



**ELISABETE  
SOUSA**

**HÁBITOS DE SONO E UTILIZAÇÃO DE  
DISPOSITIVOS ELETRÓNICOS PELAS  
CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR:  
CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO DE  
FAMÍLIA**

Sleep Habits and use of electronic devices by school-age  
children: Family nurse's support



**Elisabete Maria de  
Jesus Teixeira de  
Sousa**

**HÁBITOS DE SONO E UTILIZAÇÃO DE  
DISPOSITIVOS ELETRÓNICOS PELAS  
CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR:  
CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO DE  
FAMÍLIA**

Sleep Habits and use of electronic devices by school-age children: Family nurse's support

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação científica da Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida, Professora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica do Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro, Professora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho ao Vasco e à Carolina Maria

## **O júri**

Presidente	Professor Doutor João Paulo de Almeida Tavares Professor Adjunto em Regime Laboral da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
Arguente Principal	Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás Professor Adjunto do Instituto Politécnico de Bragança
Orientadora	Professora Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

## **Agradecimentos**

Dedico os meus especiais agradecimentos a todos aqueles que comigo caminharam.

Agradeço em primeiro lugar, à Professora Doutora Assunção Almeida e à Professora Doutora Helena Loureiro, orientadora e co-orientadora, o conhecimento partilhado, os contributos, o incentivo e a motivação.

Agradeço à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar Clara Correia, a supervisão do meu estágio, o carinho e a disponibilidade, a sua relação de proximidade no meu processo de aprendizagem e as palavras de motivação sempre demonstradas.

Agradeço a toda a equipa multidisciplinar da USF Santa Joana a forma como me receberam e acolheram, permitindo assim, a realização de um estágio rico em oportunidades e experiências.

Agradeço à Professora Doutora Vera Afreixo, à Ana Lemos, à Mafalda Magalhães e à Anastasiya Danylyak, a ajuda e os preciosos contributos na análise estatística realizada.

Agradeço às minhas colegas e amigas deste curso de mestrado, Bruna Esteves, Diana Costa, Sónia Silva e Romana Sá, os momentos vividos, a partilha, o carinho e a amizade.

Agradeço à minha família, o apoio, a ajuda e as palavras de motivação de sempre.

Agradeço ao Ricardo, a cumplicidade, a compreensão e incentivo e, todas as palavras nos momentos mais decisivos.

Agradeço aos meus filhos, por me terem permitido traçar este percurso e por serem fonte de motivação.

Agradeço aos meus amigos, aqueles de todas as horas e de sempre, a presença constante e a amizade.

**Palavras-chave** Hábitos de Sono; Dispositivos eletrônicos; Crianças; Idade Escolar; Enfermagem de Família

**Resumo** Cuidar da família enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital, nos diferentes níveis de prevenção, e liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar constituem as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, desenvolvidas e adquiridas ao longo do estágio de natureza profissional na USF Santa Joana.

O sono é, pela sua importância, um aspeto que deve ser abordado no âmbito da saúde familiar. A prevalência dos problemas do sono nas crianças, muitas vezes de origem comportamental, provenientes de hábitos diários, como seja a utilização de dispositivos eletrônicos (DE) – impõe a necessidade de processos de intervenção, onde o Enfermeiro de Família pode desempenhar um papel essencial.

Neste âmbito realizou-se um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal que, recorrendo ao CSHQ-PT, ao SSR-PT e a um questionário de caracterização sociodemográfica, familiar e de utilização de DE, pretendeu avaliar os hábitos de sono em crianças em idade escolar e analisar a sua relação com a utilização de DE antes de dormir.

Entre os principais resultados e conclusões destaca-se a existência de diferenças significativas entre hábitos de sono referidos pelos pais e hábitos de sono referidos pelas crianças. A elevada prevalência de problemas de sono das crianças, segundo a perceção dos pais, constitui uma preocupação, podendo contribuir para a sua melhoria, a intervenção do Enfermeiro de Família.

A televisão é o DE mais usado, diariamente, pelas crianças, seguido do *smartphone*, ao fim-de-semana. Embora existam diferenças significativas entre a utilização de televisão, *tablet* e *smartphone* antes de dormir, durante a semana e ao fim-de-semana, não se verificou a existência de uma associação significativa entre hábitos/problemas de sono e utilização de DE, pelas crianças, antes de dormir, à semana ou ao fim-de-semana.

**Keywords**

Sleep habits; Electronic devices; Children; School age; Family Nursing

**Abstract**

Taking care of the family as a care unit, throughout the life cycle, at different levels of prevention and leading and collaborating in intervention processes within the scope of family health nursing are the specific competences of the Nurse Specialist in Family Health Nursing, developed and acquired during the professional internship at USF Santa Joana.

Sleep is, due to its importance, an aspect that must be addressed in the family health context. The prevalence of sleep problems in children, often of behavioural origin, arising from daily habits, such as the use of electronic devices (ED) - imposes the need for intervention processes, in which the Family Nurse can play an essential role.

In this context, a quantitative, descriptive-correlational and transversal study was carried out, which, using the CSHQ-PT, the SSR-PT and a sociodemographic, family and ED use surveys, aimed to assess sleep habits in children in school age and to analyse its relationship with the use of ED before bed.

Among the main results and conclusions, the existence of significant differences between sleep habits reported by parents and sleep habits reported by children stands out. The high prevalence of children's sleep problems, according to the parents' perception, is a concern, and the intervention of the Family Nurse can contribute to its improvement.

Television is the most ED used daily by children, followed by the smartphone at the weekend. Although there are significant differences between the use of television, tablet and smartphone before bed, during the week and at the weekend, there was no significant association between sleep habits/problems and use of ED by children, before bed, during the week or weekend.

<b>Abreviaturas e/ou siglas</b>	CSP – Cuidados de Saúde Primários
	OMS – Organização Mundial de Saúde
	USF – Unidade de Saúde Familiar
	ACeS BV – Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga
	ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro
	OE – Ordem dos Enfermeiros
	DE – Dispositivos eletrónicos
	MIM@UF® – Módulo de Informação e Monitorização das Unidade Funcionais
	VD – Visita Domiciliária
	CVSI – Consultas de Vigilância de Saúde Infantil
	CEEESF – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área da Saúde Familiar
	MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
	RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
	<i>AASM – American Academy of Sleep Medicine</i>
	<i>CDC – Centers for Disease Control and Prevention</i>
	<i>ICSD – 3 – International Classification of Sleep Disorders 3</i>
	<i>CSHQ – Children`s Sleep Habits Questionnaire</i>
	<i>SSR – Sleep Self Report</i>
	<i>AAP – American Academy of Pediatrics</i>
	IPS – Índice de Perturbação do Sono



## INDICE

INTRODUÇÃO.....	10
CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	12
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	13
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	16
CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO.....	21
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	22
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
2.1. O sono na criança.....	23
2.1.1. A importância do sono.....	23
2.1.2. Problemas do sono na infância .....	23
2.2. Os hábitos de sono da criança: percepção de pais e crianças.....	24
2.2.1. Dispositivos eletrônicos e o sono das crianças.....	26
2.3. O papel do Enfermeiro de Família na promoção de um sono saudável .....	28
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	30
3.1. Tipo de estudo.....	30
3.2. População e Amostra/ Caracterização dos Participantes .....	30
3.3. Problemática e objetivos.....	31
3.4. Instrumento de recolha de dados e/ou Intervenção .....	32
3.5. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas.....	34
3.6. Procedimentos de análise dos dados .....	34
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....	36
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	46
6. CONCLUSÃO .....	50
6.1. Conclusões.....	50
6.2. Limitações do estudo.....	50
6.3. Implicações para a prática profissional /propostas de alteração de práticas profissionais .....	51
SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXOS.....	61
APÊNDICES.....	71

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF Santa Joana.....	14
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra (n=106).....	36
Tabela 2 - Hora de deitar durante a semana e ao fim-de-semana.....	37
Tabela 3 - Hora de deitar durante a semana e ao fim-de-semana (por intervalo de tempo) .....	37
Tabela 4 - Hora de acordar durante a semana e ao fim-de-semana.....	37
Tabela 5 - Hora de acordar durante a semana e ao fim-de-semana (por intervalo de tempo) .....	38
Tabela 6 - Horas de sono diárias.....	38
Tabela 7 - Horas de sono diárias (por intervalo de tempo) .....	39
Tabela 8 - ANOVA de 1 fator para comparar os padrões de sono com as diferentes idades.....	39
Tabela 9 - Pontuação do CSHQ-PT .....	40
Tabela 10 - Pontuação do SSR-PT .....	41
Tabela 11 - Frequências das respostas aos questionários SSR-PT e CSHQ-PT; Teste McNemar .....	42
Tabela 12 - Correlação de Spearman entre o CSHQ-PT e o SSR-PT .....	43
Tabela 13 - Cotações do CSHQ-PT das crianças com e sem "problema do sono" .....	44
Tabela 14 - Utilização de dispositivos eletrónicos (DE) antes de dormir durante a semana e fim-de-semana; Teste McNemar.....	44
Tabela 15 - Teste de Fisher para avaliar associação entre problemas do sono com o uso de DE antes de dormir, Ter DE no quarto, DE ligado durante a noite, usar DE sob supervisão parental.....	45

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio de natureza profissional apresentado à Universidade de Aveiro pretende dar cumprimento aos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar.

O estágio decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) Santa Joana pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga (ACeS BV), da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), entre abril e novembro de 2021, tendo tido uma duração de 540 horas.

Considerando o processo de desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Familiar, sabe-se que o contexto da prática clínica é o local mais adequado para o desenvolvimento das mesmas, pois permite operacionalizar os diversos tipos de saberes, nomeadamente o “saber saber”, o “saber fazer” e o “saber ser” (da ação), construindo assim o “saber cognitivo” (saber emergente de reflexão na ação) (Alarcão & Rua, 2005).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2008) tem vindo a evidenciar, ao longo do tempo, a importância de se implementar metodologias de trabalho que promovam a adoção de um novo paradigma de cuidar, direcionado para a família e assente na efetividade (adequação das respostas), na integralidade (visão global) e na proximidade do utente aos serviços de saúde (acessibilidade). A intervenção do Enfermeiro de Família é considerada valiosa para que sejam garantidos cuidados de qualidade à população.

A inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem tem o seu enquadramento político internacional na Saúde 21. São atribuídos novos desafios aos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), pelo reconhecimento da sua contribuição na promoção da saúde familiar, salientando o seu papel na promoção dos recursos da família enquanto sistema em permanente transformação. A 2.ª Conferência Ministerial de Enfermagem da Organização Mundial de Saúde (OMS) na região europeia, reforçou o contributo dos enfermeiros na saúde familiar, para os diversos níveis de prevenção (Regulamento n.º 367/2015 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2015).

A Enfermagem de Família tem como foco de atenção a família, as suas dinâmicas internas e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente. Pretende-se que o Enfermeiro Especialista interaja com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, sendo facilitador, elo de ligação e promotor das forças e recursos da família (Regulamento n.º 367/2015 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2015).

O sono é, pela sua importância, um aspeto que deve ser abordado no âmbito da saúde familiar. Sabe-se que a prevalência dos problemas do sono na infância é elevada, podendo afetar até cerca de 50% das crianças (Carter et al., 2014). De acordo com Mindell & Owens (2015)

aproximadamente 25% das crianças experienciam qualquer tipo de problema de sono durante a infância, sendo que, mais do que 33% das crianças em idade escolar apresentam queixas de sono significativas. Esta representatividade atribui a esta temática uma importância imutável, considerando-a uma preocupação para a saúde pública (Jones et al., 2012), não só pelos efeitos sobre a saúde das crianças, mas também sobre a própria qualidade de vida familiar.

Por outro lado, os desafios inerentes à utilização de diferentes formas de tecnologia por parte das crianças são crescentes e constituem uma preocupação cuja atualidade é irrevogável (Nuutinen et al., 2013). A evidência tem sido clara em relação aos efeitos da utilização dos DE sobre o sono das crianças, sobretudo se usados antes da hora de deitar (Domingues-Montanari, 2017; Hale et al., 2019; Lund et al., 2021; Mindell & Owens, 2015).

Neste contexto, pretendeu-se desenvolver um estudo empírico com o objetivo de avaliar os hábitos de sono em crianças em idade escolar e analisar a sua relação com a utilização de DE antes de dormir. Em última instância, pretende-se sensibilizar o Enfermeiro de Família para a importância da abordagem sistemática dos hábitos de sono da criança, a qual pode incluir o acompanhamento da utilização de DE, colaborando, se necessário, com as famílias, na definição de planos individualizados de utilização dos mesmos.

O presente relatório encontra-se organizado em dois principais capítulos. O primeiro, referente à Análise e Reflexão Crítica do Desenvolvimento de Competências e o segundo, referente ao Estudo Empírico realizado durante o estágio.

No primeiro capítulo, para além da contextualização e da apresentação do local de estágio, foram apresentadas as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, e ainda, realizada uma exposição crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio que permitiram a aquisição de competências e, conseqüentemente, alcançar os objetivos definidos para o mesmo.

O segundo capítulo diz respeito ao estudo empírico e integra como partes principais, a contextualização do estudo, o enquadramento teórico, o enquadramento metodológico, a apresentação dos resultados, a discussão dos resultados e a conclusão.

O relatório termina com uma síntese conclusiva, onde se encontram documentados os aspetos mais relevantes no âmbito do processo de aquisição de competências gerais e específicas da Enfermagem de Saúde Familiar, e do estudo empírico, na ótica do papel e da relevância que pode ser atribuída ao Enfermeiro de Família face à temática em análise. A pertinência deste estudo resulta de a possibilidade dos seus resultados contribuírem para a intervenção do Enfermeiro de Família junto daquelas que são as suas famílias.

**CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO  
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O processo de análise e reflexão crítica referente ao desenvolvimento daquelas que são as competências gerais e específicas do Enfermeiro de Família decorreu no âmbito do estágio de natureza profissional na USF Santa Joana, em Aveiro, sob supervisão tutorial da Enfermeira Clara Marisa Silva Correia, Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, entre abril e novembro de 2021, com uma duração de 540 horas.

A USF Santa Joana pertence ao ACeS BV, da ARSC. De acordo com o Decreto-Lei n.º 73/2017, o qual revoga o Decreto-Lei n.º 298/2007, as USF constituem unidades de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotadas de autonomia organizacional, funcional e técnica.

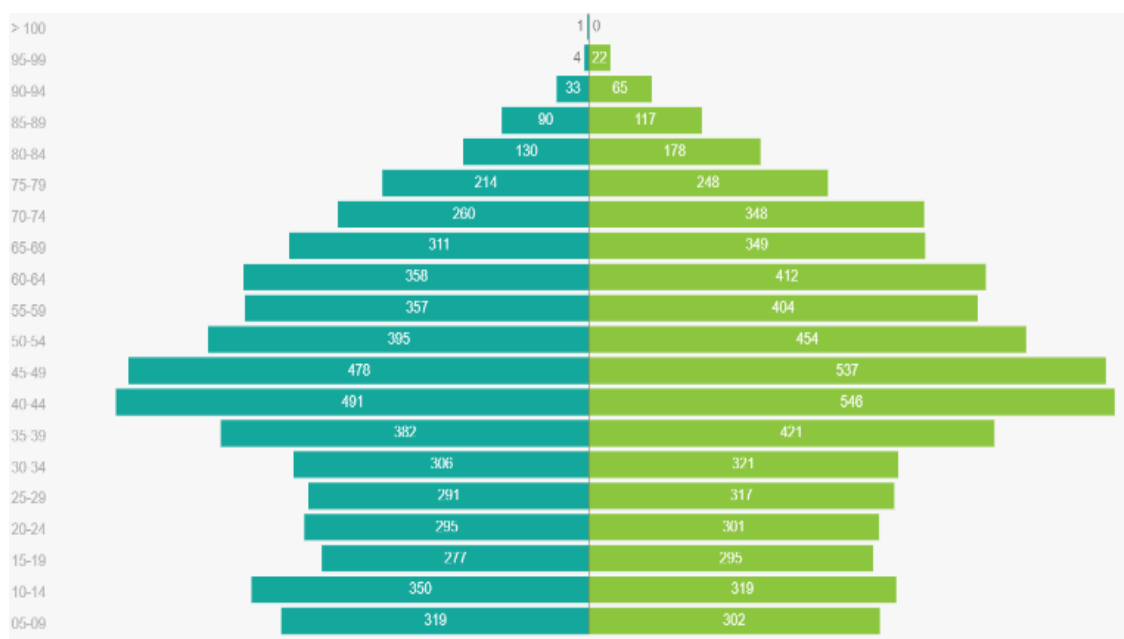
A USF Santa Joana tem como Missão a prestação de cuidados de saúde personalizados garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (USF Santa Joana, 2019). Em relação à sua Visão, pretende ser “Uma unidade prestadora de cuidados de saúde primários de excelência, adequados às características das populações, próxima das famílias e dos cidadãos, sustentável e baseada na vontade empreendedora dos profissionais” (USF Santa Joana, 2019, p. 5). Já em relação aos Princípios que norteiam a sua atuação, a Conciliação, a Cooperação, a Solidariedade, a Autonomia, a Articulação, a Avaliação, a Gestão participativa, pretendem garantir a Qualidade e a Excelência do serviço prestado, por intermédio, da salvaguarda incondicional da Dignidade Humana; da Solidariedade e Justiça social; do Carinho e do Respeito; da Cidadania, como expressão de Autonomia; da prestação de um Serviço de Qualidade percebido pelos seus utentes (USF Santa Joana, 2019).

A USF Santa Joana presta cuidados de saúde a utentes de todas as freguesias do concelho de Aveiro, embora a área geográfica de atuação prioritária seja a freguesia de Santa Joana (42,5% dos utentes). Dá, ainda, resposta de saúde a utentes de todos os concelhos da área de influência do ACeS BV, com exceção de Ovar (USF Santa Joana, 2018).

De acordo com os dados do Módulo de Informação e Monitorização das Unidade Funcionais (MIM@UF®), consultados a 18 de janeiro de 2022, a USF Santa Joana tem 11816 utentes inscritos, das quais 52% são mulheres e 48% são homens. A pirâmide etária desta unidade é do tipo regressivo, como se pode observar na imagem a baixo, com base estreita relativamente ao topo, o que indica a existência de uma população envelhecida, quebras na natalidade e o aumento da esperança média de vida (MIM@UF®, 2019).

**Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF Santa Joana**

Fonte: MIM@UF@a 18 de janeiro de 2022



Da equipa multiprofissional da USF Santa Joana fazem parte, sete médicos, sete enfermeiras, cinco administrativas, cinco assistentes operacionais e ainda alguns internos de medicina geral e familiar. A prestação de cuidados de saúde personalizados e de proximidade à sua população encontra-se organizada por micro equipa, segundo o modelo equipa de família, sendo sete na sua totalidade. Cada micro equipa é constituída por um médico, uma enfermeira de família e uma administrativa e tem um ficheiro próprio com um determinado número de utentes/famílias, aos quais proporcionam a prestação de cuidados de saúde, quer na unidade, quer no domicílio, através da visita domiciliária (VD).

Da atividade assistencial desenvolvida fazem parte as consultas de vigilância de saúde infantil (CVSI), as consultas de saúde da mulher (planeamento familiar e gravidez), as consultas de doença crónica (diabetes, hipertensão...), as consultas de enfermagem destinadas às mais diversas finalidades (vacinação, tratamentos, promoção da saúde, vigilância da saúde...), bem como, todas as atividades que permitem dar resposta aos diversos programas de saúde existentes, e ainda, as consultas não programadas, destinadas ao atendimento de situações agudas pelo médico e pela enfermeira de família. Salienta-se o facto da atividade assistencial desenvolvida salvaguardar a inter-substituição entre micro equipas como forma de garantir o acesso, o cumprimento dos programas de saúde e a maximização das respostas necessárias aos seus utentes/famílias. Toda a equipa desenvolve ainda atividade assistencial contratualizada com o ACeS, através da prestação de serviços extra carteira básica, no atendimento complementar do concelho de Aveiro, ao fim de semana e feriados. Contribui igualmente para a consulta concelhia de desabitação tabágica e de alcoologia (USF Santa Joana, 2018). A USF

encontra-se em funcionamento, entre as 8h e as 20h, de segunda a sexta-feira, tendo cada micro equipa um horário organizado pelas diversas valências dos cuidados.

Com a finalidade de alcançar os objetivos definidos para o estágio foram desenvolvidas atividades que visaram a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESSUA, 2021; Regulamento n.º 428/2018 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2018).



## **2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Esta secção do relatório tem como finalidade documentar e refletir sobre o percurso formativo em contexto de estágio de natureza profissional, considerando os seus objetivos e o desenvolvimento de competências no que se refere à obtenção do título de Especialização em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Familiar, encontrando-se estruturada por competência.

Antes de fazer referência às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área da Saúde Familiar (CEEESF), importa refletir sobre aquelas que são as competências gerais do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º140/2019 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2019). O desenvolvimento destas decorreu da prestação de cuidados de enfermagem, às famílias, sustentados nos princípios e valores éticos, e nas devidas disposições deontológicas e legais. A abordagem sistémica e de proximidade que se pretendeu estabelecer, através de uma relação colaborativa, procurou sempre salvaguardar os direitos humanos, como por exemplo, o respeito por valores e preferências. Também a melhoria contínua da qualidade constituiu uma preocupação constante, pelo que se procurou integrar estratégias institucionais existentes e mobilizar conhecimentos e habilidades neste sentido, utilizando a reflexão como instrumento de aprendizagem diário, o qual se reconhece como essencial ao processo de tomada de decisão, à avaliação das práticas e à implementação de mudanças que visem mais qualidade e melhores resultados em saúde.

### **Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.**

A consciencialização da família enquanto “unidade de cuidados” constituiu um dos aspetos de maior reflexão no decorrer do estágio. Para Figueiredo (2012), é condição essencial ao entendimento profundo sobre a prestação de cuidados de enfermagem ao longo do ciclo de vida da família, reconhecer a unidade familiar como o alvo dos cuidados e, assim, colocar o foco “tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente” (Figueiredo, 2012, p. XII). Considera-se a interiorização deste pressuposto um aspeto fundamental para o desenvolvimento das CEEESF (Regulamento n.º 428/2018 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2018), processo facilitado pela metodologia de trabalho segundo o modelo equipa de família, existente na USF Santa Joana.

Acompanhar a família ao longo do seu ciclo vital, implica ajudá-la e, capacitá-la para a vivência das transições impostas pelas diversas etapas de desenvolvimento. Este é um desafio constante para os Enfermeiros de Família, já que requer que detenham um conhecimento profundo acerca das famílias que são alvo dos seus cuidados.

O Enfermeiro de Família atua a todos os níveis de prevenção. Contudo, considera-se que é ao nível da prevenção primária que mais deve investir, junto das suas famílias. No entanto, e face aos constrangimentos inerentes ao envelhecimento populacional e aos desafios impostos pelas

doenças crônicas e incapacitantes, pode-se constatar que no âmbito da prevenção terciária e quaternária existe “um espaço crescente” para implementação e desenvolvimento da atividade autônoma de enfermagem.

No decorrer do estágio, o sistema familiar constituiu sempre o “alvo” dos cuidados. Os contactos estabelecidos foram tratados de forma personalizada em função da família e do seu contexto ecológico, sendo as intervenções desenvolvidas mediante a saúde do próprio, mas também do sistema familiar, em conformidade com os normativos adjacentes às CEEESF. Cuidar da família é intervir num todo sistémico, superior à soma das suas partes, e que compreende a complexidade das relações que nela existem. É por isso, que qualquer intervenção terá sempre repercussões sobre o sistema familiar, pretendendo-se que, como sistema aberto, se auto-organize no sentido do seu equilíbrio.

As diversas experiências vivenciadas ao longo do estágio permitiram o desenvolvimento desta competência. Quer em contexto das VD, quer no âmbito das consultas programadas de vigilâncias e dos tratamentos continuados procurou-se estabelecer uma relação de proximidade e envolver a família presente no processo de saúde/doença do seu familiar.

A VD é uma forma privilegiada de conhecer a família e o seu contexto ecológico. As VD realizadas permitiram observar a interação entre os membros da família e aceder a uma multiplicidade de informações, que se consideram essenciais para a avaliação familiar e para a caracterização da etapa de desenvolvimento da família. As VD permitiram também estreitar a relação terapêutica através do fortalecimento da confiança e da empatia – elementos que se demonstraram essenciais para o envolvimento da família na gestão da sua saúde/doença e no desenvolvimento de novas competências. Considera-se que a VD é uma prática enriquecedora pois permite uma atividade diagnóstica e intervenção mais sustentadas, bem como, uma maior aceitação da família em relação às diversas imposições de saúde-doença que vão surgindo ao longo do seu ciclo de vida.

Durante o tratamento de feridas a pessoas de mais idade e já com algum grau de dependência foi possível conhecer melhor a pessoa em questão, bem como, perceber quem desempenha o papel de cuidador e garante o apoio necessário a nível do autocuidado e da gestão do regime terapêutico. Na maior parte das vezes, estas pessoas fizeram-se acompanhar por um familiar, geralmente cuidador. Neste contexto, a intervenção desenvolvida baseou-se numa abordagem de envolvimento da família, encorajando-a a partilhar a sua história e as suas necessidades, avaliando a reciprocidade entre os seus membros e procurando compreender, em que medida, a dinâmica familiar influencia os cuidados à família. Uma consulta de enfermagem desta natureza pode constituir um momento privilegiado para conhecer melhor a pessoa, a sua família e o seu contexto ecológico de desenvolvimento, recolher informações e posteriormente avaliar e intervir. Importa fazer referência que a continuidade de cuidados que se conseguiu garantir com algumas famílias foi essencial para o estabelecimento de uma relação de confiança e proximidade, necessária à definição conjunta do plano de ação da família, com o objetivo de promover e reforçar a saúde da mesa.

Este, é apenas um exemplo caracterizador da intervenção desenvolvida durante o estágio junto das famílias e baseada num método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico. Efetivamente, a família enquanto unidade sistémica com funções sociais, de afetividade, reprodução e sexualidade, suporte económico, segurança, autoridade, aceitação pessoal, satisfação e recreação (Hanson, 2005; Stanhope & Lancaster, 1999), mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e saúde dos seus membros (Regulamento n.º 367/2015 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2015). Deste modo, o trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro de Família deve ser planeado em parceria com as famílias, tendo como principal objetivo a sua capacitação.

As famílias desenvolvem-se através de transições, onde os novos contextos requerem mudança nos padrões familiares (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005). Cuidar da família ao longo do ciclo vital implica ser um elemento orientador e facilitador na vivência de uma transição, mediante a redefinição daqueles que são os significados da família, com base no desenvolvimento de novas competências e na incorporação de novos conhecimentos (Meleis et al., 2010; Schumacher & Meleis, 2010).

Durante o estágio, o acompanhamento de algumas famílias em transição (para a parentalidade, para a dependência do familiar) decorreu através de consultas de vigilância na USF, mas também em contexto de VD, por esta facilitar a relação terapêutica e possibilitar um maior conhecimento do contexto familiar, viabilizando a avaliação familiar e a definição conjunta de um plano de cuidados.

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) - instrumento desenvolvido por Figueiredo (2009) - foi adotado OE (2011) para fazer face às necessidades dos Enfermeiros de Família no âmbito dos cuidados às famílias. O MDAIF permite intervir a nível de múltiplos aspetos relacionados com a família, organizados em três dimensões, estrutural, de desenvolvimento e funcional, sendo apresentado através de uma matriz operativa que estabelece a estrutura organizativa e compreensiva das relações da família, permitindo a interligação do processo de enfermagem na prática do Enfermeiro de Família (Figueiredo, 2012).

O estágio profissional permitiu perceber que o MDAIF não é ainda utilizado, de forma sistemática. O processo clínico familiar e, conseqüentemente a avaliação familiar, encontram-se ainda subvalorizados relativamente ao processo individual. O SCLinico® está limitado nesse contexto, porque embora a sua parametrização contemple campos destinados a elementos de avaliação familiar, estes são ainda reduzidos. Não obstante, o conhecimento e as competências adquiridas, no decorrer do curso, permitiram recorrer a esta ferramenta, sempre que necessário.

Embora o MDAIF se apresente como instrumento de referência para a avaliação e intervenção familiar importa referir que a sua robustez e complexidade dificultam a sua utilização. Se, por um lado, se considera que os Enfermeiros de Família deveriam ter mais tempo efetivo para as suas famílias, por outro, é igualmente necessário que as famílias tenham disponibilidade para estar com o seu Enfermeiro de Família. Para fazer face a estas dificuldades e garantir a informação necessária para a elaboração do plano de cuidados da família, realizaram-se as avaliações familiares em diversos momentos.

Para o aperfeiçoamento do raciocínio clínico no âmbito da avaliação familiar e respetiva intervenção contribuiu também a discussão de casos clínicos com a Enfermeira tutora ao longo do estágio.

### **Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.**

No âmbito desta competência, cujo desenvolvimento, se considera indissociável da anterior, prevê-se a gestão, articulação e mobilização dos recursos necessários à prestação de cuidados à família, num acompanhamento que se prevê ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção. Estas foram aptidões adquiridas através do envolvimento das famílias nos seus processos de saúde-doença, da avaliação familiar, da definição partilhada dos planos de cuidados, bem como, de um trabalho permanente em equipa multidisciplinar.

As experiências decorridas ao longo do estágio permitiram compreender a importância de “liderar” e “colaborar” na saúde das famílias, capacitando-as e atribuindo-lhes o papel principal na promoção e restauração da sua saúde e bem-estar.

Só se é líder e referência quando se estabelece com as famílias uma relação empática, de confiança e proximidade, baseada na interajuda e na reciprocidade mútua, e quando as famílias reconhecem que o seu Enfermeiro de Família é o profissional de saúde que melhor as conhece, e por isso, mais habilitado para ajudá-las mediante as solicitações adjacentes ao seu desenvolvimento e aos recursos e competências a adquirir.

Pretende-se que o Enfermeiro de Família seja uma pessoa de referência para as suas famílias e lidere os processos de intervenção em enfermagem de saúde familiar. Diers & Molde (1983) colocaram a seguinte questão: “*Nurses in Primary Care: The New Gatekeepers?*” Efetivamente, os Enfermeiros de Família devem ser “advogados” dos seus doentes, principais parceiros na gestão do binómio saúde/doença, e “guardiões” da “porta” do sistema de saúde, já que conhecem as suas famílias como ninguém. Como “*gatekeeper*” o Enfermeiro de Família deve orientar a família no sistema de saúde, enfatizando a prevenção primária e a maximização do seu potencial de saúde, e zelando pelo cumprimento de direitos e deveres. Por vezes, a orientação ultrapassa as “linhas” do sistema de saúde (Hayden, 2012) e abrange o setor social.

As vivências durante o estágio permitiram desempenhar este papel, de ser “referência” e principal parceiro no processo familiar de saúde/doença, definindo planos de cuidados em função dos objetivos das famílias e encaminhando-as para outros profissionais de saúde e do setor social, sempre que necessário. Circunstâncias que permitiram tomar consciência da função de gestor e organizador dos recursos disponíveis na família e no meio envolvente.

As consultas destinadas à gestão da doença crónica constituíram um importante espaço de intervenção no âmbito da liderança e colaboração nos processos de intervenção junto da família. Foram muitas as vezes em que as pessoas, sozinhas ou acompanhadas de um familiar direto, expressaram as dificuldades sentidas, geralmente relacionadas com o regime terapêutico, mas também com a dinâmica familiar, como por exemplo, dificuldades oriundas da carência de apoios

dentro da rede familiar de proximidade, da ausência de apoios sociais (de natureza assistencial e financeira) e da exaustão emocional. Estas, e outras dificuldades foram partilhadas, quer de forma espontânea, quer através de uma entrevista semi-dirigida, após a identificação de sinais de desânimo e preocupação. As intervenções desenvolvidas integraram a análise da influência da dinâmica familiar, do binómio saúde/doença e dos fatores ambientais sobre os cuidados à família, a análise dos recursos necessários (por vezes de natureza social), a exploração de estratégias que permitam que a família alcance os seus objetivos melhorando a dinâmica familiar e a assistência no autocuidado (promover tempos de descanso e lazer para o cuidador, fomentar o diálogo e a promoção da interajuda na família). Por diversas vezes, houve necessidade de encaminhar as famílias para instituições de apoio social na comunidade e para o médico de família, mas também, de colaborar em processos de referenciação para a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI).

Durante a colheita de dados do estudo empírico realizado, “espaço” privilegiado de contacto com as famílias e que possibilitou observar a interação entre a(s) criança(s) e a mãe ou o pai, as famílias partilharam informações e preocupações relacionadas com o sono, mas também com outros aspetos, havendo necessidade de as esclarecer em relação a medidas de higiene do sono, mas também de as instruir face às dúvidas apresentadas, de as orientar na gestão do seu processo de saúde-doença e, por vezes, de as encaminhar para outros profissionais da equipa multidisciplinar.

## **CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO**

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O sono, e em particular o sono na infância, constitui uma atividade de grande importância que influencia a saúde, o bem-estar e o desenvolvimento humano. Dormir com qualidade, e de acordo com as necessidades fisiológicas inerentes à idade é essencial para que a criança se desenvolva a nível físico, cerebral e emocional (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A prevalência dos problemas do sono na infância é elevada, podendo afetar até cerca de 50% das crianças (Carter et al., 2014). De acordo com Mindell & Owens (2015) aproximadamente 25% das crianças experienciam qualquer tipo de problema de sono durante a infância, sendo que, mais do que 33% das crianças em idade escolar apresentam queixas de sono significativas. O estudo de Lopes et al. (2016) evidencia uma prevalência global de problemas de sono de 75,7% para crianças em idade pré-escolar e escolar. Esta representatividade atribui a esta temática uma importância imutável, considerando-a uma preocupação para a saúde pública (Jones et al., 2012), não só pelos efeitos sobre a saúde das crianças, mas também sobre a própria qualidade de vida familiar.

Os hábitos de sono da família são influenciados pelas interações recíprocas entre os seus membros, bem como, pelas interações que estes estabelecem com o ambiente de casa e o contexto externo. Entre a multiplicidade de fatores que condiciona e influencia a dinâmica familiar e a qualidade do sono dos seus membros, encontra-se a utilização de DE (Buxton et al., 2015). Ver televisão e utilizar outros DE na hora de dormir é um dos comportamentos mais comuns entre as crianças (Mindell & Owens, 2015) e que influencia de forma negativa o seu sono (Buxton et al., 2015; Domingues-Montanari, 2017; Fuller et al., 2017; Mindell et al., 2009; Mindell & Owens, 2015; Nuutinen et al., 2013).

Para Mindell & Owens (2015) e Hale et al. (2019) os DE influenciam o sono com base nos seguintes mecanismos: o tempo despendido, a estimulação psicológica do conteúdo, e os efeitos da luz (especialmente da luz azul) no estado de alerta e no ritmo circadiano, através da supressão da melatonina ou do atraso na sua libertação e da alteração da arquitetura do sono.

Considerando a importância do sono nas crianças e, por outro lado, a problemática da utilização crescente de diferentes formas de tecnologia, por parte das mesmas, optou-se por desenvolver um trabalho neste âmbito. Sendo que, para além de se avaliar os hábitos de sono em crianças em idade escolar e analisar a sua relação com a utilização de DE antes de dormir, pretendeu-se refletir sobre o tema e a pertinência da sua abordagem no âmbito da vigilância da saúde infantil e da Enfermagem de Saúde Familiar.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. O sono na criança

#### 2.1.1. A importância do sono

O sono pode ser definido como “um estado muito complexo que serve para reorganizar todas as nossas funções e garantir a nossa recuperação física e psíquica. (...) Nas crianças o sono contribui de forma importante para o seu crescimento corporal” (Vasconcelos et al., 2017, p. 2).

De acordo com a *American Academy of Sleep Medicine* (AASM) (Paruthi et al., 2016) e o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (2017) as crianças apresentam as seguintes necessidades, em termos de horas de sono diárias: entre os 0 meses e os 3 meses, 14 a 17 horas; entre os 4 meses e os 12 meses, 12 a 16 horas (incluindo sesta); entre 1 e 2 anos, 11 a 14 horas (incluindo sesta); entre 3 e 5 anos, 10 a 13 horas (incluindo sesta); entre 6 e 12 anos, 9 a 12 horas; entre os 13 e os 18 anos, 8 a 10 horas por dia.

Os problemas do sono na infância podem afetar, significativamente, o desenvolvimento físico, psicológico e social da criança (Ryan et al., 2014), traduzindo-se em dificuldades de aprendizagem, alterações de comportamento, alterações de humor, aumento da predisposição para lesões acidentais, para a obesidade (Halal & Nunes, 2014; Judith Owens, 2013), e para problemas cardiovasculares ou imunitários. A nível cognitivo, a flexibilidade cognitiva e a capacidade de argumentar e pensar de forma abstrata parecem ser áreas, particularmente sensíveis, aos efeitos de um sono insuficiente ou inadequado (Judith Owens, 2013).

#### 2.1.2. Problemas do sono na infância

Bruni & Novelli (2010) classificam os distúrbios do sono em 8 categorias: insónias, distúrbios respiratórios do sono, hiperssonias de origem central, distúrbios do ritmo circadiano, parassonias (terrores noturnos, pesadelos, somniloquia, sonambulismo, bruxismo e enurese noturna), distúrbios de movimento relacionados com o sono, sintomas isolados e de importância não resolvida (onde incluem ronco, sonilóquio, e as mioclonias benignas), e outros distúrbios do sono. Na categoria de “outros distúrbios do sono” encontram-se os distúrbios do sono considerados fisiológicos ou ambientais, os quais são, frequentemente, de origem comportamental (Sateia, 2014). Dentre estes podem ser considerados a dificuldade a iniciar ou a manter o sono, de forma autónoma, os despertares noturnos frequentes e a relutância em ir dormir (Blunden et al., 2011; Mindell & Owens, 2015; Judith Owens, 2013; Vriend & Corkum, 2011).

Os problemas do sono de natureza ambiental, os distúrbios do ritmo circadiano e os transtornos primários associados à excessiva sonolência diurna constituem os principais problemas do sono na infância (Mindell & Owens, 2015). Porém, Halal & Nunes (2014), Macedo (2014), Mindell et al. (2009) e Mindell & Owens (2015) referem que são os problemas de origem comportamental, os que maior expressão apresentam.



## 2.2. Os hábitos de sono da criança: percepção de pais e crianças

A percepção dos pais acerca dos problemas do sono dos seus filhos é influenciada pela própria consciência, expectativas, tolerância, interpretação (Judith Owens, 2013) e pelas normas culturais (Cortese et al., 2014; Sadeh et al., 2010). De acordo com Mindell & Owens (2015) a percepção dos pais em relação aos problemas do sono dos seus filhos varia ao longo da infância, sendo que, pais com crianças pequenas estão mais despertos para os problemas de sono dos filhos. Estes autores referem ainda que a própria definição de problema de sono é altamente subjetiva e comumente determinada pelo nível de perturbação sobre o próprio sono.

Os hábitos e problemas do sono nas crianças podem ser rastreados através de medidas objetivas, tal como, a polissonografia e a actigrafia, e medidas subjetivas, tais como, os questionários e os diários de sono (Steuer et al., 2019). Segundo Loureiro et al. (2013) os questionários apresentam-se como uma ferramenta muito útil e comumente utilizada.

Nas crianças em idade escolar é frequente comparar respostas de pais e filhos, através da utilização de questionários que permitam obter as duas percepções (Loureiro, 2012). Steuer et al. (2019) referem a importância de se ter em conta, sempre que possível, os auto-relatos das crianças, aquando da avaliação do sono das mesmas através de medidas objetivas ou subjetivas que reflitam a percepção dos pais, já que alguns estudos têm demonstrado que nem sempre existe correlação entre a percepção dos pais e a percepção das crianças, e que alguns aspetos do sono são avaliados de forma mais apropriada pelos auto-relatos das crianças.

De acordo com Gregory et al. (2011) as crianças reportam, geralmente, mais problemas do sono do que os pais. Um aspeto que pode refletir uma falta de percepção por parte dos pais dos problemas do sono das crianças ou, por outro lado, falta de rigor da parte das crianças quando questionadas sobre o seu sono. Contudo, quando nos reportamos a amostras clínicas, são os pais que mais reportam problemas do sono (Gregory & Sadeh, 2012).

O *Children's Sleep Habits Questionnaire* (CSHQ) foi desenvolvido por Owens em 2000 e é amplamente utilizado em todo o mundo (Loureiro et al., 2013; Silva et al., 2014). É um questionário retrospectivo que avalia a percepção dos pais em relação ao sono dos seus filhos, tendo como referência o padrão de sono da semana anterior ou, caso esta não seja representativa, por motivos relacionados, por exemplo, com doença, uma semana "típica" recente, sendo dirigido a crianças entre os 4 e os 10 anos de idade (J. Owens et al., 2000) ou entre os 2 e os 10 anos de idade, na versão portuguesa (Silva et al., 2014).

O *Sleep Self Report* (SSR) é um questionário sobre hábitos de sono destinado a ser respondido por crianças entre os 7 e os 12 anos de idade (Loureiro, 2012) desenvolvido pela mesma autora.

O facto do SSR e do CSHQ terem sido criados pela mesma autora confere-lhes coerência na abordagem do tema, através da partilha de perguntas comuns entre os dois questionários (Loureiro, 2012). Dos 23 itens do SSR, 13 são iguais para o CSHQ (Loureiro et al., 2013), podendo assim, ser correlacionados, o que se reveste de grande importância, pela informação que permite obter no âmbito do estudo dos hábitos/problemas do sono das crianças (Loureiro, 2012).

No estudo holandês de Van Litsenburg et al. (2010), 25% das crianças apresentavam problemas do sono. Este estudo, mostra a existência de uma relação significativa entre hábitos de sono e idade. O resultado global do CSHQ obtido foi de 40,50, não tendo sido influenciado pela idade. Já as correlações entre as respostas dos pais e das crianças, obtidas, respetivamente, através do CSHQ e do SSR foram baixas a moderadas.

Loureiro et al. (2013) obtiveram um resultado médio total de 43,83 no CSHQ-PT para a amostra comunitária e de 53,99 para a amostra clínica, sendo que a diferença entre as amostras foi estatisticamente significativa. Já para o SSR, obtiveram uma pontuação média total de 34,93 e 39,87, respetivamente, para a amostra comunitária e clínica, sendo que a comparação entre as duas amostras revelou diferenças estatisticamente significativas. Verificou-se ainda que as correlações entre pais e filhos eram estatisticamente significativas em 14 itens na amostra comunitária e em 12 itens na amostra clínica, embora que, a maior parte de intensidade baixa a moderada.

O estudo de Silva et al. (2013) mostra a existência de uma situação contrastante entre a baixa prevalência de problemas do sono referidos pelos pais – 10,4 e as elevadas cotações obtidas no CSHQ-PT, com um Índice de Perturbação do Sono (IPS) – resultado global do CSHQ-PT, de 46,51. O IPS apresentou uma tendência decrescente com o aumento da idade, traduzindo a menor frequência de problemas em crianças mais velhas.

Rangel et al. (2015) encontraram uma associação estatisticamente significativa entre o IPS e o grupo etário (maior na idade pré-escolar), sendo o valor médio encontrado de 47. Um IPS superior associou-se, à visualização de televisão e ao uso de videojogos. Os resultados deste estudo indicaram que entre 41,1 a 56,3% das crianças não dorme o número mínimo de horas desejáveis.

O estudo de Lopes et al. (2016) identificou uma elevada prevalência de problemas do sono – 75,7% utilizando o ponto de corte de 41 proposto originalmente por Owens et al. (2000), contudo aplicando o ponto de corte de 48, sugerido por Silva et al. (2013) como sendo mais adequado para a população portuguesa, a prevalência dos problemas do sono baixa para 44,5%. Foi obtido o valor médio de 9,7 horas de sono diárias. O IPS obtido foi de 47,05, que quando comparado a outros IPS obtidos em estudos nacionais ou internacionais em que foi utilizado o CSHQ permite verificar que as crianças portuguesas são as que apresentam mais problemas do sono.

Ao nível das subescalas, ambos os estudos de Silva et al. (2013) & Lopes et al. (2016) obtiveram as pontuações médias mais elevadas para a “Resistência na hora de deitar”, a “Ansiedade no sono”, as “Parassónias” e a “Sonolência diurna. No estudo de Silva et al. (2013) as crianças “com problemas do sono” identificados pelos pais apresentaram cotações superiores em todas as subescalas do CSHQ-PT, com exceção da subescala “Início do sono”, a única para a qual não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre crianças “com” e “sem” problema do sono.

### **2.2.1. Dispositivos eletrónicos e o sono das crianças**

Segundo Arumugam, Said, & Nik Farid (2021), os DE podem ser classificados em tradicionais e digitais. Nos primeiros, o utilizador desempenha um papel passivo, “vendo”, ou “escutando”. São exemplos destes, a televisão e o rádio. Os segundos, considerados interativos e sociais, permitem ao utilizador uma interação ativa e capaz de gerar alterações de conteúdo. São exemplos destes, os *smartphones*, os computadores e os *tablets*.

Para Mindell & Owens (2015) e Hale et al. (2019) os DE influenciam o sono com base nos seguintes mecanismos: o tempo despendido, a estimulação psicológica do conteúdo (com a possível geração de estados de excitação psicológica, emocional e física), e os efeitos da luz (especialmente da luz azul) no estado de alerta e no ritmo circadiano, através da supressão da melatonina ou do atraso na sua libertação, da alteração da arquitetura do sono e do aumento dos níveis de excitação e da redução da sonolência na hora de dormir.

Durante anos, de acordo com as orientações da *American Academy of Pediatrics* (AAP), as crianças em idade escolar não deveriam despende mais de 2 horas por dia com DE. Contudo, as novas recomendações da AAP reconhecem que os DE são parte integrante da vida das crianças sendo, por isso, quase impossível, policiar um limite de 2 horas por dia, colocando assim, o foco, na intervenção dos pais. Estes, devem estabelecer limites consistentes no tempo gasto com os DE em função da sua tipologia e garantir que não substituam o sono e a atividade física (Holecko, 2022; Morin, 2021).

Chassiakos et al. (2016) referem que, se por um lado, a investigação sobre os DE tradicionais, como a televisão, tem demonstrado a existência de correlações entre diversos problemas de saúde e a duração e o tipo de conteúdo visualizado, a evidência sobre o uso de novos DE, essencialmente digitais e sociais, tem demonstrado a coexistência de benefícios e riscos (aprendizagem precoce, a exposição a novas ideias oportunidades de apoio e contacto social..., por outro lado, os efeitos negativos sobre o sono, a atenção, a aprendizagem, a maior incidência de obesidade e depressão, a exposição a conteúdos e contactos imprecisos, inadequados...).

A revisão sistemática de Domingues-Montanari (2017) e de Lund et al. (2021) demonstram que o uso de DE, sobretudo antes de dormir, está geralmente associado à redução das horas e da qualidade do sono das crianças.

Segundo o relatório de LeBourgeois et al. (2017), verifica-se, em mais de 90% dos estudos, a existência de uma associação inversa entre tempos superiores de utilização de DE, e os atrasos na hora de dormir e a redução do tempo total de sono. A utilização do computador foi associada, de forma mais consistente, a piores resultados em saúde, do que a utilização da televisão.

Nuutinen et al. (2013) referem que o uso de computador e de televisão constituem variáveis preditivas de menores durações de sono e de horas de deitar mais tardias, quer em dias de semana, quer ao fim de semana.

Rideout & Robb (2020) mostram que as crianças até aos 8 anos despendem, em média, 2,24h por dia do seu tempo com DE, sendo que 73% deste é passado a ver televisão e vídeos *online* em sites como o *Youtube*. Estes autores referem que a percentagem de crianças entre os 5 e os 8 anos que usa DE interativos alcança os 96%, sendo o tempo médio de uso diário de *smartphone* de 1 hora e 15 minutos, ocorrendo a maior parte da utilização de DE sem supervisão parental. Loucaides (2020) refere que o uso de DE, pelas crianças, é significativamente superior ao fim-de-semana.

Segundo Rhodes (2017) a maioria das crianças australianas despende, em média com DE, 4,6 horas por dia, durante a semana, e 4,5 horas por dia ao fim de semana. O tempo de uso dos DE aumenta com a idade, sendo que, 60% das crianças dos 6 aos 13 anos, despende mais de 2 horas por dia com DE, 67% tem *smartphone* e/ou *tablet* próprio e 31% usa o *tablet* todos os dias. Ver televisão e vídeos, bem como, jogar jogos eletrónicos são as atividades mais comuns entre as crianças de idade escolar, com cerca de 37% a jogar quase todos os dias. É ainda de mencionar que 43% das crianças usa, regularmente, DE antes de dormir, e destas 26% apresentam problemas de sono relacionados com o uso de DE (Rhodes, 2017).

Buxton et al. (2015) referem que cerca de 45% das crianças dormem 9 ou mais horas por noite em dias de escola e 69% das crianças dormem mais de 9 horas por noite ao fim-de-semana. Em relação aos DE, 75% das crianças têm, pelo menos, 1 DE no quarto. A televisão é o DE mais comum, com mais de 45% das crianças a ter televisão no quarto, cuja presença está associada a uma redução significativa nas horas de sono (8 horas em comparação com as 8,3 horas de sono das crianças sem televisão no quarto – em dias de escola). A presença de “sono suficiente” está estatisticamente associada a não deixar qualquer DE ligado no quarto (deixar a televisão ligada durante a noite corresponde, em média, a menos 30 minutos de sono por noite); por outro lado, a existência de “sono de excelente qualidade” está estatisticamente associada à existência de uma rotina consistente na hora de dormir e à inexistência de DE ligados no quarto.

Falbe et al. (2015) referem que 54% das crianças diz dormir perto de um “pequeno ecrã” e 75% refere ter televisão no quarto. As primeiras apresentam uma perda de 20,6 minutos no total de horas de sono diárias. As segundas dormem menos 18 minutos, contudo, esta diferença não é estatisticamente significativa, talvez porque a televisão não interrompe o sono quando desligada.

Fuller et al. (2017) encontraram uma relação estatisticamente significativa entre a média de horas de sono e o uso de DE antes de dormir: crianças que veem televisão ou usam jogos eletrónicos, antes de dormir, dormem aproximadamente menos 30 minutos por noite; crianças que usam o telemóvel ou o computador, antes de dormir, dormem aproximadamente menos 1 hora.

Segundo Brambilla et al. (2017) cerca de 33,1% das crianças italianas dorme menos do que o recomendado e 63,5% das crianças usa DE antes de dormir, constituindo este uso um preditor negativo da duração do sono em menos 25 minutos. Já as variáveis ter um sono ótimo (crianças adormecem sozinhas na sua cama, onde dormem toda a noite sem despertares) e a presença de televisão no quarto estão inversamente relacionadas.

Chindamo et al. (2019) referem que o uso diário ou frequente dos DE interativos (*smartphone* ou *tablet*) aumenta, de forma estatisticamente significativa, a probabilidade de obter um número inferior de horas de sono e, por outro lado, um período superior de latência antes do início do sono.

### **2.3. O papel do Enfermeiro de Família na promoção de um sono saudável**

Cuidar da família ao longo do ciclo vital e conhecê-la, torna o Enfermeiro de Família, um parceiro de proximidade e referência na vigilância e promoção da saúde e na gestão da doença da família. O sono da criança é, pela sua importância, um aspeto que deve ser abordado, compreendido e avaliado em contexto de vigilância de saúde infantil, onde o Enfermeiro de Família detém um papel fundamental. Neste âmbito, o reconhecimento do sistema familiar como promotor da saúde dos seus membros (Regulamento n.º 367/2015 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2015) determina que o Enfermeiro de Família considere, na intervenção planeada, o empoderamento da família, envolvendo-a ativamente, na definição de estratégias e soluções para os seus problemas. Considerando o sono das crianças e o uso de DE, importa essencialmente, promover a higiene do sono e despertar a atenção para os potenciais efeitos adversos dos DE (Lund et al., 2021). De acordo com Bathory & Tomopoulos (2017) as rotinas constituem um aspeto crítico para a higiene do sono, sendo a sua consistência um pressuposto essencial. As rotinas são benéficas para todas as crianças, mas sobretudo, para as mais pequenas, proporcionando-lhes uma sensação de previsibilidade e de segurança e ajudando-as a fazer a transição das atividades.

Em Portugal, a abordagem dos hábitos e dos comportamentos de sono das crianças nem sempre é feita em contexto das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, atrasando assim, a identificação de possíveis perturbações, algumas das quais, facilmente corrigidas através da implementação de medidas de higiene do sono. Por este motivo, torna-se essencial, a abordagem sistemática deste tema (Rangel et al., 2015).

Para além de deter um papel essencial ao nível da partilha de informações com a família, no âmbito dos efeitos dos DE e dos mecanismos, através dos quais, influenciam o sono, o

Enfermeiro de Família deve ser o principal promotor da parentalidade e do envolvimento dos pais na “realidade virtual dos filhos”, na definição dos limites de utilização dos DE, apelando à criação das “*tech-free-zones*” (por exemplo, horas de refeição), e de, como refere Chassiakos et al. (2016), na elaboração de um plano familiar personalizado que possa orientar o uso dos DE. Segundo Halal & Nunes (2014) e Owens (2013) a educação dirigida aos pais é considerada a principal e mais importante estratégia no âmbito da abordagem aos problemas do sono das crianças.

Chassiakos et al. (2016) e Hill et al. (2016) enunciam como principais recomendações da AAP para as famílias e profissionais de saúde, sobre o uso de DE – onde o Enfermeiro de Família ocupa um lugar privilegiado ao acompanhar a família ao longo do seu ciclo vital: 1) tornar o sono uma prioridade – falar com as famílias sobre a importância do sono e aquelas que são as expectativas para um sono saudável; 2) encorajar a criação de uma rotina para a hora de dormir que inclua atividades tranquilas e evite o uso de DE; 3) encorajar a família a remover todos os DE dos quartos das crianças e adolescentes; 4) falar com as famílias sobre as consequências negativas sobre o sono, da presença da luz brilhante à noite; 5) se a criança ou adolescente apresentar problemas de humor ou comportamento, o sono insuficiente deve ser considerado como possível fator contributivo.

### **3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Tipo de estudo**

Este é um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, com o objetivo de avaliar os hábitos de sono em crianças em idade escolar e analisar a sua relação com a utilização de dispositivos eletrônicos antes de dormir. Segundo Keeler (2010) & Fetters et al. (2013) a investigação quantitativa está orientada para os resultados (obtidos com amostras) e sua generalização para a população alvo; e pretende que os resultados conduzam a melhorias em situações particulares.

Os estudos descritivo-correlacionais inserem-se, em termos de investigação, nos desenhos não experimentais, sendo conduzidos em meios naturais, sem intervenção por parte do investigador (Fortin et al., 2009c). Enquanto estudo descritivo visa descrever um fenómeno, determinando a frequência da sua ocorrência numa dada população e aumentando o conhecimento sobre um determinado assunto (Fortin et al., 2009b; Keeler, 2010). A investigação correlacional sustenta-se nos estudos descritivos e pretende estabelecer relações entre variáveis, com o intuito de explicar a sua natureza (Fortin et al., 2009b).

#### **3.2. População e Amostra/ Caraterização dos Participantes**

A população em estudo foi constituída pelas crianças em idade escolar - dos 7 aos 10 anos, e respetivos pais, inscritos na USF Santa Joana do ACeS BV, ARSC. No período de estágio, decorrido entre abril e novembro de 2021, estavam inscritas nessa unidade 530 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 10 anos de idade.

O tipo de amostragem utilizada foi a não probabilística por conveniência. A amostragem não probabilística é comumente usada em situações em que a população inteira raramente é acessível. A amostragem por conveniência permite ao investigador selecionar os sujeitos em função de critérios de inclusão específicos, o que lhe atribui um caráter intencional (Fortin et al., 2009a; Keeler, 2010).

A amostra em estudo é constituída por 106 crianças em idade escolar (dos 7 aos 10 anos de idade) e respetivos pais, inscritos na USF Santa Joana. A seleção da amostra foi efetuada considerando os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

##### Critérios de inclusão

- Estar inscrito e realizar vigilância de saúde infantil na USF Santa Joana;
- Ter entre 7 e 10 anos de idade.

#### Critérios de exclusão:

- A presença de transtorno de desenvolvimento e/ou psiquiátrico (como ex: o transtorno do deficit de atenção com hiperatividade (TDAH), transtorno do espectro do autismo);
- A toma de medicação que possa afetar o sono da criança (psicoestimulantes, anticonvulsivantes ou anti-histamínicos);
- A presença de deficiência física e/ou cognitiva, uma vez que a estas condições está associado um maior risco de distúrbios do sono;
- A realização de cirurgia nos últimos 6 meses.

### **3.3. Problemática e objetivos**

A relevância deste estudo resulta de a possibilidade dos seus resultados contribuírem para a intervenção do Enfermeiro de Família junto daquelas que são as suas famílias. Pretende-se que os resultados obtidos possam sensibilizar o Enfermeiro de Família para a importância da abordagem sistemática dos hábitos de sono da criança, com vista à identificação precoce de problemas; e, por outro lado, para a importância de monitorizar a utilização de DE pelas crianças, colaborando, se necessário, com as famílias, na definição de planos individualizados de utilização dos diversos DE.

A importância do sono nas crianças é inquestionável em toda a comunidade científica, sendo a prevalência dos problemas do sono uma preocupação crescente. Por outro lado, também os desafios inerentes à utilização de diferentes formas de tecnologia por parte das crianças são crescentes e constituem uma preocupação cuja atualidade é irrevogável. A evidência tem sido clara em relação aos efeitos da utilização dos DE sobre o sono das crianças, sobretudo se usados antes da hora de deitar. Assim, pretendeu-se desenvolver um estudo empírico com os seguintes objetivos:

#### Objetivo Geral

-Avaliar os hábitos de sono em crianças em idade escolar e analisar a sua relação com a utilização de dispositivos eletrónicos antes de dormir.

#### Objetivos Específicos

- Caracterizar os hábitos de sono das crianças;
- Comparar hábitos de sono referidos pelas crianças com hábitos de sono referidos pelos pais;
- Caracterizar a utilização de dispositivos eletrónicos pelas crianças antes de dormir;
- Relacionar hábitos de sono, com utilização de dispositivos eletrónicos pelas crianças antes de dormir.



No intuito de direcionar o presente estudo e relacionar algumas variáveis, tendo por base a fundamentação teórica realizada, foram definidas as seguintes hipóteses de investigação:

- Existem diferenças significativas entre as horas de acordar e deitar à semana e ao fim-de-semana;
- Existem diferenças significativas nos hábitos de sono de acordo com as diferentes idades das crianças;
- Existem diferenças significativas entre hábitos de sono referidos pelas crianças e hábitos de sono referidos pelos pais;
- Existem diferenças significativas entre a utilização dos dispositivos eletrónicos pelas crianças antes de dormir, durante a semana e ao fim-de-semana;
- Existe uma relação entre hábitos de sono/problemas do sono e o uso de dispositivos eletrónicos pelas crianças antes de dormir.

#### **3.4. Instrumento de recolha de dados e/ou Intervenção**

Constituem instrumentos de recolha de dados, um questionário sociodemográfico e de caracterização familiar e utilização de dispositivos eletrónicos (QSCFDE) (Apêndice I); a versão portuguesa do CSHQ (CSHQ-PT) (Anexo I); e a versão portuguesa do SSR (SSR-PT) (Anexo II).

O QSCFDE constitui um questionário de elaboração própria que pretende reunir informações sobre a situação socioeconómica e estrutural da família e a utilização de DE pelas crianças.

A utilização de questionários validados e adaptados culturalmente a uma população permite obter respostas comparáveis e conclusões fidedignas sobre o tema (Loureiro, 2012), como é o caso do CSHQ, amplamente utilizado em todo o mundo (Gregory et al., 2011; Loureiro et al., 2013; J. Owens et al., 2000) e do SSR (Loureiro et al., 2013; Orgilés et al., 2012; Van Litsenburg et al., 2010).

No CSHQ, os comportamentos do sono das crianças são classificados com base numa escala de três pontos, em função da sua frequência, como: “habitualmente” (5 a 7 vezes por semana, totalizando 3 pontos); “às vezes”(2 a 4 vezes por semana, totalizando 2 pontos); “raramente” (0 a 1 vez por semana, totalizando 1 ponto). A pontuação de alguns itens do questionário encontra-se revertida (itens 1, 2, 3, 10, 11 e 26) para que a um *score* mais elevado possa corresponder um sono mais perturbado. O CSHQ fornece um *score* global (referente aos seus 45 itens) ou IPS e um *score* para cada uma das suas 8 subescalas (referente ao agrupamento concetual de 33 itens), os quais, são o resultado de um conjunto específico de questões (J. Owens et al., 2000;

Silva et al., 2013, 2014). As subescalas refletem os seguintes domínios do sono: Resistência em ir para a cama; Início do sono; Duração do sono; Ansiedade do sono; Despertares noturnos; Parassonias; Distúrbios respiratórios do sono; e Sonolência Diurna (J . Owens et al., 2000; Silva et al., 2013, 2014).

O CSHQ apresenta um ponto de corte de 41 para o IPS, com base na análise da *Receiver Operator Characteristic Curve* (ROC) (80% sensibilidade; 72% especificidade) (J . Owens et al., 2000). Silva et al. (2014) determinaram um ponto de corte de 48 para o IPS, pelo que, sugerem o ajuste de 41 para 48, considerando este valor mais adequado à população portuguesa. Loureiro et al. (2013) obtiveram um ponto de corte de 44 (81% sensibilidade; 64% especificidade).

Na sua validação original, o CSHQ apresentou uma consistência interna adequada, com um alfa de Cronbach de 0,68 na amostra comunitária e de 0,78 na amostra clínica (Maroco, 2006; J . Owens et al., 2000). No estudo português de Loureiro et al. (2013) a consistência interna do CSHQ foi de 0,77 para a amostra comunitária e de 0,86 para a amostra clínica. No estudo desenvolvido por Silva et al. (2014) a consistência interna do CSHQ foi de 0,78 para a escala completa e variou de 0,44 a 0,74 nas subescalas. No estudo holandês de Van Litsenburg et al. (2010) o coeficiente alfa de Cronbach do CSHQ variou entre 0.47 e 0.68.

O SSR é um questionário constituído por 26 itens, 23 dos quais respondidos através de uma escala de Likert de 3 pontos, em que 3 significa “usualmente”, 2 “às vezes” e 1 “raramente ou nunca”. A pontuação de alguns itens está revertida (itens, 4, 5, 6, 8, 11 e 26) para que a um *score* mais elevado possa corresponder um sono mais perturbado. O *score* total é obtido pela soma dos 23 itens, correspondendo a *scores* mais elevados, problemas de sono mais severos (Loureiro, 2012; Loureiro et al., 2013; Orgilés et al., 2012).

No estudo português de Loureiro et al. (2013) a consistência interna do SSR foi de 0,70 para a amostra comunitária e de 0,81 para a amostra clínica. No estudo De Orgilés et al. (2012) o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0.85.

O SSR não deverá ser utilizado de forma isolada, por motivos relacionados com as suas propriedades psicométricas, na medida em que, não está disponível na literatura nenhum resultado que represente um ponto de corte. Desta forma, preconiza-se que o SSR seja utilizado em simultâneo com o CSHQ (Loureiro, 2012). Dos 23 itens do SSR, 13 são iguais para o CSHQ (Loureiro et al., 2013), podendo assim, ser correlacionados. Ainda assim, segundo o seu autor, o resultado do SSR baseado nos 13 itens comuns ao CSHQ, poderá ser usado como média para a população em estudo, e permitir a definição de distúrbio de sono, quando se situa dois desvios padrão acima da média (Loureiro, 2012). No presente estudo optou-se por usar o SSR em simultâneo com o CSHQ e, assim, conhecer a perceção de crianças e pais, correlacionando os itens comuns entre os 2 questionários.

A operacionalização das variáveis encontra-se no Apêndice II.

### **3.5. Procedimentos de recolha de dados e considerações éticas**

O estudo foi realizado em contexto de estágio de natureza profissional na USF Santa Joana entre abril e novembro de 2021, tendo decorrido a fase de colheita de dados durante o mês de outubro.

Após definição do tamanho da amostra foram identificadas todas as consultas de saúde infantil agendadas para o mês de outubro, considerando-as o momento ideal para convidar pais e crianças a participar no estudo. Contudo, devido ao número limitado de contactos agendados para o período destinado à colheita de dados, optou-se também, por convidar, telefonicamente, pais e crianças. Estes contactos foram realizados primeiramente pelo Enfermeiro de Família. Com todos os que desejaram participar, foi combinado com o investigador principal, o momento mais favorável para realizar, de forma presencial a colheita de dados, a qual decorreu, na USF Santa Joana. A colheita de dados foi realizada, maioritariamente, pelo investigador principal, e pontualmente, pelo respetivo enfermeiro de família. Os questionários foram preenchidos, sempre que possível, em formato digital. Contudo, salvaguardou-se a opção do preenchimento em formato papel, à qual se recorreu quando necessário.

Terminada a colheita de dados, a informação constante dos questionários em formato papel foi transposta para formato digital e posteriormente, todos os dados recolhidos foram extraídos para um ficheiro excel, a fim de poderem ser submetidos ao devido tratamento estatístico.

A realização do presente trabalho empírico decorreu após parecer favorável da Comissão de Ética da ARSC (Anexo III), salvaguardando o respeito dos direitos humanos e das recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais em todo o processo de investigação. Os princípios apresentados, na teoria principalista (justiça, autonomia, beneficiência e não maleficiência) orientaram a intervenção junto da criança e da família. A todos os participantes foi solicitado o preenchimento do Consentimento Informado (Apêndice III) após breve explicação da finalidade do estudo e antes do momento da recolha de dados. Relativamente aos instrumentos de colheita de dados utilizados, apenas um deles foi de elaboração própria, pelo que, foi solicitada a devida autorização aos autores dos mesmos (Anexo IV).

### **3.6. Procedimentos de análise dos dados**

Após a recolha dos questionários foram atribuídos códigos a casa um dos instrumentos devidamente preenchido. Seguidamente, os dados obtidos foram introduzidos e tratados estatisticamente na ferramenta informática Rstudio v4.0.2. Recorreu-se a estatística descritiva e inferencial para responder aos objetivos definidos.

Os testes utilizados foram principalmente não-paramétricos. O Teste de *McNemar* foi utilizado para comparar as respostas dos pais com as respostas dos filhos, o Teste dos Sinais por sua

vez serviu para identificar diferenças significativas relativamente à rotina das crianças durante a semana e ao fim de semana. O Teste de *Spearman* avaliou a correlação, já com a respetiva pontuação, dos itens comparativos entre os questionários respondidos pelos pais e pelos filhos. Teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* permitiu verificar a existência de diferenças entre crianças “com” e “sem” problemas do sono, em relação às pontuações obtidas nas subescalas do CSHQ. Através do Teste de *Fisher* analisou-se a associação entre problemas de sono e uso de DE antes de dormir.

Os valores  $p$  inferiores ao nível de significância 0,05 levaram a considerar resultados estatisticamente significativos.

#### 4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A apresentação dos resultados encontra-se organizada por objetivo específico, sendo precedida pela caracterização da amostra em estudo.

Como se pode observar na tabela 1, a amostra do presente estudo é composta por 106 crianças entre os 7 e os 10 anos de idade, com uma idade média de 8,12 anos (DP = 1,14 anos), das quais, 45,28% são do género feminino e 54,72% do género masculino. Em termos sociodemográficos analisou-se a informação relativa ao estado civil, escolaridade e idade dos pais. A maior parte dos pais são casados, detêm um curso superior e apresentam uma idade compreendida entre os 36 e os 45 anos. Em termos de estrutura familiar, a mais comum é a nuclear. Embora não conste na tabela, sabe-se que a maioria das famílias reside nas freguesias de Santa Joana, Esgueira e Glória e Vera Cruz.

Tabela 1 - Caracterização da amostra (n=106)

Variável	n	%
<b>Género das crianças</b>		
Masculino	58	54,72
Feminino	48	45,28
<b>Idade das crianças</b>		
7 anos	40	37,74
8 anos	25	23,58
9 anos	21	19,81
10 anos	20	18,87
<b>Tipo de estrutura familiar</b>		
Nuclear	91	85,85
Monoparental	9	8,49
Alargada	5	4,72
Reconstituída	1	0,94
<b>Estado Civil dos pais</b>		
Casado(a)	75	70,75
União de facto	22	20,75
Divorciado(a)	7	6,60
Solteiro(a)	2	1,90
<b>Escolaridade dos pais</b>		
9º ano	26	24,53
12º ano	19	17,92
Curso Técnico	8	7,55
Curso Superior	53	50,00
<b>Idade dos pais (anos)</b>		
[25 a 30]	3	2,88
[31 a 35]	14	13,46
[36 a 40]	34	32,70
[41 a 45]	43	41,35
[46 a 50]	8	7,69
[51 a 55]	1	0,96
[56 a 60]	1	0,96

A **caracterização dos hábitos de sono das crianças** realizou-se com base na percepção dos pais, em função da hora de deitar e de acordar à semana e ao fim-se-semana, e do número de horas de sono diárias, como se pode observar nas tabelas seguintes (2, 3, 4, 5, 6 e 7), nas quais, estas 3 variáveis se encontram organizadas de duas formas – hora concreta e intervalos de tempo.

**Tabela 2 - Hora de deitar durante a semana e ao fim-de-semana**

HORA DE DEITAR DURANTE A SEMANA			HORA DE DEITAR DURANTE O FIM DE SEMANA		
Hora	n	%	Hora	n	%
20:30	3	2,83	21:00	2	1,89
21:00	13	12,26	21:30	7	6,60
21:15	2	1,89	22:00	23	21,70
21:30	42	39,62	22:15	1	0,94
21:40	1	0,94	22:30	30	28,30
21:45	5	4,72	23:00	32	30,19
22:00	30	28,30	23:30	6	5,66
22:30	8	7,55	00:00	3	2,83
23:00	2	1,89	01:00	2	1,89

**Tabela 3 - Hora de deitar durante a semana e ao fim-de-semana (por intervalo de tempo)**

HORA DE DEITAR DURANTE A SEMANA			HORA DE DEITAR DURANTE O FIM DE SEMANA		
Hora	n	%	Hora	n	%
[20:30-21:00[	3	2,83	[20:30-21:00[	-	-
[21:00-21:30[	15	14,15	[21:00-21:30[	2	1,89
[21:30-22:00[	48	45,28	[21:30-22:00[	7	6,60
[22:00-22:30[	30	28,30	[22:00-22:30[	24	22,64
[22:30-23:00]	10	9,44	[22:30-23:00]	30	28,30
[23:00-23:30[	-	-	[23:00-23:30[	32	30,19
[23:30-24:00[	-	-	[23:30-24:00[	6	5,66
[24:00-24:30[	-	-	[24:00-24:30[	3	2,83
[24:30-01:00]	-	-	[24:30-01:00]	2	1,89

Da análise da tabela 2 verifica-se que, durante a semana, a maior parte das crianças (39,62%) se deita às 21:30 horas; já ao fim de semana, as crianças na sua maioria (30,19%), costumam deitar-se às 23:00 horas. Considerando a tabela 3, onde consta a análise por intervalo de tempo, sabe-se que, durante a semana, 45,28% das crianças se deita entre as 21:30 e as 21:59 e que, durante o fim-de-semana, 30,19% das crianças se deita entre as 23:00 e as 23:29.

O teste dos sinais, realizado para comparar as horas de deitar durante a semana e ao fim-de-semana ( $p=0,001$ ) permite rejeitar a hipótese nula, indicando, portanto, a existência de diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 4 - Hora de acordar durante a semana e ao fim-de-semana**

HORA DE ACORDAR DURANTE A SEMANA			HORA DE ACORDAR DURANTE O FIM DE SEMANA,		
Hora	n	%	Hora	n	%
06:30	1	0,96	07:00	6	5,77
06:45	2	1,92	07:15	1	0,96
07:00	25	24,04	07:30	6	5,77
07:05	2	1,92	08:00	15	14,42
07:15	5	4,81	08:30	17	16,35
07:30	31	29,81	09:00	36	34,62
07:40	2	1,92	09:30	9	8,65
07:45	7	6,73	10:00	7	6,73
07:50	1	0,96	10:10	1	0,96
08:00	24	23,08	10:30	2	1,92
08:15	2	1,92	11:00	3	2,88
08:30	1	0,96	12:00	1	0,96
09:00	1	0,96			

**Tabela 5 - Hora de acordar durante a semana e ao fim-de-semana (por intervalo de tempo)**

HORA DE ACORDAR DURANTE A SEMANA			HORA DE ACORDAR DURANTE O FIM DE SEMANA,		
Hora	N	%	Hora	n	%
[06:30-7:00[	3	2,88	[06:30-7:00[	-	-
[7:00-7:30[	32	30,77	[7:00-7:30[	7	6,73
[7:30-8:00[	41	39,43	[7:30-8:00[	6	5,77
[8:00-8:30[	26	25,00	[8:00-8:30[	15	14,42
[8:30-9:00[	1	0,96	[8:30-9:00[	17	16,35
[9:00-9:30[	1	0,96	[9:00-9:30[	36	34,62
[9:30-10:00[	-	-	[9:30-10:00[	9	8,66
[10:00-10:30[	-	-	[10:00-10:30[	8	7,69
[10:30-11:00[	-	-	[10:30-11:00[	2	1,92
[11:00-11:30[	-	-	[11:00-11:30[	3	2,88
[11:30-12:00[	-	-	[11:30-12:00[	1	0,96

Em relação à hora de acordar, a tabela 4 mostra que, na sua maioria (29,81%), as crianças acordam às 7:30 horas durante a semana; já ao fim de semana, as crianças na sua maioria (34,62%) acordam às 9:00 horas. Considerando a tabela 5, onde consta a análise por intervalo de tempo, sabe-se que, durante a semana, 39,43% das crianças acorda entre as 07:30 e as 07:59 e que, durante o fim-de-semana, 34,62% das crianças acorda entre as 09:00 e as 09:29.

O teste dos sinais, realizado para comparar as horas de acordar durante a semana e ao fim-de-semana ( $p=0,001$ ) permite rejeitar a hipótese nula, indicando, portanto, a existência de diferenças estatisticamente significativas.

Assim, pode-se concluir que há diferenças estatisticamente significativas quando se compara os horários de deitar/acordar das crianças durante a semana e ao fim de semana.

Em relação ao número de horas de sono diárias verifica-se, através da observação da tabela 6, que a maioria das crianças (74,04%) dorme cerca de 9:00 a 10:00 horas diariamente. Analisando a informação da tabela 7 verifica-se que 78,85% das crianças dorme entre 9:00 a 10:59 horas diariamente.

**Tabela 6 - Horas de sono diárias**

HORAS DE SONO DIÁRIAS		
Hora	n	%
05:00	1	0,96
07:00	1	0,96
08:00	6	5,76
08:30	7	6,73
09:00	25	24,04
09:30	17	16,35
10:00	35	33,65
10:30	5	4,81
11:00	3	2,88
12:00	4	3,86

Tabela 7 - Horas de sono diárias (por intervalo de tempo)

HORAS DE SONO DIÁRIAS		
Hora	n	%
[5 a 6[	1	0,96
[6 a 7[	-	-
[7 a 8[	1	0,96
[8 a 9[	13	12,50
[9 a 10[	42	40,38
[10 a 11[	40	38,47
[11 a 12]	7	6,73

Realizou-se uma ANOVA a um fator para tentar encontrar diferenças nos hábitos de sono de acordo com as diferentes idades das crianças.

Tabela 8 - ANOVA de 1 fator para comparar os padrões de sono com as diferentes idades

	7	8	9	10	Valor p
	Média (DP)				
Hora de deitar durante a semana	21,59 (0,48)	21,51 (0,42)	21,82 (0,54)	21,85 (0,51)	0,01
Hora de deitar ao fim de semana	22,48 (0,56)	22,32 (0,61)	22,07 (0,73)	23,30 (0,77)	0,008
Hora de acordar durante a semana	7,58 (0,38)	7,63 (0,57)	7,47 (0,42)	7,27 (0,29)	0,004
Hora de acordar ao fim de semana	8,82 (0,83)	8,64 (0,70)	8,59 (0,90)	9,13 (1,35)	<b>0,5*</b>
Horas de Sono Diárias	8,83 (0,83)	8,64 (0,70)	8,59 (0,90)	9,13 (1,35)	0,01

De acordo com os valores p obtidos, podemos verificar que a idade influencia de forma significativa a “Hora de deitar durante a semana”, a “Hora de deitar ao fim-de-semana”, a “Hora de acordar durante a semana” e “As horas de sono diárias”. Porém, verifica-se que para a variável “Hora de acordar ao fim de semana”, o valor p é superior a 0,05, o que quer dizer que a idade não influencia, de forma significativa, a hora de acordar ao fim de semana.



Seguidamente, e antes de se iniciar a **comparação entre os hábitos de sono referidos pelas crianças com os hábitos de sono referidos pelos pais**, apresentam-se as pontuações globais do CSHQ-PT e do SSR-PT.

A tabela 9 disponibiliza as respostas dos pais em relação aos hábitos e comportamentos de sono dos seus filhos, agrupadas em cada uma das 8 subescalas do CSHQ-PT, bem como, a pontuação média global do questionário, a qual se pode designar de IPS e que foi de 45,88 (DP = 6,86) para a amostra estudada. Foi ao nível das subescalas “Resistência em ir para a cama”, “Ansiedade no sono”, “Parassónias” e “Sonolência diurna”, que se identificaram os valores mais elevados, e assim, mais alterações em termos de hábitos/comportamentos de sono.

O ponto de corte obtido através da curva ROC foi de 48,50 (especificidade: 66,70, sensibilidade: 95,70). Relativamente à consistência interna do questionário, obtida através do alfa de Cronbach, conclui-se, com um alfa de 0,77 que é substancial (Maroco, 2006).

Tabela 9 - Pontuação do CSHQ-PT

CSHQ-PT Subescala	Amostra (n=106)	
	Média	Desvio Padrão
1. Resistência em ir para a cama	8,30	2,52
2. Atraso início do sono	1,68	0,82
3. Duração do sono	3,95	1,37
4. Ansiedade no sono	6,09	1,89
5. Despertares noturnos	3,83	1,24
6. Parassónias	8,75	1,87
7. Distúrbios respiratórios	3,37	0,88
8. Sonolência diurna	12,93	2,83
<b>Pontuação global</b>	<b>45,88</b>	<b>6,86</b>
Alfa de Cronbach	0,77	

A tabela 10 mostra as respostas das crianças em relação aos seus hábitos de sono. A pontuação média global do questionário foi de 35,72 (DP = 5,45). O ponto de corte obtido foi de 35,50 (especificidade: 65,90, sensibilidade: 73,90). O facto de não existir nenhum ponto de corte referido na literatura, faz com que este instrumento não deva ser utilizado isoladamente como forma de rastreio de hábitos e/ou problemas de sono (Loureiro, 2012). O alfa de Cronbach obtido foi de 0,66, que apesar de mais pequeno também é considerado substancial (Maroco, 2006).

**Tabela 10 - Pontuação do SSR-PT**

SSR-PT	Amostra (n=106)	
	Item	Média
4	1,54	0,60
5	1,28	0,55
6	1,75	0,89
7	1,47	0,62
8	1,74	0,80
9	1,36	0,50
10	1,37	0,61
11	1,48	0,68
12	2,26	0,92
13	1,92	0,85
14	1,48	0,73
15	1,36	0,57
16	1,58	0,76
17	1,79	0,86
18	1,59	0,63
19	1,74	0,84
20	1,64	0,71
21	1,14	0,47
22	1,26	0,50
23	2,05	0,81
24	1,53	0,67
25	1,08	0,30
26	1,31	0,58
<b>Pontuação global</b>	<b>35,72</b>	<b>5,45</b>
<b>Alfa de Cronbach</b>		<b>0,66</b>

A comparação entre os hábitos de sono referidos pelas crianças com os hábitos de sono referidos pelos pais, encontra-se representada na tabela seguinte, a qual contém os 13 itens comparáveis entre o CSHQ-PT e o SSR-PT. Para além das frequências absolutas e respetivas percentagens para cada uma das 13 questões, a tabela 11 dá-nos o resultado dos valores p do Teste de McNemar, o qual foi realizado para se comparar as respostas dos filhos com as respostas dos pais. De acordo com a análise dos valores p do teste de McNemar verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas nas respostas de pais e filhos para as perguntas: “Adormece em 20 minutos”, “Medo do escuro” e “Medo de dormir sozinho”. Para todas as outras questões comparáveis observa-se que as respostas dadas por pais e filhos são estatisticamente diferentes.

Tabela 11 - Frequências das respostas aos questionários SSR-PT e CSHQ-PT; Teste McNemar

	SSR-PT			CSHQ-PT			Teste McNemar
	Habitualmente (5-7 semana)	Às vezes (2-4 semana)	Raramente (0-1 semana)	Habitualmente (5-7 semana)	Às vezes (2-4 semana)	Raramente (0-1 semana)	Valor p
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	
<b>Vai para a cama mesma hora</b>	55 51,88	45 42,46	6 5,66	84 79,24	20 18,87	2 1,89	0,0002*
<b>Adormece cama outros</b>	7 6,60	36 33,97	63 59,43	13 12,38	12 11,43	80 76,19	0,0004*
<b>Adormece em 20 minutos</b>	51 48,11	32 30,19	23 21,70	84 79,26	20 18,87	2 1,88	0,58
<b>Zanga-se ao deitar</b>	1 0,94	36 33,96	69 65,10	3 2,88	7 6,73	94 90,39	0,000*
<b>Medo escuro</b>	34 32,07	29 27,36	43 40,57	27 26,01	25 24,00	52 50,00	0,34
<b>Medo dormir sozinho</b>	15 14,20	21 19,80	70 66,00	15 14,42	22 21,15	67 64,43	0,81
<b>Dorme pouco</b>	17 16,04	27 25,47	62 58,49	4 3,84	23 22,12	77 74,04	0,004*
<b>Vai para cama outro</b>	3 2,83	22 20,75	81 76,42	8 7,70	16 15,38	80 76,92	0,037*
<b>Difícil sair cama</b>	37 34,91	37 34,91	32 30,18	17 16,35	45 43,27	17 40,38	0,027*
<b>Pronto para ir para a cama</b>	66 62,26	29 27,36	11 10,38	14 13,33	42 40,00	49 46,67	0,000*
<b>Precisa objeto especial</b>	62 58,49	10 9,43	34 32,08	25 23,81	16 15,24	64 60,95	0,000*
<b>Acorda durante a noite</b>	8 7,55	47 44,34	51 48,11	9 8,65	24 23,08	71 68,27	0,0057*
<b>Dores durante a noite</b>	5 4,72	5 4,72	96 90,56	0 0,00	5 4,81	99 95,19	0,000*

Analisando agora, as correlações (tabela 12) entre as respostas comparáveis do CSHQ-PT e do SSR-PT verifica-se, através dos valores p do teste de *Spearman*, a existência de correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre as pontuações das seguintes questões: “Adormece noutra cama”, “Tem objeto especial para dormir”, “Medo do escuro”, “Medo de dormir sozinho”, “Acorda durante a noite”, “Dores durante a noite” e “Muda de cama durante a noite”. Também a correlação entre as pontuações globais dos 13 itens dos 2 questionários é estatisticamente significativa. Destas correlações significativas, duas são fracas - “Medo do escuro” e “Medo de dormir sozinho”, duas são moderadas - “Adormece noutra cama”, “Tem objeto especial para dormir” e as restantes três são de intensidade desprezível - “Acorda durante a noite”, “Dores durante a noite” e “Muda de cama durante a noite”. Em relação à correlação entre as pontuações globais dos 13 itens dos 2 questionários esta é de fraca intensidade (Miot, 2018).

**Tabela 12 - Correlação de Spearman entre o CSHQ-PT e o SSR-PT**

Item	CHSC-PT	SSR-PT	rho	Valor p
Vai para a cama à mesma hora	1,23(0,46)	1,54(0,60)	0,17	0,084
Adormece noutra cama	1,36(0,70)	1,47(0,62)	0,54	0,000*
Adormece em 20 minutos	1,68(0,82)	1,74(0,80)	0,04	0,662
Discute ao deitar	1,13(0,41)	1,36(0,50)	0,14	0,165
Está pronto na hora de deitar	1,67(0,70)	1,00(0,68)	0,17	0,081
Tem objeto especial para dormir	1,63(0,85)	2,26(0,92)	0,57	0,000*
Medo escuro	1,76(0,84)	1,92(0,85)	0,44	0,000*
Medo dormir sozinho	1,50(0,74)	1,48(0,73)	0,48	0,000*
Dorme pouco	1,30(0,54)	1,58(0,76)	0,09	0,358
Acorda durante a noite	1,40(0,65)	1,59(0,63)	0,21	0,033*
Dores durante a noite	1,05(0,21)	1,14(0,47)	0,23	0,018*
Muda de cama durante a noite	1,31(0,61)	1,26(0,50)	0,23	0,017*
Difícil acordar	1,34(0,58)	2,05(0,81)	0,13	0,199
Pontuação total 13 itens	20,01(3,52)	18,82(3,26)	0,35	0,0003*

Considerou-se ainda interessante relacionar as pontuações das subescalas e do IPS com ter ou não ter problema do sono (tabela 13). Verificou-se que crianças “com problemas do sono” identificados pelos pais apresentaram cotações superiores em todas as subescalas, o que se reflete igualmente ao nível do IPS, sendo que, as diferenças face às crianças “sem problemas do sono” são estatisticamente significativas, com exceção para a subescala “Perturbação respiratória do sono”.

Tabela 13 - Cotações do CSHQ-PT das crianças com e sem "problema do sono"

Subescalas	Crianças COM problemas do sono	Crianças SEM problemas do sono	Valor p*
1. Resistência em ir para a cama	9,57±2,92	7,94±2,28	0,008*
2. Início do sono	1,96±0,81	1,60±0,81	0,038*
3. Duração do sono	4,78±1,93	3,72±1,06	0,008*
4. Ansiedade com sono	7,52±1,83	5,68±1,70	0,000*
5. Despertares noturnos	4,96±1,74	3,51±0,82	0,000*
6. Parassónias	9,96±2,53	8,41±1,49	0,003*
7. Perturbação resp. Sono	3,65±1,37	3,28±0,68	0,419
8. Sonolência noturna	14,35±2,77	12,53±2,73	0,005*
<b>Índice de perturbação de sono</b>	<b>56,74±7,57</b>	<b>46,67±6,00</b>	<b>0,000*</b>

Relativamente à **utilização de DE pelas crianças antes de dormir**, a tabela 14 mostra as respostas dos pais em relação ao uso de televisão, computador, *tablet*, *smartphone* e outros DE, por parte das crianças, durante a semana e ao fim-de-semana. Como se pode observar o DE mais usado pelas crianças antes de dormir, durante a semana, é a televisão (73,58%). São muito poucas as que usam outros dispositivos. Ao fim-de-semana, os DE mais utilizados são a televisão e o *smartphone*, com 85,85% e 45,28% das crianças, respetivamente, a ver televisão ou a usar o *smartphone* antes de dormir. É também de salientar que 29,25% das crianças usa o *tablet* ao fim de semana, antes de dormir.

Tabela 14 - Utilização de dispositivos eletrónicos (DE) antes de dormir durante a semana e fim-de-semana; Teste McNemar

Utilização de DE antes de dormir	Sim n	Sim %	Não n	Não %	Teste de McNemar Valor p
<b>Tv durante a semana</b>	78	73,58	28	26,42	0,00*
<b>Tv durante o fim de semana</b>	91	85,85	15	14,15	
<b>Computador durante a semana</b>	10	9,43	96	90,57	0,13
<b>Computador durante o fim de semana</b>	14	13,21	92	86,79	
<b>Tablet durante a semana</b>	17	16,04	89	83,96	0,00*
<b>Tablet durante o fim de semana</b>	31	29,25	75	70,75	
<b>Smartphone durante a semana</b>	34	32,08	72	67,92	0,00*
<b>Smartphone durante o fim de semana</b>	48	45,28	58	54,72	
<b>Outros DE durante a semana</b>	13	12,26	93	87,74	1,00
<b>Outros DE durante o fim de semana</b>	14	13,21	92	86,79	

Com base nos valores  $p$  do teste de McNemar, também presentes na tabela 14 verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a utilização de televisão, *tablet* e *smartphone* antes de dormir, durante a semana e ao fim-de-semana.

Sabe-se ainda que a maior parte das crianças despense menos de 1 hora ou entre 1 a 2 horas por dia a ver televisão, durante a semana; já ao fim de semana este valor situa-se entre 1 a 3 horas. Em relação ao *smartphone*, a maior parte das crianças despense menos de 1 hora ou

entre 1 a 2 horas durante o fim de semana, com o seu uso. Já em relação ao *tablet*, a maioria das crianças usa-o durante menos de 1 hora ou entre 1 a 2 horas ao fim de semana.

Ainda no âmbito da utilização dos DE considera-se importante saber se as crianças têm DE no quarto, se estes ficam ligados durante a noite e ainda, se são usados com supervisão parental. A este nível, sabe-se que a maior parte das crianças não têm DE no quarto, apenas 32,08% e 16,98% têm, respetivamente, televisão e computador. Quando existe algum DE no quarto da criança, este quase nunca fica ligado durante a noite. Relativamente à supervisão parental verifica-se que a maior parte das crianças usa os DE com supervisão dos pais.

Para se relacionar os hábitos/problemas do sono, com a utilização de dispositivos eletrónicos pelas crianças antes de dormir foi realizado o teste de Fisher, segundo o qual, como se pode observar na tabela 12, não se encontra nenhuma associação estatisticamente significativa entre hábitos/problemas do sono e utilização de DE, pelas crianças, antes de dormir. Também para as variáveis ter DE no quarto, ficar ligado durante a noite e usar DE sob supervisão parental - as quais se consideram importantes no âmbito do uso de DE, não se encontrou nenhuma associação estatisticamente significativa com problemas do sono.

**Tabela 15 - Teste de Fisher para avaliar associação entre problemas do sono com o uso de DE antes de dormir, Ter DE no quarto, DE ligado durante a noite, usar DE sob supervisão parental**

Associação dos problemas do sono com:	OR	Valor p
Tv durante a semana	0,84	0,79
Tv durante o fim de semana	0,53	0,32
Computador durante a semana	1,52	0,69
Computador durante o fim de semana	0,92	1,00
Tablet durante a semana	2,93	0,06
Tablet durante o fim de semana	1,63	0,32
Smartphone durante a semana	1,36	0,62
Smartphone durante o fim de semana	0,83	0,82
Outros DE durante a semana	3,52	0,07
Outros DE durante o fim de semana	1,43	0,52
Tv no quarto	2,70	0,05
Computador no quarto	0,97	1,00
Tablet no quarto	1,40	0,66
Smartphone no quarto	0,36	0,45
Outros DE no quarto	2,51	0,23
Tv ligada noite	0,97	1,00
Computador ligado noite	0,00	1,00
Tablet ligado noite	0,00	1,00
Smartphone ligado noite	0,00	1,00
Outros DE ligados noite	2,81	0,46
Tv com supervisão	0,59	0,35
Computador com supervisão	1,57	0,60
Tablet com supervisão	1,24	0,80
Smartphone com supervisão	0,59	0,35
Outros DE com supervisão	1,21	0,82

## **5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **Caracterização dos hábitos de sono das crianças**

Das 106 crianças estudadas verifica-se que 74,04% dorme entre 9 a 10 horas de sono diariamente ou que 78,85% dorme entre 9:00 a 10:59 horas, o que vai de encontro às recomendações da AASM (Paruthi et al., 2016) e do CDC (2017) e aos resultados da investigação de Buxton et al. (2015) e de Lopes et al. (2016). Contudo, muitos estudos têm mostrado uma tendência diferente. Por exemplo, Wheaton et al. (2018) referem que 57,8% das crianças, entre os 6-12 anos de idade, apresentam um número de horas de sono inferior ao desejável. Também Brambilla et al. (2017) e Rangel et al. (2015) referem que uma percentagem significativa de crianças não dorme o número mínimo de horas de sono recomendadas.

A análise estatística realizada encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os horários de deitar/acordar das crianças durante a semana e ao fim-de-semana. Foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os hábitos de sono e a idade das crianças com exceção da “Hora de acordar ao fim-de-semana”. Também o estudo de Van Litsenburg et al. (2010) mostra a existência de uma relação estatisticamente significativa entre hábitos de sono e idade. Neste caso demonstrando que crianças mais velhas apresentam horas de deitar e acordar mais tardias e durações de sono inferiores.

### **Comparação dos hábitos de sono referidos pelas crianças com os hábitos de sono referidos pelos pais**

Para os 13 itens comparáveis entre o CSHQ-PT e o SSR-PT verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos pais e dos filhos em 10 questões. Esta análise comparativa remete-nos para as diferenças existentes a nível da perceção de pais e filhos (Gregory et al., 2011; Gregory & Sadeh, 2012; Loureiro, 2012; Mindell & Owens, 2015).

As respostas de pais e filhos encontram-se correlacionadas, de forma estatisticamente significativa, para 7 dos itens comparáveis entre o CSHQ-PT e o SSR-PT. Destas correlações, 4 são fracas a moderadas e 3 são de intensidade desprezível. A correlação entre as pontuações globais dos 13 itens dos 2 questionários é também estatisticamente significativa e apresenta uma intensidade fraca (Miot, 2018). Também nos estudos de Van Litsenburg et al. (2010) e de Loureiro et al. (2013) as correlações significativas entre as respostas de pais e crianças, obtidas, respetivamente, através do CSHQ e do SSR foram fracas a moderadas.

Considerando agora as pontuações globais do CSHQ-PT, o IPS obtido para a amostra em estudo foi de 45,88. No estudo de Van Litsenburg et al. (2010) o resultado global do CSHQ obtido foi de 40,50. Já Loureiro et al. (2013) obtiveram um resultado médio total de 43,83 no CSHQ-PT para a amostra comunitária e de 53,99 para a amostra clínica, sendo a diferença entre ambas estatisticamente significativa. O IPS obtido por Loureiro et al. (2013) na amostra comunitária aproxima-se ao que foi obtido no presente estudo, contudo o IPS obtido por Silva et al. (2013)

de 46,51 é ainda mais parecido. Também Rangel et al. (2015) e Lopes et al. (2016) obtiveram um IPS similar, ainda que um pouco mais elevado, respetivamente de 47 e 47,05. Estes valores, quando comparados com IPS inferiores, obtidos em diversos estudos internacionais, como o Van Litsenburg et al. (2010) e outros, sugerem a elevada prevalência de problemas do sono entre as crianças portuguesas.

Já ao nível das subescalas, a “Resistência em ir para a cama”, a “Ansiedade no sono”, as “Parassónias” e a “Sonolência diurna” obtiveram os valores médios mais elevados. O mesmo se verificou nos estudos de Silva et al. (2013) e de Lopes et al. (2016). De acordo com Mindell & Owens (2015), a resistência na hora de deitar (problema de natureza ambiental) e os transtornos associados à sonolência diurna constituem, juntamente com os distúrbios do ritmo circadiano, os principais problemas do sono na infância. Ainda assim, Halal & Nunes (2014), Macedo (2014), Mindell et al. (2009) e Mindell & Owens (2015) referem que são os problemas de natureza ambiental, geralmente de origem comportamental, os que maior expressão apresentam.

Verificou-se que crianças “com problemas do sono” identificados pelos pais apresentaram cotações superiores em todas as subescalas, o que se reflete igualmente ao nível do IPS. Com exceção da subescala “Perturbação respiratória do sono”, em todas as outras, bem como, para o IPS existem diferenças estatisticamente significativa em função de ter ou não ter um problema do sono. O mesmo se verifica no estudo de Silva et al. (2013) com exceção na subescala “Início do sono”, a única para a qual não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre crianças “com” e “sem” problema do sono.

O ponto de corte obtido através da curva ROC foi de 48,50 (especificidade: 66,70, sensibilidade: 95,70), sendo superior ao ponto de corte original - 41 (J. Owens et al., 2000) e ao de Loureiro et al. (2013) – 44, o que poderá significar uma maior tendência da existência de problemas do sono. Por outro lado, é similar ao encontrado por Silva et al. (2014) – 48, valor entendido como sendo mais adequado à população portuguesa.

No que se refere à consistência interna do questionário esta foi considerada substancial, com um alfa de Cronbach de 0,77 (Maroco, 2006), valor igual ao obtido por Loureiro et al. (2013) para a amostra comunitária, e que se aproxima ao obtido por Silva et al. (2014) e por Owens et al. (2000). Por outro lado, é superior ao obtido por Van Litsenburg et al. (2010).

Em relação ao SSR-PT, a pontuação média global obtida foi de 35,72, valor superior mas similar ao obtido por Loureiro et al. (2013) para a amostra comunitária (34,93) e inferior ao obtido pelos mesmos autores para a amostra clínica (39,87). Daqui se depreende uma gravidade semelhante, em termos de problemas do sono, à de Loureiro et al. (2013) para a amostra comunitária.

O ponto de corte obtido através da curva ROC foi de 35,50 (especificidade: 65,90, sensibilidade: 73,90). Porém, o SSR não deverá ser usado isoladamente, por motivos relacionados com as suas propriedades psicométricas, já que não está disponível na literatura nenhum resultado que represente um ponto de corte, preconizando-se que seja utilizado em simultâneo com o CSHQ



(Loureiro, 2012). Com a utilização do SSR-PT pretendeu-se complementar a informação obtida junto dos pais, valorizando assim, a perceção das crianças.

Já em relação à consistência interna do questionário esta foi considerada substancial perante um alfa de Cronbach de 0,66 (Maroco, 2006), porém inferior aos obtidos por Loureiro et al. (2013) e De Orgilés et al. (2012), o que pode estar relacionado com a existência de dificuldades na interpretação e compreensão de algumas das questões, por parte das crianças.

### **Caracterização da utilização de dispositivos eletrónicos pelas crianças antes de dormir**

A televisão é o DE mais usado pelas crianças (numa percentagem de 73,58%) durante a semana, antes de dormir, sendo muito poucas as que usam outros dispositivos. Ao fim-de-semana, os DE mais utilizados pelas crianças são a televisão e o *smartphone*, numa percentagem de 85,85% e 45,28%, respetivamente. Salienta-se ainda que 29,25% das crianças usam o *tablet* ao fim-de-semana, antes de dormir. Rhodes (2017) refere que 17% e 31%, respetivamente, das crianças em idade escolar usa diariamente o *smartphone* e o *tablet* e que 43% das crianças usa, regularmente, DE antes de dormir, percentagem que aumenta para os 63,5% no estudo de Brambilla et al. (2017). É ainda de referir a existência de diferenças significativas entre a utilização de televisão, *tablet* e *smartphone* antes de dormir, durante a semana e ao fim-de-semana, evidência corroborada por Loucaides (2020).

A maior parte das crianças despende até 2 horas por dia a ver televisão, durante a semana; já ao fim-de-semana este valor é superior e pode chegar às 3 horas. Em relação ao uso do *smartphone* e do *tablet* ao fim-de-semana, este pode chegar às 2 horas, para a maior parte das crianças. Segundo Rideout & Robb (2020) as crianças até aos 8 anos despendem, em média, 2,24 horas por dia do seu tempo com DE, em que cerca de 73% deste é passado a ver televisão e vídeos *online*; já o tempo médio de uso diário de *smartphone* é de cerca de 1 hora e 15 minutos. Rhodes (2017) refere que 60% das crianças australianas em idade escolar (dos 6 aos 13 anos) despende mais de 2 horas por dia com DE.

### **Relação entre hábitos de sono e utilização de dispositivos eletrónicos pelas crianças antes de dormir**

Não se encontrou qualquer associação estatisticamente significativa entre hábitos/problemas de sono e utilização de DE, pelas crianças, antes de dormir, durante a semana ou ao fim-de-semana. Este é um achado que não vai de encontro a uma parte significativa da evidência atual e que, eventualmente, pode ser, em parte, justificado pelas propriedades psicométricas do questionário de elaboração própria. Efetivamente, a evidência tem sido clara no que respeita à relação existente entre o uso de DE, antes de dormir, pelas crianças e a existência de problemas do sono (Domingues-Montanari, 2017; Falbe et al., 2015; Fuller et al., 2017; LeBourgeois et al., 2017; Lund et al., 2021; Nuutinen et al., 2013; Rhodes, 2017).

Nuutinen et al. (2013) e Falbe et al. (2015) referem que o uso de computador ou televisão constituem variáveis preditivas de menores durações de sono e horas de deitar mais tardias,

quer em dias de semana, quer ao fim de semana. O estudo de Fuller et al. (2017) mostra que as crianças que veem televisão ou usam jogos eletrónicos, ou que usam o telemóvel ou o computador, antes de dormir, dormem, respetivamente menos 30 ou 60 minutos do que as que não usam DE antes de dormir. Brambilla et al. (2017) referem que o uso de DE constituiu um preditor negativo da duração do sono em menos 25 minutos. No estudo português de Rangel et al. (2015) foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre um IPS superior e a visualização de televisão e o uso de videojogos, com repercussões em termos do tempo total de sono diário.

Chindamo et al. (2019) referem que o uso diário ou frequente de DE interativos (*smartphone* ou *tablet*) aumenta, de forma significativa, a probabilidade de obter um número inferior de horas de sono e um período superior de latência antes do início do sono. Por outro lado, os DE passivos, como a televisão, têm um impacto menos negativo sobre o sono do que os interativos (Fuller et al., 2017; LeBourgeois et al., 2017).

Também para as variáveis ter DE no quarto, ficarem ligados durante a noite ou serem usados com supervisão parental não se encontrou nenhuma associação significativa com problemas do sono. A este nível, sabe-se que apenas 32,08% e 16,98% das crianças, têm respetivamente, televisão e computador no quarto, embora quase nunca fiquem ligados durante a noite. Contudo, Buxton et al. (2015) referem que 75% das crianças têm, pelo menos, 1 DE no quarto (televisão, para mais de 45% das crianças). Já Falbe et al. (2015) mencionam que 54% das crianças refere dormir perto de um “pequeno ecrã” e 75% refere ter televisão no quarto. Buxton et al. (2015) e Brambilla et al. (2017) evidenciam nos seus estudos a existência de uma associação estatisticamente significativa entre “sono de qualidade” e a inexistência de DE no quarto. Associação corroborada por Falbe et al. (2015) para os DE interativos, não se verificando contudo para a televisão, talvez porque esta, não interrompe o sono quando desligada.

Relativamente à supervisão parental verifica-se que a maior parte das crianças usa os DE com supervisão dos pais. Mais uma vez, a evidência mostra-nos achados diferentes. Por exemplo, Rideout & Robb (2020) referem que a maior parte da utilização de DE por crianças, entre os 5 e os 8 anos, ocorre sem supervisão parental.

## 6. CONCLUSÃO

### 6.1. Conclusões

Este trabalho contribuiu para melhorar o conhecimento acerca dos hábitos de sono de uma amostra de crianças em idade escolar e da sua relação com a utilização de DE antes de dormir. Verificou-se que, o número de horas de sono, da maior parte das crianças, está de acordo com as orientações, bem como, a existência de diferenças significativas entre as horas de deitar/acordar à semana e ao fim-de-semana. Com exceção da variável “Hora de acordar ao fim de semana” existem diferenças significativas nos hábitos de sono de acordo com as diferentes idades das crianças.

Relativamente à percepção de pais e crianças, verificou-se a existência de diferenças significativas entre hábitos de sono referidos pelos pais e hábitos de sono referidos pelas crianças. Os IPS foram significativamente mais elevados para as crianças consideradas como tendo problemas de sono. A elevada prevalência de problemas de sono das crianças, segundo a percepção dos pais, constitui uma preocupação, podendo contribuir para a sua melhoria uma melhor abordagem desta temática nas CVSI e, em particular, a intervenção do Enfermeiro de Família junto das suas famílias.

Constatou-se que a televisão é o DE mais usado, diariamente, pelas crianças, seguido do *smartphone*, ao fim-de-semana. A maior parte das crianças despende até 2 horas por dia a ver televisão, durante a semana; já ao fim-de-semana este valor pode chegar às 3 horas; o uso de *smartphone* e *tablet* ao fim-de-semana pode chegar às 2 horas. Embora existam diferenças significativas entre a utilização de televisão, *tablet* e *smartphone* antes de dormir, durante a semana e ao fim-de-semana, não se verificou a existência de uma associação significativa entre hábitos/problemas de sono e utilização de DE, pelas crianças, antes de dormir, à semana ou ao fim-de-semana. Também para as variáveis “ter DE no quarto”, “ficar ligado durante a noite” ou “ser usado com supervisão parental” não se encontrou qualquer associação significativa com hábitos/problemas de sono.

### 6.2. Limitações do estudo

A primeira limitação do estudo realizado relaciona-se com o facto de ser um estudo transversal, o que limita a capacidade de fazer inferências causais.

A segunda limitação prende-se com o processo de amostragem por conveniência, condição que determina que os resultados obtidos não possam ser extrapolados para a população em geral, tal como acontece no estudo de Brambilla et al. (2017). Ainda assim, o tamanho da amostra e a

sua distribuição geográfica por diversas freguesias do concelho de Aveiro sugere que os resultados possam descrever um fenómeno real a nível deste concelho.

A terceira limitação prende-se com o facto de os hábitos de sono terem sido avaliados em período escolar, não sendo assim, representativos dos períodos de férias das crianças.

A quarta limitação tem que ver com o instrumento de colheita de dados. Um dos principais constrangimentos no uso de questionários relaciona-se com a existência de vieses no seu preenchimento devido à subjetividade na sua interpretação. De acordo com LeBourgeois et al. (2017) as informações provenientes dos auto-relatos são sensíveis a erros de medição que, geralmente atenuam a magnitude dos resultados. No presente estudo, a consistência interna do SSR-PT pode refletir a existência de dificuldades na interpretação e compreensão de algumas das questões, por parte das crianças. Também o facto de não se ter encontrado uma associação significativa entre hábitos/problemas de sono e utilização de DE pelas crianças, pode estar, em parte, relacionado com as propriedades psicométricas do questionário de elaboração própria, cuja construção se baseou unicamente na validação de conteúdo bibliográfico.

Embora possuam algumas limitações, os questionários são amplamente usados para determinar os hábitos e a duração do sono das crianças, já que detêm algumas vantagens em relação ao uso de medidas objetivas, como seja, a facilidade na sua utilização e a minimização do tempo e dos custos envolvidos na sua aplicação (Matricciani, 2013). Considera-se que o preenchimento presencial dos questionários, constituiu um aspeto positivo, como pressuposto assumido para minimizar os vieses associados ao preenchimento do SSR-PT pelas crianças, já que estas, sobretudo as mais novas, precisam, por vezes, de orientação e esclarecimento.

### **6.3. Implicações para a prática profissional /propostas de alteração de práticas profissionais**

Considerando a importância do sono para o desenvolvimento da criança e, em simultâneo, os valores de IPS encontrados é crucial que os problemas do sono possam ser devidamente detetados, em contexto de vigilância de saúde infantil, onde o Enfermeiro de Família desempenha um papel fundamental pelo conhecimento que detém da família e do seu contexto ecológico e por fazer o seu acompanhamento ao longo do ciclo vital.

Se por um lado, se deve dar a devida atenção aos hábitos/comportamentos de sono das crianças para que se possam identificar precocemente, possíveis problemas, por outro, é perentório considerar o “mundo” dos DE, que atualmente invade a vida das crianças, e conhecer os mecanismos através dos quais influenciam o seu sono. O sono deve ser um aspeto avaliado e monitorizado, de forma sistemática, em todas as CVSI (Fuller et al., 2017; Rangel et al., 2015), bem como, sempre que o Enfermeiro de Família o considere como um aspeto merecedor de intervenção, pelas alterações identificadas e pelas respetivas repercussões no sistema familiar.

Apesar de não se ter encontrado uma associação significativa entre hábitos/problemas de sono e uso de DE antes de dormir, considera-se fundamental, continuar a desenvolver trabalhos de investigação nesta área, tendo em conta os hábitos de utilização dos DE, bem como, as suas implicações sobre os padrões de sono das crianças, à luz daquelas que são as tendências tecnológicas atuais e os novos tipos de DE (Lund et al., 2021).

Sabe-se que a maior parte do conhecimento e da compreensão atual sobre estes processos está circunscrita a estudos transversais, observacionais e que incorporam instrumentos de auto-relato (LeBourgeois et al., 2017). Em próximas investigações são necessários estudos longitudinais e experimentais que possam confirmar as associações encontradas e que sejam capazes de elucidar a forma como a revolução digital é capaz de alterar o sono e o ritmo circadiano e influenciar a saúde (LeBourgeois et al., 2017; Nuutinen et al., 2013).

Blunden et al. (2011) alertam para a importância de saber em que medida é que os efeitos dos DE sobre o sono afetam ou amplificam outros aspetos da saúde e do desenvolvimento das crianças. Só com mais conhecimento, se pode melhorar o aconselhamento aos pais acerca do impacto dos DE sobre o sono dos seus filhos (Fuller et al., 2017).

Interessa, sobretudo, sensibilizar e alertar para a importância da temática do sono e do uso de DE, aprofundando a relação entre eles, com o intuito de alterar e corrigir padrões de sono e encorajar um adequado desenvolvimento infantil (Fuller et al., 2017).

## SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Sabe-se que o atual enquadramento legislativo dos CSP está subjacente a um modelo de proximidade e de redes dinâmicas e comunicantes onde os Enfermeiros de Família devem ter como unidade de cuidados as famílias, assumindo-se como os profissionais privilegiados na prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida ao nível dos diversos tipos de prevenção (Regulamento n.º 367/2015 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2015).

Cuidar da família enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital, nos diferentes níveis de prevenção, bem como, liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar constituem as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, desenvolvidas e adquiridas ao longo do estágio de natureza profissional na USF Santa Joana.

O paradigma do cuidado centrado na família prevê a consideração constante daquelas que são as suas forças, potenciais, recursos, fragilidades e dificuldades.

Considerando as competências específicas do Enfermeiro de Família pretendeu-se que o seu desenvolvimento e aquisição acontecesse de forma ativa e dinâmica mediante um processo de aprendizagem crítico-reflexivo. Alarcão & Rua (2005, p. 376) definem competência como “capacidade de agir em situação”. Foi esta capacidade, sustentada no conhecimento acerca das famílias e do seu ambiente ecológico, que se pretendeu desenvolver e aperfeiçoar ao longo do estágio. O contexto da prática clínica é o local mais adequado para o desenvolvimento de competências, pois permite operacionalizar os diversos tipos de saberes, nomeadamente o “saber saber”, o “saber fazer” e o “saber ser” (da ação), construindo assim o “saber cognitivo” (saber emergente de reflexão na ação) (Alarcão & Rua, 2005).

Durante o estágio procurou-se promover e desenvolver uma relação terapêutica e de ajuda e, de forma colaborativa, próxima e flexível, propor intervenções capazes de atender e responder às necessidades das famílias, com a íntima finalidade de as capacitar no âmbito da resolução dos seus problemas e da otimização da gestão do seu binómio saúde/doença. Permitindo assim, o seu “crescimento” e evolução enquanto família, à medida que percorre e responde aos desafios impostos pela etapa de desenvolvimento em que se encontra, no sentido da sua auto-organização e homeostasia, mediante aqueles que são os seus valores.

O estudo empírico realizado, para além, de ter permitido abordar e refletir sobre um tema de grande importância – o sono nas crianças em idade escolar e os seus hábitos de utilização de DE, possibilitou refletir acerca da importância de se abordar, de forma consistente e regular, no âmbito da vigilância da saúde infantil, os hábitos/comportamentos do sono. Só assim, se poderá identificar precocemente possíveis problemas, os quais são, muitas vezes de natureza comportamental e, por isso, possíveis de resolver com medidas de higiene do sono.

A avaliação dos hábitos/comportamentos do sono considerando a percepção de pais e crianças é uma prática frequente nas crianças em idade escolar e que se apresenta enriquecedora do ponto de vista da informação obtida, já que alguns estudos têm demonstrado que nem sempre existe correlação entre a percepção dos pais e a percepção das crianças, e que alguns aspectos do sono são avaliados de forma mais apropriada pelos auto-relatos das crianças. No estudo realizado verificou-se a existência de diferenças significativas entre hábitos de sono referidos pelos pais e hábitos de sono referidos pelas crianças.

O “mundo” da tecnologia invade a vida das famílias e a saúde familiar de forma avassaladora criando um “espaço” com grande potencial de intervenção por parte do Enfermeiro de Família. Apesar de não se ter encontrado uma associação significativa entre hábitos/problemas de sono e utilização de DE, é essencial que o Enfermeiro de Família conheça e compreenda os mecanismos, através dos quais, os DE influenciam o sono das crianças e seja o principal promotor da parentalidade e do envolvimento dos pais na “realidade virtual dos filhos”, ajudando-os a definir o tipo de utilização mais adequado mediante as características de determinado DE, apelando à criação das “*tech-free-zones*” e, se necessário à elaboração de um plano familiar personalizado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000300008>
- Arumugam, C. T., Said, M. A., & Nik Farid, N. D. (2021). Screen-based media and young children: Review and recommendations. *Malaysian Family Physician*, 16(2), 7–13. <https://doi.org/10.51866/rv1143>
- Blunden, S. L., Thompson, K. R., & Dawson, D. (2011). Behavioural sleep treatments and night time crying in infants: Challenging the status quo. *Sleep Medicine Reviews*, 15(5), 327–334. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2010.11.002>
- Brambilla, P., Giussani, M., Pasinato, A., Venturelli, L., Privitera, F., Miraglia Del Giudice, E., Sollai, S., Picca, M., Di Mauro, G., Bruni, O., & Chiappini, E. (2017). Sleep habits and pattern in 1-14 years old children and relationship with video devices use and evening and night child activities. *Italian Journal of Pediatrics*, 43, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13052-016-0324-x>
- Bruni, O., & Novelli, L. (2010). Sleep disorders in children. *BMJ Clinical Evidence*, 2010(2304), 1–23. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21418676>
- Buxton, O. M., Chang, A.-M., Spilsbury, J. C., Bos, T., Emsellem, H., & Knutson, K. (2015). Sleep in the modern family: protective family routines for child and adolescent sleep. *Sleep Health*, 1(1), 15–27. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00168>.Long-chain
- Carter, K., Nathaway, N., & Lettieri, C. (2014). Common Sleep Disorders in Children. *American Family Physicians*, 89(5), 368–377.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017, March 2). *How Much Sleep Do I Need?* [https://www.cdc.gov/sleep/about\\_sleep/how\\_much\\_sleep.html](https://www.cdc.gov/sleep/about_sleep/how_much_sleep.html)
- Chassiakos, Y. R., Radesky, J., Christakis, D., Moreno, M. A., Cross, C., Hill, D., Ameenuddin, N., Hutchinson, J., Boyd, R., Mendelson, R., Smith, J., & Swanson, W. S. (2016). Children and adolescents and digital media. *Pediatrics*, 138(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2593>
- Chindamo, S., Buja, A., DeBattisti, E., Terraneo, A., Marini, E., Gomez Perez, L. J., Marconi, L., Baldo, V., Chiamenti, G., Doria, M., Ceschin, F., Malorgio, E., Tommasi, M., Sperotto, M., Buzzetti, R., & Gallimberti, L. (2019). Sleep and new media usage in toddlers. *European Journal of Pediatrics*, 178(4), 483–490. <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03318-7>
- Cortese, S., Ivanenko, A., Ramtekkar, U., & Angriman, M. (2014). Sleep Disorders In Children And Adolescents: A Practical Guide. In *Child and Adolescent Mental Health* (pp. 1–34). IACAPAP.
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (2022, April 21). *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. <https://dicionario.priberam.org/>
- Diers, D., & Molde, S. (1983). Nurses in Primary Care: The New Gatekeepers? *The American Journal of Nursing*, 83(5), 742–745.



- Domingues-Montanari, S. (2017). Clinical and psychological effects of excessive screen time on children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 53(4), 333–338. <https://doi.org/10.1111/jpc.13462>
- ESSUA. (2021). *Guia Orientador Estágio - Mestrado Enfermagem Saúde Familiar*.
- Falbe, J., Davison, K. K., Franckle, R. L., Ganter, C., Gortmaker, S. L., Smith, L., Land, T., & Taveras, E. M. (2015). Sleep duration, restfulness, and screens in the sleep environment. *Pediatrics*, 135(2), e367–e375. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2306>
- Fetters, M., Curry, L., & Creswell, J. (2013). Achieving Integration in Mixed Methods Designs - Principles and Practices. *Health Services Research*, 48(6 PART2), 2134–2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar* [Master's thesis, Faculdade de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Repositório Institucional da Universidade do Porto]. [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem de Famlia Um Contexto do CuidarMaria Henriqueta Figueiredo.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20lia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf)
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família* (1st ed.). Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009a). A amostragem. In M.-F. Fortin (Ed.), *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (pp. 309–334). Lusodidacta.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009b). As abordagens quantitativa e qualitativa. In M.-F. Fortin (Ed.), *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (pp. 25–43). Lusodidacta.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009c). Uma descrição sumária das etapas do processo de investigação. In M.-F. Fortin (Ed.), *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (pp. 45–61). Lusodidacta.
- Fuller, C., Lehman, E., Hicks, S., & Novick, M. B. (2017). Bedtime Use of Technology and Associated Sleep Problems in Children. *Global Pediatric Health*, 4, 1–8. <https://doi.org/10.1177/2333794X17736972>
- Gregory, A. M., Cousins, J. C., Forbes, E. E., Trubnick, L., Ryan, N. D., Axelson, D. A., Birmaher, B., Sadeh, A., & Dahl, R. E. (2011). Sleep Items in the Child Behavior Checklist: A Comparison With Sleep Diaries, Actigraphy, and Polysomnography. *Journal of American Academy of Child and Adolesc Psychiatry*, 50(5), 499–507. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.02.003>.Sleep
- Gregory, A. M., & Sadeh, A. (2012). Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews*, 16, 129–136.
- Halal, C. S. E., & Nunes, M. L. (2014). Education in children's sleep hygiene: Which approaches are effective? A systematic review. *Jornal de Pediatria*, 90(5), 449–456. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2014.05.001>
- Hale, L., Kirschen, G. W., LeBourgeois, M. K., Gradisar, M., Garrison, M. M., Montgomery-Downs, H., Kirschen, H., McHale, S. M., Chang, A.-M., & Buxton, O. M. (2019). Youth Screen Media Habits and Sleep. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 229–245. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.11.014>

- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação* (2ª). Lusociência.
- Hayden, S. (2012). The Neuman Systems Model (5th ed.) by B. Neuman and J. Fawcett (Upper Saddle River, NJ: Pearson, 2011). *Nursing Science Quarterly*, 25(4), 378–380. <https://doi.org/10.1177/0894318412457067>
- Hill, D., Ameenuddin, N., Chassiakos, Y. R., Cross, C., Radesky, J., Hutchinson, J., Boyd, R., Mendelson, R., Moreno, M. A., Smith, J., & Swanson, W. S. (2016). Media use in school-aged children and adolescents. *Pediatrics*, 138(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2592>
- Holecko, C. (2022, April). Set Limits on Kids' Screen Time. *Verywellfamily*. <https://www.verywellfamily.com/set-limits-on-kids-screen-time-1256983#citation-2>
- Jones, C. H., Owens, J. A., & Pham, B. (2012). Can a brief educational intervention improve parents' knowledge of healthy children's sleep? A pilot-test. *Health Education Journal*, 72(5), 601–610.
- Keeler, R. (2010). *Nursing research and evidence-based practice: Ten steps to success*. MA: Jones & Bartlett Learning.
- LeBourgeois, M. K., Hale, L., Chang, A.-M., Akacem, L. D., Montgomery-Downs, H. E., & Buston, O. M. (2017). Digital Media and Sleep in Childhood and Adolescence abstract. *Pediatrics*, 140(2), S92–S96. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758J>
- Lopes, S., Almeida, F., Jacob, S., Figueiredo, M., Vieira, C., & Carvalho, F. (2016). Diz-me como dormes: hábitos e problemas de sono em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar. *Nascer e Crescer*, 25(4), 211–216.
- Loucaides, C. A. (2020). Screen time behaviour in a sample of 11- to 12-year-old Greek-Cypriot children: A cross-sectional study of parental and child reports. *SAGE Open Medicine*, 8, 1–11. <https://doi.org/10.1177/2050312120946232>
- Loureiro, H. (2012). *Adaptação e Validação do Children Sleep Habits Questionnaire e do Sleep Self Report para Crianças Portuguesas* [Master's thesis. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Repositório Institucional da Universidade de Lisboa]. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8924/1/678220\\_Tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8924/1/678220_Tese.pdf)
- Loureiro, H., Pinto, T., Pinto, J., Pinto, H., & Paiva, T. (2013). Validation of the Children Sleep Habits Questionnaire and the Sleep Self Report for portuguese children. *Sleep Science*, 6(4), 151–158.
- Lund, L., Solvhoj, I. N., Danielsen, D., & Andersen, S. (2021). Eletronic Media Use and Sleep in Children and Adolescents: A Systematic Review. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-234685/v1>
- Macedo, M. J. (2014). Abordagens eficazes para a higiene do sono na infância: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30(6), 415–417.
- Maroco, J. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65–90.
- Matricciani, L. (2013). Subjective reports of children's sleep duration: Does the question matter? A literature review. *Sleep Medicine*, 14, 303–311.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2010).

- Transition Theory - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory - middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 52–65). Springer Publishing Company.
- MIM@UF®. (2019). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010592/Pages/default.aspx>
- Mindell, J. A., Meltzer, L. J., Carskadon, M. A., & Chervin, R. D. (2009). Developmental aspects of sleep hygiene: Findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. *Sleep Medicine, 10*(7), 771–779. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.07.016>
- Mindell, J. A., & Owens, J. A. (2015). *A Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems* (3rd editio). Wolters Kluwer.
- Miot, H. A. (2018). Análise de correlação em estudos clínicos e experimentais. *Jornal Vascular Brasileiro, 17*(4), 275–279. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.174118>
- Morin, A. (2021, March). How Much Should You Limit Kids' Screen Time and Electronics Use? The American Academy of Pediatrics' Screen Time Guidelines. *Verywellfamily*. <https://www.verywellfamily.com/american-academy-pediatrics-screen-time-guidelines-1094883>
- Nuutinen, T., Ray, C., & Roos, E. (2013). Do computer use, TV viewing, and the presence of the media in the bedroom predict school-aged children's sleep habits in a longitudinal study? *BMC Public Health, 13*(684), 2–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-684>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008, August 11). *Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/dia-internacional-da-familia-enfermeiros-e-familias-em-parceria-na-construcao-da-saude-para-todos/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos Da OE - Série I, 1*(3).
- Ordem dos Enfermeiros. (2011, December 7). *Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Ordem Dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar\\_MCEEC.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf)
- Regulamento n.º 367/2015 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II série, N.º 124 (2015). [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_367\\_2015\\_Padros\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Especializados\\_EnfSaudeFamiliar.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padros_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.pdf)
- Orgilés, M., Owens, J., Espada, J., Piqueras, J., & J., C. (2012). Spanish version of the Sleep Self-Report (SSR): factorial structure and psychometric properties. *Child: Care, Health and Development, 39*(2), 288–295. <https://research.bowdoin.edu/rothbart-temperament-questionnaires/instrument-descriptions/the-childrens-behavior-questionnaire/>
- Owens, J., Spirito, A., & McGuinn, M. (2000). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-

aged children. *SLEEP*, 23(8), 1043–1051. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2001.tb00204.x>

- Owens, Judith. (2013). Interventions Available to Manage Infant / Child Sleep Problems. In *Encyclopedia on Early Childhood Development* (pp. 1–7). Brown Medical School. <https://www.child-encyclopedia.com/pdf/expert/sleeping-behaviour/according-experts/interventions-available-manage-infantchild-sleep-problems>
- Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, B. A., Maski, K., Nichols, C., Quan, S. F., Rosen, C. L., Troester, M. M., & Wise, M. S. (2016). Recommended amount of sleep for pediatric populations: A consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(6), 785–786. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5866>
- Rangel, M. A., Baptista, C., Pitta, M. J., Anjo, S., & Leite, A. (2015). Qualidade do sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia- um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31, 256–264.
- Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II série, n.º 135 (2018). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II série, N.º 26 (2019). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Rhodes, A. (2017). Screen time and kids: what's happenig in our homes? *The Royal Children's Hospital Melbourne, Australian Child Health Pool*. [https://www.rchpoll.org.au/wp-content/uploads/2017/06/ACHP-Poll7\\_Detailed-Report-June21.pdf](https://www.rchpoll.org.au/wp-content/uploads/2017/06/ACHP-Poll7_Detailed-Report-June21.pdf)
- Rideout, V., & Robb, M. B. (2020, January 13). *The Common Sense census: Media use by kids age zero to eight*. CA: Common Sense Media. [https://www.common Sense Media.org/sites/default/files/uploads/research/2020\\_zer o\\_to\\_eight\\_census\\_final\\_web.pdf](https://www.common Sense Media.org/sites/default/files/uploads/research/2020_zer o_to_eight_census_final_web.pdf)
- Ryan, G., Burton, L., & Bromley, D. (2014). A Nurse-Led Sleep Service for Children and Young People With Disability. *Primary Health Care*, 24, 16–23. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.7748/phc.24.6.16.e886>
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parentig and infant sleep.pdf. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 89–96.
- Sateia, M. J. (2014). International classification of sleep disorders-third edition highlights and modifications. *Chest*, 146(5), 1387–1394. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (2010). Theoretical Development of Transitions - Transitions: A Central Concept in Nursing. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory - midle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 38–51). Springer Publishing Company.
- Silva, F. G., Silva, C. R., Braga, L. B., & Neto, A. S. (2013). Hábitos e problemas do sono dos dois aos dez anos: estudo populacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 196–202.
- Silva, F. G., Silva, C. R., Braga, L. B., & Neto, A. S. (2014). Portuguese Children's Sleep Habits Questionnaire - Validation and cross-cultural comparison. *Jornal de*

- Pediatrics*, 90(1), 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.06.009>
- Stanhope, & Lancaster. (1999). *Saúde Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4ª). Lusodidacta.
- Steur, L. M. H., Grootenhuis, M. A., Terwee, C. B., Pillen, S., Wolters, N. G. J., Kaspers, G. J. L., & Van Litsenburg, R. R. L. (2019). Psychometric properties and norm scores of the sleep self report in Dutch children. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1073-x>
- USF Santa Joana, Ac. B. (2018). *Relatório de Atividades 2018*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010592/O QUE OFERECEMOS/RA Final USF Stª Joana 2018.pdf>
- USF Santa Joana, Ac. B. (2019). *Regulamento interno USF Santa Joana*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010592/QUEM SOMOS/RI 2019.pdf>
- Van Litsenburg, R. R. L., Waumans, R. C., Van Den Berg, G., & Gemke, R. J. B. J. (2010). Sleep habits and sleep disturbances in Dutch children: A population-based study. *European Journal of Pediatrics*, 169(8), 1009–1015. <https://doi.org/10.1007/s00431-010-1169-8>
- Vasconcelos, A., Prior, C., Estevão, H., Loureiro, H. C., Ferreira, R., & Paiva, T. (2017, June 1). *Recomendações sps-spp: prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou privados*. [http://criancaefamilia.spp.pt/media/125327/VERSAO-EDUCADORES-E-PAIS\\_RECOMENDACOES-SPS-SPP-SESTA-NA-CRIANCA.pdf](http://criancaefamilia.spp.pt/media/125327/VERSAO-EDUCADORES-E-PAIS_RECOMENDACOES-SPS-SPP-SESTA-NA-CRIANCA.pdf)
- Vriend, J., & Corkum, P. (2011). Clinical management of behavioral insomnia of childhood. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 69–79. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S14057>
- Wheaton, A. G., Jones, S. E., Cooper, A. C., & Croft, J. B. (2018). Short Sleep Duration Among Middle School and High School Students — United States, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(3), 85–90. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6703a1>

**ANEXOS**

## Questionário de Hábitos de Sono das Crianças

Adaptado do *Children's Sleep Habits Questionnaire*, Prof. Owens, 2000<sup>1</sup>

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

Código de  
Identificação

Nome da criança:

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: Masculino  Feminino  Data atual: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

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

- **HABITUALMENTE**: se o comportamento descrito ocorre **5 ou mais vezes** durante a semana
- **ÀS VEZES**: se o comportamento ocorre **2 a 4 vezes** durante a semana
- **RARAMENTE**: se o comportamento ocorre apenas **1 vez** durante a semana **ou nunca** acontece

### HORA DE DEITAR

Durante a semana: \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos

No fim de semana: \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos

A criança...	Habitualment e (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
Deita-se sempre à mesma hora (R)(1)			
Depois de se deitar, demora até 20 minutos a adormecer (R)(2)			
Adormece sozinha na sua própria cama (R)(3)			

<sup>1</sup> Tradução e adaptação por Filipe Silva. Validado para crianças dos 2 aos 10 anos. [dormirecrescer.blogspot.com](http://dormirecrescer.blogspot.com)

Adormece na cama dos pais ou dos irmãos (4)			
Adormece embalada ou com movimentos rítmicos			
Precisa de um objeto especial para adormecer (fralda, boneco, etc., não inclui chupeta)			
Precisa de um dos pais no quarto para adormecer (5)			
Resiste a ir para a cama na hora de deitar			
“Luta” na hora de deitar (chora, recusa-se a ficar na cama, etc.) (6)			

<b>HORA DE DEITAR (CONT.)</b>			
<b>A criança...</b>	<b>Habitualmente</b> <b>e</b> (5 a 7 vezes por semana)	<b>Às vezes</b> (2 a 4 vezes por semana)	<b>Raramente</b> (uma vez ou nunca)
Tem medo de dormir no escuro (7)			
Tem medo de dormir sozinha (8)			
Adormece a ver televisão/ecrã			

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



Queixa-se de dores no corpo durante a noite. Se sim, onde? _____			
Range os dentes durante o sono (17)			
Ressona alto (18)			
Parece parar de respirar durante o sono (19)			
Ronca ou tem dificuldade em respirar durante o sono (20)			
Tem dificuldade em dormir fora de casa (na casa de familiares, nas férias, etc.) (21)			
Acorda durante a noite a gritar, a suar, inconsolável (22)			
Acorda assustada com pesadelos (23)			
Molha a cama à noite (crianças com 4 ou mais anos) (12)			

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

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

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

Demora a ficar bem acordada <sup>(30)</sup>			
Acorda com apetite			

### SONOLÊNCIA DURANTE O DIA

A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
Dorme a sesta durante o dia			
Adormece de repente no meio de uma atividade			
Parece cansada <sup>(31)</sup>			

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

Obrigado pela sua colaboração!

## Sleep Self Report-PT

(Adaptado de Owens 2000 Versão para investigação)

Código

Idade em anos: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F

1. Na tua família, quem faz as regras sobre a hora de ir para a cama?

 Mãe     Pai     Tu     Outros, quem?: \_\_\_\_\_
2. Pensas que tens problemas com o sono?     Sim     Não3. Gostas de ir dormir?     Sim     Não**À hora de deitar**

	Habitualmente 5-7/semana	Às vezes 2-4/semana	Raramente 0-1/semana ou nunca
4. Vais para a cama à mesma hora em dias de escola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Adormeces na mesma cama todas as noites?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Adormeces sozinho/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Adormeces na cama do pai/mãe, irmão/irmã?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Adormeces em menos de 20 minutos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Discutes com os teus pais acerca de ires para a cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. É difícil para ti ires para a cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Estás pronto/a para ir para a cama à hora habitual de deitar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tens um objecto especial (boneco, manta) que levas para a cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tens medo do escuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tens medo de dormir sozinho/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ficas acordado/a até tarde quando os teus pais pensam que estás a dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Continua na parte de trás da folha***Durante o sono**

	Habitualmente 5-7/semana	Às vezes 2-4/semana	Raramente 0-1/semana ou nunca
16. Pensas que dormes pouco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Pensas que dormes muito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Acordas durante a noite quando os teus pais pensam que estás a dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tens dificuldade em voltar a adormecer quando acordas durante a noite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tens pesadelos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tens alguma dor que te acorde de noite? Onde é a dor: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Costumas ir para a cama de alguém durante a noite? Se sim, quem? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### De manhã e durante o dia

23. Tens dificuldade em acordar de manhã?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sentes-te com sono durante o dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dormes alguma sesta durante o dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentes-te descansado depois de uma noite de sono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Fim**

***Obrigado pela colaboração!***

### ANEXO III: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde



R

#### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b> Favorável	<b>DESPACHO:</b> <i>Deferido parecer favorável.</i> <i>29.07.2021</i>
------------------------------------	---

<b>ASSUNTO:</b>	<p>Título: Utilização de dispositivos eletrónicos e os hábitos de sono em crianças em idade escolar, criação de uma estratégia educativa para crianças e pais, <b>Processo nº 63/2021</b></p> <p>Autores: Elisabete Maria de Jesus Teixeira de Sousa, enfermeira no Serviço de Medicina Interna, II do Centro Hospitalar do Baixo Vouga e estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e com o Instituto Politécnico de Bragança; Assunção das Dores Laranjeira de Albuquerque e Helena Maria Almeida Macedo Loureiro, Professoras da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro</p> <p><i>Conselho Diretivo</i> <i>Dr. João Rodrigues</i> <i>Wce-Presidente</i></p>
-----------------	---

A investigação que as autoras pretendem desenvolver tem como objetivo geral: Avaliar os hábitos de sono em crianças em idade escolar e analisar a sua relação com a utilização de dispositivos eletrónicos antes de dormir. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. As autoras pretendem que os resultados deste estudo possam contribuir para a elaboração de uma estratégia educativa, que envolva toda a família (crianças e pais).

A amostra/sujeitos de investigação em estudo serão todas as crianças em idade escolar (dos 7 aos 10 anos de idade) e respetivos pais, inscritos na USF de Santa Joana, que cumpram os critérios de inclusão/exclusão definidos. O tipo de amostragem será não probabilística por conveniência. Pais e crianças serão convidados telefonicamente a participar no estudo, pelos enfermeiros de família.

As autoras definiram como critérios de inclusão: estar inscrito e realizar vigilância de saúde infantil na USF de Santa Joana; - Idade elegível das crianças e aceitar voluntariamente participar no estudo. E como critérios de exclusão: presença de transtorno de desenvolvimento ou psiquiátrico (como ex: o transtorno do deficit de atenção com hiperatividade (TDAH), transtorno do espectro do autismo); toma de medicação que possa afetar o sono da criança (psicoestimulantes, anticonvulsivantes ou anti-histaminicos); presença de deficiência física e/ou cognitiva, uma vez que, a estas condições está associado um maior risco de distúrbios do sono e realização de cirurgia nos últimos 6 meses.

Como instrumento de colheita de dados usarão um questionário sociodemográfico e de caracterização familiar e utilização de dispositivos eletrónicos (QSCFDE); a versão portuguesa do Sleep Self Report (SSR-PT), a preencher pelas crianças (Loureiro, Pinto, Pinto, & Paiva, 2013); e a versão portuguesa do Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ-PT), a preencher pelos pais Silva, Silva, Braga, & Neto, 2014).

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

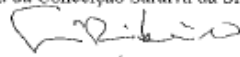
O estudo será realizado em contexto de estágio de natureza profissional na USF de Santa Joana, do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga, Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), que decorrerá no período de abril de 2021 a dezembro de 2021.

Foi solicitada autorização para a realização do estudo ao Coordenador da USF de Santa Joana, do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga.

A proposta de Consentimento Informado, consta do processo e contém os elementos definidos como necessários por esta comissão de ética.

Não identificamos impedimento ético à realização do estudo, pelo que propomos que o parecer seja favorável. Deve ser remetido relatório final do estudo a esta Comissão de Ética.

*P/* Relator: Maria da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento

  
Presidente da Comissão de Ética da Saúde -ARSC

  
(Professor Doutor Carlos Fontes Ribeiro)

## ANEXO IV: Autorização para utilização do CSHQ-PT e do SSR-PT

The screenshot shows an Outlook email interface. The sender is Filipe Glória Silva (fs.sono@gmail.com). The subject is "Pedido de autorização para utilização do CSHQ-PT". The email content includes a 34 KB attachment named "CSHQ-PT rev 7-5-020.docx". The text of the email reads: "Cara Enf. Elisabete, Pode usar livremente. Anexo o ficheiro. Parabéns pela escolha do tema que é muito relevante e necessário. Quando estiver em fase de divulgar os resultados, podia que partilhasse comigo também. Anexo o ficheiro. Algumas pessoas têm dúvidas sobre os pontos de corte mas o essencial está explicado aqui: <https://www.dormirecrescer.com/2011/08/20/cshq-pt-pdf/> Bom trabalho Filipe Silva". Below the main text, there is a quoted email from Elisabete Sousa dated 18/05/2021, where she introduces herself as Elisabete Maria de Jesus Teixeira de Sousa, a student in a Master's program in Family Health at the University of Aveiro, and mentions her research project on the use of CSHQ-PT.

The screenshot shows an Outlook email interface. The sender is Helena Cristina Silva (helenaloureiro1209@gmail.com). The subject is "Autorização para usar o SSR-PT". The email content includes a 3 KB attachment named "SSR-PT.docx". The text of the email reads: "Bom dia, Obrigada pelo seu contacto. O SSR- PT é um questionário para aplicar as crianças mas deve ser aplicado em conjunto com o dos pais CSHQ- PT, pois o interesse é precisamente comparar as respostas. Deixo o meu contacto se achar por bem conversarmos . De qq modo tenho todo o gosto em lhe enviar o questionário. Logo a noite tratarei disso. Cumprimentos Helena Loureiro Tm 965416778". Below the main text, there is a quoted email from Elisabete Sousa dated 3/08/2021, where she repeats her introduction and research project details, and mentions that she is sending the questionnaire in Word format.

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE I: QSCFDE

### Questionário sociodemográfico, de caracterização familiar e utilização de dispositivos eletrónicos (QSCFDE)

#### 1. IDADE (\_\_\_)

#### 2. ESTADO CIVIL

- 2.1 Casado(a) (\_\_\_)
- 2.2 União de facto (\_\_\_)
- 2.3 Solteiro(a) (\_\_\_)
- 2.4 Divorciado(a) (\_\_\_)
- 2.5 Viúvo(a) (\_\_\_)

#### 3. FREGUESIA

\_\_\_\_\_

#### 4. ESCOLARIDADE

- 4.1 Inferior ao 9ºano (\_\_\_)
- 4.2 9ºano (\_\_\_)
- 4.3 12ºano (\_\_\_)
- 4.4 Curso técnico (\_\_\_)
- 4.5 Curso superior (\_\_\_)
- 4.6 Outro. Qual? \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

#### 5. PROFISSÃO

\_\_\_\_\_

#### 6. EM RELAÇÃO À FAMÍLIA

- 6.1 Número de elementos do agregado familiar (\_\_\_)
- 6.2 Número de filhos (\_\_\_)
- 6.3 Tipo de estrutura
  - 6.3.1 Nuclear (pais e filho(s)) (\_\_\_)
  - 6.3.2 Alargada (pais, filho(s) e avós) (\_\_\_)

- 6.3.3 Monoparental (apenas pai ou mãe e filho(s)) ( )
- 6.3.4 Reconstituída (pai ou mãe com filho(s) junto a outro pai ou mãe com filho(s)) ( )
- 6.3.5 Adotiva ( )
- 6.3.6 Do mesmo sexo ( )
- 6.3.7 Outra. Qual? \_\_\_\_\_ ( )

## 7. EM RELAÇÃO AO SEU FILHO

- 7.1 Idade ( )
- 7.2 Sexo ( )
- 7.3 Ano de escolaridade ( )
- 7.4 Vivem na mesma casa? Sim ( ) Não ( )
- 7.5 O seu filho tem um quarto que é só dele? Sim ( ) Não ( )
- 7.6 Habitualmente, o seu filho partilha a cama com alguém?

	Sim	Não
Pai/mãe		
Irmãos		
Outros		

## 8. USO DE DISPOSITIVOS ELETRÓNICOS (em relação ao seu filho)

- 8.1 Quantas horas por dia o seu filho utiliza dispositivos eletrónicos?

### 8.1.1 Durante a semana

	Nunca	Até 1h/dia	1 < 2 h/dia	2 < 3h/dia	3 < 4h/dia	≥ 4h
<b>Televisão</b>						
<b>Computador</b>						
<b>Tablet</b>						
<b>Telemóvel (Smartphone)</b>						
<b>Outros</b>						

### 8.1.2 Ao fim de semana

	Nunca	Até 1h/dia	1 < 2 h/dia	2 < 3h/dia	3 < 4h/dia	≥ 4h
<b>Televisão</b>						
<b>Computador</b>						
<b>Tablet</b>						
<b>Telemóvel (Smartphone)</b>						

<b>Outros</b>						
---------------	--	--	--	--	--	--

8.2 O seu filho utiliza dispositivos eletrónicos na hora que antecede a hora de ir dormir?

8.2.1 Durante a semana

	Sim	Não
<b>Televisão</b>		
<b>Computador</b>		
<b>Tablet</b>		
<b>Telemóvel (smartphone)</b>		
<b>Outros</b>		

8.2.2 Ao fim de semana

	Sim	Não
<b>Televisão</b>		
<b>Computador</b>		
<b>Tablet</b>		
<b>Telemóvel (smartphone)</b>		
<b>Outros</b>		

8.3 O seu filho tem dispositivos eletrónicos no quarto?

	Sim	Não
<b>Televisão</b>		
<b>Computador</b>		
<b>Tablet</b>		
<b>Telemóvel (smartphone)</b>		
<b>Outros</b>		

8.3.1 Se sim, ficam ligados durante a noite?

	Sim	Não
<b>Televisão</b>		
<b>Computador</b>		
<b>Tablet</b>		
<b>Telemóvel (smartphone)</b>		
<b>Outros</b>		

8.4 O seu filho usa os dispositivos eletrónicos com supervisão parental?

	Sim	Não
<b>Televisão</b>		
<b>Computador</b>		
<b>Tablet</b>		
<b>Telemóvel (smartphone)</b>		
<b>Outros</b>		

## APÊNDICE I: OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Variável dependente: Hábitos/comportamentos/problemas de sono, medidos através do CSHQ-PT e do SSR-PT.

Variáveis independentes: A definição destas variáveis será realizada de acordo com o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2022).

- Idade: “tempo transcorrido desde o nascimento” – variável quantitativa discreta.
- Estado civil: “existência e condições da existência do indivíduo perante a lei civil e que corresponde geralmente a solteiro, casado, viúvo ou divorciado”; considerada também a categoria de união de facto – variável qualitativa nominal.
- Freguesia: “subdivisão administrativa do concelho” – variável qualitativa nominal.
- Escolaridade: “período de estudos escolares”; consideradas as seguintes categorias: inferior ao 9ºano, 9ºano, 12º ano, curso técnico, curso superior, e outro – variável qualitativa ordinal.
- Profissão: “Ofício, emprego, ocupação” – variável qualitativa nominal.
- Família: “conjunto de pessoas que vivem na mesma casa”, para a qual foram considerados os seguintes aspetos: número de elementos do agregado familiar – variável quantitativa discreta, número de filhos – variável quantitativa discreta, tipo de estrutura (nuclear, alargada, monoparental, reconstituída, adotiva, do mesmo sexo, outra) – variável qualitativa nominal.
- Filho: “descendente”, para o qual foram considerados os seguintes aspetos: idade – variável quantitativa discreta, sexo – variável qualitativa nominal, ano de escolaridade – variável qualitativa ordinal, viver na mesma casa – variável qualitativa nominal, ter quarto próprio – variável qualitativa nominal, partilhar a cama com alguém – variável qualitativa nominal.
- Dispositivos eletrónicos - Foram considerados os seguintes aspetos: número de horas de uso diário durante a semana e ao fim-de-semana (televisão, computador, *tablet*, telemóvel, outro) – variável quantitativa discreta, uso na hora que antecede a hora de ir dormir durante a semana e ao fim-de-semana (televisão, computador, *tablet*, telemóvel, outro) – variável qualitativa nominal, existência de DE no quarto da criança (televisão, computador, *tablet*, telemóvel, outro) – variável qualitativa nominal, se DE ficam ligados durante a noite (televisão, computador, *tablet*, telemóvel, outro) – variável qualitativa nominal, se os DE são usados com supervisão parental (televisão, computador, *tablet*, telemóvel, outro) – variável qualitativa nominal.

## **APÊNDICE III: Consentimento Informado**

### **Consentimento Informado**

A Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA), em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) e o Instituto Politécnico de Bragança (IPB), convidam-no(a) a participar num estudo sobre “Utilização de dispositivos eletrónicos e os hábitos de sono em crianças em idade escolar: criação de uma estratégia educativa para crianças e pais”.

Este estudo será realizado por Elisabete Maria de Jesus Teixeira de Sousa, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, sob orientação científica da Professora Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida e da Professora Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro.

O estudo apresenta como objetivo geral:

- Avaliar os hábitos de sono em crianças em idade escolar e analisar a sua relação com a utilização de dispositivos eletrónicos antes de dormir.

E, como objetivos específicos:

- Caracterizar as famílias a nível sociodemográfico e da sua estrutura;
- Identificar os hábitos de sono das crianças referidos por elas próprias;
- Identificar os hábitos de sono das crianças referidos pelos pais;
- Caracterizar a utilização de dispositivos eletrónicos pelas crianças antes de dormir;
- Comparar hábitos de sono referidos pelas crianças com hábitos de sono referidos pelos pais;
- Relacionar hábitos de sono, referidos pelas crianças, com utilização de dispositivos eletrónicos pelas crianças antes de dormir;
- Relacionar hábitos de sono, referidos pelos pais, com utilização de dispositivos eletrónicos pelas crianças antes de dormir;
- Propor estratégia educativa no âmbito da utilização dos dispositivos eletrónicos.

O estudo dirige-se a crianças em idade escolar (dos 7 aos 10 anos de idade) e respetivos pais da USF de Santa Joana do ACeS do Baixo Vouga. Pais e crianças, mediante autorização do encarregado de educação, serão convidados pessoal ou telefonicamente a participar no estudo, pelo investigador principal ou pelo respetivo enfermeiro de família. Com todos os que expressarem intenção de participar, será combinado o momento mais favorável para realizar a colheita de dados, a qual decorrerá, sempre que possível, na USF; contudo, se necessário pode decorrer também em contexto de visitação domiciliária.

Para poder contar com a sua participação, bem como, com a do seu(ua) filho(a) pedimos-lhe que assine este consentimento e preencha os questionários em anexo, um dos quais se destina a ser respondido pelo seu filho(a).

A participação é voluntária e é absolutamente garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, os quais ficarão unicamente na posse dos investigadores para fins de investigação.

A decisão de não participar no estudo não terá quaisquer consequências na oferta de cuidados que lhe é proporcionada assim como, em caso de decidir participar, a sua decisão de abandonar pode ser tomada a qualquer momento.

-----

Face ao exposto, declaro que aceito participar no estudo, após:

- Ter compreendido os objetivos do estudo, explicados pelo investigador;
- Ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento.

**Rúbrica**

**Data**

Contactos dos responsáveis pelo estudo:

Elisabete Sousa: [a30940@ua.pt](mailto:a30940@ua.pt)

Assunção Almeida: [laranjeira.almeida@ua.pt](mailto:laranjeira.almeida@ua.pt)

Helena Loureiro: [hloureiro@ua.pt](mailto:hloureiro@ua.pt)