

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Inês Martins Barroco

HÁBITOS E PERTURBAÇÕES DO SONO DE CRIANÇAS EM CENTRO DE ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO

jan | 2023

GUARDA
POLI
TÉCNICO



POLI TÉCNICO GUARDA

Escola Superior de Saúde

HÁBITOS E PERTURBAÇÕES DO SONO DE CRIANÇAS EM CENTRO DE ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
INFANTIL E PEDIATRIA

Inês Martins Barroco
Janeiro / 2023

POLI TÉCNICO GUARDA

Escola Superior de Saúde

HÁBITOS E PERTURBAÇÕES DO SONO DE CRIANÇAS EM CENTRO DE ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
INFANTIL E PEDIATRIA**

Professora Orientadora: Fernanda Maria Trindade Lopes

Inês Martins Barroco

Janeiro / 2023

RESUMO

Enquadramento: O relatório de estágio, intitulado “Hábitos e Perturbações do Sono de Crianças em Centro de Acolhimento Temporário” inclui uma componente de estágio onde se descrevem as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, desenvolvidas em contexto clínico, e uma componente de investigação.

O sono tem um papel determinante no desenvolvimento da criança e quando é perturbado assume repercussões negativas na sua vida. Também os múltiplos desafios colocados à criança institucionalizada podem relacionar-se com a sua rotina diária e os horários de sono/vigília.

Objetivos: Analisar o percurso realizado ao longo do estágio, através da análise dos objetivos definidos, da descrição e reflexão crítica das atividades desenvolvidas; Conhecer e descrever hábitos e perturbações do sono das crianças institucionalizadas em Centro de Acolhimento Temporário; Identificar a relação das perturbações do sono das crianças institucionalizadas em Centro de Acolhimento Temporário com as variáveis em estudo.

Metodologia: No capítulo referente ao desenvolvimento de estágio é utilizada a metodologia descritiva. O estudo é considerado descritivo, correlacional, quantitativo e transversal, desenvolvido numa amostra não probabilística com 13 crianças institucionalizadas em Centro de Acolhimento Temporário (com idades entre os 2 e 7 anos). O instrumento de recolha de dados é um questionário que inclui o Questionário de Hábitos de Sono das Crianças (CSHQ-PT).

Resultados: As atividades desenvolvidas durante o estágio permitiram dar continuidade ao processo de aquisição e aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista na área de saúde infantil e pediátrica. No estudo, apurou-se a existência de perturbações do sono nas crianças institucionalizadas. Com resultados estatisticamente significativos observou-se que são as crianças com problemas de saúde e que tomam medicação as que manifestam mais perturbações do sono. As crianças com necessidades de saúde especiais manifestam mais perturbação respiratória do sono. As que não ingerem doces e/ou chocolates revelam mais perturbação respiratória do sono. As crianças cujo cuidador tem a perceção de que têm problemas de sono revelam mais perturbações do sono. Para além disso, quanto maior o tempo que as crianças levam a acordar, maiores as perturbações do sono.

Conclusões: Todo o percurso se revelou um amplo processo de aprendizagem, proporcionado pela instituição e pelos enfermeiros tutores que contribuíram para a otimização do desempenho pessoal. Os resultados do estudo revelam a oportunidade do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica em intervir nas perturbações do sono em crianças institucionalizadas, nomeadamente com sessões de educação para a saúde direcionadas aos cuidadores das crianças, de forma a instruir e envolver na problemática, adequando rotinas e fomentando boas práticas relativas ao sono.

Palavras-chave: Sono; Perturbações; Criança; Institucionalização; Enfermeiro Especialista

ABSTRACT

Background: The internship report, entitled “Habits and Sleep Disorders of Children in a Temporary Sheltering Center” includes an internship component where the common skills of specialist nurses and specific skills of specialist nurses in child and pediatric health nursing, developed in a clinical context, and a research component.

Sleep plays a decisive role in the development of children and when it is disturbed, it has negative repercussions on their lives. The multiple challenges posed to institutionalized children can also be related to their daily routine and sleep/wake times.

Objectives: To analyze the route taken during the internship, through the analysis of the defined objectives, the description and critical reflection of the activities developed; Knowing and describing sleep habits and disturbances of children institutionalized in a Temporary Sheltering Center; To identify the relationship between sleep disturbances in children institutionalized in a Temporary Sheltering Center with the variables under study.

Methods: In the chapter referring to the development of the internship, the descriptive methodology is used. The study is considered descriptive, correlational, quantitative and cross-sectional, developed in a non-probabilistic sample with 13 children institutionalized in a Temporary Sheltering Center (aged between 2 and 7 years old). The data collection instrument is a questionnaire that includes the Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ-PT).

Results: The activities carried out during the internship allowed continuing the process of acquiring and deepening knowledge and developing skills of specialist nurses in the area of child and pediatric health. In the study, the existence of sleep disorders in institutionalized children was found. With statistically significant results, it was observed that children with health problems and who take medication are the ones who show more sleep disturbances. Children with special health needs show more sleep-disordered breathing. Those who do not eat sweets and/or chocolates reveal more sleep-disordered breathing. Children whose caregiver perceives them to have sleep problems reveal more sleep disturbances. Furthermore, the longer it takes children to wake up, the greater the sleep disturbances.

Conclusions: The entire journey proved to be a broad learning process, provided by the institution and the tutor nurses who contributed to the optimization of personal performance. The results of the study reveal the opportunity for nurses specializing in child and pediatric health nursing to intervene in sleep disorders in institutionalized children, namely with health education sessions aimed at caregivers of children, in order to instruct and involve them in the problem, adapting routines and promoting good practices related to sleep.

Keywords: Sleep; Disorders; Child; Institutionalization; Nurse Specialist

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CAT – Centro de Acolhimento Temporário

CC – Competências Comuns

CE – Competências Específicas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissões de Proteção das Crianças e Jovens

CSHQ – Questionário de Hábitos de Sono das Crianças

CV - Coeficiente de Variação

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

GFUC – Guia de Funcionamento da Unidade Curricular

ICSD-3 - Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono

IMC – Índice de Massa Corporal

NREM - *Non Rapid Eye Movement*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSE – Programa Nacional Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REM – *Rapid Eye Movement*

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

ULS – Unidade Local de Saúde

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE DE TABELAS

| | Folha |
|--|-------|
| Tabela 1. Medidas de Promoção e Proteção de Crianças ou Jovens em Risco..... | 59 |
| Tabela 2. Estatísticas relativas à idade das crianças..... | 75 |
| Tabela 3. Estatísticas relativas ao número de irmãos das crianças..... | 75 |
| Tabela 4. Caracterização sociodemográfica das crianças..... | 77 |
| Tabela 5. Caraterização dos problemas de saúde e dos hábitos de vida das crianças..... | 79 |
| Tabela 6. Estatísticas relativas aos hábitos de sono das crianças..... | 79 |
| Tabela 7. Caracterização dos hábitos de sono das crianças..... | 80 |
| Tabela 8. Estatísticas relativas às perturbações do sono das crianças..... | 81 |
| Tabela 9. <i>Alpha de Cronbach</i> para as dimensões do CSHQ..... | 82 |
| Tabela 10. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com as perturbações do sono de crianças em CAT (CSHQ)..... | 84 |
| Tabela 11. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando os problemas de saúde e hábitos de vida com as perturbações do sono de crianças em CAT (CSHQ)..... | 86 |
| Tabela 12. Testes U de Mann-Whitney relacionando as variáveis relacionadas com o sono com as perturbações do sono de crianças em CAT (CSHQ)..... | 87 |

ÍNDICE

| | Página |
|---|--------|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| CAPÍTULO I – DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO | 15 |
| 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO | 17 |
| 1.1 – SERVIÇO DE PEDIATRIA..... | 17 |
| 1.2 – SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA..... | 20 |
| 2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 21 |
| CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 37 |
| 1 – O SONO INFANTIL | 39 |
| 1.1 – CARACTERÍSTICAS DO SONO..... | 40 |
| 1.2 – IMPORTÂNCIA E FUNÇÕES DO SONO..... | 43 |
| 1.3 – FATORES INTERVENIENTES NO SONO..... | 45 |
| 1.4 – PERTURBAÇÕES DO SONO..... | 51 |
| 2 – CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RISCO PSICOSSOCIAL | 57 |
| 2.1 – INTERVENÇÃO PARA A PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS..... | 58 |
| 2.2 – CENTROS DE ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO EM PORTUGAL..... | 59 |
| 2.3 – IMPACTO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO EM CRIANÇAS E JOVENS..... | 61 |
| CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO | 63 |
| 1 – METODOLOGIA | 65 |
| 1.1 – POPULAÇÃO E AMOSTRA..... | 67 |
| 1.2 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO..... | 68 |
| 2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS | 74 |
| CONCLUSÕES | 89 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 91 |
| | |
| APÊNDICES | |
| APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS..... | 109 |
| APÊNDICE B – PEDIDO E AUTORIZAÇÃO PARA USO DO QUESTIONÁRIO CSHQ-PT..... | 115 |
| APÊNDICE C – REQUERIMENTO DIRECIONADO AO PROVEDOR DO CENTRO DE ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO PARA RECOLHA DE DADOS..... | 117 |

INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular “Estágio com Relatório Final” é constituída pelo estágio e uma componente de investigação, abrangendo diferentes áreas de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Assim, o estágio decorreu, inicialmente no Serviço de Internamento de Pediatria (SIP), numa Unidade Local de Saúde (ULS) do centro do país e depois no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) da mesma instituição. Desta forma, este relatório tem como objetivo analisar o percurso realizado ao longo do estágio, através da análise dos objetivos definidos, da descrição e reflexão crítica das atividades desenvolvidas.

Paralelamente à realização do estágio, desenvolveu-se uma componente de investigação.

Reconhecendo que os enfermeiros, durante a sua formação inicial, têm uma preparação escassa em relação ao sono da criança, é ao EEESIP, no exercício das suas competências, que pertence a intervenção a este nível, sobretudo no que concerne ao reconhecimento, diagnóstico e acompanhamento ou orientação/encaminhamento de situações de alterações do sono. Desta forma, foi esse o tema para o estudo de investigação, que deu o título ao relatório de estágio “Hábitos e Perturbações do Sono de Crianças em Centro de Acolhimento Temporário” (CAT). Para além de se constituir como um tema científica e socialmente relevante, pelas repercussões na vida da criança, em Portugal são escassos estudos semelhantes. No entanto, pela dimensão do impacto a curto e a longo prazo que as perturbações do sono representam para a criança, é importante continuar a estudar o sono. Promover a saúde relativamente ao sono infantil e prevenir a doença é foco da atenção do EEESIP. Um melhor entendimento dos fatores que o influenciam, pelo conhecimento mais aprofundado da realidade, pode traduzir-se em ganhos para a saúde.

A intenção primária da institucionalização da criança é protegê-la, podendo levar a afastamento da família. No entanto, se o objetivo do acolhimento é proteger a criança e criar-lhe condições de desenvolvimento e de bem-estar, que não são asseguradas pelo contexto familiar, o resultado pode traduzir implicações negativas nas crianças/jovens, nomeadamente perturbações do sono.

Pelo exposto, e partindo do pressuposto que os múltiplos desafios colocados à criança institucionalizada podem influenciar a sua rotina diária e os horários de sono/vigília, levantou-se a questão de investigação: Existem perturbações do sono nas crianças institucionalizadas em CAT?

Assim, a realização do estudo tem como objetivo geral: Conhecer hábitos e perturbações do sono das crianças institucionalizadas em CAT. Para consecução dos objetivos, geral e

específicos, do estudo e consequente resposta às questões de investigação, procede-se a um estudo descritivo, correlacional, quantitativo e transversal.

Estruturalmente, este relatório divide-se em 3 capítulos. No primeiro, é apresentado o desenvolvimento do estágio, com uma breve caracterização dos locais do mesmo, bem como as atividades realizadas e competências desenvolvidas. O segundo capítulo constitui o enquadramento teórico da investigação, onde se faz uma abordagem inicial ao conceito, características, importância, funções e fatores intervenientes no sono infantil e, posteriormente, estudam-se as perturbações do sono da criança. É também abordada a criança em situação de risco psicossocial, bem como a intervenção para a sua proteção, nomeadamente o CAT. No terceiro capítulo é apresentado o estudo empírico, onde é apresentada a metodologia, a população e a amostra, as variáveis e a sua operacionalização, bem como a apresentação e discussão de resultados. Por fim, surgem as conclusões, as referências bibliográficas e os apêndices.

CAPÍTULO I – DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO

1 – CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1 – CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

A Unidade Curricular “Estágio com Relatório Final” é de carácter obrigatório, com 750 horas globais de trabalho, das quais 442 horas são de contacto. Decorreu num período de 18 semanas, correspondendo a um total de 30 ECTS. A aprendizagem desenvolve-se em contexto real através da qual o formando vai adquirindo e desenvolvendo competências clínicas especializadas, comuns e específicas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. O estágio é realizado em contexto clínico sob orientação direta de um Enfermeiro Especialista (EE) e mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e supervisão pedagógica de um professor da área de especialização (GFUC, 2021).

Enquanto Enfermeira, nunca foram exercidas funções na área da Pediatria. Assim, existem certas dificuldades em alguns contextos. No entanto, as vivências e saberes anteriormente adquiridos na fase teórica do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, assim como os trabalhos académicos desenvolvidos na área, facilitaram o processo de aprendizagem. Desta forma, ao longo do estágio houve a oportunidade de refletir sobre as novas situações.

Importa frisar que foi preocupação transversal a todo o estágio dinamizar projetos na área da qualidade dos serviços, aplicar conhecimentos com vista à melhoria da qualidade da prática clínica, refletir sobre as práticas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, sugerir soluções eficientes para a melhoria da qualidade, contribuir para o alcance das metas e dos indicadores em Saúde Infantil e Juvenil e promover um ambiente terapêutico seguro e favorável à prática dos cuidados. Assim, as atividades realizadas tiveram em conta as necessidades verificadas.

Desta forma, neste capítulo pretende-se analisar o percurso realizado ao longo do estágio, através da análise dos objetivos definidos, da descrição e reflexão crítica das atividades desenvolvidas. Paralelamente, é descrito cada local de estágio e as aprendizagens desenvolvidas. Em síntese, é apresentado o percurso realizado no estágio final em paralelo com o projeto desenvolvido.

1.1 – SERVIÇO DE PEDIATRIA

O estágio no SIP desenvolveu-se ao longo de 5 semanas, com 160 horas de contacto, na ULS, do dia 04 de outubro de 2021 a 07 de novembro de 2021. A orientação pedagógica ficou a cargo da Professora Doutora Fernanda Lopes e como Enfermeira tutora, uma Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria a exercer funções no serviço.

A escolha deste local de estágio permitiu compreender o circuito da criança dentro de uma instituição hospitalar e a conceção de continuidade de cuidados, temporalmente, observando a evolução de cuidados.

A equipa do serviço de Pediatria da ULS é composta por vários profissionais de saúde que diretamente colaboram entre si. Fazem parte da equipa: pediatras, enfermeiros, assistentes operacionais, educadora infantil, professora e secretária de unidade. Esta equipa multidisciplinar apoia o SIP e a Neonatologia, no entanto a equipa médica também assiste o SUP e as Consultas Externas. A equipa de enfermagem é constituída por 20 elementos, englobando a enfermeira gestora (9 são enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica). O rácio de enfermeiros por turno são: 4 enfermeiros na manhã, 3 enfermeiros na tarde e 2 enfermeiros na noite, utilizando o método de trabalho individual. Este tipo de método consiste na prestação de cuidados individualizados que permitem ao enfermeiro efetuar um planeamento mais estruturado dos cuidados e gerir os mesmos de forma personalizada. Apesar da particularidade desta metodologia de trabalho, a mesma não deve constituir um impedimento ao estabelecimento de um espírito de trabalho em equipa, sendo fundamental que cada enfermeiro seja conhecedor da história clínica de todas as crianças que se encontrem internadas no serviço. Quando existem poucos enfermeiros, este método é vantajoso, pois permite estabelecer uma relação e comunicação efetiva entre crianças/jovens e enfermeiros que lhe prestam cuidados, permite uma visão holística da criança/jovem e da sua família e favorece o planeamento dos cuidados a prestar.

A realidade e contexto do serviço de Pediatria é muito específica, atendendo que a mesma equipa tem de apoiar também a Unidade de Neonatologia, obrigando a mesma a dar respostas especializadas, atendendo ao contexto das mesmas. Assim, é necessária uma qualificação adequada do pessoal de modo a maximizar a qualidade dos cuidados e proporcionar aos recém-nascidos, crianças, jovens e famílias cuidados de máxima segurança, eficiência e apoio humano.

O serviço de Pediatria e a Unidade de Neonatologia situam-se no 1º piso da ULS e distribuem-se ao longo de um corredor que dá acesso ao serviço de Obstetrícia, o que facilita a transferência das crianças recém-nascidas para a Neonatologia, quando necessário. O serviço de Pediatria apresenta capacidade para 14 internamentos (5 camas no berçário, 4 camas para crianças, 4 camas para adolescentes e uma cama em quarto de isolamento) e tem várias estruturas de apoio. Todas estas estruturas estão distribuídas ao longo de um corredor cuja decoração é direcionada para a idade pediátrica, existindo dois espaços devidamente recheados de material recreativo e educacional, para ocupar e apoiar todas as crianças das diferentes faixas etárias do serviço.

Toda a estrutura permite que a criança e a sua família tentem manter a rotina estabelecida previamente em casa, fornecendo espaço e material para o brincar. No internamento é imperativo

brincar e permitir que as crianças tenham um lugar no seu dia-a-dia dedicado ao lúdico é visto como uma máxima para um desenvolvimento motor e psíquico saudável. Para além disso, a alimentação é fornecida pelo hospital, de acordo com a idade e a patologia da criança. Este facto faz com que a família não esteja preocupada com esta logística, dedicando-se exclusivamente à recuperação da criança/jovem.

Os registos são efetuados no computador, no programa *SClínico*, utilizando uma linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Além disso, este sistema permite a programação dos cuidados a realizar a cada criança/jovem. A preparação de medicação é feita com o sistema de cartões, depois de ser confirmada a prescrição médica no sistema eletrónico. As crianças/jovens podem ser acompanhadas por uma pessoa, estando a visita de outro familiar de referência condicionada pela Pandemia por SARS-CoV-2 (Covid-19), ao horário das 11 horas às 20 horas, durante 30 minutos.

Sendo um serviço com uma grande diversidade de diagnósticos, abrangendo diversas especialidades, foi considerado desde cedo a necessidade de desenvolver conhecimentos relativos às diferentes patologias, bem como ao desenvolvimento da criança, tendo em conta as suas diferentes faixas etárias. Diariamente foram desenvolvidas competências no âmbito da comunicação, relação, promoção de saúde, ensinamentos, promoção de esperança, entre outras. Ainda pela diversidade cultural presente no hospital em questão, houve a necessidade de investigar sobre a diversidade cultural, prestando cuidados de saúde multiculturais.

O internamento numa instituição hospitalar, principalmente de um lactente, criança ou jovem é uma situação de crise tanto para este como para a sua família. Muitas vezes decorrentes desse internamento, podem ser desenvolvidas alterações no seio familiar, tanto financeiras, como psicológicas, relacionais e sociais (Antão, Rodrigues, Sousa, Anes & Pereira, 2018). A hospitalização acarreta variadíssimos sentimentos como medo, tristeza, angústia, ansiedade, incertezas e mudanças (Antão *et al.*, 2018), obrigando a adaptação a este ambiente estranho. O enfermeiro especialista é o principal ator no desenvolvimento de uma hospitalização como experiência positiva no processo de doença, intervindo nas necessidades da criança e da família.

Em síntese, o Serviço de Pediatria é um contexto que permite o desenvolvimento de competências do EEESIP: “a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

1.2 – SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O estágio no SUP desenvolveu-se ao longo de 4 semanas, com 128 horas de contacto, na ULS. A orientação pedagógica ficou a cargo da Professora Doutora Fernanda Lopes e como Enfermeiro tutor, um Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria a exercer funções no serviço.

A equipa de enfermagem é constituída pela enfermeira gestora e mais 16 enfermeiros, 3 deles com Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 8 médicos em regime de internato e 2 em regime de prestação de serviços, 9 técnicos operacionais e a secretária de unidade.

O SUP possui duas áreas distintas devido à realidade da Pandemia por SARS-CoV-2 (Covid-19): área respiratória e não respiratória. A área respiratória é constituída por: sala de espera com o balcão da secretária da unidade; casas de banho para utentes e funcionários; sala de triagem de enfermagem; sala de trabalho de enfermagem; 2 gabinetes médicos; espaço de apoio ao utente; 2 quartos (com 1 berço e 1 maca cada); sala de troca de fardamento e uma sala de arrumos. A área não respiratória é organizada por: corredor adaptado para sala de espera; sala de triagem de enfermagem; sala de tratamento de enfermagem; antecâmara e sala de emergência; 2 gabinetes médicos; gabinete da enfermeira gestora; 1 quarto para adolescentes com 2 camas e outro para crianças com 2 camas e 2 berços (com sala de vigilância). Para dar apoio a esta área existe um espaço para vestiário dos funcionários e outro para equipamentos respiratórios, copa e espaço de *stocks*.

Seguidamente, serão apresentados e analisados os objetivos, específicos, as atividades realizadas e as competências desenvolvidas do EEESIP nestes campos de estágio.

2 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Para uma melhor compreensão da análise dos objetivos específicos, atividades realizadas e competências desenvolvidas, será organizada pelos domínios das Competências Comuns (CC) do EE, bem como pelas Competências Específicas (CE) do EEESIP. De salientar que ao longo do estágio houve a oportunidade de desenvolver diversas competências juntamente com os enfermeiros tutores, relativamente aos cuidados especializados prestados às crianças internadas, observando diariamente as suas capacidades de prestação de cuidados, com base num passado profundamente experiente, indo de encontro às necessidades de cada criança/jovem e família.

DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Colaborar nos processos de tomada de decisão ética em equipa;
- Suportar decisões em princípios, normas e valores deontológicos;
- Refletir acerca do processo e resultados da tomada de decisão partilhada;
- Promover a proteção dos Direitos Humanos e Código Deontológico dos Enfermeiros;
- Adotar e promover uma prática de cuidados com vista a melhorar a segurança, privacidade e dignidade da criança/jovem e respetiva família;
- Prestar cuidados respeitando valores, costumes e crenças espirituais.

REFLEXÃO:

“Na sua essência, a enfermagem é uma profissão que envolve situações que acarretam aspetos ético-morais de natureza complexa” (Queirós, 2001, p.18). A dependência que cresce face à tecnologia, o resultado que esta produz na forma como o ser humano experiencia o seu ciclo vital e os altos custos económicos inerentes aos cuidados de saúde leva a que as reflexões perante determinadas situações se façam segundo pressupostos ético-morais importantes.

Segundo Queirós (2001), o processo de tomada de decisão ética deve ser acompanhado de vários aspetos, como: assegurar-se dos aspetos técnico-científicos; ter como referência os direitos do homem; considerar os aspetos jurídicos, pensar nos aspetos deontológicos; analisar as cartas, as recomendações e os avisos especializados, ter em conta os dados religiosos e respeitar as diferenças culturais. Assim, durante o estágio realizado foram respeitados os seguintes princípios éticos: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

De modo transversal a todo o estágio, manteve-se uma atitude baseada na tomada de decisão ética e responsável, tendo como base os princípios, normas e valores deontológicos

inerentes ao SIP, bem como o Código Deontológico dos Enfermeiros e Direitos Humanos. Assim, foi demonstrada uma prática de cuidados com vista a melhorar a segurança, privacidade e dignidade da criança/jovem e respetiva família. Também foi promovida uma relação terapêutica com a família, respeitando valores, costumes e crenças espirituais.

Todas as crianças/jovens e famílias tinham características específicas devido à sua multiculturalidade, pelo que foram cuidadas sempre sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa. A acrescentar, houve a preocupação de respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa.

DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Aplicar os conhecimentos e habilidades com vista à melhoria da qualidade da prática clínica;
- Refletir sobre as práticas clínicas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados;
- Orientar projetos institucionais na área da qualidade;
- Planear e liderar programas de melhoria contínua;
- Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção das crianças/jovens e família;
- Promover um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados;
- Colaborar na gestão do risco a nível institucional e/ou das unidades funcionais: riscos ambientais, instalações, materiais/equipamento e erro humano.

REFLEXÃO:

Durante o estágio manteve-se uma prática baseada na evidência recorrendo para tal a consulta de obras e artigos de investigação. Esta pesquisa foi realizada com recurso a fontes disponíveis em bases de dados informáticas como a EBSCO, MEDLINE, CINAHL e SCielo. Desta forma, demonstrou-se compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência e ao longo do percurso procurou-se realizar uma análise crítico-reflexiva sobre as práticas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados. Assim, foi demonstrado disponibilidade para ouvir, esclarecer dúvidas e receios da família, demonstrando também habilidades de comunicação e respeito pelas crenças e cultura familiar. Para além disso, foi utilizado o material/equipamento disponibilizado de forma racional e governada, bem como realizada a separação de lixo de forma adequada.

REFLEXÃO SIP:

Também de forma a “orientar projetos institucionais na área da qualidade” e “planejar e liderar programas de melhoria contínua” foi apresentado no serviço uma **Sugestão relativa à Inaloterapia**. A via inalatória é atualmente reconhecida como a via de eleição para a administração de fármacos no tratamento das doenças respiratórias (Aguiar, Ornelas, Ferreira, Caiado, Mendes & Pereira-Barbosa, 2016) e é bastante usada no serviço. O aparecimento de novos fármacos e de novos dispositivos inalatórios contribuiu para o aumento progressivo da sua prescrição na prática clínica diária. Alguns destes dispositivos têm indicadores de doses, no entanto, outros têm apenas referência ao número total de doses, o que pode dificultar saber quando está a terminar a embalagem. Uma técnica utilizada é a *tail-off*, que na prática diz respeito à redução progressiva de fármaco pulverizado à medida que o dispositivo esvazia. Um *puff* que sai sem grande pressão é sinal para substituição da embalagem (Aguiar et al., 2016). Durante o estágio, este é o método utilizado no serviço de Pediatria da ULS. Contudo, o método mais fidedigno é a contagem do número de doses. Desta forma, deve-se anotar a data de início da embalagem e o número de *puffs* administrados. Assim, foi sugerido a implementação de uma tabela relativa aos inaladores sem indicação do número de doses, com o objetivo de realizar a contagem de *puffs* administrados e assim controlar, de forma exata, o término da embalagem.

Além de uma intervenção direcionada para a qualidade, houve necessidade de atuar ao nível do **conforto físico**, através da decoração do serviço. Para Kolcaba (1991), esta dimensão do conforto diz respeito ao cenário externo da experiência humana (luz, ruído, temperatura, ambiente, cor). Assim, com esta atividade, foi proporcionado o conforto da criança/família, humanizando o espaço envolvente aos cuidados de enfermagem com cores e imagens atrativas e relativas ao tema **Halloween**, uma vez que foi em outubro. A hospitalização proporciona à criança/jovem e família uma situação desagradável, sendo por isso importante utilizar estratégias que promovam um bem-estar e atenuem as consequências da hospitalização. Uma das medidas utilizadas para reduzir o desconforto é o ambiente e, segundo Batalha (2010), a prevenção e tratamento da dor passam pela criação de um ambiente de bem-estar para a criança e família com decoração e mobiliário que conduzam a uma atmosfera mais confortável e orientada para as necessidades da criança e família.

Ainda dentro do tema **Halloween**, foram realizadas um **conjunto de atividades**, de forma a envolver as crianças/jovens internadas em brincadeiras, jogos e atividades lúdicas. A brincadeira não deve findar quando a criança é hospitalizada, pois é essencial ao seu desenvolvimento e bem-estar mental, emocional e social (OE, 2008). Através da brincadeira a criança aprende, obtendo conhecimentos sobre o seu mundo e como lidar com o ambiente. A brincadeira é o “trabalho” da criança, e ao brincar ela consegue comunicar e alcançar relacionamentos satisfatórios com outras

pessoas (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, ao longo de quatro dias foram diversas as atividades realizadas como um atelier de decorações, contos de histórias de *Halloween*, atelier de pinturas e uma adaptação do famoso “Doçuras ou Travessuras?”. Este conjunto de atividades teve uma boa adesão, principalmente pelas crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 10 anos pois contribuiu para “distrair” a criança/jovem do facto de se encontrar internada.

REFLEXÃO SUP:

A realização do levantamento das necessidades do serviço resultou da reunião com o enfermeiro tutor, percebendo-se que seria pertinente a realização de atividades específicas enquadradas no contexto de prestação de cuidados e que pudessem dar resposta aos objetivos específicos delimitados anteriormente. Desta forma, foi proposto a realização de um trabalho de pesquisa, em colaboração com com uma colega, com o tema **“Papel do Enfermeiro enquanto promotor do sono/conforto da criança e do cuidador em contexto de Urgência Pediátrica”**. Assim, iniciou-se uma pesquisa nas bases de dados sobre esta temática, e percebeu-se que a evidência científica e a literatura atual destacam a relevância que o sono de qualidade e os hábitos de sono saudáveis têm para a saúde e para a qualidade de vida das crianças. A OE (2010) publicou o volume I da Guia Orientadora de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, onde salienta a importância que o sono tem para o desenvolvimento cerebral, físico e emocional das crianças, destacando a relevância que o número de horas reais e efetivas de sono tem para o crescimento adequado.

Para além disso, a OE (2001) especifica que os cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem/família, devem fazer parte integrante do plano de cuidados, principalmente quando as intervenções de enfermagem aspiram a transformação de comportamentos, com a finalidade de proporcionar estilos de vida conciliáveis com a promoção da saúde.

Estruturalmente, o trabalho encontra-se dividido em três capítulos. Após a introdução, onde é contextualizado o trabalho, o tema e os objetivos, segue-se o enquadramento teórico, onde são abordadas temáticas relacionadas com o sono e repouso como necessidades humanas básicas e o conforto como cuidado promotor do sono. A seguir, expõe-se o impacto do ambiente como promotor do sono/conforto e posteriormente fala-se sobre a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, visto que a mesma se constitui como o referencial teórico que dá suporte à temática escolhida. Por sua vez, permite delinear estratégias de enfermagem diferenciadas a serem implementadas como precursoras da segurança e da qualidade de vida. Para finalizar, é abordada a promoção do conforto e da qualidade do sono da criança e cuidador no SUP da ULS.

Ao longo do estágio e do contacto com as crianças/jovens e cuidadores, foi verificado que o maior desagrado em relação ao sono/ambiente/conforto no SUP da ULS era relativo à falta de

condições para os cuidadores. Estes ficam num cadeirão ao lado do berço/leito da criança; no entanto, descrevem-no como “desconfortável” e “barulhento”, o que interfere na qualidade do sono. Desta forma, sugere-se a alteração do material dos cadeirões, para um mais confortável e isento de ruído. No entanto, tendo em conta a contenção de custos, foi sugerido que a cada cuidador seja atribuído: dois lençóis (um para forrar o cadeirão), almofadas para posicionamento e uma colcha e/ou cobertor, de forma a diminuir o desconforto.

Assim, com esta atividade favoreceu-se a reflexão da equipa sobre o sono da criança e do acompanhante e a preocupação com a promoção do sono no SUP foi uma constante em todos os turnos realizados.

DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer a equipa multidisciplinar; a estrutura física do SIP e do SUP; a dinâmica/funcionamento do SIP e do SUP; as metodologias de trabalho do SIP e do SUP; os modelos de enfermagem adotados no SIP e no SUP; o material e equipamento do SIP e do SUP;
- Identificar os Serviços de apoio ao SIP e ao SUP;
- Colaborar com a equipa multidisciplinar de saúde na otimização dos recursos às necessidades de cuidados;
- Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;
- Supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade;
- Ser assídua e pontual no estágio e na prestação de cuidados à criança/jovem.

REFLEXÃO:

A gestão é uma das áreas de intervenção da enfermagem e é primordial para a qualidade dos cuidados prestados. O domínio de gestão engloba as competências referentes à gestão de cuidados, de recursos humanos, de informação e recursos materiais. O enfermeiro gestor deve possuir competências técnicas, conceptuais e interpessoais para o bom desempenho da sua função.

Tendo em conta os objetivos acima citados, este estágio principiou pela visita guiada às instalações do SIP e do SUP, observação dos espaços físicos e a sua funcionalidade, compreensão acerca dos recursos humanos (constituição e função dos diferentes elementos da equipa multiprofissional) dos serviços e consulta de normas de atuação, protocolos e manuais de procedimentos. Para além disso, compreendeu-se a dinâmica, organização e funcionamento de cada serviço, bem como a descrição da metodologia de trabalho e os modelos de enfermagem

adotados. Estas atividades proporcionaram a integração gradual na organização do trabalho, utilizando os recursos de forma adequada.

Relativamente ao modelo de prestação de cuidados, foi visível um cruzamento de vários modelos, principalmente pelos enfermeiros especialistas destes contextos. Foram percecionados a utilização do modelo de parceria de cuidados, o modelo de cuidados centrados na família e o modelo de cuidados não traumáticos, uma constante em todos os cuidados prestados.

Houve também a oportunidade de conhecer um pouco a prática de gestão dos serviços, uma vez que os enfermeiros tutores foram algumas vezes responsáveis de turno. Atualmente a gestão está relacionada com a previsão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o adequado funcionamento dos serviços. Para além disso, a gestão de cuidados consiste no diagnóstico, planeamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipa (Greco, 2004). O EEESIP, geralmente, é o responsável de turno, gerindo o serviço e atribuindo as crianças/jovens pela equipa, tendo em atenção grau de complexidade da criança/jovem, bem como os cuidados prestados anteriormente, de forma a estabelecer-se uma continuidade de cuidados e de relação no binómio enfermeiro–criança/jovem/pais/cuidadores. Além disso, supervisiona os cuidados prestados por elementos menos experientes da equipa, estimulando a implementação dos cuidados não traumáticos às crianças/jovens.

Conhecer estas práticas de gestão fez refletir em vários pontos como a complexidade de liderar equipas de prestação de cuidados, exercer supervisão do exercício profissional e realizar a gestão dos cuidados, nomeadamente de recursos humanos. É importante assegurar os turnos e nunca por em risco a qualidade dos cuidados prestados, tendo em conta a experiência profissional de cada elemento. Também a gestão de equipamentos e materiais se torna de especial complexidade, uma vez que acontece pressões institucionais relacionadas com a economia. Assim, é necessário efetuar um controlo do material tendo em conta os custos e a qualidade, evitando ruturas de *stock* e ao mesmo tempo assegurando o uso adequado dos diferentes materiais.

Para além disso, houve participação na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, preocupação em ser assídua e pontual e em colaborar com as equipas na otimização dos recursos.

DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Demonstrar uma elevada autoconsciência, enquanto pessoa e enfermeira;
- Demonstrar respostas de elevada adaptabilidade individual e profissional;

- Refletir sobre o desenvolvimento do processo de aprendizagem em conjunto com a enfermeira tutora;
- Utilizar a reflexão sobre a ação, baseando a prática clínica no conhecimento e nos resultados da investigação;
- Promover a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

REFLEXÃO:

Com o objetivo de colmatar a falta de experiência em determinados domínios e de dar uma resposta adequada a cada situação, ao longo de todo o percurso de estágio recorreu-se à mobilização de conhecimentos adquiridos durante a fase teórica do curso e à pesquisa bibliográfica de forma sistemática, promovendo assim uma constante atualização de conhecimentos para uma melhor prestação de cuidados. Assim, foi organizado um **dossier** com vários documentos (como Consensos Clínicos, Lições de Pediatria da Universidade de Coimbra, diversos *PowerPoints* utilizados em aulas e respetivas notas/resumos) importantes e pertinentes ao estágio. Para além desta mobilização de conhecimentos recorreu-se também à observação e ao esclarecimento de dúvidas junto dos enfermeiros tutores e restantes elementos da equipa, reconhecendo o valor da sua experiência profissional. Desta forma, foram revistas regularmente as práticas, a teoria e os resultados da investigação inerentes à criança/jovem doente, de forma a demonstrar respostas de elevada adaptabilidade individual e profissional.

REFLEXÃO SIP:

Recorreu-se à participação, no dia 26 de outubro de 2021, através da plataforma *Teprel* Digital, num *Webinar* intitulado “**Inaloterapia: O que devemos saber para uma melhor gestão das doenças respiratórias?**”, onde foi discutida a aplicabilidade e evidência clínica da inaloterapia na patologia respiratória, com os objetivos de apresentar e demonstrar os dispositivos inalatórios disponíveis, identificar os erros mais frequentes, capacitar para o ensino e revisão da técnica inalatória e apresentar câmaras expansoras, bem como aspetos práticos na sua utilização.

Também foi proposto, pela enfermeira tutora, uma **pesquisa bibliográfica sobre Oxigenoterapia**, em conjunto com uma colega do curso de Mestrado, o que vai de encontro ao objetivo “promover a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho”. É sabido que as infeções respiratórias agudas do aparelho respiratório inferior são uma das principais causas de internamento nos primeiros anos de vida, acarretando custos económicos consideráveis. Dentro destas infeções, a que mais leva a internamentos no serviço de Pediatria é a bronquiolite aguda; a sua etiologia é predominantemente

viral, sendo o Vírus Sincicial Respiratório responsável por 70 a 85% dos casos (Pequito, Branco, Pereira, Barreto, Lito & Bandeira, 2002). Apesar da abordagem terapêutica das bronquiolites consistir essencialmente em medidas de alívio sintomático, muitas vezes é utilizada a oxigenoterapia em crianças/jovens com baixo nível de saturação de oxigénio no sangue.

No entanto, dentro dos efeitos colaterais do uso de oxigénio, observam-se: retinopatia da prematuridade, doença pulmonar crónica, displasia broncopulmonar em prematuros, atelectasia por altas concentrações de oxigénio e dano epitelial pulmonar devido ao stresse oxidativo. Por outro lado, a saturação muito baixa de oxigénio pode resultar no aumento da resistência pulmonar, limitação do crescimento somático e morte súbita em crianças com doença pulmonar crónica. Assim, recomenda-se a oxigenoterapia após avaliação rigorosa quanto à real necessidade da sua utilização e, durante o seu uso, monitoração contínua de todos os parâmetros da criança/jovem (Camargo, Pinheiro, Hercos & Ferrari, 2008). Desta forma, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre a bronquiolite viral aguda, os efeitos da hipoxémia crónica, os efeitos da oxigenoterapia, a monitorização de oxigénio e a oxigenoterapia domiciliar.

Posteriormente, foi usada essa pesquisa para formular uma proposta do **Procedimento Interno sobre a Oxigenoterapia**, para futuramente ser utilizada no SIP.

Os procedimentos, ou seja, as normas são instrumentos que apoiam os profissionais de saúde nos cuidados a prestar ao utente em contextos definidos, permitindo o fácil acesso do profissional à informação, sintetizando a informação de uma determinada temática (Roque, Bugalho & Carneiro, 2007). A elaboração de normas de procedimentos em enfermagem encontra-se inerente às boas práticas dos cuidados de enfermagem. Estas funcionam como linhas orientadoras para a prestação de cuidados de excelência, e devem ser consideradas instrumentos de qualidade. O objetivo central é permitir que os enfermeiros desempenhem as suas intervenções de enfermagem baseadas em práticas recomendadas. Ou seja, a elaboração de normas de procedimentos visa fomentar a boa prática e têm por objetivo alcançar respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde, empregando linhas orientadoras (Comissão de Formação da OE, 2007). Sendo assim, a sua realização torna-se uma atividade primordial para a uniformização dos cuidados de enfermagem e de comportamentos da equipa multidisciplinar, aumentando por consequência a qualidade dos cuidados.

CE: DEMONSTRAR CAPACIDADE NA ASSISTÊNCIA DA CRIANÇA/JOVEM INSERIDOS NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE, NO SENTIDO DE MAXIMIZAR A SUA SAÚDE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estabelecer uma parceria de cuidados com vista à autoconfiança, potenciando a parentalidade responsável e positiva;
- Intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;
- Implementar um plano de saúde, promotor da parentalidade;
- Contribuir para a promoção da saúde e prevenção da doença da criança/jovem;
- Conhecer o sistema de realização de registos (*SClínico*);
- Promover a continuidade de cuidados.

REFLEXÃO:

Nesta competência, o foco de atenção foi o estabelecimento de parceria de cuidados promotores da otimização da saúde tendo em conta a inata dependência da criança e o binómio criança/família, sendo o centro dos cuidados do EEESIP. Para o estabelecimento desta parceria de cuidados nos serviços, a realização de um plano de saúde promotor de parentalidade foi fundamental. Durante o estágio, em todas as crianças/jovens, foi negociada a participação da sua família no processo de cuidar, de forma a obter-se bem-estar tanto na criança como na família. Para isso, foi fundamental comunicar com a criança/jovem e a família usando habilidades adequadas à idade e estágio de desenvolvimento. Conforme refere Santos (2011), é essencial assegurar aos pais que eles são os principais cuidadores da criança, que são os primeiros a providenciar carinho e atenção, fatores críticos para o desenvolvimento da criança, devendo a organização e planificação dos cuidados incluir oportunidades de interação entre a criança/jovem e a família. Foram várias as oportunidades ao longo do estágio de identificar necessidades de educação para a saúde dos pais da criança/jovem, observar os ensinamentos realizados pelos enfermeiros tutores e, numa fase posterior, realizar de forma autónoma ensinamentos e educação para a saúde, com vista à satisfação das necessidades identificadas. Para além disso, ao longo do estágio a família foi incentivada e envolvida nos cuidados a prestar à criança/jovem, sempre que exequível, nomeadamente nas medidas de promoção da higiene, conforto, bem-estar e alimentação.

REFLEXÃO SIP:

Durante o internamento no serviço de Pediatria, o enfermeiro intervém nas doenças comuns da criança/jovem e nas situações de risco. Para isso, o levantamento de diagnósticos e intervenções de acordo com cada criança/jovem foi realizado no sistema *SClínico*. Para isso, foi realizada a colheita de dados objetivos e subjetivos, utilizando a observação clínica e mobilizando os meios clínicos e técnicos adequados, identificando assim os focos de atenção e os diagnósticos de enfermagem e elaborando um plano de cuidados, estabelecendo prioridades. Posteriormente, foram implementados os cuidados planeados em parceria com a família e a equipa. Após os cuidados prestados, foram realizados os registos de dados significativos, ações desenvolvidas, ensinamentos e orientações, de modo a promover uma melhor continuidade de cuidados.

Especificamente relacionado com o sono, a indagação de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde foi basilar. Assim, trabalhou-se com as famílias a temática, explicitando a importância das rotinas e do ambiente de conforto implementado precocemente numa criança, de forma a potenciá-lo. A promoção do sono infantil num SIP começa com a estruturação dos cuidados para existir um momento livre para a criança/jovem poder realizar a sesta ou repousar. Com os jovens nesse período de “abrandamento” do dia, aproveitava para falar da importância do estabelecimento de horários, para que conseguissem dormir o número de horas recomendadas e foi incentivado o próprio treino de deixarem as tecnologias de informação e comunicação à hora de dormir.

Para além disso, foi identificada uma oportunidade para a promoção da saúde e prevenção da doença da criança/jovem. O diagnóstico mais frequente que havia no serviço era a Bronquiolite por Vírus Sincicial Respiratório e foi detetada alguma falta de conhecimento acerca deste vírus por parte das famílias. Assim, foi criada, em conjunto com uma colega do curso de Mestrado, uma **apresentação em PowerPoint direcionada aos cuidadores intitulada “Vírus Sincicial Respiratório”** com os objetivos de dar a conhecer o vírus, informar acerca das boas práticas para evitar o contágio, transmitir os sinais de alerta para recorrer aos serviços de saúde, esclarecer os tratamentos/cuidados a nível hospitalar e promover cuidados para alívio dos sintomas no domicílio. Na construção desse *PowerPoint* foi utilizada uma linguagem clara, objetiva, sem termos técnicos e com um *layout* apelativo de forma a cativar a atenção. A preparação destes meios de comunicação ou materiais de divulgação (em forma de cartazes, pósteres, panfletos, apresentações, entre outros) são chamados de “materiais educativos” nos serviços de saúde, pois constroem intervenção entre profissionais e população (Freitas & Filho, 2010) e a sua realização tem a intenção de orientar comportamentos e promover a saúde.

REFLEXÃO SUP:

Para a prestação de cuidados específicos neste contexto, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem, foi realizado o processo de enfermagem com a sua descrição e registo no sistema informático *SClínico*, para “assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” (Decreto-Lei n.º 156/15 de 16 de setembro, p. 8079). Paralelamente, foram contempladas todas as etapas do processo de enfermagem, a colheita de dados, o exame físico (realizado normalmente no momento da admissão), o levantamento de diagnósticos, o planeamento de intervenções de enfermagem, a sua implementação e, por fim, a sua avaliação, para criar as condições necessárias à execução do cuidado, documentando-os.

Tavares (2011), realça o papel do enfermeiro como fundamental no processo do acolhimento, por este ser quem acolhe e recebe a criança aquando a sua chegada ao SUP, pelo que deverá ter conhecimentos que sustentem uma adequada preparação. O acolhimento, tem como finalidade apoiar a criança e a família na diminuição de quaisquer sentimentos negativos que possam surgir, bem como dar oportunidade aos enfermeiros para desmistificar questões inerentes ao funcionamento do serviço e da própria instituição, transmitindo assim uma maior segurança (Tavares, 2011). Por isso, é fundamental que o enfermeiro determine formas de uniformizar os pontos-chave para um adequado acolhimento ao serviço, promovendo uma diminuição da ansiedade da criança e família devido à hospitalização.

São vários os estudos que demonstram as consequências negativas da hospitalização na idade pediátrica. Muitas vezes, não é possível haver uma preparação prévia da criança/jovem para recorrer ao SUP, por isso, é importante que os profissionais apresentem disponibilidade para preparar a criança/jovem e família, explicando todos os fatores inerentes ao serviço (Barros, 2003). Desta forma, o acolhimento de enfermagem com a brincadeira leva a uma quebra da barreira que existe entre o hospital e as crianças, tornando-o mais acessível e acolhedor. Acolher convenientemente a criança e família, em situação de doença e fazendo-as sentirem-se acolhidas é importante na sua unicidade e é um dos cuidados atraumáticos que os enfermeiros prestam com o objetivo do bem-estar da criança e sua família, caminhando assim para a verdadeira essência do cuidar (Tavares, 2011).

CE: CUIDAR DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA NAS SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestação de cuidados de enfermagem apropriados;

- Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;
- Providenciar cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde;
- Conhecer os cuidados gerais prestados à criança/jovem;
- Conhecer os cuidados prestados à criança/jovem em situação específica;
- Colaborar nos cuidados prestados à criança/jovem em parceria com a família e respetiva supervisão;
- Conhecer a terapêutica frequentemente utilizada no SIP e no SUP;
- Intervir nas situações de risco;
- Conhecer as intervenções de enfermagem em caso de situações de emergência;
- Responder às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados;
- Promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.

REFLEXÃO:

Nesta competência, o foco foi a mobilização dos recursos oportunamente, em situações de particular exigência. Foram reconhecidas situações de instabilidade das funções vitais das crianças/jovens internadas e acionados os meios necessários para a sua estabilização. Assim, assisti a técnicas complexas, colaborando na efetivação desses cuidados, e nas situações em que me sentia segura, realizava eu própria os cuidados com a supervisão dos enfermeiros tutores, prestando cuidados em situações de especial complexidade e refletindo sobre a minha prática, de forma crítica.

Tendo em conta a Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2008), deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável e a dor deve ser reduzida ao mínimo. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2012), a dor é uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua perceção e expressão, sem indicadores específicos e que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações que requerem cuidados de saúde. A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é, atualmente, considerada pelas entidades acreditadoras, a nível internacional, como padrão de qualidade, e passa pela necessidade de implementação de programas de melhoria contínua da avaliação da dor nas crianças. Assim, o controlo da dor, cujo sucesso depende da sua avaliação sistemática, é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças (DGS, 2012).

A preocupação com a dor das crianças resulta da perceção que estas têm da mesma, pois guardam memória da dor e se esta não é tratada tem consequências a longo prazo. A avaliação da dor nas crianças reveste-se de particularidades que obrigam a considerá-la separadamente de

outros grupos etários (DGS, 2012). Assim, considerando a dor um evento que gera impacto na qualidade de vida da criança, é extremamente importante a sua avaliação para que o enfermeiro possa, além das medidas farmacológicas, utilizar também as medidas não farmacológicas com segurança. É necessário, que os enfermeiros conheçam todos os métodos não farmacológicos disponíveis e os apliquem de forma adequada, reavaliando e registando periodicamente a intensidade da dor, de forma a melhorar a eficácia das intervenções na dor da criança/jovem. Desta forma, durante alguns procedimentos, nomeadamente durante a punção venosa, eram realizadas medidas farmacológicas (como a aplicação creme anestésico) antes da realização da técnica e medidas não farmacológicas durante a técnica, de acordo com a faixa etária. A aplicabilidade das medidas não farmacológicas de alívio da dor, como posicionamentos, medidas específicas de conforto (balançar, pegar ao colo, colocar chupeta, conversar ou massagens) e aplicação de sacarose ou aleitamento materno durante o procedimento doloroso têm estado a ser estudadas e, embora não substituam as intervenções farmacológicas, têm uma ação no tratamento da dor ligeira a moderada e são amplamente reconhecidas pelas crianças. Para além disso, não apresentam efeitos secundários (Batalha, 2010). Para o desenvolvimento desta competência, a utilização do guia orientador de boa prática sobre as estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança foi essencial.

REFLEXÃO SIP:

O EEESIP é fundamental na promoção e adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, como por exemplo à diabetes *mellitus*. Ainda neste campo de estágio houve a oportunidade de assistir à **Consulta de Diabetes**, nas Consultas Externas de Pediatria da ULS. Nos cuidados à criança/jovem com o diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo I, a aplicação de estratégias é fundamental para que estes iniciem o processo de aceitação de doença, focando-se no papel de cuidar da sua própria saúde. Geralmente, nestes casos, é aplicado o método de trabalho de enfermeiro de referência. Este modelo assenta na parceria e na negociação de cuidados, promovendo a sua participação em todo o processo. Este método é organizado através da atribuição de um grupo de crianças/jovens doentes a um enfermeiro, que realiza a avaliação inicial, o diagnóstico, o planeamento, a prescrição, implementação e avaliação final dos cuidados de enfermagem (OE, 2015). Nesta consulta existe a necessidade de realizar ensinamentos e acordar um plano individual, precocemente, incluindo a criança/jovem e a família, com vista à sua autonomia. Para além disso, é necessário acionar ligações com os recursos comunitários para as crianças/jovens com estas necessidades de cuidados especiais, como por exemplo a articulação com a escola da criança/jovem e com os cuidados de saúde primários, para que exista uma continuidade de cuidados na comunidade. Em continuação, neste contexto, foi possível promover

a relação dinâmica com as famílias uma vez que os enfermeiros são parte integrante das famílias na ajuda da adaptação dos novos papéis familiares. Foram assistidos os pais “no estabelecimento de objetivos da prestação de cuidados”, facilitada a “comunicação expressiva de emoções” e “o envolvimento das famílias”, promovida “o pensamento positivo”, elogiada “o envolvimento dos pais nos cuidados” (OE, 2011, p. 19), entre outros.

CE: PRESTAR CUIDADOS ESPECÍFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA/JOVEM

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Demonstrar conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil;
- Promover a vinculação de forma sistemática;
- Comunicar com a criança/jovem e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;
- Promover a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

REFLEXÃO:

Nesta competência, o foco neste contexto foi a promoção da maximização do potencial de desenvolvimento. Esta potenciação do crescimento e desenvolvimento da criança nas diferentes faixas etárias é importante para coadjuvá-la a adaptar-se às transições normais ou acidentais através da otimização do estado de bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual, em associação com a sua família. Assim, foram avaliados o crescimento e o desenvolvimento da criança, utilizando-se a escala de Mary Sheridan que está informatizada no *SClínico* e em paralelo foram transmitidas orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil. Na prática clínica, a observação e avaliação são fundamentais para a vigilância da criança, através de um programa estruturado e implementado de forma a vigiar o desenvolvimento infantil (OE, 2010).

As crianças precisam de se sentir amadas, e em ambiente hospitalar cabe aos enfermeiros garantirem a presença dos pais juntos da criança/jovem durante o internamento, mantendo o processo de vinculação o mais saudável possível. De acordo com Vale (2008), o comportamento de vinculação diz respeito à tendência da criança em procurar a proximidade dos pais, quando colocado em risco, e à relação que lhe permite utilizar os pais como pessoas com capacidade para restabelecer conforto, segurança e bem-estar. Em síntese, ao longo do estágio foi constatado que existia uma implicação em promover a presença da família durante a estadia no SUP e no

internamento da criança/jovem, prestando-se uma assistência personalizada e reconhecendo-se o carácter holístico dos cuidados à criança e família.

O lactente/criança e jovem estão mais vulneráveis a alterações do seu sono quando se encontram no hospital, provocada por vários motivos: fatores disruptores (alarmes dos monitores, luzes intensas), fatores externos (televisão, aparelhos eletrónicos como telemóvel), bem como relacionados com a própria doença que levou a criança ao hospital (Oliveira & Ferreira, 2014). Em continuação, neste estudo levado a cabo por Oliveira & Ferreira (2014), é referido que entram cerca de 3 a 22 pessoas nos quartos (tanto profissionais e acompanhantes) durante um turno de 8 horas e que existe atividade durante toda a noite. Para além disso, é referido que “são os enfermeiros que aparentemente adotam atitudes menos protetoras do sono, o que evidencia a necessidade permanente de ações de formação” (Oliveira & Ferreira, 2014, p. 88). Uma revisão integrativa de Redeker (2000) revelou que existe uma redução dos períodos de sono, bem como um aumento do número de despertares e da sonolência diurna num internamento.

Desta forma, favorecer condições no SIP e no SUP é primordial, para que a criança consiga manter a qualidade e quantidade de sono. Intervenções simples são fáceis de serem implementadas como a hora do silêncio geral, a redução da intensidade da luz e a limitação dos cuidados durante o sono, promovendo assim condições para que o sono da criança possa acontecer em quantidade e qualidade (Oliveira & Ferreira, 2014).

Neste contexto, capacitar a família e demonstrar comportamentos promotores de proteção do sono da criança/jovem é da responsabilidade dos enfermeiros. Assim, durante todo o estágio, foram sensibilizados e fornecida educação aos pais, nos momentos de prestação de cuidados, sobre a temática e descritas as estratégias utilizadas na promoção do sono, nomeadamente o número de horas de sono que deveriam ser completadas diariamente. Além disso, foi promovida a sesta de manhã e após a hora de almoço nos lactentes e a sesta após a hora de almoço no *toddler* e pré-escolar. Relativamente aos jovens, era permitido que dormissem até mais tarde. Após a hora do almoço, era realizado o recolher aos quartos para a realização de uma atividade tranquila, como ler um livro ou ouvir música relaxante.

Neste contexto de estágio, a utilização de técnicas de comunicação foi essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança/jovem e família e, para isso, a adaptação das técnicas de comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem foi fundamental. Por exemplo, a relação terapêutica com os jovens teve como foco a sua autonomia, permitindo a assunção de responsabilidade e tomada de decisão consciente.

REFLEXÃO SUP:

Apóstolo (2009) refere que o conforto é um processo contínuo, uma forma de arte de enfermagem, e que transcende a dimensão física da pessoa. A ida a um serviço de Urgência representa para a criança/jovem e para a sua família uma grande ansiedade e embora os enfermeiros deste serviço apresentem uma breve abordagem com os clientes, é importante que os cuidados prestados sejam o menos traumáticos possível, transmitindo um impacto positivo na chegada ao hospital, de forma que a ansiedade e medo pelo desconhecido sejam minimizados, havendo assim uma promoção do conforto.

Para além disso, no âmbito hospitalar, para a criança/jovem, é fundamental o acompanhamento de uma pessoa significativa mas, para que o adulto consiga ajudar, é necessária orientação por parte dos profissionais. Assim, é imprescindível haver informação disponível e dirigida quer às crianças/jovens, quer aos familiares, para que estes participem ativamente nos cuidados, reduzindo assim as consequências da ida ao SUP.

Outro aspeto importante, é na sala de tratamentos, pois é um local onde são realizados exames complementares de diagnóstico que causam ansiedade e dor à criança/jovem, por isso, é importante que o enfermeiro estabeleça estratégias, para tornar os seus cuidados atraumáticos. Na criança até ao primeiro ano de vida o contacto pele a pele, o leite materno, o falar de forma tranquila, enrolar o bebé contendo os seus movimentos e posicionar confortavelmente, são medidas fundamentais para o alívio da dor. Relativamente às crianças dos 3 aos 10 anos, a distração é sem dúvida a forma mais eficaz de os distanciar da dor (como contar uma história ou cantar uma canção). Quanto aos adolescentes, ler, ver televisão, ouvir música, conversar, jogar, aplicação calor, respirar fundo e pensar positivamente são medidas que podem atenuar as queixas álgicas (Batalha, 2010).

Este estágio permitiu contactar com uma amostra representativa do que é a Pediatria na ULS. Para além disso, a passagem pelo SIP e pelo SUP possibilitou estender a experiência pessoal e reconhecer, efetivamente, o papel fundamental do EEESIP nestes serviços. Neste sentido, e analisando os objetivos no GFUC, este estágio é indubitavelmente uma mais-valia para os alunos; no entanto, dever-se-ia ponderar o prolongamento da duração do estágio.

CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – O SONO INFANTIL

2 – CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RISCO PSICOSSOCIAL

1 – O SONO INFANTIL

O sono, segundo a CIPE é um “processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída” (*Internacional Council of Nurses*, 2016, p. 85). Silva (2014) refere que o sono “é habitualmente definido como um estado comportamental caracterizado por posturas particulares, atividade motora reduzida e diminuição da percepção e resposta aos estímulos do meio ambiente. É um estado facilmente reversível, que alterna de forma cíclica com a vigília” (p. 30). Por tudo isto, o sono constitui um indicador importante de saúde e de bem-estar, tratando-se de uma necessidade biológica fundamental com grande impacto na qualidade e longevidade dos indivíduos, pois permite a restauração física, recuperação psicológica e protege o indivíduo do desgaste natural das horas acordado (Stores, 2001, citado por Seixas, 2009).

Desta forma, a saúde física e mental encontram-se associadas a uma boa qualidade de sono, sendo que, segundo Boscolo, Sacco, Antunes, Mello e Tufik (2007), citado por Seixas (2009) as pessoas saudáveis usufruem dos benefícios de uma boa qualidade de sono nos aspetos biológicos, psicológicos, emocionais, intelectuais e sociais, adquirindo satisfação e melhor rendimento no trabalho, na escola e nas atividades de lazer, contribuindo assim para uma boa qualidade de vida.

A Sociedade Portuguesa de Pediatria (2011) reconhece que a vida não é possível na ausência de sono, pois considera o sono uma necessidade humana fundamental semelhante à necessidade de respirar. Defende que o sono vai mais além da ausência de vigília, considerando-o como um estado complexo que intervém em todas as funções corporais e que assegura e possibilita a recuperação física e psíquica do organismo.

Durante o sono, “(...) o cérebro «aproveita» para trabalhar arduamente nas diferentes fases de registo, codificação, armazenamento e evocação da memória. Além da cooperação com o sistema imunitário, participa na recuperação de eventuais «lesões» orgânicas do cérebro ou na defesa contra agentes patogénicos” (Soares, 2010, p. 19). Assim, o sono não é dotado de passividade, é um processo ativo. Foi com Hans Berger, neurologista alemão, que em 1924 surgiu o primeiro registo do Eletroencefalograma no homem (Rente & Pimentel, 2004). Este exame consiste no registo gráfico da atividade elétrica do cérebro e através dele foi possível verificar as alterações da atividade elétrica cerebral que ocorrem durante o sono. Assim, “constata-se que durante o sono existem ritmos e ondas cerebrais síncronas a frequências *Hertz*, definidoras de padrões de sono típicos, possibilitando a estruturação do sono em fases” (Seixas, 2009, p. 5).

Neste sentido, “a identificação dos diferentes tipos de ondas cerebrais emitidas durante uma noite possibilitou identificar e catalogar as diversas fases e profundidades do sono” (Coelho, 2009, p. 12). Deste modo, nos anos 50 começa-se a falar do sono como um processo constituído por uma sequência organizada de estados, com mecanismos fisiológicos distintos, que alternam durante a noite, segundo uma sequência organizada de sono lento, também designado como sono sem movimentos oculares rápidos ou sono *Non Rapid Eye Movement* (NREM); e sono paradoxal ou sono com *Rapid Eye Movement* (REM) (Barclay & Gregory, 2014).

Ocorrendo logo após o adormecer, o sono NREM ocupa 75 a 80% do tempo de sono e subdivide-se em quatro estádios. O primeiro estádio inicia-se com o adormecer, e é uma fase em que o indivíduo se encontra num sono leve, sendo facilmente acordado. Após alguns minutos segue-se o segundo estádio, e nos 90 a 100 minutos seguintes o sono tornar-se-á cada vez mais profundo e as frequências cardíacas e respiratórias tornar-se-ão cada vez mais lentas, progredindo o indivíduo ao longo do terceiro e quarto estádios. Depois, dá-se uma mudança acentuada, inicia-se o sono REM e verifica-se a aceleração do ritmo cardíaco e da respiração, a ocorrência de sonhos e movimentos rápidos dos olhos. Este ocorre por poucos minutos, e surge intermitentemente ao longo da noite, por períodos de tempo cada vez maiores, podendo chegar aos 45 minutos no final da noite (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2003).

Contudo, os padrões de sono REM e NREM variam com a idade e com as características do próprio indivíduo. Cada pessoa tende a passar um determinado período de tempo em cada estádio do sono, existindo um padrão altamente consistente noite após noite. As crianças dormem mais horas e passam mais tempo em sono REM, facto que tende a diminuir com a idade (Gleitman et al., 2003).

Para além disso, o sono e a vigília são sistemas independentes, porém ligados entre si. O ciclo sono-vigília, regido pelo ciclo circadiano, encontra-se relacionado com o fotoperiodismo decorrente da alternância dia-noite e está sob o controlo do núcleo supraquiasmático do hipotálamo. Este núcleo que funciona como um “relógio” e é responsável pela organização cíclica e temporal do organismo e do ciclo sono-vigília, é influenciado pela luz durante o dia e pela melatonina durante a noite. A secreção da melatonina é máxima durante esse período e a sua ação é importante no início e manutenção do sono (McCarley & Sinton, 2008).

1.1 – CARACTERÍSTICAS DO SONO

É nos primeiros anos de vida onde o sono sofre as alterações mais importantes, principalmente durante o primeiro ano de vida, nomeadamente em relação à duração do sono, à

distribuição do mesmo ao longo do dia e à duração de cada uma das fases. Vários autores também enfatizam a importância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento de padrões de sono saudáveis (Salzarulo, 2006). “A instalação de um ritmo vigília-sono sincronizador para 24 horas surge desde as primeiras semanas e as principais características do sono do adulto estabelecem-se nos dois primeiros anos de vida” (*Institut National de la Sante et de la Recherche Medicale*, 2001, citado por Mendes, 2008, p. 9).

Em relação ao número total de horas diárias de sono, e na ausência de consenso tanto europeu como nacional, a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2011) aconselha a seguir as recomendações da Academia Americana de Medicina do Sono, embora exista uma enorme variabilidade entre crianças: neonato geralmente dorme em média 17 horas e é a fome que o desperta; lactentes dos 4 aos 12 meses dorme 12 a 16 horas (incluindo sesta); crianças de 1 a 2 anos dorme 11 a 14 horas (incluindo sesta); crianças de 3 a 5 anos dorme 10 a 13 horas (incluindo sesta); crianças de 6 a 12 anos dorme 9 a 12 horas de sono noturno; adolescentes de 13 a 18 anos dorme 8 a 10 horas de sono noturno.

Quanto às funções do sono no primeiro ano de vida passam pela sincronização fisiológica do bebé com as relações sociais primárias. Durante o 1º mês de vida, o recém-nascido inicia a adaptação do ciclo sono/vigília ao ciclo noite-dia, e os períodos de sono noturno passam a ser mais longos. No 3º mês de vida, ocorrem modificações estruturais importantes na arquitetura do sono passando a iniciar-se na fase NREM, e até o 6º mês de vida, 90% dos lactentes já devem ter efetuado esta troca. Aos 6 meses, o período mais longo de sono ininterrupto não ultrapassa 6 horas; normalmente, a noite é dividida em dois períodos contínuos de sono, intercalada por um despertar (Nunes, 2002). Para além disso, “por volta dos 6 meses a criança deverá já ter adquirido o hábito de dormir só, sem os pais, assim como, deverá já dormir no seu berço e sem qualquer luz” (Coelho, 2009, p. 22).

Segundo várias organizações (*American Academy of Pediatrics*, 2001; *World Health Organization* [WHO], 2004; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2011), a sesta é uma prática aconselhável até aos 4 anos de idade, mas não deve ser permitida ao fim da tarde nem deve ser superior a 2 horas, pois é um complemento do sono noturno. Desta forma, a *American Academy of Pediatrics* (2001) recomenda a sesta diária, a seguir ao almoço, num local que permita a entrada de luz natural, de modo a que as crianças distingam o sono noturno do diurno.

Entre os 3 e os 4 anos é atingido o percentual adulto de sono REM, devendo este constituir no máximo 25% do tempo total em sono. A partir dos 5 anos, o sono noturno já deve estar consolidado. Entre os 6 e os 12 anos de idade o padrão de sono aproxima-se ao do adulto com padrões de sono irregulares caracterizados por diferenças entre dormir e acordar entre os dias escolares e dias não-escolares, com um aumento das horas de sono durante o fim-de-semana

(Owens, 2008). Até cerca dos 10 anos a hora de ir para a cama e especialmente a hora de acordar durante a semana e ao fim-de-semana tende a ser semelhante, a partir daqui começa a mudar. Dos 10 aos 12 anos, as crianças querem ir para a cama mais tarde e as horas de deitar aos fins-de-semana são alargadas em relação aos horários da semana. Há também diferenças entre os sexos, uma vez que as raparigas permanecem mais tempo na cama aos fins-de-semana e levantam-se mais tarde nesses mesmos dias do que os rapazes (Laberge, 2001).

A partir dos 13 anos os jovens têm uma necessidade de dormir superior a crianças com idades inferiores, mas a hora de ir para a cama atrasa-se e os despertares noturnos tornam-se mais frequentes (Paiva & Penzel, 2011). Os aumentos das horas de sono são mais evidentes durante os fins-de-semana que pode também dever-se ao facto de o sono durante a semana ser insuficiente, uma vez que os adolescentes têm tendência a deitar-se tarde, mas os horários escolares impedem que o despertar se faça também tardiamente (Laberge, 2001). Há também uma ligeira inversão do horário de dormir, já que os adolescentes podem passar mais tempo a dormir durante o dia do que durante a noite, especialmente nas férias e aos fins-de-semana (Palminha & Carrilho, 2003).

Constata-se, então, que à medida que se vai envelhecendo, o tempo que deve ser despendido a dormir varia, a necessidade de horas de sono diminui e predomina o sono leve ou NREM. Assim, o dormir com qualidade e no número de horas recomendadas, numa base regular, está associado a melhores resultados na saúde a nível da atenção, comportamento, aprendizagem, memória, regulação emocional, qualidade de vida, saúde mental e física (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2011).

No entanto, Matricciani (2012) evidencia que devido a fatores sociais da vida moderna o número de horas que as crianças dormem tem vindo a diminuir, sendo insuficiente para responder às necessidades reais do desenvolvimento, constituindo um problema de saúde pública. Os riscos relativos à privação do sono na criança podem ter efeitos negativos a curto e a longo prazo em diversos domínios, tais como o desempenho cognitivo e académico, a regulação emocional e do comportamento, o risco de quedas acidentais e de obesidade (Silva, Silva, Braga & Neto, 2014).

Tendo isto em conta, a maximização da saúde da criança e do jovem relativamente a esta temática constitui-se como elemento importante. Esta importância da promoção de hábitos de sono saudáveis é demonstrada nos programas nacionais: no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). No PNSIJ, é promovido nas várias faixas etárias como cuidado antecipatório. Temáticas como o ritmo circadiano, o ritual de adormecimento proporcionado pelos cuidados, enurese noturna, horas de sono adequados a cada faixa etária, sinais de alerta como dificuldade em adormecer e pesadelos frequentes são temáticas abordadas (DGS, 2013). No PNSE, é referido que a saúde escolar “colabora com a escola na

melhoria da literacia sobre hábitos de sono e repouso e promove a sua adequação ao longo da escolaridade” (DGS, 2015, p. 28).

1.2 – IMPORTÂNCIA E FUNÇÕES DO SONO

O sono é um imperativo biológico necessário para o funcionamento adequado à manutenção da vida e é um condutor fisiológico do nosso organismo (Mindell & Owens, 2010). Para além disso, o sono é entendido como um importante indicador de saúde e um determinante de qualidade de vida. A literatura sobre a importância do sono infantil tem revelado preocupações no que respeita ao tempo e qualidade de sono. A investigação neste campo é de grande relevância, pois neste grupo etário verifica-se um vasto leque de transformações a nível físico, intelectual e social (Papalia & Olds, 1998). Evidências empíricas indicam que alterações na quantidade ou qualidade do sono têm impacto a nível cognitivo, afetivo, e mais frequentemente, a nível psicológico, de tal forma que para se compreender o estado de saúde dos indivíduos seja necessário conhecer os seus hábitos de sono (Cortese, Ivanenko, Ramtekkar & Angriman, 2014).

A privação do sono em idade pré-escolar pode ser muito prejudicial, devido a aspetos específicos do desenvolvimento verificados nesta idade, mesmo se a duração do sono normalizar mais tarde (Touchette, Petit, Séguin, Boivin, Tremblay & Montplaisir, 2007). Este estudo mostrou que uma duração encurtada do sono induz estados de sonolência nas crianças, podendo ir desde o bocejar, até demonstrações de hiperatividade. Também devido à curta duração do sono, muitas crianças ficam irritadiças, e demonstram falta de atenção, relacionada por vezes com défice de atenção (Touchette et al., 2007). Sendo assim, pode deduzir-se, tal como refere Mendes (2008, p. 15), que o “sono favorece outras funções mentais e psíquicas: memorização e organização das informações recebidas durante o dia, resolução das tensões acumuladas, entre outros.”

“Tem sido proposto que o sono serve para restaurar o organismo do desgaste ocorrido durante a vigília, dado que os primeiros efeitos da ausência de sono se observam em processos que dependem diretamente do cérebro” (Montes-Rodríguez, Rueda-Orozco, Urteaga-Urías, Aguilar-Roblero & Prospero-García, 2006, citado por Vicente, 2009, p. 60). Neste sentido, a restauração dos neurónios não será a finalidade última do sono, mas antes manter e reorganizar os circuitos neurológicos, incluindo a neoformação de sinapses, que permitem modificar redes neurológicas existentes, através do efeito da experiência, e tudo isto para o adequado funcionamento do cérebro e para a sua adaptação ao ambiente (Montes-Rodríguez, Rueda-Orozco, Urteaga-Urías, Aguilar-Roblero & Prospero-García, 2006, citado por Vicente, 2009).

Para além disso, a análise dos resultados das experiências de privação parcial do sono, tem permitido fundamentar algumas teorias para esclarecer algumas das suas funções no ser humano, das quais se destaca a Teoria da Restauração do Organismo e a Teoria da Conservação da Energia ou Adaptação (Rente & Pimentel, 2004).

De acordo com a Teoria da Restauração do Organismo, o sono é indispensável para restaurar todo o organismo, quer a nível físico quer mental (Rente & Pimentel, 2004). Durante o sono NREM, dá-se fundamentalmente o restabelecimento das funções orgânicas, ocorrendo um aumento do anabolismo proteico de algumas hormonas (Capaldi, Handwerker, Richardson & Stroud, 2005) mas também para a memória declarativa (Rente & Pimentel, 2004). No sono REM são sobretudo as funções cognitivas que são reparadas, ideia fortalecida pelo incremento do sono REM intrauterino e durante a infância, em que existe grande desenvolvimento cerebral (Cai, Mednick, Harrison, Kanady & Mednick, 2009). Para além disso, favorece a consolidação da memória emocional e processual. Devido à intensa atividade dos neurónios do sistema límbico e cortical, o processamento criativo é desenvolvido, o que é corroborado pelos efeitos positivos da sesta, expondo o modo como o sono auxilia a formação de novas redes associativas no cérebro que são a chave da criatividade, por fazerem conexões entre ideias distintas (Cai et al., 2009).

Já segundo a Teoria da Conservação de Energia, durante a noite, existe uma compensação das energias físicas e mentais gastas durante o dia, dado que se verifica um decréscimo do consumo de energia, com a diminuição do metabolismo e da temperatura corporal (Rente & Pimentel, 2004).

Resumindo, de acordo com ambas as teorias, o sono assume funções primordiais na preservação de energia e restauração das competências físicas e mentais do organismo, capacitando-o para um desempenho saudável e competente das tarefas que ocorrem durante a vigília, mas, para que tal aconteça, é necessário que a pessoa durma um número de horas suficiente e adequado à sua idade e características.

Para além das consequências referidas, a privação de sono poderá influenciar negativamente o crescimento somático da criança, mediante a perturbação de mecanismos biológicos, que parecem envolver a hormona do crescimento. Esta hormona é libertada pela hipófise anterior, sendo essencial não só para o crescimento somático, mas também para o metabolismo (Kim, Grover, Bertolotti & Green, 2010). Está reconhecido que a hormona de crescimento atinge o seu pico durante a fase do sono de ondas lentas, logo após o adormecer. No entanto, os mecanismos subjacentes à relação entre a libertação da hormona de crescimento e o sono, bem como à relação entre o padrão de sono e os seus efeitos a longo prazo, não estão totalmente esclarecidos (Bideci & Çamurdan, 2009).

1.3 – FATORES INTERVENIENTES NO SONO

Uma vez que os padrões de sono das crianças são muito diferentes em comparação aos adultos, é necessário dar-lhes uma atenção especial, reconhecendo que a normalidade do sono pode ser influenciada por vários fatores como sociodemográficos, clínicos, relacionados com estilos de vida, intrínsecos ou relacionados com o contexto familiar (WHO, 2004).

Fatores Sociodemográficos

Encontra-se descrito que nas famílias em que os progenitores evidenciam menor escolaridade e diferenciação profissional, as crianças deitam-se mais tarde e, uma vez que a hora de despertar se mantém inalterada, poderá condicionar a duração do sono (McDonald, Wardle, Llewellyn, Van Jaarsveld & Fisher, 2014). Este facto torna estas crianças grupos de risco para privação e perturbação do sono (Silva et al., 2014).

Para além disso, as famílias de menor estatuto socioeconómico podem ter piores ambientes para dormir e trabalharem mais horas, com conseqüente menor disponibilidade para o cumprimento de horários (Buckhault, 2011). Por vezes, nestas famílias é comum o trabalho por turnos e as crianças de famílias com essas características referem horas de acordar mais tardias, têm mais despertares noturnos, mais variabilidade na hora de deitar e na duração do sono (Buckhault, 2011). No oposto, nas famílias com estatutos socioeconómicos mais elevados, o tempo passado na cama é mais curto (Boto, Crispim, Juvandes, Melo, Rodrigues, Nicolau & Ferreira, 2009).

Fatores Clínicos

Fatores de maturação biofisiológica, intrínsecos, constitucionais, biológicos, emocionais, psicológicos e médicos são referidos por terem influência no sono infantil (Wang, Isensee, Becker, Wong, Eastwood, Huang & Rothenberger, 2016).

As crianças que apresentam um padrão de vinculação inseguro evidenciam elevados níveis de ansiedade, de stresse e de dificuldade em regular emocionalmente situações de separação das figuras de vinculação (Morrell & Steele, 2003). Algumas perturbações do sono, foram associadas a situações de ansiedade, derivadas de conflitos familiares ou a nível escolar e podem dificultar a instituição de hábitos de higiene de sono adequados, pois condicionam, muitas vezes, medos difíceis de ultrapassar, o que conduz à aquisição de hábitos de dependência em relação aos pais (Wang et al., 2016).

Também a obesidade, considerada a epidemia do século XXI, com o efeito do excesso de peso, está diretamente relacionado com o aparecimento da apneia obstrutiva do sono. Esta

perturbação aumentou, em 20 anos, 436% (*National Sleep Foundation*, 2016). Esta perturbação do sono, associada ou não à presença de outras, pode desencadear diminuição da duração do sono (Touchette et al., 2007). No entanto, esta condição, é por si só fator de risco para a obesidade infantil, uma vez associada ao excesso de peso, aumenta a sensação de cansaço e induz desmotivação e menor desejo na prática de atividade física, estabelecendo-se um ciclo vicioso (Touchette et al., 2007).

Também algumas patologias, como a asma e a atopia (sobretudo alimentar), estão associadas com o aparecimento de alterações do sono, nomeadamente a apneia obstrutiva do sono. Apesar das crianças com doença crónica evidenciarem uma taxa mais elevada de problemas do sono face aos seus pares saudáveis, não se comprovou a evidência de diferenças na duração do sono (Bruni, Verrillo, Miano & Ottaviano, 2000).

Estilo de Vida

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1998) o estilo de vida é um conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Estes padrões de comportamento são interpretados e testados continuamente em diferentes situações sociais e, portanto, não são fixos, mas sujeitos a alterações; podem ter um efeito profundo sobre a saúde do indivíduo e sobre a saúde dos outros. Incluem o uso de substâncias tais como o álcool, tabaco, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício.

Atividade Física

O efeito da atividade física sobre o sono ainda não está completamente determinado, mas os estudos realizados permitem fazer algumas considerações. A OMS (2010) recomenda para crianças e jovens entre os 5 e os 17 anos, a prática de pelo menos sete horas de atividade física semanal, de intensidade moderada a vigorosa, como meio de favorecer o bem-estar físico e psicológico, indicando os benefícios associados à prática de exercício, nomeadamente ao nível do aparelho cardiorrespiratório e musculoesquelético, diminuição da gordura corporal e risco de doenças metabólicas, bem como a redução dos sintomas de depressão.

No estudo de Foti, Eaton, Lowry & McKnight-Ely (2011) que relaciona a prática de atividade física e comportamentos sedentários com o sono, verifica-se que os adolescentes que praticavam uma hora ou mais de exercício físico, em quatro ou mais dias da semana, tinham probabilidade de obter melhor qualidade de sono. No oposto, a criança não ser ativa ou exibir um comportamento sedentário prolongado, foi associado a um risco elevado de insónia e a diminuição da duração do sono.

Alimentação

Há a ilusão de que as crianças em idade pré-escolar não ingerem alimentos estimulantes, mas a sua alimentação tem sofrido alterações consideráveis, fruto da pouca disponibilidade dos pais, da urbanização dos locais de residência e dos padrões culturais, que associam estes alimentos a maior *status* social. Desta contingência resultam muitas vezes escolhas nutricionais pouco saudáveis, nomeadamente o consumo de açúcares de absorção rápida em todas as refeições (Costa, 2012).

A relação entre o sono e a alimentação ainda não está completamente estudada, dado que há dificuldades em aferir o que é a causa e o que é o efeito. No entanto, foi comprovada uma correlação negativa entre a ingestão de alimentos que causam sensação de prazer (como o *fast food*, doces e bebidas açucaradas) e a duração do sono (McDonald et al., 2014). Pelo contrário, as crianças que têm uma alimentação mais saudável exibem maior duração de sono.

Ingestão de Cafeína

Também a ingestão de cafeína, que ocorre sobretudo pela ingestão de refrigerantes, chocolates e mesmo alguns medicamentos tem influência sobre o sono infantil. Em Portugal existem poucos estudos publicados sobre o consumo de café por crianças e adolescentes, não estando estabelecida uma idade mínima para início do consumo. Dados do estudo *Health Behaviour in School-aged Children*, indicam que grande percentagem dos adolescentes portugueses (84,5%) entre os 11 e os 15 anos nunca ou quase nunca bebe café, 14,7% referiu beber um ou dois cafés por dia, ocorrendo o consumo com maior frequência entre os rapazes mais velhos (Matos, Simões, Camacho, Reis & Equipa Aventura Social, 2014).

Lodato, Araújo, Barros, Lopes, Agodi, Barchitt & Ramos (2013) num estudo sobre o consumo de cafeína e o seu efeito na redução do sono (em que participaram 1522 adolescentes portugueses com 13 anos) mostram, de modo geral, o consumo de cafeína inversamente associado à duração do sono.

Utilização de Dispositivos Eletrónicos

Excetuando a presença de alguma malformação ou patologia a nível físico, as crianças são inaptamente ativas, mas denota-se uma tendência para escolher atividades mais sedentárias como ver televisão ou jogar em dispositivos, sejam telemóveis, *tablets*, computadores ou consolas, muitas vezes com forte incentivo parental (Santaliestra-Pasías, Mouratido, Verbestel, Bammann, Molnar, Sieri & Moreno, 2013). De acordo com dados do projeto EU *Kids Online* as crianças portuguesas ocupam o segundo lugar a nível europeu no acesso à internet através de computadores portáteis, sendo a casa o local mais frequente de utilização para estes dispositivos.

Para além disso, Portugal está entre os países com maior percentagem de acesso à Internet através de *wi-fi* nas escolas (Simões, Ponte, Ferreira, Doretto & Azevedo, 2014).

A prática de atividades estimulantes e utilização excessiva de computadores, telemóveis, televisão e videojogos antes de deitar tem efeito estimulante, nomeadamente ao nível neurofisiológico, cognitivo e emocional, relacionado com os efeitos da luz e excesso de informação (Pinto, Pinto, Rebelo-Pinto & Paiva, 2016). Estes fatores associados ao atraso da fase de sono e produção de melatonina, levam a que a criança durma mais tarde, mantendo a necessidade de acordar cedo para cumprir as suas obrigações escolares. Assim, um tempo de ecrã excessivo tem sido associado ao aparecimento ou agravamento de perturbações do sono (Owens, 2014).

Consumo de Álcool e Tabaco

A experiência de consumos na adolescência surge muitas vezes associada à necessidade de afirmação e autonomia, por influência de pares, família, ou como consequência de estados vulneráveis e/ou depressivos. Este consumo de substâncias possui uma relação bidirecional com a problemática do sono em adolescentes, pelo que o consumo afeta a qualidade do sono e por sua vez a má qualidade do sono pode ser um fator favorecedor de certos hábitos. Níveis reduzidos de sono podem levar a uma diminuição da inibição e pouca regulação emocional, que diminui a capacidade para recusar substâncias de colegas, colocando os adolescentes em risco acrescido para o consumo de substâncias (Pasch, Latimer, Cance, Moe & Lytle, 2012). Assim, menores quantidades de sono durante a semana foram associadas a uma maior probabilidade de consumo de álcool, e as alterações nos padrões de sono foram associadas a uma maior probabilidade de consumo de substâncias no geral (Pasch et al., 2012). Para além disso, os jovens que consomem substâncias tendem a permanecer acordados até mais tarde, sem controlo parental, e a ter níveis de preocupação ou stresse mais elevados, que por sua vez também comprometem a qualidade do sono (Pasch et al., 2012).

O consumo de tabaco está associado à diminuição do tempo total de sono, assim como o consumo de álcool, que apesar de diminuir a fase de latência do sono numa fase inicial (certo efeito sedativo), provoca mudanças na arquitetura do sono sobretudo na segunda metade da noite, provocando um sono fragmentado e perturbado, que resulta em má qualidade do sono (Bartel, Gradisar & Williamson, 2014).

Fatores Intrínsecos

Para descrever a regulação biológica do sono, considera-se o modelo de dois processos proposto pela primeira vez por Borbély e colaboradores em 1982. O tempo, intensidade e duração

do sono são determinados pela interação de dois processos regulatórios independentes: um processo homeostático, dependente do sono (Processo S) e um modelo circadiano independente do sono (Processo C) (Crowley, Tarokh & Carskadon, 2014).

O Processo S representa a unidade homeostática para o sono, ou a pressão do sono. Está relacionado com um aumento da propensão ao sono ao longo do dia, construindo-se cumulativamente em função da vigília anterior e sofre o efeito de possíveis débitos de sono, por exemplo a existência ou não de sestas (Samson, Blunden & Banks, 2013). A "pressão" para dormir aumenta quanto mais o indivíduo estiver acordado e dissipa-se à medida que o indivíduo dorme (Crowley et al., 2014).

O Processo C, regulado pelo sistema de temporização circadiano (relógio interno), é responsável pelo aumento da propensão ao sono na fase escura do dia (Carskadon, Acebo & Jenni, 2004). É principalmente controlado pelo sistema endócrino, que no desenvolvimento da criança se encontra também em grandes adaptações. A melatonina, hormona sincronizadora do ritmo sono-vigília e responsável pela indução da sonolência, começa a ser produzida pelas 20 horas e vai aumentando progressivamente até às 04 horas, sendo o pico de produção coincidente com o mínimo de vigília. A produção de melatonina é interrompida por exposição à luz, sendo também influenciada pela intensidade luminosa nas horas que precedem o deitar (Paiva & Penzel, 2011).

Fatores de Contexto Familiar

A família constitui-se como um dos pilares da sociedade, sendo um contexto primário e privilegiado de socialização. Para além disso, é frequentemente considerada o sistema que, diretamente, mais influencia o desenvolvimento da criança e onde ocorrem as interações mais significativas para o seu desenvolvimento saudável, embora outros sistemas sociais também tenham o seu contributo (Hockenberry & Wilson, 2014). Segundo os mesmos autores, a grande maioria das crianças experiencia com a família as primeiras situações de aprendizagem e introjeção de padrões, normas e valores; e quando existe disfunção familiar as interações, principalmente entre os pais e a criança são prejudicadas. Dessa forma, ela é concebida como o primeiro sistema no qual um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais são vivenciados pela pessoa em desenvolvimento e cujas trocas são a base para o estudo do desenvolvimento do indivíduo.

Na tentativa de explicar a relação entre a atitude parental face ao sono da criança e a perturbação do sono exibida pela criança, têm sido desenvolvidos arquétipos. O modelo transacional foi proposto por Sadeh & Anders (1993), e assenta na premissa de que o sono infantil é também influenciado pelas atitudes parentais e pelas relações bidirecionais entre os pais e criança. As influências proximais sobre esta relação incluem o estado de bem-estar físico e

psicológico do cuidador principal, as suas próprias experiências de cuidado na infância, inclusive quanto ao sono, as redes sociais de apoio, a situação económica e doméstica da família, e o temperamento e a saúde física da criança (Russo, Bruni, Lucidi, Ferri & Violani, 2007).

Sendo os principais responsáveis pela organização da vida da criança, os pais (ou cuidadores principais), vão influenciar a quantidade e qualidade do sono através das suas estratégias educativas em relação à higiene do sono, como comportamentos e vivências da criança que prepara a sua ida para a cama, as suas práticas em relação à hora de deitar e a adequação de momentos de sono durante o dia (Middlemiss, Yaure & Huey, 2015).

Quanto à influência dos conhecimentos parentais em relação ao sono e a qualidade de sono na criança uma revisão sistemática de McDowall, Galland, Campbell & Elder, (2017) concluiu que os pais com maior conhecimento sobre o sono infantil defendiam hábitos e práticas de sono saudáveis nos filhos, incluindo uma hora de dormir precoce e regular, um tempo de vigília normal, adormecimento sem a presença de um adulto, excluindo a televisão da rotina de adormecimento. No entanto, o conhecimento dos pais foi inversamente associado com a duração do sono da criança sugerindo que um maior conhecimento dos pais não resulta numa maior duração do sono (McDowall et al., 2017).

Para além dos conhecimentos sobre o sono também crenças, como por exemplo dúvidas parentais sobre a sua competência para educar a criança e para estabelecer limites, assim como maior hostilidade em relação às solicitações da criança na fase de ir para a cama ou nos acordares noturnos têm sido associadas a mais problemas de sono (Johnson & McMahan, 2008).

Em relação às práticas parentais, Sadeh, Tikotzky & Scher (2010) verificaram que a excessiva presença e envolvimento dos pais no adormecimento dificulta o desenvolvimento da capacidade de autorregulação que atua como modelador do sono infantil. Esta hipótese foi compartilhada por outros autores, que consideram que a sensibilidade materna alta apesar de ser fator altamente positivo em qualquer outro aspeto da paternidade e no estabelecimento de um tipo seguro de relação entre mãe e filho, pode ser um fator negativo no desenvolvimento de hábitos de sono saudáveis (Sadeh et al., 2010) e à dificuldade da criança desenvolver competências para sossegar sozinha (Simard, Nielsen, Tremblay, Boivin & Montplaisir, 2008).

Relativamente às atitudes parentais na fase de deitar e de adormecimento da criança, a regularidade das rotinas é consistentemente referida como um fator preditivo de melhor sono (Mindell & Owens, 2010). O estabelecimento de uma rotina para a hora de dormir, curta e consistente, que se modifique ao longo do tempo de acordo com as necessidades de desenvolvimento da criança, é importante para o desenvolvimento de um sono saudável. Quanto mais regular e previsível for a rotina, mais fácil será para a criança acalmar-se na hora de dormir (Weiss, 2010).

Uma outra prática que tem sido amplamente estudada diz respeito à partilha parental da cama com as crianças. Esta prática pode resultar de fatores culturais, mas também, muito frequentemente nas sociedades ocidentais, ocorre como forma dos pais responderem a maior inquietação ou a exigências da criança com problemas e dificuldades de sono da criança. Na maioria dos estudos, o ato de dormir com os pais está associado a mais interrupções do sono noturno (Hayes, Parker, Sallinen & Davare, 2010), à dificuldade de manutenção de uma rotina na hora de dormir, a problemas de separação e ao aumento da ansiedade associada ao sono. Pelo contrário, a criança que partilha o quarto com um irmão ou que dorme sozinha revela menor distúrbio do sono (Rangel, Baptista, Pitta, Anjo & Leite, 2015).

Do exposto, confirma-se a multiplicidade de fatores que influenciam o sono e também se constata que, apesar da investigação neste domínio ainda ser escassa, já foram relacionados vários fatores intervenientes no sono infantil.

Tradicionalmente, o termo *higiene do sono* é utilizado para uma variedade de comportamentos destinados a criar um ambiente propício ao sono, evitando atividades que o perturbem. Assim, a perturbação da higiene do sono constitui um distúrbio do sono causado principalmente por maus hábitos de sono, muitas vezes corrigido por mudanças simples nas práticas diárias. De um modo geral, e de acordo com Nunes (2002), no que se refere à higiene do sono, fazem-se necessários ambientes e condições adequados para a realização de tal feito, com iniciação logo nos primeiros meses de vida para a prevenção de possíveis distúrbios do sono. O autor elege três requisitos primordiais para a higiene do sono: ambiente, horário e atividades anteriores ao sono. Um ambiente escurecido, horário de dormir e acordar regulares e a própria rotina prévia antes de dormir são primordiais.

1.4 – PERTURBAÇÕES DO SONO

O sono infantil depende de um delicado equilíbrio de múltiplos fatores que, não só o determinam como também se interrelacionam e, conhecê-los facilita a distinção entre fenómenos fisiológicos transitórios e perturbações. Da mesma forma, a etiologia da perturbação do sono é multifatorial, e decorre das interações dinâmicas e das influências bidirecionais entre fatores intrínsecos e extrínsecos da criança.

Os distúrbios do sono constituem uma das principais perturbações do comportamento das crianças de todas as idades, tendo uma elevada prevalência, o que causa perturbação no equilíbrio

emocional das crianças e influencia a dinâmica familiar. As alterações do padrão de sono podem ser momentâneas, mas também podem deixar cicatrizes na criança e na família (Monteiro, 2014).

Connor & Meltzer (2006), citados por Salavessa & Vilariça (2009), referem que os problemas de sono são comuns na infância. Os mesmos autores referem também que estes problemas são desvalorizados ou erradamente diagnosticados, devido à escassez de formação e informação dos profissionais de saúde, levando ao uso abusivo de fármacos em idade pediátrica.

Também em Portugal, os problemas comportamentais do sono e a privação de sono são prevalentes, pelo que existe oportunidade de intervenção nesta área. Apesar de serem culturalmente aceites por uma grande parte dos pais, estes ainda não perceberam que os problemas do sono têm consequências no comportamento dos seus filhos durante o dia, com real ressonância na regulação emocional e na aprendizagem (Silva et al., 2014). Assim, o reconhecimento da existência de uma perturbação do sono, por parte dos pais, é por vezes um processo complexo e que se arrasta no tempo, mas que permite, quando referido aos profissionais de saúde que acompanham a criança, a implementação mais precoce de medidas que corrijam, extingam ou minorem os efeitos do distúrbio (Silva et al., 2014).

No entanto, estudos realizados sobre parassónias da infância mostraram que a maioria delas têm poucas repercussões graves (Touchette et al., 2007). Na maioria dos casos, são fenómenos benignos e temporários que não requerem nenhuma intervenção. No entanto, de acordo com a *American Academy of Pediatrics* (2005) e a WHO (2004), os distúrbios do sono, para além de constituírem um importante problema pediátrico pelo impacto que têm sobre a saúde das crianças, configuram também um problema social, dada a forte correlação que apresentam com problemas de comportamento.

Assim, para ajudar a clarificar o que é uma perturbação do sono foram criadas várias classificações, que são independentes e recorrem distintos critérios de inclusão, o que origina complicações de diagnóstico, epidemiológicas e de interpretação de resultados sobre os diferentes distúrbios do sono (Seixas, 2009). O sistema que aqui se utiliza para descrever os problemas do sono é a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (ICSD-3) da *American Sleep Disorders Association* cuja última versão é de 2014, não só por ser a mais utilizada, mas por ser aquela na versão de 1999, em que Owens et al. (2000) se basearam para a construção do *Children's Sleep Habits Questionnaire* (CSHQ), o instrumento utilizado para aferir as perturbações do sono nas crianças do estudo.

Esta classificação é composta por 60 diagnósticos específicos agrupados em sete categorias principais: insónia, transtornos do sono relacionados com a respiração, transtornos de hipersonolência de origem central, parassónias, transtornos do ritmo circadiano do sono,

transtornos do sono relacionado ao movimento e outros transtornos do sono. A seguir descrevem-se alguns exemplos de distúrbios de sono em crianças, de acordo com a ICSD-3:

1. **Insónia** – a ICSD-3 apresenta as seguintes condições: insónia de curto prazo; insónia crónica; outros tipos de insónia, sempre que a sintomatologia apresentada não se enquadra nos critérios das primeiras tipologias; e sintomas isolados e variantes normais, que são: tempo excessivo na cama e dormidor curto.
2. **Transtornos do sono relacionados com a respiração** – são caracterizados por uma respiração anormal durante o sono. A ICSD-3 categoriza cinco tipos: síndromes centrais da apneia do sono, síndromes de apneia obstrutiva do sono, distúrbios de hipoventilação relacionados ao sono, transtornos de hipoxémia relacionados ao sono e sintomas isolados e variantes normais: ronco e gemido relacionado com o sono.
3. **Transtornos de hipersonolência de origem central** – são aqueles cuja principal queixa é a sonolência diurna. A ICSD-3 determina os seguintes distúrbios centrais de hipersónia: a narcolepsia tipo 1 e tipo 2, a hipersónia idiopática, a síndrome de Kleine-Levin, a hipersónia devido a desordens médicas, a hipersónia devido a medicação ou substância, a hipersónia devido a desordens psiquiátricas, a síndrome do sono insuficiente e sintomas isolados e variantes normais: dormidor longo.
4. **Parassónias** – as parassónias compreendem “perturbações caracterizadas por comportamentos anormais ou acontecimentos fisiológicos, que ocorrem em associação com o sono, em fases específicas do sono ou na transição sono-vigília” (WHO, 2004, p. 83). A ICSD-3 divide-as em: parassónias relacionadas com o sono NREM, parassónias relacionadas com o sono REM, outras parassónias e sintomas isolados e variantes normais: sonilóquio.
 - As **parassónias relacionadas com o sono NREM** incluem: os distúrbios do acordar, o despertar confusional, o sonambulismo, o terror noturno e o distúrbio alimentar relacionado com o sono.
 - As **parassónias relacionadas com o sono REM** envolvem: transtorno comportamental do sono REM, paralisia do sono isolada recorrente e pesadelos.
 - A classificação em **outras parassónias** significa que a sintomatologia não tem relação específica com a fase do sono e compreende: a síndrome da cabeça explosiva, as alucinações relacionadas com o sono, a enurese do sono, a parassónia associada a desordens médicas, a parassónia devido a medicação ou substância e a parassónia não especificada.

- O **sonilóquio** trata-se do termo técnico utilizado quando a pessoa fala, sem que tenha consciência disso enquanto dorme, tratando-se frequentemente de sons ininteligíveis, palavras soltas ou frases sem sentido. Nas crianças é bastante frequente, no entanto, também pode surgir nos adultos, sobretudo quando existe tensão emocional ou problemas de ansiedade (Duarte, 2008; Zucconi & Ferri, 2014).
- 5. Transtornos do ritmo circadiano de sono-vigília** – a principal característica dos distúrbios do ritmo circadiano do sono é um “desalinhamento entre o padrão de sono da criança e do padrão de sono que é desejado ou considerado como norma social” (WHO, 2004, p. 87) e a ICSD-3 apresenta várias tipologias: o transtorno do trabalho por turnos, o transtorno de *jet lag*, o distúrbio da fase tardia do sono/vigília, o transtorno da fase avançada do sono/vigília, o distúrbio irregular do ritmo sono/vigília, o distúrbio de não 24 horas do ritmo sono/vigília, os transtornos do ritmo circadiano relacionados com uma patologia e o distúrbio circadiano do sono/vigília não caracterizado nas tipologias anteriores.
- 6. Transtornos do sono relacionado ao movimento** - caracterizam-se por movimentos simples e estereotipados que perturbam o sono e dos quais a pessoa pode ou não estar ciente, e têm necessariamente associado um sintoma de distúrbio do sono, como por exemplo, a sonolência diurna ou a fadiga. Assim, os movimentos que ocorrem durante o sono, mas não afetam negativamente o sono ou a funcionalidade diurna, não assumem este diagnóstico (Zucconi & Ferri, 2014; Escobar-Córdoba, 2015; Judd, Sateia, Harding & Eichler, 2015). Os distúrbios do movimento relacionados com o sono considerados pela ICSD-3 incluem: o síndrome das pernas inquietas ou doença de Willis-Ekbom, a perturbação periódica do movimento do membro, as câibras das pernas relacionadas com o sono, o bruxismo relacionado com o sono, a desordem rítmica do movimento associada ao sono, a mioclonia benigna do sono da infância, a mioclonia proprioespinhal do início do sono, o transtorno do movimento relacionado com o sono devido a distúrbio médico, o transtorno do movimento relacionado com o sono devido a medicação ou substância, o transtorno do movimento relacionado com o sono não especificado e sintomas isolados e variantes normais: mioclonia fragmentária excessiva, tremor hipnagógico dos pés e ativação alternada dos músculos da perna e mioclonia hipócnica.
- 7. Outros transtornos do sono** – por último, a ICSD-3 contempla outros distúrbios do sono, nos quais se podem incluir todas as manifestações que não foram passíveis de enquadrar nos diagnósticos acima descritos.

a. IMPACTO DAS PERTURBAÇÕES DO SONO

A repercussão a curto prazo da privação do sono nas crianças está, habitualmente, associada a sintomatologia de impulsividade e agressividade que pode ser confundida com os sintomas mais comuns existentes no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e há evidência de uma relação com a ocorrência de quedas acidentais (Boto et al., 2009). A privação do sono impede um bom funcionamento dos neurónios e dos músculos levando a uma fadiga generalizada. Esta fadiga pode mesmo provocar acidentes ou ferimentos, uma vez que se fica menos vigilante (Koulouglioti, Cole, Moskow, McQuillan, Carno & Grape, 2013).

Sabe-se, também, que as alterações nos padrões de sono têm efeitos nefastos no funcionamento neuropsicológico e reconhece-se o seu impacto no bem-estar psicológico das crianças (Klein & Gonçalves, 2008). Os estudos realizados em crianças de 6 anos demonstram existir uma relação inversa entre a duração do sono e a pontuação obtida nos rastreios de hiperatividade/impulsividade (Goraya, Cruz & Valencia, 2009). Para além disso, a privação do sono está relacionada com o comprometimento do funcionamento neurocognitivo e com o aumento de comportamentos mal adaptativos (Kelly, Kelly & Sacker, 2013). Inúmeras evidências empíricas de diversas linhas de pesquisa indicam claramente que a sonolência diurna em crianças está significativamente associada às disfunções do humor, incluindo particularmente a exacerbação de mau humor e a diminuição de estados positivos de humor e de afeto (Gais, Lucas & Born, 2000); assim, dormir mal de forma crónica durante períodos críticos do desenvolvimento pode ter consequências de longo prazo sobre a saúde emocional (Mindell & Owens, 2010).

Para além disso, a privação de sono pode afetar os processos de aprendizagem e memória e aumentar as falhas de atenção. Estudos experimentais realizados por Turnbull, Reid & Morton (2013), sobre processos cognitivos com crianças em idade pré-escolar confirmam que um sono limitado ou interrompido pode causar défices mensuráveis no funcionamento cognitivo com pobre desempenho na escola. O mesmo estudo mostrou que funções cognitivas superiores reguladas pelo córtex pré-frontal, tais como flexibilidade cognitiva e capacidade de raciocínio e de pensamento abstrato, parecem ser particularmente sensíveis aos efeitos do sono perturbado ou insuficiente (Turnbull et al., 2013).

As consequências da privação do sono a nível metabólico e endócrino bem como imunitário, também estão documentadas. Sabe-se que há uma interação significativa entre o sono e as funções imunitárias, sendo necessário um sono reparador para manter uma imunidade satisfatória (Benedict, Brooks, O'daly, Almen & Morell, 2012).

O entendimento de que as alterações comportamentais associadas à privação do sono alteram o metabolismo da glicose, permitiu uma compreensão mais abrangente da fisiopatologia

da obesidade, da diabetes *mellitus* tipo II e da síndrome metabólica, que registam uma incidência e prevalência cada vez maiores na idade pediátrica (Benedict et al., 2012). Os jovens com diabetes que exibem alterações do sono, como o aumento do sono NREM face ao normal para a sua idade, registam níveis mais elevados de glicemia noturna, o que implica uma atenção também redobrada quando a doença já existe (Perfect, Patel & Scott, 2012).

Também são relevantes as consequências sobre a regulação do apetite, em que a privação de sono está associada a uma diminuição dos níveis da leptina (hormona que reduz o apetite) e a um aumento dos níveis de grelina (hormona que melhora a absorção dos alimentos), levando a um aumento da fome e do apetite, com conseqüente risco de hipercolesterolemia e aumento de peso que, por sua vez, se relaciona com a aterosclerose (Gangwisch, Malaspina, Babiss, Opler, Posner, Shen & Ginsberg, 2010). No mesmo sentido, a meta-análise realizada por Chen, Beydoun e Wang (2008) mostrou uma clara associação entre a duração curta do sono e o risco aumentado de obesidade infantil.

Quer a privação do sono, quer o aumento do peso incrementam a sensação de fadiga que leva a um desinteresse e menor apetência para a prática de uma atividade física que, por sua vez contribui para o aumento do peso e um círculo vicioso (Padez, Mourão, Moreira & Rosado, 2009). Para além disso, um sono insuficiente, em quantidade ou qualidade, nos primeiros anos de vida resulta na idade adulta em diminuição da saúde física, risco acrescido de ansiedade, maior potencial para o abuso de álcool e drogas e o risco aumentado de suicídio (Blunden, 2011).

No entanto, as perturbações do sono da criança têm também repercussões negativas na família, com efeitos significativos no seu funcionamento familiar que vão desde uma exacerbação da preocupação com a criança, stresse e perturbação do sono nos pais resultando em fadiga diária e a níveis inferiores de bem-estar parental (Palmstierna, Sepa & Ludvigsson, 2008).

Com base no que foi referido, compreende-se que o sono adequado é a base do desenvolvimento biológico, social e emocional normal. Existe um impacto social e económico importante associado às perturbações do sono infantil que se manifesta por diminuição da qualidade de vida, maior consumo de cuidados de saúde, absentismo laboral e risco de acidentes. Se não tratados, os problemas de sono desenvolvidos durante a infância podem tornar-se um problema persistente, com efeitos que se prolongam até à idade adulta (Blunden, 2011).

Por fim, populações vulneráveis, como as de crianças com alto risco de problemas comportamentais e de desenvolvimento, devido à pobreza, a abuso de drogas, a doenças mentais dos pais ou a violência doméstica, têm uma “dupla ameaça” em consequência de problemas de sono, pois para além de terem maior risco de desenvolver problemas de sono (em consequência do ambiente doméstico caótico), têm menor probabilidade de serem diagnosticadas, uma vez que podem ter acesso limitado a serviços de saúde (Owens, Jones & Nash, 2011).

2 – CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RISCO PSICOSSOCIAL

De acordo com a Convenção dos Direitos Humanos da Criança (Organização das Nações Unidas, 1989), todas as crianças têm o direito à vida, devendo-lhes ser assegurada a sua sobrevivência e o seu correto desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social, bem como a proteção e a promoção dos seus direitos.

A família é o primeiro contexto educativo em que a criança está inserida e onde aprende os valores sociais, culturais e as emoções básicas. Esta corresponde ao primeiro contexto de socialização dos indivíduos e onde se dá início à construção da identidade individual e social. Sempre que esta base emocional, social e cultural não existe ou é deficiente, a criança pode ter dificuldade em construir uma identidade consistente que contribua para uma vida autónoma e responsável. Por vezes, a família constitui-se como um contexto de perigo para a criança/jovem, palco de maus tratos, negligência ou abandono. São várias as consequências ao nível do desenvolvimento infantil resultantes de um contexto familiar menos protetor (Oliveira & Camões, 2003).

Nesse caso, sempre que os pais ou os responsáveis legais por uma criança ou jovem não tenham capacidade para lhe garantir os cuidados adequados, é ao Estado que cabe fazê-lo, sendo também da sua competência protegê-los contra qualquer forma de maus-tratos (Organização das Nações Unidas, 1989). Assim, a principal lei que sustenta o sistema legal de proteção de crianças e jovens em perigo em Portugal é a Lei 147/99 de 1 de setembro, a qual define a promoção dos direitos e a proteção de crianças e jovens em perigo, de modo a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral, quando a criança ou jovem está perante uma situação de risco psicossocial. No artigo 4.º da referida Lei são enunciados os 9 princípios orientadores de toda a intervenção: interesse superior da criança, privacidade, intervenção precoce, intervenção mínima, proporcionalidade e atualidade, responsabilidade parental, prevalência da família, obrigatoriedade da informação, audição obrigatória e participação e, por fim, subsidiariedade.

Vulgarmente, situações de perigo são apelidadas de maus-tratos infantis. A DGS (2011) evidencia o vasto alcance deste conceito, referindo a abrangência de variadas situações, nomeadamente situações de negligência, de maus-tratos físicos, de maus-tratos psicológicos e de abuso sexual. É imprescindível, então, compreender a definição de cada um dos padrões de maus-tratos a que as crianças podem estar sujeitas. Assim, define-se, segundo a DGS (2011):

- Negligência: incapacidade de satisfazer necessidades básicas (tais como higiene, alimentação, vestuário, ciclo de sono, afeto, educação e saúde) indispensáveis ao adequado crescimento e desenvolvimento infantil;

- Maus-tratos físicos: ações não acidentais que provoquem ou possam vir a provocar danos físicos. Englobam um amplo conjunto de situações traumáticas, no qual se incluem equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes, mordeduras, traumatismos, fraturas, entre outras;
- Maus-tratos psicológicos: privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao correto crescimento e desenvolvimento infantil. Incluem diversos cenários, entre os quais insuficiência de cuidados ou de afeto, depreciação contínua ou completa rejeição afetiva, entre outras;
- Abuso sexual: envolvimento da criança em atividades cuja finalidade seja a satisfação sexual do adulto. Baseia-se numa relação de poder entre o adulto e a criança que, pelo seu estágio de desenvolvimento não se encontra estruturalmente preparada, não deu o seu consentimento e não tem capacidade para entender e denunciar a situação.

Das 17 600 crianças identificadas como estando em situação de risco psicossocial em Portugal, no ano de 2017, concluiu-se que 71% foram vítimas de negligência, 4% vítimas de maus-tratos físicos, 9% vítimas de maus-tratos psicológicos, 3% vítimas de abusos sexuais e 13% vítimas de outras situações (Instituto da Segurança Social, 2018).

2.1 – INTERVENÇÃO PARA A PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS

A Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo é da responsabilidade das Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude, das Comissões de Proteção das Crianças e Jovens (CPCJ) e dos Tribunais.

No primeiro degrau da pirâmide, situa-se a intervenção das Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude, referindo-se às pessoas singulares ou coletivas, cooperativas, sociais ou privadas que, por desenvolverem atividades nas áreas da infância e juventude têm legitimidade para intervir. São, por exemplo, as escolas, os centros de atividades e tempos livres, centros de saúde, hospitais e centros recreativos.

Em segundo lugar estão as **CPCJ**, que se definem como instituições oficiais não judiciárias, com autonomia funcional, que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral (CPCJ, s.d.). A intervenção de proteção e promoção requer o consentimento dos pais, de quem tem a guarda de facto ou do representante legal e a não-oposição das crianças maiores de 12 anos (artigo 10º da Lei nº 147/99).

A última instância, a quem compete a instrução e o julgamento do processo, é o **tribunal**. Este só é chamado a intervir quando: os pais, representante legal ou guarda não estão de acordo com a decisão da CPCJ, não exista CPCJ na área de residência da criança ou a CPCJ não proponha nenhuma medida no espaço de 6 meses após o conhecimento da situação.

As medidas de promoção e proteção das crianças/jovens em perigo têm como objetivos: afastar as crianças do perigo em que se encontram; proporcionar as condições necessárias que permitam proteger e promover a segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral destas; e garantir a recuperação física e psicológica de qualquer forma de exploração ou abuso (artigo 35º da Lei nº 147/99). De acordo com estes objetivos podem aplicar-se diversas medidas, no domínio de um processo de promoção e proteção, que podem ser executadas em meio natural de vida ou em regime de colocação (artigo 35º da Lei nº 147/99), tal como a tabela 1 indica:

Tabela 1. Medidas de Promoção e Proteção de Crianças ou Jovens em Risco

| Executadas em meio natural de vida | Executadas em regime de colocação |
|------------------------------------|--|
| A) Apoio junto dos pais | E) Acolhimento familiar |
| B) Apoio junto de outro familiar | F) Acolhimento em instituição |
| C) Confiança a pessoa idónea | G) Confiança a instituição com vista a futura adoção |
| D) Apoio para autonomia de vida | |

Fonte: Adaptado de artigo 35º da Lei nº 147/99

Assim, no que respeita ao acolhimento, este pode ser **familiar ou institucional**. O primeiro consiste na atribuição da guarda da criança/jovem a uma pessoa singular ou a uma família habilitada para o efeito. O acolhimento institucional envolve a prestação de cuidados à criança ou jovem por parte de uma entidade que possua instalações e equipamento permanente e uma equipa técnica que lhes assegurem os cuidados necessários e lhes facultem condições que favoreçam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento global (artigo 50.º da Lei nº 147/99). Dispõe de duas modalidades: de curta duração (não superior a 6 meses), tendo lugar num CAT, por exemplo; e acolhimento prolongado (com uma duração superior a 6 meses), num Lar de Infância e Juventude.

2.2 – CENTROS DE ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO EM PORTUGAL

Os Centros de Acolhimento Temporários são equipamentos sociais que têm por finalidade o acolhimento transitório de crianças ou jovens em perigo. De acordo com a artigo 50.º

da Lei 147/99, o acolhimento de curta duração não deve exceder o prazo de 6 meses. No entanto, esta Lei também refere que este período pode ser ultrapassado nas situações em que, por razões justificadas, seja esperado o regresso à família ou nos casos em que ainda se está a proceder ao diagnóstico da situação e ao seu posterior encaminhamento.

Assim, compete aos Centros de Acolhimento Temporários: respeitar a individualidade e privacidade de cada criança/jovem; acompanhar e estimular o seu desenvolvimento físico, intelectual, bem como a aquisição de normas e valores; garantir os cuidados necessários a um bom nível de saúde, particularmente nos aspetos preventivos e de despiste de situações anómalas; proporcionar uma alimentação saudável e adequada às respetivas idades, salvaguardando as situações que necessitem de alimentação especial; assegurar os meios necessários à formação escolar de cada criança em cooperação estreita com a família e a escola; criar condições para a ocupação dos tempos livres, de acordo com os interesses e potencialidades das crianças/jovens (Fernandes & Silva, 1996). Logo, as instituições de acolhimento dispõem necessariamente de uma equipa técnica pluridisciplinar, a quem cabe o diagnóstico da situação da criança/jovem acolhidos e a definição e execução do seu projeto de promoção e proteção (artigo 54º da Lei nº 147/99). Para além disso, o CAT deve usufruir de condições para o acolhimento de crianças e jovens num ambiente o mais idêntico possível ao de uma habitação familiar e ocasionar momentos de inserção na comunidade recorrendo às suas estruturas locais, sobretudo no que diz respeito à educação, formação profissional, saúde, desporto e tempos livres (Instituto da Segurança Social, 2010).

Desta forma, no acolhimento de crianças e jovens o CAT deve visar a execução do diagnóstico de cada criança e jovem, assim como a definição dos devidos projetos de vida, propondo-se o alcance da inserção na vida familiar e social ou outro encaminhamento que melhor se adapte ao caso. Deve também estimular o convívio entre as crianças/jovens e os seus familiares, amigos, com os trabalhadores do CAT e com a comunidade, assim como incentivar à participação dos familiares no apoio à criança/jovem. Assim, na admissão em CAT devem priorizar-se as crianças/jovens que residam no mesmo distrito do CAT, de modo a que se favoreça o contacto com os seus familiares.

Porém, existem casos em que é recomendável um afastamento da sua área de residência, particularmente quando o meio envolvente proporciona ou agrava a situação de perigo em que a criança/jovem se encontra e, como tal, é essencial que se intervenha tendo em vista o seu superior interesse. Também se deve dar preferência, em igualdade de circunstâncias, aos candidatos mais novos e ter em consideração as fratrias, para que se promova uma relação de proximidade entre irmãos durante o período de acolhimento (Instituto da Segurança Social, 2010).

2.3 – IMPACTO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO EM CRIANÇAS E JOVENS

É sabido que a alteração e/ou a ausência de vivências necessárias ao desenvolvimento das crianças pode originar-lhes uma série de défices e que, particularmente, todas as formas de violência experimentadas ao longo da infância, independentemente da sua natureza ou gravidade, são prejudiciais (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2017). Em crianças institucionalizadas, às consequências resultantes de uma infância marcada por maus-tratos, acrescem as consequências provocadas pelo processo de acolhimento (Berger, 1998).

De acordo com Machado e Gonçalves (2003), há quatro aspetos que estão intimamente associados ao processo de institucionalização, que poderão ter implicações negativas nas crianças/jovens. O primeiro é o sentimento de punição, em que a criança fica com a perceção de que ela própria está a ser punida ao ser afastada da família. O segundo aspeto negativo a considerar é a demissão/diminuição da responsabilização familiar, que se refere a uma desqualificação gradual da família e do seu meio quanto ao sentimento de competência, às suas responsabilidades educativas ou à sua capacidade para as assumir. O terceiro aspeto a realçar é a estigmatização e discriminação social, que corresponde às imagens sociais dos indivíduos institucionalizados que levam, por um lado, à construção de estereótipos e ao desenvolvimento de preconceitos por parte da sociedade e, por outro lado, ao desenvolvimento de processos de diferenciação negativa pelas próprias crianças/jovens institucionalizados pela autodesvalorização e autodiscriminação. O quarto aspeto é a função de controlo social/reprodução das desigualdades sociais, ao assumir que a institucionalização tem subjacente mecanismos de seleção associados às famílias cuja incerteza de meios caracterizam os seus modos de vida. Assim, a institucionalização poderá ter como função proteger não só a criança, mas também controlar socialmente certas famílias, de determinados grupos sociais e culturais.

Por outro lado, o ambiente institucional caracteriza-se, usualmente, pela inexistência de um cuidado estável e individualizado, por uma elevada rotatividade da equipa auxiliar, por uma elevada percentagem de crianças por cuidador e pela existência de extensos e heterogéneos grupos de crianças. Assim se, por um lado, a institucionalização pode ser considerada um fator de proteção, por outro, sem as devidas precauções, pode implicar riscos significativos para as mesmas (Baptista, Belsky, Marques, Silva, Oliveira, Mesquita, Martins & Soares, 2014).

Desta forma, os efeitos negativos da institucionalização em vários domínios do desenvolvimento infantil estão documentados, sendo o tipo e a gravidade dos mesmos dependentes de vários fatores, onde a duração do acolhimento é um dos que tem maior impacto (Ellis, Fisher & Zaharie, 2004). Pela peculiaridade das suas experiências, crianças institucionalizadas mostram-se tristes, com sentimentos de inferioridade, autodesvalorização,

autodepreciação, “não pertença” e com fragilidades a nível da autoestima. Tais sentimentos e conflitos internos podem levar à agressividade e destrutividade, ao desrespeito por regras, à baixa tolerância, à frustração, à falha, às dificuldades em lidar com os pares e com as figuras de autoridade e às fracas competências escolares (Costa, 2011).

Para além disso, as crianças vítimas de maus tratos podem desenvolver sentimentos de culpabilidade e desvalorizarem-se a nível físico e social, desenvolvendo concomitantemente atribuições externas de controlo, com ausência de construção de sonhos e de projetos. Nesse sentido, a instituição deve fornecer condições que possibilitem a reconstrução do “Eu”, quer pela reformulação do passado, quer pela construção de projetos futuros, que se acompanhe de uma reestruturação do autoconceito (Machado & Gonçalves, 2003).

No entanto, ao decidir um projeto de vida da criança/jovem alternativo à institucionalização, as crianças/jovens vivenciam, muitas vezes, conflitos gerados por situações antagónicas. Por um lado, reconhecem que a instituição lhes dá recursos necessários para o seu bem-estar, mas por outro lado, afastam-na do convívio familiar que tanto desejam. Assim, identificam a sensação de se libertarem do compromisso com a instituição, mas, simultaneamente, insiste a sensação de abandono e solidão (Moura, Guerra & Costa, 2005).

Deste modo, os sentimentos de perda, solidão e vazio são os mais difíceis de lidar, e quando são sentidos em relação aos pais, podem levar a uma verdadeira “ansiedade impensável” (Strecht, 2002, p. 74). Esta ansiedade poderá converter-se em sentimentos mais negativos quando a criança/jovem se aperceber que o regresso à família é apenas um sonho e que, na realidade, não se vai concretizar.

A longo prazo, parece haver uma maior probabilidade de problemas comportamentais, físicos e de saúde mental, aumentando o risco de se tornarem vítimas ou agressores, a propensão para o crime, o abuso de substâncias, a prática de automutilação e de comportamentos suicidas, a ansiedade e depressão, os distúrbios de personalidade, a psicose e os problemas nos relacionamentos interpessoais e vocacionais (Scherer & Scherer, 2000).

Por essa razão, o acompanhamento psicológico ou psicoterapia são fundamentais. Assim, o papel do psicólogo num CAT é muito importante pois é através dele que estas crianças/jovens em perigo melhoram as condições pessoais e familiares, sociais e profissionais. Neste sentido, o trabalho à volta das questões da separação, perda e sentimento de pertença nestas crianças institucionalizadas é fundamental no esforço de as ajudar a crescer e a desenvolverem-se em jovens e adultos saudáveis.

CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA

2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1 – METODOLOGIA

A palavra metodologia vem do grego *meta*, que significa para além de; *odos*, caminho; *logos*, discurso ou estudo, acomodando um conjunto de procedimentos que ajudam na aquisição do conhecimento. A metodologia demonstra o caminho de pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade (Vilelas, 2009), é “um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto” (Leite et al., 2001, citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 4).

Quando se desenvolve um projeto nos cuidados de saúde, tem que se ter como orientação a análise “integrada das necessidades da população, na perspetiva de desenvolver estratégias e ações, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis” (Ruivo et al., 2010, p. 10). Esta metodologia obtém resultados em duas vertentes: ação (para obter mudança numa comunidade, organização ou programa) e investigação (no sentido de ampliar a apreensão por parte do investigador, do cliente e da comunidade) (Dick, 2000, citado por Vilelas, 2009), permitindo a melhoria das práticas e da aprendizagem a partir das consequências dessa mudança, tendo como objetivo major a ação transformadora da realidade.

O sono é um dos pilares do adequado desenvolvimento infantil, sendo uma atividade central da criança nos primeiros anos de vida. O sono afeta todo o organismo, tendo um poderoso efeito sobre o cérebro, existindo um consenso geral sobre o facto de o sono estar estritamente relacionado com a restituição das funções cerebrais, da memória, da aprendizagem e da plasticidade neural (Tononi & Cirelli, 2014). Fisiologicamente, o sono é essencial para a reparação e para o reabastecimento do corpo, visto que o sono, e a sua imobilidade imposta, se traduzem num corte dos gastos energéticos. Alguns estudos identificaram também funções importantes ligadas à otimização das funções imunológicas (Salavessa & Vilarica, 2009). Resumidamente, o sono desempenha diversas funções no organismo: desempenho psicomotor; manutenção e qualidade da vigília; mecanismo de termorregulação; promoção de processos anabólicos e conservação de energia; interação com o sistema imunológico; desintoxicação do cérebro e desenvolvimento cerebral; regulação de processos metabólicos (Paiva & Penzel, 2011).

A intenção primária da institucionalização é proteger a criança, podendo levar ao afastamento da família e à institucionalização. No entanto, se o objetivo do acolhimento é proteger a criança e criar-lhe condições de desenvolvimento e de bem-estar que não são asseguradas pelo contexto familiar, o resultado pode traduzir implicações negativas nas crianças/jovens, nomeadamente perturbações do sono.

Pelo exposto, e partindo do pressuposto que os múltiplos desafios colocados à criança institucionalizada podem influenciar a sua rotina diária e os horários de sono/vigília, levantou-se a seguinte **questão geral**: Existem perturbações do sono nas crianças institucionalizadas em CAT?

Uma vez que na pesquisa efetuada, não foi encontrado nenhum estudo que desse resposta à questão, foi delineado o seguinte estudo para encontrar a resposta procurada.

No seguimento desta questão geral, surgiram outras **questões mais específicas**, que permitiram concretizar, de forma mais explícita, o que é desejado estudar:

- Que relação existe entre as perturbações do sono das crianças institucionalizadas em CAT e as variáveis sociodemográficas?
- Que relação existe entre as perturbações do sono das crianças institucionalizadas em CAT, os seus problemas de saúde e hábitos de vida?
- Que relação existe entre as perturbações do sono das crianças institucionalizadas em CAT e as variáveis relacionadas com o sono?

Desta forma, foi definido como **objetivo geral**: conhecer hábitos e perturbações do sono das crianças institucionalizadas em CAT. Para além disso, com o intuito de obter respostas às questões acima apresentadas, foram definidos dois **objetivos específicos**:

- Descrever os hábitos e as perturbações do sono das crianças institucionalizadas em CAT;
- Identificar a relação das perturbações do sono das crianças institucionalizadas em CAT com as variáveis em estudo.

Para consecução dos objetivos propostos e conseqüente resposta às questões de investigação, procede-se a um estudo descritivo, correlacional, quantitativo e transversal. De modo resumido esta pesquisa apresenta as seguintes características, de acordo com Fortin, Côté e Filion (2009):

- é descritivo, uma vez que se pretende caracterizar o fenómeno em estudo;
- é correlacional uma vez que se pretende explorar a existência de relação entre as variáveis e descrever essas mesmas relações;
- a análise quantitativa é a metodologia escolhida uma vez que tanto na recolha como no tratamento dos dados foi utilizada a quantificação, com o recurso a técnicas estatísticas, de forma a objetivar os resultados, possibilitar maior segurança, evitando distorções de análise e de interpretação;
- é transversal porque a análise do fenómeno decorre num período de tempo definido.

Após o breve enquadramento do estudo, descreve-se e explica-se a população e amostra, as variáveis e respetiva operacionalização, a conduta encetada para a realização e recolha dos dados e, por último, os procedimentos estatísticos efetuados.

1.1 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é definida como uma coleção de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (Fortin et al., 2009). Nesse sentido e tendo em conta o propósito do estudo em vista, define-se a população como as crianças institucionalizadas em CAT. Existe sempre dificuldade em incluir uma população na sua totalidade na investigação e por conseguinte é frequentemente estudada aquela que se encontra acessível (Fortin et al., 2009).

Uma amostra, de acordo com Fortin et al. (2009, p. 202), “é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, pelo que a seleção das pessoas a inquirir deve-se ao facto de as mesmas deterem conhecimento teórico, prático e empírico no que concerne ao presente tema sendo, por isso, interlocutores válidos e credíveis”.

Desta forma, recorreu-se ao método de amostragem não probabilística e de conveniência. Neste tipo de amostra, os elementos são selecionados pela sua conveniência ou acessibilidade, por voluntariado ou acidentalmente, e respondem a critérios de inclusão precisos (Fortin et al., 2009). Assim, a amostragem selecionada teve em conta a facilidade de acesso e disponibilidade da instituição. Para além disso, a colaboração das diretoras técnicas e do pessoal não docente no preenchimento dos instrumentos de recolha de dados (APÊNDICE A) constituíram aspetos facilitadores no acesso aos dados. Foram, então, considerados elegíveis para participar no estudo todas as crianças dos 2 aos 10 anos e com permanência na instituição superior a uma semana.

O CAT da região centro visado no estudo é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, comparticipada pela Segurança Social, com a capacidade máxima de 22 crianças. Esta instituição visa o acolhimento temporário de crianças dos 0 aos 12 anos de idade que, no seu meio natural de vida, se encontram expostas a condições adversas para o seu desenvolvimento. Tem como objetivos proteger as crianças do perigo a que estavam sujeitas; proporcionar condições que permitam proteger e promover a segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral; garantir a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso; colaborar com as entidades envolvidas no processo, no estudo aprofundado e prévio da situação familiar, de forma a serem identificadas as necessidades e os recursos disponíveis para as superar.

Desta forma, assim que a criança é institucionalizada a pedido das entidades competentes para o efeito, torna-se preponderante que o CAT funcione como um contexto o mais securizante, reparador, educativo e formativo possível. Considera-se que, só assim, o processo de adaptação da criança ocorre de forma adequada e positiva, assim como a integração gradual aos espaços e rotinas institucionais. Assim, após o momento de acolhimento na instituição, deverá proceder-se a uma análise global do menor, de forma a constituir-se o processo individual e socioeducativo da criança. Todo o processo assenta em parâmetros jurídicos específicos, os quais deverão ser sujeitos a uma revisão de medida com vista à continuidade do acolhimento institucional, retorno à família biológica ou adoção.

De forma a minimizar as divergências na interpretação dos dados, com base em critérios empíricos, fundamentados nos autores consultados, definiram-se e procedeu-se à operacionalização das variáveis em estudo.

1.2 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

As variáveis são indispensáveis em qualquer tipo de estudo e é necessário a sua identificação para posterior operacionalização.

Fortin et al. (2009) define as variáveis como qualidades ou características às quais se atribuem valores. Estas podem ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação. Assim, Fortin et al. (2009) classifica as variáveis em dependentes, independentes, variáveis atributos e variáveis estranhas.

A **variável dependente** de acordo com Fortin et al. (2009), também denominada variável critério ou variável explicada, é aquela que sofre o efeito da variável independente.

A variável dependente, neste estudo, corresponde às perturbações do sono avaliadas através do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças (CSHQ-PT).

Em Portugal, também se reconhece que as perturbações do sono têm especial importância na população pediátrica. Contudo, a literatura relativa ao tema é limitada e quase inexistentes as referências a questionários validados. O CSHQ surge, desta forma, como um instrumento de grande relevância epidemiológica.

O CSHQ, construído por Owens (2000), é um questionário de preenchimento por um adulto que conheça os hábitos de sono da criança, constituído por 45 itens, dos quais 33 pontuáveis, cuja soma corresponde a uma pontuação de escala total, denominado Índice de Perturbação do Sono. É um questionário com fiabilidade, tradução e adaptação à língua portuguesa, com aplicabilidade na população portuguesa dos 2 aos 10 anos (Silva, 2014).

As perguntas cotáveis do CSHQ, num total de 33, estão agrupadas em 8 domínios ou subescalas que têm por base uma adaptação dos diagnósticos pediátricos da Classificação Internacional de Distúrbios do Sono de 1999: *Bedtime Resistance* (resistência à hora de deitar-RHD), *Sleep Onset Delay* (atraso no início do sono-AIS), *Sleep Duration* (duração do sono-DS), *Parasomnias* (parassónias-PS), *Night Wakings* (despertares noturnos-DN), *Sleep Anxiety* (ansiedade durante o sono-AS), *Sleep Disordered Breathing* (distúrbios respiratórios-DR), *Daytime Sleepiness* (sonolência diurna-SD). No entanto, outros aspetos são também avaliados como: a perceção sobre a existência de um problema com o sono ou com o adormecer, a hora de deitar, de acordar e a duração do sono da criança (Silva, 2014).

A validação da versão portuguesa do CSHQ foi realizada em 2011 por Silva e colaboradores (Silva, 2014), utilizando uma amostra de conveniência de 315 crianças. A frequência dos comportamentos do sono é classificada numa escala de três pontos, como “habitualmente” (5 a 7 vezes por semana, totalizando 3 pontos), “às vezes” (2 a 4 vezes por semana, totalizando dois pontos) ou “raramente” (0 a 1 vez por semana, totalizando um ponto). Nos itens 1, 2, 3, 10, 11 e 26, assinalados com (R), a pontuação é inversa, ou seja: “habitualmente” – 1, “às vezes” – 2 e “raramente” – 3; e nos itens 32 e 33, a pontuação é a seguinte: “não ficou” – 1, “ficou muito” – 2 e “adormeceu” – 3 (Silva, 2014).

Desta forma, o resultado final do CSHQ traduz o Índice de Perturbação do Sono que corresponde à soma das pontuações dos 33 itens e não à soma das cotações das dimensões, uma vez que os itens 5 e 8 aparecem em duas subescalas. A pontuação dos itens é feita de forma a que, um *score* total mais elevado corresponda a uma maior probabilidade de existência de uma perturbação do sono ou comportamentos problemáticos mais frequentes (Silva, 2014).

A **variável independente** é a que o investigador manipula no estudo e é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente. Esta relação forma a base da predição e exprime-se pela formulação de hipóteses (Fortin et al., 2009).

As variáveis independentes consideradas, neste estudo, são: variáveis sociodemográficas (idade, sexo, Índice de Massa Corporal (IMC) e existência de irmãos), problemas de saúde (doenças diagnosticadas, toma de medicação, necessidades de saúde especiais), hábitos de vida (consumo de doces e/ou chocolates, partilha de quarto, frequência com que muda a pessoa que deita a criança, consumo habitual de café, chá ou refrigerante, prática de exercício físico e utilização habitual de dispositivos eletrónicos) e variáveis relacionadas com o sono (perceção do cuidador em relação às perturbações do sono, tempo total de sono diário e tempo que a criança leva a acordar).

Variáveis sociodemográficas

- Idade – a idade é definida como o tempo transcorrido desde o nascimento (Infopédia, 2022). Trata-se de uma variável sociodemográfica, quantitativa contínua, operacionalizada em anos completos.
- Sexo – o sexo é definido como a diferença física ou conformação especial que distingue o macho da fêmea (Infopédia, 2022). Trata-se de uma variável sociodemográfica nominal dicotômica, operacionalizada neste estudo em: 1 – feminino e 2 – masculino.
- IMC – o IMC é calculado pela razão entre o peso, em quilogramas, e o quadrado da altura, em metros (kg/m^2).

A variável IMC (quantitativa contínua) é considerada uma variável qualitativa ordinal nas seguintes categorias:

- 1 – Normal (IMC \leq percentil 97 para crianças até os 5 anos ou IMC \leq percentil 85 para crianças com mais de 5 anos);
- 2 – Excesso de peso (IMC entre o percentil 97 e o percentil 99 para crianças até os 5 anos ou IMC entre o percentil 85 e 97 para crianças com mais de 5 anos);
- 3 – Obesidade (IMC $>$ percentil 99 para crianças até os 5 anos ou IMC $>$ percentil 97 para crianças com mais de 5 anos).

Para análise e relação com outras variáveis, foi recodificada em:

- 1 – Peso normal (as crianças que fazem parte da anterior categoria 1);
 - 2 – Excesso de peso/obesidade (as crianças que fazem parte das anteriores categorias 2 e 3).
- Existência de irmãos – variável qualitativa nominal dicotômica, categorizada em 1 – sim, 2 – não.

Problemas de Saúde

Problemas de saúde são alterações do estado normal de saúde de um ser, que se manifesta por sinais ou sintomas que podem ser perceptíveis ou não (Infopédia, 2022). A operacionalização dos problemas de saúde fez-se:

- Doenças diagnosticadas através do conhecimento dos cuidadores de 11 doenças apresentadas, com a possibilidade da inclusão de outras: 1 – rinite alérgica, 2 – asma, 3 – eczema, 4 – teve três ou mais otites nos últimos 6 meses, 5 – vai ser operada à garganta ou adenoides, 6 – perturbações do sono, 7 – dificuldade na fala, 8 – dificuldades escolares, 9 – hiperatividade ou problemas de atenção, 10 – autismo, 11 – epilepsia.
- Toma de medicação através do conhecimento dos cuidadores – variável qualitativa nominal dicotômica, categorizada em 1 – sim, 2 – não; no caso de a resposta anterior ser sim, pretendeu-se saber qual é a medicação.

- Necessidades de Saúde Especiais – o termo Crianças com Necessidades de Saúde Especiais é utilizado para enquadrar crianças com dificuldades na aprendizagem ou no acompanhamento do currículo escolar (Direção-Geral da Educação, 2015). As Necessidades de Saúde Especiais são uma variável qualitativa nominal dicotómica, categorizada em 1 – sim, 2 – não, com a possibilidade de identificar qual é o apoio do ensino especial que realiza.

Hábitos de vida

Hábitos de vida são tendências de comportamentos, geralmente inconscientes, que resultam em repetições frequentes de certos atos (Infopédia, 2022).

- Consumo habitual de doces e/ou chocolates – variável qualitativa nominal dicotómica, categorizada em 1 – sim, 2 – não.

No caso de a resposta anterior ser sim, pretendeu-se saber quantas vezes por semana a criança come doces e/ou chocolates. Trata-se de uma variável qualitativa ordinal, categorizada em: 1- diariamente, 2 – 4 a 5 vezes por semana, 3 – 2 a 3 vezes por semana, 4 – 1 vez por semana, 5 – raramente.

Para além disso, pretendeu-se saber quando ocorre o consumo destes alimentos. É uma variável qualitativa ordinal, categorizada em: 1 – ao pequeno almoço, 2 – ao almoço, 3 – ao lanche, 4 – ao jantar, 5 – fora das refeições, 6 – antes de dormir.

- Partilha de quarto – a partilha de quarto é uma variável qualitativa ordinal e caracterizada através da resposta aberta “A criança partilha o quarto com quantas crianças?”.
- Frequência com que muda a pessoa que deita a criança – a frequência com que muda a pessoa que deita a criança é uma variável quantitativa, categorizada em 1 – diariamente, 2 – 4 a 5 vezes por semana, 3 – 2 a 3 vezes por semana, 4 – 1 vez por semana, 5 – nunca/raramente.
- Consumo habitual de café, chá ou refrigerante – variável qualitativa nominal dicotómica, categorizada em 1 – sim, 2 – não.

No caso de a resposta anterior ser sim, pretendeu-se saber quantas vezes por semana a criança bebe café, chá ou refrigerante. Trata-se de uma variável qualitativa ordinal, categorizada em: 1- Diariamente, 2 – 4 a 5 vezes por semana, 3 – 2 a 3 vezes por semana, 4 – 1 vez por semana, 5 – raramente.

Para além disso, pretendeu-se saber quando ocorre o consumo destas bebidas. É uma variável qualitativa ordinal, categorizada em: 1 – ao pequeno almoço, 2 – ao almoço, 3 – ao lanche, 4 – ao jantar, 5 – fora das refeições, 6 – antes de dormir.

- Prática de atividade física – pretendeu-se identificar se as crianças praticavam exercício físico, tendo-se colocado a questão “A criança pratica exercício físico regularmente”. A

prática de exercício físico constitui uma variável qualitativa nominal dicotômica, categorizada em: 1- sim ou 2 – não.

No caso de a resposta anterior ser sim, pretendeu-se saber quantas vezes pratica exercício físico por semana, definindo-se as seguintes categorias: 1 – diariamente, 2 – 4 a 5 vezes por semana, 3 – 2 a 3 vezes por semana, 4 – 1 vez por semana.

Questionou-se também quantos minutos de exercício físico pratica a criança por semana; trata-se de uma variável quantitativa contínua.

- Utilização habitual de dispositivos eletrónicos – pretendeu-se analisar quanto tempo as crianças dedicam à utilização de dispositivos eletrónicos, nomeadamente utilização de televisão, *tablet*, telemóvel, consola e computador, operacionalizado em tempo de utilização.
 - Durante os dias de semana – variável quantitativa contínua obtida por resposta a questão aberta e exprime o número de minutos por semana que a criança utiliza dispositivos eletrónicos, antes e após o jantar;
 - Durante o fim-de-semana – variável quantitativa contínua, obtida por resposta a questão aberta e exprime o número de minutos que a criança utiliza dispositivos eletrónicos, durante os dias de fim-de-semana, antes e após o jantar.

Variáveis relacionadas com o sono

Este grupo de variáveis é composto por vários itens: percepção subjetiva do cuidador sobre a existência de um problema com o sono, tempo total de sono diário e tempo que a criança leva a acordar:

- A percepção subjetiva do cuidador sobre a existência de um problema com o sono é uma variável qualitativa nominal dicotômica, categorizada em 1 – sim, 2 – não.
- Tempo total de sono diário é uma variável quantitativa contínua, obtida por resposta a questão aberta e exprime o número de horas e minutos que a criança dorme diariamente, considerando o sono da noite e as sesta.
- Tempo que a criança leva a acordar é uma variável quantitativa contínua, obtida por resposta a questão aberta e exprime o número de minutos que a criança demora a despertar.

“As **variáveis atributo** são características pré-existentes dos participantes num estudo. Elas são geralmente constituídas por dados demográficos (...)” (Fortin, 2009, p. 172). As variáveis atributo consideradas foram: nacionalidade, número de irmãos e institucionalização conjunta de irmãos.

- Nacionalidade – refere-se ao país onde alguém nasceu e de que é cidadão (Infopédia, 2022). É uma variável nominal dicotômica.

- Número de irmãos – variável quantitativa discreta, obtida por resposta aberta.
- Institucionalização conjunta de irmãos – variável qualitativa nominal dicotómica, categorizada em 1 – sim, 2 – não.

Os dados sobre as variáveis supracitadas foram recolhidos através de um questionário. Desta forma, o instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo é constituído por duas partes: a primeira, um questionário de caracterização da amostra (abordando as variáveis sociodemográficas, problemas de saúde, hábitos de vida e variáveis relacionadas com sono) e a segunda o CSHQ-PT, versão portuguesa do CSHQ. A escolha dos vários elementos que o compõem teve em consideração os objetivos definidos, o local de realização do estudo e as características da amostra.

A aplicação de questionários é o método de recolha de dados mais utilizado por investigadores, pela facilidade de aplicação, rapidez e baixo custo. Tem por objetivo recolher informações factuais sobre acontecimentos, atitudes, sentimentos, opiniões, devendo os participantes limitar-se a responder às questões apresentadas, sem possibilidade de as alterar (Fortin et al., 2009).

Ao longo de todo o processo de investigação, foi orientada a conduta pelo rigor ético em investigação. Num primeiro momento foi solicitado aos autores que traduziram e validaram para a população portuguesa o questionário CSHQ a autorização formal para o seu uso (APÊNDICE B) e após a obtenção de resposta positiva, foi elaborado o questionário. O passo seguinte foi solicitar formalmente ao Provedor do Centro de Acolhimento Temporário a concessão para a concretização do estudo, garantindo também a observância rigorosa dos princípios éticos inerentes à realização de um trabalho desta natureza. Foi enviado um Requerimento (APÊNDICE C) através de e-mail e a resposta foi positiva. Desta forma, os instrumentos de recolha de dados foram entregues na instituição e preenchidos por funcionários com conhecimento sobre os hábitos de sono das crianças institucionalizadas. No momento da entrega dos instrumentos de recolha de dados as funcionárias que os preencheram foram devidamente informadas sobre o estudo e sobre os critérios de inclusão.

Os dados recolhidos são apresentados no capítulo seguinte.

2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste estudo foi utilizada a análise descritiva e inferencial para tratamento dos dados, efetuada com recurso ao *software Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 28 para *Windows*. Para a apresentação do estudo recorreu-se a tabelas com os dados mais relevantes, todas com a mesma fonte, pelo que foi dispensado a informação em cada uma. Na descrição e análise dos dados, sempre que possível, foi respeitada a ordem de elaboração do instrumento de recolha de dados.

A estatística descritiva permitiu efetuar a análise exploratória dos dados e, de acordo com as características das variáveis, determinar frequências absolutas e percentuais; medidas de tendência central, nomeadamente a média; medidas de dispersão, como o desvio padrão e o coeficiente de variação (CV); medidas de forma, como a assimetria e o achatamento.

No total, foram recolhidos e analisados dados de 13 questionários.

Caracterização sociodemográfica das crianças

A amostra de 13 crianças revela um valor médio de $4,38 \pm 1,66$ anos de idade, um valor a oscilar entre um mínimo de 2 anos e um máximo de 7 anos. É ainda de salientar uma dispersão elevada ($CV > 30\%$) dos valores em torno da média (cf. tabela 2).

Tabela 2. Estatísticas relativas à idade das crianças

| | n | Min. | Max. | Média | dp | CV (%) | SK/EP | K/EP |
|--------------|----|------|------|-------|------|--------|--------|--------|
| Idade | 13 | 2 | 7 | 4,38 | 1,66 | 37,87 | -0,555 | -0,832 |

A variável n.º de irmãos das crianças revela um valor médio de $2,31 \pm 2,69$, um valor a oscilar entre um mínimo de 0 irmãos e um máximo de 8 irmãos, com uma dispersão elevada ($CV > 30\%$) dos valores em torno da média (cf. tabela 3).

Tabela 3. Estatísticas relativas ao número de irmãos das crianças

| | n | Min. | Max. | Média | dp | CV (%) | SK/EP | K/EP |
|----------------------|----|------|------|-------|------|--------|-------|-------|
| N.º de irmãos | 13 | 0 | 8 | 2,31 | 2,69 | 116,52 | 2,675 | 1,561 |

Relativamente à caracterização sociodemográfica das crianças, foi constatado que a maioria tem 5 anos (38,5%), é do sexo masculino (84,6%), possui peso normal (84,6%), sendo o 1º ou o 2º filho da fratria (38,5% cada) e tem irmãos (76,9%) que também estão institucionalizados, sendo que, desses 10 irmãos, 8 estão na mesma instituição e 2 não. Todas as

crianças são de nacionalidade portuguesa (cf. tabela 4). Soares (2021) refere que, em 2020, havia cerca de 6 mil crianças em Portugal em acolhimento residencial e familiar, uma realidade pouco conhecida pela maioria da população portuguesa.

A variável IMC revela um valor médio de $15,92 \pm 2,30 \text{ kg/m}^2$, um valor a oscilar entre um mínimo de $13,42 \text{ kg/m}^2$ e um máximo de $21,34 \text{ kg/m}^2$. O peso da amostra oscila entre 10kg e 25kg e a altura varia entre 81 cm e 120 cm. Estes dados contrariam a maioria das evidências científicas que mostram que a problemática do excesso de peso e obesidade em idade Pediátrica em Portugal se assume como de extrema relevância para uma maior consciencialização de toda a comunidade, civil e escolar, profissionais de saúde e entidades organizacionais da área alimentar para um problema que ao longo do tempo tem atingido proporções epidémicas a nível mundial e é um dos principais contribuintes para a carga global de doenças crónicas (Kansra, Lakkunarajah & Jay, 2021). A obesidade é uma condição complexa, com graves problemas sociais e dimensões psicológicas, afetando todas as idades e grupos socioeconómicos, constituindo-se, assim, um foco de atenção por parte do EEESIP. Na origem da obesidade pediátrica, têm sido identificados vários fatores que a potenciam e contribuem para a sua progressão, sendo os mais significativos os fatores biológicos, ambientais/sociais e psicológicos (*European Food Information Council*, 2019). A OMS estimava, em 2017, que 95% dos casos de excesso de peso tivessem origem em causas exógenas, com os restantes 5% a serem atribuídos a causas endógenas, nomeadamente as alterações metabólicas, a hereditárias ou genéticas. A obesidade constitui-se como uma doença crónica e complexa, com uma elevada taxa de prevalência crescente em todo o mundo, considerada uma epidemia global do século XXI.

Tabela 4. Caracterização sociodemográfica das crianças

| Variáveis | Frequência | | |
|----------------------------|------------------|--------------|------|
| | n° (13) | % (100,0) | |
| Idade | 2 anos | 3 | 23,1 |
| | 3 anos | 1 | 7,7 |
| | 4 anos | 1 | 7,7 |
| | 5 anos | 5 | 38,5 |
| | 6 anos | 2 | 15,3 |
| | 7 anos | 1 | 7,7 |
| | Sexo | Feminino | 2 |
| Masculino | | 11 | 84,6 |
| IMC | Normal | 11 | 84,6 |
| | Obesidade | 2 | 15,4 |
| Posição na fratria | 1° filho | 5 | 38,5 |
| | 2° filho | 5 | 38,5 |
| | 3° filho | 1 | 7,7 |
| | 4° filho ou mais | 2 | 15,3 |
| Irmãos | Sim | 10 | 76,9 |
| | Não | 3 | 23,1 |
| Irmãos institucionalizados | Sim | 10 | 76,9 |
| | Não | 3 | 23,1 |

Caracterização dos problemas de saúde e dos hábitos de vida das crianças

No que se refere à caracterização dos problemas de saúde das crianças, foi constatado que a maioria não tem doenças diagnosticadas (61,5%). Das que têm, estas centram-se em perturbações na fala, hiperatividade e uma situação de epilepsia e de surdez. A grande maioria não toma qualquer tipo de medicação (69,2%) e, com a mesma percentagem, não têm necessidades de saúde especiais. Dos que têm necessidades de saúde especiais, as mesmas têm, como apoio do ensino especial, a terapia da fala, a terapia ocupacional e fisioterapia (cf. tabela 5).

Quanto aos hábitos de vida, 92,3% das crianças comem doces ou chocolates, fazendo-o 2 a 3 vezes por semana, fora das refeições. No entanto, nenhuma criança bebe chá, café ou refrigerantes. Nenhuma criança faz exercício físico regularmente. Relativamente ao uso da TV, assistem-na durante a semana 1 hora por dia, enquanto nos fins de semana esse período ascende para as 2 horas diárias. Ninguém usa *Tablet*, telemóvel, consola ou computador quer durante a semana, quer ao fim de semana.

A maioria das crianças partilha o quarto com 5 crianças (69,2%) e quem as deita muda maioritariamente 2 a 3 vezes por semana (76,9%) (cf. tabela 5).

Estes resultados podem ser justificados com o facto de estas crianças estarem institucionalizadas não tendo acesso aos dispositivos eletrónicos com tanta facilidade como as crianças não institucionalizadas. Estudos observacionais encontram relações entre a exposição excessiva ao tempo de ecrã e o aumento do risco de obesidade pediátrica. Ensaio clínico randomizado para reduzir o tempo de ecrã em ambientes comunitários diminuíram o ganho de peso em crianças, demonstrando uma relação de causa e efeito (Robinson, Banda, Hale, Lu, Fleming-Milici, Calvert & Wartella, 2017).

Importa também ressaltar que todas as crianças em estudo não praticam exercício físico regularmente. A inatividade física é definida na literatura científica como um nível de atividade insuficiente para atender às recomendações da prática de atividade física, enquanto o comportamento sedentário é qualquer comportamento de vigília caracterizado por um gasto de energia de menos de 1,5 equivalente metabólico, enquanto se está sentado ou em postura deitada (Tremblay, Aubert, Barnes, Saunders, Carson, Latimer-Cheung, Chastin, Altenburg & Chinapaw 2017). Em crianças, a inatividade física é geralmente operacionalizada como o envolvimento em menos de 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa por dia, enquanto os elevados níveis de comportamento sedentário são frequentemente operacionalizados como o envolvimento em 2 horas ou mais por dia dedicado, por exemplo, ao tempo de ecrã (Tremblay et al., 2017). Os mesmos autores salientam que o tempo de ecrã parece ter efeitos no peso corporal, apesar de ser independente da atividade física. Dois mecanismos principais para um sono insuficiente (por exemplo, a luz azul dos ecrãs que prejudica os padrões de sono e leva ao ganho de peso) e para o aumento da ingestão de alimentos (especialmente quando a criança vê televisão) (LeBlanc, Gunnell, Prince, Saunders, Barnes & Chaput, 2017), o que não acontece na amostra das crianças institucionalizadas em CAT.

Lopes, Almeida, Jacob, Figueiredo, Vieira & Carvalho (2016) realizaram um estudo com 107 crianças em idade pré-escolar e 122 em idade escolar, com idade média de 6,3 anos, sendo na sua maioria rapazes (54,1%). A frequência de crianças que partilhavam o quarto foi de 37,3%, sendo no presente estudo este valor mais elevado, pois obteve-se 69,2% que partilham quarto. Este facto também se explica pelo facto de serem crianças institucionalizadas.

Tabela 5. Caracterização dos problemas de saúde e dos hábitos de vida das crianças

| Variáveis | Frequência | | |
|---------------------------------|--------------------|--------------|------|
| | n° (13) | % (100.0) | |
| Doenças diagnosticadas | Sem doenças | 8 | 61,5 |
| | Com doenças | 5 | 38,5 |
| Toma medicamentos | Sim | 4 | 30,8 |
| | Não | 9 | 69,2 |
| Necessidades de saúde especiais | Sim | 4 | 30,8 |
| | Não | 9 | 69,2 |
| Come doces e/ou chocolates | Sim | 12 | 92,3 |
| | Não | 1 | 7,7 |
| Partilha o quarto | Sim | 9 | 69,2 |
| | Não | 4 | 30,8 |
| Frequência que muda quem deita | Diariamente | 1 | 7,7 |
| | 4 a 5 vezes/semana | 2 | 15,4 |
| | 2 a 3 vezes/semana | 10 | 76,9 |

O tempo total de sono diário das crianças revela um valor médio de 9h50 \pm 2h06, um valor a oscilar entre um mínimo de 6 horas e um máximo de 14 horas. Já o tempo que levam a acordar, varia em 0h13 \pm 0h22, um valor a oscilar entre um mínimo de 0 min. e um máximo de 1 hora (cf. tabela 6).

Tabela 6. Estatísticas relativas aos hábitos de sono das crianças

| | n | Mín. | Max. | Média | dp | CV (%) | SK/EP | K/EP |
|-----------------------------------|----|------|-------|-------|------|--------|--------|-------|
| Tempo total de sono diário | 13 | 6:00 | 14:00 | 9:50 | 2:06 | 21,36 | -0,526 | 1,093 |
| Tempo que leva a acordar | 13 | 0:00 | 1:00 | 0:13 | 0:22 | 169,23 | 2,714 | 1,222 |

De acordo com a percepção dos cuidadores em relação à caracterização dos hábitos de sono, foi constatado que a maioria das crianças não revela problemas de sono (76,9%). A hora de deitar durante a semana varia entre as 21h (46,2%) e as 21h30 (53,8%), enquanto ao fim de semana varia entre as 21h (38,5%) e as 22h (61,5%). Já no que se refere à hora de acordar, durante a semana varia entre as 6h30 (7,7%) e as 8h (15,4%), enquanto ao fim de semana varia entre as 7h (7,7%) e as 9h30 (46,2%) (cf. tabela 7).

Tabela 7. Caracterização dos hábitos de sono das crianças

| Variáveis | Frequência | | |
|---|------------|--------------|------|
| | n° (13) | % (100,0) | |
| Problemas de sono | Sim | 3 | 23,1 |
| | Não | 10 | 76,9 |
| Hora de deitar durante a semana | 21h00 | 6 | 46,2 |
| | 21h30 | 7 | 53,8 |
| Hora de deitar ao fim de semana | 21h00 | 5 | 38,5 |
| | 22h00 | 8 | 61,5 |
| Hora de acordar durante a semana | 6h30 | 1 | 7,7 |
| | 7h00 | 1 | 7,7 |
| | 7h30 | 9 | 69,2 |
| | 8h00 | 2 | 15,4 |
| Hora de acordar ao fim de semana | 7h00 | 1 | 7,7 |
| | 9h00 | 6 | 46,2 |
| | 9h30 | 6 | 46,2 |

Perturbações do sono das crianças - CSHQ

Na tabela 8 estão patentes as estatísticas relativas a cada uma das dimensões da escala CSHQ e global. Foi constatado valores médios mais elevados na sonolência diurna ($M=8,38\pm 0,65$), nas parassónias ($M=7,92\pm 1,80$) e na resistência na hora de deitar ($M=7,00\pm 1,28$), sendo estes os principais problemas de sono das crianças em estudo. O atraso do início do sono é o problema onde foi registado um valor mais baixo ($M=2,23\pm 0,83$). No global, obteve-se uma média de $39,17\pm 6,29$ (cf. tabela 8).

Mendes, Corte-Real, Dias & Fonseca (2004) realizaram um estudo a pais de crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos ($n=100$), em Consultas de Saúde Infantil (Centro de Saúde do Lumiar, Hospital de Santa Maria e Centro Hospitalar de Cascais), durante um período de 4 meses, tendo estudado os hábitos e as perturbações do sono nas crianças. Verificaram que 17% dormiam na cama dos pais, 20% com a luz acesa e 25% dormiam com um objeto de transição. As perturbações do sono foram referidas em 74% das crianças. As mais frequentes foram os pesadelos (46%) e a parassónia (45%) e apenas em 1% dos casos os pais abordaram este tema com o médico assistente. Também Santos (2014) constatou que uma percentagem significativa de crianças em idade escolar tinha medo de dormir no escuro e precisava de luz para adormecer (eventual dissónia) e de um objeto de referência.

Também Rangel et al. (2015), ao avaliarem a qualidade do sono e a prevalência das perturbações do sono em crianças dos 2 aos 10 anos de idade, constaram, numa amostra de 131 crianças, que o Índice de Perturbação do Sono se associou às crianças com menos idade, o que

foi confirmado no presente estudo, onde são as crianças com menos idade as que revelam mais problemas relacionados com o sono, nomeadamente resistência em ir para a cama, parassónias, perturbação respiratória do sono e a sonolência diurna, enquanto as que têm mais idade revelam mais atraso do início sono, com maior duração do sono, despertar noturno e mais ansiedade associada ao sono. Todavia, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários.

Silva, Simões, Macedo, Duarte & Silva (2018) verificaram que a sonolência diurna se associava às crianças do sexo feminino, o que não é corroborado no presente estudo, uma vez que se obteve uma pontuação mais elevada para as crianças do sexo masculino, ou seja, os rapazes revelam mais perturbações do sono, com exceção no atraso do início do sono, mas com ausência de diferenças estatísticas significativas. No estudo de Silva et al. (2014) também ficou registada uma relação entre o sexo feminino e a ansiedade associada ao sono e a perturbação global do sono e, por outro lado, verificaram que a perturbação respiratória do sono se correlacionava com o sexo masculino, evidências suportadas no presente estudo. Silva et al. (2018) referem que um sono insuficiente ou de má qualidade, durante a infância, pode comprometer a capacidade de aprendizagem das crianças. Assim, uma quantidade adequada de sono de boa qualidade configura-se como de extrema importância para uma saúde e desempenho adaptado a curto, médio e longo prazo.

Estudos mostram que os hábitos de sono das crianças mudam durante a infância e a adolescência. Com o aumento da idade, as horas de dormir tornam-se mais tardias e a duração do sono diminui. Além disso, áreas de dificuldade específicas relacionadas com o sono podem ser atribuídas a grupos etários específicos. Quanto mais nova a criança, mais resistência ao sono e dificuldades em dormir durante a noite são relatadas, quanto mais velha a criança, mais relata dificuldades em adormecer e sonolência diurna (Lewien, Genuneit & Meigen, 2021).

Tabela 8. Estatísticas relativas às perturbações do sono das crianças

| | n | Mín. | Max. | Média | dp | CV (%) | SK/EP | K/EP |
|---|----|------|------|-------------|------|--------|--------|--------|
| Resistência em ir para a cama | 13 | 6 | 10 | 7,00 | 1,28 | 18,27 | 1,963 | 1,025 |
| Atraso do início sono - Início do sono | 13 | 1 | 3 | 2,23 | 0,83 | 37,30 | -0,808 | -1,125 |
| Duração do sono | 13 | 3 | 9 | 4,08 | 1,89 | 46,39 | 3,191 | 2,782 |
| Parassónias | 13 | 7 | 13 | 7,92 | 1,80 | 22,73 | 3,665 | 4,305 |
| Despertar noturno | 13 | 3 | 7 | 4,23 | 1,54 | 36,30 | 1,643 | -0,353 |
| Ansiedade associada ao sono | 13 | 4 | 8 | 4,62 | 1,19 | 25,85 | 3,713 | 4,491 |
| Perturbação respiratória do sono | 13 | 3 | 4 | 3,15 | 0,38 | 11,91 | 3,535 | 2,707 |
| Sonolência diurna | 13 | 8 | 10 | 8,38 | 0,65 | 7,76 | 2,556 | 1,512 |
| CSHQ Total | 13 | 34 | 54 | 39,17 | 6,29 | 16,07 | 2,839 | 1,939 |

Com o intuito de melhor dimensionar a aplicabilidade do CSHQ ao presente estudo, foi avaliada a consistência interna (homogeneidade dos itens). Na tabela 9 estão esquematizados os respectivos *Alphas de Cronbach* obtidos para cada uma das 8 dimensões após a devida correção. Constata-se, pela análise das correlações da respectiva dimensão com as restantes, que estas oscilam entre associações positivas baixas (0,361) e associações positivas fortes (0,897). Estes valores são razoáveis, porque indicam que todas as dimensões contribuem mais ou menos de forma igual, homogênea e no mesmo sentido (correlações positivas) para o *score* global das perturbações do sono. A análise dos *Alphas de Cronbach* mostra que os valores obtidos são razoáveis (todos superiores a 0,691), o que nos indica que, mesmo excluindo as dimensões uma a uma, os valores de fiabilidade interna (*Alpha*) mantêm-se superiores a 0,691, sugerindo que o *score* global das perturbações do sono não depende exclusivamente de uma só dimensão. O *Alpha* global obtido (0,721) é considerado bom, um valor muito semelhante ao da autora da escala (0,770) (Santos, 2014).

Tabela 9. *Alpha de Cronbach* para as dimensões do CSHQ

| Dimensões do CSHQ | Médias | Correlação entre itens | Alpha de Cronbach (Após itens eliminados) |
|--|--------|------------------------|---|
| CSHQ global | | | 0,721 |
| Resistência em ir para a cama | 34,58 | 0,647 | 0,753 |
| Atraso do início sono - Início do sono | 39,33 | 0,734 | 0,885 |
| Duração do sono | 37,50 | 0,897 | 0,691 |
| Parassónias | 33,58 | 0,875 | 0,697 |
| Despertar noturno | 37,50 | 0,878 | 0,705 |
| Ansiedade associada ao sono | 36,92 | 0,709 | 0,745 |
| Perturbação respiratória do sono | 38,42 | 0,463 | 0,798 |
| Sonolência diurna | 33,25 | 0,361 | 0,797 |

Com a finalidade de perceber se existe alguma relação entre as variáveis e as perturbações do sono das crianças em cada uma das suas dimensões, foram formuladas as questões que seguem, na tentativa de encontrar alguma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em causa.

Na estatística inferencial recorreu-se aos testes não paramétricos, nomeadamente Testes U de Mann-Whitney, Testes de Kruskal-Wallis e Correlações de Spearman, uma vez que se trata de uma amostra muito pequena (<30 inquiridos) não existindo, por isso, necessidade de analisar a normalidade da distribuição das dimensões da variável dependente pelo teste de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors ($N > 50$), ou de Shapiro-Wilk ($N > 30$; e $N < 50$). Os valores considerados foram com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$). Este nível de significância permite afirmar com uma “certeza” de 95%, caso se verifique na validade das questões de investigação em estudo a existência de uma relação causal entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2014).

Questão 1 – Que relação existe entre as perturbações do sono das crianças institucionalizadas em CAT e as variáveis sociodemográficas?

Na tabela 10 encontram-se os resultados que dão resposta à primeira questão de investigação. Assim, na globalidade, são as crianças com menos idade (<5 anos) as que apresentam valores mais elevados na resistência em ir para a cama (6,75), parassónias (7,20), perturbação respiratória do sono (7,30) e na sonolência diurna (8,60). As crianças com mais idade (>5 anos) revelam valores mais elevados no atraso do início sono (7,13), na duração do sono (7,14), despertar noturno (7,13) e na ansiedade associada ao sono (7,56). Todavia, não se registam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários ($p>0,05$).

No geral, foram apuradas médias mais elevadas para as perturbações do sono nos rapazes, com exceção no atraso do início do sono (sendo mais elevada nas meninas). Contudo, com ausência de diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$).

Quanto ao IMC *versus* as perturbações do sono, as crianças com peso normal revelam mais atraso do sono (7,27), duração do sono (7,00), parassónias (7,36), perturbação respiratória do sono (7,18) e sonolência diurna (6,82), enquanto as crianças com obesidade apresentam mais resistência em ir para a cama, com mais despertares noturnos (7,25) e perturbação respiratória do sono (7,18). No global, o valor médio indica que são as crianças com peso normal as que manifestam mais perturbação do sono. Todavia, sem diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

As crianças que não têm irmãos revelam mais perturbações do sono, com destaque para a sonolência diurna, onde pontuaram mais (9,67). No caso das crianças com irmãos, estas revelam mais ansiedade associada ao sono e perturbação respiratória do sono, mas com ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Tabela 10. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com as perturbações do sono de crianças em CAT (CSHQ)

| Perturbações do sono | Resistência em ir para a cama | Atraso do início do sono | Duração do sono | Parassónias | Despertar noturno | Ansiedade associada ao sono | Perturbação respiratória do sono | Sonolência diurna | CSHQ Total | Teste |
|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------|-------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------|-------------|-----------------|
| Variáveis | OM | OM | OM | OM | OM | OM | OM | OM | OM | |
| Idade | | | | | | | | | | |
| <5 anos | 6,75 | 6,80 | 5,50 | 7,20 | 6,80 | 6,10 | 7,30 | 8,60 | 6,50 | Mann Whitney |
| >5 anos | 6,38 | 7,13 | 7,94 | 6,88 | 7,13 | 7,56 | 6,81 | 6,00 | 6,50 | |
| (p) | 0,855 | 0,875 | 0,210 | 0,858 | 0,877 | 0,420 | 0,726 | 0,149 | 1,000 | |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| Feminino | 3,50 | 10,50 | 4,50 | 5,00 | 3,50 | 5,00 | 6,00 | 5,00 | 3,00 | Mann Whitney |
| Masculino | 7,10 | 6,36 | 7,45 | 7,36 | 7,64 | 7,36 | 7,18 | 7,36 | 7,20 | |
| (p) | 0,165 | 0,137 | 0,260 | 0,335 | 0,143 | 0,334 | 0,529 | 0,331 | 0,127 | |
| IMC | | | | | | | | | | |
| Peso normal | 6,18 | 7,27 | 7,00 | 7,36 | 6,95 | 6,86 | 7,18 | 6,82 | 6,64 | Mann Whitney |
| Excesso de peso/obesidade | 10,00 | 5,50 | 7,00 | 5,00 | 7,25 | 7,75 | 6,00 | 8,00 | 5,00 | |
| (p) | 0,274 | 0,524 | 1,000 | 0,335 | 0,917 | 0,717 | 0,529 | 0,627 | 0,659 | |
| Irmãos | | | | | | | | | | |
| Sim | 5,83 | 6,80 | 7,00 | 6,40 | 6,70 | 7,05 | 7,30 | 6,20 | 6,00 | Mann Whitney |
| Não | 8,50 | 7,67 | 7,00 | 9,00 | 8,00 | 6,83 | 6,00 | 9,67 | 8,00 | |
| (p) | 0,232 | 0,716 | 1,000 | 0,215 | 0,591 | 0,918 | 0,418 | 0,096 | 0,399 | |

Questão 2 – Que relação existe entre as perturbações do sono das crianças institucionalizadas em CAT, os seus problemas de saúde e hábitos de vida?

A tabela 11 reporta os resultados relativos à questão 2, através da qual se procura identificar quais os problemas de saúde e hábitos de vida que se relacionam com as perturbações do sono das crianças institucionalizadas em CAT. Assim, são as crianças com problemas de saúde as que manifestam mais perturbações do sono, com exceção no atraso do início do sono (8,63), onde se destacam as crianças sem problemas de saúde. Registam-se diferenças estatisticamente significativas no atraso do início do sono e nas parassónias, com p de 0,041 e 0,049, respetivamente.

Foi aferido que, na globalidade, são as crianças que tomam medicação as que revelam mais perturbações do sono, com exceção no atraso do início do sono, onde pontuaram mais as que não tomam medicamentos (8,83), resultando em diferenças estatisticamente significativas em quase todas as dimensões ($p < 0,05$), excetuando-se a resistência em ir para a cama, a duração do sono e a sonolência diurna ($p > 0,05$).

As crianças com necessidades de saúde especiais manifestam mais duração do sono (7,88), parassónias (8,50), despertares noturnos (8,00), ansiedade associada ao sono (8,75) e perturbação respiratória do sono (9,25), com uma média mais elevada no global da escala, o que se traduz em mais perturbações do sono. As crianças sem necessidades de saúde especiais apresentam mais resistência em ir para a cama (6,69), atraso no início do sono (7,89) e sonolência

diurna (7,22), resultando em relevância estatisticamente significativa na perturbação respiratória do sono, onde sobressaem as crianças com necessidades de saúde especiais ($p < 0,05$).

As crianças que comem, por norma, doces e/ou chocolates manifestam mais resistência em ir para a cama (6,77), atraso no início do sono (7,42), maior duração do sono (7,21) e mais ansiedade associada ao sono (7,17), enquanto as que não ingerem, por norma, doces e/ou chocolates revelam mais parassónias (11,00), despertares noturnos (8,0), perturbação respiratória do sono (12,50) e sonolência diurna (11,00), com um valor de ordenação média mais elevado no global da escala, o que se traduz em mais perturbações do sono, com diferença estatisticamente significativa na perturbação respiratória do sono ($p < 0,05$).

Estes resultados corroboram os encontrados por Afonso, Silva, Silva & Neto (2019), cujo estudo revela que as crianças com o hábito de ingerir alimentos açucarados com frequência apresentaram mais problemas do sono, com cotações superiores nas seguintes escalas: Índice de Perturbação do Sono, resistência em ir para a cama, duração do sono, ansiedade associada ao sono, despertares noturnos, parassónias e sonolência diurna. Os mesmos autores reforçam estes resultados apoiando-se em evidências internacionais que relacionam a ingestão frequente de alimentos açucarados a um preditor de obesidade e do aumento das perturbações do sono, designadamente “menor duração do sono e atraso da hora de deitar, maior resistência em ir para a cama, pior qualidade do sono, cansaço matinal e maior frequência de pesadelos, terrores noturnos e sonambulismo” (Afonso et al., 2019, p. 84).

Tabela 11. Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando os problemas de saúde e hábitos de vida com as perturbações do sono de crianças em CAT (CSHQ)

| Perturbações do sono | Resistência em ir para a cama | Atraso do início sono | Duração do sono | Parassónias | Despertar noturno | Ansiedade associada ao sono | Perturbação respiratória do sono | Sonolência diurna | CSHQ Total | Teste |
|--|-------------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|-------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------|--------------|--------------|
| Variáveis | OM | OM | OM | OM | OM | OM | OM | OM | OM | |
| Problemas de saúde | | | | | | | | | | |
| Sem problemas | 5,93 | 8,63 | 5,94 | 5,63 | 5,81 | 5,69 | 6,00 | 6,50 | 5,14 | Mann Whitney |
| Com problemas | 7,30 | 4,40 | 8,70 | 9,20 | 8,90 | 9,10 | 8,60 | 7,80 | 8,40 | |
| (p) | 0,484 | 0,041 | 0,155 | 0,049 | 0,140 | 0,060 | 0,062 | 0,471 | 0,118 | |
| Toma medicamentos | | | | | | | | | | |
| Sim | 8,25 | 2,88 | 9,75 | 10,25 | 10,25 | 10,13 | 9,25 | 8,50 | 9,75 | Mann Whitney |
| Não | 5,63 | 8,83 | 5,78 | 5,56 | 5,56 | 5,61 | 6,00 | 6,33 | 4,88 | |
| (p) | 0,200 | 0,006 | 0,053 | 0,014 | 0,033 | 0,018 | 0,027 | 0,254 | 0,025 | |
| Necessidades de saúde especiais | | | | | | | | | | |
| Sim | 6,13 | 5,00 | 7,88 | 8,50 | 8,00 | 8,75 | 9,25 | 6,50 | 7,75 | Mann Whitney |
| Não | 6,69 | 7,89 | 6,61 | 6,33 | 6,56 | 6,22 | 6,00 | 7,22 | 5,88 | |
| (p) | 0,784 | 0,185 | 0,537 | 0,258 | 0,513 | 0,186 | 0,027 | 0,704 | 0,389 | |
| Come doces e/ou chocolates | | | | | | | | | | |
| Sim | 6,77 | 7,42 | 7,21 | 6,67 | 6,92 | 7,17 | 6,54 | 6,67 | 6,36 | Mann Whitney |
| Não | 3,50 | 2,00 | 4,50 | 11,00 | 8,00 | 5,00 | 12,50 | 11,00 | 8,00 | |
| (p) | 0,349 | 0,151 | 0,445 | 0,192 | 0,777 | 0,513 | 0,019 | 0,188 | 0,659 | |

Questão 3 – Que relação existe entre as perturbações do sono das crianças institucionalizadas em CAT e as variáveis relacionadas com o sono?

Na tabela 12 encontram-se os resultados respeitantes à questão de investigação 3, através da qual se procura identificar a relação das variáveis relacionadas com o sono e as perturbações do sono, verificando-se que as crianças cujo cuidador tem a percepção de que têm problemas de sono, na globalidade, revelam mais perturbações do sono, com destaque para as parassónias (12,00). As crianças sem problemas de sono manifestam mais atraso no início do sono (8,50). Foram registadas diferenças estatisticamente significativas em quase todas as dimensões ($p < 0,05$), excetuando na resistência em ir para a cama, duração do sono, ansiedade associada ao sono e sonolência diurna, onde $p > 0,05$.

Estes resultados eram expectáveis, uma vez que a literatura evidencia que as crianças com problemas de sono manifestam mais perturbações do sono (Lam & Lam, 2021). No seu estudo, Lam & Lam (2021), também encontraram uma associação entre os problemas de sono em crianças até aos 10 anos de idade, particularmente nas parassónias. Estes resultados foram justificados com o facto de se tratar de crianças institucionalizadas com ausência de vivências necessárias ao seu

desenvolvimento, o que lhes pode originar uma série de défices e, particularmente, todas as formas de violência que experienciaram, independentemente da sua natureza ou gravidade (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2017). Em crianças institucionalizadas, os efeitos consequentes de uma infância marcada por maus-tratos, acrescem as consequências provocadas pelo processo de acolhimento (Berger, 1998), o que pode justificar os problemas de sono e consequentes perturbações. Importa ainda salientar que os sentimentos de perda, solidão e vazio, sentidos pelas crianças institucionalizadas, podem levar a uma verdadeira “ansiedade impensável” (Strecht, 2002, p. 74), uma ansiedade que poderá traduzir-se numa má higiene do sono.

Tabela 12. Testes U de Mann-Whitney relacionando as variáveis relacionadas com o sono com as perturbações do sono de crianças em CAT (CSHQ)

| Perturbações do sono | Resistência em ir para a cama | Atraso do início sono | Duração do sono | Parassónias | Despertar noturno | Ansiedade associada ao sono | Perturbação respiratória do sono | Sonolência diurna | CSHQ Total | Teste |
|---|-------------------------------|-----------------------|-----------------|-------------|-------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------|------------|--------------|
| Variáveis | OM | OM | OM | OM | OM | OM | OM | OM | OM | |
| Perceção do cuidador em relação aos problemas de sono | | | | | | | | | | Mann Whitney |
| Sim | 8,50 | 2,00 | 9,83 | 12,00 | 11,00 | 9,50 | 10,33 | 9,67 | 10,33 | |
| Não | 5,83 | 8,50 | 6,15 | 5,50 | 5,80 | 6,25 | 6,00 | 6,20 | 5,22 | |
| (p) | 0,232 | 0,006 | 0,101 | 0,002 | 0,032 | 0,121 | 0,007 | 0,096 | 0,031 | |

Com o objetivo de avaliar o *score* dos tempos totais de sono e tempos para acordar *versus* as dimensões das perturbações do sono, foi efetuada uma Correlação de Spearman (*score vs. score*), de onde se salienta a existência de diferenças significativas ($p < 0,05$) em algumas interações.

De salientar que, quando se observam correlações negativas, tal significa que o aumento do *score* de uma escala (aumento do tempo), induz a diminuição do *score* dessas dimensões de perturbações do sono. Já quando essas correlações obtidas são positivas, tal significa que o aumento do *score* dessa escala (aumento do tempo) induz o aumento do *score* dessas dimensões das perturbações do sono relacionadas. Assim, foram constatadas correlações negativas entre o tempo total de sono e a maioria das dimensões das perturbações e no global quanto maior a duração de sono diário, menor as perturbações do sono, com a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas para a duração do sono ($p=0,018$).

Para o tempo que leva a criança a acordar *versus* as perturbações do sono, foram constatadas correlações positivas para a maioria das dimensões das perturbações do sono e no global, sugerindo que, quanto maior tempo que as crianças levam a acordar, maior as perturbações

do sono. Assim, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para a ansiedade associada ao sono ($p = 0,030$), na duração do sono ($p = 0,003$), no despertar noturno ($p = 0,000$) e no global das perturbações do sono ($p = 0,026$) (cf. tabela 13).

Tabela 13. Correlações de Spearman relacionando as variáveis do sono com as perturbações do sono de crianças em CAT (CSHQ)

| Perturbações do sono | Variáveis | Tempo total de sono diário | | Tempo que leva a acordar | | Teste |
|----------------------------------|-----------|----------------------------|--------------|--------------------------|--------------|------------------------|
| | | Rho | p | Rho | p | |
| Resistência em ir para a cama | | -0,459 | 0,133 | 0,478 | 0,116 | Correlação de Spearman |
| Atraso do início sono | | -0,016 | 0,958 | -0,539 | 0,057 | |
| Duração do sono | | -0,642 | 0,018 | 0,749 | 0,003 | |
| Parassónias | | -0,340 | 0,256 | 0,422 | 0,151 | |
| Despertar noturno | | -0,266 | 0,379 | 0,893 | 0,000 | |
| Ansiedade associada ao sono | | -0,342 | 0,252 | 0,600 | 0,030 | |
| Perturbação respiratória do sono | | 0,031 | 0,920 | 0,196 | 0,522 | |
| Sonolência diurna | | 0,118 | 0,701 | 0,294 | 0,329 | |
| CSHQ Total | | -0,472 | 0,122 | 0,636 | 0,026 | |

Em suma, o sono é um dos comportamentos humanos e uma necessidade biológica vital e o seu efeito no sistema nervoso central inclui a influência do neuro-comportamento, a emoção, o humor e as funções neuro-cognitivas. As crianças com má qualidade do sono podem ser prejudicadas em termos desenvolvimentais. Assim sendo, o sono configura-se de suma importância para a aprendizagem e memória, com implicações na regulação emocional e do comportamento, a nível cardiovascular, imunológico e metabólico, estando também intimamente relacionados ao risco de obesidade. Os hábitos de sono saudáveis nas crianças são cruciais, uma vez que o sono promove o desenvolvimento físico e mental saudável da criança. Além disso, as perturbações do sono têm sido associadas a uma variedade de problemas cognitivos, comportamentais, emocionais e de saúde física. É, portanto, alarmante que a duração do sono tenha diminuído, enquanto a frequência dos problemas de sono aumentou nas últimas décadas (Lewien et al., 2021).

Neste estudo foi aferido que, na globalidade, são as crianças com problemas de saúde e as que tomam medicação as que manifestam mais perturbações do sono, com exceção no atraso do início do sono, onde se destacam as crianças sem problemas de saúde e que não tomam medicação. Já as crianças com necessidades de saúde especiais manifestam mais duração do sono, parassónias, despertares noturnos, ansiedade associada ao sono e perturbação respiratória do sono, com uma média mais elevada no global da escala, o que se traduz em mais perturbações do sono. As crianças sem necessidades de saúde especiais apresentam mais resistência em ir para a cama, atraso no início do sono e sonolência diurna.

Foram também constatadas correlações de Spearman negativas entre o tempo total de sono e a maioria das dimensões das perturbações do sono e no global, quanto maior a duração de

sono diário, menor as perturbações do sono, com a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Já para o tempo que a criança leva a acordar *versus* as perturbações do sono, foram constatadas correlações positivas para a maioria das dimensões das perturbações do sono e no global, sugerindo que, quanto maior o tempo que as crianças levam a acordar, maior as perturbações do sono ($p < 0,05$).

CONCLUSÕES

Nos primeiros dias de estágio, foram apresentados alguns sentimentos de insegurança e receio por vivenciar uma realidade profissional completamente diferente da atividade laboral; porém, ao longo da primeira semana, esses sentimentos desvaneceram-se gradualmente, com o apoio dos enfermeiros tutores e percepção do trabalho realizado. Ao longo dos turnos houve familiarização com funcionamento dos serviços e o papel desempenhado pelo EEESIP.

De uma forma geral, todo o percurso se revelou um amplo processo de aprendizagem, proporcionado pelos enfermeiros tutores que contribuíram para a otimização do desempenho pessoal. As atividades desenvolvidas durante o estágio permitiram dar continuidade ao processo de aquisição e aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional.

Da componente investigativa que tinha como objetivo conhecer hábitos e perturbações do sono das crianças institucionalizadas em CAT, retiraram-se as seguintes conclusões principais, com resultados estatisticamente significativos:

- são as crianças com problemas de saúde as que manifestam mais perturbações do sono, nomeadamente parassónias ($p=0,049$), com exceção no atraso do início do sono, onde se destacam as crianças sem problemas de saúde ($p=0,041$);
- são as crianças que tomam medicação as que manifestam mais perturbações do sono, nomeadamente parassónias ($p=0,014$), despertar noturno ($p=0,033$), ansiedade associada ao sono ($p=0,018$) e perturbação respiratória do sono ($p=0,027$); com exceção no atraso do início do sono, onde se destacam as crianças que não tomam medicação ($p=0,006$);
- as crianças com necessidades de saúde especiais manifestam mais perturbação respiratória do sono ($p=0,027$);
- as crianças que não ingerem, por norma, doces e/ou chocolates revelam mais perturbação respiratória do sono ($p=0,019$);
- as crianças cujo cuidador tem a percepção de que têm problemas de sono, na globalidade, revelam mais perturbações do sono, com destaque as parassónias ($p=0,002$), despertares noturnos ($p=0,032$) e perturbação respiratória do sono ($p=0,007$);
- as crianças sem problemas de sono manifestam mais atraso no início do sono ($p=0,006$);
- quanto maior o tempo que as crianças levam a acordar, maiores as perturbações do sono ($p=0,026$). Assim, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para a ansiedade associada ao sono ($p=0,030$), na duração do sono ($p=0,003$) e no despertar noturno ($p=0,000$).

Mediante estes resultados, o enfermeiro, nomeadamente o EEESIP, deve intervir nas perturbações do sono em crianças institucionalizadas, uma vez que este problema pediátrico tem impacto sobre a saúde das crianças. Nas consultas de saúde infantil, por exemplo, há oportunidade de despistar a existência de perturbações do sono, bem como planear e intervir dentro das próprias instituições, nomeadamente com sessões de educação para a saúde direcionadas aos cuidadores das crianças, de forma a instruir e envolver na problemática, adequando rotinas e fomentando boas práticas relativas ao sono. Existe também, oportunidade para referenciar as crianças com perturbações do sono a uma intervenção mais especializada e multidisciplinar.

Para além disso, estes resultados têm de ser interpretados à luz das limitações encontradas, nomeadamente o facto de não se ter podido recolher os dados diretamente junto das crianças (tendo os mesmos sido respondidos pelas funcionárias da instituição), a dimensão da amostra ser reduzida (pois só se reportou a um CAT da região centro e com poucas crianças institucionalizadas) e à escassez de estudos sobre as perturbações do sono em crianças institucionalizadas em CAT. Como tal, sugere-se a replicação deste estudo em amostras mais alargadas e com inclusão de outras variáveis, o que permitirá dar mais visibilidade ao tema, que se assume como uma preocupação profissional. No entanto, apesar das limitações, os objetivos foram atingidos e foi dado um pequeno contributo para a compreensão dos hábitos e das perturbações do sono das crianças em CAT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, S., Silva, F. G., Silva, C. R., & Neto, A. S. (2019). Adormecer a Ver Televisão como Fator de Risco para Perturbação do Sono na Idade Escolar. *Gazeta Médica*. 6(2), 83-89.
- Aguiar, R., Lopes, A., Ornelas, C., Ferreira, R., Caiado, J., Mendes, A. & Pereira-Barbosa, M. (2016). *Terapêutica inalatória: Técnicas de inalação e dispositivos inalatórios*. Acedido em março 10, 2022, em Revista Portuguesa de Imunoalergologia em https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/teraputica-inalatria-tcnicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatrios.pdf
- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares*. 3.^a ed. Coimbra: Quarteto Editora.
- American Academy of Pediatrics. (2001). *The International Classification of Sleep Disorders, Revised. Diagnostic and Coding Manual*. Acedido em janeiro 18, 2022, em ESST: www.esst.org/adds/ICSD.pdf
- American Academy of Pediatrics. (2005). *Culture and Sleep in Children*. Acedido em janeiro 18, 2022, em APP: http://pediatrics.aappublications.org/content/115/Supplement_1/201.full
- American Sleep Disorders Association (2014) citada por Sateia, MJ. (2014). International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*. 146(5):1387-1394. doi: 10.1378/chest.14-0970. PMID: 25367475.
- Antão, C., Rodrigues, N., Sousa, F., Anes, E. & Pereira, A. (2018). Hospitalização da Criança: sentimento e opiniões dos pais. *Revista INFAD de Psicologia*, 2(1), 125-132.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*. Portugal: Coimbra.
- Baptista, J., Belsky, J., Marques, S., Silva, J. R., Oliveira, P., Mesquita, A., Martins, C. & Soares, I. (2014). The interactive effect of maltreatment in the family and unstable institutional caregiving in predicting behaviour problems in toddlers. *Child abuse & Neglect*, 38 (12), 2072-2079. doi:10.1016/j.chiabu.2014.10.015
- Barclay, N. L. & Gregory, A. M. (2014). *Sleep in Childhood and Adolescence: Age specific sleep characteristics, common sleep disturbances and associated difficulties*. In Andersen, S. L. & Pine, D. S. (2014). *The Neurobiology of Childhood*. New York: Springer.

- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica Perspectiva desenvolvimentista*. 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bartel, K.A., Gradisar, M. & Williamson, P. (2014). Protective and risk factors for adolescent sleep: a meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews*, 21, 72-85.
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria – compreender para mudar*. Lisboa: Lidel editores.
- Benedict, C., Brooks, S. J., O'daly, O. G., Almen, M. S. & Morell, A. (2012). Acute sleep deprivation enhances the brain's response to hedonic food stimuli: an fMRI study. *J Clin Endocrinol Metab*, 97, 443-447.
- Berger, M. (1988). *A criança e o sofrimento de separação*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bideci, A. & Çamurda, O. (2009). Physiology of Growth Hormone Secretin. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, (Supl.1) 1–7. doi:10.4008/jcrpe.v1i1.29
- Blunden, S. (2011). Behavioural treatments to encourage solo sleeping in pre-school children: an alternative to controlled crying. *J Child Health Care*, 15(2), 107-17. doi:10.1177/1367493510397623.
- Boto, L., Crispim, J., Juvandes, C., Melo, I., Rodrigues, T., Nicolau, L. & Ferreira, R. (2009). Does sleep deprivation influence the occurrence of falls in children?. *Sleep Med*, 10(2), 39-40.
- Bruni, O., Verrillo, E., Miano, S. & Ottaviano, S. (2000). Clinical and Historical Predictors of Sleep Disturbances in School-Age Children. *Sleep and Hypnosis*, 2(4), 147-151.
- Buckhault, J. (2011). Insufficient sleep and socioeconomic status. *Child Dev Perspectives*, 5, 59-65.
- Cai, D. J., Mednick, S. A., Harrison, E. M., Kanady, J. C. & Mednick, S. C. (2009). REM, not incubation, improves creativity by priming associative networks. doi:10.1073/pnas.0900271106
- Camargo, P., Pinheiro A., Hercos, A. & Ferrari, G. (2008). Oxigenoterapia inalatória em pacientes pediátricos internados em hospital universitário. *Ver Paul Pediatr*, 26(1):43-47

- Capaldi, V., F., Handwerger, K., Richardson, E. & Stroud, L. R. (2005). Associations between sleep and cortisol responses to stress in children and adolescents: a pilot study. *Behavior Sleep Medicine*, 3(4), 177-192.
- Carskadon, A., Acebo, C. & Jenni, O. (2004). Regulation of adolescent sleep: Implications for behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 276–291.
- Chen, X., Beydoun, M. A. & Wang, Y. (2008). Is sleep duration associated with childhood obesity? A systematic review and meta-analysis. *Obesity (Silver Spring)*, 16(2), 265-274.
- Coelho, S. R. (2009). *Sono-Vigília na Infância: Conhecimentos dos Educadores*. Aveiro: Universidade de Aveiro - Departamento de Ciências da Educação.
- Comissão de Formação da Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. 1-12. Acedido em março 26, 2022, em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPPraticas.pdf
- Cortese, S., Ivanenko, A., Ramtekkar, U. & Angriman, M. (2014). Sleep disorders in children and adolescents: A practical guide. In Rey JM (ed), IACAPAP. *Textbook of child and adolescent mental health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. Acedido em janeiro 18, 2022, em IACAPAP: <http://iacapap.org/wp-109content/uploads/I-4-SLEEP-2014.pdf>
- Costa, A. R. Q. (2011). *Sono e indicadores do funcionamento neuropsicológico em crianças*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Costa, M. G. F. A. (2012). *Obesidade Infantil: Práticas alimentares e percepção materna de competências*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- CPCJ: Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens. (s/d). *O que são CPCJ*. Acedido em janeiro 17, 2022, em CNPDPCJ: <https://www.cnpdpcj.gov.pt/cpcj>
- Crowley, S.J., Tarokh, L. & Carskadon, M.A. (2014) Sleep during adolescence. In: S.H. Sheldon, R. Ferber, M.H. Kryger, D. Gozal, (Eds). *Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine*, 2nd ed. chap, 6, 45-52. London: Elsevier/Saunders.

- Decreto-Lei n.º 147/99 de 1 de setembro da Assembleia da República. Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 204
- Decreto-Lei n.º 156/15 de 16 de setembro da Assembleia da República. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. 8059-8105. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 181. Acedido em março 23, 2022, em <https://dre.pt/application/file/a/70309872>
- Direção-Geral da Educação. (2015). *Necessidades Especiais de Educação*. Estoril: Editora CERCICA. Acedido em junho 03, 2022, em https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/necessidades_especiais_de_educacao_parceria_entre_a_escola_e_o_cri_uma_estrategia_para_a_inclusao.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2012) *Orientações teóricas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido em janeiro 19, 2022, em DGS: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-ecirculares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Acedido em janeiro 19, 2022, em DGS: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-ecircularesnormativas/norma-n-0152015-de-12082015.aspx>
- Duarte, J. C. (2008). *Privação do Sono, Rendimento Escolar e Equilíbrio Psico-Afectivo na Adolescência*. Porto: Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Ellis, R. H., Fisher, P. A. & Zaharie, S. (2004). Predictors of disruptive behavior, developmental delays, anxiety, and affective symptomatology among institutionally reared romanian children. *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 43 (10), 1283-1292. doi:10.1097/01.chi.0000136562.24085.160
- Escobar-Córdoba, F. (2015). Nueva clasificación de los trastornos de sueño: ICSD-3. *Simposio Internacional de Insomnio*, Universidad Nacional de Colombia. Acedido em janeiro 18, 2022, em Research Gate: https://www.researchgate.net/publication/277012806_New_classification_of_sleep_disorders_ICSD-3_Nueva_clasificacion_de_los_trastornos_de_sueno_ICSD-3

- European Food Safety Authority (2019). *Dietary reference values (DRV'S)*. Acedido em outubro 22, 2022, em Online Library em [https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/toc/10.1002/\(ISSN\)1831-4732.021217](https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/toc/10.1002/(ISSN)1831-4732.021217)
- Fernandes, M. & Silva, M. (1996). *Centro de Acolhimento para crianças em risco*. Lisboa: Direção-Geral da Ação Social.
- Fortin, M. F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lisboa: Lusodidata.
- Foti, K. E., Eaton, D. K., Lowry, R. & McKnight-Ely, L. R. (2011). Sufficient Sleep, physical activity, and sedentary behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(6), 111596-60. doi:10.1016/j.amepre.2011.08.009.
- Freitas, F. V. & Filho, L. A. (2010). Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(36), 243-256.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2017). *Una situación habitual: La violencia en las vidas de niños y adolescentes*.
- Gais, S., Lucas, B. & Born, J. (2000). Sleep after learning aids memory recall. *CSH Press*, 13, 259-262
- Gangwisch, J., Malaspina, D., Babiss, L., Opler, M., Posner, K., Shen, S. & Ginsberg, H. (2010). Short Sleep Duration as a Risk Factor for Hypercholesterolemia: Analyses of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Sleep*, 33(7), 956-961.
- Gleitman, H., Fridlund, A. J. & Reisberg, D. (2003). *Psicologia* (D. Silva, Trad., 6ª ed.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original publicada em 1981).
- Goraya, J., Cruz, M. & Valencia, I. (2009). Sleep Study Abnormalities in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Pediatric Neurol*, 40(1), 42-46.
- Greco, R.M. (2004). Ensinando a administração em enfermagem através da Educação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(4), 504-507.
- Guia de Funcionamento da Unidade Curricular. (2021). *Estágio com Relatório Final*. Guarda: Instituto Politécnico da Guarda - Escola Superior de Saúde.

- Hayes, M., Parker, K., Sallinen, B. & Davare, A. (2010). Bedsharing, temperament, and sleep disturbance in early childhood. *Sleep*, 24(6), 657-62.
- Hockenberry, D. & Wilson, M. J. (2014). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elviesier.
- Infopédia. (2022). *Dicionários Porto Editora*. Porto. Acedido em junho 04, 2022 em <https://www.infopedia.pt/>
- Instituto da Segurança Social. (2010). “*Recomendações Técnicas para Equipamentos Sociais – Centros de Acolhimento Temporário*”. Instituto da Segurança Social, I.P.
- Instituto da Segurança Social. (2018). *CASA 2017 – Relatório de caraterização anual da situação de acolhimento de crianças e jovens*. Acedido em janeiro 18, 2022, em Segurança Social: www.seg-social.pt
- Instituto da Segurança Social. (s/d). “*Manual de processos-Chave – Centro de acolhimento Temporário*”. Acedido em janeiro 18, 2022, em Segurança Social: www.seg-social.pt
- Instituto de Apoio à Criança – IAC (2008): *Carta da criança hospitalizada*. Portugal: Amadora.
- Internacional Council of Nurses [ICN]. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - versão 2015*. Acedido em janeiro 21, 2022, em Ordem dos Enfermeiros: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>
118
- Johnson, N. & McMahon, C. (2008). Preschoolers’ sleep behaviour: associations with parental hardiness, sleep-related cognitions and bedtime interactions. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(7), 765–73.
- Judd, B. G., Sateia, M. J., Harding, S. M. & Eichler, A. F. (2015). Classification of sleep disorders (engelsk). *Foreningen for SØVN-sykdommer*. Acedido em janeiro 21, 2022, em SOVNFORENINGEN: <http://sovnforeningen.no/classification-of-sleep-disorders-engelsk/> .
- Kansra, A. R., Lakkunarajah, S., & Jay, M. S. (2021). Childhood and Adolescent Obesity: A Review. *Frontiers in pediatrics*. 8, 581461. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.581461>

- Kelly, Y., Kelly, J. & Sacker, A. J. (2013). Time for bed: associations with cognitive performance in 7-year-old children: a longitudinal population-based study. *Epidemiol Community Health*, 67, 926–931. doi:10.1136/jech-2012-202024
- Kim, E., Grover, L. M., Bertolotti, D. & Green, T. L. (2010). Growth hormone rescues hippocampal synaptic function after sleep deprivation. *American Journal of Physiology, Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 298, 1588-1596. doi:10.1152/ajpregu.00580.2009.
- Klein, J. M. & Gonçalves, A. (2008). Problemas de sono - vigília em crianças: um estudo de prevalência. *Psico-USF*, 13(1), 51-58.
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*. 23 (4), 237-240. Acedido em março 13, 2022, em <https://pdfs.semanticscholar.org/7480/24e067dfcfcf28aef4e238834876b8ac6d9c.pdf>
- Koulouglioti, C., Cole, R., Moskow, M., McQuillan, B., Carno, M. & Grape, A. (2013). The Longitudinal Association of Young Children’s Everyday Routines to Sleep Duration. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(1), 80-87.
- Laberge, L. (2001). Development of sleep patterns in early adolescence. *Journal of Sleep Research*, 10, 59-67.
- Lam, L. T., & Lam, M. K. (2021). Sleep Disorders in Early Childhood and the Development of Mental Health Problems in Adolescents: A Systematic Review of Longitudinal and Prospective Studies. *International journal of environmental research and public health*. 18(22), 11782. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211782>
- LeBlanc, A. G., Gunnell, K. E., Prince, S. A., Saunders, T. J., Barnes, J. D., & Chaput, J. P. (2017). The ubiquity of the screen: an overview of the risks and benefits of screen time in our modern world. *Translational Journal of the American College of Sports Medicine*. 2(17), 104–113.
- Lewien, C., Genuneit, J. & Meigen, C. (2021). Sleep-related difficulties in healthy children and adolescents. *BMC Pediatr*. 21, 82, 2-11. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02529-y>
- Lodato, F., Araújo, J., Barros, H., Lopes, C., Agodi, A., Barchitt, M. & Ramos, E. (2013). Caffeine intake reduces sleep duration in adolescents. *Nutrition Research*, 33(9), 726-732.

- Lopes, S., Almeida, F., Jacob, S., Figueiredo, M., Vieira, C., & Carvalho, F. (2016). Diz-me como dormes: hábitos e problemas de sono em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar. *Nascer e Crescer*, 25(4), 211-6. Acedido em outubro 24, 2022, em Repositório CHPorto em https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/2033/1/04_ArtigosOriginais-2_25-4.pdf
- Machado, C. & Gonçalves, R. (2003). *Violência e vítimas de crime*. Volume 2 – Crianças. Coimbra: Quarteto Editora.
- Matos, M.G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M. & Equipa Aventura Social. (2014). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão – dados nacionais do estudo Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) de 2014*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Matricciani, L. (2012). In search of lost sleep: Secular trends in the sleep time of school-aged children and adolescents. *Sleep medicine Reviews*, 16(3), 203-11.
- McCarley, R. & Sinton, C. (2008). Neurobiology of sleep and wakefulness. *Scholarpedia*, 3(4), 3313.
- McDonald, L., Wardle, J., Llewellyn, C. H., Van Jaarsveld, C. H. & Fisher, A. (2014). Predictors of shorter sleep in early childhood. *Sleep Med*, 15(5), 536-540.
- McDowall, P., Galland, B., Campbell A. & Dawn, E. (2017). Parent knowledge of children's sleep: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 31, 39-47.
- Mendes, M.J., Corte-Real, N., Dias, C., & Fonseca, A.M. (2004). Excesso de peso e obesidade na Escola: Conhecer para intervir. *RPCD*. 14 (1), 77-92. Acedido em outubro 24, 2022, em RPCD em https://rped.fade.up.pt/_arquivo/artigos_soltos/2014-1/05.pdf
- Mendes, R. (2008). A Criança, o sono e a Escola. *Revista Referência*, II(7), 7-19.
- Middlemiss, W., Yaure, R. & Huey, E. (2015) Translating research-based knowledge about infant sleep into practice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(6), 328–337.
- Mindell J. & Owens J. (2010). *A Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems*. Nova York: Wolters Kluwer.

- Monteiro, M. (2014). *A importância do sono nas crianças*. Editora Chiado, Lisboa, Portugal.
- Morrell, J. & Steele, H. (2003). The role of attachment security, temperament, maternal perception, and care-giving behavior, in persistent infant sleep problems. *Infant Mental Health Journal*, 24(3), 447-468.
- Moura, D., Guerra, A. & Costa, S. (2005). *Percursos de vida dos jovens após a saída de Lares de Infância e Juventude*. Lisboa: Centro de Estudos Territoriais.
- National Sleep Foundation. (2016). *Obesity and Sleep*. Acedido em Nixon, G., Thompson, J., Han, D., Becroft, D., Clark, P., (...), Mitchell, E. (2008). Short sleep duration in middle childhood: risk factors and consequences. *Sleep*, 31(1), 71-78. Acedido em janeiro 21, 2022, em NCBI: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2225560/>
- Nunes, M. (2002). Distúrbios do sono. *Jornal Pediátrico*, 78 (Supl.1), 63–72.
- Oliveira, L. & Ferreira, R. (2014). Ambiente das enfermarias Pediátricas favorece o sono das crianças? *Acta Pediátrica de Pediatria: Revista Oficial da Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 45 (2), 82-89.
- Oliveira, M. & Camões, C. (2003). *As crianças institucionalizadas - O outro lado da sociedade*. Acedido em janeiro 21, 2022, em Psicologia: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=A0168&area=d4
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Concetual. Enunciados descritivos*. Acedido em março 12, 2022, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Série I, nº 3.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guia Orientadora de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (vol.1)*. Acedido em março 13, 2022, em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Preparação do regresso a casa da criança/Promoção da Esperança*.

Acedido em março 23, 2022, em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapratica_cesip_vol_iii.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia orientador de boa prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Acedido em março 28, 2022, em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Acedido em março 10, 2022, em Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Organização das Nações Unidas [ONU]. (1989). *Convenção sobre os Direitos das Crianças*.

Organização Mundial de Saúde. (1998). *Health Promotion Glossary*. Acedido em janeiro 21, 2022, em WHO: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

Owens, J. A. (2008). Classification and Epidemiology of Childhood Sleep Disorders. *Primary Care: Clinics in office practice*, 35(3), 533-46.

Owens, J. A., Spirito, A. & McGuinn, M. (2000). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric Properties of a Survey Instrument for School-Aged Children. *Sleep*, 23(8).

Owens, J., Adolescent Sleep Working Group, & Committee on Adolescence. (2014). Insufficient sleep in adolescents and young adults: An update on causes and consequences. *Pediatrics*. 134(3), 921-932. Doi: 10.1542/peds.2014-1696.

Owens, J., Jones, C. & Nash, R. (2011). Caregivers' Knowledge, Behavior, and Attitudes Regarding Healthy Sleep in Young Children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7(4), 345-50.

Padez, C., Mourão, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2009). Long Sleep Duration and Childhood Overweight/Obesity and Body Fat. *Am J. Hum Biol*, 21(3), 371-6.

Paiva, T. & Penzel, T. (2011). *Centro de Medicina do Sono - Manual Prático*. Lisboa, Lidel.

- Palminha, J. & Carrilho, E. (2003). Défice de Atenção. In: Palminha, J. e Carrilho, E. (Ed.). *Orientação Diagnóstico em Pediatria 2 – Dos sinais e sintomas ao diagnóstico diferencial*. Lisboa, Lidel.
- Palmstierna, P., Sepa, A. & Ludvigsson, J. (2008). Parent perceptions of child sleep: a study of 10 000 Swedish children. *Acta Paediatrica*, 97, 1631-1639.
- Papalia, D. E. & Olds, S. W. (1998). *O Mundo da Criança. Da Infância à Adolescência*. São Paulo: Makron Books.
- Pasch, K.E., Latimer, L.A., Cance, J.D., Moe, S.G. & Lytle, L.A. (2012). Longitudinal bi-directional relationships between sleep and youth substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(9), 1184–1196.
- Pequito, M., Branco, A., Pereira, L., Barreto, C., Lito, L. & Bandeira T. (2002). Bronquiolite Aguda: Atualização de Conceitos Terapêuticos e Profiláticos. *Acta Pediátrica Portuguesa*.
- Perfect, M., Patel, P. & Scott, R. (2012). Sleep, Glucose, and Daytime Functioning in Youth with Type 1 Diabetes. *Sleep*, 35(1), 81-88.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, T.R., Pinto, J.C., Rebelo-Pinto, H. & Paiva, T. (2016). O sono em adolescentes portugueses: Proposta de um modelo tridimensional?. *Análise Psicológica*, 34(4), 339-352. doi:<https://dx.doi.org/10.14417/ap.1221>
- Queirós, A. A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Rangel, M. A., Baptista, C., Pitta, M. J., Anjo, S. & Leite, A. L. (2015). Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: um estudo transversal. *Rev Port Med Geral Fam*, 31, 256-64.
- Redeker, N. (2000). Sleep in Acute Care Settings: An Integrative Review. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(1).
- Rente, P. & Pimentel, T. (2004). *A Patologia do Sono*. Lisboa: Lidel.

- Robinson, T. N., Banda, J. A., Hale, L., Lu, A. S., Fleming-Milici, F., Calvert, S. L., & Wartella, E. (2017). Screen Media Exposure and Obesity in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 140(Suppl 2), S97–S101. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758K>
- Roque, A., Bugalho, A. & Carneiro, A. V. (2007). *Manual de Normas de Orientação Clínica - CEMBE da FML*. Lisboa: Linha Editorial, Lda.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15. Acedido em maio 23, 2022, em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Russo, P., Bruni O., Lucidi F., Ferri R. & Violani C. (2007). Sleep habits and circadian preference in Italian children and adolescents. *Journal of Sleep Research*, 16(2), 163-9.
- Sadeh, A. & Anders, T. F. (1993). Infant sleep problems: origins, assessment, interventions. *Infant Mental Health Journal*, 14(1), 17-34.
- Sadeh, A., Tikotzky, L. & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep medicine reviews*, 14(2), 89-96.
- Salavessa, M. & Vilarica, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Dossier: saúde mental infantil*, 25(5), 84-91.
- Salzarulo, P. (2006). Sleeping Behaviour and Its Impact on Child Psychosocial Development. *Enciclopedia on Early Childhood development*, 1-5.
- Samson, R., Blunden, S. & Banks, S. (2013). The characteristics of sleep and sleep loss in adolescence : A review. *International Review of Social Sciences and Humanities*, 4(2), 90-107.
- Santaliestra-Pasías, A. M., Mouratidou, T., Verbestel, V., Bammann, K., Molnar, D., Sieri, S. & Moreno, L. A. (2013). Pshysical activity and sedentary behaviour in European children: the IDEFICS study. *Public Health Nutrition*, 17(10), 2295-2306.
- Santos, A.I.A. (2014). *Sono-vigília e problemas do comportamento internalizantes e externalizantes em crianças dos 6 aos 11 anos: percepção parental*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos.

- Santos, A.O. (2011). NIDCAP® Uma filosofia de cuidados... Nascer e Crescer. *Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 20:1, 26-31.
- Scherer, E. A. & Scherer, Z. A. P. (2000). A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Revista latino-americana de enfermagem*, 8(4), 22-29. Ribeirão Preto. doi:10.1590/S0104-11692000000400004
- Seixas, M.P. (2009). *Avaliação da qualidade de sono na adolescência: implicações para a saúde física e mental*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Silva, E. M. B., Simões, P. A. D., de Macedo, M. C. S. A., Duarte, J. C., & Silva, D. M. (2018). Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(17), 63-72. <https://doi.org/10.12707/RIV17103>
- Silva, F. G., Silva, C. R., Braga, L. B. & Neto, A. S. (2014). Portuguese Version of the Children's Sleep Habits Questionnaire: Translation and Cultural Adaptation (abstract). *Evid-Based Child Health*, 6(76). doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.06.009>
- Silva, F. M. (2014). *Hábitos e Problemas do Sono das Crianças dos 2 aos 10 anos*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Medicina, especialidade de Pediatria. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Simard, V., Nielsen, T., Tremblay, R., Boivin, M. & Montplaisir, J. (2008). Longitudinal Study of Preschool Sleep Disturbance. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 162(4), 360–367.
- Simões, J., Ponte, C., Ferreira, E., Doretto, J. & Azevedo, C. (2014). *rian a e Meio i itai M ei em Portu al: Resultados Nacionais do Projeto Net Children Go Mobile*. Lisbon: CESNOVA.
- Soares, A. (2010). *O Sono – Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas*. Lisboa: Lidel.
- Soares, O.S. (2021). *6.706 crianças acolhidas em Portugal: são a Maria, o João, a Ana, o Manuel...* *Jornal Expresso*, 29 outubro 2021. Acedido em outubro 25, 2022, em *Jornal Expresso* em <https://expresso.pt/opiniaio/2021-10-29-6.706-criancas-acolhidas-em-portugal-sao-a-maria-o-joao-a-ana-o-manuel-0d19f403>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2011). *Padrão de Sono e Factores de Risco para a Privação de Sono numa População Pediátrica Portuguesa*. Acedido em janeiro 17, 2022, em SPP: <http://www.spp.pt/App/default.asp?IDE=28>.

- Strecht, P. (2002). *Crescer vazio: Repercussões Psíquicas do Abandono, Negligência e Maus Tratos em Crianças e Adolescentes* (4ª ed.). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Tononi, G. & Cirelli, C., (2014). Enhancement of sleep slow waves: underlying mechanisms and practical consequences. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 28, 1-17.
- Touchette, E., Petit, D., Séguin, J., Boivin, M., Tremblay, R. & Montplaisir, J. (2007). Associations between sleep duration patterns and behavioral/cognitive functioning at school entry. *Sleep*, 30(9), 1213-1219.
- Tremblay, M. S., Aubert, S., Barnes, J. D., Saunders, T.J., Carson, V., Latimer-Cheung, A.E., Chastin, S.F.M., Altenburg, T.M. & Chinapaw, M.J.M. (2017). SBRN Terminology Consensus Project Participants. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) - Terminology Consensus Project process and outcome. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 14(1), 75. doi: 10.1186/s12966-017-0525-8.
- Turnbull, K., Reid, G. J. & Morton, J. B. (2013). Behavioral Sleep Problems and their Potential Impact on Developing Executive Function in Children. *Sleep*, 36(7), 1077-1084.
- Vale, M. C. (2008). Tratado de Clínica Pediátrica. *Amaral, J. M. V.* (Vol. I, 120-11). Amadora: Abbott Laboratórios, Lda.
- Vicente, S. L. (2009). *Atenção e Percepção: estudo comparativo entre sujeitos com boa e má qualidade do sono*. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, LDA.
- Wang, B., Isensee, C., Becker, A., Wong, J., Eastwood, P. R., Huang, R.-C., ... & Rothenberger, A. (2016). Developmental Trajectories of Sleep Problems from Childhood to Adolescence Both Predict and Are Predicted by Emotional and Behavioral Problems. *Front. Psychol.*, 7(1874), 1-13. doi:10.3389/fpsyg.2016.01874
- Weiss, M. (2010). Sleep Problems in the Child with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Springer Link*, 37(6), 637-46.

WHO: World Health Organization (2004). *WHO technical meeting on sleep and health*. Acedido em janeiro 17, 2022, em WHO: www.euro.who.int/document/e84683.pdf

World Health Organization (2017). *Fact Sheets on Sustainable Development Goals: Health Targets Child and Adolescent Health*. Acedido em outubro 22, 2022, em WHO em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/348009/Fact-sheet-SDG-Child-andadolescent-health-FINAL-en.pdf?ua=1

Zucconi, M. & Ferri, R. (2014). Assessment of sleep disorders and diagnostic procedures. *European Sleep Research Society Textbook – Chapter B1*, 1-15.

APÊNDICES

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Sou Enfermeira a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda.

No âmbito do mestrado propus-me realizar um estudo de investigação subordinado ao tema "*Hábitos e Perturbações do Sono de Crianças em Centro de Acolhimento Temporário*". Este tem como objetivo conhecer os hábitos de sono das crianças dos 2 aos 10 anos institucionalizadas, no sentido de aumentar o conhecimento sobre a temática.

A aplicação do formulário tem como finalidade obter dados para a realização do trabalho de investigação no âmbito do Mestrado, com orientação científica da professora Doutora Fernanda Lopes, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda.

Trata-se de um trabalho académico e os dados recolhidos serão utilizados apenas para esse fim, respeitando a confidencialidade e o anonimato dos intervenientes, atendendo a todos os princípios éticos. A participação é voluntária, mas fundamental e importante a resposta a todas as questões formuladas, pelo que apelo, e agradeço desde já, a Vossa colaboração na realização do estudo.

A Enfermeira:

Inês Maria Barros

I. INFORMAÇÃO ACERCA DA CRIANÇA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data de nascimento: ___/___/___ | | Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | |
| Nacionalidade: Portuguesa <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual? | | | |
| Peso atual: ___ kg | | Altura atual: ___ m (a preencher pela investigadora) | |
| A criança é o: 1º filho <input type="checkbox"/> 2º filho <input type="checkbox"/> 3º filho <input type="checkbox"/> 4º filho ou mais <input type="checkbox"/> | | | |
| A criança tem irmãos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, quantos? _____ Alguns estão institucionalizados? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, é na mesma instituição? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | | |
| Data da institucionalização: ___/___/___ | | | |
| A criança tem diagnosticado algum destes problemas de saúde? | | | |
| <input type="checkbox"/> Rinite alérgica | <input type="checkbox"/> Dificuldade na fala | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dificuldades escolares |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Hiperatividade ou problemas de atenção | <input type="checkbox"/> Teve três ou mais otites nos últimos 6 meses | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Vai ser operada à garganta ou adenoides | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Perturbações do sono | |
| Tem outros problemas de saúde? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, qual/quais? _____ Há quanto tempo? _____ | | | |
| A criança toma algum medicamento regularmente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, qual/quais? _____ Há quanto tempo? _____ | | | |
| A criança está a fazer algum tratamento? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, qual/quais? _____ Há quanto tempo? _____ | | | |
| A criança tem necessidades de saúde especiais (apoio do ensino especial)? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, qual/quais? _____ Há quanto tempo? _____ | | | |
| A criança costuma beber café, chá ou refrigerante? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, responda abaixo: | | | |
| Quantas vezes bebe? | | Quando bebe? | |
| <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> 4 a 5 vezes por semana | <input type="checkbox"/> Ao pequeno almoço | <input type="checkbox"/> Ao almoço |
| <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana | <input type="checkbox"/> 1 vez por semana | <input type="checkbox"/> Ao lanche | <input type="checkbox"/> Ao jantar |
| <input type="checkbox"/> Raramente | | <input type="checkbox"/> Fora das refeições | <input type="checkbox"/> Antes de dormir |
| A criança costuma comer doces e/ou chocolates? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, responda abaixo: | | | |
| Quantas vezes come? | | Quando come? | |
| <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> 4 a 5 vezes por semana | <input type="checkbox"/> Ao pequeno almoço | <input type="checkbox"/> Ao almoço |
| <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana | <input type="checkbox"/> 1 vez por semana | <input type="checkbox"/> Ao lanche | <input type="checkbox"/> Ao jantar |
| <input type="checkbox"/> Raramente | | <input type="checkbox"/> Fora das refeições | <input type="checkbox"/> Antes de dormir |

A criança pratica exercício físico regularmente? Sim Não

Se sim, responda abaixo:

Quantas vezes pratica exercício físico por semana?

- Diariamente
- 4 a 5 vezes por semana
- 2 a 3 vezes por semana
- 1 vez por semana

Quantos minutos de exercício físico pratica por semana? _____ minutos

Quanto tempo, **durante a semana**, a criança gasta por dia a...

- Ver televisão: _____ minutos
- Jogar no *tablet*: _____ minutos
- Jogar no telemóvel: _____ minutos
- Jogar numa consola: _____ minutos
- Jogar no computador: _____ minutos

Quanto tempo, **ao fim de semana**, a criança gasta por dia a...

- Ver televisão: _____ minutos
- Jogar no *tablet*: _____ minutos
- Jogar no telemóvel: _____ minutos
- Jogar numa consola: _____ minutos
- Jogar no computador: _____ minutos

Quanto tempo, **durante a semana e após o jantar**, a criança gasta por dia a...

- Ver televisão: _____ minutos
- Jogar no *tablet*: _____ minutos
- Jogar no telemóvel: _____ minutos
- Jogar numa consola: _____ minutos
- Jogar no computador: _____ minutos

Quanto tempo, **ao fim de semana e após o jantar**, a criança gasta por dia a...

- Ver televisão: _____ minutos
- Jogar no *tablet*: _____ minutos
- Jogar no telemóvel: _____ minutos
- Jogar numa consola: _____ minutos
- Jogar no computador: _____ minutos

A criança partilha o quarto com quantas crianças? _____ crianças

Com que frequência muda a pessoa que deita a criança?

- Diariamente
- 4 a 5 vezes por semana
- 2 a 3 vezes por semana
- 1 vez por semana
- Nunca/raramente

II. QUESTIONÁRIO DE HÁBITOS DE SONO DAS CRIANÇAS

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

Tradução e adaptação por Filipe Silva. Validado para crianças dos 2 aos 10 anos

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

Acha que a criança tem algum problema com o sono ou com o adormecer? Sim Não

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

- **HABITUALMENTE**: se o comportamento descrito ocorre **5 ou mais vezes** durante a semana

- **ÀS VEZES**: se o comportamento ocorre **2 a 4 vezes** durante a semana

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

| COMPORTAMENTO DURANTE O SONO | | | |
|---|---|--------------------------------------|---------------------------------|
| Tempo total de sono diário: _____ horas e _____ minutos | | | |
| (considerando o sono da noite e as sestas) | | | |
| A criança... | Habitualmente (5 a 7 vezes por semana) | Às vezes (2 a 4 vezes por semana) | Raramente (uma vez ou nunca) |
| Dorme pouco (9) | | | |
| Dorme muito | | | |
| Dorme o que é necessário (R)(10) | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Dorme o mesmo número de horas todos os dias (R)(11) | | | |
| Fala a dormir (13) | | | |
| Tem sono agitado, mexe-se muito a dormir (14) | | | |
| Anda a dormir, à noite (sonambulismo) (15) | | | |
| Vai para a cama dos pais, irmãos, etc., a meio da noite (16) | | | |
| Queixa-se de dores no corpo durante a noite. Se sim, onde? _____ | | | |
| Range os dentes durante o sono (17) | | | |
| Ressona alto (18) | | | |
| Parece parar de respirar durante o sono (19) | | | |
| Ronca ou tem dificuldade em respirar durante o sono (20) | | | |
| Tem dificuldade em dormir fora de casa (na casa de familiares, nas férias, etc.) (21) | | | |
| Acorda durante a noite a gritar, a suar, inconsolável (22) | | | |
| Acorda assustada com pesadelos (23) | | | |
| Molha a cama à noite (crianças com 4 ou mais anos) (12) | | | |

| ACORDAR DURANTE A NOITE | | | |
|---|--|---|--|
| A criança... | Habitualmente (5 a 7 vezes por semana) | Às vezes (2 a 4 vezes por semana) | Raramente (uma vez ou nunca) |
| Acorda uma vez durante a noite (24) | | | |
| Acorda mais de uma vez durante a noite (25) | | | |
| Quando acorda de noite, volta a adormecer sem ajuda | | | |

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

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

| SONOLÊNCIA DURANTE O DIA | | | |
|--|--|---|--|
| A criança... | Habitualmente (5 a 7 vezes por semana) | Às vezes (2 a 4 vezes por semana) | Raramente (uma vez ou nunca) |
| Dorme a sesta durante o dia | | | |
| Adormece de repente no meio de uma atividade | | | |
| Parece cansada (31) | | | |

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

Obrigada pela colaboração!

APÊNDICE B – PEDIDO E AUTORIZAÇÃO PARA USO DO QUESTIONÁRIO CSHQ-PT

Re: Versão Portuguesa do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças (CSHQ-PT).

Cc: [REDACTED]

Boa tarde Enf. Inês,

Agradeço o seu cuidado. Pode usar livremente.
Felicidades para o seu trabalho.
Cumprimentos

Inês Barroco [REDACTED] escreveu no dia quarta, 6/04/2022 à(s) 22:34:

Boa noite.

O meu nome é Inês Barroco, sou enfermeira e neste momento encontro-me a realizar Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda) e a realizar um trabalho com a temática "Hábitos e perturbações do sono de crianças em Centro de Acolhimento Temporário".

Desta forma, venho por este meio solicitar vossas excelências a autorização para utilizar a Versão Portuguesa do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças (CSHQ-PT).

Desde já obrigada.

Com os melhores cumprimentos,

Inês Barroco

APÊNDICE C – REQUERIMENTO DIRECIONADO AO PROVEDOR DO CENTRO DE
ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO PARA RECOLHA DE DADOS

REQUERIMENTO

Exmo. Sr. Provedor da

Santa Casa da Misericórdia [REDACTED]

Inês Martins Barroco, Enfermeira [REDACTED] a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, vem, por este meio, muito respeitosamente, solicitar a V. Ex.^ª autorização para aplicar um formulário (conforme anexo) aos funcionários que conheçam os hábitos de sono das crianças do Centro de Acolhimento Temporário [REDACTED]

A aplicação do formulário tem como finalidade obter dados para a realização de um trabalho de investigação no âmbito do Mestrado, cujo objetivo é conhecer os hábitos e perturbações do sono das crianças dos 2 aos 10 anos, em Centro de Acolhimento Temporário, com orientação científica da professora Doutora Fernanda Lopes, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda.

Trata-se de um trabalho académico, os dados recolhidos serão utilizados apenas para esse fim, respeitando a confidencialidade e o anonimato dos intervenientes, atendendo a todos os princípios éticos.

13/05/2022

Inês Martins Barroco