que foi um processo enriquecedor e gratificante, mas também exigente. De forma geral, estes estágios proporcionaram uma série de experiências valiosas, permitindo o desenvolvimento de capacidades. No que diz respeito ao nível pessoal, implicou algumas mudanças, adaptações, resiliência e a certeza de que é possível superar com sucesso os desafios apresentados, desde que haja empenho, dedicação e motivação. As aprendizagens adquiridas, sem dúvida, terão um impacto significativo na qualidade do desempenho profissional, uma vez que as competências e ferramentas adquiridas servirão como base para a construção de novos conhecimentos e promoção de estratégias.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alligood, T. & Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5nd eds.). Lusociência. https://www.lusodidacta.pt/enfermagem/164-teoricas-de-enfermagem-e-asua-obra.

Almeida, A. (2021). *Hábitos de Sono e Problemas de Comportamento em Idade Pré-Escolar: Um Estudo com Crianças Portuguesas* [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório da Universidade da Beira Interior. http://hdl.handle.net/10400.6/11728

Afonso, S., Silva, F. G., Silva, C. R., & Neto, A. S. (2019). Adormecer a Ver Televisão como Fator de Risco para Perturbação do Sono na Idade. *Gazeta médica, 2* (6), 83-89. https://doi.org/10.29315/gm.v6i2.263

American Academy of Pediatrics [AAP]. (2010). Policy statement media education. *Pediatrics, 126*, 1012-7. doi:10.1542/ peds.2010-1636.

Arriaga, C., Brito, S., Gaspar, P., & Luz, A. (2015). Hábitos e Perturbações do Sono: Caracterização de uma Amostra Pediátrica na Comunidade. *Acta Pediatr Port, 46*, 367–375. http://actapediatrica.spp.pt/article/download/6447/5343

Assis, D. C. M. de ., Moreira, L. V. de C. ., & Fornasier, R. C. . (2021). Bronfenbrenner's Bioecological Theory: the influence of proximal processes on the social development of children. *Research, Society and Development*, *10*(10), e582101019263. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19263

Axelsson, E. L., Purcell, K., Asis, A., Paech, G., Metse, A., Murphy, D., & Robson, A. (2022). Preschoolers' engagement with screen content and associations with sleep and cognitive development. *Acta psychologica*, *230*, 103762. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103762

Bathory, E., & Tomopoulos, S. (2017). Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 47*(2), 29–42. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001

Barreto, A.C. (2016). Paradigma sistêmico no desenvolvimento humano e familiar: a Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Psicologia em Revista, 22*(2), 275-293.

Bedford, R., Saez de Urabain, I. R., Cheung, C. H., Karmiloff-Smith, A., & Smith, T. J. (2016). Toddlers' Fine Motor Milestone Achievement Is Associated with Early Touchscreen Scrolling. *Frontiers in psychology*, *7*, 1108. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01108

Bhargava, S. (2011). Diagnosis and management of common sleep problems in children. *Pediatrics in Review, 32(3),* 91–99. https://doi.org/10.1542/pir.32-3-91.

Bhering, E., & Sarkis, A (2009). Modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner: implicações para as pesquisas na área da Educação Infantil. *Horizontes, 27*(2), 7-20.

Bolstad, R. (2004). *The Role and Potential of ICT in Early Childhood Education: A Review of New Zealand and International Literature*. Ministry of Education, New Zealand Council for Educational Research.

Brazelton, T., & Greenspan, S. (2002) *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Editorial Presença.

Brito, R. (2017). *Família.com: Famílias, crianças (0-6) e tecnologias digitais*. LabCom. https://www.labcom.ubi.pt/livro/295

Brito, R., & Dias, P. (2018). *Aplicações seguras e benéficas para crianças felizes: perspetivas dos pais*. Universidade Católica Portuguesa. http://hdl.handle.net/10400.14/25153

Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force, Ottawa, Ontario (2017). Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world. *Paediatrics & child health*, *22*(8), 461–477. https://doi.org/10.1093/pch/pxx123

Cardona, M. J. (2008). Para uma pedagogia da educação pré-escolar: fundamentos e conceitos. In. M.J. Cardona & R. Marques. (Coords.), *Ensinar e Aprender no Jardim de Infância e na Escola* (pp. 119-145).Ed. Cosmos.

Carvalhosa, R. (2020). *Hábitos de sono e uso de dispositivos eletrónicos em crianças em idade pré-escolar: Perceções dos cuidadores informais* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório ULisboa. https://repositorio.ulisboa.pt/handle/10451/46567

Centro Regional de Informação das Nações Unidas para a Europa Ocidental [UNRIC]. (2015). *Guia Sobre Desenvolvimento Sustentável 17 Objetivos para Transformar o Nosso Mundo*. Organização Mundial das Nações Unidas.

Chaves, I. (2014). *Tecnologia e Infância: Um olhar sobre as brincadeiras das crianças* [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Marngá]. Repositório Universidade Estadual de Maringá.

Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central. (2020, jul 19). *Caracterização*. Recuperado em 10 de junho, 2024, de https://www.cimac.pt/visitante/alentejo-central/caracterizacao/ambiente/

Costa, Z.A. (2022). Seminário "De Alma-Ata a Astana: a trajetória dos cuidados de saúde primários nos países da CPLP". In F.P.C. Barros, & P.Ferrinho. (Orgs), *De Alma-Ata a Astana: a trajetória dos cuidados de saúde primários nos países da CPLP* (pp.16-21). Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde. https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/47339422/De_Alma_Ata_a_Astana_a_trajet_ria_dos_cuidados_de_sa_de_prim_rios_nos_pa_ses_da_CPLP.pdf

Diniz, E., & Koller, S. H. (2010). O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. *Educar em Revista, 36*, 65-76. https://doi.org/10.1590/S0104-40602010000100006

Direção-Geral da Saúde [DGS].(2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Direção-Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx

Direção-Geral da Educação & Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Direção-Geral da Educação e Direção-Geral da Saúde. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar. Direção-Geral da Saúde.*

Direção Geral de Saúde [DGS]. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s.* https://pns.dgs.pt/pns-em-acao/determinantes-de-saude/

Decreto-Lei n.º 28/2008, do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: nº 38/2008, Série I. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675

Decreto-Lei n.º 183/2008, do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: nº 171/2008, Série I. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/183-2008-453991

Decreto-Lei n.º 81/2009, do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: nº 65/2009, 1ª Série. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/81-2009-603228

Decreto-Lei n.º 65/2018, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Diário da República: nº 157/2018, Série I. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879

Despacho n.º 10143/2009, do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: nº 74/2009, Série II. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310

Erikson, E. H. (1976). Identidade, Juventude e Crise (Á. Cabral, Trad.). Zahar editores. (Trabalho original publicado em 1968).

Fabres, L., & Moya, P. (2021). Sueño: conceptos generales y su relación con la calidad de vida. *Revista Médica Clínica Las Condes, 32*(5), 527–534. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.09.001

Faria, J. (2023). *Como Gerir as Crianças e os Ecrãs: Benefícios e Malefícios das Novas Tecnologias* (formação online). Academia Observador.

Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. (2020). A criança em idade pré-escolar (3 aos 6 anos) e escolar (6 aos 12 anos). In A. Ramos., & M. Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp.160-192). Lidel.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do Processo de Investigação.* Lusodidacta.

Freud, S. (2015). Tres ensayos de teoría sexual. (J. L. Etcheverry, Trad.) Amarrortu. (Trabalho original publicado em 1905).

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2024). *Conheça o seu Município*. PORDATA. https://www.pordata.pt/Municipios

Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research and education.* Macmillian Company.

Hiltunen, P., Leppänen, M. H., Ray, C., Määttä, S., Vepsäläinen, H., Koivusilta, L., Sajaniemi, N., Erkkola, M., & Roos, E. (2021). Relationship between screen time and sleep among Finnish preschool children: results from the DAGIS study. *Sleep medicine*, *77*, 75–81. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.11.008

Hoyos, G., Borjas, D., Ramos, A., & Meléndez, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria, 8*(4), 16-23.

Hussain, I., Hossain, M. A., Jany, R., Bari, M. A., Uddin, M., Kamal, A. R. M., Ku, Y., & Kim, J.-S. (2022). Quantitative Evaluation of EEG-Biomarkers for Prediction of Sleep Stages. *Sensors (Basel, Switzerland), 22*(8). https://doi.org/10.3390/s22083079

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde (3.a ed.). Escola Nacional de Saúde Pública.

International Council of Nurses. (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE versão 2019-2020.

Intervir na Diferença. (2025). *Modelo Ecológico de Bronfenbrenner*. [Online image]. Webnode.pt. https://intervirnadiferenca.webnode.pt/

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2022). População residente (N.º) por Local de residência à data dos Censos [2021]. https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011609

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2024). Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência à data dos Censos [2021]. https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011610

Kapp, K. (2012). *The Gamification of Learning and Instruction: Game-Based Methods and Strategies for Training and Education*. Pfeiffer. https://doi.org/10.1145/2207270.2211316

Kumar, M. (2018). Association between screen time and sleep patterns in preschool-age children: A longitudinal observational study. *International Journal of Paediatrics and Geriatrics, 1*(2), 68-71. https://doi.org/10.33545/26643685.2018.v1.i2b.200

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Minister of Supply and Services Canada. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf

Lan, Q., Chan, K.C., Yu, K. N., Chan, Y.N., Wing, K.Y., Li, M.A., & Au, T.C. (2020) Sleep duration in preschool children and impact of screen time. *Sleep Medicine, 76*, 48-54. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.09.024

LeBourgeois, M. K., Hale, L., Chang, A. M., Akacem, L. D., Montgomery-Downs, H. E., & Buxton, O. M. (2017). Digital Media and Sleep in Childhood and Adolescence. *Pediatrics*, *140*(Suppl 2), S92–S96. https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758J

Lester, D. (2013). Measuring Maslow's hierarchy of needs. *Psychological Reports*, *131* (1), 15 - 17. https://doi.org/10.2466/02.20.PR0.113x16z1

Leitz, M. (2005). Sleep Disturbances. In. C. Dulmus & L. Rapp-Paglicci. [Eds.], *Handbook of Preventive Interventions for Adults*. (pp. 280-299). John Wiley & Sons.

Lei n.º5/1997 da Assembleia da República (1997). Lei Quadro da Educação Pré-Escolar. Diário da República: I Série A, nº34/1997. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/5-1997-561219

Lei n.º95/2019 da Assembleia da República (2019). Lei de Bases da Saúde. Diário da República: I Série A, nº169/2019. https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066

Liu, J., Feng, R., Ji, X., Cui, N., Raine, A., & Mednick, S. C. (2019). Midday napping in children: Associations between nap frequency and duration across cognitive, positive psychological well-being, behavioral, and metabolic health outcomes. *Sleep, 42*(9), 1–17. https://doi.org/10.1093/sleep/zsz126

Liu, Y., Liu, Z., Li, Q., Zhou, H., Chen, Y., & Wu, T. (2023). Association between screen time and sleep problems among preschool children in Haikou City. *Chinese Journal of School Health*, 44(6), 935–938. https://www.cjsh.org.cn/en/article/doi/10.16835/j.cnki.1000-9817.2023.06.009

Lopes, S., Almeida, F., Jacob, S., Figueiredo, M., Vieira, C., & Carvalho, F. (2016). Diz-me como dormes: hábitos e problemas de sono em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar. *Nascer e Crescer, 25*(4), 211–216. https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v25.i4.10798

Loureiro, H., Pinto, T.R., Pinto, J.C., Pinto, H. R., &Paiva, T.(2013). *Perceções de hábitos de sono na família : estudo psicométrico do Children Sleep Habits Questionnaire e do Sleep Self Report para crianças portuguesas*. [Poster]. Conferência Internacional "Família e Psicologia, Contributos para a Investigação e Intervenção", Lisboa, Portugal. http://hdl.handle.net/10400.14/21254

Major, S. O. (2011). Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas [Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra] Repositório da Universidade de Coimbra. https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17774/5/Tese_Sofia%20Major.pdf

Marques, M. D., Clemente, V., & Pombo, A. (2021). Relations between children's chronotype and screen use in preschool and early school years: Sleep implications. In *Book of Abstracts of the 16th European Congress of Psychology*. EstudoGeral. https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/99339

Martins, A. (2020). *Estatística descritiva: Aplicações à saúde e ciências sociais* (2.ª ed.). Lidel.

Martins, R., Oliveira, L., & Ferreira, R. (2020). Behavioral insomnia in a pediatric sleep clinic: restrospective study. *Nascer e Crescer, 29*(1), 9–16. https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v29.i1.15081

Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. Harper.

Mendes, F.R.P. (2009). A Enfermagem Diante dos Amplos e Complexos Desafios Globais da Atualidade. *Cogitare Enfermagem,14*(1), 8-10. https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648974001.pdf

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, *23*(1), 12–28. https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006

Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.* Lidel.

Ministério da Saúde. (2024). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/942/40001/4020660/Pages/default.aspx

Moreno, T. (2024). O sono infantil e as novas tecnologias. *Lusíadas*. https://www.lusiadas.pt/blog/criancas/idade-escolar/sono-infantil-novas-tecnologias

Nakshine, V. S., Thute, P., Khatib, M. N., & Sarkar, B. (2022). Increased Screen Time as a Cause of Declining Physical, Psychological Health, and Sleep Patterns: A Literary Review. *Cureus*. https://doi.org/10.7759/cureus.30051

Nathanson, A. I., & Beyens, I. (2018). The Relation Between Use of Mobile Electronic Devices and Bedtime Resistance, Sleep Duration, and Daytime Sleepiness Among Preschoolers. *Behavioral sleep medicine*, *16*(2), 202–219. https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1188389

National Sleep Foundation. (2020). *Children and Sleep*. https://www.sleepfoundation.org/children-and-sleep

Neves, A. (2021). *O sono do meu bebé.* Ideias de Ler.

Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem o que é e o que não é.* Lusociência.

Nishi, S. S., & Silva, D. D. (2023). As consequências emocionais da exposição de telas digitais em crianças de 2 a 6 anos. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 9*(7), 157–173. https://doi.org/10.51891/rease.v9i7.10379

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas: A atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf

OECD. (2025). *How's Life for Children in the Digital Age?*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/0854b900-en.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). *Guia orientador de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Volume 1*)*. Ordem dos Enfermeiros.

Otsuka, Y., Kaneita, Y., Itani, O., Jike, M., Osaki, Y., Higuchi, S., Kanda, H., Kinjo, A., Kuwabara, Y., & Yoshimoto, H. (2020). Skipping breakfast, poor sleep quality, and Internet usage and their relation with unhappiness in Japanese adolescents. *PloS One*, *15*(7), e0235252. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235252

Pais, A.P.A. (2021). As crianças e os ecrãs: uma visão da saúde escolar [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6924/1/AnaPatriciaAlmeidaPais_RM.pdf

Parente, N. M., Costa A., E., Matos A.P., Duarte A. B., Freitas C., Mota D., Martins M. P. & Martins M. S. (2020). Utilização dos aparelhos digitais em crianças com idade entre os 12 meses e os 5 anos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar, 36*, 453-468. https//doi.org/10.32385/rpmgf.v36i6.12706

Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, B. A., Maski, K., Nichols, C., Quan, S. F., Rosen, C. L., Troester, M. M., & Wise, M. S. (2016). Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of Clinical Sleep Medicine : JCSM : Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine, 12*(6), 785–786. https://doi.org/10.5664/jcsm.5866

Paul, I. M., Savage, J. S., Anzman-Frasca, S., Marini, M. E., Mindell, J. A., & Birch, L. L. (2016). Insight Responsive Parenting Intervention and Infant Sleep. *Pediatrics, 138*(1). https://doi.org/10.1542/peds.2016-0762

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2015). *Health promotion in nursing practice*. (7ª ed.). Pearson Education.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6.ª ed.). Edições Sílabo.

Piaget, J. (1966). O nascimento da inteligência na criança (Á. Cabral, Trad.). Editora Guanabara. (Trabalho original publicado em 1936).

Ponte, M. C. M. D., Simões, J. A., Batista, S., Jorge, A. M. F. R., & Castro, T. S. (2017). *Crescendo entre ecrãs: Usos de meios eletrónicos por crianças (3-8 anos)*. ERC – Entidade Reguladora para a Comunicação Social. http://www.erc.pt/documentos/Crescendoentreecras/mobile/index.html#p=1

Ponti, M. (2023). Screen time and young children: Pediatric considerations during and after COVID-19. *Canadian Paediatric Society*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10186096/

PORDATA. (2024). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. Disponível em https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de

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, 31*(4), 256-264. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i4.11553

Sociedade Portuguesa de Neuropediatria [SPNP]. (2024). *Recomendações da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria para a utlização de ecrãs e tecnologia digital em idade pediátrica*. SPNP. https://neuropediatria.pt/recomendacoes-spnp-ecras-e-tecnologiadigital/

Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu. (2016). Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD). Jornal Oficial da União Europeia: L 119. https://eurlex.europa.eu/legalcontent/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:L:2016:119:FULL&from=EN

Regulamento n.º 348/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: 2ª Série, nº 118/2015. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/348-2015-67540266

Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, nº 135/2018. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, nº 26/2019. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf

Rocha, B., & Nunes, C. (2022). O uso de dispositivos eletrónicos por crianças dos 0 aos 5 anos de idade. *Revistamultidisciplinar;4*(1). DOI: https://doi.org/10.23882/MJ2268

Rodrigues, D., Gama, A., Machado-Rodrigues, A. M., Nogueira, H., Silva, M. G., Rosado-Marques, V., & Padez, C. (2020). Social inequalities in traditional and emerging screen devices among Portuguese

children: a cross-sectional study. *BMC public health*, *20*(1), 902. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09026-4

Schoch, S. F., Huber, R., Kohler, M., & Kurth, S. (2020). Which Are the Central Aspects of Infant Sleep? The Dynamics of Sleep Composites across Infancy. *Sensors, 20*(24), 7188. https://doi.org/10.3390/s20247188

Sepanas, E., Barros, J.P., Fidalgo, L., Lopes, S. & Mestre, T. (2024). *Norma para a elaboração de trabalhos académicos produzidos no IPBeja* (1ª Edição). Instituto Politécnico de Beja Editorial. ISBN: 978-989-9175-10-5. https://www.ipbeja.pt/UnidadesOrganicas/biblioteca/Documents/NormasTrabalhosAcademicos/NormasTrabalhosAcademicos_IPBeja.pdf6

Silva, F.G. (2011, Ago 20). CSHQ-PT PDF – versão Portuguesa do Children's Sleep Habits Questionnaire. Dormir e Crescer. https://www.dormirecrescer.com/2011/08/20/cshq-pt-pdf/

Silva, F. G., Silva, C. R., Braga, L. B., & Neto, A. S. (2013). Hábitos e problemas do sono dos dois aos dez anos: estudo populacional. *Acta Pediátrica Portuguesa, 44*(5), 196-202. https://doi.org/10.25754/pjp.2013.2898

Silva, F. (2014). Hábitos e Problemas do Sono das Crianças dos 2 aos 10 anos. [Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa] Repositório da Universidade Nova de Lisboa. https://run.unl.pt/bitstream/10362/14234/1/Silva%20Filipe%20TD%202014.pdf

Silva, F., & Cavalcante, L. (2015). Rotinas familiares de crianças com necessidades especiais em família adotiva. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 31(*2), 173-180. https://doi.org/10.1590/0102-37722015021920173180

Silva, E., Simões, P., Macedo, M., Duarte, J., & Silva, D. (2018). Perceção Parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. Revista de Enfermagem Referência, IV Série (17), 63–72. https://doi.org/10.12707/RIV17103

Soares, Â. (2010). *O Sono: Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas*. Lidel.

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados. 1–8. https://www.spp.pt/userfiles/file/noticias_2017/versao_profissionais_de_saude_recomendacoes_sps-spp_sesta_na_crianca.pdf

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública.* Lusodidacta.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde.* Ministério da Saúde.

Trindade, C. S. S., & Ramos, A. L. C. (2020). Influência dos programas de educação sobre o sono de crianças e adolescentes: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm., 33*, eAPE20190193.

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA]. (2023). *Perfil de Saúde 2022 do Baixo Alentejo*. https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2023/11/Perfil-de-Sa%C3%BAde-do-Baixo-Alentejo-2023.pdf

Valentim, P., & Bacatum, C. (2021). Implicações do uso das tecnologias da informação e comunicação no padrão de sono das crianças: Uma revisão de scoping. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem, 11*(34), 33–40. https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.33-40

Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm., 18*(3), 235-240.

Vilelas, J.M.S., Mendes, J.M., Jacinto, B.B., Correia, A.I.H.P., Apóstolo, J. M.A., & Pestana, V.L.F. (2023). *Guia Orientador De Boas Práticas: O Sono Na Criança e no Adolescente*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-70-7.

Werchan, D. M., Kim, J. S., & Gómez, R. L. (2021). A daytime nap combined with nighttime sleep promotes learning in toddlers. *Journal of Experimental Child Psychology, 202*, 105006. https://doi.org/10.1016/j.jecp.2020.105006

Wise J. (2023). Covid-19: WHO declares end of global health emergency. *BMJ (Clinical research ed.)*, *381*, 1041. https://doi.org/10.1136/bmj.p1041

World Health Organization [WHO]. (2019). *Diretrizes sobre atividade física, comportamento sedentário e sono para crianças com menos de 5 anos de idade.* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311664/9786500208764-por.pdf?sequence=61&isAllowed=y

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.* https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

Yang, L., Jiang, H., Ding, X., Liao, Z., Wei, M., Li, J., Wu, T., Li, C., & Fang, Y. (2022). Modulation of Sleep Architecture by Whole-Body Static Magnetic Exposure: A Study Based on EEG-Based

Automatic Sleep Staging. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(2). https://doi.org/10.3390/ijerph19020741

Zhou, N., Wang, H., Xu, Q., Liang, Y., & Gao, Y. (2024). Sleep quality mediates the relationship between screen exposure and behavioral outcomes in preschool-aged children: A cross-sectional study in Shanghai. *Frontiers in Psychology*, 15, 1290310. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1290310

ANEXOS

ANEXO A

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ULS
BAIXO ALENTEJO

EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO N.º 06/2024 DA COMISSÃO DE ÉTICA
HOMOLOGADA PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 20.06.2024 (Ata nº 25, Ponto 4.1)

Aos catorze dias do mês de junho de dois mil e vinte e quatro, pelas catorze horas, na Sala João Paradela do Departamento de Saúde Mental da ULSBA, EPE, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: [redacted] Gabinete da Qualidade, Segurança e Ambiente. Não puderam estar presente e justificaram a sua ausência [redacted] ---------- Foram tratados os seguintes assuntos: ---------- ««««**PONTO DEZANOVE – EDOC/2024/24742** – Projeto «Qualidade do Sono e Tempo de Exposição a Ecrãs nas crianças em idade Pré-Escolar Contributos da Saúde Escolar», a realizar por Patrícia de Jesus Rodrigues Canário e outros. --------- --- A Comissão de Ética não tem nada a opor e emite parecer favorável. ----------

Beja, 20 de junho 2024

A Presidente da Comissão de Ética

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES
Rua Dr. António Fernando Covas Lima
7801-849 Beja, Portugal
Tel: (+351) 284 310 300 - Fax: (+351) 284 322 747
geral@ulsba.min-saude.pt www.ulsba.pt
NIF: 508 754 273

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO AGRUPAMENTO ESCOLAR

DA

Direção do AECV <[redacted]>

Para: [redacted]

qua, 19/06/2024 11:19

Cc: Patricia Canário - ULSBA

Exma Senhora
Enfermeira [redacted]

Muito bom dia

Serve o presente para formalmente informar que o projeto "Qualidade do sono e tempo de exposição a ecrãs nas crianças em idade pré-escolar"" a desenvolver pela mestranda Patrícia Canário, no Agrupamento de Escolas [redacted] obteve parecer positivo, estando assim, autorizada a sua implementação.

Com os melhores cumprimentos
[redacted]
Diretora do AECV

ANEXO C

QUESTIONÁRIO 1- "AS CRIANÇAS E OS ECRÃS" DE PAIS (2021)

QUESTIONÁRIO Parte I- Caracterização sociodemográfica

1-Qual a idade da criança? _____anos

2-Qual o género da criança?

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

3-Qual o peso da criança? _____Kg

4-Qual a altura da criança? _____cm

5-Escola que frequenta a criança? _____

6- Qual o nível de ensino que a criança está a frequentar?

- ☐ Pré-escolar
- ☐ 1ºano
- ☐ 2ºano
- ☐ 3ºano
- ☐ 4ºano

7- Com quem vive a criança (pode assinalar mais do que uma opção)?

- ☐ Pai
- ☐ Mãe
- ☐ Pai e Mãe
- ☐ Irmãos
- ☐ Avós
- ☐ Outros. Quem_____

8-Estado civil dos pais da criança:

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado
- ☐ União de facto
- ☐ Divorciado
- ☐ Viúvo
- ☐ Outro. Qual? _____

9 - Qual a sua área de residência:

☐ **Aldeia** ☐ **Vila** ☐ **Cidade**

10 - Ocupação dos pais:

Profissão da mãe: _____

Profissão do pai: _____

11-Quais as habilitações literárias dos pais?

Mãe	Pai
□ 1º ciclo (1º - 4º ano)	□ 1º ciclo (1º - 4º ano)
□ 2º ciclo (5º e 6º ano)	□ 2º ciclo (5º e 6º ano)
□ 3º ciclo (7º - 9º ano)	□ 3º ciclo (7º - 9º ano)
□ Secundário (10º - 12º ano)	□ Secundário (10º - 12º ano)
□ Licenciatura	□ Licenciatura
□ Mestrado	□ Mestrado
□ Doutoramento	□ Doutoramento

Parte II- Hábitos

1-Em média, a criança dorme quantas horas por noite? _____horas

Habitualmente, durante a semana (dias de escola), a que horas se deita a criança? _____ horas _____ min.
Habitualmente, durante a semana (dias de escola), a que horas se levanta de manhã a criança? _____ horas _____ min.
Habitualmente, ao fim de semana, a que horas se deita a criança? _____ horas _____ min.
Habitualmente, ao fim de semana, a que horas se levanta a criança? _____ horas _____ min.

2-Considerando a última semana quanto tempo passou a criança nas seguintes atividades:

Atividade intelectual organizada (trabalhos de casa): _____horas
Atividade intelectual lúdica (ler, desenhar, pintar) _____horas
Jogos com atividade física (escondidas, corridas, saltos, dançar) _____horas
Jogos sem atividade física (jogos de tabuleiro, cartas, legos...) _____horas
Atividade física no exterior da habitação _____horas

3-No quarto da criança existe?

- □ Televisão
- □ Smartphone
- □ Tablet
- □ Computador
- □ Outros aparelhos eletrónicos? Quais _____
- □ Nenhum dos anteriores

4-Qual (ais) das seguintes tecnologias têm no vosso lar e como as utilizam?

	Não temos	Temos e só os pais é que usam	Temos e todos usam, mas separadamente	Temos e todos usam em conjunto	Temos e só as crianças é que usam	Temos aparelhos diferentes para pais e crianças
Computador						
Internet						
Consolas						
Smartphone						
Tablet						
Televisão						
Outro. Qual? __						

5- Qual o tempo que a criança passa por dia em cada uma das tecnologias durante a semana (fora do horário escolar)?

	Nenhum	Menos de 1 hora	Entre 1 e 2 horas	Entre 2 e 3 horas	Mais de 3 horas
Televisão					
Tablet					
Smartphone					
Consolas					
Computador					

6-Qual o tempo que a criança passa por dia em cada uma das tecnologias ao fim de semana?

	Nenhum	Menos de 1 hora	Entre 1 e 2 horas	Entre 2 e 3 horas	Mais de 3 horas
Televisão					
Tablet					
Smartphone					
Consolas					
Computador					

7- Com que frequência é que os pais usam as tecnologias digitais em casa?

- ☐ Usam pouco (algumas vezes por semana)
- ☐ Usam de forma moderada (diariamente)
- ☐ Usam com muita frequência (várias vezes por dia)

8- Com que finalidade os pais utilizam a tecnologia digital no lar?

- ☐ Para trabalhar
- ☐ Para entretenimento
- ☐ Para se manter informado
- ☐ Para se manter em contacto com familiares ou amigos
- ☐ Outros. Qual(ais)?_____

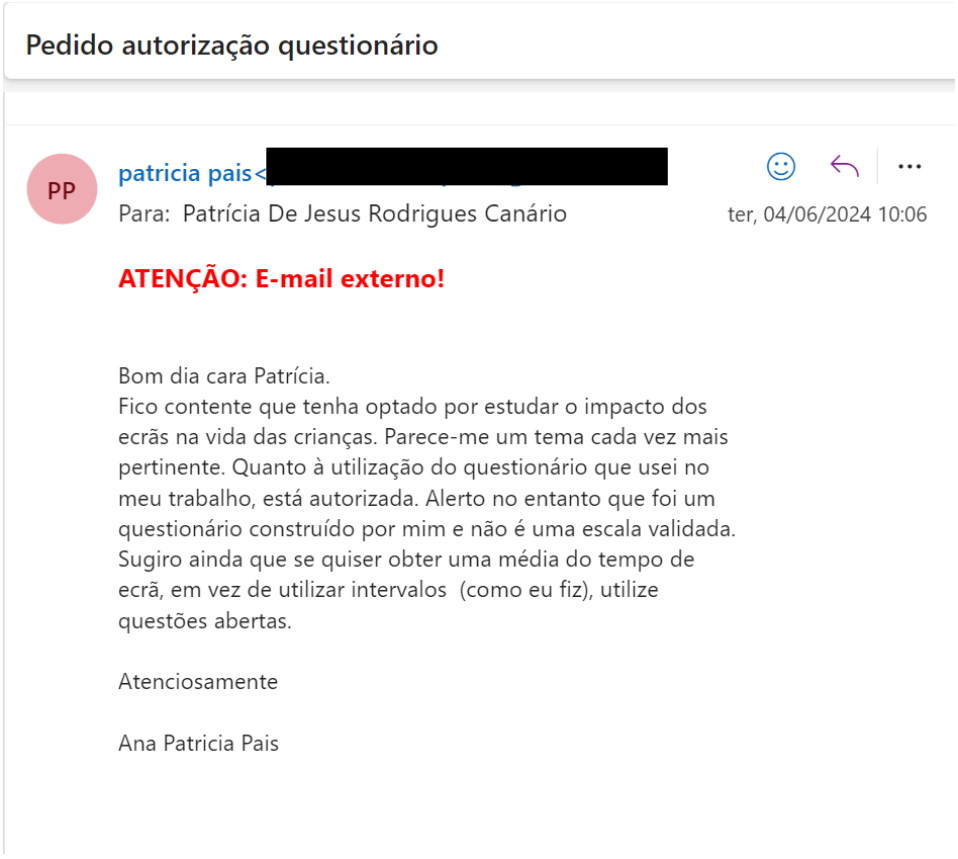
9-Qual o papel que os pais desempenham relativamente à utilização que o filho faz das tecnologias digitais?

- ☐ Controlam o tempo de utilização
- ☐ Controlam os conteúdos (a criança tem de pedir autorização para instalar aplicações ou ver vídeos)
- ☐ Supervisionar as atividades da criança e intervir se algo parecer inadequado
- ☐ Acompanhar a criança na maior parte das atividades digitais
- ☐ Ensinar a criança a utilizar estes dispositivos
- ☐ Limitar o tempo destas atividades quando quer disciplinar o seu filho
- ☐ Outro. Qual (ais)?_____

Obrigado pela sua participação!

ANEXO D

AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DO QUESTIONÁRIO 1



Pedido autorização questionário

PP

patricia pais<[redacted]

Para: Patrícia De Jesus Rodrigues Canário

ter, 04/06/2024 10:06

ATENÇÃO: E-mail externo!

Bom dia cara Patrícia.
Fico contente que tenha optado por estudar o impacto dos ecrãs na vida das crianças. Parece-me um tema cada vez mais pertinente. Quanto à utilização do questionário que usei no meu trabalho, está autorizada. Alerto no entanto que foi um questionário construído por mim e não é uma escala validada. Sugiro ainda que se quiser obter uma média do tempo de ecrã, em vez de utilizar intervalos (como eu fiz), utilize questões abertas.

Atenciosamente

Ana Patricia Pais

ANEXO E

QUESTIONÁRIO 2- CSHQ DE SILVA (2011)

Questionário de Hábitos de Sono das Crianças

Adaptado do *Children's Sleep Habits Questionnaire*, Prof. Owens, 2000‡

Versão abreviada

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

Código de Identificação _____

Data de nascimento: __/__/____ Sexo: Masculino☐ Feminino☐ Data atual: __/__/____

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

As afirmações seguintes dizem respeito aos hábitos de sono da criança e possíveis problemas com o sono. Para responder às questões, pense no que aconteceu na semana passada. Se o sono foi diferente do habitual nessa semana por alguma razão (por ter uma otite ou porque a televisão avariou, por exemplo), pense noutra semana recente que considere mais normal. Nas perguntas de escolha múltipla, coloque uma cruz na coluna mais apropriada:
- HABITUALMENTE: se o comportamento descrito ocorre 5 ou mais vezes durante a semana
- ÀS VEZES: se o comportamento ocorre 2 a 4 vezes durante a semana
- RARAMENTE: se o comportamento ocorre apenas 1 vez durante a semana ou nunca acontece

HORA DE DEITAR			
Durante a semana: ___ horas e ___ minutos No fim de semana: ___ horas e ___ minutos			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
Deita-se sempre à mesma hora (R)(1)			
Depois de se deitar, demora até 20 minutos a adormecer (R)(2)			
Adormece sozinha na sua própria cama (R)(3)			
Adormece na cama dos pais ou dos irmãos (4)			
Precisa de um dos pais no quarto para adormecer (5)			
"Luta" na hora de deitar (chora, recusa-se a ficar na cama, etc.) (6)			
Tem medo de dormir no escuro (7)			
Tem medo de dormir sozinha (8)			
Adormece a ver televisão/ecrã			

COMPORTAMENTO DURANTE O SONO			
Tempo total de sono diário: ___ horas e ___ minutos (considerando o sono da noite e as sestas)			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
Dorme pouco (9)			
Dorme o que é necessário (R)(10)			
Dorme o mesmo número de horas todos os dias (R)(11)			
Molha a cama à noite (crianças com 4 ou mais anos) (12)			
Fala a dormir (13)			
Tem sono agitado, mexe-se muito a dormir (14)			
Anda a dormir, à noite (sonambulismo) (15)			
Vai para a cama dos pais, irmãos, etc, a meio da noite (16)			

‡ Tradução e adaptação por Filipe Silva. Validado para crianças dos 2 aos 10 anos. dormirecrescer.blogspot.com

COMPORTAMENTO DURANTE O SONO (cont...)			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
Range os dentes durante o sono (17)			
Ressona alto (18)			
Parece parar de respirar durante o sono (19)			
Ronca ou tem dificuldade em respirar durante o sono (20)			
Tem dificuldade em dormir fora de casa (na casa de familiares, nas férias, etc.) (21)			
Acorda durante a noite a gritar, a suar, inconsolável (22)			
Acorda assustada com pesadelos (23)			

ACORDAR DURANTE A NOITE			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
Acorda uma vez durante a noite (24)			
Acorda mais de uma vez durante a noite (25)			

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

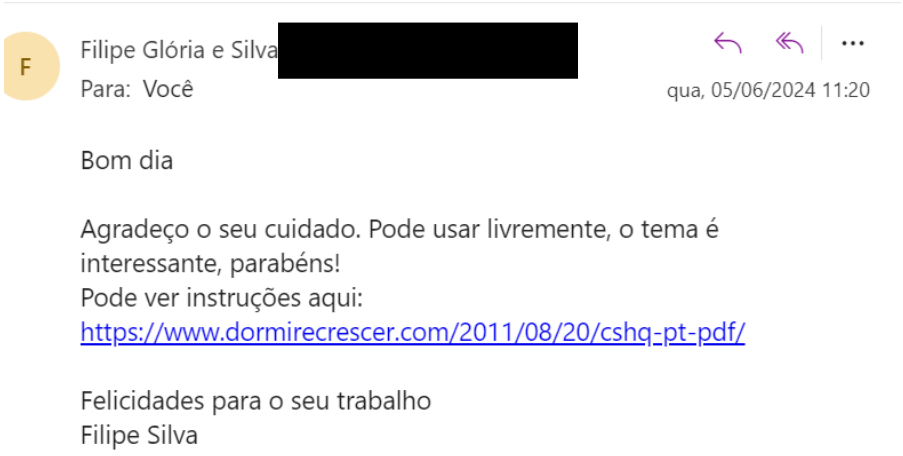
ACORDAR DE MANHÃ			
Hora de acordar nos dias de semana: ___ horas e ___ minutos Hora de acordar no fim de semana: ___ horas e ___ minutos			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
De manhã, acorda por si própria (R)(26)			
Acorda mal-humorada (27)			
De manhã, é acordada pelos pais ou irmãos (28)			
Tem dificuldade em sair da cama de manhã (29)			
Demora a ficar bem acordada (30)			
SONOLÊNCIA DURANTE O DIA			
Parece cansada (31)			

Na semana passada, a criança pareceu sonolenta em alguma destas situações?	Não ficou sonolenta	Ficou muito sonolenta	Adormeceu
A ver televisão (32)			
A andar de carro (33)			

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO F

AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DO QUESTIONÁRIO 2



F

Filipe Glória e Silva [redacted]

Para: Você

qua, 05/06/2024 11:20

Bom dia

Agradeço o seu cuidado. Pode usar livremente, o tema é interessante, parabéns!
Pode ver instruções aqui:
https://www.dormirecrescer.com/2011/08/20/cshq-pt-pdf/

Felicidades para o seu trabalho
Filipe Silva

APÊNDICES

APÊNDICE A

CILE



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO para participar no projeto '' Qualidade do sono e tempo de exposição a ecrãs nas crianças em idade pré-escolar: contributos da saúde escolar''.

Caro Encarregado de Educação,

O meu nome é Patrícia De Jesus Rodrigues Canário, sou enfermeira sob a cédula [redacted], e atualmente frequento o 8º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, pelas instituições Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Universidade do Algarve- Escola Superior de Saúde. No presente Curso encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção comunitária, no âmbito da promoção da saúde em crianças, que apresenta como objetivo geral promover a higiene do sono e o uso adequado dos ecrãs nas crianças em idade pré-escola[redacted]o ano letivo 2024/2025. Este estudo desenvolve-se sob a supervisão clínica da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, [redacted]A) e a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, [redacted]s (Enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade [redacted] ainda pela orientação pedagógica da Professora Teresa Dionísio Mestre, docente do Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde.

Título do Projeto: Qualidade do sono e tempo de exposição a ecrãs nas crianças em idade pré-escolar: contributos da saúde escolar.

Enquadramento: A globalização transformou a vida e todos nós de uma forma positiva. As tecnologias trouxeram-nos inovação e o contacto com elas é cada vez mais precoce. Nas últimas décadas ocorreu um aumento da disponibilidade de dispositivos de ecrãs e consequentemente um aumento da sua utilização por crianças

e jovens. Atualmente o aumento da exposição das crianças a estes ecrãs é preocupante. Este aumento da exposição levanta preocupação sobre as possíveis consequências prejudiciais que daí possam advir, tais como a alteração dos padrões de sono.

A infância caracteriza-se por um grande número de mudanças no crescimento neuromotor. Assim, o descanso físico e recuperação de energia são de extrema importância, devido ao seu impacto no crescimento e desenvolvimento infantil. O sono é definido como um processo reparador e uma necessidade básica e vital do organismo, sendo crucial para o crescimento saudável e desenvolvimento físico, cognitivo e comportamental das crianças.

Explicação do estudo: A temática do projeto de intervenção comunitária incide nos hábitos de sono e tempo de exposição a ecrãs das crianças em idade pré-escolar, assim numa primeira fase de diagnóstico de situação, pretendo conhecer os hábitos de sono e o tempo de exposição a ecrãs do Vosso educando, solicitando assim, a Vossa colaboração de forma voluntária no preenchimento de dois questionários dirigidos a vós, mas referente ao seu educando. Solicito também a Vossa autorização para que o seu educando participe durante o presente ano letivo em atividades lúdicas preparadas para o mesmo. O tempo de preenchimento dos questionários é de cerca de 30 minutos.

Condições: No sentido de obtenção de resultados válidos, solicita-se que responda a todas as perguntas. Não existem respostas certas ou erradas, apenas se pretende o máximo de honestidade e rigor. A sua participação não tem compensação financeira, sendo de carácter voluntário. Caso não tenha interesse em participar, não acarreta nenhum prejuízo. Está livre de desistir a qualquer momento, sem que isso o prejudique.

Confidencialidade e anonimato: Não haverá quaisquer riscos na sua participação. Todas as informações serão tratadas de forma a guardar sigilo, confidencialidade, protegendo a sua identidade (anonimato) e os pressupostos éticos e morais intrínsecos à investigação. A recolha de dados destina-se apenas a finalidade~~s~~ académicas. Garantimos a confidencialidade dos dados, pois em nenhum momento será referido o seu nome/educando ou qualquer dado que o possa identificar. Os dados recolhidos podem vir a ser utilizados em publicações científicas, mas sempre protegendo a identidade dos participantes.

Os questionários serão codificados, sendo armazenados de forma segura em computador, disco externo com código de acesso, até ao momento da discussão pública do trabalho final da mestranda. Findo o período de armazenamento a sua

esclarecimentos relacionados com o tratamento dos seus dados poderá contactar o Encarregado para a Proteção de Dados da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.

Solicita-se que, no final do preenchimento do questionário o coloque no envelope, selá-lo e proceder à sua devolução a quem lho entregou.

Se considerar que algo não está devidamente clarificado, não hesite em solicitar mais informações através do email [redacted] ou do contacto telefónico [redacted]

Declaro que foi prestada toda a informação adequada para a realização deste estudo.

A investigadora principal:

Patrícia de Jesus Rodrigues Canário,

_____

Data: ___/ ___/ ____

Eu_____, Encarregado de Educação do Educando,_____, declaro ter lido e compreendido este documento relativo ao projeto "Qualidade do sono e tempo de exposição a ecrãs nas crianças em idade pré-escolar: contributos da saúde escolar" e que me foram dadas explicações sobre os objetivos, bem como a garantia de confidencialidade e possibilidade de abandonar o estudo, se assim o desejar. Desta forma, aceito participar no projeto e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura:

_____

Data:_____

Muito obrigada e grata pela colaboração!

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 3 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO, SENDO ASSINADO EM AMBOS PELA ENFERMEIRA E PELO PARTICIPANTE.

APÊNDICE B

OFICINA "*OFFLINE* PARA BEM DORMIR E BEM CRESCER"

OFICINA - "OFFLINE PARA BEM DORMIR E BEM CRESCER"

TEMA	FORMADOR	PÚBLICO-ALVO	DATA
A história da Maria e do Tomás	Enfermeira Mestranda Patrícia Canário	Alunos pré-escolar	Janeiro 2025

		DURAÇÃO
OBJETIVOS	Apresentar o sono como uma necessidade biológica essencial à manutenção da vida e da saúde e impacto da exposição excessiva a ecrãs.	30 minutos
TÓPICOS ABORDADOS	-O que é o sono? -Porque é importante dormir? -O que acontece quando não dormimos o suficiente? -O que acontece quando temos uma exposição excessiva a ecrãs? -O que nos ajuda a dormir melhor? -O que não nos ajuda a dormir?	
MATERIAIS UTILIZADOS	-Livro de Histórias: "A história da Maria e do Tomás"; -Jogo "Offline para Bem Dormir e Bem Crescer"; -Autocolantes "Offline para Bem Dormir e Bem Crescer".	
ATIVIDADES REALIZADAS	Leitura e interpretação da história através do jogo com questões sobre o sono e a exposição a ecrãs.	
AVALIAÇÃO	Realização do jogo "Offline Para Bem Dormir e Bem Crescer". -Que pelo menos 70 % das crianças identifiquem no jogo "Offline para Bem Dormir e Bem Crescer" o tempo de exposição a ecrãs excessivos como um obstáculo ao sono de qualidade. -Que pelo menos 70 % das crianças identifiquem no jogo "Offline para Bem Dormir e Bem Crescer" um hábito saudável para a promoção do sono. -Que pelo menos 70 % das crianças identifiquem no jogo "Offline para Bem Dormir e Bem Crescer" os jogos de tabuleiro/legos/etc… como preferência nas brincadeiras do dia-a-dia.	

APÊNDICE C

JOGO "*OFFLINE* PARA DORMIR E BEM CRESCER"


OFFLINE PARA BEM DORMIR E BEM CRESCER
ESCOLHE:
O QUE ME IMPEDE DE DORMIR
HARIBO
O QUE ME AJUDA A

APÊNDICE D

"GUIA DO SONO PARA PAIS"

OFFLINE PARA BEM DORMIR E BEM CRESCER

-GUIA DO SONO PARA PAIS-

QUALIDADE DE SONO E O TEMPO DE EXPOSIÇÃO A ECRÃS:
Contributos da Saúde Escolar em Crianças em Idade Pré-escolar



Enfermeira Patrícia Canário

FICHA TÉCNICA

Autor: Enfermeira Patrícia Canário

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.



Orientação científica e pedagógica: Professora Doutora Teresa Mestre

Orientação clínica: [redacted]

Enfermagem Comunitária

Parceria:

SOMINCOR – Sociedade Mineira de Neves-Corvo S.A

SOMINCOR lundin mining

[redacted]

APÊNDICE E

LOGOTIPO DO PROJETO


Offline para Bem Dormir e Bem Crescer

APÊNDICE F

AUTOCOLANTE "*OFFLINE* PARA BEM DORMIR E BEM CRESCER "


OFFLINE PARA BEM DORMIR E BEM CRESCER
Eu quero dormir bem!

APÊNDICE G

FLYER DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

QUALIDADE DO SONO E TEMPO DE EXPOSIÇÃO A ECRÃS: CONTRIBUTOS DA SAÚDE ESCOLAR NAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

'OFFLINE PARA BEM DORMIR E BEM CRESCER'

Questionários aplicados a 71 participantes, com idades compreendidas entre os 3 e os 7 anos, sendo que a maioria (31%) tinha 4 anos.

Sexo da amostra:

♀ 48% ♂ 52%

A amostra engloba crianças a frequentar 4 escolas do [redacted] a maioria a frequenta a educação pré-escolar (n=69), apenas 2 crianças (3%) frequentam o primeiro ano do ensino básico.

Resultados:

- No que se refere à presença e utilização de tecnologias digitais no lar, constatou-se que a televisão é a tecnologia dominante, sendo que 63,3% dos encarregados de educação referem utilizá-la em conjunto com as crianças.
- Quanto à existência de meios digitais no quarto, verificou-se que 51% das crianças apresenta algum tipo de dispositivo no quarto.
- O tablet aparece como o dispositivo mais utilizado pelas crianças, sendo que 21,12% dos pais afirmam que possuem, mas só as crianças o utilizam.



Sabe quantas horas por dia o seu filho é exposto a ecrãs?

- A maioria das crianças passam mais de uma hora por dia expostas aos ecrãs.
- Apurou-se que no ecrã da televisão 70% das crianças com menos de 5 anos e 5% das crianças com 5 ou mais anos passam, durante a semana, mais do que o tempo recomendado em frente ao ecrã da televisão por dia.



Sabe quantas horas por dia dorme o seu filho?

- No que diz respeito aos hábitos de sono das crianças, em média, as crianças dormem 9:58 horas por dia.
- A aplicação do questionário *Children´s Sleep Habits Questionnaire* permite realizar o rastreio de perturbação do sono, e este deve ser considerado positivo para cotações iguais ou superiores a 48. Verificou-se que a média da cotação total da amostra foi de 47,64. Cerca de 59,15% apresentou cotações abaixo de 48 e 40,85% apresentou cotações superiores a 49, indicativo de perturbações do sono.
- Na amostra estudada, 32,4% das crianças raramente adormecem sozinhas.
- 49,3% das crianças da amostra têm sono agitado.
- Apenas 20% dos encarregados de educação tem perceção de que a criança tem algum problema com o sono.

Problemas identificados:

- **Horas de sono diminuídas;**
- **Tempo de exposição a ecrãs excessivo;**
- **Diminuição da qualidade de sono;**

?

Enfermeira mestranda: Patrícia Canário

Enfermeira orientadora: [redacted]

Professora orientadora: Teresa Mestre

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

APÊNDICE H

"A HISTÓRIA DA MARIA E DO TOMÁS"





Ficha técnica

Autora: Patrícia Canário

Este projeto foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em enfermagem comunitária e saúde pública.

Orientação científica e pedagógica: Professora Doutora Teresa Mestre

Orientação clínica: [redacted] especialista em Enfermagem Comunitária

[redacted]

APÊNDICE I

FLYER AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES

QUALIDADE DO SONO E TEMPO DE EXPOSIÇÃO A ECRÃS: CONTRIBUTOS DA SAÚDE ESCOLAR NAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

'OFFLINE PARA BEM DORMIR E BEM CRESCER'

Aplicação dos questionário:

Questionários aplicados a 71 pais/ encarregados de educação de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 7 anos, a frequentar a educação pré-escolar.

Resultados:

Exposição a ecrãs



- A maioria das crianças passam mais de uma hora por dia expostas aos ecrãs.
- Apurou-se que no ecrã da televisão 70% das crianças com menos de 5 anos e 5% das crianças com 5 ou mais anos passam, durante a semana, mais do que o tempo recomendado em frente ao ecrã da televisão por dia.

Sono



- No que diz respeito aos hábitos de sono das crianças, em média, as crianças dormem 9:58 horas por dia.
- A aplicação do questionário *Children´s Sleep Habits Questionnaire* permite realizar o rastreio de perturbação do sono, e este deve ser considerado positivo para cotações iguais ou superiores a 48. Verificou-se que a média da cotação total da amostra foi de 47,64. Cerca de 40,85% apresentou cotações superiores a 49, indicativo de perturbações do sono.
- Na amostra estudada, 32,4% das crianças raramente adormecem sozinhas.
- 49,3% das crianças da amostra têm sono agitado.
- Apenas 20% dos encarregados de educação tem perceção de que a criança tem algum problema com o sono.

Problemas identificados:

- Horas de sono diminuídas;
- Tempo de exposição a ecrãs excessivo;
- Diminuição da qualidade de sono;

Intervenções:



- Realizaram no total 7 sessões de educação para a saúde sob a forma de oficinas nas turmas de educação pré-escolar, com a participação de 140 crianças;



- Construção do ''Guia do Sono para Pais'', que foi entregue os pais/encarregados de educação.

A nossa perceção:

- As crianças participaram nas oficinas de forma ativa;
- As crianças identificaram a temática como importante no seu dia-a-dia;
- A maioria das crianças identificou as consequências positivas e negativas do uso dos ecrãs.

Enfermeira mestranda: Patrícia Canário

Enfermeira orientadora: [redacted]

Professora orientadora: Teresa Mestre

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

APÊNDICE K

CERTIFICADO APRESENTAÇÃO DO POSTER NO 1º ENCONTRO DE UNIDADES NA COMUNIDADE DO ALENTEJO CENTRAL


UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALENTEJO CENTRAL
1º ENCONTRO
UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO ALENTEJO CENTRAL
Cuidados de Proximidade e em Rede
CERTIFICADO
Certifica-se que
Patrícia Canário
participou no 1º Encontro de Unidades de Cuidados na Comunidade do Alentejo Central: Cuidados de Proximidade e em Rede, que decorreu dia 20 de setembro de 2024, no Auditório Municipal de Reguengos de Monsaraz, com a duração de 9 horas, organizado pela Unidade de Cuidados na Comunidade ALMOREG, da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, tendo ganho uma Menção Honrosa com o Poster" Qualidade do Sono e Tempo de Exposição a Ecrãs nas Crianças em Idade Pré-Escolar: Contributos da Saúde Escolar
Susana Capucho
Apoios
NUTRICIA
barral
REGUENGOS
maurão
CARMIM
ESPORÃO
DELTA

APÊNDICE L

FORMAÇÃO AOS PROFISSIONAIS DA UCC


MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO
A QUALIDADE DO SONO E A EXPOSIÇÃO A ECRÃS NAS CRIANÇAS
Enfermeira Mestranda: Patrícia Canário

APÊNDICE M

TRÍPTICOS E OUTROS MATERIAIS

O TABACO

O tabaco agrava a pobreza e as desigualdades em saúde. Cerca de 80% dos consumidores de tabaco vivem em países de baixo rendimento económico.

Em Portugal, fumar diariamente um maço de tabaco corresponde a cerca de 20% do salário mínimo nacional.

SABIAS QUE ?

A produção de tabaco lesa o ambiente e contribui para as alterações climáticas.

Sabe-se que a maioria dos adultos fumadores começou a fumar durante a adolescência.

VAMOS CONTRARIAR ESTA MÉDIA!

Em Portugal o primeiro cigarro foi fumado, em média entre os 15 e os 16 anos.



ESTÁ NAS TUAS MÃOS!

Elaborado por:
Enfermeira Patrícia Canário

Referências bibliográficas:

Dieguez, J. & Luís, V. (2023) MANUAL DE IMPLEMENTAÇÃO E-STOPS. ESCOLAS SEM TABACO OLHAR A PROMOÇÃO DA SAÚDE. PROJETO DE PREVENÇÃO DO TABAGISMO NA ESCOLA.

PREVENÇÃO DO TABAGISMO



SABIAS QUE EM PORTUGAL MORREM ANUALMENTE 13.500 PESSOAS POR DOENÇAS ATRIBUÍVEIS AO TABACO?

Queres pertencer a este número?
A tua resposta deve ser NÃO! Não faças parte desta estatística.

PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O consumo de tabaco constitui um dos mais importantes problemas globais de saúde pública. Para além do seu impacto como uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte prematura, impõe enormes custos sociais e económicos a toda a sociedade.

O TABACO E O CANCRO

O fumo do tabaco contém mais de 7000 químicos, dos quais cerca de 70 cancerígenos. O risco de cancro aumenta com o número de anos de consumo e a quantidade de tabaco fumado diariamente.

- Neoplasias;
- Doenças cérebro-cardiovasculares;
- Doença respiratória crónica;
- Diabetes tipo 2;

É A TUA SAÚDE QUE ESTÁ EM JOGO!

Quanto mais precoce for a iniciação do consumo, maior o risco de desenvolvimento futuro de doenças degenerativas e de morte prematura!

O tabaco contribui para a disfunção erétil.

† R.I.P

Cerca de metade das pessoas fumadoras morrem prematuramente, perdendo em média 10 a 14 anos de expectativa de vida.

O TABACO É CARO, POUPA O TEU DINHEIRO E A TUA SAÚDE!

Cozinha:

- Não deixe as crianças sozinhas na cozinha;
- Não deixe tachos e panelas ao lume sem ninguém estar na cozinha e tenha cuidado com líquidos quentes;
- Certifique-se que desliga os bicos do fogão quando acaba de cozinhar;
- Vire os cabos das frigideiras para o interior do fogão;
- Guarde fósforos e isqueiros em locais seguros, fora do alcance das crianças;
- Tenha cuidado ao utilizar o gás do fogão, se cheirar a gás desligue a botija e abra as janelas para arejar a casa;
- Mantenha as crianças afastadas do forno devido ao risco de queimaduras;
- Guarde os pequenos eletrodomésticos em armários altos ou com portas fechadas, porque aparelhos ao alcance das crianças podem ser facilmente puxados e os fios podem causar acidentes fatais como enforcamento;

Piscinas

- Nunca deixe a criança sozinha perto de uma piscina;
- Esteja atento às brincadeiras das crianças na água;
- Coloque braçadeiras ou coletes às crianças que não sabem nadar mesmo que estejam apenas junto à piscina, pois podem escorregar;
- Se tem piscina em casa coloque uma tela de proteção ou uma vedação à volta dela;

Não se esqueça!

A PREVENÇÃO É A MELHOR FORMA DE EVITAR ACIDENTES.

EM CASO DE ACIDENTE

LIGUE 112



Elaborado por:
Enfª Patrícia Canário
2024

Referências Bibliográficas:
Henriques, F. (2018). Segurança Infantil. Apsi.org.pt. https://www.apsi.org.pt/pt/seguranca-infantil

PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS



Sabia que os acidentes são a maior causa de morte de crianças e jovens em Portugal?

Conheça aqui os principais perigos e o que fazer.

PRINCIPAIS CAUSAS

A maioria dos acidentes deve-se a faltas de atenção por parte dos adultos e menosprezo por riscos comuns, bastam alguns segundos de distração para que os acidentes aconteçam.

QUEDAS

CORTES

INTOXICAÇÕES

QUEIMADURAS



A PREVENÇÃO É A MELHOR PROTEÇÃO!

MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS

Observe a sua casa e prepare o ambiente para que a(s) sua(s) criança(s) o possa explorar em segurança.

Escadas:

- Devem ter corrimão de apoio e o piso não deve ser escorregadio;
- Coloque proteções e barreiras em todos os acessos às escadas;
- Não se esqueça de fechar as proteções e as barreiras de acesso às escadas depois de passar;



Janelas e varandas:

- Coloque grades ou redes de proteção em todas as janelas e varandas;

Eletricidade e tomadas:

- As tomadas devem ter ligação à terra;
- Instale protetores nas tomadas para evitar choques;



Armas

- Não tenha armas em casa. Se tiver, guarde-as fora do alcance das crianças e não as tenha carregadas;
- Nunca deixe as munições junto à arma;

Produtos de limpeza e outros tóxicos:

- Guarde estes produtos fora do alcance das crianças. Existem fechos que impedem a abertura de armários e gavetas da cozinha;
- Nunca coloque detergentes, lixívia, inseticidas ou pesticidas em garrafas de água/refrigerantes de plástico já usadas;

Medicamentos:

- Devem ser guardados em lugares altos, de preferência em armários, ou em caixas bem fechadas;
- Não tome nem dê medicamentos sem prescrição ou orientação médica;
- Não tome os seus medicamentos em frente das crianças, pois elas tendem a imitá-lo;

Objetos pontiagudos ou cortantes:

- Mantenha objetos como facas, tesouras e chaves de fendas, entre outros, fora do alcance das crianças;
- Não manipule objetos cortantes na presença de crianças;

O QUE SÃO MÉTODOS CONTRACETIVOS?

Os métodos contracetivos são recursos utilizados para evitar uma gravidez indesejada e, alguns deles, também oferecem proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

É IMPORTANTE CONHECER AS OPÇÕES DISPONÍVEIS PARA FAZER ESCOLHAS SEGURAS PARA A TUA SAÚDE SEXUAL.

REMEMBER

LEMBRA-TE!
A ESCOLHA DO MÉTODO CONTRACEPTIVO É PESSOAL E DEVE SER FEITA COM ORIENTAÇÃO MÉDICA. PROTEJE-TE SEMPRE E CUIDA DA TUA SAÚDE SEXUAL!

A EQUIPA DE ENFERMGAEM ESTÁ AO TEU DISPOR PARA ESCLARECER QUALQUER DÚVIDA.

ELABORADO POR: ENFº PATRÍCIA CAMÁRIO

Referências Bibliográficas:
Serviço Nacional de Saúde.(2023). Contraceção. Serviço Nacional de Saúde. https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-sexual-e-reprodutiva/contraceccao/



MÉTODOS CONTRACETIVOS

PRESERVATIVO

O único método que protege contra DSTs e gravidez ao mesmo tempo!

O preservativo reduz em 95% o risco de transmissão de doenças quando usado corretamente.

Tipos de Preservativos:
-Femininos
-Masculinos

Como usar corretamente:

1. Verifica a data de validade e o estado da embalagem.
2. Abre a embalagem com cuidado.
3. Coloca com o pênis ereto, antes de qualquer contato.
4. Aperta a ponta para retirar o ar.
5. Após a relação, retira com o pênis ainda ereto.

HORMONAIS

Pílulas, adesivos, anel, injeções e implantes que previnem a gravidez.

PÍLULA

VANTAGENS:

- Contracepção confiável
- Regulação menstrual
- Melhora da pele
- Não afeta a fertilidade
- Não interfere na relação sexual
- Fácil acesso

SABIAS QUE?

A pílula e o preservativo são disponibilizados gratuitamente no Centro de Saúde.

DIU

Dispositivo intrauterino que oferece proteção de longa duração contra a gravidez.

O ANEL VAGINAL

O anel vaginal é um método contraceptivo hormonal que consiste num anel flexível, inserido na vagina, que liberta hormonas para a corrente sanguínea, prevenindo a gravidez

ADESIVO

É um método contracetivo que liberta hormonas na corrente sanguínea. É um método eficaz e prático que pode ser usado por mulheres que não querem tomar a pílula diariamente.

CONVULSÃO

O que é uma convulsão?

Uma convulsão caracteriza-se pela atividade elétrica anormal do cérebro.

Sintomas:

- Movimentos repetitivos e involuntários dos braços e pernas;
- Rigidez do corpo;
- Olhos a rolar (revolução ocular);
- Desmaio (perda de conhecimento);
- Ausência de resposta aos estímulos externos (vozes ou ao tato);
- Lábios roxos (cianose labial);
- Perda de controlo do esfincter urinário;

O que fazer ?

1. Se conseguir, ampare a criança na queda e deite-a no chão;
2. Afaste todos os objetos que estejam em redor da criança, evitando que esta se magoe;
3. Não abandone a criança, grite por ajuda;
4. Proteja a cabeça da criança: coloque almofadas, toalhas enroladas, cobertores ou, em último caso, estabilize a cabeça com as suas mãos para que esta não embata contra algo;
5. Não coloque objetos ou as suas mãos na boca da criança;
6. Desaperte a roupa apertada;
7. Coloque a criança em Posição Lateral de Segurança, assim que parar de tremer;
8. Dispa a criança e administre o Stesolid®(Diazepam) por via retal;
9. Ligue 112;
10. Anote a hora da convulsão, duração e hora de administração do Stesolid.

Posição lateral de segurança :



Após a convulsão deve:

- Avisar os pais da criança;
- Não abandone a criança;
- Vigie a criança sempre até à chegada da equipa de emergência;
- Verifique constantemente se a criança está a respirar;

Referências bibliográficas:
Crise Convulsiva. (2017). INEM. https://www.inem.pt/2017/05/29/crise-convulsiva/

Elaborado por: Enfº Patrícia canário

APÊNDICE N

CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO *WEBINARES*

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

PATRÍCIA DE JESUS RODRIGUES CANÁRIO

membro [redacted] desta Ordem, participou no(a) "**Webinar - Sono na criança/jovem! Vamos continuar a dormir sobre o assunto?**", realizado **no dia 19 de Março de 2024**, com duração total de **3 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 19 de Março de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,40** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atvidades Formativas.

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

PATRÍCIA DE JESUS RODRIGUES CANÁRIO

membro [redacted] desta Ordem, participou no(a) "**Enfermagem às Quintas - A importância dos limites no desenvolvimento infantil**", realizado **no dia 9 de Maio de 2024**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events".**

Porto, 9 de Maio de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

PATRÍCIA DE JESUS RODRIGUES CANÁRIO

membro [redacted] desta Ordem, participou no(a) "**Webinar - O exercício profissional de Enfermagem em Saúde Escolar: Das práticas à regulamentação**", realizado **no dia 6 de Junho de 2024**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 6 de Junho de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atvidades Formativas.

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

PATRÍCIA DE JESUS RODRIGUES CANÁRIO

membro [redacted] desta Ordem, participou no(a) "**Enfermagem às Quintas - Saúde Escolar: da reflexão à prática**", realizado **no dia 13 de Junho de 2024**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 13 de Junho de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.