

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

**TEMPO DE TELA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS**  
**HOSPITALIZADOS**

**Porto Alegre**  
**2023**

**GLEICE KELLY MEDEIROS SANTOS TORRES**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Saúde da Criança.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Bruna Ziegler.

**Porto Alegre  
2023**

## CIP - Catalogação na Publicação

Torres, Gleice Kelly Medeiros Santos  
TEMPO DE TELA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS  
HOSPITALIZADOS / Gleice Kelly Medeiros Santos Torres.  
-- 2023.  
70 f.  
Orientadora: Bruna Ziegler.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de  
Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência  
Integrada Multiprofissional em Saúde, Porto Alegre,  
BR-RS, 2023.

1. Tempo de tela. 2. Pediatria. 3. Neoplasias. 4.  
Hospitalização. 5. Modalidades de Fisioterapia. I.  
Ziegler, Bruna, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA	6
1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	8
1.3 RELEVÂNCIA DA PESQUISA	8
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>10</b>
2.1 Conceito de comportamento sedentário e tempo de tela	10
2.2 Medidas de avaliação do comportamento sedentário e tempo de tela	11
2.3 Recomendações para tempo de tela	11
2.4 Prevalências do tempo de tela	11
2.5 Riscos e complicações associadas ao tempo excessivo de tela	15
2.6 Tempo de tela em crianças hospitalizadas	16
2.7 Relação do comportamento sedentário aliado ao tempo de tela em pacientes pediátricos oncológicos hospitalizados	17
<b>3 OBJETIVO</b>	<b>19</b>
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
<b>4 RESULTADOS</b>	<b>20</b>
4.1 ARTIGO EM PORTUGUÊS	21
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>42</b>
<b>6 REFERÊNCIAS</b>	<b>43</b>
<b>7 APÊNDICES</b>	<b>53</b>
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	53
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS DESCRITIVOS	56
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOBRE O TEMPO DE TELA DOMICILIAR E HOSPITALAR	59
APÊNDICE D - DIÁRIO DE RECORDAÇÃO	64

APÊNDICE E - FICHA DE OBSERVAÇÃO DIRETA DO PACIENTE	65
<b>8 ANEXOS</b>	<b>66</b>
ANEXO A - CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA PROPOSTA PELA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS E PESQUISA (ABEP)	66
ANEXO B - FUNCTIONAL STATUS SCALE	68
ANEXO C - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ versão curta)	69
ANEXO D - ESCORE DE LANSKY	70

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

Com o advento da era digital, cada vez mais crianças e adolescentes estão expostos a dispositivos eletrônicos (CONNELL; LAURICELLA; WARTELLA, 2015). O tempo aplicado em frente às telas (celulares, *tablets*, computadores, televisão) é denominado na literatura como “tempo de tela” e constitui um subtipo de comportamento sedentário (CS), que por sua vez é definido como atividades realizadas nas posições sentada, reclinada ou deitada em que o gasto energético basal é inferior à 1,5 equivalentes metabólicos (METs) (TREMBLAY et al., 2017) .

Atualmente, o tempo de tela representa um dos subtipos de CS mais prevalentes entre crianças e adolescentes de todo o mundo, fato que reflete o crescente acesso à tecnologia observado desde a década de 2000 (STRAKER et al., 2018). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), revelaram que 87,4% dos estudantes do 9º ano possuíam aparelho celular, e que a prevalência da exposição a pelo menos duas horas diárias de televisão era alta no Brasil (78%) (IBGE, 2015).

Com relação às crianças menores, estudos brasileiros sobre a prevalência do uso de dispositivos de tela (DT) ainda são escassos. No entanto, no cenário internacional há evidências de que uma proporção significativa de crianças na primeira infância passam mais que duas horas por dia em frente às telas (HOUGHTON et al., 2015).

Conforme as estatísticas do *Common Sense Media Research Study*, entre os anos de 2011 e 2013 nos Estados Unidos, o percentual de menores de 1 a 8 anos que haviam utilizado ao menos uma vez um dispositivo móvel (DM) como *tablets* e smartphones passou de 38% para 72% respectivamente. Similarmente, dois estudos conduzidos por meio de pesquisas de um total de 169 crianças na Cidade do México avaliaram a frequência e a idade do uso de dispositivos móveis, demonstrando que a idade média de início do uso desses dispositivos foi de 5 anos ou menos e que 86% das crianças entre 1 e 5 anos já havia utilizado um DM em sua

vida, a maioria sem supervisão de seus cuidadores (LÓPEZ VERA et al., 2021).

Em se tratando da população oncológica pediátrica, a doença e o tratamento do câncer podem interferir negativamente na capacidade física e mental dos pacientes, favorecendo o sedentarismo e exacerbando os efeitos deletérios (BRAAM et al., 2016). Simultaneamente, o aumento do acesso e tempo despendido em dispositivos de tela contribuem para uma piora no estado geral de saúde causando uma variedade de danos fisiológicos e sistêmicos (STIGLIC; VINER, 2019).

Resultados de artigos brasileiros evidenciaram que quanto maior o tempo em CS (incluindo tempo de tela) menores os níveis de atividade física dos indivíduos (DA SILVA et al., 2019; GUEDES; DESIDERÁ; GONÇALVES, 2018; GUERRA; FARIAS JÚNIOR; FLORINDO, 2016). Essa crescente exposição e acessibilidade aos dispositivos eletrônicos fez com que órgãos e entidades de saúde elaborassem recomendações acerca do uso desses instrumentos por crianças e adolescentes.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), crianças até 1 ano de idade não devem passar nenhum período em frente às telas (OMS, 2019). Para aquelas com dois a quatro anos de idade, o tempo de uso não deve ser superior a uma hora. E, de acordo com a *American Academy of Pediatrics*, os adolescentes devem permanecer por menos de duas horas por dia em DT (REID CHASSIAKOS et al., 2016).

A exposição excessiva aos DT não se restringe ao ambiente domiciliar. Durante períodos de hospitalização, condições como o uso de drenos, sondas e cateteres, a necessidade de isolamento respiratório e em alguns casos, a indisponibilidade de oportunidades ou materiais para entretenimento podem constituir justificativas (modificáveis ou não) para crianças permanecerem mais tempo em frente às telas (ARORA et al., 2016).

Autores de um estudo internacional realizado em uma unidade de cuidados infantis, observaram que apesar da supervisão e contato direto com inúmeros profissionais, crianças em idade pré escolar foram expostas a um tempo de tela ainda superior ao que lhes era ofertado na rotina de casa (CHRISTAKIS; GARRISON, 2009). Considerando as consequências já relatadas associadas ao uso excessivo de DT, esse comportamento pode caracterizar um fator agravante e prolongador à recuperação de crianças e adolescentes hospitalizados,

especialmente na população oncológica pediátrica.

Portanto, visando ampliar os conhecimentos a respeito do uso de DT no ambiente hospitalar, o objetivo principal deste estudo é avaliar o tempo de tela em crianças e adolescentes hospitalizados por doenças oncológicas e verificar sua associação com a funcionalidade e os fatores de exposição às telas.

## 1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Até o momento, poucos estudos investigaram o tempo de tela e suas associações no ambiente hospitalar. Nesse sentido, além de investir em pesquisas com crianças previamente hípidas, faz-se necessário explorar esse cenário específico e a influência do tempo de tela na população oncológica pediátrica hospitalizada.

Além disso, compreender os fatores associados ao tempo de tela no ambiente hospitalar, ajudará a constituir novas práticas clínicas e educacionais, possibilitará o desenvolvimento de estratégias para melhorar o manejo dos pacientes, realizar intervenções precoces e, possivelmente, minimizar os resultados adversos de saúde decorrentes do tempo excessivo de tela.

## 1.3 RELEVÂNCIA DA PESQUISA

Atualmente o Hospital de Clínicas de Porto Alegre não tem estabelecido nenhuma rotina assistencial com o objetivo de educar pacientes e familiares sobre o uso de DT. A partir dos resultados deste estudo, poderão ser estabelecidas estratégias que melhorem o manejo dos profissionais da saúde a respeito deste tema. Dessa forma, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, recreacionistas e demais profissionais poderão contribuir com rotinas que visem a educação de pacientes e familiares quanto ao uso destes dispositivos dentro e fora do hospital.

Em se tratando da área da Saúde da Criança, considera-se relevante identificar a predominância do uso de DT na Unidade de Internação Oncológica Pediátrica, tendo em vista os comprometimentos já relatados na literatura relacionados ao uso excessivo de tais equipamentos em crianças e adolescentes. Os pacientes internados poderão receber orientação adequada, a qual



possivelmente se expandirá para o ambiente extra hospitalar após a alta.

Sabe-se que os comportamentos e hábitos adquiridos na infância tendem a se perpetuar até a vida adulta, portanto, toda e qualquer medida cabível a fim de minimizar comportamentos deletérios à saúde devem ser instituídas precocemente. Além disso, este estudo pode servir como base para construção de intervenções futuras voltadas para a redução de elevados índices de tempo excessivo de tela, como o estímulo a atividades recreativas associadas a atividades físicas.

Até o presente momento, a maior parte dos estudos brasileiros e internacionais investiga tal comportamento no contexto de crianças e adolescentes hígidos. Portanto, este estudo trará embasamento científico acerca do tempo de tela e fatores associados ao uso de DT no ambiente hospitalar.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CONCEITO DE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E TEMPO DE TELA

Nos últimos anos, cresceram expressivamente os números de pesquisas relacionadas aos temas comportamento sedentário (CS) e tempo de tela, principalmente aquelas envolvendo crianças e adolescentes (GUERRA; FARIAS JÚNIOR; FLORINDO, 2016; RAMIRES et al., 2014). A investigação destes temas nesta faixa etária possui fundamental relevância, pois sabe-se que os hábitos adquiridos na infância e na adolescência tendem a se perpetuar até a vida adulta. Dessa forma, a superexposição a DT precocemente aumenta a probabilidade de uso excessivo com o avançar do desenvolvimento (DUCH et al., 2013; HAMILTON et al., 2016).

Conforme esse campo de pesquisa se expande, também ocorre confusão com a definição do CS e termos associados, como o tempo de tela, inatividade física e outros (GIBBS et al., 2015; THIVEL et al., 2018). Visando padronizar estes conceitos, a Rede de Pesquisa em Comportamento Sedentário realizou um Projeto de Consenso em Terminologia. Com base nos resultados da análise sistemática publicada por seus pesquisadores, o CS é definido como qualquer atividade realizada nas posições deitada, reclinada ou sentada em que o gasto energético para a sua execução é menor ou igual a 1,5 METs (TREMBLAY et al., 2017). As atividades que podem ser consideradas tipos de CS constituem um amplo espectro, e variam desde atitudes como deslocar-se sentado no carro até utilizar o computador reclinado em uma cadeira (MARK TREMBLAY, 2012).

Dessa forma, o tempo de tela representa um subtipo de CS, e conceitua-se como o tempo despendido frente à DT, como o celular, televisão e computador. Este mesmo conceito pode subdividir-se em tempo de tela sedentário e tempo de tela ativo. O primeiro se aplica a situações em que o indivíduo está usando um dispositivo de tela e de forma concomitante está sedentário, ou seja, seu gasto energético durante a atividade é  $\leq 1,5$  METs. Por exemplo, quando uma criança está deitada no sofá assistindo televisão. Enquanto o segundo refere-se a momentos em que o indivíduo está usando um dispositivo de tela, mas seu gasto energético é maior que 1,5 METs. Nesta situação podemos imaginar um adolescente jogando

vídeo game ativo, também conhecido como exergames (TREMBLAY et al., 2017).

Apesar de o tempo de tela não representar o CS total, é o subtipo mais prevalente dentre as categorias de CS e também o mais relatado em estudos que envolvem crianças e adolescentes (AUSTRALIAN HEALTH SURVEY, 2013; SOUSA et al., 2017).

## 2.2 MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E TEMPO DE TELA

A avaliação do CS é considerada um desafio para os pesquisadores, pois exige a compreensão de diferentes aspectos, desde a duração até o contexto de um determinado comportamento. Por muito tempo, o tempo de TV foi considerado um bom marcador para representar o CS geral. No entanto, este se mostrou incapaz de capturar a diversidade de CS disponíveis para os jovens (BIDDLE, 2007).

O constructo de categorias de CS pode ser avaliado através de métodos subjetivos (questionários auto administrados ou aplicados por meio de entrevistas e diários prospectivos) e objetivos (acelerômetros, inclinômetros, observação direta em tempo real ou por aplicativos gerenciadores de tempo em dispositivos eletrônicos).

Os instrumentos de avaliação classificados como subjetivos baseiam-se no autorrelato ou nos relatórios por procuração de terceiros (geralmente os pais ou responsáveis), como no caso de crianças com menos de 10 anos, em que a resposta não é confiável por conta do desenvolvimento cognitivo (KOHL; FULTON; CASPERSEN, 2000). A principal vantagem desses instrumentos inclui a possibilidade de identificar informações contextuais para além das informações relacionadas ao tempo. Essa característica permite ao pesquisador examinar uma ampla gama de CS ou atividades específicas, como no caso do tempo de tela (LUBANS et al., 2011).

Além disso, são instrumentos de baixo custo e de fácil aplicabilidade, o que os tornam acessíveis para estudos com grandes populações (BOUDET et al., 2019). Entretanto, vale ressaltar que os questionários podem sofrer a influência de viés de

memória, o que muitas vezes compromete a validade dos resultados (ATKIN et al., 2012).

O dispositivo mais comumente utilizado dentre as medidas objetivas é o acelerômetro, o qual foi criado tradicionalmente para medir atividade física, mas evidências também o consideraram válido para mensurar CS (ATKIN et al., 2012).

Sua caracterização geralmente se concentra em períodos de inatividade e, especificamente, períodos em que a atividade é registrada abaixo de um limite definido, por exemplo, <100 contagens por minuto (BYROM et al., 2016).

Embora o acelerômetro seja capaz de identificar o tempo em atividades de CS, ele não é capaz de fornecer informações sobre o subtipo de CS e seu contexto. Portanto, não seria apropriado para o uso em estudos interessados nesse objetivo (ATKIN et al., 2012). Além disso, não existem protocolos padronizados para coleta, análise e interpretação de dados e é um dispositivo de alto custo, o que dificulta sua utilização em uma amostra mais numerosa. Ainda, pode haver falhas relacionadas ao seu funcionamento ocasionando a perda de dados e seu uso pode ser desconfortável, pois devem ser fixados em alguma parte do corpo (REILLY et al., 2008).

Em se tratando da avaliação dos subtipos de CS em crianças e adolescentes, a medida do tempo de tela é utilizada na maior parte dos estudos (BRYANT et al., 2007) e frequentemente é extraída através de questionários auto administrados ou entrevistas com os responsáveis (SHAH et al., 2019).

Uma revisão sistemática de estudos que utilizaram questionários para avaliar o CS em crianças e adolescentes identificou que não há um instrumento padrão para a população brasileira. Além disso, em 34,7% dos estudos, os autores não relataram se o instrumento utilizado passou por validação prévia ou, nos casos de instrumentos estrangeiros, se houve validação para uso em populações brasileiras (GUERRA; FARIAS JÚNIOR; FLORINDO, 2016). Da mesma forma, revisões sistemáticas de estudos internacionais concluíram que nenhum questionário demonstrou suas propriedades psicométricas. Adicionalmente, os autores concluíram que quando o objetivo do estudo é identificar o tempo despendido em

CS e de forma associada verificar o contexto do CS, deve-se lançar mão de medidas objetivas combinadas com medidas subjetivas (BRINGOLF-ISLER et al., 2012; HOUGHTON et al., 2015; LUBANS et al., 2011).

Portanto, apesar das limitações relacionadas aos questionários, investigar o tempo de tela através de tais instrumentos pode representar uma estratégia viável e barata quando o objetivo for avaliar amostras de proporção significativa.

### 2.3 RECOMENDAÇÕES PARA TEMPO DE TELA

Com a ascensão do ambiente digital e o surgimento de evidências indicando prejuízos relacionados ao tempo de tela (ASHTON; BEATTIE, 2019; STIGLIC; VINER, 2019), entidades de saúde desenvolveram diretrizes contendo recomendações relacionadas ao uso de dispositivos eletrônicos.

A pioneira nessas recomendações foi a American Academy of Pediatrics que em 2016 recomendou a limitação do tempo de tela para crianças de 2 a 5 anos a 1 hora por dia e para crianças com menos de 18 meses, orientou evitar o uso de mídias digitais (REID CHASSIAKOS et al., 2016). A Canadian Pediatric Society emitiu diretrizes semelhantes em 2017, e recomendou que pais evitassem a exposição de seus filhos à DT quando estes tivessem menos que 2 anos de idade (CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY, DIGITAL HEALTH TASK FORCE, OTTAWA, ONTARIO et al., 2017).

Mais recentemente, em 2019, a OMS emitiu diretrizes sobre o assunto, indicando que bebês com menos de 1 ano de idade não deveriam ser expostos à DT e aqueles com 2 a 4 anos deveriam ser limitados a 1 hora por dia (OMS, 2019). Os adolescentes, por sua vez, segundo as recomendações da American Academy of Pediatrics devem permanecer por no máximo 2 horas por dia em frente às telas (REID CHASSIAKOS et al., 2016).

Apesar de estarem vigentes em todo o mundo e serem amplamente utilizadas por médicos e profissionais da saúde, essas recomendações têm sido alvo de críticas devido à falta de evidências consistentes para a sua formulação. Essa falta de consistência pode ser relacionada a falhas metodológicas, principalmente devido

ao envolvimento de estudos que avaliaram subtipos de CS para além do tempo de tela (TREMBLAY, 2018).

## 2.4 PREVALÊNCIAS DO TEMPO DE TELA

Recentemente, uma revisão sistemática de estudos epidemiológicos sintetizou os dados de 130 artigos publicados em inglês a partir dos anos 2000 e identificou que o tempo de tela era comum entre crianças e adolescentes, com mais de 50% dos indivíduos excedendo as recomendações de 2 horas por dia (THOMAS et al., 2019).

Pesquisadores de análise sistemática envolvendo crianças com menos de dois anos, concluiu que apesar de haver alta variabilidade entre os dados de prevalência descritos na literatura, os resultados sugeriram que a maioria das crianças excedem as recomendações atuais de tempo de tela (DOWNING; HNATIUK; HESKETH, 2015).

Um estudo realizado em uma comunidade urbana na Filadélfia, EUA, relatou que 75% das crianças incluídas possuíam seu próprio dispositivo móvel aos 4 anos de idade (KABALI et al., 2015). Outra pesquisa realizada com crianças residentes no Estado de Nova Iorque constatou que aquelas com um ano de idade passaram em média 10 horas por semana assistindo TV, enquanto as crianças com dois anos passaram aproximadamente 15 horas por semana (DENNISON; ERB; JENKINS, 2002).

Corroborando os achados internacionais, resultados de estudos nacionais confirmam que a tendência a exceder as recomendações emergentes se repete. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, ilustraram que 58,2% das crianças brasileiras com até 9 anos e 58,8% dos adolescentes brasileiros entre 10 e 17 anos passaram mais de 3 horas por dia assistindo TV. Já a PeNSE demonstrou que 78% dos escolares do nono ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas de todas as capitais brasileiras e Distrito Federal, passam tempo superior ou igual a 2 horas por dia assistindo TV durante a semana.

Da mesma forma, os achados de Silva et al. (2018), observaram que menos

de 50% dos estudos observacionais envolvendo adolescentes com idade entre 10 a 19 anos, atenderam às recomendações de CS e de tempo de TV em uma análise sistemática (SILVA et al., 2018). Complementando os dados de prevalência na população brasileira, uma revisão sistemática recente investigou o tempo gasto por adolescentes em dispositivos de tela (DT) e identificou que a prevalência total deste comportamento entre os adolescentes brasileiros foi elevada obtendo valores de 70,9%(IC de 95%: 65,5 a 76,1) de utilização destes dispositivos (SCHAAN et al., 2019).

Ainda, resultados de revisões sistemáticas de estudos nacionais indicaram um maior número de pesquisas sobre tempo de tela concentradas na região Sul do país (GUERRA; FARIAS JÚNIOR; FLORINDO, 2016; SCHAAN et al., 2019). Exemplificando esta informação, em Caxias do Sul – RS foi realizado um estudo epidemiológico transversal de base escolar. Esse estudo incluiu escolares com idade de 11 a 14 e identificou, dentre outros aspectos, que 64,6% dos indivíduos permaneciam até três horas por dia em frente à televisão, videogame ou computador (RECH et al., 2013). Paralelamente, pesquisa transversal realizada por Ferreira et al. (2016), coletou dados de 8.661 alunos de ensino médio e fundamental de escolas públicas de Pelotas – RS e encontrou alta prevalência (79,6%) do CS relacionado ao tempo de tela nos fins de semana (FERREIRA et al., 2016).

## 2.5 RISCOS E COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO TEMPO EXCESSIVO DE TELA

Os CS (incluindo o tempo de tela) estão associados ao aumento do risco de doença cardio-metabólica, mortalidade por todas as causas e uma variedade de complicações fisiológicas e psicológicas independentemente do nível de atividade física (TREMBLAY et al., 2011).

Uma pesquisa com adolescentes canadenses portadores de diabetes mellitus tipo II, indicou por meio de dados de acelerômetro que estes estão menos ativos fisicamente e que passam mais tempo em atividades de CS. Os autores sugeriram que este cenário decorre do tempo excessivo em frente às telas e da falta de promoção a respeito dos benefícios da atividade física nessa população por profissionais de saúde (MADAGH et al., 2019).

Outro estudo investigou os efeitos do tempo excessivo de tela na saúde física, social e mental (GIBBS et al., 2015; TREMBLAY, 2018), mas uma recente revisão sistemática com metanálise sintetizou as evidências sobre o tema.

Para a análise sistemática foram incluídas treze revisões que abordaram as associações entre tempo de tela e composição corporal (incluindo obesidade), dieta e ingestão de calorias, saúde mental e bem-estar, risco cardiovascular, aptidão física, desenvolvimento cognitivo, resultados educacionais, sono, dor física e asma.

Os autores concluíram que existem evidências moderadamente fortes para associações entre tempo de tela e maior risco de obesidade e sintomas depressivos mais altos. Além disso, foi descrita evidência moderada de uma associação entre tempo de tela e maior consumo de alimentos não saudáveis e pior qualidade de vida. Com base nesses achados, os autores concluíram que profissionais e população devem incentivar ações políticas que visem limitar o uso da tela, principalmente em crianças e adolescentes (STIGLIC; VINER, 2019).

## 2.6 TEMPO DE TELA EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

A hospitalização é vista como uma situação perturbadora aos pacientes e seus familiares. É capaz de gerar repercussões como o afastamento social, desafios psicológicos, e frequentemente vem acompanhada de procedimentos dolorosos (GOMES et al., 2016).

Em unidades de internação pediátricas frequentemente encontram-se crianças e adolescentes portadores de deficiências físicas, doenças agudas ou crônicas. Sabe-se que esses indivíduos tendem a ser mais restritos à atividade física quando comparados a outros de mesma idade e saudáveis (COYNE, 2006; FORSNER; JANSSON; SØRLIE, 2005; MAGGIO et al., 2010). Em contrapartida, os leitos de hospitais pediátricos possuem televisores com exibição de conteúdo adulto e infantil, o que por sua vez representa uma oportunidade para crianças e adolescentes passarem tempo excessivo em frente às telas (ARORA et al., 2016).

Além disso, dispositivos móveis estão cada vez mais acessíveis às crianças e adolescentes, o que contribui para o aumento substancial desse comportamento



(DOMINGUES-MONTANARI, 2017). A partir desses cenários, entende-se que o investimento em atividades lúdicas pode auxiliar na redução do tempo despendido em frente às telas e aumentar os níveis de atividade física em crianças aptas para realizá-las (GILLARD, 2019).

Estudo que data de 30 anos atrás evidenciou que mesmo em uma época de restrição tecnológica, crianças e adolescentes passavam tempo excessivo (tempo médio diário de 3,9 horas) e indiscriminado em frente à televisão quando comparado a crianças não hospitalizadas (GUTTENTAG; ALBRITTON; KETTNER, 1981). No estudo de Bordeaux foi observado que o número de pacientes assistindo televisão diminuía substancialmente quando as atividades de recreação estavam disponíveis (BORDEAUX, 1986).

Objetivando medir o nível de atividade física e comportamento sedentário em pacientes com bronquiectasias internados em uma hospital infantil australiano, os autores verificaram que a média do tempo em CS no ambiente hospitalar foi de 7 horas por dia (JOSCHTEL et al., 2019). Similarmente, autores de um estudo transversal com 254 participantes hospitalizados de idades entre 0 a 18 anos com objetivo de examinar a duração e os fatores associados ao uso de dispositivos de tela, concluíram que esses pacientes passaram 6 h/dia em DT no ambiente hospitalar (CHAISEKSAMPHAN; CHONCHAIYA, 2022).

Outra pesquisa investigou a prevalência do tempo de tela em crianças e adolescentes hospitalizados através de observação direta no leito e questionário aplicado com os responsáveis. A observação (n = 1490 observações) revelou que em 80,3% das vezes os pacientes estavam no leito e utilizando DT. Associadamente, seus responsáveis relataram que os filhos passavam mais tempo em frente às telas no hospital do que em casa e que este tempo era superior ao que eles gostariam (ARORA et al., 2016).

## 2.7 RELAÇÃO DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO ALIADO AO TEMPO DE TELA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS

O câncer é um evento que produz intensas modificações na dinâmica pessoal e familiar, afetando drasticamente as vivências familiares e sociais de formas

diversas (MENDES-CASTILLO, BOUSSO, 2016). O paciente oncológico pediátrico é compelido a trocar as atividades comuns do dia a dia por protocolos médicos, além de todas as alterações biopsicossociais que ocorrem na vida da criança doente, a hospitalização e o tratamento configuram uma transformação considerável em sua rotina e no contexto de seus familiares (ROLIM, 2015).

Especialmente na população oncológica, as repercussões clínicas da doença e do tratamento conduzem a uma redução espontânea das atividades físicas. Contudo, as mais recentes evidências têm mostrado que o excesso de repouso e inatividade física tanto nos pacientes oncológicos adultos quanto pediátricos resultam em atrofia muscular, diminuição da densidade mineral óssea, perda funcional e sistêmica, repercutindo significativamente na taxa de mortalidade e qualidade de vida desses pacientes (BRAAM et al., 2016).

Ao mesmo tempo, cada vez mais pacientes pediátricos lançam mão de recursos eletrônicos como uma forma de recreação no ambiente hospitalar. No entanto, o uso demasiado desses dispositivos pode reduzir as oportunidades de atividades físicas e aumentar a possibilidade de adquirirem comorbidades durante a internação (MAGGIO et al., 2010).

Por fim, uma revisão sistemática de estudos que incluíram crianças de 0 a 19 anos com doenças crônicas (doença cardiovascular; doença respiratória; diabetes e malignidade - câncer), identificou que esse grupo de pacientes frequentemente apresenta níveis de CS elevados (ELMESMARI et al., 2017). Um melhor conhecimento do comportamento sedentário e do tempo de tela desses pacientes, pode influenciar na elaboração de recomendações para uma prevenção específica e bem orientada, além de identificar grupos de risco que poderiam se beneficiar com intervenções direcionadas em reduzir o excesso de tempo de tela e do comportamento sedentário estimulando a realização de atividade física no ambiente intra e extra hospitalar (SCHINDERA et al., 2020).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o tempo de tela em crianças e adolescentes hospitalizados por doenças oncológicas e verificar sua associação com a funcionalidade e fatores de exposição às telas.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

a) Verificar o tempo de tela durante a internação hospitalar;

b) Verificar a associação entre tempo de tela e a funcionalidade, além do estado nutricional, nível socioeconômico, tempo de internação, nível prévio de atividade física e demais fatores de exposição.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo avaliar o tempo de tela em crianças e adolescentes hospitalizados por doenças oncológicas admitidos na unidade de internação pediátrica do HCPA e verificar sua relação com a funcionalidade. A partir da análise e discussão dos resultados, permite-se inferir um padrão prévio de inatividade física e hábitos sedentários numa extensa proporção amostral das crianças e adolescentes com diagnósticos oncológicos que se acentuou ainda mais durante a hospitalização pelo uso de DT. Constatamos que quanto mais funcionais os pacientes eram, mais tempo dedicavam em frente às telas, ou seja, mesmo que tenham condições de funcionalidade adequadas para se manterem ativos, optam por despender um tempo excessivo aos DT. Do mesmo modo, observamos que conforme maior a idade do paciente e o tempo de internação, maior foi o tempo de tela. O HCPA é um hospital de alta complexidade, sendo que o público assistido na unidade oncológica de internação são crianças e adolescentes com diagnósticos tanto iniciais quanto crônicos. A inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança permite auxiliar na detecção e prevenção de fatores de risco durante o período da hospitalização. As limitações encontradas no presente estudo referem-se ao tamanho amostral reduzido, bem como a heterogeneidade da amostra e principalmente a necessidade de comprometimento do responsável pelo paciente em preencher adequadamente os questionários. Estudos adicionais são necessários para identificar desfechos a longo prazo, envolvendo maiores tamanhos amostrais para identificar resultados mais homogêneos e ponderais.

## REFERÊNCIAS

AAP, American Academy of Pediatrics. Council on Communications and Media: Virtual Violence. **Pediatrics** v. 138, n.1, 2016. Disponível em: <[www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2016\\_1358](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2016_1358) > Acesso: 5 set. 2022.

AAP, American Academy of Pediatrics. Council on Communications and Media: Media Use in School-aged Children and Adolescents. **Pediatrics**, v. 138, n. 5, p. 2016-2592, 2016. Disponível em: <[www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2016\\_1358](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2016_1358) > Acesso: 5 set. 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil 2015**. Brasil, 2015. Disponível em: <<http://www.abep.org/codigos-e-guias-da-abep>>. Acesso em: 9 out. 2022.

ARORA, G. et al. Screen Media Use in Hospitalized Children. **Hospital Pediatrics**, [s. l.], v. 6, n. 5, p. 297 LP – 304, 2016. Disponível em: <<http://hosppeds.aappublications.org/content/6/5/297.abstract>>. Acesso em: 25 set. 2022.

ASHTON, J. J.; BEATTIE, R. M. Screen time in children and adolescents: is there evidence to guide parents and policy? **The Lancet. Child & adolescent health**, [s. l.], v. 3, n. 5, p. 292–294, 2019. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30853301>>. Acesso em: 18 set. 2022.

ATKIN, A. J. et al. Methods of Measurement in epidemiology: sedentary Behaviour. **International journal of epidemiology**, [s. l.], v. 41, n. 5, p. 1460–71, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23045206>>. Acesso em: 15 set. 2022.

AUSTRALIAN HEALTH SURVEY. **Australian Health Survey: Physical Activity, 2011-12**. 2013. Disponível em: <<https://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/4364.0.55.004main+features12011-12>>. Acesso em: 9 out. 2022.

BABEY S.H et al. Adolescent sedentary behaviors: correlates differ for television viewing and computer use. **J Adolesc Health**, v. 52, n. 1, p. 70-76, 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23260837/>> Acesso: 9 out. 2022

BIDDLE, S. J. H. Sedentary Behavior. **American Journal of Preventive Medicine**, [s. l.], v. 33, n. 6, p. 502–504, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18022068>>. Acesso em: 15 set. 2022.

BORDEAUX, B. R. Television Viewing Patterns of Hospitalized School-Aged Children and Adolescents. **Children's Health Care**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 70–75, 1986. Disponível em: <[http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15326888chc1502\\_2](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15326888chc1502_2)>. Acesso em: 24 set. 2022.

- BOUDET, G. et al. How to Measure Sedentary Behavior at Work? **Frontiers in Public Health**, [s. l.], v. 7, p. 167, 2019. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2019.00167/full>>. Acesso em: 15 set. 2022.
- BRAAM, K.I. et al. Cardiorespiratory fitness and physical activity in children with cancer. **Support Care Cancer**, [s. l.], v. 24, n. 5, p. 2259–2268, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00520-015-2993-1>>. Acesso em: 1 ago.2022.
- BRAAM, K.I. et al. Physical exercise training interventions for children and young adults during and after treatment for childhood cancer. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. [s. l.], v. 3, n. 3, p. 01–61, 2016. Disponível em: <<https://doi:10.1002/14651858.cd008796.pub3>>. Acesso em: 1 ago. 2022.
- BRINGOLF-ISLER, B. et al. Measuring and Validating Physical Activity and Sedentary Behavior Comparing a Parental Questionnaire to Accelerometer Data and Diaries. **Pediatric Exercise Science**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 229–245, 2012. Disponível em: <<https://journals.humankinetics.com/view/journals/pes/24/2/article-p229.xml>>. Acesso em: 15 set. 2022.
- BRYANT, M. J. et al. Measurement of television viewing in children and adolescents: a systematic review. **Obesity Reviews**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. 197–209, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17444962>>. Acesso em: 15 set. 2022.
- BUCKSCH J. et al. International trends in adolescent screen-time behaviors from 2002 to 2010. **J Adolesc Health**, v. 58, n. 4, p. 417-425, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26827267/>> Acesso: 9 out. 2022.
- BYROM, B. et al. Objective measurement of sedentary behaviour using accelerometers. **International Journal of Obesity**, [s. l.], v. 40, n. 11, p. 1809–1812, 2016. Disponível em: <<http://www.nature.com/articles/ijo2016136>>. Acesso em: 15 set. 2022.
- CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY, DIGITAL HEALTH TASK FORCE, OTTAWA, ONTARIO, M. et al. Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world. **Pediatrics & child health**, [s. l.], v. 22, n. 8, p. 461–477, 2017. Disponível em: <<https://academic.oup.com/pch/article/22/8/461/4392451>>. Acesso em: 9 out. 2022.
- CHAISEKSAMPHAN, O.; CHONCHAIYA, W. Screen media use in hospitalized children: a prospective observational study. **European Journal of Pediatrics**, [s. l.], v. 181, n. 9, p. 2357-2366, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00431-022-04435-6>>. Acesso em: 12 out. 2022.
- CHRISTAKIS, D. A.; GARRISON, M. M. Preschool-aged children's television viewing in child care settings. **Pediatrics**, [s. l.], v. 124, n. 6, p. 1627–1632, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1542/peds.2009-0862>> Acesso: 6 jun 2022.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFRGS. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, 2013. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cep/resolucoes/resolucao-466-12>>. Acesso em: 9 out. 2022.

COMMON SENSE MEDIA - Zero to eight: Children's media use in America 2013. **Common Sense Media Research Study**. San Francisco, CA, 2013. Disponível em: <<https://www.commonsensemedia.org/zero-to-eight-2013-infographic>>. Acesso em: 20 ago. 2022.

CONNELL, S. L.; LAURICELLA, A. R.; WARTELLA, E. Parental Co-Use of Media Technology with their Young Children in the USA. **Journal of Children and Media**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 5–21, 2015. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17482798.2015.997440>>. Acesso em: 5 set. 2022.

COYNE, I. Children's Experiences of Hospitalization. **Journal of Child Health Care**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 326–336, 2006. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493506067884>>. Acesso em: 24 set. 2022.

DA SILVA, M. P. et al. Associations between physical activity, sedentary behavior, and health risk behaviors among adolescents from a city in Southern Brazil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 24, p. 1–10, 2019. Disponível em: <<http://www.rbafs.org.br/RBAFS/article/view/13707>>. Acesso em: 9 out. 2022.

DENNISON, B. A.; ERB, T. A.; JENKINS, P. L. Television Viewing and Television in Bedroom Associated With Overweight Risk Among Low-Income Preschool Children. **PEDIATRICS**, [s. l.], v. 109, n. 6, p. 1028–1035, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12042539>>. Acesso em: 5 set. 2022.

DOMINGUES-MONTANARI, S. Clinical and psychological effects of excessive screen time on children. **Journal of Paediatrics and Child Health**, [s. l.], v. 53, n. 4, p. 333–338, 2017. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/jpc.13462>>. Acesso em: 19 set. 2022.

DOWNING, K. L.; HNATIUK, J.; HESKETH, K. D. Prevalence of sedentary behavior in children under 2 years: A systematic review. **Preventive Medicine**, [s. l.], v. 78, p. 105–114, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743515002352>>. Acesso em: 18 set. 2022.

DUCH, H. et al. Screen time use in children under 3 years old: a systematic review of correlates. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 102, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23967799>>. Acesso em: 19 set. 2022.

ELMESMARI, R. et al. Accelerometer measured levels of moderate-to-vigorous intensity physical activity and sedentary time in children and adolescents with

chronic disease: A systematic review and meta-analysis. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 12, n. 6, p. e0179429, 2017. Disponível em: <<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0179429>>. Acesso em: 24 set. 2022.

EXCEL® versão 15.0 (2013). 15.0. [S. l.]: Microsoft Corporation, 2013. CD-ROM.

FARIAS, E. S. et al. Comportamento de crianças e adolescentes em relação ao tempo de tela em Porto Velho, Amazônia Ocidental Brasileira. **J Hum Growth Dev.**, v. 31, n. 1, p. 66–75, 2021. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v31n1/pt\\_08.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v31n1/pt_08.pdf)>. Acesso em: 17 set. 2022.

FERREIRA, R. W. et al. Prevalence of sedentary behavior and its correlates among primary and secondary school students. **Revista Paulista de Pediatria (English Edition)**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 56–63, 2016. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2359348215000573>>. Acesso em: 17 set. 2022.

FORSNER, M.; JANSSON, L.; SØRLIE, V. The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short-term illness. **Journal of Child Health Care**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 153–165, 2005. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493505051406>>. Acesso em: 24 set. 2022.

GIBBS, B. B. et al. Definition, measurement, and health risks associated with sedentary behavior. **Medicine and science in sports and exercise**, [s. l.], v. 47, n. 6, p. 1295–300, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25222816>>. Acesso em: 15 set. 2022.

GILLARD, A. Outcomes of a hospital-based recreation program. **Children and Youth Services Review**, [s. l.], v. 96, p. 79–83, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740918307448#bb0095>>. Acesso em: 24 set. 2022.

GOMES, G. L. L. et al. Ansiedade da hospitalização em crianças: análise conceitual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 69, n. 5, p. 940–945, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000500940&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500940&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 24 set. 2022.

GUEDES, D. P.; DESIDERÁ, R. A.; GONÇALVES, H. R. Prevalence of excessive screen time and correlates factors in Brazilian schoolchildren. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 23, p. 1–10, 2018. Disponível em: <<http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/11981>>. Acesso em: 9 out. 2022.

GUEDES, D. P.; LOPES, C. C.; GUEDES, J. E. R. P. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física em adolescentes. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 151–158, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922005000200011&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922005000200011&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 30 set. 2022.

GUERRA, P. H.; FARIAS JÚNIOR, J. C. De; FLORINDO, A. A. Sedentary behavior



in Brazilian children and adolescents: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 50, n. 9, p. 1–15, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102016000100501&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100501&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 15 set. 2022.

GUTTENTAG, D. N. W.; ALBRITTON, W. L.; KETTNER, R. B. Daytime Television Viewing by Hospitalized Children. **Pediatrics**, [s. l.], v. 68, n. 5, p. 672 LP – 676, 1981. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/68/5/672.abstract>>. Acesso em: 10 set. 2022.

HAGSTRÖMER, M.; OJA, P.; SJÖSTRÖM, M. The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): a study of concurrent and construct validity. **Public health nutrition**, [s. l.], v. 9, n. 6, p. 755–62, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16925881>>. Acesso em: 30 set. 2022.

HAMILTON, K. et al. A psychosocial analysis of parents' decisions for limiting their young child's screen time: An examination of attitudes, social norms and roles, and control perceptions. **British Journal of Health Psychology**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 285–301, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26462456>>. Acesso em: 19 set. 2022.

HOOKE M. C. et al. Fatigue and physical performance in children and adolescents receiving chemotherapy. **Oncol Nurs Forum**. v. 38, n.6, p. 649-57, 2011. Disponível em: <10.1188/11.ONF.649-657. PMID: 22037328>. Acesso: 1 ago 2022.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Oncologia Pediátrica**. Rio Grande do Sul, 2022. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/assistencia-servicos-medicos-oncologia-pediatria>>. Acesso em: 10 out. 2022.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Pediatria**. Rio Grande do Sul, 2022. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/assistencia-servicos-medicos-pediatria>>. Acesso em: 10 out. 2022.

HOUGHTON, S. et al. Virtually impossible: limiting Australian children and adolescents daily screen based media use. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 5, 2015. Disponível em: <<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-15-5>>. Acesso em: 5 set. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 5 set. 2022.

JOSCHTEL, B. et al. Objectively measured physical activity and sedentary behaviour in children with bronchiectasis: a cross-sectional study. **BMC pulmonary medicine**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 7, 2019. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30621677>>. Acesso em: 24 set. 2022.

KABALI, H. K. et al. Exposure and Use of Mobile Media Devices by Young Children. **Pediatrics**, [s. l.], v. 136, n. 6, p. 1044–50, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26527548>>. Acesso em: 5 set. 2022.

KOHL, H. W.; FULTON, J. E.; CASPERSEN, C. J. Assessment of Physical Activity among Children and Adolescents: **A Review and Synthesis. Preventive Medicine**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. S54–S76, 2000. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009174359990542>>. Acesso em: 15 set. 2022.

LANSKY, S. B. et al. The measurement of performance in childhood cancer patients. **Cancer**. v. 60, n. 7, p.1651-1656, 1987. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3621134/>> Acesso: 30 set. 2022.

LÓPEZ VERA L.A. et al. Uso de dispositivos móveis por parte de lactantes y preescolares: una revisión sistemática. **Rev Cient Cienc Med** [s. l.], v. 24, n. 2, p.133 -142, 2021. Disponível em: <<http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v24n2/2220-2234-rccm-24-02-133.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2022.

LUBANS, D. R. et al. A systematic review of the validity and reliability of sedentary behaviour measures used with children and adolescents. **Obesity Reviews**, [s. l.], v. 12, n. 10, p. 781–799, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21676153>>. Acesso em: 15 set. 2022.

MADAGH, S. et al. P758 Prevalence of moderate to vigorous physical activity and sedentary time in adolescents with inflammatory bowel disease: knowing and doing. **Journal of Crohn's and Colitis**, [s. l.], v. 13, n. Supplement\_1, p. S500–S501, 2019. Disponível em: <[https://academic.oup.com/eccojcc/article/13/Supplement\\_1/S500/5301168](https://academic.oup.com/eccojcc/article/13/Supplement_1/S500/5301168)> Acesso em: 24 set. 2022.

MADIGAN, S. et al. Avaliação das mudanças no tempo de tela de crianças e adolescentes durante a pandemia de COVID-19 : uma revisão sistemática e meta-análise . **JAMA Pediatr**. v. 176, n. 12, p.1188–1198, 2022. Disponível em: <[doi:10.1001/jamapediatrics.2022.4116](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.4116)> Acesso: 11 nov. de 2022.

MAGGIO, A. B. et al. Reduced physical activity level and cardiorespiratory fitness in children with chronic diseases. **European Journal of Pediatrics**, [s. l.], v. 169, n. 10, p. 1187–1193, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20411275>>. Acesso em: 24 set. 2022.

MARK TREMBLAY. Letter to the Editor: Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours”. **Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism**, [s. l.], v. 37, n. 3, p. 540–542, 2012. Disponível em: <<http://www.nrcresearchpress.com/doi/10.1139/h2012-024>>. Acesso em: 15 set. 2022.

MENDES-CASTILLO, A.M.; BOUSSO, R.S. A experiência das avós de crianças com

câncer. **Rev Bras Enferm**, v.69, n.3, p. 559 - 565, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0559.pdf>> Acesso:3 out. 2022.

ODAME, I. et al. Osteopenia, physical activity and health-related quality of life in survivors of brain tumors treated in childhood. **Pediatr Blood Cancer**. v. 46, n. 3, p. 357-362, 2006. Disponível em: <doi: 10.1002/pbc.20512. PMID: 16035080>. Acesso: 1 ago 2022.

OLDS T.S et al. Descriptive epidemiology of screen and non-screen sedentary time in adolescents: a cross sectional study. **Int J Behav Nutr Phys Act**, v. 7, n. 92, p.1-9, 2010. Disponível em: <<https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-7-92>> Acesso: 9 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **BMI-for-age (5-19 years)**. Geneva, 2007. Disponível em: <[https://www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age/en/](https://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/)>. Acesso em: 9 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age**. Geneva, 2019. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>>. Acesso em: 10 set. 2022.

PARDINI, R. et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ- Versão 6): Estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 45–52, 2008. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/237608755\\_Validacao\\_do\\_questionario\\_internacional\\_de\\_nivel\\_de\\_atividade\\_fisica\\_IPAQ\\_-\\_versao\\_6\\_Estudo\\_piloto\\_em\\_adultos\\_jovens\\_brasileiros](https://www.researchgate.net/publication/237608755_Validacao_do_questionario_internacional_de_nivel_de_atividade_fisica_IPAQ_-_versao_6_Estudo_piloto_em_adultos_jovens_brasileiros)>. Acesso em: 22 set. 2022.

PEREIRA, G. A. et al. Functional Status Scale: Cross-Cultural Adaptation and Validation in Brazil. **Pediatric Critical Care Medicine**, [s. l.], p. 1, 2019. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31261232>>. Acesso em: 30 set. 2022.

POLLACK, M. M. et al. Functional Status Scale: New Pediatric Outcome Measure. **PEDIATRICS**, [s. l.], v. 124, n. 1, p. e18–e28, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19564265>>. Acesso em: 30 set. 2022.

RAMIRES, V. et al. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física e comportamento sedentário no Brasil: atualização de uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 19, n. 5, p. 529–529, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/3732>>. Acesso em: 15 set. 2022.

RECH, R. R. et al. Prevalence and characteristics of victims and perpetrators of bullying. **Jornal de Pediatria**, [s. l.], v. 89, n. 2, p. 164–170, 2013. Disponível em:

<<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0021755713000235>>. Acesso em: 17 set. 2022.

REID CHASSIAKOS, Y. (Linda) et al. Children and Adolescents and Digital Media. **Pediatrics**, [s. l.], v. 138, n. 5, p. e20162593, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27940795>>. Acesso em: 09 out. 2022.

REILLY, J. J. et al. Objective measurement of physical activity and sedentary behaviour: review with new data. **Archives of disease in childhood**, [s. l.], v. 93, n. 7, p. 614–9, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18305072>>. Acesso em: 15 set. 2019.

ROLIM, C.L. Entre escolas e hospitais: o desenvolvimento de criança em tratamento hospitalar. **Pro-posições**, v.26, n.3, p. 129-144, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pp/v26n3/0103-7307-pp-26-03-0129.pdf>>. Acesso em: 15 ago.2022.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. Menos Telas, Mais Saúde. **Manual de Orientação Grupo de Trabalho Saúde na Era Digital 2019-2021: SBP**; 2021. Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/\\_22246c-ManOrient\\_-\\_MenosTelas\\_\\_MaisSaude.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22246c-ManOrient_-_MenosTelas__MaisSaude.pdf)>. Acesso em: 5 set. 2022.

SCHAAN, C. W. et al. Prevalence of excessive screen time and TV viewing among Brazilian adolescents: a systematic review and meta-analysis. **Jornal de Pediatria**, [s. l.], v. 95, n. 2, p. 155–165, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755718304194?via%3Dihub>>. Acesso em: 5 set. 2022.

SCHINDERA, C. et al. Physical activity and screen time in children who survived cancer: A report from the Swiss Childhood Cancer Survivor Study. **Pediatr Blood Cancer**, [s. l.], v. 67, n. 2, p. 1–10, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/pbc.28046>>. Acesso em: 3 out. 2022

SETIA, M. S. Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. **Indian journal of dermatology**, [s. l.], v. 61, n. 3, p. 261–4, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27293245>>. Acesso em: 9 out. 2022.

SHAH, R. R. et al. Screen time usage among preschoolers aged 2-6 in rural Western India: A cross-sectional study. **Journal of family medicine and primary care**, [s. l.], v. 8, n. 6, p. 1999–2002, 2019. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31334169>>. Acesso em: 18 set. 2022.

SILVA, K. S. et al. Systematic review of childhood and adolescence sedentary behavior: analysis of the Report Card Brazil 2018. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 415–445, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/1980-0037.2018v20n4p415/37192>>. Acesso em: 18 set. 2022.

SINGER, D. G.; SINGER, J. L. Television viewing and aggressive behavior in

preschool children: a field study. **Annals of the New York Academy of Sciences**, [s. l.], v. 347, n. 1, p. 289–303, 1980. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6930911>>. Acesso em: 30 set. 2022.

SOARES-MIRANDA, L.; FIUZA-LUCES, C.; LUCIA, A. Physical Activity and Recovery from Hematological Malignancy. In: Mittelman, S., Berger, N. (eds) Energy Balance and Hematologic Malignancies. **Energy Balance and Cancer**, vol 5. Springer, Boston, MA.2012. Disponível em: <[https://doi.org/10.1007/978-1-4614-2403-1\\_8](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-2403-1_8)> Acesso: 1 ago 2022.

SOUSA, G. R. De et al. Sedentary behavior based on screen time: prevalence and associated sociodemographic factors in adolescents. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 12, p. 4061–4072, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017021204061&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021204061&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 15 set. 2022.

PASW Statistics for Windows. 18.0. [S. l.]: Microsoft Corporation, 2009. CD-ROM.

STIGLIC, N.; VINER, R. M. Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents: a systematic review of reviews. **BMJ open**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. e023191, 2019. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30606703>>. Acesso em: 5 set. 2022.

STRAKER, L. et al. Conflicting Guidelines on Young Children’s Screen Time and Use of Digital Technology Create Policy and Practice Dilemmas. **The Journal of pediatrics**, [s. l.], v. 202, p. 300–303, 2018. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30139534>>. Acesso em: 5 set. 2022.

THIVEL, D. et al. Physical Activity, Inactivity, and Sedentary Behaviors: Definitions and Implications in Occupational Health. **Frontiers in public health**, [s. l.], v. 6, p. 288, 2018. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30345266>>. Acesso em: 15 set. 2022.

THOMAS, G. et al. A Descriptive Epidemiology of Screen-Based Devices by Children and Adolescents: a Scoping Review of 130 Surveillance Studies Since 2000. **Child Indicators Research**, [s. l.], v. 12, n. 51, p. 1–16, 2019. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s12187-019-09663-1>>. Acesso em: 16 set. 2022.

TOMOPOULOS, S. et al. Infant Media Exposure and Toddler Development. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, [s. l.], v. 164, n. 12, p. 1105–1111, 2010. Disponível em: <<http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpediatrics.2010.235>>. Acesso em: 30 set. 2022.

TREMBLAY, M. S. et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. **The international journal of behavioral nutrition and physical activity**, [s. l.], v. 8, p. 98, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21936895>>. Acesso em: 19 set. 2022.

\_\_\_\_\_. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus

Project process and outcome. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 75, 2017. Disponível em: <<http://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-017-0525-8>>. Acesso em: 15 set. 2022.

\_\_\_\_\_. The Consequences of Sedentary Behaviors. **Exercise and Sport Sciences Reviews**, [s. l.], v. 46, n. 1, p. 4, 2018. Disponível em: <<http://insights.ovid.com/crossref?an=00003677-201801000-00003>>. Acesso em: 24 set. 2022.

WINTER et al. Pediatric patients with a malignant bone tumor: when does functional assessment make sense? **Support Care Cancer**. v. 20, n.1, p:127-133, 2012. Disponível em: <doi: 10.1007/s00520-010-1077-5. Epub 2011 Jan 20. PMID: 21249399> Acesso: 1 ago 2022.

WINPEPI (PEPI-for-Windows). 11.65. [S. l.]: Microsoft Corporation, 2016. CD-ROM.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PAIS E RESPONSÁVEIS

Título do Projeto: Prevalência do tempo de tela em  
pacientes pediátricos hospitalizados

O paciente pelo qual você é responsável está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é verificar quanto tempo seu filho utiliza aparelhos eletrônicos (celular, computador, televisão) em casa e no hospital. Esta pesquisa está sendo realizada na Unidade de Internação Pediátrica e Oncológica Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você concordar com a participação na pesquisa, nós realizaremos os seguintes procedimentos: consulta ao prontuário eletrônico, entrevista com os pais ou responsáveis, observação do paciente no leito e por fim, você precisará escrever em um diário o tempo e o tipo de dispositivo que seu filho utilizou durante 24 horas.

Os riscos pela participação nessa pesquisa incluem possíveis incômodos com o tempo para conclusão das entrevistas, o constrangimento para responder alguma pergunta dos questionários e a possibilidade de sentir-se desconfortável com a observação direta do seu filho no leito.

As informações da pesquisa permitirão que o(a) Senhor(a) tenha conhecimento sobre a situação de alguns aspectos de saúde de seu(a) filho(a) e contribuirão para o entendimento da importância de limitar o tempo em frente aos dispositivos de tela (DT), como celulares, televisão e demais DT sobre a prática da atividade física. Além disso, os resultados desta pesquisa poderão servir de base para a realização de ações de saúde na infância e adolescência voltadas para a promoção e prevenção

em saúde, contribuindo para a qualidade de vida destes indivíduos.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar a participação, ou ainda, retirar a autorização após a assinatura deste Termo, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que o participante da pesquisa recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e não haverá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante da pesquisa, o participante receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, os nomes não aparecerão na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis pelo telefone (51) 33598483 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.



---

Nome do participante da pesquisa

---

Assinatura (se aplicável)

---

Nome do responsável

---

Assinatura

---

Pesquisador

---

Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS****DESCRITIVOS**

*Data da avaliação:* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ *Horário da avaliação:* \_\_\_\_\_

Dados do Paciente

Nome:

---

Sexo:

---

Código:

---

Prontuário:

---

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Idade:

---

Raça/etnia:

---

Local de moradia (área urbana ou não urbana): \_\_\_\_\_

Motivo da internação:

---

Número de internações prévias:

---

Número total de dias hospitalizado ao longo da vida: \_\_\_\_\_

Tempo de permanência do hospital (internação atual):

---

Diagnósticos:

---

Comorbidades:

---

Peso:

---

Altura:

---

IMC:

---

Escore z:

---

Percentil:

Barreiras para não sair do leito:

- sonda nasogástrica ou nasoentérica
- gastrostomia
- dor
- dreno tórax
- sonda vesical
- acesso venoso central
- acesso venoso periférico
- traqueostomia
- ventilação não-invasiva contínua/intermitente
- ventilação mecânica invasiva contínua/intermitente
- outras (especificar) \_\_\_\_\_

Dados do Responsável

Nome completo:

---

Escolaridade (pais ou responsável):

\_\_\_ anos completos de estudo

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Graduação incompleta
- Graduação completa
- Pós graduação

Ocupação/Profissão:

---

Número de filhos:

---



Observações: \_\_\_\_\_

### APÊNDICE E – FICHA DE OBSERVAÇÃO DIRETA DO PACIENTE

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

1. O paciente está no quarto?

Sim

Não

2. Se o paciente estiver no quarto, ele está:

Dormindo

Acordado e sedentário

Acordado e movimenta-se pela sala

Acordado e está em atividade recreativa

3. Qual tipo de dispositivo de tela o paciente está utilizando:

celular

televisão

tablet

vídeo game

Outro \_\_\_\_\_

4. Por quanto tempo o paciente utilizou o dispositivo durante a observação?

\_\_\_\_\_

## ANEXOS

## ANEXO A – CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA PROPOSTA PELA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS E PESQUISA (ABEP)

Modelo de Questionário sugerido para aplicação

P.XX Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

**INSTRUÇÃO:** Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem \_\_\_\_\_ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

**Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.**

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio Incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

### **OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de R\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa).

Nenhum critério estatístico, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmarções frequentes do tipo "... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B..." não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem, porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da adequação do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.



## ANEXO B – FUNCTIONAL STATUS SCALE (FSS)

	1	2	3	4	5
	Normal	Disfunção Leve	Disfunção Moderada	Disfunção Severa	Disfunção Muito Severa
<b>Estado Mental</b>	Sono/vigília normal; responsividade apropriada	Sonolento, mas desperta mediante barulho/toque/movimento e/ou períodos de não responsividade social	Letárgico e/ou irritável	Mínimo despertar mediante estímulos (estupor)	Não responsivo e/ou coma e/ou estado vegetativo
<b>Sensorial</b>	Audição e visão preservadas e responsivo ao toque	Suspeita de perda auditiva ou suspeita de perda visual	Não reativo a estímulos auditivos OU Não reativo a estímulos visuais	Não reativo a estímulos auditivos E Não reativo a estímulos visuais	Resposta anormal ao toque ou à dor
<b>Comunicação</b>	Vocalização apropriada quando não chorando, expressão facial interativa ou gestos	Vocalização, expressão facial e/ou responsividade social reduzidas	Ausência de comportamento de atenção para interação ou comunicação	Sem demonstração de desconforto	Ausência de comunicação
<b>Função Motora</b>	Movimentos corporais coordenados, controle muscular normal e consciência da ação e por que está sendo feita	Um membro funcionalmente prejudicado	Dois ou mais membros funcionalmente prejudicados	Pouco controle de cabeça	Espasticidade difusa, paralisia, postura de descerebração/decorticação
<b>Alimentação</b>	Todos os alimentos consumidos via oral, com ajuda apropriada para a idade	Nada por via oral (NPO) ou necessita de ajuda para alimentação, inapropriada para a idade	Alimentação oral e por sonda	Nutrição por sonda com ou sem nutrição parenteral	Somente nutrição parenteral
<b>Respiração</b>	Respirando em ar ambiente, sem qualquer suporte artificial	Recebendo oxigênio e/ou aspiração	Traqueostomia	Ventilação não-invasiva (CPAP/BIPAP) em partes do dia ou em todo o dia e/ou Suporte Ventilatório Mecânico Invasivo em parte do dia	Suporte ventilatório mecânico invasivo durante todo o dia e a noite

Fonte: Pereira et al.,2019

## ANEXO C – QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ versão curta)

12

Versão 4, Novembro 2001

## 1.

### QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

- FORMA CURTA -

Nome: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )  
 Você trabalha de forma remunerada: ( ) Sim ( ) Não  
 Quantas horas você trabalha por dia: \_\_\_\_\_  
 Quantos anos completos você estudou: \_\_\_\_\_  
 De forma geral sua saúde está:  
 ( ) Excelente ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **NORMAL**, **USUAL** ou **HABITUAL**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:  
 • atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal  
 • atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez:

1a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar **BASTANTE** ou aumentem **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum

1b. Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades **por dia**?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

2a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumentem **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias \_\_\_\_\_ por **SEMANA** ( ) Nenhum

2b. Nos dias em que você faz essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades **por dia**?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

## ANEXO D - ESCORE DE LANSKY

Escore de Lansky	
Escore	Avaliação do desempenho
100	Totalmente ativo, normal
90	Pequena restrição em atividade física extenuante
80	Ativo, mas cansa mais rapidamente
70	Maior restrição nas atividades recreativas e menor tempo gasto nestas atividades
60	Levanta-se e anda, mas brinca ativamente o mínimo; brinca em repouso
50	Veste-se, mas permanece deitada a maior parte do tempo, sem brincar ativamente, mas é capaz de participar em todas as atividades e de jogos em repouso
40	Maior parte do tempo na cama; brinca em repouso
30	Na cama, necessita de auxílio, mesmo para brincar em repouso
20	Frequentemente dormindo; o brincar está totalmente restrito a jogos muito passivos
10	Não brinca; não sai da cama
0	Arresposivo