



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto  
Politécnico  
Portalegre

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**IPS** Instituto  
Politécnico de Setúbal

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Bom Sono +Saúde: Promoção de hábitos saudáveis de sono nos adolescentes.**

**Maria Manuela dos Santos Pires da Cruz**

Orientação: Maria Vitória Casas Novas

**Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública**

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto  
Politécnico  
Portalegre

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**IPS** Instituto  
Politécnico de Setúbal

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Bom Sono +Saúde: Promoção de hábitos saudáveis de sono nos adolescentes.**

**Maria Manuela dos Santos Pires da Cruz**

Orientação: Maria Vitória Casas Novas

**Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública**

Relatório de Estágio

Évora, 2018

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora pedagógica, Professora Vitória Casas Novas pela disponibilidade, incentivo, sugestões. E também à Professora Ermelinda Caldeira pela colaboração e disponibilidade;

À minha orientadora, Enf.ª Rosa Espanca, pela colaboração e profissionalismo que sem dúvida facilitou todo o processo;

À Professora Laurência, Diretora Executiva do ACES, por toda a colaboração e disponibilidade demonstrada e pela aceitação deste projeto;

À minha coordenadora, Enf.ª Susana Saruga e às colegas da UCC de Évora que demonstraram compreensão, incentivo e apoio;

Às colegas de mestrado Gisela Lopes e Paula Curado pela troca de experiências e bons momentos partilhados;

Aos alunos, docentes e não docentes do Agrupamento de Escolas, onde decorreu o projeto, pela sua disponibilidade e colaboração;

Por fim, mas pessoalmente mais importante:

À minha mãe que apesar da situação de doença, entendeu porque eu estava mais ausente;

Ao JFrancisco, pela compreensão, colaboração e apoio assumindo uma maior parte das responsabilidades comuns;

Ao meu filho Sandro, que apesar de contar menos comigo se encontra a concluir com êxito a Licenciatura em Gestão Hoteleira. PARABÉNS.

Obrigada, sem todos não teria sido possível.

## RESUMO

A privação de sono, nos adolescentes, relaciona-se com o aumento de acidentes, ansiedade, insucesso escolar e comportamentos de risco, mas também, com maior prevalência de doenças crônicas. **Objetivos:** Geral: Capacitar os adolescentes e família para a adoção de hábitos de sono saudáveis. Específicos: Promover a aquisição de conhecimentos sobre o sono; Sensibilizar para a importância de bons hábitos de sono; Alertar para as consequências da privação do sono. **Métodos:** Com base na metodologia de Planeamento em Saúde e no referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, identificaram-se os fatores externos que influenciam a privação de sono e desenvolveram-se um conjunto de intervenções promotoras de hábitos de sono saudáveis. **Resultados:** Um significativo número de adolescentes, dorme menos horas do que é aconselhável. **Conclusões:** Os objetivos propostos foram atingidos, permitindo afirmar que o projeto conduz ao comportamento de saúde esperado.

**Palavras-chave:** sono; adolescentes; privação de sono; fatores de risco.



## Good Sleep +Health: Promoting healthy sleep habits in teens.

### ABSTRACT

Sleep deprivation in adolescents is associated with increased accidents, anxiety, school failure and risk behaviors, but also with a higher prevalence of chronic diseases. **Objectives:** General: Empower adolescents and families to adopt healthy sleep habits. Specific: Promote the acquisition of knowledge about sleep; Raise awareness of the importance of good sleep habits; Alert to the consequences of sleep deprivation. **Methods:** Based on the methodology of Health Planning and the theoretical framework of the Nola Pender Health Promotion Model, external factors that influence sleep deprivation were identified and a set of interventions promoting healthy sleep habits. **Results:** A significant number of adolescents sleep less hours than is advisable. **Conclusions:** The proposed objectives were achieved, allowing to affirm that the project leads to the expected health behavior.

**Key words:** sleep, adolescents, sleep deprivation, risk factors.

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo I</b> - Consentimento Informado Livre e Esclarecido.....	76
<b>Anexo II</b> - Requerimento de autorização ao Diretor do AE Severim de Faria.....	78
<b>Anexo III</b> - Autorização do Diretor do AE Severim de Faria .....	80
<b>Anexo IV</b> - Ficha de Avaliação das sessões dos pais/encarregados de educação .....	82
<b>Anexo V</b> - Ficha de Avaliação das sessões dos alunos .....	84
<b>Anexo VI</b> - Ficha avaliação das sessões - professores.....	86
<b>Anexo VII</b> - Questionário 1.....	88
<b>Anexo VIII</b> - Questionário 2.....	92
<b>Anexo IX</b> - Requerimento de autorização à DGE MIME.....	96
<b>Anexo X</b> - Requerimento de autorização à Comissão de Ética da Universidade de Évora .....	98
<b>Anexo XI</b> - Requerimento de autorização à Comissão de Ética ARS Alentejo .....	102
<b>Anexo XII</b> - Autorização da DGE MIME .....	104
<b>Anexo XIII</b> - Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora .....	106
<b>Anexo XIV</b> - Parecer da Comissão de Ética ARS Alentejo.....	108
<b>Anexo XV</b> - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (no caso de o representante legal não ser o adulto que melhor conhece os hábitos de sono do aluno.....	112
<b>Anexo XVI</b> - Sessão 1: “O que sabes sobre o sono?” .....	114
<b>Anexo XVII</b> - Sessão 2: “E quando dormes pouco?” .....	119
<b>Anexo XVIII</b> - Sessão para os Pais .....	124

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Representação do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender .....	53
---	----

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Objetivos/Atividades/Avaliação .....	43
<b>Quadro 2</b> - Ficha sessão 1: “O que sabes do Sono?” .....	57
<b>Quadro 3</b> - Ficha sessão 2: “E quando dormes pouco?” .....	57
<b>Quadro 4</b> - Ficha sessão 3: Sessão para Pais .....	58
<b>Quadro 5</b> - Recursos humanos/ Recursos materiais.....	60
<b>Quadro 6</b> - Cronograma .....	60
<b>Quadro 7</b> - Avaliação do objetivo geral.....	61
<b>Quadro 8</b> - Avaliação da sessão 1 .....	62
<b>Quadro 9</b> - Avaliação da sessão 2 .....	63
<b>Quadro 10</b> - Avaliação da sessão 3 .....	64



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Sexo dos alunos.....	26
<b>Tabela 2</b> - Tempo de sono, por noite, durante a semana/fim de semana .....	28
<b>Tabela 3</b> - Hora de deitar durante a semana/fim de semana .....	29
<b>Tabela 4</b> - Hora de levantar durante a semana/fim de semana .....	30

## **LISTAGEM DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACES** - Agrupamento de Centros de Saúde

**ACES AC** - Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central

**AE** - Agrupamento de Escolas

**ARS** - Administração Regional de Saúde

**BI-CSP** - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

**CILE** - Consentimento Informado Livre e Esclarecido

**CNEC** - Centro do Sono de Lisboa

**DGE MIMÉ** - Direção Geral de Educação - Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

**ECCI** - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**ECL** - Equipa Coordenadora Local

**EEECSP** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

**EpS** - Educação para a Saúde

**FA** - Fatores ambientais

**FP** - Fatores Pessoais

**HS** - Hábitos de Sono

**nº** - número

**OC** - Oferta Complementar

**PES** - Programa Educação para a Saúde

**PNS** - Plano Nacional de Saúde

**PNSE** - Programa Nacional de Saúde Escolar

**QSSA** - Questionário Sobre Sono para Adolescentes

**RCEEEECSP** - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

**SE** - Saúde Escolar

**UCC** - Unidade de Cuidados na Comunidade

**URAP** - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

**USF** - Unidade de Saúde Familiar

**USP** - Unidade de Saúde Pública

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2. ANÁLISE DO CONTEXTO.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1. Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2. Caracterização dos Recursos Humanos e Materiais.....</b>	<b>21</b>
<b>2.3. Descrição e Fundamentação Processo de Aquisição de Competências</b>	<b>22</b>
<b>3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1. Caracterização Geral da População/Utentes .....</b>	<b>25</b>
<b>3.2. Cuidados e Necessidades Especificas da População Alvo.....</b>	<b>32</b>
<b>3.3. Estudos Sobre Programas de Intervenção com a População Alvo.....</b>	<b>35</b>
<b>3.4. Recrutamento da População-Alvo.....</b>	<b>38</b>
<b>4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS.....</b>	<b>41</b>
<b>5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES .....</b>	<b>44</b>
<b>5.1. Metodologias .....</b>	<b>44</b>
<b>5.2. Fundamentação das Intervenções .....</b>	<b>48</b>
<b>5.3. Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas.....</b>	<b>54</b>
<b>5.4. Recursos Humanos e Materiais Envolvidos .....</b>	<b>59</b>
<b>5.5. Contactos Envolvidos e Entidades Envolvidas .....</b>	<b>59</b>
<b>5.6. Análise da Estratégia Orçamental .....</b>	<b>60</b>
<b>5.7. Cumprimento do Cronograma .....</b>	<b>60</b>
<b>6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO ....</b>	<b>61</b>

<b>6.1. Avaliação dos Objetivos.....</b>	<b>61</b>
<b>6.2. Avaliação da Implementação do Projeto.....</b>	<b>64</b>
<b>7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS ADQUIRIDAS .</b>	<b>66</b>
<b>8. CONCLUSÃO .....</b>	<b>69</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>75</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A elaboração deste Relatório de Estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, em associação com os Institutos Politécnicos de Beja, Portalegre, Setúbal e Castelo Branco e as respetivas Escolas Superiores de Saúde. Pretende ser o registo escrito da Unidade Curricular Estágio, que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora.

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública intervém numa prática continuada e globalizante, junto a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se nos diferentes locais da comunidade, onde a intervenção é necessária, respeitando e encorajando a autonomia e o direito dos indivíduos e famílias na tomada de decisões e na assunção das responsabilidades em matéria da saúde.

As alterações demográficas, epidemiológicas, sociais e familiares ocorridas ao longo dos tempos determinam novas necessidades em saúde. Ao mesmo tempo a comunidade mais consciente das suas responsabilidades em saúde reivindica um papel mais ativo na tomada de decisão no que à sua saúde respeita, constituindo-se um desafio acrescido aos profissionais da saúde.

A formação de enfermeiros em áreas de especialização, nomeadamente em Enfermagem Comunitária e de Saúde Comunitária, confere um conjunto acrescido de conhecimentos, capacidades e habilidades na assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), o enfermeiro especialista:

“... adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e empowerment das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.” (OE, 2011).

A realização de um estágio constitui-se um momento privilegiado pelo enriquecimento da componente teórica, pela criação da oportunidade de desenvolver a prática de cuidados de uma



forma proficiente e pela otimização de relações com a comunidade no sentido da máxima obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A Promoção de Saúde é o processo de habilitação das pessoas para aumentar o controlo sobre os determinantes da saúde e melhorar sua saúde, sendo a participação essencial para sustentar a ação de promoção da saúde.

A conceção do projeto de intervenção “Bom Sono +Saúde: Promoção de Hábitos de Sono Saudáveis nos Adolescentes”, teve na sua base, o atrás descrito, mas também as orientações de Plano Nacional de Saúde, mais especificamente o Plano Nacional de Saúde Escolar, que identifica a necessidade de intervir na comunidade educativa, na capacitação para a adoção de hábitos de sono e repouso saudáveis.

Com recurso à Metodologia de Projeto, pretendeu-se conceber um projeto de intervenção no sentido de capacitar os adolescentes do 7º ano de escolaridade do Concelho de Évora e família, para a adoção de hábitos de sono saudáveis.

Reconhecida a relevância da Promoção de Saúde no aumento do controlo e melhoria da saúde desenvolveram-se, tendo por base o modelo de intervenção comunitária de Promoção de Saúde de Nola Pender, um conjunto de intervenções que permitiram capacitar os jovens na promoção de hábitos de sono saudáveis e desta forma contribuir na redução das consequências para a saúde.

O sono é um estado fisiológico, reversível e cíclico, que surge em oposição ao estado de vigília. As suas funções mais consensuais prendem-se com o papel reparador e com os processos de aprendizagem e consolidação da memória, duas funções totalmente vitais para o organismo (Januário, 2012).

O sono contribui significativamente para o desenvolvimento físico e emocional dos adolescentes, que estão num período de intensa aprendizagem e diferenciação (Pinto, et al., 2012).

Durante a adolescência as alterações profundas que ocorrem no ritmo biológico, endócrino e psíquico, originam uma alteração de hábitos de vida, incluindo os do sono, particularmente com um

atraso de fase, ou seja, um adormecer e acordar mais tardios (Moreno, 2012) (Felden, Filipin, Barbosa, Meyer, & Louzada, 2016) (Pinto T. R., Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016).

Mas também, tem contribuído para uma redução dos tempos de sono dos adolescentes, um conjunto de fatores de ordem pessoal, psicossocial, ambiental e comportamental, que por este motivo veem comprometido o seu normal desenvolvimento, ficando mais predispostos ao surgimento de um conjunto de patologias, como hipertensão, obesidade, diabetes, depressão ou insónia (Pinto T. R., Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016).

Artigos portugueses publicados (Pinto, et al., 2012) (Pinto T. , Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016) (Matos, Simões, Camacho, Reis, & Social, 2015) (Ferreira, et al., 2017), desenvolvidos na área, confirmam que os adolescentes dormem menos que o aconselhado para a idade.

Segundo a National Sleep Foundation (2000) na maioria dos casos, os sintomas de distúrbios do sono, podem ser eliminados ou minimizados através do uso de modificações de comportamento apropriadas.

Após a definição da amostra, através do método de amostragem não probabilística por conveniência foi realizado, com recurso a questionário, o diagnóstico da população dos alunos do 7º Ano de escolaridade, de um dos agrupamentos de escolas de Évora.

Determinando-se como objetivo geral: capacitar os adolescentes e família para a adoção de hábitos de sono saudáveis. E como objetivos específicos: i) promover a aquisição de conhecimentos sobre o sono e as suas principais características; ii) sensibilizar para a importância de bons hábitos de sono; iii) alertar para as consequências de privação do sono.

A estratégia selecionada para a operacionalização da intervenção, foi a Educação para a Saúde, uma vez que promove o desenvolvimento de processos internos que permitem à pessoa adotar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças sendo estas influenciadas pela comunidade da qual faz parte (Carvalho & Carvalho, 2006).

O presente relatório, respeitando o regulamento da Unidade Curricular Relatório, divide-se em outros seis capítulos a seguir a esta introdução:

A análise do contexto, onde se inclui a caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora e do agrupamento de Escolas onde ocorreu a intervenção. De seguida a caracterização da população/utentes onde é feita a caracterização da população-alvo. Seguidamente, a análise reflexiva sobre objetivos onde é feita referência aos objetivos traçados e realizada uma análise reflexiva dos mesmos. Posteriormente, a análise reflexiva sobre as intervenções em que se procede à descrição pormenorizada das intervenções realizadas. Depois é apresentada a análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo e a análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas. Finaliza-se este relatório com a apresentação da conclusão, das referências bibliográficas e dos anexos.

A redação deste relatório foi realizada de acordo com as normas da American Psychology Association (APA).

## **2. ANÁLISE DO CONTEXTO**

O conhecimento do contexto do campo de estágio, através da análise das características e dos recursos existentes, permite clarificar a localização e a perceção da metodologia a implementar.

### **2.1. Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio**

O Estágio Final foi realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Évora, Unidade Funcional do Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central (ACES AC), integrado na Administração Regional de Saúde (ARS) Alentejo IP.

Os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, uma vez que assumem funções relevantes na promoção da saúde e na prevenção da doença, na prestação de cuidados na doença e na ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Tendo o Programa do XVII Governo Constitucional reconhecido os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

A criação dos Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro teve como finalidade aumentar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assim como melhorar a sua gestão, sem esquecer os ganhos em saúde. Os ACES são serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde, integrados nas Administrações Regionais de Saúde, que têm autonomia administrativa e são constituídos por Unidades Funcionais de um ou mais Centros de Saúde e cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos de determinada área geográfica (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

O ACES AC, tem como área de influência a zona geográfica que abrange os 14 Concelhos do distrito de Évora (Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz e Mourão, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa).

Relativamente ao Concelho de Évora, o Centro de Saúde de Évora, integra as seguintes Unidades Funcionais: uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC Évora), cinco Unidades de Saúde Familiares (USF) (Planície, Eborae, Salus, SOL e Lusitânia), uma Unidade de Saúde Pública (USP) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).



A UCC Évora, tem como área de influência as doze freguesias do Concelho de Évora (Canaviais, Nossa Senhora da Graça do Divor, Nossa Senhora de Machede, São Bento do Mato, São Miguel de Machede, Torre de Coelheiros, União das freguesias de Bacelo e Senhora da Saúde, União das freguesias de Évora (São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão), União das freguesias de Malagueira e Horta das Figueiras, União das freguesias de Nossa Senhora da Tourega e Nossa Senhora de Guadalupe, União das freguesias de São Manços e São Vicente do Pigeiro, União das freguesias de São Sebastião da Giesteira e Nossa Senhora da Boa Fé) que, de acordo com os dados do BI-CSP (Ministério da Saúde, 2018), abrange 57119 utentes.

À luz do disposto no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, compete às UCC:

“...prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008, p. 15438).

Assim a UCC Évora, presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, cuja ação se direciona essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis que se encontrem em situação de maior risco ou dependência física funcional ou a casos de patologia que exijam acompanhamento próximo.

Tem como missão proporcionar acompanhamento individualizado ao utente e grupos populacionais do concelho de Évora, mantendo elevados níveis de qualidade técnico-científica e organizacional, promovendo a acessibilidade, a equidade de acesso e de utilização, assim como a satisfação dos diferentes *stakeholders*, numa lógica de melhoria contínua e de obtenção de ganhos em saúde.

Pretende identificar necessidades de saúde e sociais da população do concelho de Évora, orientando-a para respostas atempadas e adequadas facilitando a sua capacitação, a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.



A UCC Évora tem como valores: Responsabilidade, solidariedade, ética e respeito pela dignidade humana e rege-se pelos princípios de cooperação, solidariedade e trabalho de equipa, autonomia assente na auto-organização funcional e técnica e articulação efetiva com as outras unidades funcionais do ACES.

Na articulação com todas as unidades funcionais do Centro de Saúde de Évora, a UCC Évora ambiciona contribuir válida e diretamente para o cumprimento da missão do ACES AC. Articulando-se, também, com outras organizações de saúde e com os parceiros da comunidade para a obtenção de ganhos em saúde e proteção da saúde ao longo do ciclo vital.

A UCC Évora desenvolve atividades tendo como linha orientadora os três eixos de intervenção das Unidades de Cuidados na Comunidade: o Programa Nacional de Saúde Escolar, os Cuidados Continuados (Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Equipa Coordenadora Local (ECL)) e a Intervenção na Comunidade (Rede Social, o Rendimento Social de Inserção, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e a Intervenção Precoce).

A Saúde Escolar, área em que se desenvolveu o projeto de estágio, *“é o referencial do sistema de saúde para o processo de promoção da saúde na escola, que deve desenvolver competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida”* (DGS, 2015).

No ano letivo em curso, encontram-se em desenvolvimento, pela UCC Évora, na área de intervenção em Saúde Escolar os seguintes projetos: *“A minha Lancheira”, “AdolesSer”, “Bom Sono +Saúde”, “Mudar de Escola”,* Competências sócio emocionais, Consumos, Higiene Corporal e Oral.

A atual rede pública escolar encontra-se organizada em agrupamentos e agregação de escolas de modo a garantir e reforçar a coerência do projeto educativo e a qualidade pedagógica das escolas e estabelecimentos de educação pré-escolar que o integram, bem como a proporcionar aos alunos, de uma determinada área geográfica, um percurso sequencial e articulado e favorecer a transição adequada entre os diferentes níveis e ciclos de ensino (Rodrigues, Ramos, Félix, & Perdigão, 2017).

A rede pública escolar do concelho de Évora é constituída por 4 agrupamentos verticais: o agrupamento de escolas Manuel Ferreira Patrício, o agrupamento de escolas nº 2, o agrupamento de Escolas Severim de Faria e o agrupamento de Escolas nº 4, que incluem vários níveis de ensino.

As intervenções desenvolvidas pela UCC Évora, na área da Saúde Escolar, integram os estabelecimentos de ensino da rede pública, mas também privada e pretendem atingir os seguintes objetivos: Promover estilos de vida saudável da comunidade educativa; Melhorar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa; Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde; Promover a saúde, prevenir a doença e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos alunos; Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar (UCC Évora, 2016).

O projeto “Bom Sono +Saúde”, desenvolvido durante o estágio, foi desenhado com o propósito de abranger todos os 7<sup>os</sup> anos de escolaridade do concelho, estabelecendo-se como amostra por conveniência os alunos matriculados, nas oito turmas de 7<sup>o</sup> ano de Escolaridade, de duas das Escolas, de um dos Agrupamentos de Escolas de Évora.

Trata-se de duas escolas com características diferentes, quer pela sua localização, quer pelas condições físicas. Para a sua caracterização e tendo em conta, considerações éticas (Nunes, 2013) na qualidade dos procedimentos e no respeito pelos participantes, a sua caracterização será efetuada sem a identificação do local, optando-se pela referência à Escola 1 e Escola 2.

A Escola 1, situada no centro histórico da cidade está instalada num edifício do século XV, que apesar da beleza arquitetónica, não apresenta as condições mais adequadas à atividade pedagógica. Está repartida por vários pisos cujos acessos são feitos através de várias escadarias e dispõe de três espaços abertos para os alunos: dois pátios interiores e um pátio de recreio onde, funcionam as aulas de Educação Física (IGEC , 2016).

Esta escola dispõe de 24 salas de aula. Dispõe ainda de 1 sala de professores, de 1 sala de convívio de alunos, de 1 biblioteca/mediateca, 2 ginásios e de vários gabinetes para a direção, ação social escolar, integração educativa, funcionários, receção aos encarregados de educação e de psicologia/orientação vocacional e de 1 centro de apoio educativo. Finalmente, também tem uma

cozinha, o bufete/refeitório, a papelaria, a reprografia e os serviços de administração escolar (Agrupamento de Escolas Severim de Faria, s.d.).

A Escola 2, situa-se num dos bairros limítrofes da cidade de Évora, que apesar de também estar instalada num edifício antigo, já foi alvo de várias obras de restauro e ampliação e que tornaram este espaço educativo mais adaptado às exigências da escola moderna.

Atualmente, o edifício dispõe de 4 pisos (cave, rés do chão, 1º e 2º andares), nos quais se encontram 35 salas de aula, 4 laboratórios (física, química, biologia e biologia/química), auditório, salas de convívio para alunos e professores, cozinha, refeitório, papelaria, reprografia, serviços de administração escolar e vários gabinetes para a direção, ação social escolar, psicologia, integração educativa, funcionários, receção aos encarregados de educação e arquivos. Ainda dispõe de um amplo espaço exterior, com um pavilhão gimnodesportivo e respetivas instalações sanitárias.

## **2.2. Caracterização dos Recursos Humanos e Materiais**

A UCC Évora é constituída por uma equipa multidisciplinar, composta por doze enfermeiras, um médico, um fisioterapeuta, um terapeuta da fala, um terapeuta ocupacional, um psicólogo, um assistente social, um nutricionista, um secretário clínico e um assistente operacional. O psicólogo, o assistente social e o nutricionista são recursos humanos da URAP com alocação de tempo parcial variável, na UCC. Os restantes profissionais são recursos humanos da UCC, com um horário de 35 horas semanais.

A necessidade das equipas das UCC se constituírem como multidisciplinares justifica-se pelo facto de as situações de saúde serem cada vez mais complexas e de cada vez mais, alguns cuidados, não poderem ser prestados por um único profissional, disciplina ou organização. O trabalho em equipa multidisciplinar, pode ser uma mais valia nos resultados a obter nos cuidados prestados, mas exige, individualmente, a cada profissional não só colaboração, mas sobretudo interação e negociação. O desafio incide no facto da equipa ter de compreender a diversidade dos seus componentes, as competências e os saberes dos seus profissionais e tirar partido disso no benefício de todos (Gelbcke, Matos, & Sallum, 2012).

Os profissionais da UCC Évora, prestando cuidados ao nível dos diversos eixos de intervenção da unidade, podem encontrar-se envolvidos, simultaneamente, em vários projetos e áreas de intervenção e conseqüentemente em várias “micro” equipas multidisciplinares.

No caso específico da Saúde Escolar, a equipa nuclear (ou “micro” equipa), é atualmente constituída por quatro enfermeiras, num total de 104 horas por semana (35+31+24+14), uma psicóloga com 8 horas por semana e 1 assistente social e 1 nutricionista que, não tendo tempo semanal fixo atribuído, colaboram pontualmente, quando necessário. Na articulação entre as escolas e os serviços de saúde, o papel de Interlocutores da Saúde, é assumido pelos enfermeiros, tendo em conta o elevado número de horas que promovem atividades em meio escolar.

Atualmente, a UCC Évora, localiza-se no rés-do-chão do edifício do Centro de Saúde das Portas d’Avis, na cidade de Évora, constituído por 5 gabinetes equipados com material informático, partilhados pelos vinte e um profissionais que integram a equipa, o que o torna num espaço físico reduzido e insuficiente, tendo em conta o número de profissionais e as intervenções que desenvolvem. Para além destes gabinetes, dispõe de outros dois espaços, servindo um, de sala de trabalho de enfermagem que pelas suas características permite a arrumação e preparação do diverso material de enfermagem e o outro, mais pequeno, destinado à realização de “conferências familiares” e atendimento aos utentes/familiares. Para além dos espaços de trabalho, a UCC, dispõe de uma copa, três casas de banho, um vestiário, uma sala de arrumos e uma sala destinada ao armazém de material de consumo clínico. A UCC de Évora dispõe, também, de duas viaturas automóveis, que pelos mesmos motivos, também, são em número insuficiente, pelo que a maioria das deslocações dos profissionais no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar são realizadas em viatura própria.

### **2.3. Descrição e Fundamentação Processo de Aquisição de Competências**

Os domínios da prática de enfermagem envolvem competências e responsabilidades que devem ser adquiridas na formação inicial dos enfermeiros, mas desenvolvidas ao longo da vida profissional num caminho de iniciado, passando a iniciante avançado, a competente, a proficiente e perito (Benner, 2001).



A definição de Especialista tem na sua base a definição de Enfermeiro, pelo que a abordagem das competências especializadas impõe a definição de Enfermeiro e a descrição das competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Assim, o Enfermeiro, de acordo com nº 1 e 2 do artigo 4º DL nº 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo DL nº 104/98 de 21 de abril, é o profissional com competência científica, técnica e humana que tem como função prestar cuidados de saúde ao ser humano, ao longo do ciclo de vida aos grupos sociais em que se encontre inserido, como forma de promover, manter ou recuperar o seu estado de saúde (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996).

Quanto às suas competências, encontram-se definidas dentro dos seguintes três domínios: (1) responsabilidade profissional, ética e legal; (2) Prestação e gestão dos cuidados; (3) desenvolvimento profissional. Em cada um destes domínios estão definidas competências específicas, que por sua vez são categorizadas em unidades de competência. (OE, 2015)

Quando o Enfermeiro, reconhecidamente, pelos meios instituídos para esse fim, adquire um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem e as suas competências clínicas especializadas decorrem do aprofundamento de conhecimentos, característicos dos enfermeiros de cuidados gerais, passa a ser especialista (OE, 2011).

A certificação destas competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista detém um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica permitindo-lhe ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (idem).

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns. A intervenção do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes dos três níveis de cuidados (primário, secundário e terciário) e em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (OE, 2011).

Os domínios das competências comuns são quatro: (1) responsabilidade profissional, ética e legal; (2) melhoria contínua da qualidade; (3) gestão dos cuidados e (4) desenvolvimento das aprendizagens profissionais. E envolve dimensões da educação dos clientes e dos pares, de



orientação, aconselhamento, liderança e a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação pertinente, que permita melhorar a prática da enfermagem (idem).

Para além das competências comuns a todos os enfermeiros especialistas são ainda definidas as competências específicas para cada especialidade da área de enfermagem.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (RCEEEECSP), regulamento n.º 128/2011 da OE, refere-se ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), como o Enfermeiro que:

“Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e "empowerment" das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania.” (OE, 2011).

Definindo como competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública as seguintes:

1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (OE, 2011).

Cada uma das competências específicas é categorizada em unidades de competência e critérios de avaliação, que aquando da análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas, serão abordadas.

### **3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES**

O sono contribui significativamente para o desenvolvimento físico e emocional dos adolescentes, que estão num período de intensa aprendizagem e diferenciação (Pinto, et al., 2012).

Um conjunto de fatores de ordem pessoal, psicossocial, ambiental e comportamental, têm contribuído para uma redução dos tempos de sono dos adolescentes, que por este motivo veem comprometido o seu normal desenvolvimento, ficando mais predispostos ao surgimento de um conjunto de patologias (Pinto, et al., 2012).

Artigos portugueses publicados (Pinto, et al., 2012) (Pinto T. , Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016) (Matos, Simões, Camacho, Reis, & Social, 2015) (Ferreira, et al., 2017), desenvolvidos na área, confirmam que os adolescentes dormem menos que o aconselhado para a idade.

O Projeto de Intervenção, “Bom Sono +Saúde: Promoção de Hábitos Saudáveis de Sono em Adolescentes” surge com a finalidade de conhecer os determinantes da saúde que influenciam o sono dos adolescentes, do 7º ano de escolaridade de um Agrupamento de Escolas de Évora, de forma a auxiliar o processo de priorização das necessidades/problemas identificados e planear a intervenção especificamente desenhada com vista à resolução/minimização dos problemas identificados, capacitando os agentes envolvidos – professores, alunos e famílias – no sentido da promoção de hábitos saudáveis de sono.

#### **3.1. Caracterização Geral da População/Utentes**

As intervenções/projetos desenvolvidos pela UCC Évora, na área da Saúde Escolar, integram todos os estabelecimentos de ensino do Concelho de Évora, envolvendo uma população alvo constituída por: 70 estabelecimentos de ensino, 9.273 alunos, 1383 profissionais e os respetivos encarregados de educação.

A população escolar do Agrupamento de Escolas no ano letivo de 2015/2016, totalizava 1811 crianças e alunos, dos quais 23 frequentavam dois grupos de educação pré-escolar, 419 (19 turmas) o 1.º ciclo do ensino básico, 237 (10 turmas) o 2.º ciclo, 552 (22 turmas) o 3.º ciclo, 552 o ensino secundário, sendo 13 (1 turma) do curso vocacional, 15 (2 turmas) do Programa Integrado de

Educação e Formação, 99 (6 turmas) dos cursos profissionais e 453 (18 turmas) dos cursos científico-humanísticos. Relativamente aos 165 docentes que exercem funções no Agrupamento, 90% lecionam há 10 ou mais anos e fazem parte dos quadros. Dos 79 trabalhadores não docentes, 71% têm 10 ou mais anos de serviço (IGEC, 2016).

Quanto às atividades profissionais dos pais e encarregados de educação dos alunos, 28,6% e 20,3%, respetivamente dos do ensino básico e do ensino secundário, desempenham funções de nível superior e intermédio. Relativamente às habilitações académicas, 27% detêm o ensino secundário e 28% formação superior. No que respeita à ação social escolar, 71% dos alunos que frequentam o agrupamento não beneficiam de auxílios económicos e, relativamente às tecnologias de informação e comunicação 39% possuem computador com ligação à internet (Idem).

Relativamente ao projeto desenvolvido durante estágio final: “Bom Sono +Saúde: Promoção de hábitos saudáveis de sono em adolescentes”, a população alvo consistiu nos 198 adolescentes, do 7º ano de escolaridade de um Agrupamento de Escolas, de Évora e seus pais/encarregados de educação.

Para a realização do diagnóstico da situação foram utilizados como instrumento de colheita de dados dois questionários que se encontram descritos no ponto 5.1. (página 44) do presente relatório, tal como os procedimentos formais e éticos.

Posteriormente ao procedimento ético de assinatura/recolha do Consentimento Informado Livre e Esclarecido (CILE) (Anexo I) e verificação do correto preenchimento dos questionários, este número foi reduzido tendo sido considerados para o diagnóstico de situação, 139 alunos e 81 pais/encarregados de educação.

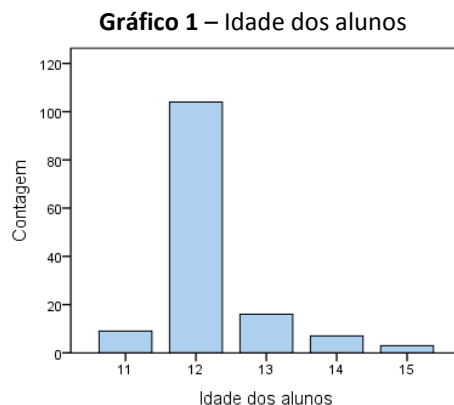
Assim, trata-se de uma população de 139 estudantes, com idades compreendidas entre os 11-15 anos que frequentam o 7º Ano de Escolaridade.

Sessenta e quatro (46,0 %) do sexo feminino e 75 (54,0 %) do sexo masculino (Tabela 1).

**Tabela 1 - Sexo dos alunos**

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Masculino	75	54,0	54,0	54,0
Feminino	64	46,0	46,0	100,0

Apresentavam idades compreendidas entre os 11-15 anos (Gráfico 1) A média de idades era de 12,22 anos, com uma mediana de 12.



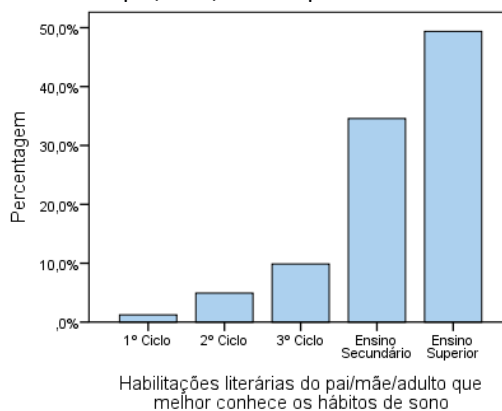
#### ***Análise descritiva dos pais/adulto que melhor conhece os hábitos de sono do aluno***

Dos 81 questionários respondidos, 71 foram respondidos por mães/adultos do sexo feminino (87,7%), sendo só 10 respondidos por pais/adultos de sexo masculino (12,3%).

A idade média (n=81) era de 43,10 anos (mediana de 42) com desvio padrão de 5,07 anos, variando entre os 34 e 61 anos.

A avaliação da escolaridade do pai/mãe/adulto que melhor conhece os hábitos de sono do aluno, foi dividida em 5 subgrupos (1º Ciclo, 2º Ciclo, 3º Ciclo, Ensino Secundário, Ensino Superior). A maioria 49,4%, têm habilitações ao nível do Ensino Superior.

#### **Gráfico 2 - Habilitações literárias do pai/mãe/adulto que melhor conhece os hábitos de sono do aluno**





### ***Escala de Sonolência de Cleveland***

Os resultados da pontuação da escala de sonolência em estudo, apresentam um valor médio de 27,19 (mediana 27,00).

Nenhum dos alunos pontuou valores acima de 48 (sendo o valor máximo 80 pontos) e apenas 5 alunos apresentaram o grau de sonolência mínimo (16 pontos).

### ***Hábitos de sono: Tempo de sono, por noite, durante a semana/fim de semana***

O tempo de sono, por noite, da população em estudo é, em média, durante a semana, de 8h34m. Dos inquiridos, 20,1% declararam dormir menos de 7 horas, 56,1% não ultrapassava as 8 horas de sono, 33,1% dormiam cerca de 9 horas e apenas 10,8% dos jovens dormiam um número igual ou superior a 10 horas de sono por noite (Tabela 2).

**Tabela 2** - Tempo de sono, por noite, durante a semana/fim de semana

	Tempo de sono, por noite, durante a semana			Tempo de sono, por noite, durante o fim de semana		
	Frequência	%	% cumulativa	Frequência	%	% cumulativa
< 7 Horas	13	9,4	9,4	9	6,5	6,5
≈ 7 Horas	15	10,8	20,1	8	5,8	12,2
≈ 8 Horas	50	36,0	56,1	20	14,4	26,6
≈ 9 Horas	46	33,1	89,2	38	27,3	54,0
10 Horas ou +	15	10,8	100,0	64	46,0	100,0
Total	139	100,0		139	100,0	

Já relativamente ao tempo de sono, por noite, durante o fim de semana, existe um significativo aumento, passando a média de horas de sono para 9h41m. Dos inquiridos, 12,2% declararam dormir 7 ou menos horas, 26,6 % não ultrapassava as 8 horas de sono, 27,3 % declaram dormir cerca de 9 horas e 46,0 % dos jovens dormiam um número igual ou superior a 10 horas de sono por noite (Tabela 2).

### ***Hora de deitar durante a semana/fim de semana***

Segundo os jovens da amostra, a hora de ir para a cama durante a semana, era para a maioria (52,5 %), entre as 22h e as 22h30m, 25,9% deitavam-se antes das 22h e 21,6% referiu deitar-se depois das 22h30m, dos quais 1 aluno (0,7%) depois da meia-noite. Sendo a Moda 22h.

Relativamente à hora de ir para a cama ao fim de semana, regista-se a Moda nas 23h e verifica-se que mais de metade (54,0%) dos jovens, passa a deitar-se entre as 22h30m e as 24h, passando apenas 20,9% a deitar-se entre as 22h e as 22h30m, enquanto 21,6% assume deitar-se depois das 24 horas, dos quais 9,4% depois das 2h.

Comparando o horário de deitar durante a semana e o fim de semana (Tabela 3), verifica-se um significativo atraso na hora de deitar, uma vez que durante a semana a maior percentagem (52,5%) se deitava entre as 22h e as 22h30m, passando durante o fim de semana a maior percentagem (54%) de alunos a deitar-se entre as 22h30m e as 24h. Passando a Moda da hora de deitar das 22h para as 23h.

**Tabela 3** - Hora de deitar durante a semana/fim de semana

	Hora de deitar durante a semana		Hora de deitar durante o fim de semana	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Antes das 22:00	36	25,9	5	3,6
Entre as 22:00 e 22:30	73	52,5	29	20,9
Entre as 22:30 e as 24:00	29	20,9	75	54,0
Depois das 24:00	1	0,7	30	21,6
Total	139	100,0	139	100,0

### ***Horas de levantar durante a semana/fim de semana***

De forma maioritária (74,1%), os alunos estudados acordam, durante a semana, entre as 7h e as 7h30m, 23,7% levantam-se antes das 7h, havendo uma pequena percentagem (2,2%) que se levantam depois das 7h30m. Sendo a Moda 7h.

Em relação ao horário de acordar durante o fim de semana, verifica-se que 10,1% dos alunos se levantam até às 7h30m, enquanto que maioria (58,2%) o faz entre as 7h30m e as 10h e 31,7% levantam-se depois das 10h, dos quais 6,5% depois das 12 horas. Passando a Moda para as 10h.

À semelhança do que acontece com o horário de deitar, também no horário de levantar se verifica um atraso durante o fim de semana (Tabela 4), passando uma larga maioria dos alunos (89,9%) a levantar-se depois das 7h30m (25,2% dos quais, entre as 10h e as 12h), enquanto que durante a semana, a maioria (74,1%) se levantava entre as 7h e as 7h30m. Passando a Moda da hora de levantar das 7h para as 10h.

**Tabela 4** - Hora de levantar durante a semana/fim de semana

	Hora de levantar durante a semana		Hora de levantar durante o fim de semana	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Antes das 7:00	33	23,7	6	4,3
Entre as 7:00 e as 7:30	103	74,1	8	5,8
Depois das 7:30	3	2,2	125	89,9
Total	139	100,0	139	100,0

### **Questionário “O meu Sono e Eu”**

A média da pontuação obtida foi de 61,55, com uma mediana de 60, um Mínimo de 30 e um Máximo 104, numa escala que permite valores entre os 27 e os 135.

Comparando as 3 dimensões avaliadas: Hábitos de Sono (HS)/Fatores Ambientais (FA)/Fatores Pessoais (FP), com 9 itens cada uma e que permitem valores entre os 7 e os 45, a Média mais alta é obtida pela Dimensão HS (22,98), seguida pela dimensão FA (21,43) e por fim a dos FP (17,14).

Relativamente às 9 subdimensões de 3 itens cada uma e que permitem valores entre os 3 e os 15, as médias mais altas são obtidas na subdimensão HS Autonomia (8,28), seguida da subdimensão FA Alimentação (7,39), HS Regularidade (7,31) e FA Atividades (7,19), as 3 com valores acima de 7.

### ***Escala de Sonolência de Cleveland e questionário “O meu Sono e Eu”***

O coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) entre a Escala de Sonolência de Cleveland e questionário “O meu Sono e Eu” é de 0,457, existindo uma correlação estatisticamente significativa entre as pontuações dos dois questionários em estudo, com significância estatística  $<0,001$ .

Os principais resultados desta investigação revelaram que 20,1% dormem menos que 8 horas por noite, percentagem muito próxima da apurada (28,8%) no estudo Health Behaviour In School - Aged Children (HBSS) de 2014. Mais de metade (56,1%) dos participantes, dormem menos de 9 horas de sono, confirmando o facto de que, cada vez mais, os adolescentes adiam a hora de ir dormir (Rebelo-Pinto, Carneiro Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2014), registando-se uma duração de sono inferior ao que é recomendado para a sua idade (Wolfson & Carskadon, 1998).

A análise realizada também revelou que ao fim-de-semana, apesar de manterem a tendência de se deitarem tardiamente, os adolescentes, dormem mais horas do que recomendado. Apesar de, à partida, parecer uma boa medida, põe em causa as recomendações para os bons hábitos de sono (APS, s/d), no que respeita à regularidade, podendo originar futuros problemas de sono (Ciampo, 2012).

Tendo em conta que as idades da amostra (12 a 15 anos) se encontram na primeira metade da adolescência, caso não sejam tomadas medidas, os problemas identificados em relação aos tempos de sono e irregularidade de horários tenderão a agravar-se com o aumento da idade (Vilela.T, Bittencourt, Tufik, & Moreira, 2016).

Quanto aos fatores que mais influenciam o sono dos adolescentes em estudo, destacam-se os hábitos de sono: que se relacionam com o que os adolescentes costumam fazer, em termos de duração/tempo do ciclo do sono e ciclo sono-vigília e capacidade de autorregulação do sono, e os fatores ambientais: que correspondem aos estilos de vida que afetam o sono, em termos da sua organização (local, regras e rotinas), alimentos (tempo, quantidade e qualidade das refeições) e atividades (distribuição de diferentes atividades ao longo do dia: estudo, exercício, diversão, interação familiar) (Rebelo-Pinto, Carneiro Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2014).



### 3.2. Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo

Etimologicamente, Adolescência deriva da palavra latina *adolescere*, sendo que, *ad* significa "para" e *olescere* "crescer", significa literalmente "para crescer" ou seja, crescer e atingir a maturidade.

A Organização Mundial da Saúde, define adolescência como o período da vida entre 10 e 19 anos de idade e juventude, definidos pelas Nações Unidas como 15-24 anos. Também é utilizada a definição de jovens, 10-24 anos, um termo usado pela OMS e outros para combinar adolescentes e jovens.

A adolescência é um período de vida específico com necessidades de desenvolvimento e direitos. É também um período em que se desenvolvem conhecimentos e habilidades, aprende a gerir emoções e relacionamentos e a adquirir atributos e habilidades que serão importantes para vivenciar a adolescência e assumir o papel no adulto (WHO, s.d.).

A adolescência é a fase de vida que separa a primeira infância e a vida adulta. É um período de transição que requer atenção especial e proteção. Fisicamente, as crianças passam por uma série de transições, enquanto amadurecem. O cérebro sofre desenvolvimentos substanciais no início da adolescência, que afetam as habilidades emocionais, bem como capacidades físicas e mentais (UNICEF, 2016).

Já segundo Machado (2015, p.16), “a adolescência define-se como a combinação da puberdade, ou seja, a diferenciação sexual e capacidade de gerar filhos, com um rápido crescimento e modificações na forma, fisiologia, psicologia e comportamento social (...) Há um distanciamento de comportamentos e privilégios da infância e uma aquisição de competências que capacitam para os deveres e papéis sociais do adulto” (Machado, 2015).

A adolescência é considerada uma fase de transição, de maturação física, social e emocional. É um período relevante para o desenvolvimento do sujeito como ser individual e ser social (Rocha, Filho, & Carvalho, 2011). É também um período de vida em que os jovens estão a desenvolver os conhecimentos, atitudes e habilidades, para se tornarem saudáveis. À medida que crescem e amadurecem, os jovens precisam ter acesso a informações precisas. Os pais, educadores e profissionais de saúde, precisam de ter informações sobre conhecimentos, atitudes e

comportamentos dos jovens, a fim de apoiá-los e oferecer oportunidades educacionais de qualidade (SIECUS, s.d.).

De acordo com dados do INE de 2014, a percentagem de população residente em Portugal, entre os 15 e os 24 anos, oscila entre 10 e 14%, dependendo da região (INE, 2016).

Durante a adolescência as alterações profundas que ocorrem no ritmo biológico, endócrino e psíquico, originam uma alteração de hábitos de vida, incluindo os do sono, particularmente com um atraso de fase, ou seja, um adormecer e acordar mais tardios. Este atraso de fase, desenvolve-se de forma progressiva, entre os 9 e os 18 anos, tornando-se frequentemente incompatível com as exigências escolares e sociais e coincidindo com uma diminuição das horas de sono e com uma sonolência diurna excessiva (Moreno, 2012) (Felden, Filipin, Barbosa, Meyer, & Louzada, 2016) (Pinto T. , Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016).

O sono é um estado fisiológico, reversível e cíclico, que surge em oposição ao estado de vigília. Dormir é uma atividade absolutamente necessária, passando o ser humano, aproximadamente, um terço da sua vida a dormir. É durante o sono que ocorrem um conjunto de funções fisiológicas imprescindíveis ao equilíbrio psicofisiológico (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia, 2011). As suas funções mais consensuais prendem-se com o papel reparador e com os processos de aprendizagem e consolidação da memória, duas funções totalmente vitais para o organismo (Januário, 2012).

Um sono suficiente ajuda-nos a pensar de forma mais clara, a completar melhor tarefas complexas e de forma mais consistente e a desfrutar da vida quotidiana de forma mais completa. Embora muitas perguntas sobre o papel do sono permaneçam sem resposta, estudos científicos mostraram que o sono contribui significativamente para várias funções importantes cognitivas, emocionais e relacionadas ao desempenho (National Sleep Foundation, 2000).

As necessidades de sono sofrem alterações ao longo da vida, tornando-se indispensável o conhecimento da evolução do padrão de sono normal e sua variação ao longo da idade para a compreensão das suas alterações e para a avaliação das consequências da sua privação durante o dia (Moreno, 2012).

O sono tal como as crianças também evolui e se modifica desde o período neonatal até à idade adulta (Idem).

À nascença, o recém-nascido dorme cerca de 18 horas por dia, não tendo ciclo noite-dia estabelecido. O sono distribui-se por períodos de forma homogénea ao longo das 24 horas. Por volta das 10-12 semanas de vida, o sono vai-se estabelecendo de forma progressiva predominantemente noturno, mas mantendo durante o dia 2 a 3 períodos de sono. Este período de sono noturno aumenta nos primeiros 6 meses de vida e continua a partir de aí a aumentar progressivamente, à medida que os períodos de sono diurno, diminuem até se agruparem numa sesta única, que vem a desaparecer pelos 4-5 anos de vida. No período escolar o número de horas de sono considerado necessário, estabiliza entre as 10-11 horas por noite, diminuindo de forma lenta até cerca dos 16 anos, altura em que se fixa num número próximo do adulto (8,5 - 9 horas) (Moreno, 2012).

A ocorrência de alterações na produção de melatonina, durante a puberdade contribuem, em parte, para compreender a tendência para o atraso de fase nos adolescentes, que passam a sentir sono a horas mais tardias (Pinto T. , Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016).

Mas, para além das alterações biológicas que ocorrem na adolescência, também, fatores de natureza psicossocial têm sido associados à crescente privação de sono entre os jovens. A instabilidade relacional e a existência de conflitos interpares e no seio familiar, tão características da adolescência, contribuem como mais um elemento de perturbação do sono (Moreno, 2012) (Pinto T. , Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016).

Por outro lado, as questões de ordem ambiental, como a crescente solicitação das novas tecnologias e das redes sociais no período noturno ou o excesso de atividades diárias originam uma fragmentação acrescida do período de descanso, implicando frequentemente prescindir de algumas horas de sono (Moreno, 2012) (Pinto T. , Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016).

Todos estes fatores, tornam a adolescência num período particularmente suscetível à existência de uma privação crónica de sono e ao desenvolvimento de problemas de sono de natureza crónica, com as resultantes consequências diurnas (Pinto T. , Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016).

O sono é, em essência, alimento para o cérebro e o sono insuficiente pode ser prejudicial, mesmo com risco de vida. Quando com fome de sono, o cérebro torna-se implacável na sua busca

para o satisfazer e causará sentimentos de "sonolência", diminuição dos níveis de alerta ou concentração e em muitos casos, sono imprevisível. A sonolência excessiva também está associada à redução da memória de curto prazo e à capacidade de aprendizagem, humor negativo, desempenho inconsistente, baixa produtividade e perda de algumas formas de controle comportamental (National Sleep Foundation, 2000).

Os distúrbios do sono têm repercussões em todas as etapas da vida. Nos adultos, a privação crônica do sono provoca sonolência, déficit cognitivo e sintomas psiquiátricos como transtorno de humor e irritabilidade (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia, 2011), é ainda responsável por grande número de acidentes de trabalho e de viação, de uma baixa produtividade laboral e desempenho cognitivo (Moreno, 2012) (National Sleep Foundation, 2000).

No caso específico dos adolescentes, a privação de sono tem sido relacionada com maior tendência a acidentes, fraco desempenho escolar, humor negativo (por exemplo, raiva, tristeza e medo), dificuldade em controlar emoções e problemas de comportamento, maior probabilidade de uso estimulante (incluindo cafeína e nicotina), álcool e substâncias similares e uma maior tendência a comportamentos de risco (Pinto T. , Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016) (National Sleep Foundation, 2000).

No domínio das consequências para a saúde, destacam-se, também, o aumento de probabilidade de doenças como hipertensão, obesidade, diabetes, depressão ou insónia (Pinto T. , Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016).

Os adolescentes que não dormem o suficiente apresentam um aumento de riscos à saúde. A privação de sono e um sono de má qualidade estão, em muitos casos, associados à maior presença de patologias (Felden, Filipin, Barbosa, Meyer, & Louzada, 2016).

### **3.3. Estudos Sobre Programas de Intervenção com a População Alvo**

Os distúrbios do sono, apesar de identificados como um importante problema de saúde pública, tanto pela sua frequência como pelas suas repercussões no indivíduo, na família e na



comunidade, ainda estão longe de merecer destaque, no que respeita a medidas de prevenção efetivas, em especial, quando se trata de privação de sono ou sono inadequado durante a infância e adolescência.

Dos estudos nacionais desenvolvidos, acerca do sono em adolescentes, cabe destacar os publicados por Teresa Rebelo Pinto e Teresa Paiva, Psicóloga e Neurologista, respetivamente, do Centro do Sono de Lisboa (CNEC), juntamente com as Psicólogas Joana Carneiro Pinto e Helena Rebelo-Pinto da Faculdade de Ciências Humanas - Universidade Católica Portuguesa: "Validation of a three-dimensional model about sleep: Habits, personal factors and environmental factors", Pinto et al (2014), publicado na Revista Sleep Science, Volume 7 de 2014, e "O sono em adolescentes portugueses: Proposta de um modelo tridimensional" Pinto et al (2016), publicado na Revista Análise Psicológica, vol.34, n.4 de 2016.

O estudo "Validation of a three-dimensional model about sleep: Habits, personal factors and environmental factors", teve como principal objetivo testar a estrutura fatorial de dois questionários de sono e sua consistência interna numa amostra de adolescentes e seus respectivos pais e avaliar a validade e robustez de um modelo tridimensional sobre o sono que aborda hábitos de sono, fatores pessoais e fatores ambientais.

Integrado num projeto mais amplo: "Dorme mais para ler melhor", do no Plano Nacional de Leitura de Portugal, neste estudo, participaram um total de 654 adolescentes, do ensino básico de escolas do norte, centro e sul de Portugal e 612 pais.

Os questionários, "Meu sono e eu" e o "O sono do meu filho", foram utilizados para avaliar a percepção dos adolescentes e dos pais sobre o sono dos adolescentes, respetivamente. Consistem em 27 itens Likert, em escala de cinco pontos, organizados em 3 dimensões e 9 sub-dimensões. A primeira dimensão, denominada Hábitos de Sono, refere-se ao que os adolescentes costumam fazer em termos de duração, horários e regulação do sono. Este fator tem três sub-dimensões: comprimento (tempo de sono total), regularidade (tempo padrão de sono) e autonomia (capacidade de regular o sono em si). A segunda dimensão, denominada Fatores Ambientais, inclui o impacto do estilo de vida no sono e inclui três subcategorias: o quarto (características e localização), atividades (distribuição de tarefas diferentes ao longo do dia) e alimentação (tempo, quantidade e qualidade das refeições e consumo de substâncias). A última dimensão, designada de Fatores Pessoais, refere-se a sentimentos, conhecimentos e problemas de adolescência relacionados ao sono e compreende

três subcategorias: conhecimento (relaciona-se com o conhecimento do adolescente sobre o sono), sentimentos (abrangendo emoções sobre o sono) e problemas (dificuldades ou dificuldades experimentadas em relação dormir).

Na conclusão do estudo as autoras consideraram que, depois de testar psicometricamente várias estruturas de fatores dos questionários "Meu sono e eu" para adolescentes e "O sono de meus filhos" para os pais, o modelo teórico derivado de ambos os questionários e estruturado em três dimensões e nove subdimensões, poderia ser usado como uma matriz geradora válida de objetivos específicos em programas baseados na intervenção escolar/comunidade.

O estudo "O sono em adolescentes portugueses: Proposta de um modelo tridimensional", Pinto et al (2016), propôs-se (i) a caracterização do sono dos adolescentes em termos de hábitos, auto percepções e conhecimentos, (ii) a exploração dos fatores invocados pelos adolescentes como fundamento das suas auto percepções, e (iii) a conceção de uma proposta de modelo para uma abordagem integrativa do sono como enquadramento de futuras investigações e intervenções, nomeadamente no contexto clínico e educativo.

Participaram no estudo um total de 400 adolescentes, inscritos no 9º e nos 11º anos de escolaridade, num total de 17 turmas, selecionadas aleatoriamente, de duas escolas de Lisboa, selecionadas por conveniência.

Para avaliação dos hábitos, dos conhecimentos e das auto percepções dos adolescentes acerca do sono foi utilizado uma versão experimental do Questionário Sobre Sono para Adolescentes (QSSA).

Os resultados obtidos revelaram que, o grupo de adolescentes, dormia menos do que o recomendado para o grupo etário, dormindo menos do que deveriam durante a semana e bastante mais do que o desejável durante os fins-de-semana. Inerente a esta discrepância dos horários, concluíram existir, um problema de regularidade dos tempos de sono. Também verificaram que os adolescentes organizam o seu sono sem ter em consideração os ritmos circadianos, fundamentais na arquitetura do sono. E que apesar destes problemas, os participantes pareciam ter consciência da relevância do sono na sua vida, revelando uma atitude geral positiva em relação ao sono e ao mesmo tempo algum desconhecimento/despreocupação relativamente às consequências desses comportamentos.

Como conclusão deste estudo, propõem as autoras, um modelo estruturado dos conceitos-chave identificados e reorganizados em três grandes dimensões e nove sub-dimensões, sobreponíveis às identificadas no estudo anterior, agora associadas a um conjunto de propostas de intervenção no âmbito da educação do sono e específicas para cada dimensão.

No final de ambos estudos, as autoras deixam orientações para a intervenção junto dos adolescentes e dos seus pais:

Assim, para a primeira dimensão – Hábitos de sono: orientam a intervenção no sentido de criar objetivos e atividades que estimulem os jovens para um tempo total de sono adequado à idade, a cumprir e definir um horário de sono organizado e regular e a adquirir autonomia progressiva na preparação e na regulação do dormir e do acordar.

Para a segunda dimensão – Fatores ambientais: orientam para uma intervenção no âmbito da educação do sono, que contribua para a criação de condições ambientais favoráveis a um bom sono (ruído, luz e temperatura no quarto), que promova uma gestão equilibrada do dia-a-dia e para um esquema alimentar adequado.

Quanto à terceira dimensão – Fatores pessoais, as intervenções educativas deverão favorecer o gosto por dormir, pela aquisição de conhecimentos básicos sobre o que se deve fazer para dormir bem, e possibilitar a identificação de eventuais problemas de sono, tal como de recursos adequados ao seu tratamento.

### **3.4. Recrutamento da População-Alvo**

A população-alvo, segundo Fortin (1999, p.202) “é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente...”, “... raramente é acessível na sua totalidade ao investigador. “Já a população acessível...”,” ...que deve ser representativa da população alvo, é constituída pela porção de população alvo que é acessível ao investigador.”” ...geralmente é limitada a uma região, uma cidade, um hospital, etc., ...” (Fortin, 1999).

Tendo em conta as características específicas e comuns dos adolescentes na predisposição para problemas de sono, poderíamos considerar como população alvo deste projeto todos os adolescentes. Mas como refere Fortin (1999), seria impossível estudar a totalidade da população de adolescentes pelo que foi necessário definir a população alvo “acessível”.

Assim, tendo em conta, tratar-se de uma intervenção no âmbito da Saúde Escolar da UCC de Évora, foi necessário estabelecer quais os adolescentes da população escolar a recrutar.

Dado que, alguns estudos (Vilela.T, Bittencourt, Tufik, & Moreira, 2016) nos levam a concluir que, os problemas de privação de sono tendem a evoluir desfavoravelmente com o aumento da idade e sendo o foco do projeto a prevenção/promoção de saúde, estabeleceu-se que a população deveria encontrar-se nos primeiros anos da adolescência.

Por fim, analisados os projetos já em curso no âmbito da saúde escolar e com o objetivo de não sobrepor intervenções, que levassem a uma sobrecarga dos alunos, estabeleceu-se como população alvo para este projeto os adolescentes que frequentam os 7<sup>os</sup> anos de escolaridade da cidade de Évora.

No processo de recrutamento foram realizados os contactos, necessários à operacionalização do projeto. Numa fase inicial foi contactado o adjunto da Direção do Agrupamento de Escolas com o intuito de apresentar o projeto e os seus objetivos. Através deste foi realizado o primeiro contacto (informal) com o Diretor do Agrupamento de Escolas. Posteriormente estabeleceu-se o primeiro contacto por escrito requerendo-se autorização para a implementação do projeto (Anexo II), cuja resposta foi favorável (Anexo III). Posteriormente foi efetuada uma reunião com as professoras responsáveis pelo Programa Educação para a Saúde (PES) das duas escolas, que considerando importante a implementação de projeto, se disponibilizaram a colaborar na articulação com os demais professores para o agendamento das diversas intervenções a efetuar. Nessa reunião ficou definido que as intervenções iriam decorrer nas aulas de OC (Oferta Complementar) porque na sua quase totalidade são lecionadas pelos diretores de turma e de forma a não interferir nem com outras atividades letivas, nem com o tempo livre do horário dos alunos.

Também foram acordadas as formas e meios de contato entre o investigador e os professores de PES e os procedimentos para a entrega/recolha dos Consentimentos Informados Livres e Esclarecidos (CILE).



Foram entregues 198 CILE (Escola 1:  $20+22+17+19=78$ ) + (Escola 2:  $30+30+30+30=120$ ), que os alunos levaram para casa, tendo regressado assinados 151 consentimentos (76,26%).

O que determinou a aplicação de 151 questionários aos alunos. Destes, foram excluídos do estudo, 12 questionários, por preenchimento incorreto ou incompleto nos dados considerados imprescindíveis, sendo a amostra final constituída pelos dados de 139 alunos.

Relativamente aos questionários para os pais/adulto que melhor conhece os hábitos de sono do aluno, foram entregues 151, tendo regressado 99 questionários preenchidos (65,56%). Destes foram excluídos 18 questionários, por preenchimento incorreto ou incompleto nos dados considerados imprescindíveis, fazendo parte do estudo 81 questionários.

#### 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Entende-se por objetivo “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1993, pág. 79).

Para que a formulação dos objetivos possa ser clara é necessário que os problemas sejam descritos de forma sucinta, delimitando o problema que o projeto visa resolver. A definição rigorosa e exata dos objetivos, permite evitar problemas no momento da sua avaliação, permitindo também orientar os esforços necessários e meios disponibilizados para a sua consecução (Ferrito, 2007).

A correta definição dos objetivos, permite orientar as estratégias dirigidas aos resultados esperados e avaliar os obtidos após o cumprimento do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993).

Tendo sido, o diagnóstico de saúde, direcionado à caracterização dos hábitos de sono nos adolescentes encara-se, precisamente a qualidade do sono como sendo o problema prioritário. A influência de fatores de natureza psicossocial e de ordem ambiental podem ser considerados fatores favorecedores de alterações da qualidade do sono, integrando assim a problemática definida como prioritária.

A finalidade deste projeto de intervenção é a capacitação dos adolescentes e a família para a adoção de hábitos de sono saudáveis, dotando-os de conhecimento sobre a influência do sono no estado de saúde do indivíduo. Pretende-se também, sensibilizar para a importância de bons hábitos de sono, informar sobre as consequências de privação do sono e tomar precauções para proteger-se.

No cumprimento das considerações éticas, ainda que, o diagnóstico da situação não tenha abrangido a totalidade dos alunos inscritos nas turmas incluídas no projeto, pois a sua participação dependia da autorização dos pais/encarregados de educação mediante a assinatura do CI e da sua própria aceitação em colaborar, a determinação dos objetivos e o planejamento das intervenções foram realizadas para a totalidade dos alunos.

Assim, tendo em conta que o projeto desenvolvido pretende a promoção de hábitos de sono saudáveis nos adolescentes foram determinados os seguintes objetivos:

### **Objetivo Geral:**

- Capacitar os adolescentes do 7º ano de escolaridade e família para a adoção de hábitos de sono saudáveis.

### **Objetivos Específicos:**

- Promover a aquisição de conhecimentos básicos sobre o sono e as suas principais características;
- Sensibilizar para a importância de bons hábitos de sono;
- Alertar para as consequências de privação do sono;

No sentido de permitir avaliar o alcance dos objetivos delineados, foram definidos, para cada um dos objetivos as metas e indicadores a alcançar.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993, p. 80) uma meta (ou objetivo operacional), é “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade”.

Já um indicador “é sempre uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco” (Imperatori & Giraldes, 1993).

Podem-se distinguir dois tipos de indicadores: indicadores de resultado ou de impacto: que têm por finalidade “medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual do problema” e indicadores de atividade ou de execução que permitem “medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado”.

Para avaliação da consecução do objetivo principal (Quadro 1) pretende-se reaplicar, no final do ano letivo em curso o questionário “O meu sono e eu”, tendo sido definidos a seguinte meta e indicador:

Meta: Aumento em 10% da média de pontuação obtida no questionário “O meu sono e eu” aplicado aquando do diagnóstico da situação;

Indicador: (Média da pontuação do 2º questionário – Média da pontuação no 1º questionário) /Média da pontuação obtida no 1º questionáriox100.

Já relativamente aos objetivos específicos (Quadro 1), as metas e indicadores tiveram como base a participação dos alunos/pais ou encarregados de educação, nas sessões de educação planeadas/efetuadas (Anexo IV e V) e a avaliação de qualidade das sessões, realizada pelos professores, através de uma ficha de avaliação (Anexo VI).

**Quadro 1 - Objetivos/Atividades/Avaliação**

Objetivos		Atividades	Avaliação	
			Metas	Indicadores
Geral	Capacitar os adolescentes do 7º ano de escolaridade e família para a adoção de hábitos de sono saudáveis	Reaplicação do questionário “O meu sono e eu” utilizado para o diagnóstico	aumento em 10% da média de pontuação obtida no 1º questionário	(média da pontuação no 2º questionário – média da pontuação no 1º questionário) /média da pontuação obtida no 1º questionáriox100
Específicos	Promover a aquisição de conhecimentos básicos sobre o sono e as suas principais características	Sessão 1 Sessão 2	80% dos alunos devem estar presentes na sessão	Nº de alunos presentes na sessão/Nº total de aluno na sessão X 100
	Sensibilizar para a importância de bons hábitos de sono		80% dos professores devem considerar o tema pertinente	Nº de professores que consideram o tema pertinente/Nº total de professores X 100
	Alertar para as consequências de privação do sono	Sessão 3 (Pais/Encarregados de educação)	80% dos alunos presentes na sessão devem participar ativamente no jogo proposto	Nº de alunos que participam de forma ativa no jogo proposto/Nº de alunos presentes na sessão X 100
			50% dos alunos tenham um pai (pai/ mãe/ encarregado de educação) presente na sessão	Nº de pais presentes na sessão/Nº total de aluno na X 100



## 5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Pretende este capítulo efetuar uma análise reflexiva sobre as intervenções, abordando a fundamentação para as mesmas, as metodologias utilizadas, uma análise sobre as estratégias acionadas, os recursos materiais e humanos envolvidos, os contactos desenvolvidos e as entidades envolvidas, uma análise da estratégia orçamental bem como o cumprimento do cronograma estabelecido.

### 5.1. Metodologias

A metodologia do planeamento em saúde é um conjunto de decisões programadas, com vista à otimização dos sempre escassos recursos e cujo resultado pretende mudar uma situação específica. A necessidade do planeamento da saúde é justificada pela indispensabilidade de definir prioridades e por permitir uma intervenção multisectorial, evitando intervenções isoladas, mais onerosas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Planear, em saúde, implica um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, com vista a atingir objetivos determinados, numa ordem de prioridade previamente estabelecida e permitindo escolher a melhor solução entre várias alternativas. Sendo, por isso, o planeamento em saúde um auxiliar na tomada de decisão (Tavares, 1990).

A organização e a realização de trabalho em moldes de projeto são, segundo Ferrito (2007), indispensáveis nas diversas esferas da atividade profissional, pois possibilitam a realização de estudos e uma melhor gestão de estratégias e dos esforços dos vários intervenientes.

Tavares (1990) identifica 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.

Segundo Tavares (1990) na primeira etapa, o diagnóstico de situação, são identificados os problemas de saúde da população em estudo e determinadas as suas necessidades. Segundo este autor, um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado deficiente, enquanto que a necessidade exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir,

representando a diferença entre o que existe e o que é desejável em termos de estado de saúde (Tavares, 1990).

Para Imperatori e Giraldes (1993), esta etapa deve descrever a situação de forma, preferencialmente, quantitativa.

Na primeira fase do projeto designado “Bom Sono +Saúde: Promoção de hábitos Saudáveis de Sono em Adolescentes” e como parte integrante do diagnóstico/identificação do problema, pretendeu-se caracterizar os hábitos de sono dos adolescentes que frequentam os 7<sup>os</sup> anos de escolaridade, do Concelho de Évora e identificar eventuais fatores externos que influenciam a redução do tempo de sono.

### ***Instrumento de Colheita de Dados***

O método de recolha de dados utilizado, foi o inquérito por questionário. Todos os instrumentos estão devidamente adaptados e validados para a população portuguesa e para o seu uso procedeu-se ao pedido de autorização aos autores, cuja resposta foi favorável. Foram utilizados dois questionários:

- Questionário 1 (Anexo VII): Aplicado aos alunos e composto por três partes: A primeira, constituída pela Escala de Sonolência de Cleveland (Spilsbury et al., 2007; versão portuguesa, Pinto et al., 2017); a segunda pelo questionário “O meu sono e eu” (Projeto Sono-Escolas, Pinto, Teresa Rebelo et al., 2013) e a terceira que pretendeu a caracterização socio demográfica do adolescente.

O Questionário de sonolência em adolescentes de Cleveland (Pinto, Rebelo-Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2017) avalia o grau de sonolência dos adolescentes. É um questionário multidimensional que avalia a sonolência diurna em relação ao estado de alerta diurno e noturno, constituído por 16 itens, os valores-limite vão de 16 a 80 pontos, sem um ponto de corte para classificação da presença, ou não, de sonolência. Neste questionário é solicitado ao adolescente para responder a todas as possibilidades escolhendo o número mais apropriado para cada situação: Nunca (0 vezes por mês) = 1; Raramente (menos de 3 vezes por mês) = 2; Algumas vezes (1-2 vezes por semana) = 3; Frequentemente (3-4 vezes por semana) = 4; Quase sempre (5 ou mais vezes por semana) = 5.

O questionário "O meu sono e eu" é utilizado para avaliar a percepção dos adolescentes sobre o seu sono. Consiste numa escala de Likert, de 27 itens Likert, em escala de cinco pontos, organizados em 3 dimensões - Hábitos de Sono, Fatores Ambientais e Fatores Pessoais.

- Questionário 2 (Anexo VIII): Aplicado ao adulto que melhor conhece os hábitos de sono do aluno, também composto por três partes: a primeira, integra a Escala de Sonolência de Epworth (Sleep Disorders Unit, Epworth Hospital, Melbourne, Victória, Australia by Marray W. Johns, 1991; Versão Portuguesa, Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), Laboratório de Estudos de Patologia de Sono (LEPS) do Centro Hospitalar de Coimbra, 2012); a segunda o questionário "O sono do meu filho" (Projeto Sono-Escolas, Pinto, Teresa Rebelo et al., 2013) e a terceira que pretende a caracterização sociodemográfica.

A Escala de Sonolência de Epworth, (Santos, Ferreira, & Santos, 2001) trata-se de um questionário que avalia a propensão para o sono ou sonolência num leque diversificado de situações de vida. O questionário inclui oito itens com a descrição de situações do quotidiano (1. Sentado a ler; 2. A ver televisão; 3. Sentado, inativo, em local público (ex. cinema, reunião...); 4. Como passageiro num transporte ao fim de uma hora consecutiva; 5. Deitado a descansar à tarde; 6. Sentado a conversar com alguém; 7. Sentado tranquilamente depois do almoço, sem bebidas alcoólicas; 8. No carro, parado nos sinais de trânsito por alguns minutos), para as quais, é solicitado ao inquirido a escolha numa escala de 0 a 3 (0 - Nenhuma probabilidade de dormir; 1 - Baixa probabilidade de dormir; 2 - Moderada probabilidade de dormir; 3 - Alta probabilidade de dormir) o número que mais se adequa ao seu atual modo de vida habitual. A pontuação global é obtida pela soma das pontuações atribuídas a cada resposta, apresentada numa escala de orientação positiva de 0 (mínima sonolência) a 24 (sonolência máxima).

O questionário "O sono do meu filho" é utilizado para avaliar a percepção dos pais/encarregados de educação sobre o sono dos seus filhos/educandos. Da mesma forma como o questionário "O meu sono e eu", consiste em 27 itens Likert, em escala de cinco pontos, organizados em 3 dimensões - Hábitos de Sono, Fatores Ambientais e Fatores Pessoais, o que permite relacionar a percepção de pais e filhos em relação ao sono destes últimos.

### ***Considerações Éticas***

Relativamente à aplicação dos questionários e uma vez que ocorreria em meio escolar, foi efetuado o requerimento de autorização para a sua aplicação à Direção Geral de Educação - Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (DGE MIME) (Anexo IX) (pedido de autorização do inquérito n.º 0605700001). Também para o desenvolvimento do projeto, foi efetuado requerimento às Comissões de Ética da Universidade de Évora (Anexo X) e da Administração Regional de Saúde do Alentejo (Anexo XI). Todos os requerimentos receberam parecer favorável (Anexos XII, XIII, XIV). Posteriormente, procedeu-se ao pedido de autorização, à Direção do Agrupamento de Escolas. Por fim, uma vez que os alunos eram menores requereu-se autorização aos Representantes Legais dos alunos, mediante a assinatura de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido. No momento da aplicação dos questionários, os alunos também foram verbalmente informados que o preenchimento era voluntário não havendo qualquer consequência para quem se recusasse a participar e na salvaguarda da própria vontade, a recolha dos questionários foi efetuada com recurso a uma caixa disponibilizada para o efeito, onde os questionários dobrados, foram colocados pelos próprios. Durante todo o processo foi assegurado o seguimento rigoroso das considerações éticas associadas à colheita, processamento e análise de dados.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a natureza voluntária de sua participação e a garantia de confidencialidade dos dados recolhidos.

### ***Procedimentos***

Os CILE foram entregues, pelo investigador, aos professores do PES, que por sua vez fizeram entrega aos Diretores de Turma, que os distribuíram pelos alunos com a informação de que deveriam fazer entrega ao representante legal. Caso este considerasse de autorizar a sua participação do se educando, o deveria assinar e entregar de novo ao aluno para este fazer devolver ao diretor de turma. Posteriormente, o investigador recolheu os CILE junto dos respetivos diretores de turma.

A aplicação do Questionário 1, foi efetuada pelo próprio investigador, em sala de aula e unicamente aos alunos que tinham autorização do Representante Legal, mediante assinatura do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.



Logo após a aplicação/recolha do Questionário 1, o investigador distribuiu, pelos alunos, o Questionário 2, juntamente com os CILE, que de acordo com a indicação da Comissão de Ética da ARS Alentejo, deveriam ser assinados no caso de o representante legal não ser o adulto que melhor conhece os hábitos de sono do aluno (Anexo XV), com a informação de que se destinavam ao preenchimento voluntário do adulto que melhor conhecesse os seus hábitos de sono. Os questionários preenchidos foram entregues ao diretor de turma e posteriormente recolhidos pelo investigador.

## **5.2. Fundamentação das Intervenções**

Em 21 de novembro de 1986, durante a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, foi apresentada a Carta de Ottawa. Esta carta, constituiu-se um marco importante no percurso da promoção da saúde ao longo dos tempos. Baseada nos progressos decorrentes da Declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata (1978), com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000, teve como fim dar resposta às crescentes expectativas de um novo movimento de saúde pública e centrar as suas orientações em torno da Promoção de saúde (WHO, 2018).

A promoção da saúde é definida, na Carta de Ottawa, como o processo que permite às pessoas aumentar o controlo e melhorar sua saúde, devendo os serviços de saúde, para além das suas responsabilidades na prestação de cuidados clínicos e curativos, orientar-se para a promoção da saúde e apoiar as necessidades dos indivíduos e das comunidades para uma vida saudável. (Idem)

De acordo com o mesmo documento, a Promoção de Saúde, representa um processo social e político abrangente direcionado para o fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas orientado para a mudança de condições sociais, ambientais e económicas, com o fim de aliviar o seu impacto na saúde pública e individual.

A promoção da saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social através do fornecimento de informações, educação para a saúde e aprimoramento das habilidades para a vida. Ao fazê-lo, aumenta as opções disponíveis para que as pessoas exerçam mais controle sobre sua própria saúde e sobre seus ambientes, e para fazer escolhas favoráveis à saúde. Isso deve ser facilitado nas

configurações da escola, do lar, do trabalho e da comunidade. A ação é necessária através de órgãos educacionais, profissionais, comerciais e voluntários, e dentro das próprias instituições. (Idem)

Assim, a promoção de saúde é o processo de habilitação das pessoas para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde e melhorar sua saúde, sendo a participação essencial para sustentar a ação de promoção da saúde.

A Carta de Ottawa identifica três estratégias básicas para a promoção da saúde: *Advogar*, para que a saúde crie as condições essenciais, atrás indicadas; *Capacitar* permitindo a todas as pessoas atingir seu potencial de saúde total; e *Mediar* entre os diferentes interesses na sociedade na procura da saúde (DGS, s/d).

Conforme descrito na Carta de Ottawa, essas estratégias deverão ser apoiadas por cinco áreas de ação prioritárias: i) Criação de uma política pública saudável; ii) Criação de ambientes de apoio para a saúde; iii) Fortalecimento da ação comunitária para a saúde; iv) Desenvolvimento de habilidades pessoais; v) Reorientação dos serviços de saúde (Idem).

Em Portugal o elemento basilar das políticas de saúde é o Plano Nacional de Saúde, que com o objetivo de maximizar os ganhos em saúde para a população é um instrumento estratégico, que permite o alinhamento das políticas de saúde, de forma coerente e fundamentada (DGS, 2015).

O Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020, assenta em quatro Eixos Estratégicos Transversais: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; e Políticas Saudáveis. É implementado através de programas, projetos, atividades e ações operacionalizadas por diferentes agentes e dirigidas a necessidades ou temas específicos, numa lógica de planeamento macro estratégico, operacionalizado a nível regional e local (Idem).

Tanto os programas nacionais, como projetos ou iniciativas de carácter operativo (projetos ou iniciativas dirigidas a alvos muito concretos) são instrumentos de implementação do PNS. A estratégia de implementação do PNS, passa por uma abordagem dos determinantes da saúde, através de programas nacionais, desenvolvidos nos ambientes onde as pessoas vivem, trabalham e estudam, em cooperação com os variados setores que contribuem para a saúde (idem).

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), instrumento orientador das políticas nacionais, no que à promoção da saúde em meio escolar diz respeito, tem como finalidade contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens. A sua última versão (PNSE|2015) resultou da necessidade de se adequar à reorganização dos Serviços de Saúde e aos novos desafios da saúde da população portuguesa, especialmente de crianças e jovens. O núcleo central das intervenções da Saúde Escolar constitui-se, na promoção da saúde, apoiada por métodos ativos e trabalho por projeto, que valorizem a promoção de competências sociais e emocionais (DGS, 2015).

A intervenção da Saúde Escolar, no âmbito do PNSE|2015, assenta nos seguintes seis eixos: i) Capacitação; ii) Ambiente escolar e saúde; iii) Condições de saúde; iv) Qualidade e Inovação; v) Formação e investigação em Saúde Escolar; vi) Parcerias. Em cada eixo desenvolvem-se as áreas de intervenção e os objetivos operacionais, a que correspondem estratégias de intervenção da Saúde Escolar, para o período 2015-2020.

Os hábitos de sono e repouso integram uma das áreas de intervenção do PNSE (2015) no âmbito do eixo da Capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudável. As outras áreas de intervenção que fazem parte do eixo da Capacitação são: Saúde mental e Competências socio emocionais; Educação para os afetos e a sexualidade; Alimentação saudável e atividade física; Higiene corporal e saúde oral; Educação postural; Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância.

Segundo a National Sleep Foundation (2000) na maioria dos casos, os sintomas de distúrbios do sono, podem ser eliminados ou minimizados através do uso de modificações de comportamento apropriadas.

A capacidade para adotar um sono de qualidade, especialmente na idade escolar, não se obtém de forma espontânea, depende do conhecimento acerca do sono. Torna-se, por isso, necessário desenvolver, especialmente junto das crianças e jovens, intervenções que promovam o conhecimento, através de informação atualizada e atividades didática que facilitem a sua compreensão, a adoção de bons hábitos de sono e a valorização do sono como fator indispensável ao seu desenvolvimento. Desta forma é indispensável combater a falta de conhecimento que impede a

adoção de comportamentos autorreguladores, que previnem as consequências que acarretam as alterações normais do ciclo do sono tanto a nível funcional, orgânico e psicológico (Malasán, Sequeida, & Marcela, 2013).

Segundo o mesmo autor havendo evidência de sucesso em programas de intervenção sobre comportamentos sono em adultos programas de intervenção com adultos é necessário a sua extrapolação para populações de crianças e jovens, referindo-se a um programa de intervenção ocorrido no Japão, em que numa intervenção de 30 minutos se promoveu informação acerca de bons hábitos de sono e estratégias de relaxamento e controlo de estímulos e que ao fim de 3 meses havia diferenças significativas entre o grupo de controlo e o experimental (Malasán, Sequeida, & Marcela, 2013).

Também é necessário promover iniciativas de intervenção sobre o sono, os sinais e perigos da sonolência e as intervenções adequadas para crianças e adolescentes que apresentam sinais de dificuldades ou distúrbios do sono, junto de adultos-chave (pais, professores, administradores escolares, profissionais de saúde) que têm contacto frequente e regular com adolescentes (National Sleep Foundation, 2000). E contar com estratégias de ensino que atuem preventivamente e que tenham como finalidade a promoção de comportamentos de autorregulação (Malasán, Sequeida, & Marcela, 2013).

Reconhecida a relevância da Promoção de Saúde, no aumento do controlo e melhoria da saúde, para o desenvolvimento do Projeto Bom Sono +Saúde, recorreu-se ao Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Pender (HPM - Health Promotion in Nursing Practice).

O recurso à utilização de modelos e teorias no campo da promoção da saúde, para além de contribuir para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir, pode facilitar na compreensão dos determinantes de saúde e orientar nas soluções que respondem às necessidades e interesses das pessoas envolvidas, possibilitando maiores oportunidades na obtenção de objetivos, tanto para a promoção da saúde, quanto para a prevenção da doença (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

O Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Pender, desenvolvido na década de 80, pela professora emérita Nola J. Pender, da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan, surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os



fatores que influenciam comportamentos saudáveis, servindo também de guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos para a adoção de estilos de vida saudáveis (Tomey & Alligood, 2004).

O Modelo de Promoção da Saúde de Pender é um modelo de Enfermagem, cujo propósito é auxiliar os enfermeiros na compreensão dos principais determinantes dos comportamentos de saúde como base para o aconselhamento comportamental para promover o estilo de vida saudável. Fornece uma estrutura simples e clara, que permite a intervenção de forma individual ou em grupo. Pode ser usado na implementação e avaliação de ações de promoção da saúde e permite avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

Este modelo assenta em cinco conceitos chave: pessoa, meio ambiente, enfermagem, saúde e doença, que define da seguinte forma (Pender, 2011).

Pessoa - aquele que é influenciado e influencia o ambiente, sendo a relação entre pessoa e ambiente recíproca. As suas características individuais, bem como experiências de vida, moldam os seus comportamentos, incluindo comportamentos de saúde.

Meio ambiente - Contexto social, cultural e físico em que o curso da vida se desenrola. O ambiente pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto positivo e facilitador para comportamentos que melhoram a saúde.

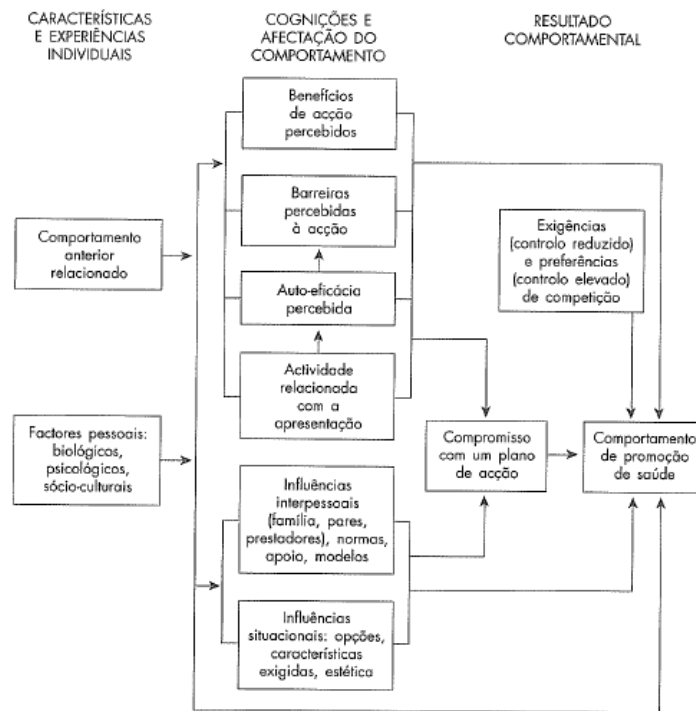
Enfermagem - Em colaboração com indivíduos, famílias e comunidades pode criar as condições mais favoráveis para a expressão de saúde e bem-estar ideais.

Saúde - Potencial humano inerente e adquirido através do comportamento direcionado para o autocuidado competente e relacionamentos satisfatórios com outros.

Doença - Eventos distintos ao longo do ciclo de vida que podem dificultar ou facilitar a busca contínua pela saúde.

O Modelo de Promoção da Saúde permite avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três grandes componentes, que por sua vez estão subdivididos em variáveis (Figura 1):

Figura 1 – Representação do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender



Fonte: (Tomey & Alligood, 2004)

1 - *Características e experiências individuais*: incluem o comportamento anterior (a ser mudado) e os *Fatores pessoais* que são preditores de um dado comportamento (divididos em *fatores biológicos, psicológicos e socioculturais*).

2 - *Cognições e afecção do conhecimento*: Considerados de grande importância motivacional e são modificáveis (comportamento que se quer alcançar). Formado pelas seguintes variáveis: *Benefícios da ação percebidos*: que reforçam as consequências de adotar um comportamento; *Barreiras da ação percebidas*: são vistas como dificuldades e custos pessoais; *Autoeficácia percebida*: julgamento da capacidade pessoal de organizar e executar um comportamento de promoção de saúde; *Atividade relacionada com a apresentação*: sentimentos positivos ou negativos subjetivos que ocorrem antes, durante ou depois ao comportamento; *Influências interpessoais*: comportamentos influenciados por outros como família, pares e prestadores de cuidados; E *Influências situacionais*: comportamentos influenciados (positiva ou negativamente) pelo ambiente no qual o comportamento de promoção de saúde é proposto acontecer.

3 - *Resultado comportamental*: que abrange o *Compromisso com um plano de ação*, considerada como a estratégia planeada que conduz à implementação do comportamento de saúde esperado (intervenções de enfermagem); *Exigências e preferências de competição imediatas*: em que

nas exigências os indivíduos têm menos controlo porque incluem responsabilidades (trabalho, família...) e nas preferências têm maior controlo uma vez que são alternativas (escolher entre gelado ou maçã); e *Comportamento de promoção de saúde*: fim ou resultado que se pretende da intervenção.

A grande finalidade do referido modelo é o comportamento para a melhoria da saúde, no sentido da obtenção de resultados de saúde positivos tais como o bem-estar ótimo, realização pessoal e existência produtiva, não se limitando, como ocorria com modelos anteriores, a explicar o comportamento de prevenção da doença na base do medo ou ameaça (Tomey & Alligood, 2004).

### **5.3. Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas**

Define-se seleção de estratégias como a escolha de um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar os objetivos fixados (Imperatori & Giraldes, 1993).

A estratégia estabelecida para a atingir os objetivos definidos foi a Educação para a Saúde (EpS).

De acordo com a World Health Organization (1998) a Educação para a Saúde compreende oportunidades conscientemente construídas de aprendizagem envolvendo alguma forma de comunicação destinada a melhorar a alfabetização em saúde, incluindo a melhoria do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades para a vida que sejam favoráveis à saúde individual e comunitária.

A EpS não se preocupa apenas com a comunicação de informações, mas também com a promoção da motivação, habilidades e confiança (autoeficácia) necessárias para tomar medidas para melhorar a saúde. A educação para a saúde inclui a comunicação de informações sobre as condições sociais, económicas e ambientais subjacentes que afetam a saúde, bem como fatores de risco individuais e comportamentos de risco, e uso do sistema de saúde. Assim, a educação em saúde pode envolver a comunicação de informações e o desenvolvimento de habilidades que demonstrem a viabilidade política e as possibilidades organizacionais de várias formas de ação para abordar os determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde (WHO, 1998).

A Educação para a Saúde pretende aumentar a saúde da pessoa, grupo ou comunidade, procura desenvolver os processos internos que permitam à pessoa adotar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças sendo estas influenciadas pela comunidade da qual faz parte. Por sua vez, a pessoa também influencia a comunidade provocando-lhe processos internos geradores da adoção de comportamentos saudáveis (Carvalho & Carvalho, 2006).

Educar as pessoas para a saúde implica a criação de condições para que se transformem, sabendo o porquê das coisas. É mostrar-lhes que podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados com a sua saúde. Isto impõe dinâmica de trabalho (Idem).

Qualquer ação no sentido de trabalhar hábitos de saúde e estilos de vida, implica uma mudança individual, cultural, social e comunitária. Por outro lado, para que haja mudança de comportamento é necessário que haja aprendizagem (Idem).

Também, tendo em conta a estreita relação de dependência e reciprocidade entre o adolescente e o ambiente social que o circunda, toda intervenção que vise a satisfação das necessidades de saúde dos adolescentes deve considerar e incluir os grupos sociais no qual este se move, nomeadamente a família, o grupo de pares, o contexto escolar e, em última instância, a sociedade no seu coletivo, para que qualquer mudança real que ocorra, a comunidade, mais global deve ser considerada (Stanhope & Lancaster, 1999).

O modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, também, reconhece como fontes primárias de influências interpessoais a família, os pares, profissionais de saúde e como influências situacionais as relacionadas com o ambiente e que podem facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde (Tomey & Alligood, 2004).

O recurso a jogos, como metodologia ativa de ensino, pode constituir-se como um facilitador para a aprendizagem com diversas possibilidades, como a construção de conceitos e a memorização de processos. Os jogos podem ser utilizados como uma forma de divertimento e de socialização, mas também pode ter como finalidade e/ou consequência o desenvolvimento de habilidades e de conceitos (Baumgartel, 2016).



Quando utilizados no início de um novo conteúdo, os jogos, podem ter a finalidade de despertar o interesse, já no final, têm o intuito de consolidar a aprendizagem e reforçar o desenvolvimento de atitudes e habilidades (Idem).

Com a finalidade de atingir o Objetivo Geral: Capacitar os adolescentes do 7º ano de escolaridade e família para a adoção de hábitos de sono saudáveis, foram realizadas duas sessões de educação para a saúde, de quarenta e cinco minutos, em cada uma das oito turmas, num total de dezasseis sessões e uma sessão, de sessenta minutos para os pais/encarregados de educação em cada uma das turmas, no decorrer dos meses de novembro e dezembro de 2017.

Apresenta-se de seguida a descrição das sessões, considerando para cada uma o tema, os objetivos, as estratégias e os recursos utilizados.

#### Sessão 1 – “O que sabes sobre o sono?” (Quadro 2)

Esta sessão (Anexo XVI) visou atingir o objetivo: Promover a aquisição de conhecimentos básicos sobre o sono e as suas principais características.

No sentido de atingir estes objetivos foi realizado um jogo que se designou “Mito ou Realidade”. Para a sua realização foram colocados dois cartazes na sala de aula, em que, num estava escrito Mito e no outro Realidade. Perante a apresentação de um conjunto de afirmações foi pedido aos alunos para se deslocassem para junto do cartaz que consideravam ter a resposta correta. Posteriormente foi requerido que os elementos de cada grupo fundamentassem a sua opção, promovendo o debate entre os dois grupos.

Entre cada questão e finalizado cada debate entre os alunos foram apresentados, com recurso ao PowerPoint, os conteúdos que permitiam a resposta às questões colocadas no jogo e esclarecidas dúvidas.

**Quadro 2** - Ficha sessão 1: “O que sabes do Sono?”

Objetivos	Conteúdos	Estratégias/Atividades	Recursos	Tempo
<i>Promover a aquisição de conhecimentos básicos sobre o sono e as suas principais características</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definição de Sono</li> <li>O Sono como necessidade básica</li> <li>Nº de horas de sono recomendadas</li> <li>Os ciclos e as fases do Sono</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização do jogo: “Mito ou realidade”</li> <li>Recurso ao <i>Power point</i> para exposição de algumas temáticas</li> </ul>	Computador/ projektor	35 min
	Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reflexão sobre os conteúdos abordados e o jogo</li> <li>Esclarecimento de dúvidas</li> </ul>		10 min

Sessão 2 – “E quando dormes pouco?” (Quadro 3)

Para esta sessão (Anexo XVII) foram definidos os seguintes objetivos: Sensibilizar para a importância de bons hábitos de sono e alertar para as consequências de privação do sono;

A sessão era iniciada com uma apresentação em PowerPoint acerca dos temas selecionados e posteriormente proposta a atividade “O que está errado?”. Para a realização da atividade, os alunos eram divididos em grupos e entregue a cada grupo uma folha com a descrição de um caso fictício, com as rotinas e hábitos de um adolescente, seguidamente era requerido aos grupos que identificassem os comportamentos erróneos em relação a hábitos/comportamentos de sono. Os últimos cinco minutos da sessão eram reservados para a reflexão dos conteúdos e esclarecimento de dúvidas.

**Quadro 3** - Ficha sessão 2: “E quando dormes pouco?”

Objetivos	Conteúdos	Estratégias/Atividades	Recursos	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Sensibilizar para a importância de bons hábitos de sono</i></li> <li><i>Alertar para as consequências de privação do sono</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fatores que prejudicam o sono</li> <li>Distúrbios associados à privação de sono</li> <li>Estratégias para dormir bem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização do jogo: “O que está errado?”</li> <li>Recurso ao <i>Power point</i> para exposição de algumas temáticas</li> </ul>	Computador/ projektor	35 min
	Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reflexão sobre os conteúdos abordados e o jogo</li> <li>Esclarecimento de dúvidas</li> </ul>		10 min

Sessão para os Pais: (Quadro 4)

Inicialmente planeadas para serem realizadas a dois grandes grupos, um em cada escola e com recurso a convite aos pais para comparecerem nos auditórios, após ouvida a opinião da orientadora de estágio/ enfermeira responsável pela SE, foi reformulado o planeamento e programada uma sessão por turma, incluídas na reunião de avaliação, para pais/encarregados de educação, do primeiro período escolar.

A sugestão para a alteração da programação, deveu-se ao facto de ser usual haver uma fraca adesão, por parte dos pais, às atividades realizadas na escola. A proposta para alteração, sugeria a realização das sessões, para pais, conjuntamente com as reuniões de avaliação do primeiro período letivo e garantia a presença de um número superior de pais. O risco, desta alteração, era para o facto de que as reuniões serem quase todas agendadas para os mesmos dias e em horários quase coincidentes. Com a devida autorização do Diretor do AE e a colaboração das diretoras de turma foi possível proceder a um agendamento arriscado, mas possível.

A sessão para os pais (Anexo XVIII) pretendeu dar resposta aos objetivos traçados e abordar os seguintes conteúdos: Apresentação dos resultados do diagnóstico da situação, o sono e as suas fases, número de horas de sono recomendadas, os processos do sono e a sua importância para saúde, as consequências de maus hábitos de sono e a importância de rotinas de sono, conforme a ficha que se segue:

**Quadro 4 - Ficha sessão 3: Sessão para Pais**

Objetivos	Conteúdos	Estratégias/Atividades	Recursos	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a aquisição de conhecimentos básicos sobre o sono e as suas principais características</li> <li>• Sensibilizar para a importância de bons hábitos de sono</li> <li>• Alertar para as consequências de privação do sono</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação dos dados do diagnóstico da situação</li> <li>• O sono e as suas fases</li> <li>• Número de horas de sono recomendadas</li> <li>• Os processos do sono e a sua importância para a saúde</li> <li>• As consequências de maus hábitos de sono</li> <li>• A importância de rotinas de sono</li> </ul>	Recurso ao <i>Power point</i> para exposição de algumas temáticas	Computador/projetor	50 min
	Conclusão	Esclarecimento de dúvidas		10 min

#### **5.4. Recursos Humanos e Materiais Envolvidos**

A identificação dos recursos é fundamental, uma vez que da sua existência e organização depende o planeamento (Tavares, 1990). Para a implementação deste projeto, foram disponibilizados os recursos necessários para a prossecução dos objetivos definidos. Deste modo, descrevem-se abaixo os recursos utilizados:

Recursos humanos:

- Enfermeira, autora do projeto;
- Professores da disciplina de OC e diretores de turma das sete turmas;
- Professores das duas equipas de Educação para a Saúde.

Recursos materiais:

- Gabinete de enfermagem da UCC de Évora equipado com computador e acesso à internet;
- Salas de aulas equipadas com computador e projetor;
- Viatura automóvel;
- Computador portátil, com acesso à internet;
- Papel A4;
- Impressora / tinteiros.

#### **5.5. Contactos Envolvidos e Entidades Envolvidas**

Para o desenvolvimento da intervenção foram envolvidos o Diretor do Agrupamento de Escolas, o Conselho Pedagógico das escolas envolvidas, as Professoras responsáveis pelo Programa Educação para a Saúde (PES) e os diretores de turma, de cada uma das turmas envolvidas no projeto. Ao serem informados da intervenção de enfermagem sobre a temática sono para os adolescentes do 7º Ano, elogiaram a iniciativa e consideraram a temática pertinente, não só pela sua importância, mas sobretudo por já terem sido identificados problemas relacionados com a temática.



## 5.6. Análise da Estratégia Orçamental

No que diz respeito aos custos do projeto, a maior parte dos custos que envolveram, os recursos humanos integraram o desenvolvimento normal das atividades nas entidades de origem (UCC - ACES AC e AE). Já relativamente aos recursos materiais estes foram suportados pelo investigador, de acordo com o quadro abaixo:

**Quadro 5** - Recursos humanos/ Recursos materiais

Recursos	Especificação	Entidade	Valor (€)
Recursos Humanos	Enfermeiro	Bolseiro/UCC Évora	–
	Professores	Agrupamento de Escolas	–
Recursos Materiais	Salas de aula equipadas	Agrupamento de Escolas	–
	Toner para Impressora	Investigador	60.00
	Papel A4	Investigador	16.00
	Combustível para deslocações	Investigador	30.00
Custo total			106.00

## 5.7. Cumprimento do Cronograma

O cronograma segundo Imperatori e Giraldes (1993) define-se como uma representação gráfica onde se apresenta o tempo e as atividades que constituem o projeto.

Apesar das alterações, atrás referidas, relativamente ao planeamento e execução das sessões, as intervenções planeadas foram realizadas de acordo com o cronograma inicialmente estabelecido. De referir que, no que respeita à última fase da Avaliação, tal como representado no cronograma (Quadro 6), ainda não foi efetuada, pois o planeamento para execução remete a sua realização para o mês de julho de 2018.

**Quadro 6** - Cronograma

	2017				2018						
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Pesquisa bibliográfica											
Diagnóstico da situação											
Planeamento da intervenção											
Execução das sessões											
Avaliação											
Elaboração do Relatório											

## 6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

### 6.1. Avaliação dos Objetivos

A avaliação é a última etapa do Planeamento em Saúde. Tem como função estimar o grau de cumprimento de um objetivo através do confronto entre objetivos e estratégias. (Tavares, 1990) A definição dos objetivos, anteriormente efetuada condiciona o processo de avaliação, pois é a partir destes que se procede à avaliação. Nesta fase é fundamental fazer a comparação entre as metas traçadas e as atingidas, de forma a avaliar e refletir acerca das estratégias acionadas. O processo de avaliação torna possível e essencial rever as estratégias acionadas, bem como as atividades realizadas, de forma a introduzir as medidas corretivas necessárias.

Objetivo Geral - Capacitar os adolescentes do 7º ano de escolaridade e família para a adoção de hábitos de sono saudáveis.

A avaliação para a consecução deste objetivo (Quadro 7), para além de se encontrar dependente da consecução dos objetivos específicos, também se encontra dependente da reaplicação do questionário “O meu Sono e Eu”, programada para o final do ano letivo em curso, pelo que só após a recolha e tratamento dos dados do questionário, poderá ser avaliado.

**Quadro 7** - Avaliação do objetivo geral

Atividades	Avaliação	
	Metas	Indicadores
Reaplicação do questionário “O meu sono e eu” utilizado para o diagnóstico	Aumento em 10% da média de pontuação obtida no 1º questionário	(média da pontuação no 2º questionário – média da pontuação no 1º questionário) /média da pontuação obtida no 1º questionáriox100
Agendada para julho/2018	Aguarda realização da atividade	Aguarda realização da atividade

Já relativamente aos objetivos específicos definidos:

- Promover a aquisição de conhecimentos básicos sobre o sono e as suas principais características;

- Sensibilizar para a importância de bons hábitos de sono;
- Alertar para as consequências de privação do sono;

As metas e indicadores, tiveram como base a participação dos alunos/pais ou encarregados de educação, nas sessões de educação planeadas/efetuadas e a avaliação de qualidade das sessões realizada pelos professores, através de uma ficha de avaliação (Anexo VI), sendo apresentados os quadros abaixo, com as atividades planeadas e as metas e indicadores definidos.

A sessão 1 (Quadro 8), foi realizada nas oito turmas incluídas no projeto e pretendia abranger os 198 alunos matriculados nessas turmas. Estiveram presentes, no total das oito sessões, 190 alunos, o que permitiu atingir um indicador de 95,95%, portanto, acima dos 80% que tinham sido estabelecidos.

**Quadro 8** - Avaliação da sessão 1

Atividades	Avaliação	
	Metas	Indicadores
Sessão 1 (Alunos)	80% dos alunos devem estar presentes na sessão	95,95%
	80% dos professores devem avaliar a qualidade da sessão como Boa (Média da avaliação 4)	100%
	80% dos alunos presentes na sessão devem participar ativamente no jogo proposto	100%
Realizada	Atingidas	Atingidos

A qualidade das sessões foi avaliada pelos professores, através do preenchimento de uma grelha, por turma, após a realização das sessões onde se distinguem oito dimensões: pertinência da sessão para os alunos, conteúdos da sessão, estruturação da sessão, linguagem utilizada, motivação e participação dos alunos, meios/métodos e recursos utilizados, relacionamento dos alunos com os dinamizadores, resultados alcançados, que os professores avaliaram numa escala de 1 a 5. A sessão foi considerada avaliada como Boa, quando a média dos resultados atribuídos a cada dimensão foi de 4 ou mais. Das oito fichas de avaliação preenchidas para estas sessões, todas pontuaram com uma média acima de 4 pelo que o indicador foi calculado em 100%.

Quanto à participação no jogo “Mito ou Realidade” realizado durante a sessão, todos os alunos aderiram com muito entusiasmo. Em todas as turmas a atividade foi muito bem aceita, tendo ocorrido intervenção espontânea de quase todos os elementos. A realização do jogo foi reconhecida pelos professores como um bom momento de aprendizagem, à exceção, de uma professora que apesar de reconhecer os ganhos alcançados, referiu que preferia o recurso a metodologias de ensino mais tradicionais e “calmas”.

Da mesma forma que a sessão 1, a sessão 2 (Quadro 9) foi realizada nas oito turmas incluídas no projeto. Estiveram presentes, no total das oito sessões, 192 dos 198 alunos, o que permitiu atingir um indicador de 96,96%.

**Quadro 9** - Avaliação da sessão 2

Atividades	Avaliação	
	Metas	Indicadores
Sessão 2 (Alunos)	80% dos alunos devem estar presentes na sessão	96,96%
	80% dos professores devem avaliar a qualidade da sessão como Boa (Média da avaliação 4)	87,5%
	80% dos alunos presentes na sessão devem participar ativamente no jogo proposto	100%
Realizada	Atingidas	Atingidos

Relativamente à avaliação da qualidade da sessão 2 também foram preenchidas as grelhas de avaliação referidas. Seguindo-se o mesmo critério de avaliação dos resultados, que na sessão 1, o indicador apurado foi 87,5%, permitindo superar a meta de 80% que estava estabelecida.

O jogo proposto nesta sessão e que se designou “O que está errado”, apesar de não permitir uma intervenção tão ativa dos alunos, teve a participação de todos. Foi proposto que em grupos analisassem os casos que lhes tinham sido atribuídos, identificar o que estava errado em cada um. Este indicador também foi atingido em 100%.



Estavam programadas duas Sessões 3 (Quadro 10), (uma em cada escola, com o conjunto de todos os pais) no entanto, por sugestão da orientadora de estágio, a programação alterou-se para sessões individuais para cada uma das turmas que aderiram.

**Quadro 10** - Avaliação da sessão 3

Atividades	Avaliação	
	Metas	Indicadores
Sessão 3 (Pais/Encarregados de Educação)	50% dos alunos tenham um representante (pai/ mãe/ encarregado de educação) presente na sessão	74,6%
Realizada	Atingida	Atingido

A reformulação da planificação apesar de permitir a presença de um maior número de participantes, era arriscada pois impunha a realização das oito sessões em três dias, uma vez que seriam integradas nas reuniões de avaliação do primeiro período. Deste modo uma das turmas não foi abrangida por sobreposição de horário. Desta forma participaram 147 pais. Considero que a alteração da planificação foi positiva, permitindo um indicador de 74,6%.

Desta forma e apesar de ainda se encontrar por realizar a reaplicação do questionário “O Meu Sono e Eu”, como é possível verificar, os objetivos específicos foram atingidos, pelo cumprimento das metas e indicadores estabelecidos.

## 6.2. Avaliação da Implementação do Projeto

A conceção, planeamento e implementação do Projeto Bom Sono +Saúde – Promoção de hábitos saudáveis de sono em adolescentes, veio dar resposta a uma necessidade sentida há já algum tempo pela equipa de saúde escolar da UCC Évora. Para além de cumprir com as orientações do Programa Nacional de Saúde Escolar, a intervenção com vista à capacitação para a adoção de hábitos de sono e repouso, vem dar resposta às solicitações de alguns professores, que confrontados diariamente com evidentes situações de privação de sono, nos alunos, requeriam a intervenção da equipa no sentido de promover sessões de esclarecimento acerca desta temática. A equipa de saúde escolar, apesar de dar resposta a essas solicitações pontuais, tem como princípio orientador a intervenção sistemática, estruturada e fundamentada, o que requeria o desenvolvimento de um projeto específico, mas, até agora, a escassez de recursos quer humanos, quer materiais não o tinha permitido.

A implementação de um projeto de saúde, e de acordo com Tavares (1990), impõe a realização de todas as outras fases do planeamento em saúde, designadamente: (i) diagnóstico da situação; (ii) determinação de prioridades; (iii) fixação de objetivos; (iv) definição de estratégias e (v) preparação operacional. Mas também impõem um outro conjunto de coisas que não estando descritas nos manuais, podem facilitar ou dificultar o processo.

Quanto a elementos facilitadores para a implementação deste projeto, não posso deixar de referir a excelente relação da equipa de saúde escolar com a comunidade educativa, em que, desde os elementos da Direção da escola, passando por professores, alunos e demais funcionários, todos colaboram positivamente para o desenvolvimento das atividades.

O cumprimento do cronograma, tendo em vista a necessidade de reprogramação e reagendamento de algumas sessões, só foi possível pela colaboração das diretoras de turma, que em conjunto com as demais professoras conseguiram reprogramar e ajustar os tempos das aulas.

Relativamente aos alunos é visível a sua aceitação às intervenções efetuadas, colaborando nas atividades propostas e mostrando o seu interesse através a participação.

A equipa de Saúde Escolar, sob a coordenação da Enfermeira Rosa Espanca, Coordenadora das atividades dos programas de Saúde Escolar da UCC Évora, há mais de vinte anos e orientadora deste estágio, tem responsabilidade na construção da saudável relação existente entre a saúde e a educação no Concelho. Sendo evidente, que a implementação do projeto foi facilitada, com base nessa relação, não se poderia dar termino ao relatório sem a congratular por isso.

Todas as atividades programadas, até à presente data, foram realizadas e os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, pelo cumprimento das metas e indicadores estabelecidos, pelo que a avaliação do desenvolvimento do projeto merece ser positiva.

O projeto Bom Sono +Saúde, cujo início se desenvolveu conforme descrito ao longo deste relatório, já se encontra integrado no Plano de Ação da UCC Évora 2018 e pretende, no próximo ano letivo 2018/2019, ser implementado à totalidade dos 7<sup>os</sup> anos de escolaridade do Concelho.

## 7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Competência, segundo Perrenoud (1999), é a capacidade de um sujeito mobilizar todos ou parte dos seus recursos cognitivos e afetivos para enfrentar um conjunto de situações complexas. Pensar em termos de competência é pensar na sinergia e orquestração de vários recursos cognitivos e afetivos para enfrentar um conjunto de situações (Perrenoud, 1999).

O enfermeiro especialista é o enfermeiro que, detendo um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, que mobiliza em contexto de prática clínica lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (OE, 2011).

Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública a identificação das necessidades dos indivíduos/grupos que constituem uma determinada área geográfica e assegurar a continuidade de cuidados, criando as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com os outros parceiros comunitários. É neste contexto que se evidenciam as atividades de Educação para a Saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem a comunidade (OE, 2011).

Tendo como base o regulamento nº128/2011 do Diário da República (OE, 2011), que define o perfil de competências específicas dos enfermeiros especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, pretende-se de seguida descrever quais as competências mobilizadas e adquiridas ao longo do estágio, que originou o presente relatório:

- (G1.) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade:
  - (G1.1.) Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade;
  - (G1.2.) Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade;
  - (G1.3.) Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;
  - (G1.4.) Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;

- (G1.5.) Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

Com recurso à pesquisa bibliográfica para o aprofundamento dos conhecimentos, sobre os determinantes da saúde, da população alvo (alunos do 7º ano de escolaridade de um Agrupamento de Escolas, de Évora) e através da aplicação dos questionários, caracterizaram-se os hábitos de sono dos adolescentes e identificaram-se os fatores externos (determinantes dos problemas) que influenciam a redução do tempo de sono.

Para a tomada de decisão sobre as necessidades em saúde e na formulação do objetivo principal - Capacitar os adolescentes do 7º ano de escolaridade e família para a adoção de hábitos de sono saudáveis, foram tidos em conta as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde, especificamente no Programa Nacional de Saúde Escolar – 2015, que no âmbito do eixo da Capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudável, refere como áreas de intervenção os hábitos de sono e repouso.

Uma vez definida a área de intervenção e estabelecido o objetivo geral, foram definidos os objetivos específicos (Promover a aquisição de conhecimentos básicos sobre o sono e as suas principais características; Sensibilizar para a importância de bons hábitos de sono; Alertar para as consequências de privação do sono) e as estratégias de intervenções (sessões de educação para a saúde dirigidas aos adolescentes e aos seus pais/encarregados de educação), que permitiriam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde e que levaram à implementação do projeto. Posteriormente, foram programadas, em colaboração com a Direção do Agrupamento de Escolas e os professores (do PES, diretores de turma), as atividades a decorrerem nas escolas. Por fim foi realizada a avaliação de todo o projeto, utilizando, como indicadores a realização efetiva das atividades e as taxas de adesão a cada atividade. Foi ainda aplicado um questionário aos professores para avaliação das sessões efetuadas. Esta etapa permitiu uma reflexão acerca de todo o trabalho desenvolvido, proporcionando a alteração ou melhoria das estratégias utilizadas.

- (G2.) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades:
  - (G2.1.) Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;
  - (G2.2.) Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas;



- (G2.3.) Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.

A conceção e planeamento do projeto não só permitiram o desenvolvimento, como tornaram obrigatório o recurso a capacidades de liderança e de gestão de todos os recursos disponíveis, uma vez que o não recurso a estas competências poria em risco a sua implementação e a consecução dos objetivos definidos. Tendo o projeto como base a capacitação da população alvo para a adoção de hábitos de sono saudáveis, para que a implementação deste projeto fosse possível, também se recorreu a conhecimentos de outras áreas e disciplinas que não a enfermagem, nomeadamente comunicação, educação, ciências sociais e humanas entre outras.

- (G3.) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde:
  - (G3.1.) Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde

O projeto foi realizado no âmbito da prestação de cuidados em contexto comunitário, mais propriamente na UCC de Évora, que como já anteriormente referido, constitui uma das unidades funcionais do Centro de Saúde de Évora, que ambiciona contribuir válida e diretamente para o cumprimento da missão do ACES AC e consequentemente para a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Deste modo e tendo em conta que o projeto dá resposta diretamente a um dos eixos de intervenção do PNSE, considera-se que esta foi também uma competência mobilizada.

- G4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico
  - G4.1. Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde -doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.

Considera-se a competência descrita, parcialmente adquirida, pois apesar de em Portugal, a vigilância epidemiológica ser dirigida essencialmente às doenças transmissíveis, mas tendo em conta que a colheita de dados efetuada teve como recurso um instrumento de colheita de dados válido, que permitiu a identificação dos fenómenos que contribuem para os problemas de sono de uma população adolescente, poderá vir a contribuir para uma vigilância epidemiológica e uma monitorização mais abrangente da população.

## 8. CONCLUSÃO

A concepção e implementação do projeto “Bom Sono +Saúde” permitiram mobilizar conhecimentos adquiridos e desenvolvidos nas diferentes unidades curriculares do Curso de Mestrado e contribuiu para a aquisição de competências específicas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O sono contribui significativamente para o desenvolvimento físico e emocional dos adolescentes, que estão num período de intensa aprendizagem e diferenciação (Pinto, et al., 2012). O sono é, em essência, alimento para o cérebro e o sono insuficiente é prejudicial, podendo mesmo constituir risco de vida (National Sleep Foundation, 2000).

Um conjunto de fatores de ordem pessoal, psicossocial, ambiental e comportamental, têm contribuído para uma redução dos tempos de sono dos adolescentes, que por este motivo veem comprometido o seu normal desenvolvimento, ficando mais predispostos ao surgimento de um conjunto de patologias. A privação de sono, nos adolescentes, tem sido relacionada com maior tendência a acidentes, insucesso escolar, humor negativo (por exemplo, raiva, tristeza e medo), dificuldade em controlar emoções e problemas de comportamento, maior probabilidade do uso de estimulantes (incluindo cafeína e nicotina), álcool e substâncias similares e uma maior tendência a comportamentos de risco (Pinto T. , Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016) (National Sleep Foundation, 2000).

Tendo em conta as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde, especificamente ao eixo da Capacitação da comunidade educativa para a adoção de hábitos saudáveis de sono e repouso, do Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 e o recurso à metodologia de planeamento em saúde permitiram determinar a avaliação do estado de saúde de um grupo de adolescentes e identificar os fatores externos (determinantes dos problemas) que influenciam a redução do tempo de sono.

Atendendo à complexidade das consequências decorrentes da privação de sono entre os jovens e tendo por base o modelo de intervenção comunitária de Promoção de Saúde de Nola Pender, desenvolveram-se um conjunto de intervenções que permitiram capacitar os jovens na promoção de hábitos de sono saudáveis e desta forma contribuir na redução das consequências para a saúde.

Foram definidos objetivos mensuráveis e estratégias exequíveis, coerentes e articuladas e tidos em conta os recursos disponíveis, que conjuntamente com as orientações estratégicas das políticas de saúde, permitiram avaliar a intervenção. As atividades programadas, até à presente data, foram realizadas e os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, pelo cumprimento das metas e indicadores estabelecidos, pelo que a avaliação do seu desenvolvimento foi positiva. No sentido de avaliar possíveis alterações no comportamento dos adolescentes sobre o seu sono, encontra-se por realizar a reaplicação do questionário “O meu Sono e Eu”, programada para o final do ano letivo em curso, pelo que só após a recolha e tratamento dos dados do questionário poderá ser avaliado.

A conceção e planeamento do projeto permitiram o recurso e desenvolvimento de capacidades ao nível da liderança e gestão de todos os recursos disponíveis, mas também a conhecimentos de outras áreas e disciplinas que não a enfermagem, nomeadamente comunicação, educação, ciências sociais e humanas entre outras.

Por fim, realçar a enorme satisfação e realização profissional no desenvolvimento deste trabalho, não só pelas competências adquiridas ao longo do curso e do estágio, mas também pelo facto de ter contribuído na resposta a uma necessidade de intervenção, já há algum tempo sentida pela equipa de saúde escolar da UCC Évora, encontrando-se o projeto já integrado no Plano de Ação 2018 da UCC, de forma a ser, no próximo ano letivo 2018/2019, implementado na totalidade dos 7<sup>os</sup> anos de escolaridade do Concelho de Évora.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrupamento de Escolas Severim de Faria*. (s.d.). Obtido em 10 de 2017, de História da Escola: <http://www.ae3evora.edu.pt/stclara/index.php/escolas/e-b-sao-mamede/106-escolas-do-agrupamento/eb-santa-clara/295-historia-da-escola>
- APS. (s/d). *Higiene do Sono da Criança e Adolescente*. Obtido de Associação Portuguesa do Sono: [http://www.apsono.com/images/docs/Sono\\_FINALConvertido.pdf](http://www.apsono.com/images/docs/Sono_FINALConvertido.pdf)
- Baumgartel, P. (2016). *O uso de jogos como metodologia de ensino da Matemática*. Obtido de EBRAPEM: [http://www.ebrapem2016.ufpr.br/wp-content/uploads/2016/04/gd2\\_priscila\\_baumgartel.pdf](http://www.ebrapem2016.ufpr.br/wp-content/uploads/2016/04/gd2_priscila_baumgartel.pdf)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. S. (2006). *Educação para a saúde : conceitos, práticas e necessidade de formação*. Lisboa: Lusociência.
- Ciampo, L. (2012). *O sono na adolescência*. Obtido de Adolescência & Saúde: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=317](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=317)
- Decreto-Lei n.º 161/96*. (4 de setembro de 1996). Obtido de [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1823&tabela=leis&so\\_miolo=](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1823&tabela=leis&so_miolo=)
- Decreto-Lei n.º 28/2008*. (2008). Diário da República, 1.ª série. N.º 38 (22 de Fevereiro de 2008).
- DGS. (6 de junho de 2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Obtido de <http://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- DGS. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. *Circular Normativa da DGS n.º 015/2015*. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/programas-e-projectos/programa-nacional-de-saude-escolar.aspx>
- DGS. (s/d). *A carta de Otawa*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Felden, É. P., Filipin, D., Barbosa, D. G., Meyer, C., & Louzada, F. M. (2016). Fatores associados à baixa duração do sono. *Revista Paulista de Pediatria*, pp. 64-70.
- Ferreira, C., Ferreira, H., Vieira, M., Costeira, M., Branco, L., Dias, A., & Macedo, L. (2017). *Epidemiologia do Uso de Internet numa População Adolescente e Sua Relação com Hábitos de Sono*. Obtido de Acta Medica Portuguesa: <https://doi.org/10.20344/amp.8205>
- Ferrito, C. (2007). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos* .
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.



- Gelbcke, F., Matos, E., & Sallum, N. (2012). *Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar*. Obtido de Tempus: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1202/1087>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia. (2011). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria*.
- IGEC . (2016). *Inspecção Geral da Educação e Ciência Avaliação Externa das Escolas Relatório do Agrupamento de Escolas Severim de Faria*.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do Planeamento da saúde* (3ª ed.). Lisboa.
- INE. (2016). *Instituto Nacional de Estatística*. Obtido de As Pessoas 2014: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0006502&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006502&contexto=bd&selTab=tab2)
- INE. (s.d.). *Instituto Nacional de Estatística*. Obtido de Censos 2011: [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011\\_apresentacao&xpid=CENSOS](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CENSOS)
- Januário, P. d. (2012). *HÁBITOS DE SONO DAS CRIANÇAS E COMPREENSÃO INFANTIL DO SONO E DAS ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO ADORMECIMENTO*. Obtido de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8196/1/ulfpie043224\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8196/1/ulfpie043224_tm.pdf)
- Machado, M. C. (2015). *Adolescentes*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Malasán, P., Sequeira, J., & Marcela, O. (2013). Sueño en escolares y adolescentes, su importancia y promoción a través de programas educativos. *Revista Chilena de Pediatría*, pp. 554-564.
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Social, E. (2015). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses Em Tempos de Recessão - Dados nacionais do estudo HBSC de 2014*. Obtido de [http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618\\_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf](http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf)
- Ministério da Saúde. (março de 2018). *BI-CSP*. Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/4070580/Pages/default.aspx>
- Moreno, T. (2012). *Estudo da sonolência diurna e hábitos de sono numa população escolar dos 11-15 anos*. Obtido de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8980/1/679077\\_Tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8980/1/679077_Tese.pdf)
- National Sleep Foundation. (2000). *Adolescent Sleep Needs and Patterns*.
- Nunes, L. (2013). *CONSIDERAÇÕES ÉTICAS a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setubal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS.
- OE. (18 de fevereiro de 2011). Regulamento 122/2011, de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18*, pp. <https://dre.tretas.org/dre/1227225/regulamento-122-2011-de-18-de-fevereiro>.

- OE. (18 de fevereiro de 2011). Regulamento n.º 128/2011 . *Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011* .
- OE. (23 de abril de 2015). Diário da República n.º 79/2015, Série II de 2015-04-23. *Regulamento n.º 190/2015*.
- Pender, N. J. (2011). *The Health Promotion Model*. Obtido de Deep Blue: <http://hdl.handle.net/2027.42/85350>
- Perrenoud, P. (1999). *Enseigner : agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude*. Paris: ESF.
- Pinto, J., Rebelo-Pinto, T., Rebelo-Pinto, T., & Paiva, T. (2017). A validation of the Cleveland Adolescent Sleepiness Questionnaire. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, pp. 295-304.
- Pinto, T. R., Pinto, J. C., Rebelo-Pinto, H., & Paiva, T. (2016). O sono em adolescentes portugueses: Proposta de um modelo tridimensional. *Análise Psicológica*, pp. 339-352.
- Pinto, T., Amaral, C., Silva, V., Silva, J., Leal, I., & Paiva, T. (2012). Hábitos de sono e ansiedade, depressão e stresse: que relação? *Olhares contemporâneos através da investigação e da prática – Actas. 1.ª ed. Lisboa: ISPA– instituto universitário*, 990-1006. Lisboa. Obtido de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/5184>
- Pinto, T., Pinto, J. C., Rebelo-Pinto, H., & Paiva, T. (2016). O sono em adolescentes portugueses: Proposta de um modelo tridimensional. *Análise Psicológica*, pp. 339-352.
- Rebelo Pinto, T., Carneiro Pinto, J., Rebelo Pinto, H., & Paiva, T. (2013). *O modelo Sono Escolas aplicado ao estudo do sono na família*.
- Rebelo-Pinto, T., Carneiro Pinto, J., Rebelo-Pinto, H., & Paiva, T. (2014). Validation of a three-dimensional model about sleep: Habits, personal factor and environmental factors.
- Rocha, S., Filho, D., & Carvalho, A. (2011). Ser Adolescente: Ser Especial, Ser em Transformação. Em I. Nery, K. Gomes, I. Barros, & L. Viana, *Gravidez na adolescência: Prevenção e riscos*. Piauí: Edufpi.
- Rodrigues, A., Ramos, F., Félix, P., & Perdigão, R. (julho de 2017). Organização escolar: os agrupamentos. Lisboa: Conselho Nacional de Educação (CNE).
- Santos, C., Ferreira, P., & Santos, M. (2001). *Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde*. Obtido de RIMAS: <http://rimas.uc.pt/instrumentos/21/>
- SIECUS. (s.d.). *Sexuality Information And Education Concil of de United States*. Obtido de <http://www.siecus.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&pageId=572>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa: Lusodidacta.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde.

Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.

UCC Évora. (2016). Plano de Ação da UCC Évora.

UNICEF. (26 de junho de 2016). Obtido de Adolescents and youth:  
<https://www.unicef.org/adolescence/>

Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (2005). *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender*. Obtido de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002005000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300002)

Vilela.T, Bittencourt, L., Tufik, S., & Moreira, G. (2016). *Factors influencing excessive daytime sleepiness in adolescents*. Obtido de *Jornal de Pediatria*:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S225555361500169X>

WHO. (1998). *Health Promotion glossary*. Geneve.

WHO. (2018). *Health promotion*. Obtido de *The Ottawa Charter for Health Promotion*:  
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>

WHO. (s.d.). *WHO Word Healt Organization*. Obtido em outubro de 2017, de *The Ottawa Charter for Health Promotion*: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

WHO. (s.d.). *World Health Organization*. Obtido de *Health for the world`s Adolescents*:  
<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2>

Wolfson, A., & Carskadon, M. (1998). *Sleep Schedules and Daytime Functioning in Adolescents*. *Child Development*. Obtido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06149.x/full>

## **ANEXOS**



**Anexo I - Consentimento Informado Livre e Esclarecido**



### Assunto: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

#### Caro(a) Representante Legal

Eu, Maria Manuela dos Santos Pires da Cruz, aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, a realizar uma investigação, orientada pelo Professora Maria Vitória Casas Novas, que tem como principal objetivo conhecer os hábitos de sono dos adolescentes, venho por este meio solicitar a sua autorização para a aplicação de um questionário junto do(a) aluno(a), seu/sua representado(a).

O estudo é dirigido aos alunos do 7º ano de escolaridade do concelho de Évora e ao adulto responsável que melhor conheça os seus hábitos de sono.

A participação é voluntária e todos os dados serão tratados de forma a garantir o sigilo, anonimato dos participantes e confidencialidade das fontes. Todos os dados ficarão apenas na posse da investigadora, que os utilizará exclusivamente para fins da investigação e os destruirá logo que ocorra a publicação/divulgação dos resultados. Os nomes dos participantes não serão nunca utilizados.

A participação não é obrigatória, não havendo qualquer consequência para quem se recuse a participar. Os participantes poderão suspender a sua participação em qualquer altura.

Em caso de dúvida e/ou esclarecimento poderá entrar em contacto com a investigadora através do nº de telemóvel – 965328421.

Com os melhores cumprimentos,

A investigadora:

\_\_\_\_\_  
(Maria Manuela dos Santos Pires da Cruz)

A orientadora:

\_\_\_\_\_  
(Maria Vitória Casas Novas)

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi a informação, acima descrita e autorizo a participação do meu filho/educando \_\_\_\_\_ a responder ao questionário.

ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUPLICADO SENDO UMA VIA PARA O INVESTIGADOR E A OUTRA PARA QUEM CONSENTE.

**Anexo II** - Requerimento de autorização ao Diretor do AE Severim de Faria

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Exmo. Sr. Diretor  
do Agrupamento de Escolas  
Severim de Faria

Évora, 20 de Setembro de 2017

ASSUNTO: Projeto: “Bom Sono +Saúde: promoção de hábitos saudáveis de sono”.

Eu, Maria Manuela dos Santos Pires da Cruz, aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, orientada pela Professora Maria Vitória Casas Novas, venho requerer a V. Exa. autorização para a realização de um projeto de investigação, a desenvolver em conjunto com a Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora, no âmbito do estágio final do referido curso, intitulado: “Bom Sono +Saúde: promoção de hábitos saudáveis de sono”, dirigido aos alunos do 7º ano de escolaridade do concelho de Évora e aos pais/encarregados de educação.

Este estudo encontra-se registado na Direção de Serviços de Projetos Educativos da DGE com o n.º 0605700001 e tem como principais objetivos:

- Caracterizar os hábitos de sono dos adolescentes do 7º ano de escolaridade, do concelho de Évora;
- Identificar os principais fatores externos que influenciam a redução do tempo de sono nos alunos do 7º ano de escolaridade, do concelho de Évora;
- Identificar as necessidades de intervenção para a promoção de hábitos saudáveis de sono.
- Promover a adoção de hábitos de sono saudáveis.

Será solicitado, aos Pais/ Encarregados/as de Educação e aos alunos/as (com Consentimento Informado previamente assinado), o preenchimento de um questionário sobre Hábitos de Sono. Para operacionalizar este trabalho é fundamental a cooperação dos Estabelecimentos de Educação e Ensino, requerendo-se a colaboração dos professores das turmas do 7º ano, do Agrupamento de Escolas Severim de Faria, na:

- Entrega dos questionários e consentimentos informados aos Encarregados de Educação de todos os alunos da turma e posterior recolha;
- Disponibilização de quinze minutos de uma aula de OC, a agendar de acordo com a disponibilidade da Escola, para a aplicação dos questionários aos alunos, cujos encarregados de educação tenham previamente consentido a sua participação.



**Anexo III - Autorização do Diretor do AE Severim de Faria**

29/09/2017

Re: Fw: Projeto "Bom Sono +Saúde: Promoção de Hábitos saudav... - Rosa Espanca

## Re: Fw: Projeto "Bom Sono +Saúde: Promoção de Hábitos saudáveis de Sono"

**gabessf faria** <gab.1severim@gmail.com>

sex 29-09-2017 08:43

Para: Rosa Espanca <Rosa.Espanca@alentejocentral.min-saude.pt>;

Ex.ma Senhora  
Enfermeira Maria Manuela Cruz

Somos a informar que aceitamos colaborar com a realização do "Projeto "Bom Sono +Saúde: Promoção de Hábitos saudáveis de Sono".

Com os melhores cumprimentos,  
José Marchante  
(Adjunto do Diretor)

Em 20 de setembro de 2017 19:05, Rosa Espanca <[Rosa.Espanca@alentejocentral.min-saude.pt](mailto:Rosa.Espanca@alentejocentral.min-saude.pt)> escreveu:

Boa tarde Prof Marchante,

De acordo com o que falámos, envio o pedido de autorização da colega Manuela Cruz, para a realização do trabalho de investigação referido.

Aguardo a vossa apreciação.

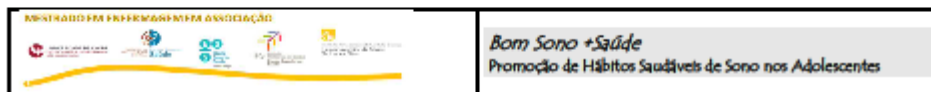
Com os melhores cumprimentos,

Rosa Espanca  
Saúde Escolar

---

**De:** Maria Manuela Cruz  
**Enviado:** 20 de setembro de 2017 17:40  
**Para:** Rosa Espanca  
**Assunto:** Projeto "Bom Sono +Saúde: Promoção de Hábitos saudáveis de Sono"

**Anexo IV - Ficha de Avaliação das sessões dos pais/encarregados de educação**



Projeto: *Bom Sono +Saúde*



### Ficha de Avaliação da Sessão - Pais/Encarregados de Educação

Turma: \_\_\_\_\_  
Data da Sessão: \_\_/\_\_/\_\_  
Disciplina em que decorre a Sessão: \_\_\_\_\_  
Professor titular da Disciplina: \_\_\_\_\_

<b>AValiação da Qualidade da Sessão</b>	<b>Nº de Pais/Encarregados de Educação</b>	
---	--	--

#### COMENTÁRIOS/SUGESTÕES

---

---

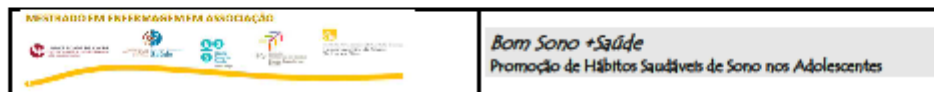
---

---

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_



**Anexo V** - Ficha de Avaliação das sessões dos alunos



Projeto: *Bom Sono +Saúde*



### Ficha de Avaliação da Sessão - Alunos

Turma: \_\_\_\_\_  
Data da Sessão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Disciplina em que decorre a Sessão: \_\_\_\_\_  
Professor titular da Disciplina: \_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA SESSÃO	Nº DE ALUNOS PRESENTES
----------------------------------	------------------------

#### COMENTÁRIOS/SUGESTÕES

---

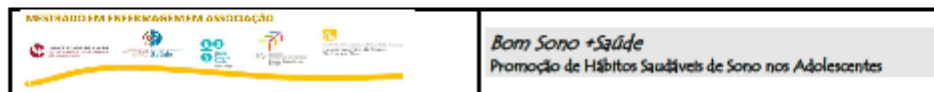
---

---

---

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Anexo VI** - Ficha avaliação das sessões - professores



Projeto: *Bom Sono +Saúde*



### Ficha de Avaliação da Sessão – Professores

Turma: \_\_\_\_\_

Data da Sessão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Disciplina em que decorre a Sessão: \_\_\_\_\_

Professor titular da Disciplina: \_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA SESSÃO DIMENSÕES A AVALIAR	AVALIAÇÃO FINAL DA SESSÃO PELO PROFESSOR						
		1	2	3	4	5	
PERTINÊNCIA DA SESSÃO PARA OS ALUNOS	Pouco pertinente						Muito pertinente
CONTEÚDOS DA SESSÃO	Muito inadequados						Muito adequados
ESTRUTURAÇÃO DA SESSÃO	Muito incorreta						Muito correta
LINGUAGEM UTILIZADA	Muito inadequada						Muito adequada
MOTIVAÇÃO E PARTICIPAÇÃO DOS ALUNOS	Nula						Plena
MEIOS, MÉTODOS E RECURSOS UTILIZADOS	Muito inadequados						Muito adequados
RELACIONAMENTO DOS ALUNOS COM OS DINAMIZADORES	Muito negativo						Muito positivo
RESULTADOS ALCANÇADOS	Muito negativos						Muito positivos

#### COMENTÁRIOS/SUGESTÕES

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

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura do Professor

\_\_\_\_\_



**Anexo VII - Questionário 1**

Mestrado em Enfermagem em Associação



**“Bom sono +Saúde: Promoção de hábitos saudáveis de sono”**

Este questionário insere-se no projeto **“Bom sono +Saúde: Promoção de hábitos saudáveis de sono”**, realizado no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Solicitamos que respondas com sinceridade às questões colocadas, assinalando a alternativa que melhor corresponde à tua opinião. O questionário é confidencial e não tem resposta certas ou erradas. Manuela Cruz

**PARTE I**

**Escala de Sonolência de Cleveland**

(Spilsbury et al., 2007; versão portuguesa, Pinto et al., 2017)

ESCALA DE SONOLÊNCIA DE CLEVELAND					
Lê com atenção as frases que se seguem acerca do teu sono. Marca um X na resposta que melhor corresponde ao que se passa habitualmente contigo.					
	Nunca (0 vezes por mês)	Raramente (3 vezes por mês)	Algumas vezes (1-2 vezes por semana)	Frequentemente (3-4 vezes por semana)	Quase todos os dias (5 ou + vezes por semana)
1. Adormeço durante as aulas da manhã					
2. Consigo aguentar o dia inteiro na escola sem me sentir cansado					
3. Adormeço na última aula do dia					
4. Fico sonolento(a) quando ando de carro mais de 5 minutos					
5. Fico bem acordado(a) durante todo o dia					
6. Adormeço na escola nas aulas da tarde					
7. Sinto-me desperto (a) durante as aulas					
8. Sinto-me sonolento(a) ao fim do dia depois das aulas					
9. Sinto-me sonolento(a) quando vou de autocarro para uma actividade de escola (por ex. visita de estudo, jogo desportivo)					
10. De manhã, quando estou na escola, adormeço					
11. Quando estou nas aulas, sinto-me bem desperto(a)					
12. Sinto-me sonolento quando faço os trabalhos de casa à noite, depois da escola					
13. Estou bem desperto(a) na última aula do dia					
14. Adormeço quando ando de carro, de autocarro ou de comboio					
15. Durante o dia na escola, há momentos em que me dou conta que acabei de adormecer					
16. Adormeço quando faço os trabalhos da escola à noite em casa					

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



**PARTE II**  
**O MEU SONO E EU**  
 (Pinto, Teresa Rebelo et al., 2013)

O MEU SONO E EU					
Por favor responde de acordo com o que costumás fazer na maioria dos dias (pensa no que se passou nas últimas 3 semanas).					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Quase todos os dias
1. Durmo pouco					
2. Só vou para a cama quando tenho sono					
3. Tenho que ser acordado de manhã					
4. Tenho sono durante o dia					
5. Não tenho hora certa de me levantar					
6. Os meus Pais têm de mandar para a cama à noite					
7. Acordo com dificuldade					
8. Ao fim de semana durmo muito					
9. O meu sono depende do que tenho que fazer					
10. Vejo televisão no quarto					
11. Saio de manhã sem comer					
12. Faço desporto até tarde					
13. Ao serão, estou no computador ou na playstation					
14. Como à noite					
15. Estudo pela noite dentro					
16. Detesto regras e rotinas de sono					
17. Como quando me apetece					
18. Ando sempre a correr de um lado para o outro					
19. Vou para a cama contrariado					
20. Penso que dormir é uma perda de tempo					
21. Tenho dificuldade em adormecer					
22. Sinto-me ansioso à hora de dormir					
23. Acho que preciso de dormir pouco					
24. Acordo durante a noite ou tenho um sono agitado					
25. Quando me deito fico a matutar nos meus problemas					
26. Dormir mal ou dormir bem para mim é indiferente					
27. Tenho pesadelos					

**MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO**



**PARTE III**

<b>Precisamos, ainda, de alguns dados para o tratamento estatístico da informação:</b>		
Responde de acordo com as tuas características e situação de vida atual.		
Sexo: _____	Idade: _____	Partilho o meu quarto: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
<b>HORÁRIO DE SONO</b>	<b>Dias de Semana</b>	<b>Fins-de -semana</b>
Hora de deitar habitual		
Hora de levantar habitual		
Tempo que costumo dormir por noite		

**FIM**

**Muito obrigada por participares neste estudo.**



**Anexo VIII - Questionário 2**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



### **“Bom sono +Saúde: Promoção de hábitos saudáveis de sono”**

Exmo(a) Senhor(a),

O presente questionário insere-se no projeto **“Bom sono +Saúde: Promoção de hábitos saudáveis de sono”**, realizado no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e pretende conhecer os hábitos de sono dos alunos do 7º ano de escolaridade do concelho de Évora.

O questionário deverá ser preenchido pelo adulto que **melhor conheça os hábitos de sono do aluno**.

A sua colaboração é essencial para o sucesso deste estudo.

Solicitamos que responda com sinceridade às questões colocadas, assinalando a alternativa que melhor corresponda à sua opinião. Os dados recolhidos são rigorosamente **confidenciais e anónimos**, pelo que pedimos que não assine.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Manuela Cruz

### **PARTE I**

#### **Escala de Sonolência de Epworth**

(Sleep Disorders Unit, Epworth Hospital, Melbourne, Victória, Austrália by Murray W. Johns, 1991;

Versão Portuguesa, Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), Laboratório de Estudos de Patologia de Sono (LEPS) do Centro Hospitalar de Coimbra, 2012)

Estes dados referem-se ao seu modo de vida habitual hoje em dia. Ainda que não o tenha feito ou que não lhe tenha acontecido em nenhuma destas situações, tente imaginar como poderiam tê-lo(a) afetado(a).

Utilize a escala apresentada a seguir para escolher o número mais apropriado a cada situação.

0 - **Nenhuma** probabilidade de dormir

1 - **Baixa** probabilidade de dormir

2 - **Moderada** probabilidade de dormir

3 - **Alta** probabilidade de dormir

Qual a probabilidade de dormir ou adormecer nas situações que são apresentadas a seguir, em contraste com o sentir-se simplesmente cansado(a)?

Questões	Classificação
1. Sentado a ler	
2. A ver televisão	
3. Sentado, inativo, em local público (ex. cinema, reunião...)	
4. Como passageiro num transporte ao fim de uma hora consecutiva	
5. Deitado a descansar à tarde	
6. Sentado a conversar com alguém	
7. Sentado tranquilamente depois do almoço, sem bebidas alcoólicas	
8. No carro, parado nos sinais de trânsito por alguns minutos.	

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



PARTE II

O SONO DO MEU FILHO

(Pinto, Teresa Rebelo et al., 2013)

**Por favor responda acerca do seu filho.**



	Quase Nunca (0-1 x por mês)	Poucas vezes (2-3 x por mês)	Algumas vezes (1 x por semana)	Muitas vezes (3-4 x por semana)	Quase Sempre (6-7 x por semana)
1. Dorme pouco					
2. Só vai para a cama quando tem sono					
3. Precisa de ajuda ou de ordens para se ir deitar					
4. Acorda com dificuldade					
5. Recusa regras e rotinas de sono					
6. Quer dormir na cama dos pais					
7. Está sonolento durante o dia					
8. Ao fim de semana dorme muito					
9. Tem que ser acordado de manhã					
10. Ao fim do dia está num ambiente agitado					
11. Só come o que gosta					
12. Está mais de 8h na escola					
13. Estuda ou brinca no quarto à noite					
14. Come às horas que quer					
15. Tem o dia todo ocupado com actividades					
16. Adormece fora da cama dele/a					
17. Come antes de ir dormir					
18. Usa computador, mp3, telemóvel ou vê televisão à noite					
19. Fica contrariado por ter de dormir					
20. Faz coisas que prejudicam o sono					
21. Acorda durante a noite					
22. Quer a luz acesa para adormecer					
23. Desvaloriza os efeitos de dormir mal					
24. Tem pesadelos/terrores nocturnos					
25. É preciso ralar para se ir deitar					
26. Ignora o que fazer para dormir bem					
27. Tem dificuldade em adormecer					

**MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO**



**PARTE III**

<b>Precisamos, ainda, de alguns dados para o tratamento estatístico da informação:</b>					
Responda de acordo com as suas características e situação de vida atual.					
Sexo: _____		Idade: _____		Agregado familiar (nº de pessoas) _____	
Habilitações Literárias:	1º Ciclo <input type="checkbox"/>	2º Ciclo <input type="checkbox"/>	3º Ciclo <input type="checkbox"/>	Ensino Secundário <input type="checkbox"/>	Ensino Superior <input type="checkbox"/>
<b>HORÁRIO DE SONO</b>			<b>Dias de Semana</b>		<b>Fins-de -semana</b>
Hora de deitar habitual					
Hora de levantar habitual					
Tempo que costumo dormir por noite					

**Muito obrigada pela sua participação neste estudo.**



**Anexo IX** - Requerimento de autorização à DGE MIME

**Dados da Inquirição****Número de registo:**

0805700003

**Designação:**

Promoção de hábitos saudáveis de sono nos adolescentes

**Descrição:**

Os distúrbios de sono têm repercussões em todas as etapas da vida. No caso específico dos adolescentes, a privação de sono tem sido relacionada com agressividade, ansiedade, vigília, exatidão, abuso de substâncias e uma maior tendência a comportamentos de risco. No domínio das consequências para a saúde, destacam-se, também, o aumento da probabilidade de doenças como hipertensão, obesidade, diabetes, depressão ou mánieia. (Pinto, Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2014)

A adormecimento, devido a um conjunto de fatores, torna-se particularmente suscetível à existência de privação crónica de sono - definida como menos 2 horas em relação ao número de horas recomendada para a idade. (Morero, 2012)

As alterações profundas no ritmo biológico, endócrino e psíquico, que ocorrem na adolescência, originam uma alteração de hábitos de vida, incluindo os de sono, particularmente com um stress de fase, ou seja, um adormecer e acordar mais tardios. Este stress de fase, desenvolve-se de forma progressiva, entre os 9 e os 18 anos, tornando-se frequentemente incompatível com as exigências escolares e sociais e coincidindo com uma diminuição das horas de sono e com uma sonolência diurna excessiva. (Morero, 2012) Também, a falta de conhecimentos sobre o sono faz com que, frequentemente, os jovens não o valorizem, agravando progressivamente a sua dívida de sono. (Pinto, Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2014) (Molesán, Sequeda, & Morado, 2015)

Em Portugal, apesar de ainda ser uma área pouco estudada, alguma das principais estudos (Morero, 2012) (Pinto, Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2014) (Rebelo-Pinto, Carneiro Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2014), revelam que os adolescentes dormem menos e mais tardiamente do que recomendada.

Assim, pelas razões atrás referidas, mas também, pelo risco de as dificuldades em dormir evoluírem para problemas de sono de natureza crónica, torna-se essencial contar a intervenção numa educação efetiva que lhes permita entender e valorizar os bons hábitos de sono. (Pinto, Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2014) (Molesán, Sequeda, & Morado, 2015)

Partindo do princípio que os comportamentos e atitudes dos adolescentes em relação ao sono são essenciais para a adoção de hábitos que ajudem a manter um padrão vigília-sono adequado, pretendem desenvolver um projeto de intervenção com recurso à Metodologia de Projeto. Numa primeira fase do projeto e como parte integrante do diagnóstico/ identificação do problema, pretendem caracterizar os hábitos de sono dos adolescentes que frequentam os 7ºs anos de escolaridade, de conselho de Évora e identificar eventuais fatores críticos que influenciam a redução do tempo de sono. Posteriormente e através da identificação das necessidades, pretendem planear uma intervenção especificamente desenhada para a resolução dos problemas identificados, esperando as agências envolvidas - professores, alunos e famílias - no sentido da promoção de hábitos saudáveis de sono.

O presente projeto é desenvolvido no âmbito do estágio final do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Unidade de Cuidados Continuados de Évora.

**Referências Bibliográficas**

Molesán, P., Sequeda, J., & Morado, O. (2015). Sueño en escolares y adolescentes: su importancia y promoción a través de programas educativos. *Revista Chilena de Pediatría*, pp. 554-554.

Morero, T. (2012). Estudo da sonolência diurna e hábitos de sono numa população escolar dos 11-18 anos. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10447/2552/1/079077\\_Trac.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10447/2552/1/079077_Trac.pdf)

Pinto, T. F., Pinto, J. P., Rebelo-Pinto, H., & Paiva, T. (2014). O sono em adolescentes portugueses: Proposta de um modelo tridimensional. *Análise Psicológica*, pp. 229-232.

Rebelo-Pinto, T., Carneiro Pinto, J., Rebelo-Pinto, H., & Paiva, T. (2014). Validation of a three-dimensional model about sleep: habits, personal factor and environmental factors.

**Objetivos:****Objetivo geral**

Conceber, planear, implementar e avaliar um projeto de intervenção para alunos, pais e/ou professores, do 7º ano de escolaridade do conselho de Évora, com vista à adoção de hábitos de sono saudáveis;

**Objetivos específicos**

Caracterizar os hábitos de sono dos adolescentes do 7º ano de escolaridade do conselho de Évora;

Identificar as principais fatores críticos que influenciam a redução do tempo de sono nos alunos do 7º ano de escolaridade do conselho de Évora;

Identificar as necessidades de intervenção para a promoção de hábitos saudáveis de sono;

Promover a adoção de hábitos de sono saudáveis.

**Periodicidade:**

Periódica

**Data de início do período de recolha de dados:**

29-09-2017

**Data de fim do período de recolha de dados:**

31-07-2018

**Universo:**

Agrupamento de Escolas Severim de Pera

**Unidade de observação:**

As turmas do 7º Ano - 7 Turmas e Pais/ Encarregados de Educação dos alunos

**Método de recolha de dados:**

Questionário

**Inquirição registada no Sistema Estatístico Nacional:**

Não

**Inquirição aplicada pela entidade:**

Sim

**Instrumento de inquirição:**

08057\_201708012258\_Documento1.slp (ZIP - 534,56 KB)

**Nota metodológica:**


08057\_201708012258\_Documento2.pdf (PDF - 113,34 KB)


**Outros documentos:**

08057\_201708012258\_Documento3.slp (ZIP - 238,01 KB)


Registo efetuado em 07-08-2017


**Anexo X** - Requerimento de autorização à Comissão de Ética da Universidade de Évora


	<b>Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos</b>	
<b>Requerente</b>		
<b>Nome:</b> Maria Manuela dos Santos Pires da Cruz <b>Email:</b> m36978@alunos.uevora.pt <b>Número de aluno:</b> 36978 <b>Curso:</b> Enfermagem (Mestrado)		
<b>Requerimento</b>		
<b>Título do Projeto:</b> Bom Sono +Saúde: Promoção de hábitos saudáveis de sono.		
<b>Nome dos investigadores:</b> Maria Manuela dos Santos Pires da Cruz		
<b>Nível da Investigação:</b> Mestrado		
<b>Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:</b> Maria Vitória Glórias Almeida Casas-Novas: Especialista na área científica de Enfermagem.		
<b>Responsáveis Académicos - Colaboradores:</b> Não tem colaboradores		
<b>Resumo / Abstract:</b> Partindo do princípio que os comportamentos e atitudes dos adolescentes em relação ao sono são essenciais para a adoção de hábitos que ajudem a manter um padrão vigília-sono adequado, pretende-se, com recurso à Metodologia do Projeto, desenvolver um projeto de intervenção, cuja população alvo serão os alunos do 7º Ano de Escolaridade do Concelho de Évora. Numa primeira fase do projeto e como parte integrante do diagnóstico/ identificação do problema, pretende-se caracterizar os hábitos de sono dos adolescentes que frequentam os 7ºs anos de escolaridade, do conselho de Évora e identificar eventuais fatores externos que influenciam a redução do tempo de sono. Posteriormente, através da identificação das necessidades, pretende-se planejar uma intervenção especificamente desenhada com vista à resolução/ minimização dos problemas identificados, capacitando os agentes envolvidos – professores, alunos e famílias – no sentido da promoção de hábitos saudáveis de sono. Após o planeamento da intervenção, proceder-se-á à execução das atividades planeadas, que serão posteriormente avaliadas, concluindo-se o projeto com a divulgação dos resultados.		
<b>Fundamentação e pertinência do estudo:</b> Os distúrbios do sono têm repercussões em todas as etapas da vida. No caso específico dos adolescentes, a privação		
Universidade de Évora - Sistema de Gestão Documental	Página 1/5	Entregue electronicamente em: 2017-08-01 23:18

	<b>Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos</b>	
<b>Requerente</b>		
<b>Nome:</b> Maria Manuela dos Santos Pires da Cruz <b>Email:</b> m36978@alunos.uevora.pt <b>Número de aluno:</b> 36978 <b>Curso:</b> Enfermagem (Mestrado)		
<b>Requerimento</b>		
de sono tem sido relacionada com agressividade, ansiedade, violência, acidentes, abuso de substâncias e uma maior tendência a comportamentos de risco. No domínio das consequências para a saúde, destacam-se, também, o aumento da probabilidade de doenças como hipertensão, obesidade, diabetes, depressão ou insónia. (Pinto, Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016) A adolescência, devido a um conjunto de fatores, torna-se particularmente suscetível à existência de privação crónica de sono - definida como menos 2 horas em relação ao número de horas recomendado para a idade. (Moreno, 2012) As alterações profundas no ritmo biológico, endócrino e psíquico, que ocorrem na adolescência, originam uma alteração de hábitos de vida, incluindo os do sono, particularmente com um atraso de fase, ou seja, um adormecer e acordar mais tardios. Este atraso de fase, desenvolve-se de forma progressiva, entre os 9 e os 18 anos, tornando-se frequentemente incompatível com as exigências escolares e sociais e coincidindo com uma diminuição das horas de sono e com uma sonolência diurna excessiva. (Moreno, 2012) Também, a falta de conhecimentos sobre o sono faz com que, frequentemente, os jovens não o valorizem, agravando progressivamente a sua dívida de sono. (Pinto, Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016) (Malasán, Sequeira, & Marcela, 2013) Em Portugal, apesar de ainda ser uma área pouco estudada, alguns dos principais estudos (Moreno, 2012) (Pinto, Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016) (Rebelo-Pinto, Carneiro Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2014), revelam que os adolescentes dormem menos e mais tardiamente do que recomendado. Assim, pelas razões atrás referidas, mas também, pelo risco de as dificuldades em dormir evoluírem para problemas de sono de natureza crónica, torna-se essencial centrar a intervenção numa educação etélica que lhes permita entender e valorizar os bons hábitos de sono. (Pinto, Pinto, Rebelo-Pinto, & Paiva, 2016) (Malasán, Sequeira, & Marcela, 2013) Referências Bibliográficas: Malasán, P., Sequeira, J., & Marcela, O. (2013). Sueño en escolares y adolescentes, su importancia y promoción a través de programas educativos. Revista Chilena de Pediatría, pp. 554-564. Moreno, T. (2012). Estudio da sonolência diurna e hábitos de sono numa população escolar dos 11-15 anos. Obtido de <a href="http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8980/1/679077_Tese.pdf">http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8980/1/679077_Tese.pdf</a> Pinto, T. R., Pinto, J. C., Rebelo-Pinto, H., & Paiva, T. (2016). O sono em adolescentes portugueses: Proposta de um modelo tridimensional. Análise Psicológica, pp. 339-352. Rebelo-Pinto, T., Carneiro Pinto, J., Rebelo-Pinto, H., & Paiva, T. (2014). Validation of a three-dimensional model about sleep: Habits, personal factor and environmental factors.		
Universidade de Évora - Sistema de Gestão Documental	Página 2/5	Entregue electronicamente em: 2017-08-01 23:18



	<b>Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos</b>	
<b>Requerente</b>		
<b>Nome:</b> Maria Manuela dos Santos Pires da Cruz <b>Email:</b> m36978@alunos.uevora.pt <b>Número de aluno:</b> 36978 <b>Curso:</b> Enfermagem (Mestrado)		
<b>Requerimento</b>		
<b>Objetivos:</b> <b>Objetivo geral</b> Conceber, planejar, implementar e avaliar um projeto de intervenção para alunos, pais e/ou professores, do 7º ano de escolaridade do concelho de Évora, com vista à adoção de hábitos de sono saudáveis; <b>Objetivos específicos</b> Caracterizar os hábitos de sono dos adolescentes do 7º ano de escolaridade do concelho de Évora Identificar os principais fatores externos que influenciam a redução do tempo de sono nos alunos do 7º ano de escolaridade do concelho de Évora; Identificar as necessidades de intervenção para a promoção de hábitos saudáveis de sono. Promover a adoção de hábitos de sono saudáveis.		
<b>Seleção da amostra:</b> Alunos do 7º ano de escolaridade do Concelho de Évora		
<b>Procedimentos metodológicos:</b> Estudo descritivo-correlacional, realizado aos alunos do 7º Ano de Escolaridade das Escolas do Concelho de Évora. Será pedida a colaboração de todos os atores relevantes (alunos e pais/ encarregados de educação). O método de recolha de dados, a utilizar, será o inquérito por questionário. Serão utilizados dois questionários. - Questionário aplicado aos adolescentes e composto por três partes: A primeira, constituída pela Escala de Sonolência de Cleveland (Spitsbury et al., 2007; versão portuguesa, Pinto, Teresa Rebelo et al., 2012), a segunda pelo questionário "O meu sono e eu" (Projeto Sono-Escolas, Pinto, Teresa Rebelo et al., 2013) e a terceira que pretende a caracterização socio demográfica do adolescente. - Questionário aplicado aos pais/ encarregados de educação, também composto por três partes: a primeira, integra a Escala de Sonolência de Epworth (Sleep Disorders Unit, Epworth Hospital, Melbourne, Victória, Austrália by Murray W. Johns, 1991; Versão Portuguesa, Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), Laboratório de Estudos de Patologia de Sono (LEPS) do Centro Hospitalar de Coimbra, 2012), a segunda o questionário "O sono do meu filho" (Projeto Sono-Escolas, Pinto, Teresa Rebelo et al., 2013) e a terceira que pretende a caracterização socio demográfica dos pais. Todos os instrumentos estão devidamente adaptados e validados para a população portuguesa e para o seu uso procedeu-se ao pedido de autorização aos autores, cuja resposta foi favorável. A recolha de dados ocorrerá em dois momentos: o primeiro momento, antes da intervenção, permitindo o diagnóstico da situação e o segundo momento, depois da intervenção permitindo a avaliação da intervenção efetuada. Recolhidos os dados, proceder-se-á à sua organização e análise estatística com recurso ao software IBM SPSS Statistics Versão 2.4.		
Universidade de Évora - Sistema de Gestão Documental	Página 3/5	Entregue electronicamente em: 2017-06-01 23:18

	<b>Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos</b>	
<b>Requerente</b>		
<b>Nome:</b> Maria Manuela dos Santos Pires da Cruz <b>Email:</b> m36978@alunos.uevora.pt <b>Número de aluno:</b> 36978 <b>Curso:</b> Enfermagem (Mestrado)		
<b>Requerimento</b>		
<b>Instrumentos de avaliação:</b> Escala de Sonolência de Cleveland (Spitsbury et al., 2007; versão portuguesa, Pinto, Teresa Rebelo et al., 2012); Questionário "O meu sono e eu" (Projeto Sono-Escolas, Pinto, Teresa Rebelo et al., 2013); Escala de Sonolência de Epworth (Sleep Disorders Unit, Epworth Hospital, Melbourne, Victória, Austrália by Murray W. Johns, 1991; Versão Portuguesa, Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), Laboratório de Estudos de Patologia de Sono (LEPS) do Centro Hospitalar de Coimbra, 2012); Questionário "O sono do meu filho" (Projeto Sono-Escolas, Pinto, Teresa Rebelo et al., 2013)		
<b>Como serão recolhidos os dados:</b> Inquérito por questionário		
<b>Como será mantida a confidencialidade nos registos:</b> Os documentos de recolha de dados serão anónimos, não sendo registada informação que permita a identificação dos participantes. A informação recolhida será trabalhada apenas pelo investigador, sendo pedido apenas dados relevantes para o estudo.		
<b>Estudos prévios em que se baseia esta investigação:</b> Hábitos de sono e ansiedade, depressão e stresse: Que relação? Pinto, T. R., Amaral, C., Silva, V. N., Silva, J., Leal, I. P., & Paiva, T. (2012). O sono em adolescentes portugueses: Proposta de um modelo tridimensional. Pinto, T. R., Pinto, J. C., Rebelo-Pinto, H., & Paiva, T. (2016). Validation of a three-dimensional model about sleep: Habits, personal factor and environmental factors. Rebelo-Pinto, T., Carneiro Pinto, J., Rebelo-Pinto, H., & Paiva, T. (2014).		
<b>Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:</b> Assunto: Consentimento Informado Caro(a) Encarregado(a) de Educação		
Universidade de Évora - Sistema de Gestão Documental	Página 4/5	Entregue electronicamente em: 2017-06-01 23:18

	<b>Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos</b>
<b>Requerente</b>	
Nome: Maria Manuela dos Santos Pires da Cruz Email: m36978@alunos.uevora.pt Número de aluno: 36978 Curso: Enfermagem (Mestrado)	
<b>Requerimento</b>	
<p>Eu, Maria Manuela dos Santos Pires da Cruz, aluna do Mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, a realizar uma investigação, orientada pelo Professora Maria Vítória Casas Novas, que tem como principal objetivo conhecer os hábitos de sono dos adolescentes, venho por este meio solicitar a sua autorização para a aplicação de um questionário junto do(a) seu/sua filho(a) / educando(a).</p> <p>O estudo é dirigido aos alunos do 7º ano de escolaridade do concelho de Évora e aos seus pais (pai ou mãe) / encarregado de educação.</p> <p>A participação é voluntária e todos os dados serão tratados de forma confidencial, ficando apenas na posse do investigador, que os utilizará exclusivamente para a investigação. Os nomes dos participantes não serão nunca utilizados.</p> <p>A participação não é obrigatória, não havendo qualquer consequência para quem se recuse a participar. Os participantes poderão suspender a sua participação em qualquer altura.</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p> <p>_____ (Maria Manuela dos Santos Pires da Cruz)</p> <p>Eu, _____, declaro que entendi a informação, acima descrita e autorizo a participação do meu filho/educando _____ a responder ao questionário.</p>	
Universidade de Évora - Sistema de Gestão Documental	Entregue electronicamente em: 2017-06-01 23:18
Página 5/5	

**Anexo XI** - Requerimento de autorização à Comissão de Ética ARS Alentejo

## Submissão de projeto de investigação

Maria Manuela Cruz

ter 01-08-2017 17:31

Para:Comissao Etica Saude <ces@arsalentejo.min-saude.pt>;

cc:Manuela Cruz <manuela\_scp@hotmail.com>;

📎 8 anexos (2 MB)

0. Requerimento.pdf; 1c. CV-Europass-20170724-DosSantosPiresDaCruz-PT.pdf; 2. Documento de recolha de dados (1).pdf; 2. Documento de recolha de dados (2).pdf; 7. Declaração do orientador.pdf; 3. Consentimento Informado.pdf; 1. Protocolo de Investigação.pdf; 11. Declaração de Compromisso.pdf;

Exma. Sr.ª Presidente da Comissão de Ética para a Saúde,  
da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP

Junto envio processo para autorização de um projeto de Investigação, a decorrer no âmbito de estágio final do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, na UCC de Évora.

Com os melhores cumprimentos,

Manuela Cruz

*Enfª Maria Manuela Cruz  
Coordenadora da Equipa de Coordenação Local (ECL) de Évora  
Telf. 266 760 010  
Rua Ferragial do Poço Novo  
7000-747 Évora*



**Anexo XII** - Autorização da DGE MIME



---

## Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0605700001

1 mensagem

null <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>  
Para: manuela\_scp@hotmail.com, manuela\_scp@hotmail.com

Hoje às 14:21

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

O pedido de autorização do inquérito n.º 0605700001, com a designação *Promoção de hábitos saudáveis de sono nos adolescentes*, registado em 22-09-2017, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Maria Manuela dos Santos Pires da Cruz  
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.  
Com os melhores cumprimentos  
José Vítor Pedroso  
Diretor-Geral  
DGE

Observações:

- a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público do concelho de Évora a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque revelando alguma sensibilidade, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.
- b) Deve considerar-se o disposto na Lei nº 67/98 em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados, (não identificar ou tornar identificável) sendo necessário solicitar o consentimento informado e esclarecido do titular dos dados, resultando obrigações que o responsável tem de cumprir de acordo com determinação legal. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham na recolha e tratamento de dados pessoais. No caso presente de recolha de dados junto de alunos menores (menos de 18 anos), as autorizações assinadas devem ficar em poder da Escola/Agrupamento. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes da declaração de consentimento informado.
- c) Informa-se, ainda, que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados e para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar junto de alunos em contexto de sala de aula, dado ser competência da Escola/Agrupamento.

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

**Anexo XIII** - Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento 1 8 0 0 1

**Comissão de Ética para a Investigação Científica  
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar  
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professora Doutora Margarida Amoedo, Professor Doutor Luís Sebastião e Professor Doutor Manuel Agostinho Fernandes deliberaram dar

**Parecer Positivo**

para a realização do Projeto "Bom sono + saúde: promoção de hábitos saudáveis de sono" da investigadora **Maria Manuela dos Santos Pires da Cruz** (mestranda) e Prof.ª Maria Vitória Glórias Almeida Casas-Novas (responsável académica).

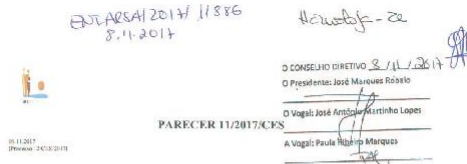
Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)



**Anexo XIV - Parecer da Comissão de Ética ARS Alentejo**



Sobre o estudo «Bom Sono +Saúde: promoção de hábitos saudáveis de sono»

**A: Relatório**

A.1A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) deu início ao processo nº 12/2017/CES com base no pedido formulado a esta CES pelo Conselho Diretivo da ARSA e após envio de documentação pela investigadora a 28 de Setembro de 2017. Este estudo decorre no âmbito do estágio final do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, da Escola de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora. A investigadora principal é a Enf.ª Maria Manuela Cruz, Coordenadora da Equipa de Coordenação Local (ECL) de Évora, com a Orientação da Professora Doutora Maria Vitoria Casa Novas.

**A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos:**

- 1) Requerimento à Presidente da CES da ARSA.....
- 2) Requerimento ao Presidente da ARSA.....
- 3) Protocolo do estudo.....
- 4) Modelo de Consentimento informado, livre e esclarecido para o representante legal.....
- 3) Modelo dos instrumentos de recolha de dados (com alterações decorrentes da orientação da Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento curricular (DGIDC)- Gabinete de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME).....
- 4) Curriculum Vitae do investigador principal.....
- 5) Declaração de compromisso do investigador principal relativamente à propriedade dos dados.....
- 6) Declarações de compromisso do investigador de entrega do relatório final à CES.....
- 7) Declaração de Elo de ligação entre UCC e saúde escolar.....
- 8) Justificação da investigadora relativo aos pontos 4, 5, 8 e 9 do Documento Guia desta CES.....

- 9) Pedido de autorização ao diretor do Agrupamento de Escolas para a realização do projecto.....
- 10) Declaração do Agrupamento de Escolas aceitando colaborar com o Projecto.....
- i) Declaração de aceitação de orientação.....
- 12) Resposta favorável da MIME - Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0605700091.....
- 13) Pedido de autorização ao Diretor de Agrupamento de escolas Severim de Faria.....
- 14) Resposta favorável do Diretor do Agrupamento de escolas Severim de Faria.....
- 15) A investigadora ponderou as alterações propostas por esta CES e esclareceu todas as questões em aberto levantadas.....

**A.3. Resumo da Documentação**

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, considerando as variáveis medidas pelos instrumentos, assim como as variáveis sociodemográficas. Pretende conhecer, planejar, implementar e avaliar um projeto de intervenção para alunos, representante legal/adulto que conhece conhece os hábitos de sono dos professores, do 7º ano de escolaridade do concelho de Évora, com vista à adoção de hábitos de sono saudáveis. Tem como objetivos específicos: i) Caracterizar os hábitos de sono dos adolescentes do 7º ano de escolaridade do concelho de Évora; ii) Identificar os principais fatores externos que influenciam a redução do tempo de sono nos alunos do 7º ano de escolaridade do concelho de Évora; iii) Identificar as necessidades de intervenção para a promoção de hábitos saudáveis de sono; iv) Promover a adoção de hábitos de sono saudáveis.....

Conter-se-á duas fases de desenvolvimento: i) uma primeira fase consiste no diagnóstico/identificação do problema, onde se pretende caracterizar os hábitos de sono dos adolescentes que frequentam os 7º anos de escolaridade, do concelho de Évora e identificar os principais fatores externos que influenciam a redução do tempo de sono. ii) uma segunda fase, que decorre da identificação das necessidades, e onde se pretende planejar uma intervenção especificamente desenhada, com vista à resolução/minimização dos problemas identificados, capacitando os agentes envolvidos – professores, alunos e famílias – no sentido da promoção de hábitos saudáveis de sono. Após o planeamento da intervenção, proceder-se-á à execução das atividades planeadas, que serão

posteriormente avaliadas, concluindo-se o projeto com a divulgação dos resultados.....

A população alvo são os alunos que frequentam os 7<sup>os</sup> anos de escolaridade, de um Agrupamento de Escolas do concelho de Évora e representante legal/adulto que melhor conhece os hábitos de sono do aluno no decorrer do Ano Letivo 2017/2018.....

O método de recolha de dados é o inquérito por questionário. Serão utilizados dois questionários: i) - Questionário aplicado aos adolescentes e composto por três partes: A primeira, construída pela Escala de Sono/Inércia de Cleveland (Spilshury et al, 2007; versão portuguesa, Pinto, Teresa Rebelo et al., 2012), a segunda pelo questionário “O meu sono e eu” (Projeto Sono-Escolas, Pinto, Teresa Rebelo et al., 2013) e a terceira que pretende a caracterização socio demográfica do adolescente; A aplicação deste Questionário, será efetuada pelo próprio investigador, em sala de aula e unicamente aos alunos que tenham autorização do Representante Legal, mediante assinatura do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido. Na salvaguarda da privacidade dos alunos, em participar, serão verbalmente informados que o preenchimento é voluntário não havendo qualquer consequência para quem se recusa a participar. Para a recolha dos questionários os alunos colocam os documentos, dobrados no meio, em caixa disponibilizada para o efeito.....

ii) Questionário aplicado ao adulto que melhor conhece o aluno, também composto por três partes: a primeira integra a Escala de Sono/Inércia de Epworth (Sleep Disorders Unit, Epworth Hospital, Melbourne, Vitória, Austrália by Murray W. Johns, 1991; Versão Portuguesa, Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), Laboratório de Estudos de Patologia de Sono (LEPS) do Centro Hospitalar de Coimbra, 2012), a segunda o questionário “O sono do meu filho” (Projeto Sono-Escolas, Pinto, Teresa Rebelo et al., 2013) e a terceira que pretende a caracterização socio demográfica do agregado familiar.....

Os Consentimentos Informados (CI) serão entregues pelo investigador aos respetivos diretores de turma, que em sala de aula, os distribuirá pelos alunos com a informação de que deverão fazer entrega ao representante legal e que caso este considere autorizar a sua participação, o deverá assinar e entregar de novo ao aluno para este fazer entrega ao diretor de turma. Posteriormente, o investigador recolherá os CI junto dos respetivos diretores de turma.....

Logo após a aplicação/recolha do Questionário 1, o investigador distribuirá pelos alunos o Questionário 2, com a informação de que se destina ao preenchimento voluntário do

adulto que melhor conhece os seus hábitos de sono, que poderá ou não ser o representante legal do menor. Os questionários preenchidos serão entregues ao diretor de turma, que posteriormente serão recolhidos pelo investigador.....

Os documentos de recolha de dados serão anónimos, não sendo registada informação que permita a identificação dos participantes.....

A informação recolhida será tratada, na forma de dados agregados, apenas pelo investigador. Todos os dados ficarão na posse do investigador, que os utilizará exclusivamente para fins de investigação e os destruirá logo que ocorrer a publicação/divulgação dos resultados.....

Todos os instrumentos estão devidamente adaptados e validados para a população portuguesa e para o seu uso procedem-se no pedido de autorização aos autores, cuja resposta foi favorável. Os dados, serão organizados e para a sua análise estatística recorre-se ao software IBM SPSS Statistics Versão 24.....

Os recursos e despesas decorrentes do desenvolvimento do projeto serão da responsabilidade do investigador.....

**B: Identificação de questões com eventuais implicações éticas**

- B.1. A relevância e pertinência do estudo estão justificadas pela bibliografia e metodologias no protocolo apresentado.....
- B.2. Os recursos e despesas decorrentes do desenvolvimento do projeto serão da responsabilidade da investigadora.....
- B.3. A salvaguarda do anonimato e confidencialidade dos dados dos participantes é assegurada pela metodologia apresentada.....
- B.4. Considerando que o modelo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, entregue aos representantes legais para solicitação de aplicação do questionário aos seus representados, antes da aplicação dos questionários, e no caso de aquele autorizar a participação no estudo, deve previr a vontade do aluno mesmo que contrário à sua livre participação.....
- B.5. No sentido de salvaguardar a Livre e esclarecida participação do aluno, é necessário para além do descrito no ponto B.4., conter uma explicação prévia por parte de investigadora aos próprios alunos.....

B.6. Se o adulto que melhor conhece os hábitos de sono do aluno não for o seu representante legal, o CI deverá incluir um espaço para a assinatura deste participante/ ou um outro CI, que assim confirma que temou conhecimento de todas as condicionantes do estudo e que aceita participar;.....

B.7. Deverá ser solicitada Declaração de Exequibilidade pela Directora Executiva do ACES Alentejo Central e cujo documento deverá ser feito chegar a esta CES antes da colheita de dados;.....

B.8. A destruição dos dados recolhidos deverá ser feita num prazo máximo de 3 anos após a colheita dos mesmos;.....

B.9. O Consentimento Informado Livre e Esclarecido deve ser acompanhado pelo questionário que irá ser colocado aos alunos, uma vez que prevalece o direito de deliberação e decisão ponderada sobre a participação ou não no estudo. Neste sentido, deverá ser adotada uma metodologia que permita potenciar a autonomia dos participantes e do seu representante legal, assim como, minimizar os vieses, nomeadamente solicitar ao representante legal a confidencialidade do questionário;.....

B.10. A inclusão de alunos de outros agrupamentos de escolas que não o acima identificado, não deve ocorrer sem que seja apresentada a esta CES as declarações dos responsáveis pelos Agrupamentos de Escolas respectivos. Adverte-se para que a limitação de alunos de um único Agrupamento de Escolas numa cidade onde existem outros Agrupamentos pode por si só não permitir uma consistente generalização dos dados;.....

B.11. Deverá ser entregue a esta CES a declaração do colaborador, relativamente ao Directoria de turma, referência a função que lhe é atribuída no estudo;.....

#### C – CONCLUSÃO

Face ao exposto a CES delibera dar parecer favorável condicionado ao ponto B.4, B.5, B.6., B.7, B.8; B.9 e B.11 autorização deste estudo;.....

Aprovado em reunião do dia 06.11.2017, por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo

  
(Susana Teixeira)



**Anexo XV** - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (no caso de o representante legal não ser o adulto que melhor conhece os hábitos de sono do aluno)



**Assunto: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (no caso de o representante legal não ser o adulto que melhor conhece os hábitos de sono do aluno)**

Exmo. Sr.

Eu, Maria Manuela dos Santos Pires da Cruz, aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, a realizar uma investigação, orientada pela Professora Maria Vitória Casas Novas, que tem como principal objetivo conhecer os hábitos de sono dos adolescentes, venho por este meio convidá-lo a participar estudo através do preenchimento do questionário em anexo, enquanto adulto que melhor conhece os hábitos de sono do aluno.

O estudo é dirigido aos alunos do 7º ano de escolaridade do concelho de Évora e ao adulto responsável que melhor conheça os seus hábitos de sono. Informa-se que foi enviado previamente um Consentimento Informado, Livre e Esclarecido ao representante legal do aluno.

A participação é voluntária e todos os dados serão tratados de forma a garantir o sigilo, anonimato dos participantes e confidencialidade das fontes. Todos os dados ficarão apenas na posse da investigadora, que os utilizará exclusivamente para fins da investigação e os destruirá logo que ocorra a publicação/divulgação dos resultados e/ou num prazo máximo de três anos após a colheita de dados. Os nomes dos participantes não serão nunca utilizados.

A participação não é obrigatória, não havendo qualquer consequência para quem se recuse a participar. Os participantes poderão suspender a sua participação em qualquer altura.

Em caso de dúvida e/ou esclarecimento poderá entrar em contacto com a investigadora através do nº de telemóvel – 965328421.

Com os melhores cumprimentos,

A investigadora:

\_\_\_\_\_  
(Maria Manuela dos Santos Pires da Cruz)

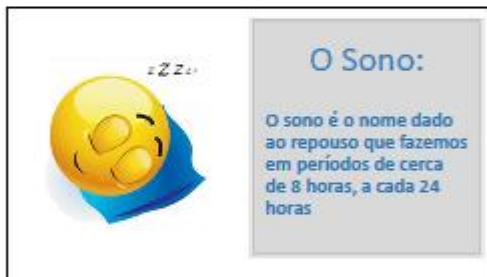
A orientadora:

\_\_\_\_\_  
(Maria Vitória Casas Novas)

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi a informação, acima descrita e aceito participar.

ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUPLICADO SENDO UMA VIA PARA O INVESTIGADOR E A OUTRA PARA QUEM CONSENTE.

**Anexo XVI** - Sessão 1: “O que sabes sobre o sono?”









A luz solar é importante para o sono



A luz solar é importante para o sono



### Ciclo Sono - Vigília

O ser humano é essencialmente diurno

Sono	Vigília	Sono
		
		
noite	dia	noite

A Melatonina é uma hormona responsável pelo surgimento do sono

Na presença da luz solar/luz forte a Melatonina deixa de ser produzida e surge a vigília

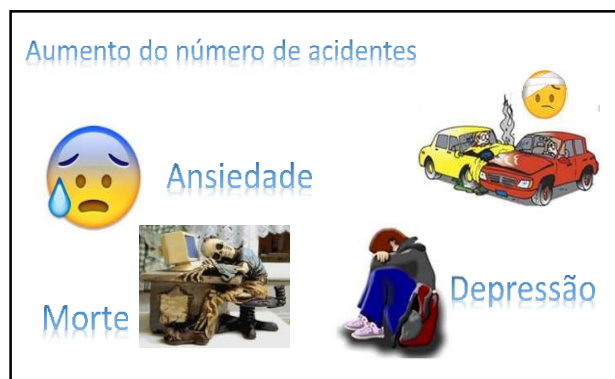
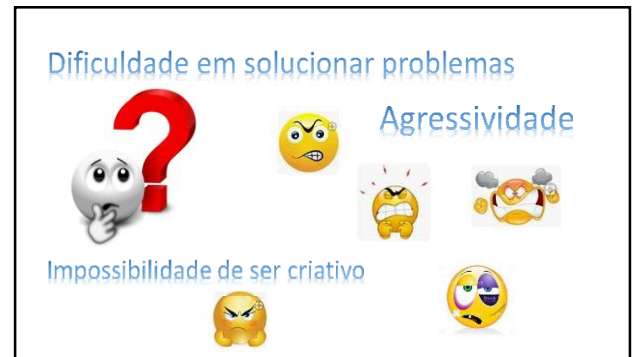
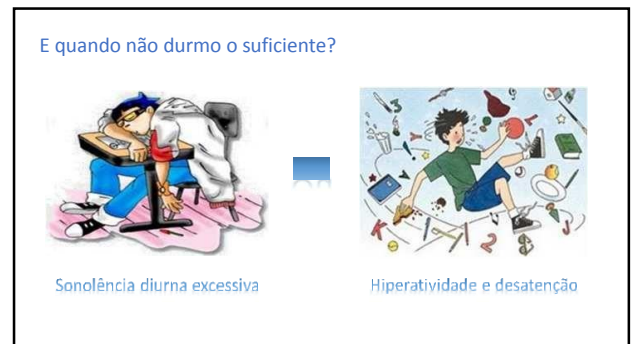
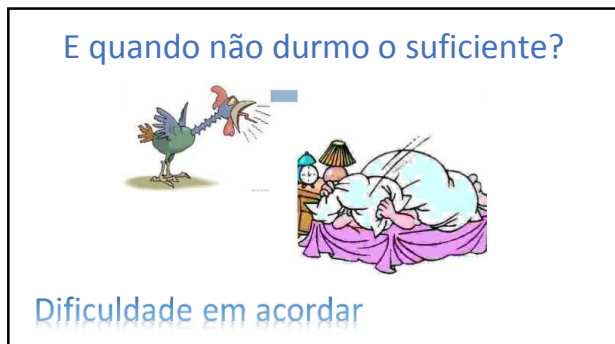


É a presença da luz a melhor de te acordar?



**Anexo XVII** - Sessão 2: “E quando dormes pouco?”





### OS DISTÚRBIOS ASSOCIADOS À PRIVAÇÃO DE SONO

**Resistência à insulina** – Sem o repouso noturno adequado, o organismo aumenta a produção de cortisol, adrenalina e noradrenalina, hormônios associados ao stress. Em excesso, eles tornam as células resistentes à insulina, o que dificulta o processamento da glicose e predispe ao diabetes tipo 2.

**Hipertensão** – O cortisol, a adrenalina e a noradrenalina são também vasoconstritores. Quatro horas a mais de sono por noite, ao longo de cinco noites, reduzem em até 50% a capacidade de dilatação dos vasos sanguíneos, o que pode levar à hipertensão.

**Doenças do coração** – Noites mal dormidas podem alterar os impulsos elétricos que regulam os batimentos do coração. Com isso, aumentam os riscos de ocorrência de arritmias entre as pessoas com propensão ao problema.

**Obesidade** – Durante o sono, o organismo reduz a síntese de grelina, o hormônio do apetite, e aumenta a de leptina, responsável pela saciedade. Quando uma pessoa se priva do repouso ideal, a fabricação dessas substâncias fica desregulada, o que favorece o ganho de peso.

**Baixa imunológica** – A privação de sono provoca redução nos níveis de CD4, CD8 e células T, os principais agentes de defesa do organismo. Dormir pouco pode, portanto, aumentar a vulnerabilidade a doenças infecciosas.



**Dor crônica** – Poucas horas de sono causam desequilíbrio na produção dos neurotransmissores responsáveis por ativar ou inibir a transmissão dos impulsos relacionados à dor, além de aumentar a percepção dolorosa. Estudos mostram que o controle da dor crônica é mais difícil entre as pessoas com distúrbios do sono.



PROCURA-SE  
SONO

## Conselhos para uma boa higiene de sono

**1 Ter um horário regular de sono** | O horário de levantar e deitar deve ser o mesmo em todos os dias, não deve variar mais do que uma hora em fins de semana ou férias.



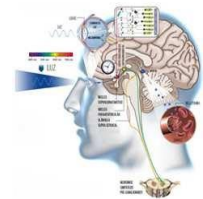
**2 Ter rotina da hora de deitar** | Antes de deitar deve haver uma sequência habitual de atitudes para a preparação para o sono, como: banho, jantar, ida para o quarto, leitura, música calma.



**3 Ter ambiente do quarto sossegado e escuro, temperatura amena** | O quarto deve ser sentido como um local agradável.



**4 Desligar o equipamento eletrônico uma hora antes de dormir e deixá-lo fora do quarto** | A luminosidade e o ruído dos computadores, telemóveis, consolas de jogos, televisão, atrasam a chegada do sono e provocam despertares durante a noite.



**5 Não ter fome ao deitar** | A sensação de fome pode perturbar o adormecimento.

Mas evitar refeições pesadas.  
As refeições antes de dormir devem ser refeições ligeiras.



**6 Evitar alimentos ou bebidas com estimulantes nas várias horas que antecedem o sono** | Várias bebidas (ex. coca-cola, refrigerantes, chá, café) e alimentos (ex. chocolate) contêm cafeína, que podem perturbar o sono se ingeridos depois da hora do lanche.





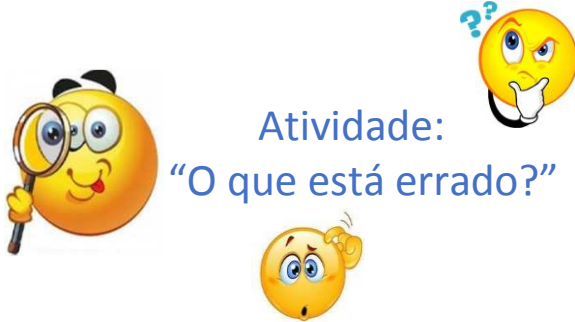
**7** Não ingerir líquidos excessivos ao deitar ou durante as horas noturnas | A necessidade de ir ao WC durante a noite pode levar a despertares repetidos.



**8** Evitar atividades vigorosas nas 2 horas que antecedem a hora de deitar | O exercício físico é muito importante, mas as atividades muito enérgicas podem atrasar o sono.



Atividade:  
"O que está errado?"



O que está errado?

A Mariana tem 13 anos e joga Voleibol no clube amador da sua freguesia. Como tem aulas até tarde só consegue treinar no horário da noite, entre as 20 e as 21 horas.

Chega a casa cansada, esfomeada e sempre cheia de novidades para contar! Come tudo o que lhe aparece à frente e não é estranho ficar à conversa com os pais, ou a acabar os trabalhos de casa, até bem depois da meia-noite...

O que está errado?

O que está errado?

O João adora jogos de computador, principalmente aqueles em que é possível jogar com os amigos usando a internet.

Como bom aluno que é, assim que chega a casa faz todos os trabalhos de casa para ter todo o tempo possível para se divertir. Está tão empenhado em ganhar o jogo que actualmente está a jogar que é frequente só se conseguir deitar perto da 1 hora da manhã.

O que está errado?

O que está errado?

- Computador/Internet
- A hora de deitar (22/23 horas)
- Horário para jogar

O que está errado?

A Rita é um bocadinho preguiçosa e é conhecida entre os amigos por andar sempre ensonada. Fica sempre aliviada quando chega o fim-de-semana e pode fechar-se no quarto entre as suas coisas e dormir sempre que lhe apetece e quanto lhe apetece.

A mãe já não estranha quando tem que a ir acordar para o almoço de Domingo, quando a ouve teclar depois da meia-noite ou quando entra no seu quarto e encontra uma enorme desarrumação!

Sempre que tenta falar com a Rita sobre estes assuntos, esta defende-se dizendo que não consegue adormecer e por isso tem que dormir mais de manhã, principalmente ao fim de semana. Para além disso, diz que o quarto é seu e que, por isso, pode tê-lo desarrumado...

O que está errado?

O que está errado?

A Mariana tem 13 anos e joga Voleibol no clube amador da sua freguesia. Como tem aulas até tarde só consegue treinar no horário da noite, entre as 20 e as 21 horas.

Chega a casa cansada, esfomeada e sempre cheia de novidades para contar! Come tudo o que lhe aparece à frente e não é estranho ficar à conversa com os pais, ou a acabar os trabalhos de casa, até bem depois da meia-noite...

O que está errado?

O que está errado?

- Desporto a horas tardias
- Duche ao chegar a casa
- Comer demais perto da hora de deitar
- A hora de deitar (22/23 horas)

O que está errado?

O João adora jogos de computador, principalmente aqueles em que é possível jogar com os amigos usando a internet.

Como bom aluno que é, assim que chega a casa faz todos os trabalhos de casa para ter todo o tempo possível para se divertir. Está tão empenhado em ganhar o jogo que actualmente está a jogar que é frequente só se conseguir deitar perto da 1 hora da manhã.

O que está errado?

### O que está errado?

A Rita é um bocadinho preguiçosa e é conhecida entre os amigos por andar sempre ensonada. Fica sempre aliviada quando chega o fim-de-semana e pode fechar-se no quarto entre as suas coisas e dormir sempre que lhe apetece e quanto lhe apetece.

A mãe já não estranha quando tem que a ir acordar para o almoço de Domingo, quando a ouve teclar depois da meia-noite ou quando entra no seu quarto e encontra uma enorme desarrumação!

Sempre que tenta falar com a Rita sobre estes assuntos, esta defende-se dizendo que não consegue adormecer e por isso tem que dormir mais de manhã, principalmente ao fim de semana. Para além disso, diz que o quarto é seu e que, por isso, pode tê-lo desarrumado...

### O que está errado?

### O que está errado?

- ✦ Computador/Internet
- ✦ Quarto desarrumado
- ✦ Falta de horários para adormecer/acordar



**Eu**  
escolho  
um bom  
sono

Sabendo que o sono é vital para a regulação emocional, aprendizagem e bom funcionamento do sistema imunitário, defendo o meu direito a dormir: deito-me, levanto-me a horas regulares, relaxo antes de deitar e guardo 8 a 9 horas por noite para poder dormir.



**Anexo XVIII - Sessão para os Pais**



### Alguns resultados do estudo

- População de 139 estudantes,
- Com idades compreendidas entre os 11-15 anos que frequentam o 7º Ano de Escolaridade.
- 46,0 % do sexo feminino e
- 54,0 % do sexo masculino.

### Tempo total de sono

- Tempo total de sono nos dias de semana:
  - 32,2% dos inquiridos declararam dormir 7 ou menos horas,
  - 33,1% não ultrapassaram os 8 horas de sono,
  - 33,1% declararam dormir menos de 7 horas
- e apenas 15,2% dos jovens declararam um número igual ou superior a 10 horas de sono por noite.
- Tempo total de sono nos dias de fim de semana, existe uma significativa diferença, revelando-se tempos de sono muito superiores no modelo dos inquiridos, em que:
  - 12,2% declararam dormir 7 ou menos horas,
  - 35,4 % não ultrapassaram os 8 horas de sono,
  - 37,2 % declararam dormir menos de 7 horas e
  - 44,2 % dos jovens declararam um número igual ou superior a 10 horas de sono por noite.

### Tempo total de sono

Sexo	Tempo total de sono nos dias de semana		Tempo total de sono nos dias de fim de semana	
	Freq. Abs.	Freq. Rel.	Freq. Abs.	Freq. Rel.
Masculino	11	8,1	1	1,1
Feminino	7	3,2	3	3,2
Total	18	12,9	4	2,9
Masculino	4	2,9	9	6,5
Feminino	7	5,0	14	10,1
Total	11	7,9	23	16,6

### Fatores que mais influenciam os hábitos de sono

- Insuficiente duração de sono;
- Irregularidade nos horários e rotinas de sono;
- Características do quarto;
- Sentimentos em relação ao sono.

### O que é o sono?

Requiere fadiga mental e física

Processo cíclico

Estado comportamental no estado de vigília

Comportamento involuntário

Estado de imobilidade parcial, periódico, comum à maioria dos animais, durante o qual estamos "desconectados" do ambiente que nos rodeia.

### O que é o sono normal?

- Subjetivo, depende de pessoa para pessoa.
- Será aquele que proporciona ao indivíduo:
  - Uma sensação de bem-estar, descanso físico e mental;
  - Recuperação de energia;
  - Aptidão para executar as tarefas do dia seguinte.

### O Sono varia com a idade:

Idade	1-3 anos	3-5 anos	6-13 anos	14-17 anos	18-25 anos	26-35 anos	36-45 anos
Horas	12-16h	10-13h	8-11h	8-10h	7-9h	7-9h	7-9h

### Mas também de pessoa para pessoa:

10 Horas

8 Horas

### Ciclo Sono - Vigília

O ser humano é essencialmente diurno

Sono

Vigília

Sono

A Melatonina é uma hormona responsável pelo surgimento do sono

Na presença da luz solar/luz forte a Melatonina deixa de ser produzida e surge a vigília

### Os ciclos e as fases do Sono

O Sono ocorre em 4 a 6 ciclos por noite de aproximadamente 90 a 120 minutos

Ciclo	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
1	10-15 min	10-15 min	10-15 min	10-15 min
2	10-15 min	10-15 min	10-15 min	10-15 min
3	10-15 min	10-15 min	10-15 min	10-15 min
4	10-15 min	10-15 min	10-15 min	10-15 min

**Estado de alerta**  
Resistência das funções  
Aumento de ritmo  
respiratório

**Estado de sono**  
Condição de  
resistência  
e aprendizagem



**Consequências da privação de sono/sono insuficiente**

**Aumento do número de acidentes**

**Ansiedade** **Depressão**

**Agressividade** **Morte**

**Consequências da privação de sono/sono insuficiente**

**Dificuldade de aprendizagem, falta de atenção, memória**

**Dificuldade em solucionar problemas**

**Impossibilidade de ser criativo**

**As disfunções associadas à privação de sono**

**Redução da memória** - É uma das principais consequências da privação de sono. O sono é essencial para a consolidação da memória, e a falta de sono pode levar a dificuldades de aprendizagem e falta de atenção.

**Hiperfoco** - É a capacidade de manter a atenção em uma única tarefa por um longo período de tempo. A privação de sono pode levar a hiperfoco, o que pode ser prejudicial para a saúde mental e física.

**Dor nas costas** - A privação de sono pode levar a dores nas costas, especialmente em adolescentes que passam muito tempo sentados em uma única posição.

**Obesidade** - A privação de sono pode levar ao aumento do peso corporal, o que pode ser prejudicial para a saúde física e mental.

**Doença cardiovascular** - A privação de sono pode levar a doenças cardiovasculares, como hipertensão e infarto.

**Ansiedade** - A privação de sono pode levar a ansiedade, o que pode ser prejudicial para a saúde mental.

**Depressão** - A privação de sono pode levar à depressão, o que pode ser prejudicial para a saúde mental.

**O que prejudica o sono na adolescência?**

**Altera de fase de sono**

Alterações profundas no ritmo biológico, endócrino e psicológico, que ocorrem na adolescência, originam uma alteração de hábitos de vida, incluindo os do sono, particularmente com um atraso de fase, ou seja, um adormecer e acordar mais tarde.

Este atraso de fase desenvolve-se de forma progressiva, entre os 7 e os 13 anos, tornando-se frequentemente incompatível com as exigências escolares e sociais e coincidindo com uma diminuição das horas de sono e com uma sonolência diurna excessiva.

**O que prejudica o sono?**

**Excesso de tarefas, preocupações e responsabilidades**

**Atividade recreativa em alta velocidade**

**Uso de dispositivos eletrônicos**

**O que prejudica o sono?**

**Luzes artificiais como Televisões, telas de computadores e smartphones**



O que prejudica o sono?

Alimentação rica em gordura ou açúcar

Consumo de bebidas alcoólicas e estimulantes



PROCURA-SE SONO



Alteração dos HÁBITOS DE SONO

- Talvez a mudança de comportamento mais importante que os adolescentes possam fazer e que seus pais podem incentivá-los a fazer é:
- Estabelecer e manter um cronograma consistente de sono/vigília.
- Esta é uma boa prática para pessoas de todas as idades, mas pode ser especialmente importante para adolescentes.


- Procure sinais de privação de sono (sono insuficiente) e sonolência em seus filhos. Tenha em mente que os sinais nem sempre são óbvios, especialmente em crianças mais jovens (pré-adolescentes). Sinais incluem:
  - dificuldade de acordar de manhã,
  - irritabilidade no final do dia,
  - adormecer espontaneamente durante os momentos calmos do dia,
  - dormir por períodos extra longos nos finais de semana.

- Aplicar e manter horários de sono apropriados para idade.
- O horário de levantar e deitar deve ser o mesmo todos os dias, não deve variar mais do que uma hora em fins de semana ou férias.
- Fale com seus filhos sobre seus horários individuais de sono/vigília e níveis de sonolência.
- Avalie quanto tempo eles gastam em atividades extracurriculares e como isso afeta seus padrões de sono.
- Trabalhe com eles para ajustar seus horários para permitir o sono suficiente, se necessário.

- Fornecer um ambiente familiar propício ao sono saudável.
- Estabeleça um tempo de silêncio durante a noite quando as luzes estiverem esmaecidas e a música alta não é permitida.
- Não permita o uso da televisão, computador e telefone perto da hora de dormir.

- Se as medidas conservadoras para mudar os ritmos circadianos do seu filho são ineficazes, ou se seu filho pratica bons hábitos de sono e ainda tem dificuldade em ficar acordado às vezes ao longo do dia:
- Consulte um especialista em sono. A sonolência diurna excessiva pode ser um sinal de narcolepsia, apnéia do sono, distúrbio periódico do movimento dos membros e outros distúrbios do sono graves mais tratáveis.

- Seja um bom modelo:
- Faça do sono uma alta prioridade para si e sua família praticando bons hábitos de sono.
- Ouça seu corpo: se está com sono durante o dia, faça uma sesta (15min), vá dormir mais cedo.
- Consulte um especialista em sono, se necessário.



É de quem está cuidando melhor de seu sono?