



Universidade de Aveiro Departamento de Ciências da Educação
2009



UNIVERSIDADE DE AVEIRO
SERVIÇOS DE DOCUMENTAÇÃO

230637

**Sílvia Raquel Oliveira
Pinto Coelho**

**SONO-VIGÍLIA NA INFÂNCIA: CONHECIMENTOS
DOS EDUCADORES**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Activação do Desenvolvimento Psicológico, realizada sob a orientação científica da Prof. Doutora Ana Cardoso Allen Gomes, Professora Auxiliar do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro.

UA-SD



304266

Dedico este trabalho aos educadores que se interessam pelas suas crianças.

o júri

presidente

Doutora **Anabela Maria de Sousa Pereira**

Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

Doutora **Sandra Maria Rodrigues de Carvalho Bos**

Investigadora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Doutora **Ana Cardoso Allen Gomes**

Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

agradecimentos

O meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação.

Às pessoas especiais da minha vida.

palavras-chave

sono, conhecimentos, educadores, criança.

resumo

O sono tem uma importância vital para a saúde, influenciando o bem-estar físico e psicológico do ser humano. A não aquisição de hábitos de sono correctos no início da vida pode ter consequências durante o seu percurso. Um sono tranquilo contribui para um crescimento saudável influenciando a aprendizagem e o desenvolvimento da criança. Acresce que o enorme progresso verificado na investigação sobre o sono, não tem sido acompanhado dos mesmos avanços em termos de uma educação de sono. Assim, realizamos um estudo preliminar, junto de educadores de infância, com o objectivo de fazer um levantamento das concepções e necessidades de formação, relativamente ao ritmo de sono-vigília de crianças até aos 5 anos, tendo em conta o conhecimento actual sobre o sono. Foi utilizado um inquérito de auto-preenchimento que incluiu questões de caracterização sócio-demográficas, profissional e de formação, bem como um Questionário de Concepções sobre o Sono na Infância (Gomes et al., 2008) com 33 itens e escala de resposta de três pontos. Deste estudo fizeram parte 82 educadoras detentoras do grau de licenciatura (exceptuando 3 com bacharelato/ou seu equivalente), com idades entre os 23 e os 59 anos ($M=37,89$; $DP= 5,8$) e tempos de serviço entre 1 a 30 anos ($M= 12,93$; $DP= 5,78$), na sua maioria casadas/ em união de facto e com filhos. A maior parte das educadoras (61%) encontra-se presentemente a trabalhar na rede pública do pré-escolar, 31% no jardim-de-infância da rede privada e apenas 8,5% numa creche. A maioria das participantes afirmou que a formação inicial em educação de infância contemplou o sono das crianças (76%), considerou possuir conhecimentos suficientes sobre o sono das crianças (78%), procura informações sobre esta temática (76%), sendo que as revistas de divulgação foram dos meios mais referidos enquanto fontes de informação. Embora indiquem que os pais «raramente» as procuram para esclarecer dúvidas sobre o sono dos seus filhos, a maioria das educadoras considerou-se apta a dar-lhes resposta (72%). No Questionário de Concepções sobre o Sono na Infância encontrou-se uma pontuação total média de 23,5 ($DP= 2,76$) em 33 pontos. Constatou-se que existiam relações estatisticamente significativas entre o número de acertos verificados no questionário e os dados sócio-demográficos dos respondentes, nomeadamente: idade, tempo de serviço, estado civil e existência de filhos. Os grupos que obtiveram maior número médio de acertos foram os das educadoras solteiras, sem filhos, tendencialmente com menos tempo de serviço e mais jovens. Através da análise de respostas item a item, foi possível identificar os pontos fortes e as principais lacunas das educadoras relativamente ao sono das crianças. Os resultados obtidos apresentam, portanto, implicações em particular a nível da formação de educadores/professores.

keywords

sleep, knowledge, educators, child.

abstract

Sleep is vital to health, influencing the physical and psychological well-being. The failure to acquire proper sleep habits early in life can have consequences. Sleep contributes to a healthy growth, influencing learning and child development. Moreover, the enormous progress made in sleep research has not been accompanied by the same advances in terms of a sleep education. Thus, we conducted a preliminary study with kindergarten/nursery school teachers, in order to make a survey of their knowledge and training needs concerning the sleep-wake cycle of children newborn to 5 years, according to the current scientific knowledge on sleep. We used a self-response instrument which included questions on demographic characteristics, items about practices and training issues concerning the children sleep-wake cycle, as well as a Questionnaire of Conceptions on the Sleep in the Childhood (Gomes et al., 2008) with 33 items, each rated on a three point scale. The sample consists of 82 educators with a degree course (excepting 3 with a bachelor degree/ or his equivalent), aged between 23 and 59 years ($M = 37.89$, $SD = 5.8$) and with professional experience between 1 to 30 years ($M = 12.93$, $SD = 5.78$), mostly married / unmarried couples with children. Most educators (61%) are currently working in public pre-school, 31% in private kindergarten, and only 8.5% in a day care center. The majority of the participants reported that their initial formation in childhood education covered the sleep of children (76%), considered to have sufficient knowledge about the children sleep (78%), seek information on this subject (76%), and magazines were among the most mentioned as sources of information. While indicating that parents 'rarely' seek their help to talk about their children sleep, most educators considered to be prepared to give appropriate answers to them (72%). In the Questionnaire of Conceptions on the Sleep in the Childhood it was found a total average score of 23.5 ($SD = 2.76$) in 33 possible points. Statistically significant relationships between the number of hits recorded in the questionnaire and socio-demographic characteristics of the participants were found, specifically: age, seniority, marital status and existence of children. The groups that had higher average number of hits were the single educators, without children, usually with less service time and of younger age. Through the analysis of responses on individual items, it was possible to identify the strong and weaknesses points of the educators' knowledge about children sleep. The results therefore have implications, in particular in the training of educators/ teachers.

ÍNDICE

Júri
Agradecimentos
Resumo
Abstract
Índice
Índice de tabelas
Índice de gráficos

Introdução..... 1

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I – O sono

1. O estudo do sono 7
2. O sono e os seus estádios 10
3. Ritmos Biológicos 18

Capítulo II – O sono na infância

1. O sono da criança 21
2. Distúrbios do sono na criança..... 28

Capítulo III – O sono na escola

1. A criança, o sono, creche e jardim-de-infância 42

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo IV – Metodologia

1. Introdução ao estudo empírico 53
2. Objectivos e questões de investigação 54
3. Amostra 56

4. Instrumento.....	57	
5. Procedimentos	62	
Capítulo V – Resultados		
1. Introdução à apresentação e análise dos resultados	67	
2. Características dos participantes	68	
3. Enquadramento profissional dos participantes	72	
4. Questões relativas à preparação dos educadores sobre o sono: formação e práticas	74	
5. Questionário de Concepções sobre Sono na Infância: análise item a item	80	
6. Questionário de Concepções sobre Sono na Infância: análise e comparação das pontuações globais.....	87	
Capítulo VI – Discussão e Conclusões		97
Referências Bibliográficas		107
Anexos		117

Índice de Tabelas

TABELA I – Questionário distribuído a educadores	64
TABELA II – Distribuição da amostra segundo grupos etários	68
TABELA III – Distribuição da amostra segundo grupos por anos de serviço	69
TABELA IV – Tipo de estabelecimento em que se encontra a trabalhar presentemente	71
TABELA V – Distribuição da amostra segundo as faixas etárias das crianças	72
TABELA VI – Distribuição da amostra segundo o hábito da sesta nas crianças	73
TABELA VII – Distribuição da amostra quanto à formação inicial sobre o sono	74
TABELA VIII – Distribuição da amostra quanto à formação inicial sobre o sono por grupo etário	74
TABELA IX – Distribuição da amostra quanto aos conhecimentos sobre o sono	75
TABELA X – Distribuição da amostra quanto à procura de informações sobre o sono	76
TABELA XI – Número de vezes que um meio de aquisição de informações/ conhecimentos sobre o sono foi referido	77
TABELA XII – Distribuição da amostra quanto ao sentimento de preparação para dar resposta a eventuais questões/dúvidas colocadas pelos pais acerca do sono dos seus filhos	78
TABELA XIII – Distribuição das respostas, nos itens, acerca das concepções sobre o sono na Infância	80
TABELA XIV – Medidas de tendência central, dispersão e sensibilidade dos resultados relativos aos acertos nas respostas ao Questionário de Concepções sobre o Sono na Infância.	87
TABELA XV – Comparação de médias e estatística t-Student – Efeitos da procura de informações sobre o sono	88
TABELA XVI – Comparação de médias e estatística t-Student – Efeitos da preparação para dar resposta a dúvidas sobre o sono.....	89
TABELA XVII – Comparação de médias e estatística t-Student – Efeitos das habilitações académicas.....	89

TABELA XVIII – Comparação de médias e estatística t-Student – Efeitos da informação na formação inicial	90
TABELA XIX – Comparação de médias e estatística t-Student – Efeitos dos conhecimentos suficientes sobre o sono	90
TABELA XX – Comparação de médias e estatística t-Student – Efeitos da existência de filhos.....	91
TABELA XXI – Comparação de médias e estatística Anova – Efeitos do grupo etário sobre o número de acertos	91
TABELA XXII – Comparação de médias e estatística Anova – Efeitos do grupo de tempo de serviço.....	92
TABELA XXIII – Comparação de médias e estatística Anova – Efeitos do estado civil	92
TABELA XXIV – Comparação de médias e estatística Anova – Efeitos da instituição de formação inicial	93
TABELA XXV – Comparação de médias e estatística Anova – Efeitos do estabelecimento onde trabalha presentemente.....	94
TABELA XXVI – Comparação de médias e estatística Anova – Efeitos de trabalhar com crianças de faixas etárias diferenciadas	94

Índice de Gráficos

GRÁFICO I – Distribuição da amostra segundo o Estado Civil	69
GRÁFICO II – Distribuição da amostra quanto à procura por parte dos pais no sentido de esclarecerem dúvidas relativas ao sono dos seus filhos.....	79

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema de dissertação que nos propusemos desenvolver, acerca dos conhecimentos dos educadores de infância sobre o ritmo de sono-vigília em crianças, dos 0 aos 5-6 anos, decorreu das seguintes constatações / considerações:

— muitas crianças de idade pré-escolar necessitam de dormir durante o dia nos estabelecimentos de ensino;

— o sono das crianças tem repercussões durante a vigília (a nível da sua saúde física e emocional, dos comportamentos e do rendimento cognitivo, por exemplo), não só a curto-prazo, como a médio e longo prazo (cf., e.g., uma recente investigação longitudinal que acompanhou crianças desde os 5 meses até aos 6 anos - Touchette, Petit, Seguin, Boivin, Tremblay e Montplaisir, 2007);

— as práticas relativas ao sono, ao nível do pré-escolar, devem basear-se em investigação sólida – é necessário promover a «prática baseada na evidência» no campo da educação (cf. Silva, 2006);

— o enorme progresso verificado na investigação sobre o sono, não tem sido acompanhado dos mesmos avanços em termos de uma educação de sono, pelo que, qualquer que seja o nível de ensino considerado, os alunos continuam a não beneficiar do conhecimento que tem sido produzido (cf. Dement, 2000; Dement e Vaughan, 2000);

— os futuros profissionais das áreas da saúde continuam a receber formação insuficiente sobre o sono durante os anos do ensino superior (cf. Harding & Berner, 2002; Zozula, Bodow, Yacilla, Cody & Rosen, 2001, entre outros), logo, é de supor que o mesmo acontece com os profissionais da educação, onde se incluem os educadores de infância;

— os pais têm necessidade de esclarecer as suas dúvidas relativas ao sono dos seus filhos;

— os educadores podem ser profissionais privilegiados para poderem proporcionar aos pais esclarecimentos-chave sobre o sono dos seus filhos.

Mediante estas constatações, consideramos pertinente investigar de que forma os profissionais da educação, que trabalham com crianças dos 0 aos 5/6 anos, se debatem com a temática do sono. Neste sentido, foi realizado um inquérito, junto dos educadores de infância, para averiguar os pontos anteriores.

Os objectivos e as questões da investigação que nortearam a investigação serão expostos em detalhe no início do capítulo da Metodologia.

O instrumento utilizado permitiu fazer um levantamento de questões pertinentes no sentido de perceber se a formação inicial destes profissionais contemplou a temática do sono das crianças, procurando averiguar se os educadores consideram suficientes os conhecimentos que possuem sobre o tema; e/ou se procuram manter-se informados sobre o assunto; se costumam ser solicitados pelos pais/encarregados de educação com dúvidas referentes ao sono dos seus filhos/educandos; e se sentem estar preparados para responder a essas dúvidas.

Numa primeira parte, o trabalho é composto por três capítulos, onde se pretende enquadrar teoricamente o estudo empírico efectuado.

No primeiro capítulo, começa-se por se fazer uma breve resenha histórica, no ponto 1, mostrando que desde sempre existiu um interesse em perceber o sono, seus mecanismos e sua estrutura e, como o avanço tecnológico veio preponderantemente alterar o conhecimento ao longo do tempo, através da utilização de instrumentos que nos permitiram medir e objectivar o que antes não era possível. O avanço científico proporcionou o arranque definitivo para que se descortinassem os “mistérios” invisíveis do nosso cérebro.

No segundo ponto do capítulo inicial é feita uma caracterização do sono, nomeadamente o sono REM e o NREM e as diferentes fases ou estádios do sono. A

utilização do eletroencefalograma (EEG) permitiu que se caracterizassem no ciclo de sono do ser humano, cinco estádios fundamentais. Para além do padrão do eletroencefalograma, existem outros aspectos a ter em conta, como: a presença ou ausência de movimentos oculares rápidos (rapid eye movements: R.E.M.), com a combinação de diversas variáveis fisiológicas (como o padrão cardio-respiratório, o tonús muscular).

No terceiro ponto do capítulo I apresenta-se uma caracterização do ciclo de sono-vigília, como parte integrante dos diferentes ritmos biológicos do ser humano.

No capítulo II centra-se o padrão de sono-vigília na infância, uma vez que o sono apresenta características diferentes que variam mediante a faixa etária, é feita uma caracterização dos padrões de sono na criança.

No ponto seguinte (2) é feita uma descrição de alguns distúrbios do sono, que mais frequentemente afectam as crianças.

O ponto um e único do terceiro capítulo apresenta algumas relações entre o ciclo de sono e as práticas no quotidiano da criança, nomeadamente nas creches/jardins-de-infância.

Numa segunda parte, denominada de “Estudo Empírico” é feita a apresentação da investigação, que incide sobre a aplicação de um inquérito dirigido a educadores/as de infância, cujo tema era “Estudo sobre concepções acerca do sono em crianças até aos 5 anos”, e sobre o qual é dada a conhecer a metodologia (capítulo IV) e os resultados são apresentados no capítulo V deste trabalho.

Para finalizar no capítulo VI é elaborada a discussão dos resultados e apresentam-se algumas conclusões sobre o estudo.

PARTE I

Enquadramento Teórico

Parte I

Capítulo I – O Sono

1. O estudo do sono

Ao longo dos anos o estudo do sono tem vindo a ser assunto de reflexão por parte de muitos estudiosos, nomeadamente no âmbito das ciências médicas, somando a reflexões filosóficas inúmeras investigações científicas de biólogos e psicólogos.

No entanto, a história do sono é tão antiga quanto o próprio tempo (M. Jouvet, 1996, in Prólogo Lavie, 1996, p.15), remontando à altura em que a evolução descobre o relógio biológico da alga *cianofícea*, que ditaria o ciclo regular de sono, há mais de três biliões de anos. E a história prossegue até cerca de quinhentos milhões de anos (decorria o desenvolvimento da humanidade) quando foram criados nos seres vertebrados os mecanismos que impedem os humanos de permanecerem acordados durante períodos prolongados de tempo.

E há cerca de dois milhões de anos, os mecanismos neurobiológicos ajudaram a criar o estado de sonho, que ainda hoje desempenha uma função crucial na cultura humana - foi a experiência do sonho que evocou a suposição da dualidade entre corpo e alma, servindo de base a correntes ideológicas e filosóficas, ajudando a compreender melhor os conceitos de “vida eterna” e “Deus”. Mas foi em 1979, quando Thomas Edison inventou a lâmpada eléctrica, que vários imprevistos ocorridos por tal invenção vieram causar divergência entre o relógio humano interno e os ditames da sociedade moderna, isto devido à incompatibilidade entre o tempo de sono dos humanos e a substituição da luz pela escuridão.

“Durante a segunda metade do século XX deu-se uma revolução na aproximação científica ao sono. De um fenómeno de interesse apenas para poetas e filósofos, tornou-se um campo submetido a rigorosas investigações científicas, utilizando métodos avançados e inovadores.” (Lavie, 1996, p. 19). Mendes (2005) refere que foi especificamente nos últimos vinte anos que o reconhecimento da importância do sono e os seus efeitos sobre o organismo humano demonstraram uma grande expansão, que coincidiu com o estabelecimento dos primeiros centros de estudo para distúrbios do sono.

Borges salienta que “desde sempre que o mistério do sono preocupa e intriga a humanidade sendo bem conhecida a sua importância no desenvolvimento harmonioso da criança” (cit. Mendes, 2005, p. 15).

O homem desde cedo se preocupou em perceber que mecanismos internos e/ou externos desencadeavam o sono e o despertar. Mais do que perceber que importância o sono teria para o homem, no início, as investigações preocupavam-se em explicar o que ocorria no nosso corpo que propiciava o sono e, o que ocorria no nosso corpo quando o cérebro se encontrava “adormecido”. E segundo Lavie (1996), os conhecimentos científicos mais antigos viam o sono como uma condição de passividade, no qual se acreditava que o cérebro se isolava do resto do corpo.

Uma reviravolta no estudo do sistema nervoso central deu-se com a descoberta das ondas cerebrais, com a invenção do electroencefalograma (EEG), que trouxe uma mudança significativa na investigação do sono. Luigi Galvani (séc. XVII) através de experiências em sapos, foi o primeiro a demonstrar que a estimulação eléctrica de um nervo exposto causava uma contracção do músculo ao qual o nervo estava ligado. Mais tarde conseguiu-se gravar a actividade eléctrica espontânea na superfície do cérebro surgindo assim o encefalograma. A descoberta da actividade eléctrica do cérebro abriu novos caminhos no estudo do sono.

As atenções viraram quando a fadiga do sistema musculoesquelético e do sistema nervoso foi apontada como o factor principal da causa do sono. Nathaniel Kleitman e Eugene Aserinsky (em 1953) fizeram a maior descoberta no campo do sono, que veio refutar as perspectivas anteriores à sua revelação: o sono REM - Rapid Eye Movement (que será explicado no capítulo seguinte sobre os estádios do sono). O sono, que parecia

ser um processo inactivo revelou de facto que não o era, uma vez que os movimentos acontecem, como: o movimento rápido dos olhos. Kleitman (cit. Lavie, 1996, p. 22) acreditava que o sono resultava da fadiga dos sistemas muscular e nervoso. Também Pavlov afirmava que a inibição da actividade cerebral era induzida reflexamente, causando o sono.

Já no século XX, havia uma corrente que afirmava a existência de centros cerebrais para controlo da linguagem, audição e visão e um outro que controlaria o sono.

O estudo da essência do sono obrigava a um estudo objectivo e preciso, levando à utilização de instrumentos que serviam para medir algo que não poderia ser observado de forma exacta. E a medição dos movimentos corporais passou a ser um dos métodos mais populares para distinguir o sono da vigília. Szymanski (investigador alemão) conceptualizou um instrumento semelhante a um sismógrafo, denominado de actígrafo, que se ligava à cama ou aos pés da pessoa, e registava todos os movimentos do corpo adormecido. A ideia era medir a tranquilidade do sono, a diferença entre o sono das mulheres e dos homens, considerando o momento do adormecimento, quando o movimento da cama cessava.

Hoje, com a evolução das tecnologias, o medidor é tão pequeno, podendo atingir o tamanho de um relógio de pulso, podendo ser ligado ao pulso. Esta evolução permite hoje em dia o registo de grandes quantidades de informação, dos movimentos da mão, num período de dias e até de meses. Com a ajuda de um computador, as variações dos movimentos da mão são traduzidas em minutos de sono e vigília.

A actividade eléctrica do cérebro, o movimento ocular e a actividade dos músculos, são os sinais fisiológicos que permitem caracterizar os diferentes estados de sono e vigília. A polissonografia regista todos estes três sinais em simultâneo. O electroencefalograma (EEG) permite o registo da actividade eléctrica do cérebro, o electrooculograma (EOG) permite o registo dos movimentos dos olhos e o electromiograma (EMG) permite o registo da actividade eléctrica resultante da contracção dos músculos. É a acção conjunta destes instrumentos que não deixa margem para dúvidas, permitindo determinar a trajectória dos ciclos sono/vigília, diferenciando bem o sono REM do sono NREM – Non Rapid Eye Movement.

O desenvolvimento de técnicas poligráficas veio desta forma, permitir uma melhoria na precisão e nos conhecimentos quanto à maturação cerebral do sono no bebé e na criança, além de facultar a identificação e caracterização dos vários estádios do sono.

A investigação científica veio demonstrar a importância vital que o sono representa para o organismo, sendo mesmo indispensável à sobrevivência do indivíduo. Desta forma, não foi apenas possível identificar as diversas alterações que vão ocorrendo desde a infância até ao padrão de sono-vigília no adulto, como também a investigação permitiu perceber que alterações vão ocorrendo a nível de ritmo de sono-vigília, estrutura e duração do sono nas diferentes fases da vida humana.

2. O sono e os seus estádios

Dormir é uma necessidade vital e comum a toda a humanidade. Sendo que, os seres humanos passam cerca de um terço das suas vidas a dormir. “Sem dormir não poderemos ter uma boa vigília, não podemos estar em plena forma durante o dia. O cérebro, à medida que passam as horas de sono, vai-se encarregando de que estejamos bem despertos durante o dia seguinte” (Estivill, 2007, p.7).

Dormir bem contribui para uma vida melhor sendo que, o contrário conduzirá a uma péssima qualidade de vida. Ora vejamos: as consequências de dormir mal a noite ou de dormir poucas horas passam pelo aparecimento de sintomas como o cansaço, a irritabilidade, mau humor, falta de concentração, perda de memória e sensação de ardor nos olhos, contribuindo para um mal-estar geral. O sono escasso ou de má qualidade adicionado à agravante de esta situação se prolongar durante muito tempo, torna as pessoas mal-humoradas e tem possíveis repercussões na sua vida social, escolar e laboral (Bates, Viken, et al., 2002).

Parece irónico, pela afirmação de Estivill, mas é a pura verdade: “Dorme-se para se estar acordado” (2007, p.7).

Lavie (1996, p. 20) acrescenta que, “não pode haver dúvida que o ciclo sono-vigília é o aspecto mais estável do nosso comportamento, dotando-o de regularidade e ritmo”.

De facto, ninguém consegue sobreviver sem dormir. E, experiências realizadas em laboratório, com animais, as experiências de privação de sono demonstram que o sono é essencial à sobrevivência. Ratos privados de sono morriam ao fim de 10 a 30 dias, com perda de peso e do controlo da temperatura, e infecções (Techschaffen et al, 1983, cit. Paiva, 2004).

“O cérebro, órgão responsável pelo nosso sono, actua de forma extraordinariamente inteligente. O sono e a vigília são regulados por mecanismos químicos que se autocontrolam com grande precisão” (Estivill, 2006, p.8). Neste sentido, quando se dorme pouco, o organismo tenta recuperar assim que tem oportunidade, o que se traduz em termos práticos no seguinte: se numa noite se dormir apenas quatro horas, a tendência do corpo será a de dormir dez horas ou mais na primeira oportunidade que surgir, se o permitirmos.

Contudo existem certos senãos, como nos explica Estivill (ibidem) com um exemplo que demonstra que “o sono perdido não se recupera”. O sono não é possível recuperar como o tempo, assim como acontece com as refeições perdidas. “Come-se para não se ter fome mais tarde. Para não se sentir as consequências da falta de sono durante as horas que se seguem, dormimos”. Logo, alguém que durma apenas três horas por dia durante uma semana, não pode esperar pelo fim-de-semana, para compensar o tempo perdido, tentando dormir um dia inteiro, por exemplo. Assim como, alguém que opte por se alimentar uma única vez por dia, não conseguirá repor as refeições perdidas tentando recuperar no domingo as seis refeições que ficaram por fazer. Tais actos produziriam enormes consequências, sendo que as previsões dos efeitos mais visíveis passariam no primeiro exemplo a um enorme mal-estar geral acumulado dia após dia e, no segundo exemplo, fome.

“Toda a pedagogia que não tiver em consideração a fisiologia cerebral correrá o risco de ser ineficaz e geradora de perturbações mentais graves” (Charbonneau, 1996, in Prólogo Bouton, 1996, p. 12).

Estivill (2007) dá-nos conta da existência de duas teorias sobre a forma como o cérebro controla os períodos de sono e vigília. A primeira teoria refere-se à existência de uma substância química que é produzida pelo nosso organismo enquanto estamos acordados e, que se vai destruindo enquanto dormimos. Quanto mais tempo uma pessoa se mantiver desperta, produzirá mais essa substância e que por sua vez terá de dormir mais para a eliminar. Como se o organismo eliminasse durante o sono substâncias tóxicas que se acumulam durante o dia. A segunda teoria refere a existência de uma substância produzida pelo organismo mas enquanto se dorme, com a finalidade de ser utilizada durante a vigília. Refere ainda que os últimos estudos nesta área apontam para uma localização desta substância no interior dos neurónios (p. 12).

Estas células (neurónios) produzem um tipo de actividade eléctrica de fraca intensidade, que pode ser medida através de um exame – electroencefalograma (EEG), que consiste na colocação de sensores (eléctrodos) na cabeça da pessoa, que irão recolher a actividade eléctrica do cérebro. Os sinais eléctricos são traduzidos por um conversor e representados graficamente designando-se desta forma, por ondas cerebrais. Verificou-se assim, que a actividade eléctrica e as ondas cerebrais são diferentes conforme o cérebro se encontre a dormir ou em vigília.

A identificação dos diferentes tipos de ondas cerebrais emitidas durante uma noite possibilitou identificar e catalogar as diversas fases e profundidades do sono.

Podem ser identificados dois estados (ou estádios) fisiológicos do sono: o sono agitado - sono REM, designado por Rapid Eye Movement, cuja tradução livre significa “movimento rápido dos olhos”, também denominado por sono paradoxal e caracteriza-se por ser um sono mais superficial; e o outro é o sono calmo - sono NREM, designado por Non Rapid Eye Movement, cuja tradução significa “movimento não rápido dos olhos”, também referenciado por sono de ondas lentas e que se caracteriza por ser um sono mais profundo (Thirinion e Challamel, 1995). Estes dois estádios fisiológicos vão se alternado ao longo do sono.

Segundo Guyton e Hall (2002, citado por Aparas, 2008) “o sono NREM pode ir de um dormitar a um sono profundo, repousante, associado à diminuição do tónus muscular periférico e de muitas outras funções vegetativas do corpo”. É durante a ocorrência do sono NREM, que a pressão arterial, o metabolismo basal (que representa a queima de calorías por um indivíduo em jejum e em repouso e depende das hormonas da tiróide, peso, idade e sexo) e a frequência cardíaca que se estima que diminuem de 10% a 30%.

As cinco fases de sono distintas encontradas num jovem adulto saudável podem ser medidas pela polissonografia: a fase do sono dos movimentos oculares rápidos (REM) e quatro fases de sono de movimentos oculares não-rápidos (NREM), que são numeradas de I a IV pela lentificação crescente e progressiva que se regista através do EEG. O sono REM, durante o qual ocorre a maior parte dos sonhos, ocupa cerca de 20 a 25% do sono total, diminuindo a sua quantidade com a idade (Collins, 2003, p.110) enquanto que o sono NREM ocupa cerca de 75% do tempo do sono.

Estivill (2007) associa o processo do sono (com as suas diferentes fases) à actividade de descer uma escada.

- (1) Encontramo-nos num estado de vigília, em alerta, no qual a pessoa está desperta, num momento de tranquilidade e repouso, onde predomina o ritmo alfa (a actividade eléctrica cerebral é constituída por ritmos rápidos de fraca amplitude), a actividade eléctrica cerebral tem a frequência de 8 a 13 ciclos por segundo, e onde o movimento ocular é constante e a actividade dos músculos também é elevada.
- (2) Ao fechar os olhos, desce-se o primeiro degrau e dando-se assim, o primeiro passo para a **fase I do sono**, denominado também de sonolência, que é induzida pelo aumento da secreção de melatonina. Nesta fase o corpo inicia o relaxamento muscular e o tónus muscular diminui, a respiração torna-se uniforme, os movimentos oculares ficam lentos, indiciando uma desvinculação perceptiva e, no electroencefalograma observam-se ondas cerebrais mais lentas e de amplitude um pouco maior que as existentes durante o estado de alerta da vigília. A respiração vai se tornado cada vez mais lenta, acompanhada pelo ritmo cardíaco e a temperatura corporal também decresce.

- (3) Após o relaxamento chega o sono, em apenas alguns minutos, passando-se da vigília calma onde surgem as ondas alfa, entrando-se na fase I do sono NREM. Nesta fase o ritmo alfa desaparece, dando lugar a actividade nas faixas de frequência teta (4 a 7 ciclos por segundo) e beta (acima dos 13 ciclos por segundo).
- (4) E depois de uns minutos nesta fase, desce-se mais um degrau, para a **fase II**, que se caracteriza por uma respiração mais ruidosa, o corpo completamente relaxado, onde se denota um aumento das ondas delta, e as ondas cerebrais são um pouco mais lentas que as anteriores, surgem os fusos (Fusos de Sono que se caracterizam por surtos de actividade rítmica de 12 a 14 ciclos por segundo, com duração média dentre 1 e 5 segundos) (Frenandes, 2006). É nesta fase que também surgem os Complexos K, (ondas bifásicas de alta amplitude, que podem surgir acompanhadas de Fusos de Sono). Ainda não se trata de um sono profundo.
- (5) O sono seguinte é mais profundo que o anterior e denomina-se de sono lento ou **fases III / IV**. Estas surgem agrupadas devido às semelhanças encontradas. Verifica-se que as ondas cerebrais são já muito lentas, e só fortes estímulos acústicos ou físicos levarão a pessoa a acordar, encontramos-nos portanto, num sono profundo, também denominado de sono de ondas lentas, ou sono delta (havendo predominância de ondas delta de baixa frequência e grande amplitude variando de 0,5 a 3,5 ciclos por segundo).
- (6) Atingir a fase III do sono pode demorar entre sessenta a setenta minutos. Esta curta passagem, uma vez que a duração da fase II é de apenas uns minutos, determina a mudança entre o sono ligeiro (fase II) e o sono profundo (fase IV). E assim se desce mais um degrau, também designado por fase REM (abreviação de *rapid eye movement* – movimentos oculares rápidos) que se caracteriza pelos rápidos movimentos que realizamos com os olhos, e que são fáceis de observar nos recém-nascidos quando adormecem depois de comer. Nesta fase, o corpo está descontraído mas o cérebro encontra-se muito activo, uma vez que, enquanto a criança dorme o seu cérebro processa e armazena a nova massa de informação recebida nas horas em que esteve acordada. É também nesta fase que se produzem os sonhos, daí o sono REM ser também denominado de “sono onírico”, “sono paradoxal” e “sono activo”.

Ao entrar-se no mundo do sono, os centros cerebrais mais importantes começam a entrar em descanso e gradualmente desligam. Passados cerca de noventa minutos a actividade cerebral começa com uma actividade crescente, à medida que vai entrando na fase de sono REM, sendo que nesta fase a actividade do cérebro é muito intensa, pois encontra-se a processar a informação recolhida durante o dia.

Ao conjunto das fases do sono dá-se o nome de ciclo, e cada uma costuma ter uma duração total de noventa a cento e vinte minutos, e estes ciclos repetem-se três a cinco vezes durante a noite. Em termos de organização: na primeira metade da noite passa-se mais tempo em sono profundo (fases 3 e 4) que na segunda parte, na qual predominam as fases 2 e REM (Estivill, 2007; Mendes, 2005).

Em situações normais, o início do sono nocturno dá-se quando a temperatura corporal profunda começa a diminuir, atingindo o mínimo entre as duas e as cinco horas da madrugada. E a profundidade e duração do sono estão relacionadas com o ritmo da temperatura e, o número de despertares com a temperatura corporal (Estivill, 2007, p.73). E portanto, acorda-se mais vezes quando a temperatura corporal sobe (Reinberg; 1999; Testu, 2000).

Independentemente da fase do sono que nos encontremos, existem despertares. Tratam-se de pequenos despertares de pouca duração na criança e no adulto, que não ultrapassam os trinta segundos, e que nos idosos são maiores durando de dois a cinco minutos. Estes também vão alterando com a idade, em duração e em quantidade e por consequência, as pessoas idosas podem ficar uma ou duas horas em vigília nocturna (idem, p.14).

Existem certos parâmetros que definem um “sono normal”: para adormecer começa-se sempre com um sono mais leve e a pouco e pouco vai-se entrando num sono mais “pesado” ou profundo; portanto, adormece-se sempre na primeira fase do sono (fase 1).

O ciclo do sono, com todas as suas quatro fases, constitui um ciclo completo que se repete com uma periodicidade que ronda os noventa a cento e vinte minutos. O sono mais profundo acontece sempre durante o primeiro terço da noite, encontrando-se ligado ao início do sono. A fase REM predomina mais para o final da noite e quando se acorda durante esta fase é normal recordar os sonhos. Durante o sono nocturno, cerca de 2% do

tempo é passado em vigília com os despertares nocturnos e normalmente não há lembrança dos mesmos quando se acorda de manhã.

Nos recém-nascidos o sono é um pouco diferente do dos adultos. Existindo cinco estádios de vigília do recém-nascido, de acordo com a classificação de Prechtl et coll (1968, cit. Mendes, 2005, p. 64), e designam-se por estádios de I a V, correspondendo ao primeiro a um sono calmo e ao último à agitação do despertar com ou sem choro.

No primeiro estágio, estágio I, do sono calmo, tem a duração de cerca de vinte minutos. É neste estágio que é segregada a hormona do crescimento (segundo Vecchierini, 1997, citado por Mendes, 2005).

O recém-nascido mantém-se calmo, sem movimentos corporais, mantém-se com os olhos fechados, não existindo movimentos oculares, e a sua respiração é regular (rondando os 30 ou 40 movimentos por minuto) e por vezes ocorre um mínimo movimento. A frequência cardíaca é mais baixa e mais regular que no sono agitado (ficando-se entre os 100 e 140 batimentos cardíacos por minuto). Permanece com as mãos fechadas e braços flectidos sob o tórax, revelando alguns movimentos de sucção.

No estágio II, do sono agitado, é menos estável que o calmo e a sua duração varia de 10 a 45 minutos. O sono é interrompido por frequentes movimentos corporais: ao nível dos dedos e mais amplos ao nível do braço, ou da perna. Nesta fase do sono o bebé pode ser muito expressivo, expressando medo, cólera, surpresa, desgosto, tristeza ou alegria através de sorrisos. Challamel (1995) foi quem os caracterizou e designou de emoções fundamentais (citado por Mendes, 2005). Nesta fase o corpo do bebé está mole, a sua respiração é mais rápida e irregular que no sono calmo, com breves pausas respiratórias (de 3 a 10 segundos). O ritmo cardíaco é igualmente rápido e instável (entre 120 e 160 pulsações por minuto).

O estágio III, é um estágio de vigília calmo, no qual se dá um despertar calmo, e o recém-nascido fica atento ao meio envolvente. Ao longo dos dias estes períodos calmos irão prolongar-se, indo de cerca de 30 minutos no final do primeiro mês de vida, até perto de duas horas seguidas aos três meses de idade. Este estágio surge nos primeiros dias de vida. O recém-nascido fica com os olhos abertos, consciente do meio ambiente que o

rodeia e mexe-se pouco. É sensível aos odores, e reconhece o rosto da mãe (Challamel e Thirion, 1999, citado por Mendes, 2005, p. 65).

Os estádios IV e V, denominam-se por estádios de vigília agitado com ou sem choro, sendo mais frequente e prolongado que o estádio anterior (calmo). O recém-nascido é pouco sensível ao meio e geme, mexe-se, faz caretas e chora frequentemente. O seu coração bate rápido e a sua respiração é rápida e irregular (Vecchierini, 1997, citado por Mendes, 2005, p. 65).

Relativamente ao sono da criança com menos de 3 meses, Challamel e Thirion (1995) consideram que nesta fase o sono vai transformar-se da maneira mais importante, com o surgimento de todas as componentes que caracterizam o sono do adulto: o aparecimento de uma periodicidade dia/noite; o aparecimento dos ritmos circadianos, da temperatura, dos ritmos cardio-respiratórios e secreções hormonais; a maturação encefálica do sono com aparecimento das diferentes fases que caracterizam o sono do adulto.

O que regula o relógio biológico interno são os estímulos externos (como a luz, o ruído, os hábitos sociais) e internos (a melatonina, o cortisol, a temperatura) e para tal é necessário que este se aperceba que momento do dia está a viver. Designando-se a este mecanismo de sincronização.

A pessoa encontra-se sincronizada com o lugar em que vive, adaptando-se a ele.

Os estudos do sono no bebé recém-nascido prematuro por Monod (1964) e Curzi Dascalova (1973), cuja evolução era medida semana a semana, permitiram um maior conhecimento sobre a construção cerebral do bebé, estudando a maturação dos neurónios corticais, do estabelecimento das conexões que os ligam entre si e a ligação ao cérebro profundo (citado por Mendes, 2005, p. 68).

3. Ritmos Biológicos

Os seres humanos são portadores de ritmos: biológicos, físicos e psicológicos. O próprio ambiente é rítmico, com a noite, o dia, as estações. Os ritmos biológicos correspondem a variações dos processos fisiológicos (Testu, 2000).

No cérebro existem estruturas que indicam os momentos de sono e os momentos de vigília. Este controlo é efectuado por dois pequenos grupos de células, denominados de núcleos supraquiasmáticos, e que constituem o nosso relógio biológico interno. É um relógio que determina a alternância entre sono e vigília: dorme-se de noite cerca de oito horas, e a alternância sono-vigília constitui, um dos chamados ritmos biológicos. Existem vários, como o bater ritmado do coração e da respiração. Estes ritmos caracterizam-se pela forma como se repetem reiteradamente, periódica e de forma previsível, podem ser: ritmos de alta frequência (quando inferiores a trinta minutos, exemplo ritmo cardíaco e respiratório), de baixa frequência (superiores a dois dias, exemplo ciclo menstrual); e de média frequência (entre trinta minutos e dois dias, exemplo ritmo sono-vigília).

“Como tem uma duração aproximada de cerca de um dia, o ciclo de sono-vigília foi designado por circadiano” (Estivill, 2007, p. 69).

Pode-se definir um ritmo como uma alteração periódica e regular das funções fisiológicas onde, segundo Reinberg (1997) se enquadra a alternância vigília/sono, e a existência de outros ritmos circadianos com períodos de um dia, ou ainda outros ligados aos movimentos de rotação e translação da terra (citado por Mendes, 2005, p. 30).

Os ritmos biológicos são coordenados por relógios biológicos, como Reinberg (1999) refere, são acertados diariamente pelas variações periódicas de factores do ambiente, como a alternância dia-noite (idem).

Segundo Testu (2000) os ritmos biológicos presentes a partir do nascimento podem ser repartidos em três categorias de acordo com o seu período: cerca de 24 horas (circadianos),

inferior às 24 horas (ultracardianos ou rápido), superior às 24 horas (infracardianos ou lentos).

Os ritmos psicológicos podem ser definidos como as variações periódicas dos comportamentos, da actividade intelectual e a vigília. Ritmos biológicos e psicológicos podem ser modulados sob a influência de sincronizadores naturais como a alternância do dia e da noite, as estações, ou artificiais como os empregos do tempo, os calendários escolares. Os ritmos psicológicos são mais frágeis e mais influenciados pela ritmicidade ambiental.

Outros ritmos biológicos circadianos são os da temperatura e os da secreção das hormonas cortisol e melatonina. De noite, quando dormimos, o nosso corpo está mais frio que durante o dia, baixando a secreção de cortisol e subindo a de melatonina. Sendo que a primeira hormona prepara-nos para a vigília e a segunda para o sono.

A melatonina é uma hormona produzida pela glândula pineal (também designada por hipófise), que vai diminuindo com a idade. Inlui sobre os ritmos sazonal e circadiano, sobre o ciclo sono-vigília e sobre a reprodução. Acredita-se que a sua principal função seja a de regular o sono (prepara e induz o sono). A sua secreção pelo organismo ocorre num padrão dia/noite, manifestando-se sensível à luminosidade, atinge um pico no início da noite e regista uma descida no fim da mesma, portanto na presença de luz, é enviada uma mensagem neuro-endócrina que bloqueia a sua formação.

Sob circunstâncias naturais de um ciclo claro-escuro ocorre uma produção rítmica circadiana de melatonina. A exposição a luminosidade (luz brilhante) é suficiente para suprimir a síntese de melatonina. Evidências clínicas e experimentais mostram que diversos estados biológicos incluindo o humor podem ser influenciados pela melatonina (Ballone, 2002). Em contexto clínico, um trabalho recente descreve a utilização da melatonina no tratamento dos distúrbios do sono em crianças hiperativas e com deficit neurológico: pequenas doses nocturnas corrigem as alterações do sono, e os investigadores observaram uma melhoria no humor e um posicionamento social favorável e mais estável em crianças que receberam melatonina (idem).

A cronobiologia é a ciência que estuda a importância dos ritmos biológicos, das variações periódicas da actividade. Montagner (1991) e Testu (1982) referem que é graças a esta ciência que hoje se conhece que no ciclo das vinte e quatro horas, na semana, no ano (entre outros), existem os chamados tempos “fortes” e “fracos” na secreção de uma ou outra hormona, na síntese desta ou daquela molécula, no ritmo cardíaco e na pressão arterial, na temperatura corporal, na respiração, na glicémia, na memória, etc. (citado por Mendes, 2005, p. 30).

O ritmo biológico de sono-vigília do recém-nascido é de três a quatro horas no momento em que nasce, e evolui progressivamente, até os primeiros seis meses, para um ritmo de duração circadiana. A periodicidade de vinte e quatro horas mantém-se até à adolescência, à medida que a idade aumenta. Ou seja: num jovem, o relógio biológico desacelera significativamente e o seu relógio interno indica-lhes nove horas da noite, quando na verdade já é meia-noite; nos adultos, o relógio interno volta a ter uma periodicidade de vinte e quatro horas; numa pessoa idosa, à medida que a idade aumenta, o relógio interno vai-se acelerando progressivamente, o seu relógio biológico indica meia-noite quando ainda nem são dez horas da noite, além do que com o avançar dos anos, deixa de haver grandes alterações na temperatura do corpo, pelo que se torna mais difícil manter o ritmo circadiano.

A maneira como se organiza o ritmo sono-vigília, dentro das vinte e quatro horas do dia, depende da idade. Borges (2000) fala-nos dos ciclos: no recém-nascido trata-se de um ciclo polifásico, onde o sono é repartido, em vários períodos, existindo várias fases de vigília e sono em vinte e quatro horas; nos adultos o sono é monofásico, pois consiste numa vigília contínua, a que se segue um sono nocturno. E nas pessoas idosas, o ritmo volta a ser polifásico, por fazerem diversas sesta durante o dia (citado por Mendes, 2005). Os aspectos referentes ao sono da criança serão seguidamente abordados com mais desenvolvimento, no ponto cinco.

Conhecer os ritmos biológicos permite determinar quais os momentos favoráveis para exercer certos tipos de actividades, como estudar, trabalhar ou repousar, ou ainda para detectar certas doenças.

Como Testu (2000) refere, existe uma predisposição para se ficar doente com frequência em certos períodos do dia, ou em certos dias do mês ou estações do ano. Como exemplo existem as síndromes depressivas que surgem com mais evidência no mesmo período do ano, e também é conhecida a vulnerabilidade das pessoas no Inverno assim como uma maior necessidade de sono e sensibilidade às infecções.

O conhecimento destes ritmos veio demonstrar a necessidade de se respeitarem os nossos ritmos biológicos internos dada a sua importância para o equilíbrio fisiológico e psíquico. Crepon (1985) refere que os conhecimentos sobre as alterações dos ritmos biológicos que ocorrem no adulto ajudarão a compreender o que ocorre na criança, porque esta se encontra numa fase de crescimento e o seu organismo apresenta uma maior fragilidade (citado por Mendes, 2005, p. 33).

Capítulo II – O Sono na infância

1. O sono da criança

“Conhecer o sono da criança e a sua maturação é importante para evitar que fenómenos fisiológicos em certos períodos da vida não sejam entendidos como distúrbios da organização do sono” (Billiard, 1998, citado por Mendes, 2005, p. 61).

A alteração do padrão de sono-vigília é apenas mais uma de entre as inúmeras modificações através das quais o ser humano passa à medida que se vai desenvolvendo. No entanto, é durante a primeira infância, que ocorrem importantes alterações na estrutura do sono.

O sono é essencial para o crescimento. Os bebés pequenos parecem estar sempre a dormir porque se estão a desenvolver fisicamente a um ritmo alucinante e é durante o sono que a hormona de crescimento é libertada e as células se multiplicam mais depressa:

conforme a criança vai ficando mais velha, tem mais tendência para crescer por surtos, quase de um dia para o outro às vezes, e pode precisar de mais sono para compensar (Collins, 2003, p.110).

Portanto, “para o bebé, aprender a dormir é parte integrante da aprendizagem da sua autonomia” (Brazelton e Sparrow, 2004, p. 13), assim como a consolidação do sono e organização do mesmo se reflectem de tarefas de enorme importância durante o primeiro ano de vida.

As crianças quando nascem têm um ritmo de sono-vigília que se vai repetindo, a cada três ou quatro horas. E nas primeiras duas semanas de vida os períodos de sono de um recém-nascido podem durar de 2 a 3 horas, independentemente de ser dia ou noite, enquanto que os períodos de vigília podem formar ciclos de 4 horas.

No entanto, já Kleitman (1953) tinha notado que existe uma predominância do sono nocturno em detrimento do diurno, na terceira semana de vida. E até ao terceiro mês os maiores períodos de sono vão sendo estabelecidos à noite, enquanto que no período diurno as sestas vão sendo cada vez mais regulares, estabelecendo-se um padrão de continuidade. Por volta dos seis meses, após o período neo-natal, o ritmo de sono deverá estar já completamente organizado, sendo de onze/doze horas de sono nocturno (sem interrupções) com duas sestas diurnas. E é durante estes primeiros seis meses que a estrutura do sono vai sendo organizada. O recém-nascido inicia o sono na fase REM, e à medida que o seu sistema nervoso central vai amadurecendo, passa a iniciar o sono no estágio I (classificação de Prechtl et coll).

A criança toma quatro refeições diárias, e os horários das refeições deverão também ser regulares, o que ajudará a manter o ritmo de sono. Nesta fase (após os seis meses) a criança já deverá ter adquirido o hábito de dormir só, sem os pais, e conseguir adormecer satisfeita sem chorar. Assim, como deverá já dormir no seu berço e sem qualquer luz. A alteração do ritmo natural de sono do recém-nascido para o ritmo de sono de um bebé de seis/sete meses realiza-se com a ajuda de uma espécie de relógio biológico (um grupo de células situadas no centro do cérebro). E este relógio coloca-se em funcionamento devido a estímulos como a luz e o barulho, associando-os à vigília, e a escuridão, o silêncio e as rotinas de sono, associando-os ao sono.

Dos 6 meses até aos 4 anos de idade, o sono vai se concentrando no período nocturno, e as sesta diurnas mantém-se, no entanto a sua duração vai diminuindo com o avançar da idade, tornando-se raras após os 3 anos de idade, até entrar no período escolar (5/6 anos), onde as sesta praticamente desaparecem da sua rotina diária.

As crianças aprendem os hábitos do sono se forem ensinadas. E a grande maioria aprende rapidamente a rotina do sono, mas existe uma elevada percentagem (cerca de 30% dos recém-nascidos, segundo Estivill) cujo relógio biológico é mais preguiçoso, e por isso os hábitos de sono têm de ser ensinados de maneira um pouco diferente.

“A necessidade de horas de sono varia de caso para caso e depende de uma infinidade de factores que vão desde a idade aos condicionalismos genéticos” (Estivill, 2007, p. 10).

Os recém-nascidos dormem o tempo que a sua necessidade fisiológica pessoal determina. E o poder de controlo das horas de sono de um bebé é muito limitado, como refere Leach (1977, p. 86). Pode-se dar conforto, transmitir segurança, proporcionar condições para que durma tanto quanto lhe apetecer, mas por outro lado, não se conseguirá fazer com que ele durma se não tiver vontade.

Como nos refere Collins (2003) “as crianças não necessitam todas da mesma quantidade de sono, mas existem linhas de orientação”. “Um bebé recém-nascido dormirá entre 16 a 18 horas por dia. Quantidade esta que vai diminuindo gradualmente até por volta dos 6 meses que a média passa a ser de 14 horas por período de 24 horas, incluindo algumas sesta durante o dia. Por volta dos dois anos, a maior parte dos bebés dorme entre 10 a 12 horas em cada 24, incluindo uma sesta diurna que pode variar entre 20 minutos e algumas horas. Por volta dos 3 anos, as necessidades de sono variam entre 9 e 12 horas em cada 24, e as sesta durante o dia muitas vezes não passam de uma memória feliz” (p. 111).

Stoppard (1995, p. 23) refere que “o padrão de sono de um recém-nascido é determinado pelo seu peso e pelas suas necessidades nutritivas. Isto significa que, nas primeiras semanas de vida, quanto menos pesar o seu bebé, mais precisará de se alimentar e menos de dormir, e vice-versa”. E ilustra esta ideia num quadro que faz a correspondência entre o peso do bebé e as vezes que acorda, sendo que: um bebé de 2 kg pode chegar a acordar 7 a 8 vezes para mamar, enquanto que um bebé de 3 kg acorda 5 a 6

vezes, e um bebé de 4,5 k g acorda 4 a 5 vezes. Thirion e Challamel (1995) confirmam esta ideia, ao dizer que o sono de um recém-nascido no primeiro mês de vida é em média de 16 horas diárias, podendo existir no entanto diferenças importantes: certos bebés com mais peso dormem quase 20 horas, outros provavelmente mais magros dormem apenas 14 horas, sem que isso seja anormal.

No entanto, “a duração do sono, os seus ritmos e a sua organização modificam-se consideravelmente entre o nascimento e a idade adulta” como refere Mendes (2005, p.15).

Kecchierini (1997) sintetiza esta ideia dizendo que “o sono é um imperativo para todo o homem, mas a sua necessidade é um factor que decorre de importantes variações interindividuais.” Billiard (1998) salienta que “o papel do sono é fundamental e a privação do mesmo é capaz de modificar os ritmos biológicos” (ambos citados por Mendes, p. 16 e p.40).

“O sono da criança evolui na estrutura e na duração desde o período fetal à adolescência. Falar do sono antes do nascimento e das primeiras semanas até à adolescência, é descrever toda uma evolução, uma maturação directamente ligada à construção contemporânea do cérebro” (Mendes, 2005, p. 61).

Sendo um mamífero, o homem, tem um cérebro imaturo ao nascimento e, para Roffwarg (citado por Challamel e Thirion, 1995) o sono paradoxal desempenha um papel no desenvolvimento e na maturação do cérebro, permitindo instaurar o desenvolvimento dos circuitos nervosos, contribuindo para a maturação do cérebro durante a vida fetal e pós-fetal precoce.

De forma a manter o equilíbrio do seu imaturo sistema nervoso, o recém-nascido tenta evitar que o excesso de estímulos (visuais, auditivos, olfactivos, tácteis) o perturbem, aprendendo a transitar de um estado de vigília para o estado de sono, e depois para o de vigília, alternando entre estados, de forma a se proteger. À medida que cresce, vai aprendendo a manter o seu estado alerta, conseguindo escolher a que estímulos quer ou não reagir. Se houver muita actividade à sua volta, o bebé pode passar a um estado semelhante ao de sono. E se os estímulos cessarem, o bebé, acorda. Este exemplo demonstra a

capacidade de protecção através do sono designada por “habituação” (Estivill, 2007), uma vez que traduz a forma de o bebé se fechar ao mundo que o rodeia.

É no início da infância que o sono é mais frágil e facilmente interrompido, podendo a criança ter dificuldade em lidar com transições da vigília para o sono, assim como entre o sono REM e o sono NREM (Clemente, 1997, p.14).

Dos 3 meses ao ano de idade, o padrão de sono do bebé é mais facilmente influenciado por factores externos como ambiente, ruídos ou temperatura, enquanto que depois desse período o sono vai se tornando cada vez mais estável.

O recém-nascido pode passar cerca de 18 horas a dormir, com períodos de vigília intercalados, e o seu sono caracteriza-se por ter um padrão polifásico (vários períodos de sono). Borges (2000) refere que o lactente e a criança pequena têm um padrão bifásico de um único sono nocturno e um episódio de sono diurno (citado por Mendes, 2005, p.16) pois, a criança à medida que cresce, por volta dos oito a dez anos, costuma dormir entre nove e dez horas seguidas.

É entre os 3 e os 6 anos que o sono diurno vai progressivamente desaparecer e o tempo de sono nocturno torna-se mais relevante (Mendes, 2005, p. 62).

Estivill (2007, p.10) indica-nos que “a passagem do tempo afecta tanto a qualidade como a quantidade do sono. Um adulto necessita, em geral de sete a oito horas, enquanto um idoso de mais de setenta anos precisará de apenas seis. Além disso, o seu sono costuma ser mais superficial e com múltiplas interrupções”. Sendo que a única certeza que existe neste ponto (horas de sono para um adulto) é que as necessidades de sono variam de indivíduo para indivíduo, e à maioria bastam 7 a 8 horas, para os que dormem pouco situam-se entre as 5 e 6 horas diárias de sono, e para os que dormem mais, 9 e 10 horas de sono ou mais.

Uma investigação dos padrões de desenvolvimento da duração do sono durante a infância, efectuada por Montplaisir, mostra que as crianças que frequentam a escola e dormem pouco correm o risco de sofrer de problemas cognitivos e de comportamento na escola.

O estudo focou 1.492 crianças, que foram acompanhadas anualmente desde os cinco meses da idade até aos seis anos. De acordo com Montplaisir, o estudo não encontrou nenhuma diferença na duração do sono entre os dias semanais e os fins-de-semana, indicando que as crianças não compensavam no fim-de-semana a perda do sono que ocorria durante a semana. Os resultados indicam que uma redução modesta mas crónica de apenas uma hora do sono nocturno na infância pode afectar o desempenho cognitivo da criança na entrada da escola. Além do que, a aquisição da língua e a consolidação de palavras novas na memória poderia significativamente ser impedida pela duração encurtada do sono durante toda a infância.

Há um período crítico na infância da criança pré-escolar (dos 3 aos 5 anos), onde a falta do sono é particularmente prejudicial em vários aspectos do desenvolvimento, mesmo se a duração do sono normalizar mais tarde, conforme salienta, Montplaisir. Os resultados da importância de dar a uma criança a oportunidade de dormir pelo menos 10 horas por noite, durante toda a infância, especialmente antes da idade dos três anos e meio, de forma para assegurar um bom desempenho cognitivo na entrada da escola. Recomendando assim, que crianças do pré-escolar durmam entre 11-13 horas por noite e, crianças que frequentem a escola devem dormir entre 10-11 horas do sono por noite.

As horas de sono de uma criança não são uniformes, pois vão alternando entre períodos de descanso profundo e grande actividade cerebral.

É a dormir que se cresce, porque se demonstrou que a secreção da hormona de crescimento (também conhecida como GH - Growth Hormone) tem um pico nas primeiras horas de sono profundo (aproximadamente meia hora após uma pessoa dormir) assim como a testosterona, enquanto o cortisol, hormona produzida pela glândula supra-renal (encontra-se envolvida na resposta ao stress, aumenta a pressão arterial e o açúcar do sangue, além de suprimir o sistema imunitário) tem o seu pico de madrugada na fase do despertar.

O papel do GH é, entre outras funções: ajuda a manter o tónus muscular, evita a acumulação de gordura, melhora o desempenho físico, entre outros aspectos. Tem-se vindo a verificar que pessoas que dormem pouco reduzem o tempo de sono profundo e, em consequência, a produção da hormona do crescimento.

A maior parte dos recém-nascidos dorme quando não está a mamar, ocupando assim, cerca de 60% do tempo a dormir, alguns bebés permanecem activos e alerta por períodos longos do dia e da noite (Thirion et Challamel, 1993). Como afirma Stoppard (1995, p. 22) “todos os bebés são diferentes, e as suas necessidades de sono dependem da sua fisiologia individual. Por este motivo, não faz sentido impor-lhes regras de sono muito rígidas que correspondem ao bebé médio” porque como refere “o bebé médio não existe”.

Para as crianças o sono é essencial. É através dele que a criança recebe a energia que necessita para a sua vida diária. Além de estimular o crescimento, desempenha um papel fundamental no desenvolvimento cerebral e afecta a forma como a criança gere a sua vida ao longo do dia.

“Sem sono regular, as crianças ficam mal dispostas e difíceis e têm dificuldade em concentrar-se. O seu apetite é afectado, o sistema imunitário fica enfraquecido e têm maiores probabilidades de apanhar vírus e outras infecções” (Collins, 2003, p.110).

O sono das crianças tem repercussões durante a vigília (a nível dos comportamentos e do rendimento cognitivo, por exemplo), não só a curto-prazo, como a médio e longo prazo. Neste sentido, uma recente investigação longitudinal de 2007, realizada pelos investigadores Touchette, Petit, Seguin, Boivin, Tremblay e Montplaisir, acompanhou crianças desde os 5 meses até aos 6 anos, e pretendia investigar as associações entre a duração do sono (estudada num padrão longitudinal) e a relação entre o comportamento/cognição das crianças na entrada para a escola. A duração do sono era relatada anualmente pelas mães das crianças. Concluiu-se que uma duração encurtada do sono, especialmente antes da idade de 41 meses, é associada a problemas, tais como um desempenho cognitivo mais baixo. Os resultados destacam a importância de dar a uma criança a oportunidade de dormir pelo menos 10 horas por noite durante toda a infância nomeadamente a escolar (infância adiantada).

Este estudo veio provar que uma duração curta do sono induz estados de sonolência nas crianças. E essa manifestação de sonolência é variada podendo ir desde o bocejar, até manifestações de hiperactividade. Muitas crianças respondem ao sono insuficiente com irritabilidade, falta de atenção, além de que outros estudos evidenciam uma potencial ligação entre o sono insuficiente e a hiperactividade (relacionada com o défice de atenção).

Os resultados indicam que uma redução modesta mas crónica de apenas 1 hora do sono nocturno na infância pré-escolar pode ser associada a um desempenho cognitivo da criança na entrada para a escola.

A duração curta do sono multiplicou por 3.1 o risco do desempenho baixo, sugerindo que a aquisição da linguagem e a consolidação de palavras novas na memória poderiam significativamente ser impedidas pela duração crónica encurtada do sono durante toda a infância. Em comparação com crianças sem problemas de sono, as crianças que dormiam menos horas demonstraram um desempenho significativamente mais baixo na criatividade verbal e na estruturação do pensamento, comparativamente com as que têm um sono regular. Os investigadores acreditam que há um período crítico na infância escolar onde a falta de sono é particularmente prejudicial nos vários aspectos do desenvolvimento, mesmo que a sua duração se venha a normalizar mais tarde.

2. Distúrbios do sono na criança

As novas exigências do mundo actual, as necessidades da sociedade "online 24h" e a complexidade da organização do trabalho levam a que um número cada vez maior de pessoas tenham de trabalhar por turnos e tem-se verificado também, nas últimas décadas a significativas alterações nos hábitos das populações, atingindo todas as faixas etárias, como nos refere Paiva (2004).

Um estudo populacional realizado por Webb (1975) veio mostrar que os Americanos dormiam menos 1,5 horas por noite do que no início do século XX. "Dormir menos de 6 horas e mais de 9 está associado a um aumento da mortalidade e morbilidade. A consequência mais directa é a sonolência diurna, mas existe interferência no desempenho de actividades quotidianas e do trabalho, redução de vigiância, perturbações da concentração e da atenção, aumentos dos tempos de reacção e acidentes, especialmente de

noite. Muitos indivíduos desenvolvem, para além dos déficits cognitivos, alterações do humor (depressão, irritabilidade e ansiedade), alterações do comportamento como agressividade e maior propensão para outras doenças, tais como doenças virais, diabetes, obesidade, doenças cardíacas e outras doenças relacionadas com a idade. Isto é particularmente grave em crianças porque interfere com a maturação do cérebro” (idem).

Dement (2000) revela-nos que foi provado empiricamente que o sono saudável é o factor mais importante que determina a nossa longevidade sendo mais influente que a dieta, o exercício físico ou a hereditariedade. No entanto, os hábitos da nossa cultura moderna continuam a contribuir para uma alarmante privação de sono verificando-se assim uma ignorância sobre o seu papel e relevo.

O sono é sacrificado para satisfazer a nossa demanda de dias infinitos. Os distúrbios passam despercebidos, sendo mortais para o próprio sono, encurtam vidas incontáveis apesar da disponibilidade de tratamentos simples.

Problemas do sono encontram-se relacionados com dificuldades sentidas em estabelecer padrões de harmonia nos ciclos de sono-vigília. Tanto adultos como crianças apresentam queixas relativas aos problemas em dormir. E, a delimitação sobre o que pode ser considerado ou não como distúrbio de sono em crianças, não tem gerado consenso entre os especialistas da área. Nesse sentido, a delimitação clara das especificidades que rodeiam cada distúrbio devem ser analisadas e consideradas tendo em conta se ocorrem em adultos ou em crianças, nomeadamente: as necessidades da pessoa, as causas dos distúrbios, os seus possíveis significados, a forma como se apresentam e diagnosticam.

Actualmente há muitas pessoas que sofrem de distúrbios do sono e ignoram que hoje em dia muitas destas perturbações são tratáveis. Como por exemplo, existem casos extremos, de pessoas que sofrem de insónias graves, que as levam a ficar horas deitadas, sem que sintam o sono a chegar, levando-as a acreditar que nunca dormem. Como explica Estivill (2007, p. 8) essas pessoas, enquanto permanecem deitadas, “efectuam o que se chama em gíria técnica, microssonos. Trata-se de períodos muito breves de sono superficial que bastam para evitar a morte da pessoa em questão”.

“A sonolência é um estado fisiológico que pode ser comparado à fome ou à sede, e constitui uma necessidade essencial para a sobrevivência de todos os seres vivos.” A sua presença e intensidade são condicionadas pelo número de horas do sono nocturno e pela sua qualidade (Estivill, 2007, p.16).

Sentir sono de dia não é uma situação normal se tiver ocorrido uma boa noite de sono. “Esta situação de sonolência diurna surge no momento em que faltam estímulos externos que normalmente servem para nos manter acordados” (Estivill, 2007, p.16).

Quando se trata de um fenómeno patológico, ou seja, quando a sonolência diurna se torna excessiva podemos estar perante um distúrbio fisiológico, que poderá não ser a causa, mas sim um sintoma que servirá para detectar transtornos médicos como por exemplo: a síndrome da apneia obstrutiva do sono, a insónia, ou alterações graves dos horários de sono. Esta pode provocar problemas, interferindo com relações laborais, sociais e familiares, que podem ir desde fracassos escolares (em crianças), a alterações de comportamento (em jovens e adultos), levar à ocorrência de acidentes de trabalho e de viação.

A insónia é um sintoma comum entre quem sofre elevados graus de ansiedade ou apresenta tendências depressivas. A dificuldade de conciliar e manter o sono geralmente é sintoma de outra perturbação ou doença, que será de facto a causa do problema. Existem factores que contribuem para o aumento da incidência da insónia, como: um baixo estatuto socioeconómico, nível cultural pobre, presença de doença crónica, episódios de stress, consumo de bebidas alcoólicas e, também o tipo de vida actual. Em função da sua duração, identificou-se três tipos de insónias: a ocasional, a transitória e a crónica.

- A insónia ocasional pode ter uma duração máxima de sete dias e pode ter como causa factores de ordem emocional, excesso de preocupações, ou mudança dos fusos horários (jet lag), sendo que não costuma estar associada a outro tipo de distúrbios do sono e geralmente, não tem repercussões diurnas no estado físico e psíquico do indivíduo. Normalmente este tipo de insónia desaparece quando cessa a causa que lhe deu origem.
- A insónia transitória pode durar de uma a três semanas, sendo que uma das suas principais complicações é a repercussão que causa na vida diurna, provocando:

cansaço, irritabilidade e mau-humor. Pode ter como causas factores de prolongada ansiedade como o luto ou uma hospitalização. Se não for tratada pode conduzir a uma insónia crónica, na qual se dorme menos de cinco horas por dia, durante vinte dias ou mais, num período aproximado de dois meses seguidos.

- A insónia crónica reúne três factores: de ordem externa, física e psicológica. É necessária a resolução destes três factores para cessar a situação de sono eficiente, já que pode ter graves repercussões diurnas.

Existem causas internas e externas para as insónias. São exemplos de causas internas: a sensação de sono insuficiente, a insónia aprendida, a síndrome das pernas inquietas e o movimento periódico das extremidades. Exemplos de causas externas são: factores ambientais, como ruídos e o calor; situações concretas, como cama incómoda, uma hospitalização; ou o consumo de certas substâncias como o café, álcool, drogas, etc.

A sensação de sono insuficiente, como nos retrata Esvivill (2007) “é uma perturbação em que existe uma queixa de insónia sem que se consiga encontrar uma prova objectiva de alteração do sono, costumando apenas ficar-se com a sensação de não se ter dormido quase nada ou muito pouco” (p. 23). Mas após um exame, constata-se que a quantidade de horas dormidas corresponde às necessárias e a sensação causada reside num distúrbio de ordem psicológica.

As crianças pequenas, principalmente os recém-nascidos requerem muitas vezes a presença constante dos pais para adormecerem, que acabam muitas das vezes por embalá-la até que adormeça, ou levam-na para a cama do casal. Posteriormente a criança recusará dormir sozinha, ou recusará dormir fora de casa, ou no seu próprio quarto, temendo a noite. Este é um tipo de insónia aprendida, que se caracteriza pela impossibilidade de se dormir uma noite seguida ocorrendo assim muitos despertares. A não aquisição de hábitos de sono correctos no primeiro ano de vida pode ter consequências ao longo da vida (Hollyer et Smith, 1996; Thiedke, 2001; Brazelton e Sparrow, 2003; Estivill, 2007).

“Se os pais não lhe souberem ensinar a rotina do sono, a criança terá dificuldade em dormir sozinha e acordará amiudadas vezes durante a noite. Este grave distúrbio, a insónia infantil devida a hábitos incorrectos, não se resolve por si só e, se os pais não receberem

ajuda, a criança irá crescendo com um problema que a acompanhará pela vida fora” (Estivill, 2007, p. 57).

A síndrome das pernas inquietas caracteriza-se por uma desagradável sensação de desconforto nas pernas durante o período de repouso e antes de começar o sono. Este sintoma costuma desaparecer ao andar, sendo que é recomendável fazê-lo. Esta síndrome pode aparecer em diversas idades, mas agrava-se com o tempo, se o sintoma persistir, o desconforto pode converter-se em dor.

De entre os vários problemas orgânicos susceptíveis de causar insónias, pode-se salientar a dor, a febre e os pruridos ou comichões, assim como uma enorme variedade de doenças. No caso da febre (e o calor a ela associada), habitual nas crianças, quando atinge uma temperatura superior a 39°C pode ocasionar um sono mais superficial com múltiplos despertares.

Existem várias doenças orgânicas que poderão dar origem a insónias crónicas, como é o caso de certo tipo de doenças como: cardíacas, infecciosas, neurológicas (epilepsia, dores de cabeça), respiratórias (asma, rinite alérgica) ou digestivas (American Academy of Sleep Medicine, 2001; Estivill, 2007).

Os maus hábitos adquiridos podem criar na criança uma aversão à cama ou ao momento de dormir, por associação negativa de estímulos. Ela pode associar o momento de dormir com o momento de separação, de findar brincadeiras com os amigos e com os brinquedos preferidos, tentando prolongar o momento de ir para a cama, resistindo ao sono o mais que puder, dando voltas e voltas, sem conseguir descontrair (Beltramini e Hertzig, 1983).

Os factores ambientais, como a temperatura, o ruído, e a luz, estão entre as causas externas susceptíveis de causar insónia. Tanto as temperaturas elevadas, como as baixas podem provocar um sono mais superficial. O calor dificulta o adormecer e, o frio provoca despertares permanentes.

Existem vários ruídos aos quais o nosso cérebro já está habituado, podendo ser selectivo perante os ruídos que surgirem na fase de sono. Sendo que ruídos de intensidade

contínua embora sejam fortes, são mais facilmente tolerados que os ruídos descontínuos, que podem tornar um sono tranquilo num sono descontínuo. A luz ambiente também pode influenciar o sono, dependendo da pessoa, a luz pode provocar um despertar antecipado e dificuldade em adormecer. É aconselhável dormir às escuras, sem ruído e a uma temperatura que oscile entre os 18° C e os 22° C.

Para além de todos estes factores, existem situações concretas susceptíveis de perturbar o sono. São exemplo disso: os internamentos hospitalares, o desconforto da cama, ou o facto de se dormir acompanhado. No caso de internamentos hospitalares de crianças, o necessário acompanhamento médico que ocorre a cada quatro ou seis horas, interrompe o repouso, assim como a luz, os ruídos ambientais e dos aparelhos. Sabe-se também, que quanto mais próximo da vertical o nosso corpo de encontrar, mais despertares ocorrerão, uma vez que o sono será mais superficial e fraccionado.

Um dos tratamentos da insónia passa por conhecer as causas e identificá-las de forma a minimizar e até eliminar o seu efeito.

“O primeiro passo no tratamento da insónia é, em linhas gerais, a informação sobre hábitos de sono correctos, bem como a aplicação de terapias de comportamento, técnicas de descontração e ioga. Se não se verificarem melhoras, recorrer-se-á aos hipnóticos (substâncias utilizadas para induzir o sono). Quando a insónia é crónica, acrescenta-se um tratamento específico para a causa que a provoca.” (Estivill, 2007, p. 34)

O sono das crianças pequenas também pode ser afectado por perturbações que vão interferir com o seu descanso, tais como: as insónias (quando derivam de comportamentos incorrectos), as causas psicológicas e as parassónias (que se traduzem por fenómenos que podem interromper o sono).

A insónia é considerada a mais frequente perturbação do sono infantil, podendo afectar desde bebés de 6 meses de idade a crianças de 5 anos. E a principal manifestação deste problema é a dificuldade em adormecer sozinha, os frequentes despertares nocturnos, um sono superficial em que qualquer ruído as desperta, e dorme menos horas – que as habituais em crianças, da mesma faixa etária. Pode chegar a interromper o sono entre cinco e quinze vezes e é lhe extremamente difícil e até mesmo impossível conseguir voltar a

adormecer de forma espontânea sem qualquer tipo de ajuda. À medida que se desenvolve, a criança solícita que a adormeçam, pede que cantem para ela, pede água, pede para ir à casa de banho, pede a chupeta, quer dormir com os pais, ou a ver televisão, o que dificulta e impossibilita a adopção de rotinas correctas para adormecer, contribuindo assim, para o agravamento do problema, o que dará lugar a uma grave perturbação da estrutura do sono. Isto vai desencadear um choque em cadeia, porque a criança não irá dormir as horas que necessita, ficará mais irrequieta e irritável, acabando por adormecer nas alturas menos indicadas, porque ser-lhe-á mais difícil fazer sesta, provocando assim, um estado de sítio aos seus pais, mexendo com os hábitos e rotinas de toda a família.

Existem os denominados “Pontos de Referência”, referidos por Brazelton e Sparrow (2004) que caracterizam as alturas em que se dão alterações significativas no desenvolvimento do bebé, e que marcam as alturas em que os esforços feitos para a aquisição novas competências (como andar) parecem interferir com conquistas anteriores (como por exemplo: dormir a noite toda).

Sabendo hoje em dia que a hormona do crescimento é segregada durante os primeiros momentos do sono, se a sua produção for perturbada, podem surgir outro tipo de complicações para a criança. Se não tiver um sono de qualidade, a criança enquanto pequena, durante o dia andar irritada, demonstrando falta de atenção, choro fácil, e dependência por parte da pessoa que cuida dela (mãe, pai, educadora, auxiliar...). E em crianças de idade escolar as consequências diurnas de um mau dormir, reflectem-se em insegurança, timidez, mau humor, falta de atenção/concentração, sonolência e em fracasso escolar (Bates e Viken, 2002).

“A deficiente aquisição de hábitos de sono é a principal causa da distorção e desestruturação do sono infantil. Está, normalmente, ligada às múltiplas alterações que os pais, para levar o filho a adormecer, introduzem na sua rotina.” (Estivill, 2007, p. 59).

Os pais para fazerem face a esta situação recorrem-se a todos os meios para conseguirem adormecer a criança: embalam-na, contam histórias, cantam, dão-lhe água, deixam-na deitar por breves momentos na cama do casal, acariciam-lhe o cabelo, optam por deitar a criança mais tarde (na expectativa que esta se sinta cansada e adormeça de exaustão), no entanto as estratégias fracassam, porque embora consigam fazer com que a

criança adormeça, pode acordar várias vezes, obrigando os pais a iniciarem as rotinas para propiciarem o sono novamente.

Aos poucos vai-se adiando a hora de dormir; os despertares nocturnos persistem; a criança torna-se cada vez mais renitente em adormecer; sensações de frustração, de culpa e de insegurança dos pais aumentam, aumentam também as acusações entre eles; pode aparecer um sentimento de rejeição para com a criança (com atitudes agressivas verbais podendo assumir-se em físicas), os pais podem desejar não ter mais filhos e passam a aguardar que a criança cresça para que possa dormir melhor.

O melhor tratamento para este tipo de patologia passa pela reeducação dos hábitos de sono, com recurso a técnicas de modificação do comportamento ou técnicas comportamentais. Para modificar os hábitos de sono, é impreterível criar um ritual que anteceda a hora do deitar, ao qual a criança recorrerá para voltar a adormecer, sempre que ocorrerem despertares fisiológicos durante a noite de sono. Esses rituais ajudarão a criança a encontrar uma rotina de auto-conforto própria (que pode ser possível por volta dos quatro meses).

É importante adoptar rotinas e ter horários regulares para as refeições, brincadeiras e momentos de descontração, assim como para a hora do levantar. A hora do deitar deve ser quando a criança sente sono, tendo em conta certos limites, e as horas de sono que devem ser dormidas, atendendo à idade, e de como correu o dia (que actividades foram feitas). Deve-se evitar dar refrigerantes e chocolates às crianças, que actuam como excitantes, inibindo o sono. Tudo aquilo que descontra reduz a ansiedade e favorece o sono.

O ritual do sono deve durar de cinco a dez minutos e deverá ser um momento agradável de convívio partilhado com os pais. Consistirá num intercâmbio emocional com a calma troca de palavras, dependendo da compreensão da criança, pode-se contar uma história, cantar uma canção, falar sobre o que gostariam de fazer no dia seguinte. E a criança deve ser continuamente informada do tempo que lhe resta antes de iniciar o sono (Estivill, 2007, p. 62).

Deve-se ter em conta porém, que é muito difícil mudar hábitos de sono de uma criança mal acostuada a partir do primeiro ano de idade, mas não é impossível! É necessária

paciência e tempo para instaurar hábitos de sono saudáveis, e evitar-se desta forma a manifestação de problemas e a sua negativa repercussão na vida familiar.

É durante o período da noite que a criança passa mais tempo sozinha, e terá de lidar com essa solidão e com todos os receios e angústias dela inerentes, criando mecanismos de autodefesa, auto-estima e auto confiança. É também durante o sono que o cérebro faz a gestão dos estímulos recebidos durante o dia, que os trabalha, limpa, selecciona e arquiva, que constrói as associações de ideias e as relações neuronais.

O tempo de dormir é o tempo da separação e só é possível ser vivida de maneira saudável quando existe sentimento de segurança. Adormecer sozinho exige uma enorme capacidade da criança sentir que os pais estão lá, mesmo não estando ali fisicamente.

“É fundamental que a criança esteja desperta quando os pais saem do quarto. Deve recordar-se que ela aprende a dormir com o que os adultos lhe proporcionam e que nos seus despertares fisiológicos nocturnos reclamará aquilo que associe ao sono. Se dorme só, voltará a adormecer sozinho quando acordar à noite, mas se adormeceu nos braços de um adulto ou a ser embalada, reclamará o mesmo tratamento” (ibidem, p. 62).

À medida que a criança vai conhecendo a rotina, vai-se antecipando a ela, e aguardará esse momento com satisfação, e ser-lhe-á mais fácil a separação dos pais quando estes saírem do quarto para a criança adormecer. Uma fralda, um cobertor, o seu ursinho favorito, ou uma peça de roupa com o cheiro da mãe podem ser objectos de conforto (designados também por “objecto de transição”) que ajudam a criança a sentir-se mais acompanhada quando ficar só e quando acordar a meio da noite. (Thiedke, 2001; Brazelton 2003).

Se ao saírem do quarto, a criança chorar, os pais devem seguir uma tabela de compassos de demora até entrarem no quarto outra vez. Isto é, devem seguir uma tabela de tempos de espera para entrar e acalmar a criança (um minuto, três minutos, cinco minutos, dez minutos, quinze minutos...), tempo esse que irá aumentando de forma progressiva até que a criança adormeça sozinho. A transição terá de ser feita passo a passo.

Para além das insónias, o sono das crianças pode também, ser afectado por factores de ordem psicológica. O crescimento das crianças ocasiona situações que originam ansiedade, como por exemplo: a passagem do quarto dos pais para um quarto seu, a ida para uma nova escola/ jardim-de-infância, o nascimento de um irmão, divórcio dos pais, cenas de violência na televisão também podem causar-lhe ansiedade. Os medos associados a sons desconhecidos ou a sombras não identificadas no escuro silencioso da noite acentuam o medo na criança.

Acontecimentos que afectem os pais afectarão também os mais pequenos, pois ao andarem nervosos/ ansiosos, não transmitirão a confiança e serenidade suficiente para que a criança durma tranquilamente (Bates e Viken, 2002).

“A ajuda costuma ser de natureza psicológica, tanto na sua vertente dinâmica, como comportamental. Deve tentar solucionar-se a causa que provoca a ansiedade, e tratar-se a criança, embora muitas vezes seja necessário tratar também os pais. Em alguns casos, se não se fez a terapia correcta numa idade precoce pode persistir a ansiedade relacionada com o medo de não dormir, dando origem a uma verdadeira insónia crónica” (Estivill, 2007, p.65).

Durante o sono podem ocorrer fenómenos, que embora não sejam graves, podem interromper o sono, dando por vezes lugar a estados de vigília durante os quais, a criança pode relatar o que lhe aconteceu, ou pode nem sequer chegar a acordar, não se apercebendo assim da sua ocorrência. Falamos de episódios como o sonambulismo, terrores nocturnos, pesadelos, bruxismo (ranger de dentes), sonilóquio (emissão de sons verbais) e “distúrbio de movimentos rítmicos no sono”. Ao conjunto destes fenómenos dava-se o nome de Parassónias (Thiedke, 2001).

Com a publicação, em 2005, da segunda edição da Classificação Internacional dos Distúrbio do Sono, o bruxismo nocturno e o distúrbio de movimentos rítmicos no sono, deixaram de estar incluídos no grupo das parassónias para passarem a integrar um novo grupo, o dos distúrbios do movimento relacionados com o sono (America Academy of Sleep Medicine - AASM, 2005). Também o sonilóquio deixou de ser considerado parassónia integrando agora o grupo dos sintomas isolados e variantes aparentemente normais.

O sonambulismo consiste numa repetição automática, durante o sono, de condutas aprendidas durante os períodos de vigília. Normalmente ocorre passadas três ou quatro horas depois de a criança adormecer, durante a ocorrência do sono profundo. Este tipo de parassónia desaparece normalmente na fase da adolescência e é mais frequente em famílias com historial de sonambulismo. A criança levanta-se da cama, e pode caminhar com os olhos abertos, encontrando-se no entanto a dormir profundamente. Poderá responder a perguntas com monossílabos, embora isso nem sempre aconteça pelo facto de não compreender o significado das palavras. Se a acordarmos durante este episódio, a criança sentir-se-á estranha e insegura, porque não se recorda do que aconteceu.

Os terrores nocturnos consistem num choro brusco e inesperado, acompanhados por uma expressão de medo intenso e suores frios, sendo comum os pais encontrarem a criança sentada na cama de olhos abertos. Dura em média quatro a cinco minutos, e passado este tempo a criança volta ao sono tranquilo. Assim como o sonambulismo, ocorrem na primeira metade de sono e, se e a acordarmos, a criança pode ficar surpreendida, por ignorar a razão que a acordam. Durante este episódio deve-se apenas observar a criança, para evitar que se magoe e caia da cama, e não se deve tentar acordar ou falar-lhe, uma vez que se encontra em sono profundo.

Os pesadelos são fenómenos que podem erradamente ser confundidos com os terrores nocturnos, embora se produzam durante a segunda parte da noite, e a criança ao acordar, depois deste episódio, lembra-se do sonho e o motivo que a levou a despertar. Pelo motivo de a criança estar acordada e consciente, os pais devem tentar acalmá-la.

O sonilóquio consiste na emissão de sons, muitas das vezes ininteligíveis, associados, geralmente a sonhos. Podem ser gritos, choros, gargalhadas ou palavras isoladas e frases muito curtas de que a criança não recordará no dia seguinte, após os despertar. Não é patológico e não necessita de tratamento.

O bruxismo ou “ranger dos dentes” envolve movimentos rítmicos semelhantes ao da mastigação, intercalados por longos períodos de contracção dos músculos das mandíbulas. Essas contracções costumam ser fortes sendo por vezes superiores àquelas realizadas durante a mastigação normal consciente, durando o suficiente para produzir fadiga e dor muscular, com incidência negativa sobre os dentes. Estima-se que as causas do Bruxismo

estejam relacionadas a factores psicológicos, como tensão emocional, ansiedade, raiva, medo, frustrações e stress. Quando o factor emocional está presente, há a necessidade de consultar profissionais, para ajudar no tratamento. Existem, também, dispositivos protectores para evitar lesões nos dentes.

O **“distúrbio de movimentos rítmicos no sono”** consiste em movimentos efectuados pela criança, com a cabeça ou com o corpo, e podem ser acompanhados de sons, e aos quais a criança recorre numa tentativa de adormecer. Estes movimentos automáticos, geralmente desaparecem de forma espontânea ainda antes de chegar à adolescência. Estes movimentos costumam preocupar, devido aos embates sistemáticos da cabeça contra as grades da cama.

Os problemas do sono são comuns na infância, como nos refere Thiedke (2001).

Determinadas parassónias, como os terrores nocturnos ou o sonambulismo, assim como a enurese do sono, poderão estar relacionadas com a imaturidade do sistema nervoso central e o facto de a criança se encontrar em permanente desenvolvimento. Os problemas do comportamento do sono podem ser superados com a intervenção dos pais e se for necessário, os médicos e outros profissionais de saúde, podem ser o grande auxílio a estas famílias recomendando técnicas que ao longo dos tempos se foram mostrando eficazes.

Segundo Thiedke (2001) a **enurese nocturna** (mais conhecida como cama molhada), é um dos problemas mais persistentes do sono nas crianças. Conseguir controlar os esfíncteres é uma questão da maturação, e as crianças que se tardiamente o conseguem controlar (depois do um e dos três anos de idade) mais provavelmente sofrerão de enurese aos seis anos.

De forma a preparar para o sono, existe um conjunto de regras comportamentais que servem para ajudar à adopção de hábitos de sono correctos. A “higiene do sono” conforme é citada por Lavie (1996, p. 178) é constituída por um conjunto de regras chave, simples, que resumem o que de importante se pode fazer, a nível comportamental, para que se consigam mudar hábitos, em detrimento de outros mais saudáveis, que contribuam para noites harmoniosas de sono. Segundo o mesmo autor “ a adopção de bons hábitos de sono

pode ser de maior ajuda do que qualquer outra técnica terapêutica”. E as regras, segundo o autor, são as seguintes:

1. Não passar muito tempo na cama, se acordar, deve-se sair da cama e voltar a deitar-se apenas quando se estiver pronto para dormir. O tempo que se passa na cama deve ser limitado para dormir.
2. Não tentar forçar a si próprio para adormecer. Essa tentativa fará aumentar o nível de vigília, e adormecer tornar-se-á numa tarefa impossível.
3. Livrar-se do relógio do quarto, uma vez que o seu tiquetaque ou mostrador luminoso podem facilmente impedir a pessoa que tenta adormecer em consegui-lo.
4. Evitar fazer exercício físico nas últimas horas da noite, uma vez que este tipo de actividade aumenta o nível de vigília e deve ser feita pelo menos duas horas antes de se ir para a cama.
5. Deve-se evitar beber café e bebidas alcoólicas, assim como fumar antes de ir para a cama. Tanto a cafeína como a nicotina são estimulantes que causam o despertar. No caso do álcool após a sua ingestão pode causar uma sensação de sonolência, mas assim que é metabolizado no corpo, os seus compostos são libertados produzindo um efeito estimulante.
6. Deve-se manter regular a hora de dormir e a de acordar. A rotina tanto para a hora de dormir como para a de acordar é de extrema importância para o organismo.
7. Deve-se evitar comer refeições pesadas antes de dormir, e optar por uma refeição leve cuja digestão não vá comprometer o sono. Hidratos de carbono e proteínas são aconselháveis e detrimento dos açúcares presentes em chocolates. Deve-se evitar beber bebidas em excesso antes de se ir dormir. Os adultos correm o risco de ter de acordar várias vezes para ir à casa de banho, enquanto propicia a enurese nocturna nas crianças.
8. Deve-se evitar dormir durante o dia, se se sofre de insónias à noite, uma vez que permanecer acordado durante o dia aumenta a necessidade de se dormir à noite, tornando desta forma o adormecer muito mais fácil. Dormir a sesta poderá, desta forma, adiar o sono nocturno para quem sofra de insónias.

Para as crianças a “higiene do sono” passa pelo estabelecimento das seguintes regras:

- Estabeleça horários para ir para a cama de noite e levantar pela manhã;
- Escolha um objecto que funcione como aviso da hora de dormir (ex: almofada, fralda, brinquedo);
- Crie um ritual de sono. Vista o pijama da criança, leve-a à casa-de-banho, leia uma história, dê um beijo de boa noite;
- Após desejar boa noite saia do quarto. Não espere a criança fechar os olhos. Ela deve aprender a dormir sozinha;
- Quando o bebé chorar de madrugada, aguarde. Muitas vezes ele volta a adormecer sozinho. Apenas em último caso vá ao quarto acalmá-lo. Evite levá-lo para dormir com o adulto, pois desta forma, o bebé repetirá o choro todas as noites;
- Evitar sestas longas ou frequentes durante o dia;
- Evitar o consumo excessivo de líquidos antes de dormir;
- Evitar o consumo de alimentos e medicamentos estimulantes próximo à hora de dormir;
- Evitar brincadeiras agitadas próximo ao horário de dormir;
- Evitar dar banho próximo ao horário de dormir.

A educação para a saúde infantil deve incluir uma educação sobre os processos básicos relacionados com o sono, melhoria da higiene do sono e modificações comportamentais.

Paiva (2004) refere que há cerca de 88 doenças do sono, muitas com consequências nefastas, que podem ser desde simples incómodos no quotidiano das pessoas, até à morte. Sendo que a maioria das doenças do sono não é reconhecida e alerta para a importância de: informar correctamente, sensibilizar a opinião pública, sensibilizar entidades oficiais, mudar hábitos nefastos e racionalizar recursos.

Capítulo III – O Sono na escola

1. A criança, o sono, creche e jardim-de-infância

A evolução da vida social, e a mudança de estilos de vida levam à necessidade de existirem locais próprios e adequados para o cuidado e educação de crianças.

Uma vez que a “educação pré-escolar” (segundo as linhas de orientação do Ministério da Educação - a Lei de Bases do Sistema Educativo e a Lei-Quadro) se destina a crianças com idades compreendidas entre os três e os seis anos (idade de ingresso no ensino básico) as crianças menores de três anos são normalmente encaminhadas para o cuidado de amas, ou são inseridas em creches, a partir dos 4 meses.

Ao constituir a primeira etapa da educação básica ao longo da vida escolar, a educação pré-escolar representa um papel determinante na formação, na socialização e na educação das crianças.

Nesta primeira etapa escolar, a qualidade, passa por assegurar uma igualdade de oportunidades e o apoio ao desenvolvimento harmonioso das crianças, de forma a tornar-se motor de cidadania, alicerce de uma vida social, emocional e intelectual, sendo um todo integrado e dinâmico para todas as crianças e não apenas para algumas.

A Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar consagra a educação pré-escolar como sendo a primeira etapa de educação básica, assinalando a sua dupla função: educativa e social, explicitando a participação das famílias nesses estabelecimentos educativos.

O Decreto-Lei nº 147/97 explicita a constituição de uma rede nacional de educação pré-escolar, consagrando o princípio de tutela pedagógica única pelo Ministério da Educação, e objectiva a necessidade de conjugar na educação de infância objectivos pedagógicos/educativos com objectivos sociais de apoio à família. Portanto, são objectivos da educação pré-escolar a promoção: do desenvolvimento pessoal e social; do

desenvolvimento global e individualizado; da socialização e aprendizagem de atitudes e do conhecimento da linguagem, das expressões e da compreensão do mundo.

As finalidades da educação pré-escolar são: de apoiar as famílias na tarefa da educação do filhos; proporcionar a cada criança a oportunidade de desenvolver a sua autonomia, socialização e desenvolvimento intelectual; promover a sua integração equilibrada na vida em sociedade e; prepará-la para uma escolaridade bem sucedida. A escola deverá ser entendida como local de aquisição de aprendizagens múltiplas.

Neste sentido, nos últimos anos tem-se vindo a notar uma maior preocupação pelo desenvolvimento profissional do docente, no que se refere a aspectos da formação, assim como a aspectos de exercício da sua prática pedagógica, consideração social, controlo e avaliação.

O aumento da qualidade do ensino encontra-se em articulação com a modificação da função docente e o necessário enriquecimento do seu desenvolvimento profissional. Dado que uma das finalidades da educação pré-escolar é a de dar apoio às famílias no processo de educação dos seus filhos, os pais muitas das vezes, sentem necessidade de esclarecer as suas dúvidas relativas ao sono dos seus filhos, recorrendo eventualmente aos educadores. Estes podem ser profissionais privilegiados para poderem proporcionar aos pais esclarecimentos-chave sobre o sono dos seus filhos.

Sabe-se que experiências precoces têm um impacto duradouro no desenvolvimento da criança. E uma das principais variáveis que influencia a qualidade dos cuidados e educação da criança em creches e jardins-de-infância encontra-se relacionada com a formação e o desempenho dos profissionais que aí trabalham, e o modo como vêem e compreendem as suas práticas.

Nomeadamente as práticas relativas ao sono, ao nível do pré-escolar, devem basear-se em investigação sólida. É necessário promover a «prática baseada na evidência» no campo da educação, segundo refere Silva (2006).

A educação baseada em evidências tem como pressupostos a utilização de achados científicos para a qualificação da prática pedagógica, destacando a importância das

evidências, geradas por pesquisas e procedimentos científicos sólidos, para definir e aprimorar as práticas educacionais. “A prática baseada na evidência” ou “prática informada por pesquisas e evidências” como também é conhecida, permite desenvolver condições de obter evidências sobre a qualidade do ensino.

O entendimento de “evidência” no contexto educacional é o de informação que sustenta (ou refuta) uma afirmação e deve passar por alguns testes para ser verificada como relevante. Dada a sua relevância em termos educativos, pretende-se que possa vir a ser inserida na prática profissional de instituições educacionais.

Foram feitos estudos, na área da medicina com o objectivo de avaliar o conhecimento do sono na classe médica. Um desses estudos, de 2001, efectuado pelos investigadores Zozula, Bodow, Yacilla, Cody & Rosen, nos Estados Unidos, com estudantes de medicina, estudantes de enfermagem, médicos, especialistas do sono, concluiu que a formação recebida por estes profissionais era insuficiente, dado que havia um grande desfasamento entre os conhecimentos adquiridos pelos profissionais que se encontravam em formação (nomeadamente os estudantes de enfermagem) e os profissionais que trabalhavam na área (especialistas do sono).

Sabe-se portanto que os futuros profissionais das áreas da saúde continuam a receber formação insuficiente sobre o sono durante os anos do ensino superior (cf. Harding & Berner, 2002; Zozula, Bodow, Yacilla, Cody & Rosen, 2001, entre outros), logo, é de supor que o mesmo acontece com os profissionais da educação, onde se incluem os educadores de infância.

É de salientar o enorme progresso verificado na investigação sobre o sono, que não tem sido acompanhado dos mesmos avanços em termos de uma educação de sono, pelo que, qualquer que seja o nível de ensino considerado, os alunos continuam a não beneficiar do conhecimento que tem sido produzido (cf. Dement, 2000; Dement e Vaughan, 2000). Vermeil (1987) considera que as escolas funcionam segundo ritmos arcaicos, e não tem em consideração os conhecimentos adquiridos em 100 anos sobre a fisiologia e a psicologia da criança, nem os estudos que demonstram benefícios resultantes das modificações de horários/ ritmos e de métodos educativos.

Os estudos e investigações efectuados ao longo dos anos, permitiram a formulação de teorias de desenvolvimento, trouxeram novos conhecimentos, servindo de suporte à formulação de políticas governamentais e de tomadas de posição, nomeadamente na formação de profissionais qualificados, na elaboração de programas educativos e de orientações aos profissionais da área da educação/formação. É nesse sentido que o Ministério da Educação dedica agora particular atenção ao apoio e ao acompanhamento dos estabelecimentos de educação pré-escolar, bem como à divulgação de boas práticas educativas.

As Orientações Curriculares destinam-se à organização da componente intencionalmente educativa da educação pré-escolar e constituem um conjunto de princípios para apoiar o educador nas decisões da sua prática. Pretende-se com elas não só contribuir para um aumento da qualidade da educação pré-escolar e proporcionar uma dinâmica acrescida de inovação nesta área, como também criar um quadro de referência comum, “espelho de uma coerência profissional” para todos os educadores, facilitar a continuidade educativa e permitir uma maior afirmação/ visibilidade social da educação pré-escolar e dos profissionais de infância (Vasconcelos, 1997, ME, Preâmbulo das Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar).

Neste sentido, as Orientações Curriculares “constituem um conjunto de princípios gerais pedagógicos e organizativos para o educador na tomada de decisões sobre a sua prática; na condução do processo educativo” e tem como funções: constituir um quadro de referência para todos os educadores, tornar visível a educação pré-escolar, facilitar a continuidade educativa, contribuir para melhorar a qualidade da educação pré-escolar, proporcionar uma dinâmica de inovação.

Estas orientações devem ser compreendidas como referenciais de suporte, linhas mestras de orientação da acção educativa dos educadores e da configuração da sua intencionalidade. Apesar de existirem orientações que servem de referência a todos os educadores e se destinam à organização da componente educativa, verificamos que a sua compreensão, interpretação e atribuição de significado varia muito e diverge segundo cada profissional, levando à existência de diferentes formas de actuação e organização da componente educativa.

Moss (2001) refere que a noção do que é relevante do ponto de vista pedagógico e cultural, nas práticas educativas terá de ser definida e redefinida por cada educador, num processo de constante interpelação de si próprio, das crianças, dos diversos parceiros educativos e do contexto cultural em que se encontram imersos e que, por sua vez, reconstroem.

Ao verificar-se que a qualidade do ensino pré-escolar se encontra também, em extrema ligação com a organização da componente educativa, e sendo esta da responsabilidade do educador, interessa procurar perceber, observar e analisar a forma como este a programa e a avalia. Interessa identificar as componentes dos programas que podem ser manipuladas para se obterem melhores resultados em termos de desenvolvimento das crianças, componentes que são então entendidas como padrões de qualidade, numa tentativa para identificar os ambientes, as decisões, os planeamentos, susceptíveis de terem um impacto positivo no desenvolvimento actual e posterior das crianças.

O perfil específico de desempenho profissional do educador de infância determina que “o educador de infância concebe e desenvolve o próprio currículo, através da planificação, organização e avaliação do ambiente educativo, bem como das actividades e projectos curriculares, com vista á construção de aprendizagens integradas.”

O desenvolvimento curricular do educador de infância terá de ter em conta a intencionalidade educativa, cabendo-lhe o papel de observar, planear, agir e avaliar, sempre numa perspectiva reflexiva, de forma a ir constantemente adequando a sua prática às necessidades do grupo de crianças com o qual se encontre a trabalhar.

Uma vez que se supõe que os educadores de infância continuam a receber formação insuficiente sobre o sono durante a sua formação, é de prever que o seu planeamento e organização do ambiente educativo, não se coadunem com as enormes descobertas que têm vindo a surgir, nomeadamente sobre as necessidades do sono nas crianças pré-escolares.

Vasconcelos (1997) refere que “é também objectivo da educação pré-escolar: Proporcionar ocasiões de bem-estar e de segurança, nomeadamente no âmbito da saúde individual e colectiva. O bem-estar e segurança dependem também do ambiente educativo, em que a criança se sente acolhida, escutada e valorizada, o que contribui para a sua auto-

estima e desejo de aprender. Um ambiente em que se sente bem porque são atendidas as suas necessidades psicológicas e físicas. O bem-estar relacionado com a saúde individual e colectiva é também ocasião de uma educação para a saúde que faz parte da formação do cidadão.”

A educação pré-escolar é um contexto de socialização em que muitas aprendizagens decorrem de vivências relacionadas com o alargamento do meio familiar de cada criança. Este processo educativo desenvolve-se em tempos que lhe são destinados e, em geral, em espaços próprios.

Ao verificar-se que a maioria das crianças, a partir dos 3 anos de idade passam a abdicar da sesta, esse momento de repouso passa a ser excluído das rotinas do pré-escolar. Embora algumas crianças sintam sono, e possam eventualmente adormecer na sala de actividades, verifica-se muitas vezes a inexistência de salas “dormitório” ou até mesmo de camas ou colchões nos estabelecimentos de educação pré-escolar, para que crianças mais novas (ou as que entram mais cedo para a escola) possam dormir a sesta.

Estudos efectuados constataam que existem sujeitos matutinos ou despertinos, havendo uma relação directa com a hora de levantar e deitar, e o mesmo se verifica com as crianças, segundo Testu (2000). As crianças vespertinas são as que se encontram em plena forma logo de manhã. Aquelas crianças que sentem mais dificuldade em acordar de manhã, obterão piores resultados ao longo das primeiras horas do dia no seu horário escolar, enquanto que as outras crianças terão melhores desempenhos. E quanto mais retardada for a hora de ir dormir, o sono é encurtado e mais a criança irá manifestar dificuldades de ordem psicológica, física e intelectual.

Segundo nos refere Testu (2000), um dos sincronizadores mais notáveis dos ritmos de vida da criança, é artificial: o tempo escolar. A pergunta, hoje é, segundo ele, conseguir conciliar o ritmo biológico e o escolar.

Sabendo que o sono não é um período favorável à aprendizagem, este é um período de ancoragem dos conhecimentos. Permite recuperar do cansaço intelectual e físico. Pelo sonho, permite a construção da nossa esfera afectiva. É um momento indispensável ao equilíbrio da pessoa.

É essencial que cada criança possa ter um sono que a satisfaça quantitativa e qualitativamente. E as necessidades, como já foi referido atrás, são muito variáveis de acordo com cada criança, por isso algumas têm necessidade de fazer uma sesta durante o dia. Importa é respeitar as necessidades de cada criança. Dormir não deve ser uma punição, nem uma obrigação, mas um direito. As crianças que frequentam o pré-escolar, frequentemente são prejudicadas pelos empregos do tempo estandardizados. Dement (2000) foi um dos investigadores que defende o poder das sestas.

Vários estudos sobre as sestas, nomeadamente um efectuado pela NASA e o Instituto de Fraunhofer verificaram a eficácia do poder que pode ter em dormir a sesta. O estudo efectuado em adultos, conduzido por Marc Rosenkind verifica que uma sesta curta durante a tarde eleva o tempo de reacção por 16% e reduz ao mesmo tempo a perda da concentração por 34%. A criatividade que realça a sesta compensa os efeitos característicos de início de tarde (meio-dia) de maior lentidão e baixo ritmo e, elevam o nosso tempo de reacção, de desempenho e de concentração. Depois de acordar, a criança estará mais alerta e produtiva que antes de a sesta ocorrer.

Estudos do género, efectuados sob o comando do doutor Elsie M. Taveras, foram feitos desta vez em crianças, e obtiveram-se resultados muito similares que foram posteriormente divulgados numa revista científica pediátrica (*The Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*).

As necessidades de sono variam de uma criança para outra e mudam à medida que esta vai crescendo, e o mesmo se aplica às sestas. Aos 3 ou 4 meses de idade, os bebés necessitam de várias sestas durante o dia, que devem totalizar cerca de 5 horas de sono diurno. Aos 6 meses as sestas dividem-se: uma pela manhã e outra pela tarde, com a duração média de 1 ou 2 horas cada. Com um ano de idade as sestas começam a ser mais curtas, mantendo-se no entanto, o mesmo padrão de sono. Ainda antes dos 2 anos de idade, a sesta da manhã deixa de se fazer, e a sesta da tarde mantém-se até aos 3 anos e pode persistir até aos 5 anos para algumas crianças.

Se a criança se recusar a fazer a sesta, e as condições para uma boa sesta estiverem reunidas, pode significar que a criança já não precise de dormir de tarde. Mas por vezes, estas podem precisar de ajuda para ajustar os tempos da sesta, como nos refere Brazelton

(2004, p. 60). Se alterarmos o horário das sextas gradualmente, de 15 minutos para a frente ou para trás, o relógio biológico da criança ajustar-se-á.

Quando as crianças já são crescidas para dormir de tarde, o seu ritmo diário continua a precisar de espaços regulares de descanso, e o educador deve planear actividades calmas, que não exijam muita actividade física, para os momentos que se seguem ao almoço.

Montagner (2002, citado por Mendes, 2005, p. 122) refere que ao longo do dia escolar existem bons e maus momentos. “Durante os bons momentos, os organismos das crianças resiste melhor às agressões do meio, a fadiga ligada ao esforço é menor, os comportamentos são mais adaptados à situação escolar, a vigilância e a atenção são elevadas, as aprendizagens, a memorização, a compreensão mais rápidas. Nos maus momentos, regista-se exactamente o inverso”. E identifica o primeiro período da manhã e o que se segue ao almoço como “maus momentos”, e o fim da manhã e o fim da tarde como “bons momentos”. E sugere que se coloquem as aprendizagens e actividades que requerem mais atenção e esforço cognitivo nos bons momentos, e ocupar os maus momentos com actividades de manutenção, conversação, ou seja, actividades que impliquem conteúdos mais lúdicos e socializantes. “Estes dois últimos períodos caracterizam-se não só pela maior eficácia dos alunos, de todas as idades, em mobilizar os seus recursos intelectuais, e por uma memória a curto termo mais eficiente durante o período matinal e uma memória a longo termo mais operacional durante o período da tarde” (idem).

Testu (2000, p. 114) refere ao pretende-se que “o aluno desenvolva uma actividade intelectual e psíquica adequada, as horas e os dias de melhor rendimento devem ser preservadas de forma sensata e prudente.”

Para Delormas (2002) “o respeito pelos ritmos das crianças permite ao mesmo tempo uma melhor eficácia, um melhor conforto para todos e sobretudo uma igualdade nas oportunidades de sucesso escolar” (citado por Mendes, 2005, p. 126).

Mendes (2005) salienta que “a aprendizagem é fundamental para a aquisição dos conhecimentos, nomeadamente escolares” (p. 131) e o nível de alerta (ou vigília) surge como condição essencial à aprendizagem. Entende-se por vigilância do cérebro “a activação cerebral que permite receber e perceber um número crescente de informações do

mundo exterior e que aumenta em progressão lenta durante as horas que se seguem ao despertar”.

Vermeil (1987) afirma que “podemos conduzir todas as crianças (em todo o caso a grande maioria entre elas) a um alto nível de conhecimentos e de capacidades; mas é impossível fazê-lo com um método único e nos mesmos “timings” para todas. Só é possível aí chegar tendo em consideração as suas diferenças” (citado por Mendes, 2005, p. 124).

“Cada criança-aluno pode ultrapassar os seus constrangimentos biológicos, temporais, comportamentais, morais e intelectuais. Contudo, é preciso que viva momentos estruturantes e determinantes, valorizantes e gratificantes, que a securizem e lhe dêem confiança, num horário que não a coloque em desfasamento com os seus tempos e ritmos de acção, em lugares adequados e onde seja possível reconhecer as suas competências inatas e a sua capacidade em adquirir competências novas” (Mendes, 2005, p. 114).

PARTE II

Estudo Empírico

Parte II

Capítulo IV – Metodologia

1. Introdução ao estudo empírico

Sendo o sono fundamental para o equilíbrio da criança, a verdade é que a aquisição de bons hábitos de sono é tão importante como a aquisição de bons hábitos alimentares. Pais e educadores serão os adultos privilegiados para inculcar esses bons hábitos precocemente e até detectar determinados sintomas considerados de risco e que possam afectar o ritmo de sono/vigília das crianças e afectar a nível da sua auto-estima e socialização (como no caso na enurese nocturna, por exemplo).

Sabendo as repercussões que os problemas de sono podem vir a ter na vida de uma criança (afectando o seu desenvolvimento físico e psicológico) podendo-se estender à família, afectando-a, torna-se imperativo o conhecimento dos hábitos de sono saudáveis, para que se adequem práticas que contribuam para um sono de qualidade. Pais que não sabem como lidar com as dificuldades encontradas, poderão procurar os profissionais mais próximos para esclarecer suas dúvidas, no sentido de manifestarem as suas ansiedades e/ou procurarem apoio.

Os educadores de infância deverão ser profissionais preparados para esclarecer eventuais dúvidas, contribuir para a adopção de boas práticas, e até estarem atentos a determinados sintomas dos mais pequenos. A par do conhecimento geral do sono na infância, os avanços nesta área de investigação, com novas informações, deverão estar presentes na formação dos educadores, principais agentes na adopção de práticas salutaras em crianças nos meios escolares, onde estas ocupam a maior parte de tempo diurno.

E, é através de um trabalho em parceria entre escola e casa (educadores e pais) que se procurará contribuir para melhorar a “saúde” do sono, melhorando a sua qualidade e diminuindo problemas adjacentes.

Para além da apresentação dos objectivos e questões de investigação que nortearam o estudo empírico, nesta segunda parte da dissertação descrevemos a metodologia, fazendo referência aos participantes, aos instrumentos e aos procedimentos utilizados, nomeadamente para a distribuição dos inquéritos. Depois apresentamos uma síntese da análise dos resultados, seguindo-se a discussão.

2. Objectivos e questões de investigação

Apesar de o estudo do sono ter uma maior procura nos últimos anos, surgindo um grande número de investigações relacionadas com o sono de crianças, designadamente, em idade pré-escolar (conforme se pode verificar nos primeiros capítulos deste trabalho). O mesmo não tem ocorrido com estudos orientados para captar informação focada entre os profissionais do ramo - os educadores de infância, no sentido de aferir sobre as suas práticas e/ou concepções (segundo pesquisa efectuada em bases de dados como a PubMed).

Segundo Bell (2003), os objectivos da pesquisa devem ser definidos, uma vez que estão devidamente contextualizados. Na linha das nossas intenções e preocupações alinhamos os seguintes objectivos - geral e específicos:

Objectivo geral: Fazer um levantamento dos aspectos relacionados com as concepções e necessidades de formação, relativamente ao ritmo de sono-vigília na infância entre os profissionais educadores que trabalham com crianças em idade pré-escolar;

Objectivos específicos:

- Avaliar os conhecimentos que as educadoras de infância possuem sobre o ritmo sono-vigília em crianças até aos 5/6 anos;
- Saber através de que meios as educadoras de infância adquirem conhecimentos sobre o sono das crianças;
- Identificar necessidades de formação neste domínio.
- Averiguar se os conhecimentos que as educadoras revelam variam com as variáveis sócio-demográficas (idade; estado civil, filhos), relacionadas com a formação (formação inicial; instituição de formação; percepção sobre o conhecimento possuído) e a profissão (tempo de serviço, faixas etárias com as quais trabalha; tipo de estabelecimento em que trabalha presentemente)*.

* De referir que também gostaríamos de analisar os conhecimentos das educadoras por sexo e habilitações literárias. Contudo, a composição da amostra não o permitiu.

As questões específicas de investigação são as seguintes:

- Que conhecimentos possuem as educadoras de infância sobre a evolução das *durações* de sono, diurno e nocturno, ao longo do desenvolvimento infantil (0-5/6 anos)?
- Que conhecimentos possuem as educadoras de infância sobre a evolução do *ritmo sono-vigília* (distribuição dos períodos de sono e de vigília nas 24 horas) ao longo do desenvolvimento infantil (0-5/6 anos)?
- Que conhecimentos possuem as educadoras de infância sobre os principais *distúrbios de sono* em crianças até aos 5/6 anos?
- As educadoras de infância reconhecem a elevada *variabilidade inter-individual* dos padrões de sono de uma criança para a outra?
- As educadoras de infância conhecem as *regras de higiene de sono*?
- As educadoras de infância sentem necessidade de formação sobre sono na infância?
- Em que medida as educadoras de infância são confrontadas com questões dos pais sobre o sono dos seus filhos e se sentem preparadas para lhes dar resposta?

- Qual a origem dos conhecimentos que as educadoras possuem acerca do sono das crianças (ex.: formação durante o curso; formação adquirida informalmente no contexto de trabalho, com outros colegas; acções de formação)?
- Os conhecimentos que as educadoras possuem variam em função das variáveis sócio-demográficas (idade; estado civil, filhos), das variáveis relacionadas com a formação (formação inicial; instituição de formação; percepção sobre o conhecimento possuído) e das variáveis profissionais (tempo de serviço, faixas etárias com as quais trabalha; tipo de estabelecimento em que trabalha presentemente)?

3. Amostra

Tomando em linha de conta a problemática em causa, seria interessante que no universo dos participantes/sujeitos inquiridos estivessem incluídos todos os educadores/professores **portugueses**, denominada população alvo. Contudo, esta investigação tornar-se-ia temporalmente impossível no quadro em que se inscreve o presente trabalho. Optámos por circunscrever o universo de análise.

A amostra será de conveniência (Rea & Parker, 1992) (não obstante procurou-se obter um número alargado de elementos para amostra) a partir da população de **profissionais** da educação pré-escolar **dos distritos de Lisboa, Viseu e Aveiro que se encontram a trabalhar directamente com crianças** desde os 0 aos 3 anos de idade (crianças que dormem a sesta na instituição) e também que se encontram a trabalhar na valência de pré-escolar (que integra crianças desde os 3 anos de idade até aos 5/6 anos – grupo de crianças que habitualmente não dorme a sesta na escola).

4. Instrumento

De acordo com Almeida e Freire (2007), os resultados numa investigação e as conclusões daí decorrentes dependem muito dos meios usados na avaliação (instrumentos), do modo como ocorre e se procede nessa avaliação (procedimentos) e de quem é tomado para ser avaliado (amostra).

Considerando que “toda a acção de pesquisa se traduz no acto de perguntar” (Ferreira, 1990, p. 165), a escolha do questionário como instrumento de recolha de dados, constitui uma das opções metodológicas deste estudo, na medida em que se apresenta como mais adequada a um dos nossos propósitos: o de questionar de uma forma impessoal sobre um tema preciso.

Por definição, um questionário é um instrumento de recolha de informações rigorosamente padronizado, tanto no texto das questões formuladas como na ordem em que elas são colocadas. Neste sentido, um questionário deve apresentar um estilo de redacção o mais natural possível, até para não causar nenhum efeito intimidativo ao participante. Por sua vez, as questões precisam de ter um encadeamento e não devem apresentar incoerências nem despropósitos.

Com base neste propósito, optamos por uma observação indirecta e, por tal, pelo uso do inquérito por questionário (cf. Anexo). Com este tipo de inquirição é mais fácil preservar o anonimato e a confidencialidade, fomentar a imparcialidade nas respostas e minimizar eventuais constrangimentos por parte dos respondentes. Este modelo constitui um dos mecanismos mais importantes da investigação a que diversos autores têm recorrido nos vários domínios: (e.g, Gomes *et al.*, 2008).

Depois de nos debruçarmos sobre as opiniões e contributo de vários autores ao longo do enquadramento teórico do tema, procedeu-se à procura de um questionário aplicável e dirigido aos educadores de infância que se encontrem a trabalhar nas valências de creche ou pré-escolar.

Foi utilizado um inquérito de auto-resposta (ver anexo), destinado a ser respondido por educadoras de infância, compreendendo duas partes. Naturalmente, com o conjunto de

questões sobre o sono que integram tanto a primeira como a segunda partes do inquérito, pretende-se responder às questões de investigação que enunciámos.

O inquérito começa pela apresentação do estudo, dos seus objectivos gerais, sendo fornecidas também as instruções escritas.

(1) A primeira parte do inquérito incia-se com uma secção de dados sócio-demográficos, académicos e profissionais, destinada à caracterização dos participantes, inquirindo sobre o sexo, a idade, o tempo de serviço, o estado civil, se tem ou não filhos, que habilitações possui e em que escola ou universidade tirou o curso.

Para se proceder a um enquadramento profissional dos participantes, inquiriu-se sobre: em que género de estabelecimento trabalha presentemente; se se encontra a trabalhar com crianças com idades entre os 0 e os 3 ou entre os 3 e os 5 anos; se as crianças, com as quais trabalha, têm por hábito dormir a sesta.

Segue-se um conjunto de questões relacionadas com a preparação dos profissionais sobre o sono, de forma a conhecermos aspectos relativos à formação e práticas (contexto profissional) dos educadores participantes no estudo, a saber: se a formação inicial contemplou a temática do sono; se considera possuir conhecimentos suficientes sobre sono das crianças; se procura manter-se informado sobre o sono na infância; através de que meios procura obter informação sobre o tema; se se sente preparado para dar resposta a dúvidas dos pais sobre o sono dos seus filhos; se os pais têm por hábito procurar a educadora no sentido de esclarecer dúvidas sobre o sono dos seus filhos; se os pais têm por hábito procurar a educadora no sentido de esclarecer dúvidas sobre o sono dos seus filhos; e se as crianças com que se encontra a trabalhar costumam dormir a sesta.

A elaboração deste conjunto de questões (sobre o sono no contexto da formação e da prática profissional) teve em conta a revisão da literatura, mas sobretudo procurámos focar aquilo que nos pareceu mais pertinente tendo em conta os objectivos e questões de investigação deste estudo em particular.

(2) A segunda parte do inquérito consistiu no «Questionário de Concepções sobre Sono na Infância (0-5 anos) - versão experimental, de Allen-Gomes et al. (2008). Este

Questionário foi desenvolvido Allen-Gomes et. al. tendo em conta a literatura da especialidade e a experiência clínica e de investigação da autora e co-autores no âmbito do sono. Na construção deste instrumento, que se encontra actualmente em versão experimental, utilizou-se o procedimento de «consulta de especialistas» (cf. Almeida e Freire, 2007): a versão inicial do questionário foi apreciada por uma médica psiquiatra, especialista no sono e seus distúrbios, fundadora da consulta de Distúrbios do Sono da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra e com ampla experiência de investigação, Prof. Doutora Maria Helena Pinto de Azevedo (Professora Catedrática da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra), que sugeriu pequenas modificações que vieram a melhorar o instrumento. Um estudo-piloto conduzido por Allen-Gomes junto de estudantes de educação de infância da Universidade de Aveiro não revelou quaisquer dificuldades de preenchimento (Allen-Gomes, 2009, Comunicação Pessoal, Universidade de Aveiro, Aveiro).

O Questionário de Concepções sobre Sono na Infância é composto por 33 afirmações. Para cada uma das afirmações solicita-se ao participante que indique se considera a frase verdadeira, falsa ou se não sabe. Nas instruções ao Questionário apela-se a uma participação sincera e individual, unicamente de acordo com os conhecimentos do inquirido.

Este questionário inquirir sobre os conhecimentos que o participante possui [i] sobre o sono em geral e ao longo do desenvolvimento infantil - do nascimento até aos 5 anos (ex.: saber que o ritmo de sono-vigília é gerado por um relógio biológico, [ii] sobre os principais distúrbios e dificuldades do sono em crianças (ex.: pesadelos), [iii] sobre regras de higiene de sono e boas práticas em bebés e crianças até aos 5 anos (ex.: importância da regularidade dos horários). Assim, abrange uma grande variedade de conhecimentos, tais como a familiarização com termos como sono REM ou padrão polifásico, por exemplo, noções sobre a evolução das necessidades de sono ao longo do desenvolvimento, sobre a evolução do ritmo de sono-vigília, sobre dificuldades e distúrbios de sono mais comuns em crianças de idade pré-escolar (tais como as dificuldades em adormecer e os terrores nocturnos), sobre a elevada variabilidade de criança para criança das necessidades de sono, sobre as regras de higiene de sono, sobre sesta, etc.

Acrescem seis agrupamentos distintos de questões (itens) organizados em três secções com um total de 33 itens, numerados, que poderão ser agregados por afinidade conceptual ou proximidade semântica em 3 componentes distintas, mediante a sua estrutura. Em cada grupo destas questões encontram-se em causa os aspectos:

1. Conhecimentos sobre parassónias e outros distúrbios do sono em crianças.

- A melhor solução para a insónia, em crianças, é a toma de medicação para dormir. [31]
- As parassónias são relativamente comuns em crianças. [22]
- O sonilóquio (falar durante o sono) tem habitualmente consequências graves. [7]
- Terrores nocturnos e pesadelos são sinónimos. [3]
- O sonambulismo ocorre tipicamente em crianças dos 4 aos 12 anos e tende a desaparecer naturalmente com a idade. [10]
- O sonambulismo e os pesadelos são exemplos de parassónias. [27]
- Os acordares nocturnos atingem um pico por volta dos 2 anos de idade. [14]
- A ausência de rituais de dormir adequados é causa comum de dificuldades em iniciar o sono de crianças. [33]

2. Conhecimentos gerais sobre o sono "normal" e ao longo do desenvolvimento infantil.

- A luz solar é um importante sincronizador do ritmo sono-vigília no ser humano. [20]
- O ritmo sono-vigília é gerado por um relógio biológico. [4]
- Todas as crianças da mesma idade devem dormir o mesmo número de horas. [11]
- No recém-nascido, o padrão sono-vigília é monofásico. [29]
- Ao longo dos 6 primeiros anos de vida, a percentagem do tempo de sono passada em sono REM vai aumentando. [17]
- Pelos 4-6 anos, o chamado sono profundo ocupa uma parte importante do sono nocturno. [2]
- O sono profundo das crianças é muito importante, pois nessa altura ocorre a secreção da hormona do crescimento. [24]
- Crianças de 1 ano costumam necessitar, em média, de cerca de 14 horas de sono por dia/24 horas. [5]
- Crianças de 3-5 anos necessitam, em média, de 11 a 12 horas de sono por dia /24 horas para estarem bem. [18]
- Até aos 2 anos, muitas crianças deixam de precisar da sesta "da manhã", mantendo a "da tarde". [1]
- Dos 3 até cerca dos 5 anos, boa parte das crianças continua a necessitar da sesta "da tarde" (após o almoço). [16]

- As necessidades de sono variam de criança para criança. [28]
- Até aos 5 anos de idade, todas as crianças deveriam dormir a sesta. [25]

3. Conhecimentos sobre higiene de sono e boas práticas em crianças até aos 5 anos.

- Pelos 2-3 anos poucas crianças estão dispostas a interromper a brincadeira para irem dormir, seja à tarde ou à noite. Cabe aos adultos estabelecer limites e um ritual de hora de deitar, que ajude essa transição. [6]
- A sesta não deve ser usada como castigo. [19]
- É importante desenvolver um ritual ou rotina pré-sono, a aplicar diariamente, que facilite a transição da criança para o sono (seja antes da sesta, seja à noite) - ex: fazer xixi, lavar os dentes, deitar-se na cama, ouvir uma história. [33]
- Para um bom sono da criança, é contraproducente estabelecer limites firmes e razoáveis à hora de deitar. [13]
- A regularidade dos horários de sono (deitar e levantar todos os dias às mesmas horas), constitui uma boa prática, promotora da higiene de sono. [23]
- A criança, para adormecer, não deve ficar dependente de um ritual ou rotina pré-sono. [15]
- A partir dos 2-3 anos, quando a criança já começa a falar, não se lhe deve impôr uma hora de deitar, mas sim esperar que ela declare ter vontade em ir dormir. [21]
- Desde que se durma o suficiente, é indiferente ter horários de sono certos ou irregulares. [26]
- Deitar a criança muito mais tarde ao fim-de-semana não constitui motivo de preocupação se ela puder dormir até mais tarde na manhã seguinte. [32]
- Ver televisão na cama é uma prática recomendada para ajudar a adormecer. [12]
- Sempre que se pretende modificar o horário ou a duração habitual da sesta da criança, tal deve ser feito gradualmente, 15 minutos por dia. [8]
- A introdução, à hora de deitar, de um "objecto especial" ou "objecto de conforto" apropriado (ex.: um boneco ou uma fralda), é uma prática contra-indicada para ajudar a criança a adormecer. [9]

Tendo em conta o estado actual do conhecimento científico na área do sono, considera-se que as respostas correctas/ incorrectas são as seguintes: 1) V 2) V 3) F 4) V 5) V 6) V 7) F 8) V 9) F 10) V 11) F 12) F 13) F 14) V 15) F 16) V 17) F 18) V 19) V 20) V 21) F 22) V 23) V 24) V 25) F 26) F 27) V 28) V 29) F 30) V 31) F 32) F 33) V.

5. Procedimentos

Para a compreensão dos fenómenos em estudo orientamo-nos para o diagnóstico em contexto natural seguindo uma metodologia do tipo não experimental e mais próximo dos modelos ‘correlacional-diferencial’ (Arnal *et al.*, 1992; Bisquerra, 1996; Almeida & Freire, 2007). Estes modelos situam-se entre os métodos descritivos, ou simplesmente compreensivos da realidade (estudos qualitativos) e os estudos experimentais (estudos quantitativos).

Assim, para este estudo ficou decidido usar um método de cariz mais quantitativo, através da utilização de questionários, com o objectivo de podermos chegar a uma maior amostra de educadores em exercício e, desta forma, poder obter um número mais alargado de opiniões/respostas para posterior organização e análise de dados.

No que respeita ao instrumento utilizado, com o objectivo de se obterem respostas fiáveis, procurou-se utilizar uma linguagem simples ao longo do inquérito, que não necessitasse de esclarecimentos adicionais para a sua compreensão.

Para se minimizar o «receio de avaliação» por parte dos sujeitos, factor que compromete a validade interna das investigações (Kiess e Bloomquist, cit. por Allen-Gomes, 1998), para além da ênfase no anonimato houve o cuidado de evitar que os participantes sentissem que estavam a realizar uma prova de avaliação de conhecimentos. Assim, tanto na designação adoptada para a primeira página do Inquérito como na apresentação do estudo e ao longo das instruções escritas, preferiu-se utilizar a designação «concepções» (em alternativa a «conhecimentos»).

Como já referido, na primeira página do inquérito começa-se por apresentar o estudo e fornecer instruções por escrito. Nestas instruções escritas, houve um cuidado de informar os participantes do carácter anónimo da sua participação. Também se procurou motivar as pessoas para o seu preenchimento, dando-lhes a indicação de que a sua colaboração seria breve (o inquérito levaria apenas alguns minutos), e caso se manifestasse

desinteresse da sua parte ao longo do preenchimento, bastaria anulá-lo, sem que fosse necessário identificar-se.

No que respeita aos procedimentos de selecção da amostra e de recolha de dados, inicialmente a autora da presente dissertação pretendia recolher uma amostra representativa a nível nacional através de uma selecção de escolas/ instituições participantes, pelo método de amostragem aleatória sistemática, tendo previsto realizar a recolha por via postal (através dos CTT). Contudo, este método acabou por ser abandonado devido à reduzida taxa de resposta, bem como por limitações de tempo e por questões económicas. Ponderou-se o uso da via electrónica, cada vez mais comum actualmente, mas considerou-se que seria pouco viável, pois a grande maioria das salas de creche e jardim-de-infância não possuem computadores com Internet. Assim, optou-se por distribuir a grande maioria dos inquéritos em mãos, às educadoras e por recolher uma amostra de conveniência.

Os inquéritos foram distribuídos em diferentes pontos do país: 50% a educadoras que se encontram a leccionar no concelho de Lisboa e arredores, 40% a educadoras que se encontram a leccionar na zona centro e arredores (Viseu, Lamego, Aveiro), e os restantes 10% a educadoras provenientes de diferentes áreas.

Foram convidadas a participar educadoras de infância a trabalhar em diferentes valências, ou seja, quer na valência de creche (com crianças desde os 0 aos 3 anos de idade) quer na valência de pré-escolar (que integra crianças desde os 3 anos de idade até aos 5/6 anos).

Foram distribuídos inicialmente via postal 40 questionários, dos quais foram devolvidos apenas 6 e, foram distribuídos pessoalmente 89 questionários. O retorno dos inquéritos distribuídos via carta, revelou-se uma tarefa de insucesso, comprometendo a metodologia adoptada para chegar aos educadores, pois apenas 15% dos inquéritos enviados inicialmente por via postal foram devolvidos.

Dos inquéritos recebidos foram eliminados 11 (por se encontrarem incompletos e/ou mal preenchidos), e 2 foram devolvidos em branco. Por conseguinte, foram considerados válidos 82 questionários completamente preenchidos. A tabela I resume o

cômputo total de questionários distribuídos, recebidos, eliminados, e a totalidade de questionários considerados válidos para organização e tratamento estatístico dos dados.

Tabela I
Questionário distribuído a educadores

Distribuição via postal		Distribuição em mão	
Distribuídos	40	Distribuídos	89
Reenviados	6	Recolhidos	89
Eliminados	0	Eliminados	11
Devolvidos em branco	0	Devolvidos em branco	2
Considerados válidos	6	Considerados válidos	76

Consideramos pertinente indicar algumas das razões apontadas por determinadas educadoras que recusaram participar no estudo: algumas alegaram “que nos estabelecimentos de ensino público, sob tutela do Ministério da Educação, as crianças não têm período de sesta, não havendo portanto, elementos reais para preencher o questionário que foi enviado”, outras alegaram que “em termos de formação nesta área não foi sentida qualquer necessidade por parte das docentes deste Agrupamento de Escolas” e que portanto não participariam do estudo; ou ainda “este questionário deveria ser entregue em creches, onde as crianças dormem, porque neste caso específico, a instituição acolhe crianças que são mais velhas (entre os 3 e os 5 anos) e que não dormem a sesta”; noutras instituições foi respondido que as responsáveis que asseguram as salas das faixas etárias entre os 0 e os 3 anos (crianças que dormem a sesta) não são formadas em educação de infância.

Para a análise estatística, os questionários foram previamente convertidos em uma base de dados para serem tratados através do pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

A partir da base produzida, procedeu-se à análise descritiva das frequências das respostas dadas pelos educadores e, ao cálculo de algumas medidas amostrais de tendência central e/ou de dispersão, através das respostas nos itens. Depois, as respostas obtidas

foram comparadas em termos da sua validade lógica, segundo uma escala de valor: correctas, incorrectas, ou incertas.

No tratamento estatístico dos resultados, como critério geral, optamos por considerar que as pontuações obtidas nas variáveis intervalares idade e tempo de serviço fossem categorizadas segundo três categorias, tomados os resultados em torno da média e com idêntico valor de desvio padrão [média \pm 2/3 DP] (classes normalizadas).

Nos estudos diferenciais, usamos a análise de variância (simples e múltipla) para amostras independentes. Quando comparados apenas dois grupos, utilizamos o procedimento '*compare-means-independent samples t-test de student*' do SPSS. Quando comparados três ou mais grupos, utilizamos o procedimento '*compare-means, oneway-ANOVA*' com teste de contraste múltiplo do SPSS (Moroco, 2003; Coelho e tal., 2008). Através destes testes foi efectuado o cruzamento das variáveis independentes (como por exemplo: a idade, o tempo de serviço, a formação inicial na área do sono, etc.) com as variáveis dependentes (concepções sobre o sono na infância) para determinar possíveis variações significativas nas médias entre os grupos de sujeitos, de modo a permitir uma análise das respectivas influências.

Em todos os testes estatísticos tomamos níveis de significância estatística para um intervalo de confiança superior a 95% ($p < .05$) e incluímos testes de homogeneidade da variância de Levene. Ou seja, quando considerado o valor de *F-Fisher* não significativo ($p > .05$) a variância pode ser assumida como homogénea e, neste caso é considerado o valor da linha de saída '*equal variances*' do SPSS para o *t-test*. No caso de $p < .05$, assumimos que é violada a homogeneidade da variância e, então são tidos em conta os valores da linha de saída '*inequal variances*' (Kinnear & Gray, 1994: 92).

Nas Anovas's, para uma análise mais fina das diferenças entre médias e perante mais de dois grupos em oposição, especificamos os testes de comparações múltiplas Tukey's HSD ou Tahmane, respectivamente para variâncias homogéneas e não homogéneas, disponíveis no SPSS.

Parte II

Capítulo V – Resultados

1. Introdução à apresentação e análise dos resultados

Neste capítulo, passamos a apresentar e analisar os resultados obtidos na análise descritiva das respostas dos educadores da amostra, tomando os dados sócio-demográficos, académicos e profissionais e as variáveis seleccionadas. Procuramos desenvolver os aspectos exploratórios e tentar responder às questões iniciais do inquérito.

Numa primeira abordagem, pretendemos conhecer melhor quais as características sócio-demográficas e profissionais dos inquiridos, nomeadamente: o sexo; a idade; o tempo de serviço; o estado civil; se tem filhos; que habilitações possui; em que escola ou universidade tirou o curso; em que género de estabelecimento trabalha; se trabalha com crianças com idades entre os 0 e os 3 ou entre os 3 e os 5 anos; se as crianças, com as quais trabalha, têm por hábito dormir a sesta; se a formação inicial contemplou a temática do sono; se procura manter-se informado sobre o sono na infância; através de que meios procura obter informação sobre o tema; se se sente preparado para dar resposta a dúvidas dos pais sobre o sono dos seus filhos e; se os pais têm por hábito procurar o educador no sentido de esclarecer dúvidas sobre o sono dos seus filhos.

Num primeiro momento, efectuamos a análise descritiva das respostas nos itens de opção fechada do questionário para, de seguida, efectuar alguns cruzamentos entre variáveis, com aplicação do teste do Qui quadrado e apuramento de dados com recurso a ferramentas e opções, disponibilizadas pelo SPSS.

Para uma melhor leitura e interpretação dos resultados recorreremos à inclusão de tabelas e gráficos que se espera contenham informação suficiente para que possam ser interpretados sem ser necessária uma exaustiva explanação. A análise dos resultados inclui a indicação dos valores de frequência através das percentagens relativas a cada item de resposta fechada.

Todas as tabelas e gráficos estão numerados e acompanhados das respectivas legendas, bem como do significado de qualquer abreviatura usada. O cruzamento de variáveis é apresentado em tabelas de contingência com indicação dos valores percentuais e os dados referentes ao cruzamento dos indicadores com variação significativa (Probabilidade (observada) $\leq 0,05$), sendo igualmente indicados os respectivos valores do Qui quadrado e graus de liberdade. Partindo dos valores expressos nas tabelas, são feitos alguns comentários breves e discutidos os resultados obtidos em acordo com a componente conceptual deste estudo.

2. Características dos participantes

Neste estudo participaram 82 elementos, seleccionados entre os educadores de infância que se encontram a exercer actividade docente em Jardins de Infância da rede pública da Região de Lisboa, Sintra e arredores (50%); dos distritos de Viseu, Lamego e Aveiro (40%) e, ainda de outras zonas geográficas dispersas (10%).

A fim de facilitar o tratamento estatístico e a interpretação dos resultados optamos, no caso das variáveis intervalares, por dividir a amostra em três grupos usando a média e o Desvio Padrão (DP), tal como apresentado em alguns ciclogramas e tabelas seguintes.

2.1 Por sexo

Apesar de existirem educadores homens a sua proporção, neste grupo profissional, é muito reduzida. No conjunto dos respondentes não foi possível obter a representação deste grupo de género, pelo que a amostra retida ficou constituída exclusivamente por elementos do sexo feminino.

2.2. Por idade

Nos grupos de idade, a respondente mais jovem nova tem 23 anos e a mais velha tem 59 anos, sendo que a média de idades das inquiridas é de 37,89 (DP=5,8). O valor modal é de 39 anos. Verificamos que o grupo com maior representação (74,4%) situa-se no intervalo de idades entre os 33 e os 44 anos. A tabela seguinte apresenta a percentagem, na amostra, de cada grupo etário relativamente à idade.

Tabela II:

Distribuição da amostra segundo grupos etários (N=82)

Idade	n	%
< 34 anos	21	25,6 %
35 – 41	42	51,2 %
> 42 anos	19	23,2 %
Total	82	100 %

2.3. Por tempo de serviço

No levantamento do tempo de serviço das educadoras respondentes ao inquérito, constatamos que existem duas educadoras que possuem apenas 1 ano de tempo de serviço, representando o valor mínimo da amostra sendo que o valor máximo se situa nos 30 anos de serviço. Metade da amostra (50%) tem tempo de serviço superior a 12 anos. A média situa-se nos 12,93 anos (DP=5,78) e o valor modal é 12.

Tal como para a variável idade, optamos por agregar os resultados obtidos, na amostra, em três intervalos definidos a partir da média e 2/3 do valor do desvio padrão. Na distribuição obtida, os grupos estão equilibrados em termos de frequência, sendo o que tem maior percentagem (41,5%) constituído pelos respondentes que têm entre 10 e 16 anos de tempo de serviço, evidenciando um grupo profissional com alguma experiência de ensino. Aliás, se considerarmos cumulativamente o grupo mais experiente (mais de 17 anos de serviço) a percentagem ascende a 73,2%. O grupo com menor frequência (26,8%) corresponde aos educadores com menos de 9 anos de tempo de serviço.

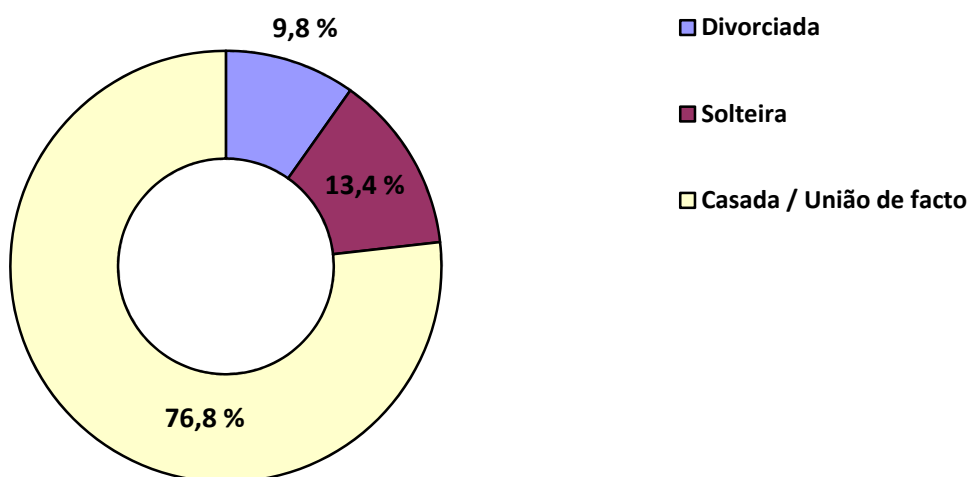
Tabela III:**Distribuição da amostra segundo grupos por anos de serviço (N=82)**

Nº anos de serviço	n	%
< 9 anos	22	26,8 %
10 – 16	34	41,5 %
< 17 anos	26	31,7 %
Total	82	100 %

2.4. Por Estado Civil e Filhos

Quisemos saber qual o estado civil das educadoras inquiridas.

Conforme se pode observar no ciclograma seguinte, uma elevada percentagem (76,8%) das inquiridas responderam que o seu estado civil era casado/união de facto. E os restantes 23,2% responderam como sendo solteiras (13,4%) ou divorciadas (9,8%).

Gráfico I:**Distribuição da amostra segundo o Estado Civil**

Moda: Casado/a/união de facto – 76,8%

Quando inquiridas sobre o facto de terem ou não filhos, uma elevada maioria das respondentes (81,7%) respondeu afirmativamente, ao invés de apenas 18,3% que indicou não ter filhos.

2.5. Por nível académico

Quisemos saber qual o nível académico das inquiridas. A quase totalidade (96,3%) da amostra indica estar habilitada com o grau académico de Licenciatura; sendo que apenas 3 inquiridas (representando 3,7% da amostra) indicam possuir um Bacharelato ou o equivalente ao antigo curso de educadoras do Magistério Primário; nenhuma das inquiridas indicou como habilitações académicas os graus de Mestrado ou Doutoramento.

2.6. Por tipo de Instituição de formação

Dado a diversidade de respostas recebidas, de forma a facilitar a consulta dos dados, estas, foram agregadas segundo o tipo de subsistema de ensino superior em que foi obtida a graduação para a educação de infância:

- Ensino privado: Inclui as Escolas/ Institutos/ Universidades Privadas;
- Ensino público: Inclui as Escolas Superiores/ Ensino Superior Politécnico/ Universidades Públicas.

A maioria (62,2%) indicou haver tirado o curso de educação de infância numa instituição do subsistema de ensino privado, sendo que as instituições mais referidas foram: Escola Superior de Educadores de Infância Maria Ulrich, Escola Superior de Educação João de Deus, Escola Superior de Educação Jean Piaget, Universidade Católica Portuguesa, Instituto Superior de Educação e Ciências (ISEC).

O outro grupo, representando 37,8% da amostra indica ter tirado o curso numa instituição do subsistema de ensino superior público, sendo que as mais citadas foram: Escola Superior de Educação de Lisboa; Escola Superior de Educação de Setúbal e Escola Superior de Educação de Viseu. Ainda 2 inquiridas indicaram ter tirado o seu curso no Magistério Primário.

3. Enquadramento profissional dos participantes

3.1. Tipo de estabelecimento de educação pré-escolar

De forma a facilitar a consulta dos dados, as respostas dadas foram organizadas em:

Grupo 1: Educadoras que se encontram a trabalhar em creches privadas e/ou pertencentes a Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), com crianças dos 0 aos 3 anos;

Grupo 2: Educadoras que se encontram a trabalhar no ensino pré-escolar da rede pública, com crianças desde os 3 anos até aos 5 (cuja frequência do pré-escolar não contempla a sesta);

Grupo 3: Educadoras que se encontram a trabalhar no ensino pré-escolar da rede privada, com crianças desde os 3 anos até aos 5.

Tabela IV:

Tipo de estabelecimento em que se encontra a trabalhar presentemente

	n	%
Grupo 1: Creche IPSS	7	8,5 %
Grupo 2: Jardim-de-infância da rede pública	50	61,0 %
Grupo 3: Jardim-de-infância da rede privada	25	30,5 %
Total	82	100 %

Moda: Jardim-de-infância da rede pública – 61,0%

Uma grande parte das educadoras inquiridas (61%) encontra-se a trabalhar em Jardins-de-Infância da rede pública, pertencente à rede nacional do ensino Pré-escolar, sob tutela do Ministério da Educação, no qual habitualmente as crianças não têm período de sesta. Apenas 8,5% das inquiridas se encontra a trabalhar com crianças em creches/estabelecimentos pertencentes à rede privada (Instituições Particulares de Solidariedade Social), uma vez que o Ministério da Educação não tem na sua tutela

instituições educativas que contemplem crianças menores de 3 anos de idade. Também, um outro grupo representando 30,5% da amostra encontra-se a trabalhar em Jardins-de-Infância pertencentes à rede privada.

3.2. Faixas etárias das crianças em Creche ou Jardim de Infância

Quisemos saber quantos educadores se encontram a trabalhar com crianças menores de três anos, e quantos se encontram a trabalhar com crianças maiores de 3 anos de idade. A tabela seguinte resume a frequência relativa do número de educadores que se encontram a exercer a sua actividade de educação pré-escolar segundo as faixas etárias seguintes:

Tabela V:

Distribuição da amostra segundo as faixas etárias das crianças

Faixa etária	n	%
0 - 3 anos de idade	8	9,8 %
3 ou mais anos	74	90,2 %
Total	82	100 %

Moda: Dos 3 anos de idade em diante – 90,2%

A esmagadora maioria (90,2%) dos educadores inquiridos encontra-se a trabalhar com crianças na faixa etária dos 3 aos 5 anos. Apenas 9,8% dos inquiridos se encontram a com crianças de idade inferior a 3 anos.

3.3. Dormir a sesta

Entendemos pertinente saber de que forma as necessidades de sono diurnas das crianças são respeitadas nas escolas/ instituições /salas, pelos educadores. Questionamos acerca dos hábitos de dormir a sesta entre as crianças que frequentam os estabelecimentos da educação de infância.

Tabela VI:
Distribuição da amostra segundo o hábito da sesta nas crianças

Dormir a Sesta	n	%
Sim	13	15,9 %
Não	69	84,1 %
Total	82	100 %

Moda: Não (84,1%)

Atendendo a que apenas 9,8% dos educadores se encontram a trabalhar presentemente com crianças de idade inferior a 3 anos de idade, com necessidade de dormir pelo menos uma sesta diurna (dependendo da idade), conforme informação da Tabela VI, 15,9% disse que as crianças tinham por hábito dormir a sesta, enquanto 84,1% disse “não”, indiciando que habitualmente a sesta não faz parte dos hábitos das crianças com as quais presentemente se encontram a trabalhar.

É de salientar que 8,5% das educadoras disse encontrar-se presentemente a trabalhar numa creche, com crianças pequenas, que habitualmente dormem a sesta, conforme dados da Tabela IV.

4. Questões relativas à preparação dos educadores sobre o sono: formação e práticas

4.1. Formação inicial sobre o sono das crianças

Em termos de formação inicial, era pertinente haver algum feedback sobre se as educadoras haviam tido formação sobre o sono na infância ao longo da sua formação académica.

Tabela VII:**Distribuição da amostra quanto à formação inicial sobre o sono**

Formação sobre o sono	n	%
Sim	62	75,6 %
Não	20	24,4 %
Total	82	100 %

Moda: Sim (75,6%)

A maioria (75,6%) das inquiridas respondeu afirmativamente à questão se havia sido contemplada, ao longo da sua formação inicial em educação de infância, formação/informação sobre o sono de crianças. Apenas 24,4% da totalidade da amostra respondeu que a sua formação inicial não contemplou o tema.

Dado que o leque de idades da nossa amostra é bastante abrangente, considerámos pertinente realizar a mesma análise para cada grupo etário (cf. Tabela VIII)

Tabela VIII**Distribuição da amostra quanto à formação inicial sobre o sono por grupo etário**

Formação sobre o sono	Intervalos de idade			Total
	< 34	de 35 a 41	> 42	
Sim	15 71,4%	31 73,8%	16 84,2%	62 75,6%
Não	6 28,6%	11 26,2%	3 15,8%	20 24,4%

Moda: Sim (75,6%)

A proporção de educadoras que respondeu afirmativamente parece ir aumentando do grupo etário mais jovem para o mais velho, embora de modo não estatisticamente significativo (Qui Quadrado = 1,04; g.l. = 2; $p > .50$).

4.2. Conhecimentos sobre o sono das crianças

Procuramos indagar se os educadores de infância consideravam possuir conhecimentos suficientes sobre o tema – O sono na infância, ainda que, como foi possível constatar da leitura da tabela anterior (Tabela VI) a formação inicial não tinha contemplado o estudo da temática, para cerca de 24,4% das inquiridas.

Tabela IX:

Distribuição da amostra quanto aos conhecimentos sobre o sono

Conhecimentos sobre o sono	n	%
Sim	64	78,0 %
Não	18	22,0 %
Total	82	100 %

Moda: Sim (78,0%)

Uma percentagem de 22% da totalidade da amostra disse não possuir conhecimentos suficientes sobre o tema. Seria interessante associar estes valores, contrapondo estes dados com os 24,4% que disse não ter tido formação sobre o mesmo (cf. Tabela VII). Na amostra, a maioria (78%) dos respondentes indica possuir conhecimentos suficientes sobre o sono.

4.3. Procura de informações sobre a temática do sono

Ainda que apenas uma percentagem de 22% das educadoras inquiridas considere que os conhecimentos que possui sobre a temática do sono na infância sejam insuficientes, a grande maioria (75,6%) indica que procura manter-se informada sobre o tema. Ao invés, os restantes 24,4% indicam que não procuram informações sobre o sono na infância.

Tabela X:**Distribuição da amostra quanto à procura de informações sobre o sono**

Procura informações	n	%
Sim	62	75,6 %
Não	20	24,4 %
Total	82	100 %

Moda: Sim (75,6%)

A maioria (75,6%) das educadoras inquiridas respondeu que procuram manter-se informados acerca da temática. Ainda assim, uma razoável percentagem (24,4%) dos inquiridos, correspondendo aos restantes elementos da amostra, indicou que não procuram informação específica sobre o tema. Um dado interessante prende-se com o facto, constatado a partir da leitura da tabela anterior (Tabela VIII), de que cerca de 78% das inquiridas respondeu que considerava possuir conhecimentos suficientes sobre o sono de crianças.

4.4. Aquisição de informações/conhecimentos sobre o sono

Apesar do leque de escolha de meios para aquisição de informações/conhecimentos sobre o tema ser abrangente, incluindo: acções de formação, através de outros colegas; através da Internet; através de especialistas do sono; em livros/ artigos científicos, em revistas de divulgação, nas disciplinas do curso, por outros meios (a mencionar); etc., as respostas dadas por grande parte das inquiridas recaiu invariavelmente sobre os mesmos meios ou formas de obtenção da informação/conhecimentos. Uma clara maioria (64,4%) das inquiridas assinalou mais de um meio de procura de informações relativas ao sono. Ficaram de fora, por não terem sido mencionadas por nenhuma das inquiridas: acções de formação e livros/ artigos científicos.

A maioria (64,6%) das inquiridas indica utilizar mais de um meio para adquirir informações/ conhecimentos sobre o sono, seleccionando na sua folha de respostas, várias das alternativas mencionadas. Para este efeito foi criado um grupo: “mais do que um meio

mencionado” no qual se incluíram todas as respondentes que consideraram mais do que uma das respostas sugeridas. As opções mais utilizadas nas respostas, relativamente à aquisição de informações/ conhecimentos sobre o sono, foram: “através dos colegas”, “em revistas de divulgação” e “através da Internet” (cf. Tabela XI). Embora 6 respondentes tenham seleccionado a opção “outros meios além dos referidos” apenas 3 respondentes especificaram como sendo através da televisão/programas televisivos.

É de salientar que uma considerável percentagem (24,4%) dos respondentes indicou a opção – ‘Não se aplica’, conferindo com a percentagem de inquiridas que na resposta anterior disseram não procurar informações sobre a temática (cf. se pode observar na Tabela X). Apenas 8,5% das inquiridas seleccionaram unicamente um meio através do qual têm adquirido informação. Destes, apenas 1,3% indicou que obteve informação junto de outros colegas, 2,4% indicou que procuram especialistas do sono para adquirirem informação, enquanto 7,3% indicou que procuram informação em revistas de divulgação.

Tabela XI:

Número de vezes que um meio de aquisição de informações/conhecimentos sobre o sono foi referido

Meios de Informação	N	%
Outros colegas	52	30,2%
Internet	36	21%
Especialistas do sono	15	8,7 %
Revistas de divulgação	54	31,4 %
Disciplinas do curso	9	5,2%
Outros meios além dos referidos	6	3,5%
	172	100%

Moda: Revistas de divulgação (31,4%)

4.5. Preparação para dar resposta a questões acerca do sono

Ainda que uma grande maioria (78%) das educadoras inquiridas considere suficiente os conhecimentos que possui sobre a temática do sono, era pertinente comparar

com a percentagem de educadores que se sentem preparados para dar resposta a eventuais questões/ dúvidas colocadas pelos pais acerca do sono dos seus filhos.

Tabela XII:

Distribuição da amostra quanto ao sentimento de preparação para dar resposta a eventuais questões/dúvidas colocadas pelos pais acerca do sono dos seus filhos

Sente-se preparado	n	%
Sim	59	72,0 %
Não	23	28,0 %
Total	82	100 %

Moda: Sim (72%)

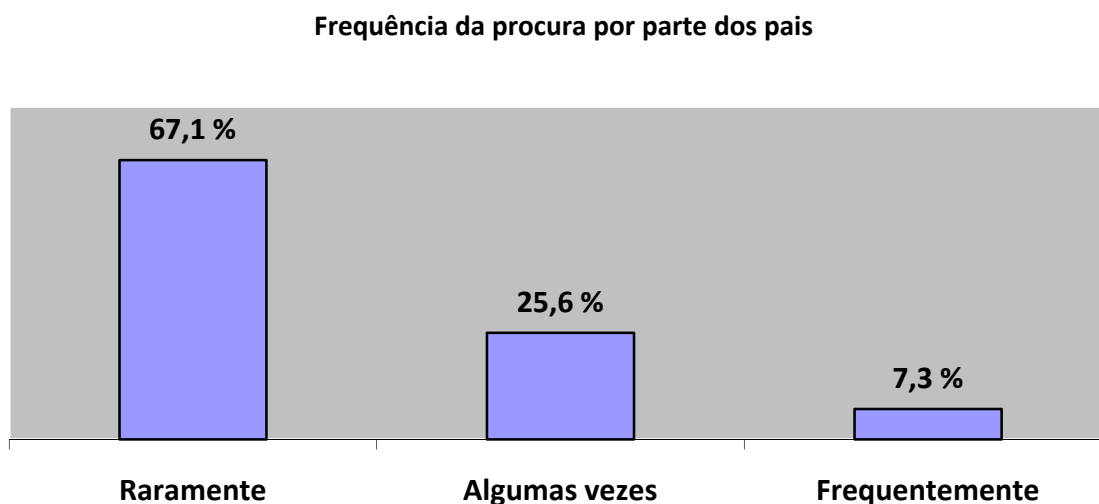
Foram cerca de 59 os educadores que disseram sentir-se preparados para dar resposta a eventuais dúvidas colocadas pelos pais das crianças sobre o sono, correspondendo a 72% da totalidade da amostra. Apenas 28% responderam não se sentir preparados para dar resposta às dúvidas dos pais.

4.6. Procura por parte dos pais para esclarecerem dúvidas sobre o sono

A maioria (72%) das inquiridas indica sentir-se preparados para dar resposta às solicitações dos pais, nomeadamente com dúvidas relativas ao sono dos seus filhos. Mas será que é muito frequente que os pais procurarem os educadores no sentido de esclarecerem as suas dúvidas? A avaliação é subjectiva e a análise é feita pelas educadoras, se acham que as solicitações dos pais costumam ser frequentes ou raras.

Gráfico II:

Distribuição da amostra quanto à procura por parte dos pais no sentido de esclarecerem dúvidas relativas ao sono dos seus filhos



A maioria (67,1%) das educadoras inquiridas avaliou como raras ou ausentes as solicitações dos pais. Um outro grupo, correspondendo a cerca de 25,6% da totalidade da amostra, indicou a opção de que é solicitado “algumas vezes”, no sentido de esclarecer dúvidas sobre o sono. Os restantes 7,3% dos respondentes indicam que os pais os procuram frequentemente para tirar dúvidas relativas ao sono das suas crianças. É de notar que, na anterior questão (cf. Tabela XI), uma percentagem de 28% dos educadores indicou que não se sentia preparado para esclarecer dúvidas dos pais relativamente ao sono dos seus filhos (caso fossem solicitados).

5. Questionário de Concepções sobre Sono na Infância: análise item a item

De seguida apresenta-se a tabela relativa às frequências de respostas dadas pelos educadores ao questionário específico das concepções sobre o sono na infância (0-5 anos).

Este questionário é composto por 33 itens (frases/ afirmações), nas quais os educadores eram instruídos a assinalar com um círculo, em que medida consideravam cada afirmação em causa: verdadeira (V), falsa (F) ou em caso de incerteza (?).

Nas afirmações que se referem a “crianças”, sem especificação da idade, foi pedido aos participantes que respondessem tendo em conta a faixa etária das crianças dos 0 aos 5 anos de idade.

Na tabela seguinte apresentam-se os itens numerados de 1 a 33, correspondendo às afirmações do questionário. No final de cada afirmação apresenta-se o respectivo valor lógico, tendo por base a revisão da literatura efectuada e a elaboração do questionário (Gomes *et al.*, 2008).

Tabela XIII:

Distribuição das respostas, nos itens, acerca das concepções sobre o sono na infância

Afirmações (1 a 33)	V	F	?
1. Até aos 2 anos, muitas crianças deixam de precisar da sesta “da manhã”, mantendo a “da tarde”. – V	86,6%	13,4%	0%
2. Pelos 4-6 anos, o chamado sono profundo ocupa uma parte importante do sono nocturno. – V	100%	0%	0%
3. Terrores nocturnos e pesadelos são sinónimos. – F	64,6%	26,8%	8,5%
4. O ritmo sono-vigília é gerado por um relógio biológico. – V	100%	0%	0%
5. Crianças de 1 ano costumam necessitar, em média, de cerca de 14 horas de sono por dia/24 horas. – V	79,3%	15,9%	4,9%
6. Pelos 2-3 anos poucas crianças estão dispostas a interromper a brincadeira para irem dormir, seja à tarde ou à noite. Cabe aos adultos estabelecer limites e um ritual de hora de deitar, que ajude essa transição. – V	100%	0%	0%
7. O sonilóquio (falar durante o sono) tem habitualmente consequências graves. – F	6,1%	87,8%	6,1%
8. Sempre que pretenda modificar o horário ou a duração habitual da sesta da criança, tal deve ser feito gradualmente, 15 minutos por dia. – V	91,5%	8,5%	0%
9. A introdução, à hora de deitar, de um “objecto especial” ou “objecto de conforto” apropriado (ex.: um boneco ou uma fralda), é uma prática	19,5%	80,5%	0%

contra-indicada para ajudar a criança a adormecer. – F			
10. O sonambulismo ocorre tipicamente em crianças dos 4 aos 12 anos e tende a desaparecer naturalmente com a idade. – V	92,9%	13,4%	3,7%
11. Todas as crianças da mesma idade devem dormir o mesmo número de horas. – F	22%	75,6%	2,4%
12. Ver televisão na cama é uma prática recomendada para ajudar a adormecer. – F	11%	81,7%	7,3%
13. Para um bom sono da criança, é contraproducente estabelecer limites firmes e razoáveis à hora de deitar. – F	25,6%	72%	2,4%
14. O acordar nocturno atinge um pico por volta dos 2 anos de idade. – V	20,7%	18,3%	61%
15. A criança, para adormecer, não deve ficar dependente de um ritual ou rotina pré-sono. – F	31,7%	67,1%	1,2%
16. Dos 3 até cerca dos 5 anos, boa parte das crianças continua a necessitar da sesta “da tarde” (após o almoço). – V	48,8%	51,2%	0%
17. Ao longo dos seis primeiros anos de vida, a percentagem do tempo de sono passada em sono REM vai aumentando. – F	47,6%	18,3%	34,1%
18. Crianças de 3-5 anos necessitam, em média, de 11 a 12 horas de sono por dia/24 horas para estarem bem. – V	70,7%	29,3%	0%
19. A sesta não deve ser usada como castigo. – V	95,1%	0%	4,9%
20. A luz solar é um importante sincronizador do ritmo sono-vigília no ser humano. – V	100%	0%	0%
21. A partir dos 2-3 anos, quando a criança já consegue expressar-se através da fala, os pais não devem estabelecer-lhe um horário de deitar, mas sim esperar que a criança declare ter vontade em dormir. – F	46,3%	53,7%	0%
22. As parassónias são relativamente comuns em crianças. – V	26,8%	48,8%	24,4%
23. A regularidade dos horários de sono (deitar e levantar todos os dias às mesmas horas), constitui uma boa prática, promotora da higiene de sono. – V	91,5%	8,5%	0%
24. O sono profundo das crianças é muito importante, pois nessa altura ocorre a secreção da hormona do crescimento. – V	89,0%	0%	11%
25. Até aos 5 anos de idade, todas as crianças deveriam dormir a sesta. – F	22%	56,1%	22%
26. Desde que se durma o suficiente, é indiferente ter horários de sono certos ou irregulares. – F	12,2%	87,8%	0%
27. O sonambulismo e os pesadelos são exemplos de parassónias. – V	73,2%	26,8%	0%
28. As necessidades de sono variam de criança para criança. – V	70,7%	19,5%	9,8%

29. No recém-nascido, o padrão de sono-vigília é monofásico. – F	15,9%	13,4%	70,7%
30. É importante desenvolver um ritual ou rotina pré-sono, a aplicar diariamente, que facilite a transição da criança para o sono (seja antes da sesta, seja à noite) – ex.: fazer xixi, lavar os dentes, deitar-se na cama, ouvir uma história. – V	92,7%	2,4%	4,9%
31. A melhor solução para a insônia, em crianças, é a toma de medicação para dormir. – F	1,2%	85,4%	13,4%
32. Deitar a criança muito mais tarde ao fim-de-semana não constitui motivo de preocupação se ela puder dormir até mais tarde na manhã seguinte. – F	37,8%	50,0%	12,2%
33. A ausência de rituais de dormir adequados é causa comum de dificuldades em iniciar o sono de crianças. – V	79,3%	17,1%	3,7%

Síntese descritiva:

- A maioria dos educadores (86,6%) considerou como verdadeira a afirmação “Até aos 2 anos, muitas crianças deixam de precisar da sesta "da manhã", mantendo a "da tarde"”. E apenas 13,4% considerou a afirmação "Falsa".
- A totalidade dos educadores (100%) assinalou como verdadeira a afirmação "Pelos 4-6 anos, o chamado sono profundo ocupa uma parte importante do sono nocturno".
- Uma grande percentagem (64,6%) das inquiridas concordou com a afirmação de que “Terrores nocturnos e pesadelos são sinónimos”; 26,8% respondeu que é "Falso", não concordando com esta afirmação; e apenas 8,5% responde que não tem a certeza sobre a veracidade da afirmação.
- A totalidade (100%) dos educadores assinalou como verdadeira a afirmação de que “ O ritmo sono-vigília é gerado por um relógio biológico”.
- Uma grande parte (79,3%) das inquiridas responde que é verdade que as “Crianças de 1 ano costumam necessitar, em média, de cerca de 14 horas de sono por dia/24 horas”; contra 15,9% que considera ser esta afirmação falsa. Uma percentagem de 4,9% afirma desconhecer a veracidade da afirmação.
- Relativamente à frase “Pelos 2-3 anos poucas crianças estão dispostas a interromper a brincadeira para irem dormir, seja à tarde ou à noite. Cabe aos

adultos estabelecer limites e um ritual de hora de deitar, que ajude essa transição” - novamente a totalidade (100%) dos educadores indica ‘Verdade’.

- Quanto à afirmação de que “O sonilóquio (falar durante o sono) tem habitualmente consequências graves”, uma pequena percentagem (6,1%) indica que esta afirmação é verdadeira, contra a maioria (87,8%) que responde que esta é “Falsa”, enquanto, que uma parte (6,1%) revelou incerteza quanto à veracidade da mesma.
- Interrogados sobre se “Sempre que pretenda modificar o horário ou a duração habitual da sesta da criança, tal deve ser feito gradualmente, 15 minutos por dia”, uma maioria expressiva (91,5%) indica ‘Verdade’, a contrapor com 8,5% que indicou ‘Falsa’, não havendo “indecisos”.
- A afirmação de que “A introdução, à hora de deitar, de um “objecto especial” ou “objecto de conforto” apropriado (ex.: um boneco ou uma fralda), é uma prática contra-indicada para ajudar a criança a adormecer” obteve uma expressiva percentagem (80,5%) das respostas atribuídas como “Falsa” contra 19,5% de respostas “Verdade”.
- Quando questionadas sobre se “Todas as crianças da mesma idade devem dormir o mesmo número de horas”, a opção pelo valor lógico de “Falso” teve mais peso, com a maioria (75,6%) das inquiridas a responder segundo este juízo de valor contra os 22% que afirmaram ser verdadeira a questão. Apenas uma pequena percentagem (2,4%), na amostra, disse não ter a certeza.
- Sobre se “Ver televisão na cama é uma prática recomendada para ajudar a adormecer”, a maioria (81,7%) indica ‘Falsa’, contra uma percentagem de 11% que indica ‘Verdade’ e uma percentagem de 7,3% que indicou não ter a certeza.
- No item 13 - “Para um bom sono da criança, é contraproducente estabelecer limites firmes e razoáveis à hora de deitar”, a maioria (72%) entende que é ‘Falsa’ a questão, enquanto os restantes 25,6% indicou ‘Verdade’ e 2,4% não têm a certeza.
- Sobre se “A criança, para adormecer, não deve ficar dependente de um ritual ou rotina pré-sono”, grande parte (67,1%) indicou que tal é ‘Falsa’ e, 31,7% indicou o contrário, havendo apenas 1,2% que não tem a certeza.
- No item 21, uma maioria tangencial (53,7%) optou por considerar ‘Falsa’ a afirmação “A partir dos 2-3 anos, quando a criança já consegue expressar-se através da fala, os pais não devem estabelecer-lhe um horário de deitar, mas sim

esperar que a criança declare ter vontade em dormir”, ao invés dos restantes 46,3% que indicou ‘Verdade’. Relativamente a esta afirmação, a maioria das inquiridas que respondeu “Falsa” não representa uma maioria expressiva, demonstrando haver algumas dúvidas sobre a importância do estabelecimento de um horário quando a criança já demonstra saber o que pretende e, consegue expressar as suas vontades.

- Questionados sobre a pertinência das sesta até aos 5 anos de idade “Até aos 5 anos de idade, todas as crianças deveriam dormir a sesta”, a maioria (56,1%) respondeu em sentido negativo, contra uma percentagem de 22% dos restantes que respondeu afirmativamente, curiosamente idêntica percentagem para as inquiridas indecisas, que não sabem o que será melhor: Dormir ou não dormir?
- Há quase um consenso (87,8%) na opção ‘Falso’ entre os respondentes quando questionados sobre “Desde que se durma o suficiente, é indiferente ter horários de sono certos ou irregulares”? Contra, as 12,2% das inquiridas que respondeu “Verdade” à afirmação.
- Apenas 1 pessoa (o que corresponde a 1,2%) disse que a melhor solução para a insónia em crianças, passava pela toma de medicação. Quando questionados sobre “A melhor solução para a insónia, em crianças, é a toma de medicação para dormir”, 85,4% dos respondentes a esta questão indicaram ‘Falso’, não concordando com a afirmação. E os indecisos, são 13,4% da totalidade das inquiridas.
- “Deitar a criança muito mais tarde ao fim-de-semana não constitui motivo de preocupação se ela puder dormir até mais tarde na manhã seguinte”, foi considerada “Falsa” por metade das inquiridas, contra os 37,8% que consideraram verdadeira e cerca de 12,2% de incertos.
- As seguintes afirmações foram consideradas pela grande maioria das inquiridas como sendo verdadeiras. Assim, quando questionados sobre se “O sonambulismo ocorre tipicamente em crianças dos 4 aos 12 anos e tende a desaparecer naturalmente com a idade”, uma esmagadora maioria (92,9%) indicou ‘Verdade’, contra os 13,4% que indicou ‘Falsa’ e, 3,7% não tem a certeza.
- Questionados sobre se “A sesta não deve ser usada como castigo”, uma esmagadora maioria (95,1%) indicou ‘Verdade’, contra os restantes 4,9% que indicam não saber (não têm a certeza).

- Se “A luz solar é um importante sincronizador do ritmo sono-vigília no ser humano”, a totalidade indicou ‘Verdade’.
- Na afirmação sobre “A regularidade dos horários de sono (deitar e levantar todos os dias às mesmas horas), constitui uma boa prática, promotora da higiene de sono”, uma clara maioria (91,5%) respondeu ‘Verdade’, contra os restantes 8,5% que indicaram que a afirmação é ‘Falsa’.
- Perante a afirmação “É importante desenvolver um ritual ou rotina pré-sono, a aplicar diariamente, que facilite a transição da criança para o sono (seja antes da sesta, seja à noite) – ex.: fazer xixi, lavar os dentes, deitar-se na cama, ouvir uma história” – mais uma vez uma expressiva maioria (92,7%) entre os respondentes que concordam com a afirmação, contrapondo-se a uma pequena percentagem (2,4%) manifesta pelos educadores que consideram que a afirmação é ‘Falsa’ e, apenas 4,9% das inquiridas diz não ter a certeza.
- Quanto à afirmação “Ao longo dos seis primeiros anos de vida, a percentagem do tempo de sono passada em sono REM vai aumentando”, menos de metade (47,6%) das inquiridas indicou ‘Verdade’, contrapondo com os 34,1% que revelam não ter a certeza. Apenas 18,3% dos respondentes contestam a afirmação, indicando que esta é ‘Falsa’.
- Sobre se “Crianças de 3-5 anos necessitam, em média, de 11 a 12 horas de sono por dia/24 horas para estarem bem” – uma clara maioria (70,7%) opta por assinalar a veracidade da afirmação. Não há indecisos, mas, uma percentagem considerável (29,3%) indica que a afirmação é ‘Falsa’.
- “O sono profundo das crianças é muito importante, pois nessa altura ocorre a secreção da hormona do crescimento” relativamente a esta afirmação, uma elevada maioria (89,0%) concordou com a sua veracidade. Os restantes (11,0%) indicam não ter certeza sobre a mesma.
- Quando questionados sobre se “O sonambulismo e os pesadelos são exemplos de parassónias”, a maioria (73,2%) das inquiridas respondeu afirmativamente. 26,8% assinalaram a opção “Falsa”.
- Sobre “As necessidades de sono variam de criança para criança”, a maioria (70,7%) das inquiridas optou por responder ‘Verdade’, contra uma pequena percentagem

(19,5%) que indicou erradamente, atribuindo o valor lógico ‘Falso’ à questão. Ainda 9,8% dos restantes indicaram desconhecer o valor lógico.

- Relativamente à afirmação sobre se “A ausência de rituais de dormir adequados é causa comum de dificuldades em iniciar o sono de crianças”, uma pequena percentagem (3,7%) das inquiridas indicou incerteza relativamente à afirmação. A maioria (79,3%) indicou no sentido de concordar que a ausência de rituais de dormir adequados seja causa comum de dificuldades nas crianças em iniciar o sono. No entanto, uma percentagem (17,1%) indicou que a afirmação é ‘Falsa’.
- Todos os respondentes atribuíram o valor lógico correcto, não evidenciando dúvidas ou incertezas, no que concerne às afirmações de que “Dos 3 até cerca dos 5 anos, boa parte das crianças continua a necessitar da sesta “da tarde” (após o almoço)”; Crianças de 3-5 anos necessitam, em média, de 11 a 12 horas de sono por dia/24 horas para estarem bem”; A luz solar é um importante sincronizador do ritmo sono-vigília no ser humano”; “A partir dos 2-3 anos, quando a criança já consegue expressar-se através da fala, os pais não devem estabelecer-lhe um horário de deitar, mas sim esperar que a criança declare ter vontade em dormir”; “A regularidade dos horários de sono (deitar e levantar todos os dias às mesmas horas), constitui uma boa prática, promotora da higiene de sono”; “Desde que se durma o suficiente, é indiferente ter horários de sono certos ou irregulares” e; “O sonambulismo e os pesadelos são exemplos de parassónias”.
- Há respostas que evidenciam incerteza entre os respondentes. Com efeito, uma expressiva maioria (70,7%) das inquiridas indica incerteza de que “No recém-nascido, o padrão de sono-vigília é monofásico”. Nesta afirmação, uma importante percentagem (13,4%) indicou ‘Verdade’, revelando desconhecer que o padrão de sono é polifásico. Apenas 15,9% indicou o valor lógico correcto.

6. Questionário de Concepções sobre o Sono na Infância: análise e comparação das pontuações globais

O resumo das medidas de tendência central, dispersão e sensibilidade (simetria e curtose) na distribuição (N=82) dos resultados globais relativos a cada uma das variáveis

rácio-intervalares consideradas para medir os acertos, ou seja, a quantidade de respostas correctas / incorrectas ao Questionário de Concepções sobre o sono na infância 0-5 anos (Gomes *et al.*, 2008) podem ser observados na tabela seguinte.

Tabela XIV:

Medidas de tendência central, dispersão e sensibilidade dos resultados relativos aos acertos nas respostas ao questionário de concepções sobre o sono na infância.

Variáveis	Média	DP	Leque Min-Max	25 %	50 %	75 %	Assimetria	Curtose
Nº de respostas correctas	23,5	2,76	16 – 29 (*)	22	23	25	-0,2	-0,1
Nº de respostas erradas	9,45	2,76	4 - 17	8	10	11	+0,2	-0,1

(*) Máximo calculado pelo número máximo de acertos (erros) dado por 1 respondente (e.g., a pessoa acertou em 29 respostas entre 33 possíveis); Mínimo calculado pelo número mínimo de acertos/ erros dado por 1 respondente (e.g., a pessoa acertou 16 respostas entre 33 possíveis).

Em termos gerais, os resultados indicam que mais de metade dos respondentes apresentam uma percentagem de acertos (respostas correctas) inferior à média (23,5; DP=2,76). Quanto ao número de respostas erradas, verificamos que mais de metade (50%) apresenta 10 respostas erradas em 33 possíveis, para uma média de 9,45 (DP=2,76). A partir da tabela XIII é possível ainda observar que, mais de um quarto (25%) do total da amostra erra mais de 11 respostas em 33 possíveis.

Por outro lado, também 25% da totalidade da amostra responde correctamente a mais de 25 respostas certas, sendo que o máximo obtido é de 29 acertos (ou 4 erros) em 33 possíveis. Os valores de leque permitem verificar que há respondentes que apenas respondem correctamente em 16 itens (erram 17) entre 33 possíveis. Os parâmetros de sensibilidade (assimetria e curtose) estão muito próximos de zero, sustentando a hipótese de que a distribuição dos resultados segue uma distribuição Normal, atenuando por isso qualquer tendência indesejável (e.g. responder ao acaso) de resposta, nos itens.

6.1. Efeitos entre os grupos de respondentes

Com vista a analisar possíveis efeitos entre os grupos de respondentes sobre as cotações médias obtidas no indicador do número de respostas correctas dadas ao Questionário específico, fixamos para investigação a seguinte hipótese de trabalho:

H0- Não há diferenças estatisticamente significativas entre grupos de inquiridos e os níveis médios (comparação de médias) relativamente ao número de respostas correctas do questionário aplicado.

Os resultados obtidos, tomando a totalidade da amostra podem ser observados nas tabelas seguintes em que se indicam a frequência, as médias, o Desvio Padrão (DP) e os valores da estatística do t de Student, graus de liberdade (gl) e respectivo valor de probabilidade.

6.1.1. Efeitos da procura de informações sobre o sono

Tabela XV:

Comparação de médias e estatística t-Student – Efeitos da procura de informações sobre o sono

	Procura informações			
	sobre a temática do sono	N	Média	DP
Nº de respostas correctas	Sim	62	23,00	2,698
	Não	20	25,25	2,268

t = - 3,362 ; gl=80 ; p =,001 (Sig.)

A tabela anterior inclui as médias, DP e os valores do teste t-Student na comparação das cotações médias obtidas para cada grupo de respondentes (Sim/Não) e permite observar que o valor obtido tem significância estatística (t= - 3,36; p=.001), sendo que, curiosamente, a média no número de respostas correctas é superior no grupo de respondentes que indicou que não procura informações sobre o sono.

6.1.2. Efeitos da preparação para dar resposta a dúvidas sobre o sono

Tabela XVI:

Comparação de médias e estatística t-Student – Efeitos da preparação para dar resposta a dúvidas sobre o sono

	Preparado(a) para dar resposta a dúvidas sobre o		N	Média	DP
	sono				
Nº de respostas correctas	Sim		59	23,61	2,835
	Não		23	23,39	2,624

$t = 0,32$; $gl=80$; $p > .05$ (Não Sig.)

Não se observa qualquer efeito (diferença) sobre as médias com significado estatístico (pelo menos até ao nível de confiança de 95%).

6.1.3. Efeitos das habilitações académicas

Tabela XVII:

Comparação de médias e estatística t-Student – Efeitos das habilitações académicas

Nº de respostas correctas	Habilitações académicas		N	Média	DP
	Bacharelato		2	23,00	2,828
	Licenciatura		79	23,57	2,795

$t = 0,28$; $gl=80$; $p > .05$ (Não Sig.)

Não se observa qualquer efeito (diferença) sobre as médias com significado estatístico (pelo menos até ao nível de confiança de 95%).

6.1.4. Efeitos da informação na formação inicial

Tabela XVIII: Comparação de médias e estatística t-Student – Efeitos da informação na formação inicial

Nº de respostas correctas	Formação inicial contemplou informação sobre sono na infância	N	Média	DP
	Sim	62	23,56	2,696
Não	20	23,50	3,035	

t = 0,19 ; gl=80 ; p >.05 (Não Sig.)

Não se observa qualquer efeito (diferença) sobre as médias com significado estatístico (pelo menos até ao nível de confiança de 95%).

6.1.5. Efeitos dos conhecimentos suficientes sobre o sono

Tabela XIX: Comparação de médias e estatística t-Student – Efeitos dos conhecimentos suficientes sobre o sono

Nº de respostas correctas	Considera possuir conhecimentos suficientes sobre o sono	N	Média	DP
	Sim	64	23,69	2,557
Não	18	23,06	3,438	

t = 0,86 ; gl=80 ; p >.05 (Não Sig.)

Não se observa qualquer efeito (diferença) sobre as médias com significado estatístico (pelo menos até ao nível de confiança de 95%).

6.1.6. Efeitos da existência de filhos

Tabela XX:

Comparação de médias e estatística t-Student – Efeitos da existência de filhos

	Tem Filhos	N	Média	DP
Nº de respostas correctas	Sim	67	23,18	2,634
	Não	15	25,20	2,808

$t = -2,65$; $gl = 80$; $p = .01$ (Sig.)

Existe diferença com significância estatística ($t = -2,65$; $p = .01$) nas cotações médias obtidas no número de respostas correctas, favorável ao grupo de respondentes que não têm filhos (média = 25,2; DP= 2,8).

6.1.7. Efeitos do grupo etário

Tabela XXI:

Comparação de médias e estatística Anova – Efeitos do grupo etário sobre o número de acertos

Intervalos de idade	N	Média	DP
< 34	21	24,76	3,064
de 35 a 41	42	23,00	2,820
> 42	19	23,42	1,835

$F(2, 79) = 3,02$; $p = .055$

Na comparação das médias entre os grupos etários a Anova revelou um valor de p muito próximo da significância estatística. Nos testes post-hoc de Tamhane (para variâncias não homogêneas) as diferenças entre os grupos não atingiram significância estatística. De qualquer modo a observação dos valores da tabela sugere uma tendência no sentido do grupo mais jovem obter um maior número de acertos.

6.1.8. Efeitos do grupo de tempo de serviço

Tabela XXII:

Comparação de médias e estatística Anova – Efeitos do grupo de tempo de serviço

Intervalos de tempo de serviço	N	Média	DP
< 9	22	24,73	3,073
de 10 a 16	34	22,91	2,937
> 17	26	23,38	1,899

$$F(2, 79) = 3,10; p = .050$$

Na comparação das médias entre os grupos etários a Anova revelou um valor de p situado no limiar da significância estatística. Nos testes post-hoc de Tamhane (para variâncias não homogêneas) as diferenças entre os grupos não atingiram significância estatística. De qualquer modo a observação dos valores da tabela sugere uma tendência no sentido do grupo com menos tempo de serviço obter um maior número de acertos.

6.1.9. Efeitos do estado civil

Tabela XXIII:

Comparação de médias e estatística Anova – Efeitos do estado civil

Estado civil	N	Média	DP
Solteiro/a	11	25,45	3,012
Casado/a/união de facto	63	23,40	2,587
Divorciado/a	8	22,13	2,800

$$F(2, 79) = 4,06; p = .021$$

Na comparação das médias entre os grupos do estado civil a Anova revelou diferenças significativas. Os testes post-hoc de Tukey (para variâncias homogêneas) evidenciaram diferenças significativas entre os grupos das solteiras e das divorciadas,

apresentando as primeiras uma média de acertos superior. Entre os grupos solteiras e casadas as diferenças nos testes pot-hoc não mostraram significado estatístico mas o valor de p encontrado ($p = .053$) aproxima-se bastante do limiar de significância. Podemos dizer que há uma tendência para as primeiras obterem uma média mais elevada.

6.1.10. Efeitos da instituição de formação inicial

Tabela XXIV:

Comparação de médias e estatística Anova – Efeitos da instituição de formação inicial

Instituição/universidade de formação inicial	N	Média	DP
Instituição/Universidade Privada	51	23,71	2,633
Instituição/Universidade/Ensino Politécnico Pública	31	23,29	2,991

$$F(1, 80) = 0,43; p = .512$$

A tabela anterior inclui a comparação entre médias dos grupos relativamente à instituição/universidade de formação inicial, os resultados obtidos através da Anova não têm significância estatística ($p = .512$).

6.1.11. Efeitos do estabelecimento onde trabalha presentemente

Tabela XXV:

Comparação de médias e estatística Anova – Efeitos do estabelecimento onde trabalha presentemente

Estabelecimento em que trabalha presentemente	N	Média	DP
Creche IPSS	7	22,71	2,690
Jardim-de-infância da rede pública	50	23,30	2,823
Jardim-de-infância da rede privada	25	24,28	2,606

$$F(2, 79) = 1,41; p = .250$$

A tabela anterior inclui a comparação entre médias dos grupos relativamente ao estabelecimento onde se encontra a trabalhar presentemente, os resultados obtidos através da Anova não têm significância estatística ($p = .250$).

6.1.12. Efeitos de trabalhar com crianças de faixas etárias diferenciadas

Tabela XXVI:

Comparação de médias e estatística t-Student – Efeitos de trabalhar com crianças de faixas etárias diferenciadas

Encontra-se a trabalhar com crianças de que idades	N	Média	DP
até aos três anos de idade	8	22,75	2,493
dos três anos de idade em diante	74	23,64	2,792

$$F(1, 80) = 0,74; p = .393$$

A tabela anterior inclui a comparação entre médias dos grupos relativamente aos educadores se encontrarem a trabalhar com crianças de que idades, os resultados obtidos através da Anova não têm significância estatística ($p = .393$).

Parte II

Capítulo VI – Discussão e conclusões

Além de retomar as considerações que estiveram na origem deste estudo, procura-se agora reflectir sobre os resultados obtidos através da investigação efectuada.

Existe uma preocupação crescente com os primeiros anos de vida de uma criança, que são determinantes para o seu desenvolvimento harmonioso e saudável. A qualidade dos contextos e dos cuidados prestados na primeira infância beneficiarão toda uma vida.

As alterações que ocorrem na sociedade, interferindo com modos de vida, levam muitas famílias/ pais a procurar assistência social para o cuidado e educação das suas crianças/ filhos até aos três anos de idade. Desta forma, a Creche constitui uma das primeiras experiências da criança fora do seu círculo familiar.

Ciente de que todas as crianças são diferentes, possuindo o seu próprio padrão de desenvolvimento, as Creches encontram-se organizadas de forma a dar espaço, tempo e apoio a cada bebé/ criança de forma a permitir que se realize o seu próprio desenvolvimento de uma forma globalizante. Assim sendo, as actividades de repouso fazem parte da rotina diária de bebés e crianças que as frequentam, existindo para crianças com idade até aos doze meses espaços e equipamentos (berçário e berços) destinados a esse efeito e, para crianças com idade superior aos doze meses um espaço (que poderá ser a sala de actividades quando não existe um espaço específico) e materiais (catres) de forma a promover períodos de descanso.

O ingresso no Ensino Pré-Escolar, no nosso país, ocorre aos três anos de idade. Dependendo das regras definidas em cada instituição, algumas crianças dormem uma sesta

diurna, nomeadamente, aquelas que entram mais cedo na instituição, as que são mais novas ou as que sentem necessidade de dormir.

Embora a necessidade da sesta diurna, por volta dos três anos de idade, varie de criança para criança (Estivill, 2007; Mendes, 2005), algumas podem eventualmente sentir sono, ou necessidade de descansar e verifica-se a inexistência de espaços próprios destinados para esse fim. Não faltarão apenas os espaços, como os meios (catres/colchões) para possibilitar que as crianças façam uma pausa para dormir.

Não obstante a inexistência de meios para se realizarem as sextas em algumas instituições, esse momento muitas vezes não se encontra planeado, não fazendo parte da rotina diária dessas crianças.

Neste sentido, inquiriu-se as educadoras no sentido de verificar se crianças a partir dos três anos, que frequentam o ensino Pré-Escolar, têm por hábito dormir a sesta na escola. Constatámos que, no presente estudo, uma elevada maioria de educadoras (91,5%) disse encontrar-se a trabalhar presentemente em Jardins-de-Infância, encontrando-se 90,2% a trabalhar com crianças a partir dos três anos de idade. Mas, quando inquiridas sobre se as crianças da sua sala tinham por hábito dormir a sesta, apenas 15,9% disse que as crianças costumavam dormir.

Apesar de a maioria das inquiridas (75,6%) ter dito que tinha sido contemplada na sua formação inicial, em educação de infância, formação/ informação sobre o sono de crianças, tendo em conta a maneira como a pergunta foi formulada, não nos foi possível averiguar sobre o tipo e qualidade da formação administrada. No entanto, os profissionais da educação revelaram, ao longo do inquérito, algum desconhecimento em questões-chave sobre o sono das crianças, não se encontrando familiarizados com alguns termos, e com algumas práticas indo de encontro ao que alguns autores referem relativamente à insuficiente formação dos profissionais (cf. Harding & Berner, 2002; Zozula, Bodow, Yacilla, Cody & Rosen, 2001).

Quando inquiridas sobre se a formação inicial tinha contemplado formação/ informação sobre o sono na infância 75,6% respondeu afirmativamente. De modo semelhante, quando questionadas sobre se consideram possuir conhecimentos suficientes

sobre o sono das crianças 22% disse não considerar suficientes os seus conhecimentos sobre a temática contra os 78% que considera possuir conhecimentos suficientes. No entanto, quando inquiridas sobre se procuram manter-se informadas sobre o sono na criança, 24,4% disse não pesquisar sobre o assunto, e 75,6% disse procurar informações.

A procura de informações sobre o tema recaiu em 64,6% sobre a selecção de vários meios, nomeadamente, a maior parte das inquiridas disse procurar informações através de: outros colegas, na Internet, em revistas de divulgação, nas disciplinas do curso e recorrendo a especialistas do sono. Ninguém mencionou procurar obter informações sobre o sono, através de acções de formação ou através de livros / artigos científicos. Apenas 10,9% disse utilizar apenas um meio de aquisição de informação sobre este tema específico. Recaindo a escolha para as revistas de divulgação, provavelmente revistas diversificadas, que reúnem uma vasta variedade de assuntos relacionados com a infância onde as temáticas são abordadas de forma um tanto ou quanto superficial.

Quando questionadas sobre os hábitos de sono das crianças, 22% das inquiridas assinalou como verdadeiro o item 11 (cujo valor lógico é falso) que põe em causa se “todas as crianças da mesma idade devem dormir o mesmo número de horas”, desconhecendo a variabilidade individual que existe. Quase um quarto das educadoras inquiridas 24,4% (somando 2,4% das que responderam que não sabiam) demonstrou desconhecer essa variabilidade que põe em causa a necessidade de se respeitarem os ritmos biológicos de cada um de acordo com a revisão da literatura (e.g., Crepon, 1985; Estivill, 2006).

Apenas 9,8% das educadoras inquiridas disse encontrar-se a trabalhar na valência de creche, com crianças menores de 3 anos. E quando inquiridas sobre se as crianças tinham por hábito dormir a sesta, um número superior de educadoras (15, 9%) afirmou que era um hábito comum, conforme referido por alguns autores (cf. Borges, 2000; Mendes, 2005).

As respostas dos educadores, relativamente aos conhecimentos gerais sobre sono “normal” e ao longo do desenvolvimento infantil, verificou-se que correspondem à revisão da literatura (Estivill, 2006; Lavie, 1996), havendo uma conformidade entre o valor lógico de cada afirmação e a resposta dada pelas inquiridas, nas seguintes questões: (2) “Pelos 4-6 anos, o chamado sono profundo ocupa uma parte importante do sono nocturno”; (20) “A

luz solar é um importante sincronizador do ritmo sono-vigília no ser humano” e (4) “O ritmo sono-vigília é gerado por um relógio biológico” onde a totalidade das educadoras concordou com as afirmações.

A grande parte das educadoras aproximou-se nos acertos em percentagens que rondam os 70,7 e os 89%, nas seguintes questões sobre conhecimentos de sono na infância: (11) “Todas as crianças da mesma idade devem dormir o mesmo número de horas”- F; (24) “O sono profundo das crianças é muito importante, pois nessa altura ocorre a secreção da hormona do crescimento”- V; (4) “Crianças de 1 ano costumam necessitar, em média, de cerca de 14 horas de sono por dia/24 horas” - V; (18) “Crianças de 3-5 anos necessitam, em média, de 11 a 12 horas de sono por dia/24 horas para estarem bem”- V; (1) “Até aos 2 anos, muitas crianças deixam de precisar da sesta da «manhã», mantendo a da «tarde»”- V e (28) “As necessidades de sono variam de criança para criança”- V. Estes resultados parecem concordantes com os da literatura (cf. Thirion e Challamel, 1995; Stoppard, 1995; Collins 2003).

O desconhecimento ou falta de certezas em questões da natureza do sono em crianças veio ao de cima nas questões: (29) “No recém-nascido, o padrão de sono-vigília é monofásico” – F e (17) “Ao longo dos seis primeiros anos de vida, a percentagem do tempo de sono passada em sono REM vai aumentando” – F. Com uns expressivos 70,7% a manifestarem incerteza na primeira e 34,1% na segunda. Ainda na questão 17, quase metade da amostra (47,6%) revelou estar incorrecta nos seus conhecimentos relativamente a estas noções gerais do sono.

No entanto ainda em relação aos conhecimentos gerais sobre o sono na infância, verificaram-se valores tangenciais entre as respostas dadas e o valor lógico das questões: (16) “Dos 3 até cerca dos 5 anos, boa parte das crianças continua a necessitar da sesta «da tarde» (após o almoço) ” – V, onde 51,2% respondeu que a afirmação era falsa contra 48,8% que disse ser verdadeira; e na (24) “Até aos 5 anos de idade, todas as crianças deveriam dormir a sesta” – F, 56,1% disse ser falsa contra 44% de errantes (22% disse ser verdade e outros 22% disse não ter certeza).

No que toca aos conhecimentos acerca das parassónias e outros distúrbios do sono em crianças, verificou-se uma maioria de acertos na amostra estudada (Thiedke, 2001) nas

seguintes questões: (10) “O sonambulismo ocorre tipicamente em crianças dos 4 aos 12 anos e tende a desaparecer naturalmente com a idade” – V, com 92,9% de acertos; (7) “O sonilóquio (falar durante o sono) tem habitualmente consequências graves” – F, com 87,8%; (31) “A melhor solução para a insónia, em crianças, é a toma de medicação para dormir” – F, com 85,4% e (27) “O sonambulismo e os pesadelos são exemplos de parassónias” – V onde se registaram 73,2% de acertos.

Pelo contrário, verificou-se uma menor percentagem de acertos nas afirmações seguintes, também sobre distúrbios e dificuldades do sono na infância: (22) “As parassónias são relativamente comuns em crianças” – V, com 48,8% de acertos e na (3) “Terrores nocturnos e pesadelos são sinónimos” – F, onde 64,6% disse ser verdadeira a afirmação, e apenas 26,8% disse ser falsa. Na afirmação 22 verificou-se que 2/4 da amostra se encontram divididos entre a veracidade da questão ou indecisão/desconhecimento acerca da veracidade da mesma. Também se constata um elevado desconhecimento das educadoras (61%), quando questionadas sobre se “Os acordares nocturnos atingem um pico por volta dos 2 anos de idade” (14), cujo valor lógico da afirmação é verdadeiro, registando-se apenas 20,7% de acertos e quase a mesma percentagem de erro (18,3%).

Conhecimentos sobre higiene de sono e boas práticas em crianças até aos 5 anos (cf. Lavie, 1996; Estivill, 2006) eram inquiridos nas seguintes questões onde a percentagem de acertos verificada foi a maior: (6) “Pelos 2-3 anos poucas crianças estão dispostas a interromper a brincadeira para irem dormir, seja à tarde ou à noite. Cabe aos adultos estabelecer limites e um ritual de hora de deitar, que ajude essa transição” – V, com 100% de acertos; (19) “A sesta não deve ser usada como castigo” – V, com 95,1%; (23) “A regularidade dos horários de sono (deitar e levantar todos os dias às mesmas horas) constitui uma boa prática, promotora da higiene de sono” – V, verificando-se 91,5% de acertos; (8) “Sempre que se pretende modificar o horário ou a duração habitual da sesta da criança, tal deve ser feito gradualmente, 15 minutos por dia” – V, com 91,5%; (26) “Desde que se durma o suficiente, é indiferente ter horários de sono certos ou irregulares” – F, com 87,8%; (12) “Ver televisão na cama é uma prática recomendada para ajudar a adormecer” – F, com 81,7%; (9) “A introdução, à hora de deitar, de um «objecto especial» ou «objecto de conforto» apropriado é uma prática contra-indicada para ajudar a criança a adormecer” – F, com 80,5%; (33) “É importante desenvolver um ritual ou rotina pré-sono,

a aplicar diariamente, que facilite a transição da criança para o sono” – V, com 79,3%; (13) “Para um bom sono da criança, é contraproducente estabelecer limites firmes e razoáveis à hora de deitar” – F, com 72% e (15) “A criança, para adormecer, não deve ficar dependente de um ritual ou rotina pré-sono” – F, verificando-se 67,1% de acertos. Apesar do predomínio de acertos, não deixa de ser algo preocupante registar que houve percentagens não negligenciáveis de respostas erradas e que subsistem dúvidas ou respostas contraditórias nalgumas questões sobre higiene de sono e sobretudo no que respeita aos rituais da hora de deitar, tão importantes para um bom sono da criança.

Ainda sobre regras de higiene de sono e boas práticas em bebés e crianças até aos 5 anos, a percentagem de respostas dadas ficou dividida entre a veracidade e a falsidade ou desconhecimento sobre as informações. Nas questões (21) “A partir dos 2-3 anos, quando a criança já começa a falar, não se lhe deve impôr uma hora de deitar, mas sim esperar que ela declare ter vontade em ir dormir” – F, as opiniões ficaram divididas entre 46,3% a responder que a afirmação é verdadeira e 53,7% a dizer que é falsa. Na (32) “Deitar a criança muito mais tarde ao fim-de-semana não constitui motivo de preocupação se ela puder dormir até mais tarde na manhã seguinte” – F, verificando-se 50% de acertos, contra 37,8% das inquiridas a responder que a afirmação é falsa.

Em 33 itens, o número máximo de respostas correctas dadas por uma inquirida foi de 29, enquanto que o valor médio se situa nos 23,5. Uma respondente acertou apenas em 16 respostas das 33 possíveis, correspondendo a um maior número de repostas erradas face às certas. Apesar da média de acertos encontrada se situar acima do ponto intermédio da escala teórica (16,5), tal significa que em média houve 9,5 respostas erradas ou desconhecidas, o que nos leva a crer que em contexto de formação, os alunos continuam a não beneficiar do conhecimento que tem sido produzido pela investigação sobre o sono (cf. Dement, 2000; Dement e Vaughan, 2000).

Os resultados obtidos são de difícil comparação com resultados de outras investigações. Tanto quanto sabemos, não existem estudos publicados em Portugal acerca de concepções de educadores de infância sobre hábitos de sono e vigília em crianças dos 0 aos 5/6 anos de idade. Em pesquisas de bases de artigos indexados não encontramos estudos sobre concepções de educadores, como já foi referido anteriormente, não sendo

portanto viável da nossa parte proceder a uma comparação dos resultados deste estudo com os de outros estudos publicados nesta matéria. Apenas encontramos estudos similares em estudantes de medicina ou médicos, ou seja, interessados na melhoria da educação médica (cf. Uong et al., 2005; Zozula et al., 2001). Apesar disso, parece-nos pertinente referir alguns dos resultados de Zozula et al.(2001), que conceberam um inquérito de 30 itens para avaliar conhecimentos sobre sono para aplicação em contextos de educação médica, o qual foi testado em várias amostras (estudantes de medicina; especialistas de sono; educadoras de infância, entre outros). Verificou-se que os conhecimentos variaram grandemente com a amostra considerada, com médias superiores em especialistas de sono (85.3%) e inferiores em educadoras (53%). Este último valor contrasta com a média que encontramos na nossa amostra (23.5 em 33, o que equivaleria a uma percentagem de 71,2%, portanto superior à do estudo citado). Contudo, os estudos são de difícil comparação. O conteúdo do questionário de Zozula e cols (cobrindo seis domínios: princípios básicos do sono; regulação do ritmo circadiano de sono-vigília; arquitectura normal do sono; distúrbios do sono; efeitos de drogas e álcool no sono; sono e doenças médicas) é bastante diferente do nosso, uma vez que se destina a avaliar conhecimentos médicos e não se centra em crianças.

Resultados curiosos surgiram no cruzamento dos indicadores e o conjunto de variáveis independentes. Verificaram-se mais acertos no grupo de respondentes mais jovens (com idade inferior a 31 anos), com menos tempo de serviço (inferior a 9 anos), estado civil solteiro, sem filhos, que indicou não procurar/pesquisar informações relativas ao sono na infância.

Estes resultados de certa forma contrariam o que seria esperado, pelo senso comum (i.e., que educadores jovens com menos experiência não estariam tão preparados para responder a questões específicas sobre o sono de crianças em comparação com educadores experientes e mais velhos). Também se poderia supor que educadoras jovens teriam filhos com idades compreendidas à faixa etária em estudo (dos 0 aos 5/6 anos) e que como mães iriam beneficiar da sua experiência, aumentando os seus conhecimentos específicos nesta área, pelas suas vivências, o que poderia explicar os maiores conhecimentos das educadoras mais jovens. Contudo, tal não se confirmou com esta amostra em particular, pois foram as educadoras sem filhos que revelaram mais conhecimentos. Ao verificar que

metade (50%) do grupo de educadoras com menos tempo de serviço apresentou a maior percentagem de respostas correctas, poderemos supor que provavelmente são educadoras que finalizaram a sua formação académica mais recentemente e que, portanto, a formação de professores poderá já estar a contemplar mais especificamente conhecimentos sobre a temática do sono.

Nesta amostra, não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o número de acertos verificado e as seguintes variáveis: formação inicial, habilitações literárias, Instituição de formação ou faixa etária das crianças com que presentemente se encontram a trabalhar.

Uma das limitações do estudo estará relacionada com o número de participantes. Os resultados obtidos podem não ser aplicáveis à população de educadores a nível nacional, constituindo por isso um dos pontos fracos deste estudo. A amostra é relativamente pequena e pode não ser representativa da população-alvo. Tal limita a generalização dos presentes resultados, sendo necessário um estudo mais amplo.

Em conclusão, relativamente aos resultados do presente estudo, constatámos que os grupos que obtiveram um maior número médio de acertos foram os das educadoras solteiras, sem filhos, tendencialmente com menos tempo de serviço e mais jovens. Estes dados poderão indicar que os mais jovens, porque concluíram a sua formação mais recentemente, estão mais actualizados ou tiveram uma formação mais completa do que os colegas que terão feito a sua formação inicial há mais tempo.

Ao contrário do que se poderia esperar, as educadoras que declararam «não» procurar informações sobre o sono revelaram um número médio de acertos superior à das colegas que responderam «sim». Numa explicação *a posteriori*, podemos especular que quanto maior o conhecimento possuído pelas educadoras desta amostra, menor a necessidade de procurar informações.

Sugestões para futuros estudos e implicações práticas

Após este primeiro estudo, seria interessante alargar a presente investigação por forma a abranger uma amostra nacional representativa de educadores de infância. Também poderia ser interessante inquirir outros grupos profissionais e comparar os resultados obtidos com os dos educadores.

Os educadores participantes deste inquérito, quando questionados sobre se procuram manter-se informados sobre o assunto, responderam, na grande maioria, que procuram informação, no entanto nenhum indicou que procurava manter-se informado através da frequência de acções de formação, ou da leitura de artigos científicos. Seria importante sensibilizar os profissionais para o valor do sono, e contribuir para a divulgação de alguns conhecimentos sobre o sono e vigília na infância.

Sabendo que muitas crianças de idade pré-escolar necessitam de dormir durante o dia nos estabelecimentos de ensino, torna-se vital contribuir para uma educação de sono e para a utilização de conhecimentos acerca do sono-vigília que favoreçam as crianças, nomeadamente na consciencialização dos profissionais para a aquisição de bons hábitos de sono pelas suas crianças. Sendo que os educadores podem ser profissionais privilegiados para poderem proporcionar aos pais esclarecimentos-chave sobre o sono dos seus filhos, poderão contribuir para a prevenção, avaliação e intervenção na correcção de comportamentos “menos” saudáveis na área do sono e promoção de práticas mais saudáveis.

Parte II

Referências Bibliográficas

- Allen-Gomes, A. C. (1998). *Questionário de Noção de Tempo. Desenvolvimento e análise psicométrica (contribuição no âmbito da problemática do trabalho por turnos)*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e Sistémica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Allen-Gomes, A. C. (2005). *Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Allen-Gomes, A. C., et al. (2008). *Questionário de concepções sobre o sono na infância (Versão experimental)*. Departamento de Ciências da Educação. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- American Academy of Sleep Medicine [AASM] (2001). *ICSD - International Classification of Sleep Disorders, revised: Diagnostic and coding manual*. Rochester, Minnesota: American Academy of Sleep Medicine.
- American Academy of Sleep Medicine [AASM] (2007). *Journal SLEEP: Insufficient Sleep Among Children Just Beginning School Leads to Behavioral and Cognitive Problems in the Classroom*. Retirado a 19 de Março de 2008, de <http://www.aasmnet.org/Articles.aspx?id=546>
- Anders, T. F., Sadeh, A. & Appareddy, V. (1995). Normal sleep in neonates and children. In R. Ferber e M. H. Kryger (Eds.). *Principles and practice of sleep medicine in the child*. (pp. 7-18). Philadelphia: W. B. Saunders. – SDUA
- Aparas, T. J. (2008). *Sono-vigília em crianças, com e sem autismo*. Dissertação de Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico. Departamento de Ciências da Educação. Universidade de Aveiro, Aveiro.

- Arnal, J., Rincón, D. d., & Latorre, A. (1992). *Investigación Educativa: Fundamentos y metodología*. Barcelona: Labor, S.A.
- Ballone, G. J. (2002). *Melatonina*. Retirado a 10 de Fevereiro de 2008, de <http://gballone.sites.uol.com.br/geriat/melatonina.html>
- Bates, J.E., Viken, R.J., Alexander, D.B., Beyers, J., & Stockton, L. (2002). Sleep and adjustment in preschool children: Sleep diary reports by mothers relate to behavior reports by teachers. *Child Development*, 73 (1), 62-74.
- Bell, J. (2003). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Beltramini, A. U., & Hertzog, M. E. (1983). Sleep and bedtime behavior in preschool-aged children. *Pediatrics*, 71 (2), 153-158.
- Benoit, O. (1991). Le rythme veille-sommeil de l'enfant. In H. Montagner. *Les rythmes de l'enfant et de l'adolescent. Ces jeunes en mal de temps et d'espace* (6ème ed.) (pp. 105-111). Saint-Amand-Montrond (Cher): Stock/Laurence Pernoud [1re ed. : 1983]. – SDUA.
- Bianchin, M. M., Walz, R., & Spanis, C. W. (2000). *Estudo do sono e de seus distúrbios*. Porto Alegre: Artmed.
- Bidder, R. T., Eaton, M. P., Gray, O. P., & Howells, P. M. (1986). Sleep problems in preschool children: community clinics. *Child Care Health Dev*, 12 (5), 325-337.
- Bisquerra, R. (1996). *Metodos de Investigación Educativa. Guia practica* (2nd ed.). Barcelona: Grupo Editorial Ceac, SA.
- Bouton, Jeannette (1996). *Reaprender a dormir. O sono no jardim-de-infância*. Lisboa: Dinalivro.
- Brazelton, T. B. & Sparrow, J. D. (2004). *A criança e o sono. O método Brazelton*. Barcarena: Presença [orig.: *Sleep – The Brazelton way*, 2003]. – LIVRARIA UA
- Bruni, O., Ferri, R., Miano, S., Verrillo, E., Vittori, E., Farina, B., Smerieri, A., & Terzano, M.G. (2005). Sleep cyclic alternating pattern in normal preschool-aged children. *Sleep*, 28 (2): 220-230.
- Buela-Casal, Gualberto (1996). *El Sueño y sus Transtornos*. Madrid: Santillana, S.A.
- Burnham, M. M., & Harris, S. G. (2005). Does the quality of a child care setting impact preschool children's sleep?. *Sleep*, 28 (Suppl.), 314 [Meeting Abstract. 19th Annual Meeting of the Associated-Professional-Sleep-Societies Jun 18-23, 2005 (Denver, CO). Sponsored by: Associated Profess Sleep Soc].

- Carvalho Bos, S., Allen-Gomes, A., Clemente, V., Marques, M., Pereira, A. T., Maia, B., Soares, M. J., Cabral, A. S., Macedo, A., Gozal, D., & Azevedo, M. H. (in press, corrected proof). Sleep and behavioural / emotional problems in children: A population-based study. *Sleep Medicine*. [Identificador digital do artigo: doi:av:10.1016/j.sleep.2007.10.020] [ISSN: 13899457].
- Castronovo, V., Marazzini, C., Nespoli, L., Hensley, M., Zucconi, M., Nosetti, L., Veglia, F., & Ferini-Strambi, L. (2003). Prevalence of habitual snoring and sleep-disordered breathing in preschool-aged children in an Italian community. *J Pediatr*, 142 (4), 377-382
- Challamel, Marie Josèphe. - Les rythmes veille-sommeil chez le nouveau-né. <http://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/rythmes/print.html>
- Clemente, V. M. O. (1997). *Sono e vigília em crianças de idade escolar. Hábitos, comportamentos e problemas*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Coelho, JP; Cunha, L.M; Martins, IL (2008), Inferência Estatística - Com utilização do SPSS e G*Power. Lisboa: Edições Sílabo.
- Collins, Jane (2004). *Saúde do bebé e da criança*. Porto: Civilização, Editores, Lda.
- Crabtree, V.M., Korhonen, J.B., Montgomery-Downs, H.E., Jones, V.F., O'Brien, L.M., & Gozal, D. (2005). Cultural influences on the bedtime behaviors of young children. *Sleep Medicine*, 6 (4), 319-324.
- Crépon, P. (1985). *Ritmo biológico da criança, do recém-nascido ao adolescente*. Lisboa: Verbo. [orig. francês: *Les rythmes de vie de l'enfant, du tout-petit à l'adolescent*. Paris, Éditions Retz, 1983]. – SDUA
- Crosby, B., Gryczkowski, M., LeBourgeois, M.K., Olmi, D., Rabian, B., & Harsh, J.R. (2006). Mid-sleep time and school readiness in black and white preschool children. *Sleep*, 29 (Suppl.), 231 [Meeting Abstract. 20th Annual Meeting of the Associated-Professional-Sleep-Societies Jun 17-22, 2006 (Salt Lake City, UT). Sponsored by: Associated Process Sleep Soc].
- Davis, K.F. & Parker, K. P. (2003). Sleep behaviors of preschool-aged children attending daycare. *Sleep*, 26, A141-A141 [Meeting Abstract. 17th Annual Meeting of the Associated-Professional-Sleep-Societies Jun 03-08, 2003 (Chicago, Illinois). Sponsored by: Assoc Prof Sleep Soc].

- Dement, W. C. (2000). History of sleep physiology and medicine. In M. H. Kryger, T. Roth and W. C. Dement (Eds.). *Principles and practice of sleep medicine* (3rd ed. updated and enlarged). (pp. 1-14). Philadelphia: Saunders. [1st ed.: 1989].
- Dement, W. C. & Vaughan, C. (2000). *The promise of sleep*. New York: Dell Trade Paperback.
- DeVincent, C.J., Gadow, K.D., Delosh, D., & Geller, L. (2007). Sleep disturbance and its relation to DSM-IV psychiatric symptoms in preschool-age children with pervasive developmental disorder and community controls. *Journal of Child Neurology*, 22 (2), 161-169.
- Edgil, A. E., Wood, K. R., & Smith, D. P. (1985). Sleep problems of older infants and preschool children. *Pediatr Nurs*, 11 (2), 87-89.
- Estivill, Eduard (2007). *Dormir a sono solto. Como prevenir os distúrbios do sono*. Rio de Mouro: Círculo de Leitores.
- Fehlings, D., Weiss, S., & Stephens, D. (2001). Frequent night awakenings in infants and preschool children referred to a sleep disorders clinic: The role of nonadaptive sleep associations. *Childrens Health Care*, 30 (1), 43-55.
- Feing, G. E Schwartz, p. M. (1982). Developmental theories in early education. In B. Spodek (Ed.), *Handbook of research in early childhood education* (pp. 82-104). New York: Macmillan Publishing Company.
- Ferreira, A. M., Clemente, V., Gonzal, D., Gomes, A., Pissarra, C., César, H., Coelho, I., Silva, C. F., & Azevedo, M. H. P. (2000). Snoring in Portuguese primary school children. *Pediatrics*, 106 (5), 64-69. [também disponível em versão electrónica, em <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/5/e64>].
- Ferreira, A. M., Clemente, V., César, H., Pissarra, C., Coelho, I., Gomes, A., & Pinto de Azevedo, M. H. (1998). Prevalência do ressonar em crianças da escola primária. *Saúde Infantil*, 20 (2), 5-15.
- Ferreira, V. (1990). Inquérito por Questionário na Construção de Dados Sociológicos. In A. S. Silva e J. M. Pinto (Eds), *Metodologia das ciências Sociais*. pp. 165-196. Porto: Edições Afrontamento.
- Field, Tiffany (1999). Music Enhances Sleep in Preschool Children. *Early Child Development and Care*, 150, 65-68.

- Forquer, L. M. (2005). Continuous White Noise to Reduce Resistance Going to Sleep and Night Wakings in Toddlers. *Child and Family Behavior Therapy*, 27 (2), 1-10.
- Fricke-Oerkermann, L., & Lehmkuhl, G (2007). Nonorganic sleep disorders in childhood. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 155 (7), 616-623. [consulta do Abstract].
- Friedrich, Sabine & Friebel, Volker (1996). Tu hijo y tú. *Transtornos del sueño en la infancia*. Madrid: Iberica Grafic, S. L.
- Harding, S., M, & Berner, E. S. (2002). Developing an action plan for integrating sleep topics into the medical school curriculum. *Sleep Breath*, 6, 155-160.
- Harris, Michael J. (1982). *Sleep Problems, Overtiredness and Overanxiety and Frustrating Children: From Number Birth to Preschool*. Unit for Child Studies. Selected Papers 24. New South Wales Univ., Kensington (Australia). School of Education.
- Healy, A. (1972). The sleep patterns of preschool children. General principles and current knowledge. *Clin Pediatr (Phila)*, 11, (3),174-177.
- Hobson, A. (1995). *Sleep* (paperback ed.). New York: Scientific American Library [1ª ed.: 1989].
- Hollyer, Beatrice; Smith, Lucy (1998). O sono da criança. Lisboa: Edições CETOP.
- Kaplan, B. J., Moghadam, H. K., McNicol, J., & Conte, R. A. (1987). Sleep disturbance in preschool-aged hyperactive and nonhyperactive children. *Pediatrics*, 80 (6), 839-844.
- Kataria, S., Swanson, M. S., & Trevathan, G. E. (1987). Persistence of sleep disturbances in preschool children. *J Pediatr*, 110 (4), 642-646.
- Kinnear, P. R. e Gray, C. D. (1994). SPSS for windows made simple. Trowbridge: Taylor & Francis.
- Konold, T. R., Hamre, B. K., & Pianta, R. C (2003). Measuring Problem Behaviors in Young Children. *Behavioral Disorders*, 28 (2), 111-123 [usa Child Behavior Checklist/1-5]
- Kuhn, B.R., Schnoes, C.J., & Peterson, J.L. (2005). Clinically significant sleep problems across three populations of clinically-referred preschool children. *Sleep*, 28 (Suppl.S 2005): 305. [Meeting Abstract. 19th Annual Meeting of the Associated-Professional-Sleep-Societies Jun 18-23, 2005 (Denver, CO). Sponsored by: Associated Profess Sleep Soc].

- Lavie, P. (1998). *O mundo encantado do sono*. Lisboa: Climepsi Editores [orig.: *The enchanted world of sleep*. Yale University, 1996].
- Leach, Penelope (1984). *O crescimento do seu filho. Guia completo sobre o desenvolvimento da criança do nascimento à idade pré-escolar*. Edições do Círculo de Leitores.
- Leconte, P., & Leconte-Lambert, C. (1995). *La chronopsychologie*. (2e éd. corrigée). Col. Que Sais-Je?. Paris: P.U.F. [1e éd: 1990]. (SDUA).
- Locard, E., Mamelle, N., Munoz, F., Remontet, L., Cavelier, R., & Lafont, S. (1997). Is it possible to improve sleep in childhood? A programme of health education at nursery school. *Archives de Pédiatrie*, 4 (12), 1247-1254.
- Masson, O. (1970) [Functional sleep disorders and nutrition in young infants and preschool children]. *Rev Med Suisse Romande*, 90 (10), 765-774.
- Mendes, Rosa M. (2005). *A criança, o sono e a escola*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Mesquita (2002) – O sono e o sonho. <http://members.tripod.com/~regismesquita/sono.html>
- Metcalfe, Owen; Weare, Katherine; Wijnsma, Piet; Williams, Trefor; Williams, Martin; Young, Ian. Trad. Lígia Guterres – Promover a Saúde da Juventude Europeia. Educação para a Saúde nas Escolas. Manual de formação para professores e outros profissionais que trabalham com jovens. 1.^a ed. Mem Martins: Editorial do Ministério da Educação, 1999. ISBN 972-9425-50-7.4.
- Middlemiss, W. (2004). Infant Sleep: A Review of Normative and Problematic Sleep and Interventions. *Early Child Development and Care*, 174 (1), 99-122.
- Milan, S., Snow, S., & Belay, S. (2007). The context of preschool children's sleep: Racial/ethnic differences in sleep locations, routines, and concerns. *Journal of Family Psychology*, 21 (1), 20-28.
- Mindell, J.A., Kuhn, B., Lewin, D.S., Meltzer, L.J., & Sadeh, A. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children - An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*, 29 (10), 1263-1276.
- Ministério da Educação (1996). *Educação Pré-Escolar em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação. Departamento de Educação Básica.
- Ministério da Educação (1997). *Legislação*. Lisboa: Ministério da Educação. Departamento de Educação Básica.

- Ministério da Educação (1997). *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Ministério da Educação. Departamento de Educação Básica.
- Ministério da Educação (2000). *A educação pré-escolar e os cuidados para a infância em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação. Departamento de Educação Básica.
- Montagner, H. (1998). Acabar com o insucesso na escola: a criança, as suas competências e os seus ritmos. Lisboa: Piaget. [orig.: *En finir avec l'échec à l'école*, Bayard, 1996]. (SDUA).
- Montgomery-Downs, H.E., Jones, V.F., Molfese, V.J., & Gozal, D. (2003). Snoring in preschoolers: Associations with sleepiness, ethnicity, and learning. *Clinical Pediatrics*, 42 (8), 719-726.
- Montgomery-Downs, H.E., Molfese, V., Bonebright, T., Modglin, A., Walker, J., Neamon, J., & Gozal, D. (2004). Contributions of child sleep characteristics, biomedical risks, activities in the home, and maternal learning history to the development of phonological sensitivity and lexical retrieval in preschool children. *Sleep*, 27 (Suppl.), 186 [Meeting Abstract. 18th Annual Meeting of the Associated-Professional-Sleep-Societies Jun 05-10, 2004 (Philadelphia, PA). Sponsored by: Associated Profess Sleep Soc].
- Moroco, J. (2003). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Naptime Tips: Answers to Caregivers Most Frequent Questions (1996). *Texas Child Care*, 20 (2),10-13.
- Paiva, Teresa (2004) - *Dormir Bem, Viver Melhor*. Instituto de Medicina Molecular [IMM]. Retirado a 2 de Janeiro de 2008, de http://www.imm.ul.pt/html/comunicados_de_imprensa.html
- Pereira, Alexandre (1999). *SPSS - Guia Prático de Utilização. Análise de Dados para as Ciências Sociais e Psicologia*. 2.ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, Maria Helena & Gageiro, João Nuno (2000). *Análise de Dados para as Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. 2.ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Rea, L. M. & Parker, R. A. (1992). *Designing & Conducting Research: a comprehensive guide*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Reinberg, A. (1999). *O tempo humano e os ritmos biológicos*. Col. Epigénese e Desenvolvimento. Lisboa: Instituto Piaget [orig.: *Les temps humaines et les rythmes biologiques*. Éditions du Rocher, 1998].

- Reinberg, A. (s.d.). *Os ritmos biológicos*. Porto: Rés [orig. francês: *Les rythmes biologiques*. 6e Éd. Revue et Augmentée, Col. Que sais je?. Paris, P.U.F.]. (SDUA)
- Rona, R.J. Li, L., Gulliford, M.C., & Chinn, S. (1998). Disturbed sleep: effects of sociocultural factors and illness. *Archives of Disease in Childhood*, 78 (1), 20-25. [crianças 5 anos].
- Shneerson, J. M. (2000). *Handbook of sleep medicine*. Oxford: Blackwell Science. (Reprinted 2001).
- Silva, C. F. (2006). *Teorias da aprendizagem. Para uma educação baseada na evidência*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, C. F., Pereira, A. M., Matos, P. M., Silvério, J. M. A., Parente, S. M., Domingos, M. C., Ferreira, A. M., Cruz, A. G., Machado, A. C., & Azevedo, M. H. P. (1996). *Introdução às cronociências*. Manual Sinais Vitais. Coimbra: Formasau.
- Stoppard, Miriam (1995). *Guia completo para cuidar de bebés e crianças*. Porto: Civilização, Editores, Lda.
- Tavares, N. O. (2008). *Memória, Ciclo de Sono-Vigília "época de avaliações" em estudantes universitários*. Dissertação de Mestrado em Activação do Desenvolvimento Psicológico. Departamento de Ciências da Educação. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Testu, F. (2000). *Chronopsychologie et rythmes scolaires*. (4e éd. complétée). Paris: Masson [1re éd.: 1989].
- Thiedke, C. Carolyn M. D. (2001). *Sleep Disorders and Sleep Problems in Childhood*. *American Family Physician*, Vol. 63, Number 2. Retirado a 26 de Janeiro de 2008, de <http://www.aafp.org/afp/20010115/277.pdf>
- Thirion, M., & Challamel, M.-J. (1995). *Le sommeil, le rêve et l'enfant* (nouvelle éd.). Col. «Bibliothèque de la famille». Paris: Albin Michel [1re éd.: 1988, Ramsay]. (versão on-line: <http://sommeil.univ-lyon1.fr/articles/challamel/sommenf/print.html>)
- Thome, M., & Skuladottir, A. (2005). Changes in sleep problems, parents distress and impact of sleep problems from infancy to preschool age for referred and unreferred children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19 (2), 86-94.
- Thorpy, M. J., & Yager, J. (2001). *The encyclopedia of sleep and sleep disorders* (2nd ed., updated and rev.). New York: Facts on File [1st ed.: 1991].

- Touchette, E., Petit, D., Seguin, J.R., Boivin, M., Tremblay, R.E., & Montplaisir, J.Y. (2007). Associations between sleep duration patterns and behavioral/cognitive functioning at school entry. *Sleep*, 30 (9), 1213-1219.
- Uong, E.C., Jeffe, D.B., Gozal, D., Arens, R., Holbrook, C.R., Palmer, J., Cleveland, C., & Schotland, H.M. (2005). Development of a measure of knowledge and attitudes about obstructive sleep apnea in children (OSAKA-KIDS). *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159 (2), 181-186.
- Ward, T., Gay, C., & Lee, K. (2007). Sleep patterns in co-sleeping and solitary sleeping preschool children. *Sleep*, 30 (Suppl.), 216. [Meeting Abstract. 21st Annual Meeting of the Association-Professional-Sleep-Societies Jun 09-14, 2007 (Minneapolis, MN)].
- Ward, T. M., Alkon, A., & Lee, K. A. (2006). Sleep and nap times in preschool children attending child care centers. *Sleep*, 29 (Suppl.) [Meeting Abstract. 20th Annual Meeting of the Associated-Professional-Sleep-Societies Jun 17-22, 2006 (Salt Lake City, UT). Sponsored by: Associated Process Sleep Soc].
- Work/Family Directions, Inc. (1996). *Sleep and Bedtime Routines for Children*. Families for Russian & Ukrainian Adoption [FRUA]. Retirado a 2 Junho 2008, de <http://www.frua.org/home/sleep.shtml>.
- Zozula, R., Bodow, M., Yacilla, D., Cody, R., & Rosen, R. C. (2001). Development of a brief, self-administered instrument for assessing sleep knowledge in medical education: "The ASKME survey". *Sleep*, 24 (2), 227-233.

Anexos

QUESTIONÁRIO DE CONCEPÇÕES SOBRE SONO NA INFÂNCIA (0-5 ANOS)

Versão preliminar (Gomes et al., 2008, Universidade de Aveiro)

(Gomes et al.; 2008, Universidade de Aveiro)

INSTRUÇÕES

Seguem-se várias frases acerca do sono. Assinale, com um círculo, em que medida considera cada afirmação verdadeira (V), falsa (F), ou não tem a certeza (?). É muito importante que responda com toda a sinceridade, individualmente e apenas de acordo com os seus conhecimentos. Recorde que o presente questionário é totalmente anónimo.

Nas afirmações que se referem a “crianças”, sem especificação da idade, responda tendo em conta a faixa etária dos 0 aos 5 anos de idade.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. Até aos 2 anos, muitas crianças deixam de precisar da sesta “da manhã”, mantendo a “da tarde”. | V | F | ? |
| 2. Pelos 4-6 anos, o chamado sono profundo ocupa uma parte importante do sono nocturno. | V | F | ? |
| 3. Terrores nocturnos e pesadelos são sinónimos. | V | F | ? |
| 4. O ritmo sono-vigília é gerado por um relógio biológico. | V | F | ? |
| 5. Crianças de 1 ano costumem necessitar, em média, de cerca de 14 horas de sono por dia/24 horas. | V | F | ? |
| 6. Pelos 2-3 anos poucas crianças estão dispostas a interromper a brincadeira para irem dormir, seja à tarde ou à noite. Cabe aos adultos estabelecer limites e um ritual de hora de deitar, que ajude essa transição. | V | F | ? |
| 7. O sonilóquio (falar durante o sono) tem habitualmente consequências graves. | V | F | ? |
| 8. Sempre que pretenda modificar o horário ou a duração habitual da sesta da criança, tal deve ser feito gradualmente, 15 minutos por dia. | V | F | ? |
| 9. A introdução, à hora de deitar, de um “objecto especial” ou “objecto de conforto” apropriado (ex.: um boneco ou uma fralda), é uma prática contra-indicada para ajudar a criança a adormecer. | V | F | ? |
| 10. O sonambulismo ocorre tipicamente em crianças dos 4 aos 12 anos e tende a desaparecer naturalmente com a idade. | V | F | ? |
| 11. Todas as crianças da mesma idade devem dormir o mesmo número de horas. | V | F | ? |
| 12. Ver televisão na cama é uma prática recomendada para ajudar a adormecer. | V | F | ? |
| 13. Para um bom sono da criança, é contraproducente estabelecer limites firmes e razoáveis à hora de deitar. | V | F | ? |
| 14. Os acordares nocturnos atingem um pico por volta dos 2 anos de idade. | V | F | ? |
| 15. A criança, para adormecer, não deve ficar dependente de um ritual ou rotina pré-sono. | V | F | ? |

Nas afirmações que se referem a “crianças”, sem especificação da idade, responda tendo em conta a faixa etária dos 0 aos 5 anos de idade.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 16. Dos 3 até cerca dos 5 anos, boa parte das crianças continua a necessitar da sesta “da tarde” (após o almoço). | V | F | ? |
| 17. Ao longo dos seis primeiros anos de vida, a percentagem do tempo de sono passada em sono REM vai aumentando. | V | F | ? |
| 18. Crianças de 3-5 anos necessitam, em média, de 11 a 12 horas de sono por dia/24 horas para estarem bem. | V | F | ? |
| 19. A sesta não deve ser usada como castigo. | V | F | ? |
| 20. A luz solar é um importante sincronizador do ritmo sono-vigília no ser humano. | V | F | ? |
| 21. A partir dos 2-3 anos, quando a criança já consegue expressar-se através da fala, os pais não devem estabelecer-lhe um horário de deitar, mas sim esperar que a criança declare ter vontade em dormir. | V | F | ? |
| 22. As parassónias são relativamente comuns em crianças. | V | F | ? |
| 23. A regularidade dos horários de sono (deitar e levantar todos os dias às mesmas horas), constitui uma boa prática, promotora da higiene de sono. | V | F | ? |
| 24. O sono profundo das crianças é muito importante, pois nessa altura ocorre a secreção da hormona do crescimento. | V | F | ? |
| 25. Até aos 5 anos de idade, todas as crianças deveriam dormir a sesta. | V | F | ? |
| 26. Desde que se durma o suficiente, é indiferente ter horários de sono certos ou irregulares. | V | F | ? |
| 27. O sonambulismo e os pesadelos são exemplos de parassónias. | V | F | ? |
| 28. As necessidades de sono variam de criança para criança. | V | F | ? |
| 29. No recém-nascido, o padrão de sono-vigília é monofásico. | V | F | ? |
| 30. É importante desenvolver um ritual ou rotina pré-sono, a aplicar diariamente, que facilite a transição da criança para o sono (seja antes da sesta, seja à noite) – ex.: fazer xixi, lavar os dentes, deitar-se na cama, ouvir uma história. | V | F | ? |
| 31. A melhor solução para a insónia, em crianças, é a toma de medicação para dormir. | V | F | ? |
| 32. Deitar a criança muito mais tarde ao fim-de-semana não constitui motivo de preocupação se ela puder dormir até mais tarde na manhã seguinte. | V | F | ? |
| 33. A ausência de rituais de dormir adequados é causa comum de dificuldades em iniciar o sono de crianças. | V | F | ? |