



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA PROMOÇÃO E RESPEITO DO SONO DAS CRIANÇAS E JOVENS HOSPITALIZADOS

Hugo Alexandre Jesus Roque

Viseu, maio de 2026



PRATICAS DOS ENFERMEIROS NA PROMOÇÃO E RESPEITO DO SONO DAS CRIANÇAS E JOVENS HOSPITALIZADOS

Dissertação

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Hugo Alexandre Jesus Roque

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Maria Isabel Bica de Carvalho Costa

Viseu, maio de 2026

“O sono é um bálsamo curador para todos os males”

Christian Hebbel

Agradecimentos

Aos que me acompanharam neste caminho de busca e entrega, deixo palavras que nunca serão suficientes para traduzir a gratidão sentida.

À minha orientadora, Professora Doutora Isabel Bica, pela orientação rigorosa, pela exigência serena e pela partilha generosa do seu saber, que foram farol seguro ao longo deste percurso.

À minha família, pelo amor incondicional, paciência e incentivo constante, que me sustentaram nos dias de dúvida e celebraram comigo cada pequena vitória.

E, sobretudo, às crianças – e às suas famílias – que me confiam os seus medos e sonhos, e que me recordam diariamente o privilégio e a responsabilidade de cuidar dos mais nobres das mentes e dos corações. São elas a razão maior desta procura e entrega.

A todos os que, de forma visível ou discreta, contribuíram para a concretização deste trabalho, o meu sincero obrigado.

Resumo

Enquadramento: O sono é vital ao desenvolvimento neurofisiológico. Na hospitalização, esta necessidade é comprometida por disruptores ambientais e assistenciais, impactando a recuperação. A evidência sugere reorientar o foco das intervenções, transitando da adaptação da criança para a gestão do ambiente terapêutico.

Objetivos: Identificar, analisar e sintetizar as intervenções de enfermagem promotoras do sono em crianças e jovens hospitalizados, nos diferentes contextos clínicos, mapeando as práticas descritas na literatura científica.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura orientada pelas diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e modelo PICO. Pesquisa nas plataformas PubMed, B-On e BVS, cingindo-se a artigos publicados entre 2015 e 2025, em português, inglês e espanhol. A seleção foi sistematizada pelo fluxograma PRISMA. A amostra integrou 18 estudos, cuja qualidade metodológica foi avaliada com recurso às *checklists* padronizadas do JBI, procedendo-se à extração e síntese temática dos dados.

Resultados: Os principais disruptores foram ruído (>80 dB), luz e interrupções clínicas. As intervenções eficazes integram gestão ambiental, agrupamento de cuidados e protocolos de "Sono Protegido". Esta estratégia suspendeu monitorizações noturnas em doentes estáveis, demonstrando segurança clínica. Destaca-se a negociação de cuidados, validando os pais como parceiros e guardiões do sono.

Conclusão: As intervenções analisadas evidenciam potencial para melhorar a qualidade do sono e conforto, sem comprometer a segurança. Os resultados enfatizam a necessidade de formação, políticas institucionais de proteção e uma cultura que valorize o repouso como parte integrante do plano terapêutico.

Palavras-chave: sono, pediatria, hospitalização, promoção da saúde, intervenções de enfermagem.

Abstract

Background: Sleep is vital for neurophysiological development. During hospitalization, this need is compromised by environmental and care-related disruptors, impacting recovery. Evidence suggests reorienting the focus of interventions, transitioning from the child's adaptation to the management of the therapeutic environment.

Objectives: To identify, analyze, and synthesize sleep-promoting nursing interventions in hospitalized children and adolescents across different clinical contexts, mapping the practices described in the scientific literature.

Methodology: Integrative literature review guided by the Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines and the PICO model. A search was conducted in the PubMed, B-On, and VHL platforms, restricted to articles published between 2015 and 2025 in Portuguese, English, and Spanish. The selection was systematized using the PRISMA flow diagram. The sample included 18 studies, whose methodological quality was assessed using the standardized JBI checklists, followed by data extraction and thematic synthesis.

Results: The main disruptors were noise (>80 dB), light, and clinical interruptions. Effective interventions integrate environmental management, clustering of care, and "Protected Sleep" protocols. This strategy suspended nocturnal monitoring in stable patients, demonstrating clinical safety. Care negotiation stands out, validating parents as partners and sleep guardians.

Conclusion: The analyzed interventions show the potential to improve sleep quality and comfort without compromising safety. The results emphasize the need for training, institutional protection policies, and a culture that values rest as an integral part of the therapeutic plan.

Keywords: sleep, pediatrics, hospitalization, health promotion, nursing interventions.

Sumário

Lista de Tabelas

Lista de Gráficos

Lista de Figuras

Lista de Quadros

Lista de Abreviaturas/Acrónimos

Índice	Pág.
Introdução	29
Capítulo I – Enquadramento teórico	32
1- Sono em Pediatria: Fundamentos e Práticas de Enfermagem	35
1.1- Sono em idade pediátrica: fisiologia, necessidades e desenvolvimento	35
1.2- Impacto da hospitalização no sono de crianças e jovens	38
1.3-Modelos teóricos e conceptualizações relevantes	41
1.4 - Distúrbios do sono em idade pediátrica	43
1.5 - Intervenções de enfermagem não Farmacológicas para a promoção do sono pediátrico	44
1.6 - O Papel da Enfermagem na Avaliação e Promoção do Sono Pediátrico	46
Capítulo II – Estudo de investigação	32
2 - Metodologia	55
2.1 - Tipo de estudo	55
2.2 - Estratégia de pesquisa: descritores, palavras-chave e operadores booleanos	56
2.3 - Fontes de pesquisa utilizadas	57
2.4 - Critérios de inclusão e exclusão	57
2.5 - Processo de seleção e extração dos dados	58
2.6 - Avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos	59

2.7 - Análise e síntese da informação	61
2.8 - Considerações éticas	61
3 - Resultados	62
3.1. Caracterização Geral dos Estudos Analisados	62
3.2. Práticas de Enfermagem Identificadas para a Promoção do Sono	65
3.2.1. Intervenções no Ambiente Físico Hospitalar	65
3.2.2. Organização dos Cuidados e Rotinas de Enfermagem	67
3.2.3. Estratégias Comportamentais, de Relaxamento e Conforto	69
3.2.4. Educação, Comunicação, Advocacia e Envolvimento Familiar e Profissional	71
3.2.5. Desenvolvimento e Implementação de Políticas, Protocolos e Diretrizes Institucionais	73
3.3. Contextos de Aplicação das Práticas de Enfermagem	75
3.4 - Resultados e Eficácia Reportada das Práticas de Enfermagem	78
4 - Discussão	81
4.1 Interpretação crítica dos principais achados	81
4.2 Articulação com a literatura e os modelos teóricos de enfermagem	76
4.3 Implicações para a prática clínica, formação e organização dos cuidados	84
4.4 Limitações da evidência e sugestões para investigação futura	86
Conclusão	89
Referências Bibliográficas	93
Anexos	
Anexo I - Quadro Resumo - Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos Incluídos	105
Anexo II - Grelha de Avaliação Crítica (JBI) - Estudos de Investigação Qualitativa	111
Anexo III - Grelha de Avaliação Crítica (JBI) - Estudos de Transversais Analíticos	115
Anexo IV - Grelha de Avaliação Crítica (JBI) - Estudos de Métodos Misto	119
Anexo V – Grelha de Avaliação Crítica (JBI) – Ensaio Clínicos Randomizados	123

Anexo VI - Grelha de Avaliação Crítica (JBI) – Revisões Sistemáticas	127
Anexo VII - Grelha de Avaliação Crítica (JBI) – Revisões Escopo	131
Anexo VIII - Grelha de Avaliação Crítica (JBI) Adaptada - Revisões Narrativas	135
Anexo IX - Grelha de Avaliação Crítica (JBI) – Estudos Quase- Experimentais	139

Lista de Tabelas

Pág.

Tabela 1 - Estratégia de pesquisa, filtros aplicados e resultados nas plataformas consultadas

56

Tabela 2 - Síntese dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos

58

Lista de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1- Classificação metodológica dos estudos incluídos	63
Gráfico 2- Distribuição dos estudos por tipo metodológico	644
Gráfico 3- Frequência de aplicação das ferramentas JBI por tipo de estudo	644

Lista de Figuras

Pág.

Figura 1- Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos

59

Lista de Quadros

Pág.

Quadro 1 - Principais categorias de intervenções de enfermagem não farmacológicas para a promoção do sono pediátrico	44
Quadro 2 - Dimensões do papel da enfermagem na gestão do sono pediátrico hospitalar	46
Quadro 3 - Síntese das intervenções ambientais promotoras do sono em contexto hospitalar pediátrico	66
Quadro 4 - Síntese das intervenções centradas na reorganização dos cuidados noturnos	69
Quadro 5 - Síntese das estratégias comportamentais, sensoriais e de conforto para indução do sono	71
Quadro 6 - Síntese das intervenções educativas, relacionais e institucionais associadas à promoção do sono em pediatria	73
Quadro 7 - Síntese das políticas, protocolos e diretrizes institucionais promotoras do sono em pediatria hospitalar	74
Quadro 8 - Síntese dos contextos clínicos e perfis pediátricos de aplicação das práticas promotoras do sono	77
Quadro 9 - Síntese dos principais resultados e eficácia das práticas de enfermagem promotoras do sono	79

Lista de Abreviaturas/Acrônimos

AASM - American Academy of Sleep Medicine

AAP - American Academy of Pediatrics

AOS - Apneia obstrutiva do sono

BEARS - Bedtime problems, Excessive daytime sleepiness, Awakenings during the night, Regularity and duration of sleep, Snoring

B-On - Biblioteca do Conhecimento Online

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

dB - Decibéis

EN - Inglês

ES - Espanhol

JBI - Joanna Briggs Institute

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

N1 - Fase 1 do sono NREM

N2 - Fase 2 do sono NREM

N3 - Fase 3 do sono NREM

NREM - Movimento Não Rápido dos Olhos

OMS - Organização Mundial da Saúde

PA - Pressão Arterial

PICO - População, Intervenção, Comparação, Resultados

PT - Português

REM - Movimento Rápido dos Olhos

SciELO - Scientific Electronic Library Online

UCIN - Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP - Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos

Introdução

O sono, sobretudo nas fases iniciais do desenvolvimento humano, é mais do que uma função biológica: é um processo essencial para que a criança cresça com saúde e bem-estar (Lechosa-Muñiz et al., 2024). Nas crianças e adolescentes, influencia o equilíbrio emocional, a capacidade de aprendizagem e até a resposta imunitária. No entanto, essa função vital é frequentemente desvalorizada no ambiente hospitalar. A experiência clínica mostra que, quando uma criança é internada, são inúmeros os fatores que perturbam o seu descanso — desde os ruídos e luzes do serviço até à própria ansiedade vivida pela criança e pela sua família. Tudo isso cria um cenário pouco favorável ao repouso natural, tão necessário à sua recuperação (Fidler et al., 2025; Lechosa-Muñiz et al., 2024; Stremler et al., 2015).

A Teoria do Conforto, proposta por Katharine Kolcaba (2003), tem sido utilizada como enquadramento conceptual para a prática de enfermagem centrada no bem-estar da criança hospitalizada. Ao destacar o conforto como objetivo central do cuidado, esta teoria permite interpretar o sono como uma dimensão do conforto que deve ser considerada na planificação dos cuidados. Assim, o sono infantil é compreendido não apenas como uma função fisiológica, mas como uma vivência que exige atenção às necessidades físicas, emocionais, sociais e ambientais da criança.

Em contexto de cuidados de enfermagem, o sono tem vindo a ser reconhecido como uma área prioritária. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®), por exemplo, propõe uma definição formal e sistematizada desta função, permitindo estruturar intervenções com base numa linguagem comum e validada (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019). No entanto, a prática diária nem sempre permite aplicar estas orientações de forma eficaz. A sobrecarga de tarefas, os rácios insuficientes e a pressão assistencial dificultam, muitas vezes, o respeito pelos ciclos de sono, especialmente em unidades pediátricas (El Arab et al., 2025; Fidler et al., 2025; Stremler et al., 2015). Em Portugal, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica inclui competências específicas que o habilitam a avaliar, planear e implementar cuidados adequados às necessidades do desenvolvimento infantil, sendo a gestão do sono uma dessas áreas fundamentais (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O envolvimento direto do autor num estudo anterior - mais tarde apresentado sob a forma de resumo científico - permitiu observar que os enfermeiros demonstram uma predisposição positiva

para proteger o sono das crianças internadas. No entanto, essa intenção nem sempre se traduz em práticas consistentes, o que levantou a necessidade de aprofundar o tema com maior base empírica (Silva et al., 2021).

Neste contexto, a presente dissertação, desenvolvida no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2ª edição, tem como objetivo identificar, analisar e sintetizar as intervenções de enfermagem promotoras do sono em crianças e jovens hospitalizados. Através de uma revisão integrativa da literatura, pretende-se compreender os impactos destas práticas e fundamentar recomendações que sustentem a tomada de decisão clínica.

A investigação apoia-se em contributos de estudos recentes que analisam os efeitos da hospitalização na qualidade do sono infantil. Identificam-se, por um lado, fatores disruptivos como o ruído ou a manipulação frequente e, por outro, intervenções não farmacológicas (como a musicoterapia, o agrupamento de cuidados ou a criação de ambientes mais acolhedores) que demonstram benefícios mensuráveis na promoção de um sono contínuo e reparador.

Esta dissertação organiza-se em várias secções: após a presente introdução, segue-se o enquadramento teórico, onde se aprofunda a compreensão do sono em idade pediátrica e das estratégias promotoras de descanso. Depois, apresenta-se o capítulo da revisão integrativa onde se descreve a metodologia, seguida da análise e discussão dos estudos selecionados. Por fim, sintetizam-se os principais achados e discutem-se as suas implicações para a prática, a formação e a investigação em enfermagem pediátrica.

Assim, este estudo tem como objetivo identificar, analisar e sintetizar as práticas de enfermagem promotoras do sono em crianças e jovens hospitalizados, nos diferentes contextos clínicos, mapeando as práticas descritas na literatura científica.

Com este trabalho, espera-se contribuir para a promoção de uma prática mais consciente e sensível às necessidades do sono das crianças e jovens hospitalizados, promovendo intervenções seguras, humanizadas e sustentadas pela melhor evidência disponível.

Capítulo I - Enquadramento teórico

1- Sono em Pediatria: Fundamentos e Práticas de Enfermagem

1.1 Sono em idade pediátrica: fisiologia, necessidades e desenvolvimento

O sono é um processo neurofisiológico fundamental, particularmente importante durante a infância e adolescência, períodos marcados por intenso crescimento e desenvolvimento. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, o sono é definido como um "processo corporal com diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos" (CIPE, 2019, p.127). Este estado fisiológico regula múltiplas funções biológicas, nomeadamente a consolidação da memória, o equilíbrio emocional, a regulação do sistema imunitário e a recuperação tecidual, sendo considerado essencial para a saúde geral da criança (Lechosa-Muñiz et al., 2024; Stickland et al., 2016). De facto, como sublinham Stickland et al. (2016, p.546), o sono pode ser considerado o "oxigénio da homeostase celular", impactando uma vasta gama de funções fisiológicas, com particular relevância para a função imunitária e perceção da dor em crianças hospitalizadas ou doentes.

Durante os primeiros anos de vida, o cérebro encontra-se em acelerada maturação, e o sono desempenha um papel central na organização neurofisiológica e na plasticidade sináptica (Kudchadkar et al., 2022). O sono é composto por dois grandes estágios: o sono com movimentos oculares rápidos (REM) e o sono sem movimentos oculares rápidos (NREM), este último dividido em três fases progressivamente mais profundas (N1, N2 e N3) (Bathory & Tomopoulos, 2017). Estas fases distinguem-se pela atividade cerebral, o tônus muscular e os movimentos oculares. O sono NREM, também denominado sono lento, é composto por várias fases que se sucedem em ciclos regulares ao longo da noite, especialmente relevantes no contexto pediátrico:

- Fase N1 (adormecimento): representa a transição entre a vigília e o sono. É uma fase leve, de curta duração (3% a 5% do tempo total de sono em adultos, podendo ser superior em crianças com perturbações do sono, como observado por Toyoura et al. (2020) em jovens com distúrbios do ritmo circadiano), em que a atividade cerebral abrande e os estímulos externos ainda conseguem provocar o despertar. Nesta fase, a tensão muscular reduz-se e a respiração torna-se mais regular.

- Fase N2 (sono leve): corresponde a um estado de sono mais estável, com diminuição da temperatura corporal e dos ritmos cardíaco e respiratório. As ondas cerebrais tornam-se mais lentas e regularizadas. Esta fase ocupa cerca de 45% a 55% do tempo total de sono em adultos.
- Fase N3 (sono profundo ou de ondas lentas): é a fase mais restauradora do sono NREM. Caracteriza-se por ondas cerebrais amplas e lentas (delta), sendo essencial para a recuperação física, secreção de hormonas de crescimento e reparação celular. Representa cerca de 15% a 25% do sono total nas crianças, embora possa estar reduzida em certas condições (Toyoura et al., 2020).

Após as fases de sono NREM, emerge uma etapa com características neurofisiológicas marcadamente diferentes: o sono REM. Este período distingue-se por uma notável efervescência da atividade cerebral, acompanhada por rápidos movimentos dos olhos e um estado de atonia muscular generalizada, do qual se excetuam apenas o diafragma e os músculos oculomotores. É também durante o sono REM que ocorrem, tipicamente, os sonhos mais intensos e elaborados. Esta fase particular do ciclo de sono costuma instalar-se aproximadamente 60 a 90 minutos depois de se adormecer, e a sua duração tende a aumentar à medida que os ciclos de sono se repetem ao longo da noite. Reconhece-se a sua função primordial para processos cognitivos vitais, como a consolidação da memória, o adequado processamento das emoções e a complexa tarefa de reorganização das conexões sinápticas no cérebro. Analisando o desenvolvimento do padrão de sono, verifica-se que nos lactentes, a duração dos ciclos completos de sono, que englobam as fases REM e NREM, situa-se entre os 45 e os 60 minutos. Com o crescimento, nomeadamente na idade escolar, estes ciclos prolongam-se, atingindo os 90 a 100 minutos, uma duração que se assemelha à observada no adulto, conforme descrito por Bathory & Tomopoulos (2017). Ao longo de uma noite de sono, é usual que se completem entre quatro a seis destes ciclos. Importa também salientar que a proporção de tempo ocupada pelo sono REM em relação ao sono NREM não é constante, variando significativamente com a idade. Nos primeiros meses de vida, por exemplo, o sono REM é particularmente proeminente, o que se considera um reflexo do elevado grau de neuroplasticidade característico desta fase de intenso desenvolvimento cerebral (Stickland et al., 2016; Eröndu et al., 2019).

É fundamental realçar como a própria estrutura e o amadurecimento do sono se transformam profundamente à medida que a criança cresce e se desenvolve (Kudchadkar et al., 2022). Os recém-nascidos apresentam um padrão de sono polifásico, ou seja, distribuído em vários pequenos períodos ao longo das 24 horas. Com o avançar da infância, assiste-se a uma mudança gradual para um modelo de sono monofásico, concentrado durante a noite, com ciclos que se tornam mais longos e onde ganha maior expressão o sono NREM profundo, tão crucial para a restauração física. Todo este percurso

evolutivo do sono acompanha de perto a maturação do sistema nervoso central, o que acarreta implicações clínicas importantes, sobretudo quando consideramos o contexto de uma hospitalização (Bathory & Tomopoulos, 2017).

Embora os estudos analisados não explorem exaustivamente as particularidades fisiológicas destas fases, evidenciam a importância de preservar a arquitetura normal do sono (alternância entre sono REM e NREM) como fator determinante para o bem-estar físico e emocional da criança hospitalizada (Stickland et al., 2016; Erondü et al., 2019), especialmente em contexto de hospitalização pediátrica. De acordo com Lechosa-Muñiz et al. (2024), o sono cumpre uma função restauradora a nível fisiológico e está envolvido em múltiplos processos cognitivos essenciais para o desenvolvimento infantil. O sono adequado promove não só a saúde neural, mas também a função cognitiva eficiente, a consolidação da memória e a regulação comportamental e emocional (Stickland et al., 2016; Liu et al., 2024).

As necessidades de sono são fortemente influenciadas pela idade. A literatura recente, incluindo as recomendações da American Academy of Sleep Medicine (AASM), American Academy of Pediatrics (AAP) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), refere que, dependendo da idade se deve dormir:

- Lactentes (quatro a 12 meses): 12 a 16 horas por dia (incluindo sesta) (Paruthi et al., 2016; Lechosa-Muñiz et al., 2024).
- Crianças de um a dois anos: 11 a 14 horas por dia (incluindo sesta) (Paruthi et al., 2016; Lechosa-Muñiz et al., 2024; Bathory & Tomopoulos, 2017).
- Crianças em idade pré-escolar (três a cinco anos): 10 a 13 horas por dia (incluindo sesta) (Paruthi et al., 2016; Lechosa-Muñiz et al., 2024; Bathory & Tomopoulos, 2017).
- Crianças em idade escolar (seis a doze anos): 9 a 12 horas por dia (Paruthi et al., 2016; Lechosa-Muñiz et al., 2024).
- Adolescentes (treze a dezoito anos): 8 a 10 horas por dia (Paruthi et al., 2016; Lechosa-Muñiz et al., 2024).

Ainda assim, muitos destes valores não são atingidos, mesmo em casa, com défices médios superiores a 2 horas quando comparados com as recomendações da National Sleep Foundation (Erondü et al., 2019). El-Sheikh et al. (2019) sugerem que, para crianças por volta dos nove anos, um intervalo ótimo de sono noturno se situa entre 9.5 e 10 horas, sendo que durações significativamente

menores ou maiores podem estar associadas a piores desfechos cognitivos e de saúde mental.

A qualidade do sono, para além da sua duração, é igualmente determinante. Um sono saudável e de qualidade requer não só duração adequada, mas também horário apropriado, regularidade e ausência de distúrbios (Paruthi et al., 2016). Crianças hospitalizadas, especialmente lactentes e recém-nascidos, apresentam ciclos de sono fragmentados, com múltiplos despertares noturnos e dificuldade na manutenção do sono contínuo (Hybschmann et al., 2021). Segundo Erundu et al. (2019), os défices de sono no hospital podem atingir as 4 a 7 horas em recém-nascidos e lactentes, respetivamente, o que representa uma perturbação significativa com impacto clínico mensurável. Cowherd et al. (2019) observaram que crianças hospitalizadas (seis - anos) dormiam em média 7.9 horas, com o sono a iniciar-se tardiamente (por volta das 22 horas e 35 min) e com múltiplos despertares.

A fragmentação e a privação do sono afetam o funcionamento imunitário e a perceção da dor, interferem na regulação emocional e comportamental, e aumentam a vulnerabilidade a estados de ansiedade e irritabilidade (Stickland et al., 2016; Papaconstantinou et al., 2016; Liu et al., 2024). A má qualidade do sono prejudica as respostas imunitárias e a tolerância à dor, ambos cruciais para a recuperação de doenças agudas (Stickland et al., 2016). Estes efeitos são particularmente relevantes em contexto hospitalar, uma vez que a recuperação de um estado de doença depende em grande parte da homeostasia fisiológica promovida por um sono adequado (Erundu et al., 2019; Witte et al., 2023). A privação de sono pode levar a um aumento da inflamação, do metabolismo da glicose e secreção da hormona do crescimento alterados, prejudicando a cicatrização (Witte et al., 2023). Adicionalmente, o sono insuficiente está associado a problemas de atenção, comportamento, aprendizagem, e aumento do risco de acidentes, hipertensão, obesidade e depressão (Paruthi et al., 2016).

O reconhecimento do sono como uma necessidade básica e um determinante da saúde infantil (Liu et al., 2024) reforça a importância da sua promoção no contexto hospitalar.

1.2 - Impacto da hospitalização no sono de crianças e jovens

A hospitalização representa, para muitas crianças e jovens, uma experiência potencialmente desorganizadora das suas rotinas e ritmos fisiológicos, sendo o sono uma das funções mais afetadas por este processo (Stickland et al., 2016; Lechosa-Muñoz et al., 2024; Hybschmann et al., 2021). Vários estudos incluídos nesta revisão reconhecem que o internamento pode fragmentar os ciclos de sono, diminuir a sua duração e comprometer a sua qualidade (Stickland et al., 2016; Lechosa-Muñoz

et al., 2024; Kudchadkar et al., 2022). De facto, a hospitalização por doença aguda introduz fatores de risco modificáveis para a disrupção do sono que podem afetar negativamente o desenvolvimento cerebral ativo durante um período de doença e recuperação (Kudchadkar et al., 2022).

A fragmentação do sono hospitalar está fortemente associada a fatores externos e ambientais, que interferem negativamente na continuidade e profundidade do sono. Ruídos constantes (provenientes de outros pacientes, visitantes, equipa hospitalar e equipamentos), luz artificial intensa, temperaturas inadequadas e entradas frequentes nos quartos por parte dos profissionais de saúde são fatores amplamente reportados como disruptores do sono (Erondy et al., 2019; Cook et al., 2020; Stickland et al., 2016; Hybschmann et al., 2021; Peirce et al., 2018; Witte et al., 2023). A evidência mais recente quantifica este impacto: a exposição a picos de ruído superiores a 80 dB e a luminosidade acima de 150 lux aumentam significativamente o risco instantâneo de despertar, tal como a simples presença de um enfermeiro no quarto, independentemente da realização de procedimentos dolorosos (Stremmler et al., 2021). Os níveis de ruído em hospitais frequentemente excedem as recomendações da OMS (35 dB durante o dia e 30 dB à noite), atingindo por vezes 80 dB ou mais (Soubra et al., 2018). A perspetiva dos cuidadores sobre os obstáculos a um sono tranquilo no hospital é bastante elucidativa. De acordo com as observações de Cook et al. (2020), são precisamente as interrupções noturnas, necessárias para a monitorização de sinais vitais ou para a administração de terapêutica, que os familiares frequentemente identificam como entraves consideráveis a um descanso efetivamente reparador para as crianças. Esta perceção encontra eco no trabalho de Peirce et al. (2018), cujos dados revelam que os cuidadores tendem a apontar um conjunto similar de fatores como os mais disruptivos, destacando-se entre eles a verificação de sinais vitais, as interrupções causadas pela equipa de saúde, a monitorização contínua da oximetria, os horários da medicação e a presença de dor. É importante notar que o impacto destas constantes interrupções e da fragmentação do sono vai muito além de um simples desconforto passageiro. A investigação de cariz qualitativo, ao dar voz às experiências vividas, relata de forma consistente como tanto os pais como as próprias crianças estabelecem uma ligação direta entre a privação de sono em ambiente hospitalar e um leque de consequências negativas. Estas incluem não só alterações do estado emocional e uma maior irritabilidade, mas também uma notória dificuldade em lidar com a própria experiência de internamento e, crucialmente, uma perceção de que a capacidade de recuperação da criança fica comprometida (Stickland et al., 2016; Lechosa-Muñiz et al., 2024). A privação de sono afeta a regulação emocional de pais e crianças, prejudicando as relações parento-filiais durante o dia e até a tomada de decisão sobre os cuidados médicos da criança (Stickland et al., 2016). Além disso, a exposição contínua a estas condições pode resultar em alterações no ciclo sono-vigília, dificultando

a readaptação ao ambiente domiciliário após a alta (Papaconstantinou et al., 2016; Lechosa-Muñoz et al., 2024). Crianças que experienciam problemas de sono durante a hospitalização podem apresentar alterações comportamentais como ansiedade generalizada, apatia e retraimento após a alta (Lechosa-Muñoz et al., 2024).

Os dados apontam para uma média de mais de sete entradas noturnas nos quartos hospitalares, associadas diretamente a despertares nas crianças (Erundu et al., 2019; Cook et al., 2020). Hybschmann et al. (2021) referem que as entradas e saídas do quarto durante a noite ocorrem, em média, 7 e 11 vezes por noite, respetivamente. Estas interrupções, frequentemente justificadas por rotinas assistenciais, poderiam ser minimizadas através da reorganização dos cuidados e da adoção de estratégias centradas na criança, como o agrupamento de procedimentos ou o ajuste de horários de vigilância clínica (Cook et al., 2020; Stremler et al., 2015).

Acresce que o ambiente hospitalar é, por si só, fonte de stress. A ansiedade pela separação dos pais, o medo do desconhecido, a dor associada a procedimentos ou doenças, bem como a quebra nas interações sociais, são igualmente reconhecidos como fatores que contribuem para a desregulação do sono (Papaconstantinou et al., 2016; Hybschmann et al., 2021). Fatores individuais da criança, como a gravidade da doença, estadio de desenvolvimento e experiências prévias de internamento, também influenciam o sono (Stremler et al., 2015). Em crianças com cancro, por exemplo, os distúrbios do sono são multifatoriais, resultando de fatores da doença (dor, febre), do tratamento (corticosteroides, quimioterapia) e psicossociais (ansiedade, depressão, separação dos pais) (Setoyama et al., 2016). A disrupção do sono em meio hospitalar pode ainda comprometer os ritmos circadianos, essenciais para a regulação de ciclos de sono-vigília, metabolismo, termorregulação e função imune (Kudchadkar et al., 2019). Crianças hospitalizadas após cirurgias major, especialmente em unidades de cuidados intensivos, exibem uma disfunção acentuada no ciclo dia-noite (Kudchadkar et al., 2019). Esta desregulação tem sido associada a maior sensibilidade à dor, aumento do uso de sedativos e opioides, e risco de delirium (Kudchadkar et al., 2019; Witte et al., 2023).

Os estudos analisados revelam, de forma consistente, que o sono de crianças e adolescentes hospitalizados tende a ser negativamente afetado por diversos fatores. Entre estes, destacam-se as rotinas clínicas, os estímulos sonoros persistentes e as múltiplas exigências assistenciais, que interferem com a continuidade e a qualidade do descanso noturno. Neste contexto, torna-se fundamental definir práticas de enfermagem sensíveis à realidade do internamento pediátrico, com potencial para mitigar estes efeitos. A adaptação destas intervenções ao contexto específico da hospitalização, aliada à sua efetividade na promoção do descanso e bem-estar da criança, justifica a sua análise aprofundada. É precisamente esse o objetivo das secções seguintes.

1.3 - Modelos teóricos e conceptualizações relevantes

A prática de enfermagem deve alicerçar-se em fundamentos teóricos que orientem a tomada de decisão clínica e promovam cuidados individualizados e eficazes. No âmbito da promoção do sono em contexto pediátrico hospitalar, importa considerar modelos e teorias que valorizem o conforto, a individualidade da criança e a centralidade da família no processo de cuidado.

Um dos modelos conceituais mais relevantes neste domínio é a **Teoria do Conforto**, desenvolvida por Katharine Kolcaba (2003). Esta teoria assume que o conforto é um estado experienciado em três formas — alívio, tranquilidade e transcendência — e em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. A sua aplicação ao cuidado de enfermagem visa identificar necessidades de conforto não satisfeitas e implementar intervenções que promovam o bem-estar da pessoa cuidada. No caso da criança hospitalizada, o sono é simultaneamente uma necessidade física e um meio de alcançar conforto em todos os domínios definidos por Kolcaba. A promoção do sono, ao reduzir estímulos ambientais adversos (contexto ambiental), ao aliviar a dor ou desconforto físico (contexto físico), ao promover um ambiente emocionalmente seguro (contexto psicoespiritual) e ao respeitar as rotinas e a presença familiar (contexto sociocultural), alinha-se diretamente com os pressupostos desta teoria. A perspetiva de Lechosa-Muñiz e seus colegas (2024) sugere um caminho importante: para que o sono das crianças seja verdadeiramente promovido, as práticas de cuidado devem incorporar uma sensibilidade especial. Traduz-se, pois, num esforço contínuo para atenuar as influências do meio que possam ser nefastas, aliado a uma consideração profunda pelos ritmos biológicos próprios de cada criança; culminando, idealmente, na criação de uma atmosfera onde a segurança e o conforto emocional possam florescer. Ao refletirmos sobre estas linhas mestras do cuidado, torna-se perceptível uma afinidade considerável com os conceitos nucleares da Teoria do Conforto. Essa congruência, de facto, apenas realça o valor substancial que esta teoria encerra como um pilar para o raciocínio clínico dos enfermeiros dedicados à saúde infantil.

O modelo de **Cuidado Centrado na Criança e na Família** (Family-Centered Care) constitui um referencial relevante para a prática de enfermagem em contexto pediátrico. Este modelo enfatiza a colaboração entre os profissionais de saúde e a família da criança, reconhecendo os pais como cuidadores principais e elementos essenciais para o bem-estar emocional da criança (Kuo et al., 2012; Farias et al., 2020). A literatura tem demonstrado que a presença parental durante o internamento, aliada à manutenção de rotinas personalizadas, pode contribuir significativamente para a melhoria do sono hospitalar (Stickland et al., 2016). Neste enquadramento, o envolvimento ativo dos cuidadores

nas estratégias de promoção do sono, surge como um componente essencial de intervenções eficazes, com impacto direto na qualidade do descanso da criança hospitalizada (Crous & North, 2021). Assim, colocar a família no centro das decisões, convidando-a a ser uma voz ativa no desenho e na aplicação das estratégias que visam promover o sono, fazendo-o com um olhar atento e respeitador das suas convicções, dos seus valores e das suas práticas culturais (Farias et al., 2020) – revela-se um passo determinante para se alcançar um cuidado que seja, ao mesmo tempo, culturalmente informado e profundamente humano.

A prática de enfermagem pode também encontrar inspiração no **Modelo de Adaptação de Roy**. El Arab e colaboradores (2025) identificam neste modelo uma lente útil para examinar a forma como tanto os doentes como os próprios enfermeiros se ajustam aos inúmeros estímulos do ambiente hospitalar que, com frequência, afetam negativamente o sono. O cerne deste modelo reside na sua capacidade de nos ajudar a entender os mecanismos pelos quais os indivíduos reagem a fatores de stress – quer estes surjam do meio envolvente, quer do seu próprio mundo interior – e, de forma muito significativa, como a enfermagem pode intervir para facilitar e apoiar essa adaptação. Se aplicarmos este raciocínio ao contexto do sono pediátrico, a experiência da hospitalização emerge, sem dúvida, como um considerável fator de stress. Nesta ótica, as intervenções de enfermagem podem ser compreendidas como um conjunto de ações planeadas com o intuito de apoiar a criança neste seu processo de ajustamento, procurando, por um lado, minimizar o impacto dos estímulos negativos e, por outro, reforçar as suas capacidades e recursos internos para lidar com a situação (mecanismos de *coping*).

A Teoria da Regulação do Sono, que envolve o sistema circadiano e a homeostase sono-vigília (Bathory & Tomopoulos, 2017), também oferece um enquadramento fisiológico importante. Compreender estes mecanismos ajuda os enfermeiros a identificar fatores que desregulam o relógio biológico da criança (exposição à luz inadequada, horários de medicação disruptivos) e a pressão homeostática do sono (falta de atividade durante o dia, sestas excessivas ou mal programadas).

Assim, a combinação entre a Teoria do Conforto, os princípios do cuidado centrado na família, e compreensão dos mecanismos fisiológicos do sono e dos processos de adaptação, oferece uma base robusta para a construção de intervenções de enfermagem direcionadas à promoção do sono em contexto hospitalar pediátrico. Estes modelos orientam o profissional no reconhecimento das necessidades específicas da criança hospitalizada e na implementação de estratégias sensíveis, humanas e baseadas na melhor evidência disponível.

1.4 - Distúrbios do sono em idade pediátrica

Os distúrbios do sono são comuns na infância e adolescência, afetando entre 20% a 30% desta população em amostras comunitárias (Papaconstantinou et al., 2016; Lechosa-Muñiz et al., 2024; Salarfard et al., 2023). Em crianças hospitalizadas, esta prevalência pode ser ainda maior e os problemas de sono podem surgir desde o primeiro dia de internamento (Anggerainy et al., 2019). Liu et al. (2024) referem que a deficiência de sono afeta 20% a 60% das crianças globalmente, constituindo uma preocupação de saúde pública crescente.

Os problemas de sono em idade pediátrica podem assumir diferentes manifestações clínicas. Um dos mais frequentes em contexto hospitalar são as insónias, que se traduzem em dificuldades para adormecer, manter o sono ao longo da noite ou evitar despertares repetidos (Xavier et al., 2024). Também se observam frequentemente parassónias, que se manifestam através de comportamentos incomuns durante o sono, como episódios de terror noturno ou sonambulismo. Adicionalmente, os distúrbios respiratórios do sono, com particular destaque para a apneia obstrutiva do sono (AOS), são motivo de preocupação crescente. Esta preocupação é especialmente válida para pacientes pediátricos em contexto de internamento, onde, segundo Erondy et al. (2019), se verifica um risco elevado de ocorrência deste problema. Adicionalmente, os distúrbios do ritmo circadiano sono-vigília, que representam um desalinhamento entre o relógio biológico e os horários de sono, podem ser exacerbados pela hospitalização (Kudchadkar et al., 2019; Toyoura et al., 2020). A hipersonolência diurna, apesar de um sono noturno aparentemente adequado, é outra manifestação possível (Lechosa-Muñiz et al., 2024; Liu et al., 2024). Os fatores de risco são multifatoriais, abrangendo desde predisposição genética e fatores pré-natais até condições médicas, aspetos ambientais (ruído, luz) e psicossociais (stress, ansiedade, uso de ecrãs) (Liu et al., 2024). A exposição a ecrãs à noite e hábitos como refeições tardias podem impactar negativamente a regulação do sono (Liu et al., 2024; Cowherd et al., 2019).

As consequências destes distúrbios são vastas, afetando o comportamento, a aprendizagem, o humor, o metabolismo e a função imunitária (Stickland et al., 2016; Paruthi et al., 2016; Liu et al., 2024; Salarfard et al., 2023). Em contexto hospitalar, podem agravar a condição clínica, prolongar o internamento, aumentar a perceção da dor e predispor ao delirium (Kudchadkar et al., 2022; Witte et al., 2023; Salarfard et al., 2023). O reconhecimento e abordagem atempada são, por isso, cruciais.

1.5 - Intervenções de enfermagem não farmacológicas para a promoção do sono pediátrico

A promoção de um sono reparador em crianças e jovens hospitalizados é uma componente essencial do cuidado de enfermagem, visando contrariar os múltiplos fatores disruptivos inerentes ao ambiente hospitalar e à própria condição de doença. A literatura científica, conforme sintetizado nos quadros síntese dos artigos analisados, sustenta um conjunto diversificado de intervenções não farmacológicas. Estas podem ser agrupadas em categorias principais, conforme detalhado no Quadro 1, focando-se na otimização do ambiente, na adequação das rotinas de cuidado, na promoção de hábitos de sono saudáveis e no alívio do desconforto e da ansiedade. Estas estratégias, frequentemente implementadas em colaboração com a família, são cruciais para melhorar a qualidade do sono e, conseqüentemente, o bem-estar e a recuperação da criança.

Quadro 1 - Principais categorias de intervenções de enfermagem não farmacológicas para a promoção do sono pediátrico

Categoria da Intervenção	Ações/Estratégias Chave	Fundamentação e Evidência Relevante
Gestão do Ambiente Terapêutico	- Minimizar ruído (equipamentos, conversas, alarmes); - Controlar a iluminação (reduzir intensidade à noite, mimetizar ciclo dia-noite) - Assegurar temperatura ambiente confortável; - Organizar o espaço físico, permitindo objetos pessoais de conforto.	O ambiente hospitalar é uma fonte primária de interrupção do sono. O controle de ruído e luz é consistentemente recomendado (Hybschmann et al., 2021; Soubra et al., 2018; Stickland et al., 2016). OMS: ruído < 30–35dB.
Otimização das Rotinas de Cuidado	- Agrupar cuidados e intervenções noturnas (bundling of care); - Avaliar criticamente e reduzir monitorizações noturnas	- Interrupções frequentes fragmentam o sono (Erondú et al., 2019). - O agrupamento de cuidados minimiza despertares (Cook et al., 2020; Stremler et al., 2015).

	desnecessárias (ex: pressão arterial); - Promover horários de sono e despertar consistentes, adaptados à criança.	- Redução de monitorizações melhora o tempo de sono (Cook et al., 2020).
Promoção de Higiene do Sono e Rotinas Pré-Sono	- Incentivar rotinas relaxantes antes de dormir (banho morno, pijama, leitura); - Limitar exposição a ecrãs (TV, tablets) antes de dormir; - Encorajar atividade física e exposição à luz natural durante o dia.	Rotinas consistentes ajudam a regular o ciclo sono-vigília (Bathory & Tomopoulos, 2017). Leitura de histórias como rotina adaptativa (Anggerainy et al., 2019). Luz azul dos ecrãs suprime melatonina (Liu et al., 2024).
Intervenções Comportamentais e de Relaxamento	- Ensino de técnicas de relaxamento (ex: respiração diafragmática) - Massagem suave ou toque terapêutico; - Musicoterapia; - Leitura de histórias (Opcional: aromaterapia com cautela).	Técnicas reduzem ansiedade e promovem relaxamento. Respiração e educação parental eficazes (Lechosa-Muñoz et al., 2024; Papaconstantinou et al., 2016). Massagem bem aceite (Jacobs et al., 2016; Kudchadkar et al., 2022).
Educação e Colaboração com a Família	- Informar pais/cuidadores sobre sono e estratégias de promoção; - Encorajar participação ativa dos pais nas rotinas; - Apoiar a presença parental noturna.	Pais são parceiros cruciais. Educação parental relevante (Erundu et al., 2019; Papaconstantinou et al., 2016). Presença parental promove segurança e conforto (Farias et al., 2020; Stickland et al., 2016).

A implementação prática de intervenções destinadas a melhorar o sono pediátrico em meio hospitalar não pode seguir modelos genéricos ou uniformizados. Pelo contrário, exige um elevado grau de personalização, sustentado na avaliação concreta de variáveis como a idade da criança, o estágio do seu desenvolvimento neurofisiológico, o quadro clínico, os hábitos familiares previamente estabelecidos e o seu contexto sociocultural. Neste sentido, o trabalho de Kudchadkar e seus

colaboradores (2022), ao analisarem um vasto conjunto de estudos sobre abordagens que não utilizam medicamentos, vem sublinhar a importância de continuar a investigar e a validar estas práticas. Curiosamente, os autores observam que algumas técnicas, como dedicar tempo à leitura de uma história ou aplicar uma massagem suave, costumam ser recebidas de braços abertos, não só pelas crianças, mas também pelos seus familiares. Na mesma linha de pensamento, Crous e North (2021) chamam a atenção para o valor de se entrelaçarem diferentes tipos de intervenção, numa perspetiva que privilegie a integração. Para estes autores, o sucesso das estratégias promotoras do sono depende de uma combinação de elementos: uma colaboração muito próxima com quem cuida da criança, uma capacidade de adaptar continuamente as rotinas hospitalares e as condições do ambiente, e um olhar atento e prolongado sobre os padrões de sono manifestados. É partindo destes pressupostos que se abre caminho para uma prática de enfermagem que consiga, por um lado, alicerçar-se nas melhores evidências científicas disponíveis e, por outro, manter uma sensibilidade apurada face à natureza complexa e multifacetada que a experiência de hospitalização assume para cada criança.

Em síntese, estas estratégias refletem uma prática profissional orientada para o cuidado responsivo e adaptado, centrada no respeito pelas particularidades da criança hospitalizada e voltada para a criação de um ambiente que favoreça o descanso noturno e a recuperação global.

1.6 - O Papel da Enfermagem na Avaliação e Promoção do Sono Pediátrico

Os enfermeiros, pela sua proximidade contínua com o paciente e a família, e pela sua visão holística do cuidado, desempenham um papel insubstituível na avaliação, planeamento, implementação e avaliação de estratégias que visam proteger e promover o sono da criança hospitalizada (Crous & North, 2021; Stremmler et al., 2015; El Arab et al., 2025). Este papel abrange diversas dimensões, desde a avaliação individualizada até à advocacia pela criança e colaboração interprofissional, conforme sumarizado no Quadro 2.

Quadro 2- Dimensões do papel da enfermagem na gestão do sono pediátrico hospitalar

Dimensão de Atuação	Ações/Responsabilidades Chave	Foco Principal
---------------------	-------------------------------	----------------

Avaliação Abrangente e Contínua	- Colher história de sono detalhada (rotinas domésticas, problemas prévios, percepções da família); - Observar comportamento diurno (sonolência, irritabilidade, fadiga) e padrões de sono no hospital (latência, despertares); - Utilizar instrumentos de rastreio simples e adaptados à idade (ex: BEARS); - Identificar fatores de risco ambientais (ruído, luz), clínicos (dor, medicação, tipo de doença) e psicossociais (ansiedade, medo, separação).	Compreender o padrão de sono individual da criança e os múltiplos fatores que o influenciam no contexto específico da hospitalização, permitindo um diagnóstico de enfermagem preciso (Salarfard et al., 2023; Xavier et al., 2024).
Planeamento e Implementação de Cuidados Individualizados	- Desenvolver um plano de cuidados que integre intervenções promotoras do sono, ajustado às necessidades e preferências da criança e família; - Implementar proactivamente estratégias de gestão ambiental (controlo de ruído e luz, temperatura); - Coordenar e agrupar cuidados para minimizar interrupções noturnas; - Aplicar medidas de conforto físico (alívio da dor, posicionamento) e emocional (presença tranquilizadora, escuta).	Traduzir a avaliação em ações concretas e personalizadas, utilizando a melhor evidência disponível para otimizar o sono e o conforto da criança (Cook et al., 2020; Lechosa-Muñoz et al., 2024).
Educação e Capacitação da Família	- Informar os pais/cuidadores sobre a importância fisiológica do sono para a recuperação e desenvolvimento; - Educar sobre o impacto da hospitalização no sono e sobre estratégias de higiene do sono aplicáveis; - Ensinar e encorajar a participação ativa dos pais em rotinas de deitar e técnicas de conforto; - Discutir a adaptação das rotinas ao ambiente domiciliário após a alta.	Capacitar a família como agente ativo na promoção do sono, fortalecendo a sua autoconfiança e competências, e promovendo a continuidade dos cuidados (Erondu et al., 2019; Farias et al., 2020; Papaconstantinou et al., 2016).
Advocacia e Colaboração Interprofissional	- Atuar como defensor dos direitos e necessidades da criança, incluindo o direito ao descanso e a um sono reparador; - Comunicar eficazmente com a equipa médica sobre a necessidade de ajustar horários de procedimentos ou medicações disruptivas;	Assegurar que a importância do sono é reconhecida e priorizada por toda a equipa de saúde, influenciando a cultura de cuidados da unidade (Cook et al., 2020; Peirce et al., 2018; Stremler et al., 2015).

	- Colaborar com outros profissionais (fisioterapeutas, psicólogos) para uma abordagem multidisciplinar da promoção do sono.	
Monitorização e Avaliação da Efetividade das Intervenções	- Avaliar continuamente a resposta da criança às intervenções implementadas; - Ajustar o plano de cuidados conforme necessário, com base na observação e no feedback da criança e da família; - Documentar as intervenções e os resultados obtidos.	Garantir que as estratégias são eficazes e adaptadas, num processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Mesmo que se reconheça o quão vital é o seu contributo, os enfermeiros deparam-se, no seu dia a dia, com obstáculos consideráveis quando tentam promover o sono das crianças. Estes desafios vão desde a complexa tarefa de equilibrar as necessidades clínicas urgentes com a proteção do descanso, passando pela pressão da sobrecarga de trabalho e pela carência de formação mais especializada nesta área. Acresce, por vezes, a falta de orientações institucionais claras que coloquem o sono no patamar de prioridade terapêutica que merece (Stremler et al., 2015). É interessante notar, também, como Peirce e seus colegas (2018) identificaram que cuidadores e profissionais de saúde nem sempre veem da mesma forma quais são os principais fatores que perturbam o sono, o que só reforça a importância de um diálogo aberto e de um alinhamento constante entre todos.

Para superar estes desafios, é fundamental que as instituições de saúde invistam na criação de uma cultura organizacional que promova ativamente o sono seguro e reparador, através da implementação de políticas claras, da formação contínua dos profissionais e do incentivo à investigação e à prática baseada na evidência (Geyer et al., 2016; Crous & North, 2021).

Em suma, o enfermeiro, através de uma prática informada, reflexiva e empática, centrada nas necessidades únicas de cada criança e sua família, possui um potencial transformador para melhorar a qualidade do sono dos pacientes pediátricos hospitalizados, contribuindo de forma decisiva para o seu processo de recuperação e bem-estar global.

Neste cenário complexo, a figura do enfermeiro assume uma importância central. O seu papel vai muito além da simples aplicação de técnicas ou intervenções; é crucial na forma como avalia, de modo contínuo e personalizado, as necessidades de sono de cada criança, como educa e apoia as famílias, e como defende ativamente os interesses da criança junto de toda a equipa de saúde. O objetivo último é sempre o de ajudar a construir uma cultura de cuidados onde o sono seja verdadeiramente respeitado e ativamente promovido.

Contudo, apesar da robustez crescente da evidência científica, continuam a verificar-se dificuldades na sua integração sistemática na prática quotidiana dos enfermeiros. Torna-se, por isso, pertinente explorar como estas intervenções são efetivamente percecionadas, valorizadas e operacionalizadas nos contextos assistenciais. Assim, após a delimitação conceptual e fundamentação teórica do presente trabalho, a investigação prosseguirá com a análise das práticas de enfermagem relativas à promoção do sono em crianças e jovens hospitalizados, procurando identificar as estratégias implementadas, os constrangimentos enfrentados e as perceções dos profissionais.

Capítulo II - Estudo de investigação

2 - Metodologia

2.1 - Tipo de estudo

Este estudo adotou uma metodologia de revisão integrativa da literatura, com o objetivo de identificar, analisar e sintetizar as intervenções de enfermagem promotoras do sono em crianças e jovens hospitalizados, nos diferentes contextos clínicos, mapeando as práticas descritas na literatura científica. A revisão integrativa permite a inclusão de estudos com diferentes abordagens metodológicas (qualitativas, quantitativas e mistas) proporcionando uma visão ampla e compreensiva sobre a temática em análise. Importa referir que este trabalho não incluiu, na amostra formal da revisão integrativa, um estudo anterior desenvolvido pelo autor, em co-autoria, no âmbito da sua especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Roque & Fonseca, 2019). Ainda assim, e dado que um resumo deste trabalho foi posteriormente publicado em atas de congresso (Silva et al., 2021), algumas reflexões críticas emergentes dessa experiência poderão ser evocadas na discussão, não como contributos empíricos adicionais, mas como elementos interpretativos complementares

A revisão foi orientada pelas diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Aromataris & Munn, 2020), reconhecidas internacionalmente pela sua robustez na síntese de evidência em saúde. Adicionalmente, o processo de seleção e inclusão dos estudos foi sistematizado com recurso ao fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Page et al., 2021), assegurando maior transparência e rigor na apresentação dos resultados

As etapas metodológicas seguidas foram as seguintes:

- Identificação do tema e formulação da questão de investigação;
- Definição dos critérios de inclusão e exclusão;
- Seleção dos estudos;
- Extração e categorização dos dados;
- Avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos;
- Análise e síntese dos resultados.

A questão de investigação foi estruturada segundo o modelo PICO:

- P (População): Crianças e jovens (0–18 anos) hospitalizados;
- I (Intervenção): Intervenções de enfermagem para promoção do sono (controlo ambiental, agrupamento de cuidados, técnicas de relaxamento);
- C (Comparação): Cuidados padrão ou ausência de intervenção (quando aplicável);
- O (Resultados): Melhoria da qualidade e continuidade do sono, satisfação da criança/família e percepção dos profissionais.

Com base nesta estrutura, a presente revisão integrativa procurou responder especificamente à seguinte questão de investigação: *“Que intervenções de enfermagem têm sido descritas na literatura científica como promotoras do sono de crianças e jovens hospitalizados?”*

2.2 - Estratégia de pesquisa: descritores, palavras-chave e operadores booleanos

A estratégia de pesquisa combinou descritores e palavras-chave, ajustados a cada base de dados, utilizando operadores booleanos (AND, OR). Um exemplo da combinação aplicada foi: (“sleep” OR “sleep quality” OR “sleep hygiene”) AND (“hospitalized children” OR “pediatric patients”) AND (“nursing” OR “nursing care” OR “pediatric nursing”).

Tabela 1- Estratégia de pesquisa, filtros aplicados e resultados nas plataformas consultadas

Base de Dados	Termos de pesquisa e operadores	Filtros aplicados	Resultados iniciais / Após filtros	Selecionados após análise de título e resumo
PubMed	("sleep" OR "sleep quality" OR "sleep hygiene") AND ("hospitalized children" OR "pediatric patients" OR "child inpatients" OR "hospitalized adolescents") AND ("nursing" OR "nursing care" OR "pediatric nursing" OR "nurse perception" OR "nursing practices")	Idioma: EN, PT, ES Texto completo 2015–2025 Revistos por pares	96 / 22	15
B-On (EBSCO)	("sleep" OR "sleep quality" OR "sleep hygiene") AND ("hospitalized children" OR "pediatric patients" OR "child inpatients" OR "hospitalized adolescents") AND ("nursing" OR "nursing care" OR "pediatric nursing" OR "nurse perception" OR "nursing practices")	Idioma: EN, PT, ES Texto completo Revistos por pares	40 110 / 660	15

BVS – Enfermagem	("sleep" OR "sleep quality" OR "sleep hygiene") AND ("hospitalized children" OR "pediatric patients" OR "child inpatients" OR "hospitalized adolescents") AND ("nursing" OR "nursing care" OR "pediatric nursing" OR "nurse perception" OR "nursing practices")	Idioma: PT, ES Texto completo 2015–2025 Revistos por pares	82 / 36	5
Total	—	—	40 288 / 718	35

2.3 - Fontes de pesquisa utilizadas

Neste trabalho, a pesquisa bibliográfica decorreu entre janeiro e agosto de 2025, utilizando três plataformas eletrónicas de acesso científico: PubMed, B-On (via EBSCOhost) e a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Através destas ferramentas, foi possível consultar bases de dados relevantes para a área da enfermagem pediátrica, como a MEDLINE, a CINAHL, a LILACS e a SciELO. O acesso aos conteúdos foi garantido por meio das credenciais institucionais da Escola Superior de Saúde de Viseu. Procurou-se garantir um processo rigoroso, conduzido com critérios previamente definidos, alinhado com os princípios metodológicos exigidos numa revisão integrativa.

2.4 - Critérios de inclusão e exclusão

A seleção dos estudos considerou publicações no período compreendido entre janeiro de 2015 e agosto de 2025, que abordassem as práticas, estratégias e intervenções não farmacológicas de enfermagem promotoras do sono, bem como as perspetivas e vivências de profissionais e cuidadores sobre esta temática em crianças e jovens hospitalizados. Foram descartados os estudos cujo foco recaía unicamente em adultos, bem como aqueles que abordavam temáticas afastadas da problemática em análise. No que concerne à população, foram incluídas crianças e jovens dos 0 aos 18 anos. Importa clarificar que, embora se tenham excluído estudos focados exclusivamente na fisiopatologia neonatal, foram mantidos na análise estudos realizados em unidades de neonatologia que descrevessem intervenções de enfermagem de conforto e promoção do sono (como o posicionamento ou controlo ambiental), dado que estas práticas constituem a base dos cuidados de desenvolvimento transversais à pediatria.

Tabela 2 - Síntese dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos

Crítérios de seleção	Crítérios de inclusão	Crítérios de Exclusão
PARTICIPANTES	Crianças e jovens dos zero aos 18 anos	População exclusivamente adulta; estudos em neonatologia focados estritamente em fisiopatologia, estabilização hemodinâmica ou ventilação mecânica (sem intervenção autónoma de enfermagem)
INTERVENÇÃO	Estratégias não farmacológicas de enfermagem para a promoção do sono, incluindo modificações ambientais, otimização das rotinas de cuidado e educação de cuidadores. Engloba também projetos multidisciplinares e estudos sobre as vivências de profissionais e famílias face a esta temática.	Intervenções exclusivamente farmacológicas ou sem foco direto na promoção do sono e repouso
CONTEXTO	Serviços hospitalares dirigidos à população pediátrica, incluindo unidades de cuidados intensivos e enfermarias gerais	Ambulatório, contexto exclusivamente domiciliário ou unidades não pediátricas
TIPO DE ESTUDOS	Estudos quantitativos, qualitativos, mistos, revisões sistemáticas (com ou sem meta-análise), revisões narrativas, diretrizes clínicas e documentos de consenso.	Artigos de opinião, editoriais, comentários ou trabalhos sem revisão por pares
IDIOMA	Inglês, Francês, Espanhol	Outros idiomas
DATA DA PUBLICAÇÃO	Janeiro de 2015 e agosto 2025	Publicação anterior a 2015
ACESSO AO TEXTO	Texto integral disponível	Estudos sem acesso ao texto completo

2.5 - Processo de seleção e extração dos dados

O processo de triagem decorreu em duas fases distintas e foi conduzido pelo investigador principal. Numa fase preliminar, a exportação e organização dos registos obtidos nas bases de dados

foram realizadas com o suporte do gestor de referências bibliográficas *Mendeley*®, procedendo-se à identificação e eliminação dos artigos duplicados. Na fase de seleção, procedeu-se à leitura do título e do resumo dos registos identificados, excluindo-se aqueles que não cumpriam os critérios de inclusão. Posteriormente, os artigos potencialmente elegíveis foram submetidos a uma leitura integral e crítica pelo mesmo investigador. Para assegurar o rigor metodológico e minimizar o viés de seleção, as dúvidas geradas durante o processo de inclusão e exclusão, bem como a pertinência da integração de novos estudos para agregar valor à síntese final, foram discutidas e validadas em reuniões de orientação. Após este processo de seleção e análise crítica da qualidade metodológica, a amostra final desta revisão integrativa ficou constituída por 18 estudos. O processo global de seleção encontra-se representado no fluxograma seguinte.

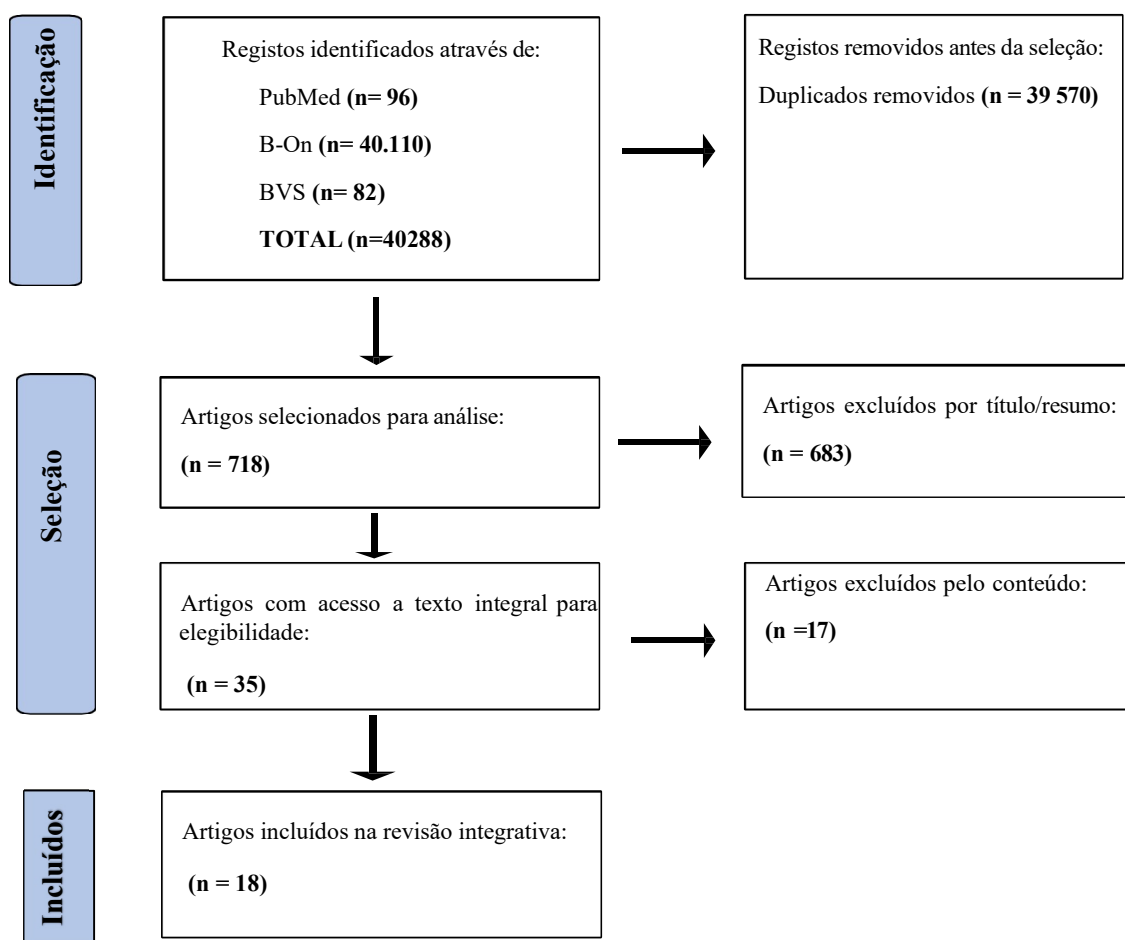


Figura 1 - Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos

Fonte: Adaptado de Page et al. (2021)

2.6 - Avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos

A avaliação da qualidade metodológica foi conduzida com base nas ferramentas do *Joanna Briggs Institute* [disponíveis publicamente na respetiva página de internet], aplicando-se as *checklists* específicas de acordo com o desenho metodológico de cada estudo incluído. Dado que as ferramentas JBI são predominantemente disponibilizadas em inglês, os critérios relevantes de cada *checklist* selecionada foram traduzidos para português pelo investigador no momento da avaliação de cada artigo. Este processo de tradução ad hoc visou assegurar a correta compreensão e aplicação dos critérios, procurando manter a sua integridade conceptual e semântica original, de forma a adequar-se à avaliação primária do tipo de estudo. Utilizaram-se: a *JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research*, para estudos qualitativos; a *Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*, nos estudos quantitativos observacionais; a *Checklist for Quasi-Experimental Studies*, nos estudos com intervenção não randomizada; a *Checklist for Mixed Methods Studies*, quando aplicável; a *Checklist for Randomized Controlled Trials*, nos ensaios clínicos; a *Checklist for Scoping Reviews*, no caso das revisões de escopo; e uma grelha adaptada para revisões narrativas ou de síntese não sistemática, construída com base nos princípios metodológicos e na estrutura das *checklists* de avaliação crítica do JBI, dada a inexistência de uma ferramenta JBI específica para este tipo de desenho de estudo. Importa notar que, para além dos estudos primários avaliados com as ferramentas JBI padronizadas, a presente revisão incluiu também algumas revisões narrativas e documentos de consenso, selecionados pelo seu contributo teórico e relevância prática. Estas fontes, apesar de não seguirem metodologias tão sistemáticas quanto os estudos primários, foram igualmente avaliadas recorrendo à referida grelha adaptada, considerando-se esta abordagem adequada ao propósito do trabalho

A aplicação destas grelhas aos 18 estudos que compõem a amostra final desta revisão permitiu caracterizar detalhadamente a sua qualidade metodológica. Convém clarificar que esta avaliação não teve como finalidade excluir estudos - isso já tinha sido feito com base nos critérios de pertinência e elegibilidade previamente definidos. O que se pretendia era aprofundar a compreensão sobre a robustez da evidência selecionada. Optou-se por integrar diferentes níveis de qualidade metodológica porque isso faz parte da natureza de uma revisão integrativa (representar a diversidade da evidência que existe sobre um fenómeno). Este procedimento é fundamental para ponderar o contributo de cada estudo, reconhecer as suas limitações e enquadrar a leitura crítica na posterior síntese temática. Para efeitos de classificação da qualidade metodológica, estabeleceu-se que um estudo seria considerado de qualidade elevada caso cumprisse, no mínimo, 70% dos critérios da *checklist* JBI correspondente. Cumulativamente, definiu-se que o estudo não poderia apresentar fragilidades em itens considerados críticos, nomeadamente na validade dos instrumentos de medida, no cumprimento dos pressupostos

éticos e na coerência metodológica. Esta forma de avaliação está alinhada com o que se recomenda atualmente para revisões integrativas e aproveita a própria flexibilidade que o JBI sugere na aplicação das suas ferramentas. Os resultados desta avaliação crítica da qualidade metodológica estão plasmados no quadro resumo da qualidade metodológica do conjunto dos artigos incluídos, constante no anexo I. Estes resultados foram cruciais para a análise crítica e interpretação dos achados apresentados nas secções de “Resultados” e “Discussão”. Todos os instrumentos utilizados constam igualmente dos anexos da presente dissertação.

2.7 - Análise e síntese da informação

A análise e síntese dos dados foi realizada de forma descritiva e temática, com agrupamento das intervenções por categorias emergentes (intervenções ambientais, comportamentais, sensoriais). Esta abordagem permitiu identificar padrões e lacunas na evidência disponível, e fundamentar recomendações para a prática.

2.8 - Considerações éticas

A revisão respeitou todos os princípios éticos e científicos, com salvaguarda da integridade metodológica, da citação correta das fontes e da utilização responsável da informação recolhida.

3. Resultados

3.1. Caracterização Geral dos Estudos Analisados

Nesta secção, apresentam-se os resultados da análise sistemática da evidência selecionada. A amostra final é composta por um total de 18 estudos e documentos de referência, recuperados a partir das bases de dados e fontes preconizadas na metodologia. O corpus de análise abrange publicações compreendidas entre 2015 e 2025, verificando-se uma concentração expressiva de produção científica nos últimos três anos (2022-2025), o que evidencia a crescente atualidade e pertinência do tema na agenda da enfermagem pediátrica.

Geograficamente, os estudos analisados provêm de contextos diversificados, incluindo a América do Norte (EUA, Canadá), Europa (Reino Unido, Portugal, Países Baixos, Espanha), e contributos relevantes da Ásia e Médio Oriente. É de salientar a inclusão de investigação recente proveniente do Reino Unido e dos Estados Unidos da América, que trouxe novos dados sobre a segurança da redução de monitorizações noturnas (Anderson et al., 2024) e sobre as discrepâncias de perceção entre equipas e famílias (Fidler et al., 2025).

A diversidade metodológica constitui uma marca distintiva desta revisão. A amostra integra estudos quantitativos observacionais (com recurso a actigrafia e medição de ruído), estudos qualitativos (entrevistas a pais e *focus groups* com profissionais), estudos de métodos mistos e revisões sistemáticas da literatura. Esta pluralidade permitiu triangular dados objetivos — como os picos intermitentes de ruído que excedem os 80 dB reportados por Kudchadkar et al. (2022) — com a experiência subjetiva dos pais, descritos como "guardiões do sono" por van der Perk et al. (2023). A análise aprofundada destes 18 documentos permitiu mapear os fatores disruptivos, as intervenções de enfermagem e os seus impactos, conforme detalhado nas secções seguintes.

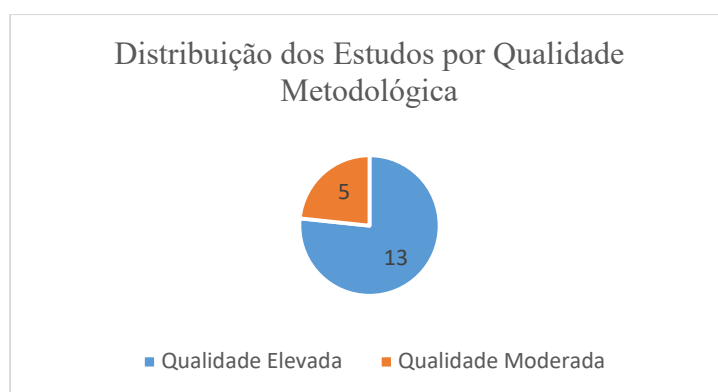
3.1.1. Qualidade metodológica dos estudos incluídos

A análise crítica da qualidade metodológica dos 18 estudos selecionados para esta revisão integrativa foi um procedimento fundamental para contextualizar a evidência recolhida e garantir a

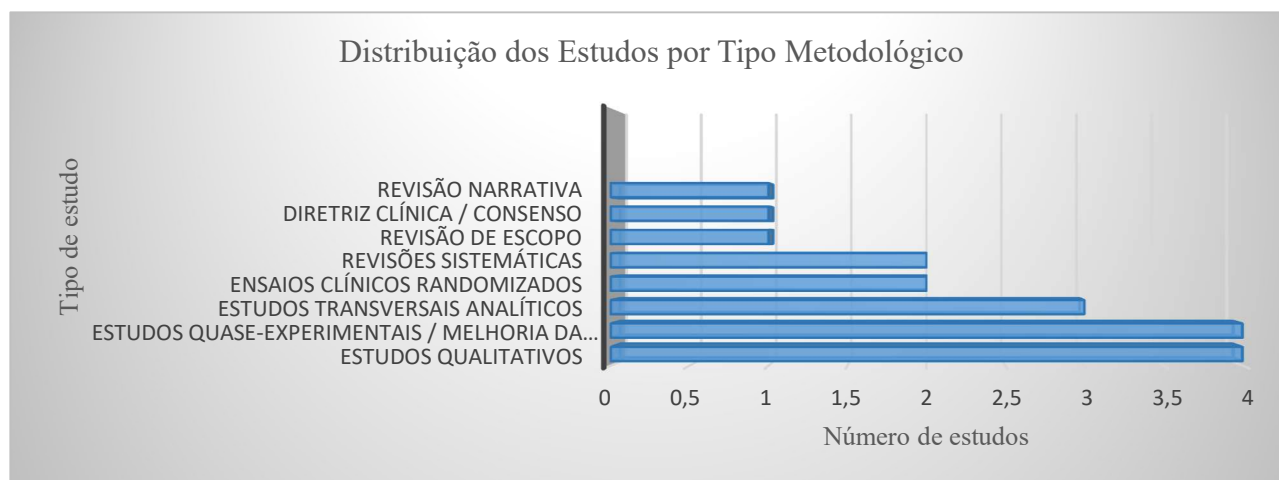
fiabilidade dos resultados apresentados. Conforme detalhado na Metodologia, esta avaliação utilizou as grelhas do *Joanna Briggs Institute* (JBI) ou instrumentos adaptados com base nos seus princípios. As avaliações individuais realizadas estão descritas no quadro resumo global desta análise, que fundamentam os dados apresentados a seguir.

A maioria dos estudos apresentou uma qualidade metodológica considerada elevada. Do total, 13 estudos (72,2%) cumpriram pelo menos 70% dos critérios JBI, sem falhas nos itens considerados críticos. Estes estudos revelaram clareza na descrição metodológica, coerência interna e adequação dos instrumentos utilizados, o que reforça a sua validade para esta análise. Os restantes 5 estudos (27,8%) foram classificados como de qualidade moderada. Embora tenham sido incluídos na síntese por apresentarem contributos relevantes - como é o caso do projeto de melhoria da qualidade de Anderson et al. (2024) -, algumas limitações metodológicas exigem uma leitura mais cautelosa dos seus achados. O gráfico 1 ilustra a distribuição da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

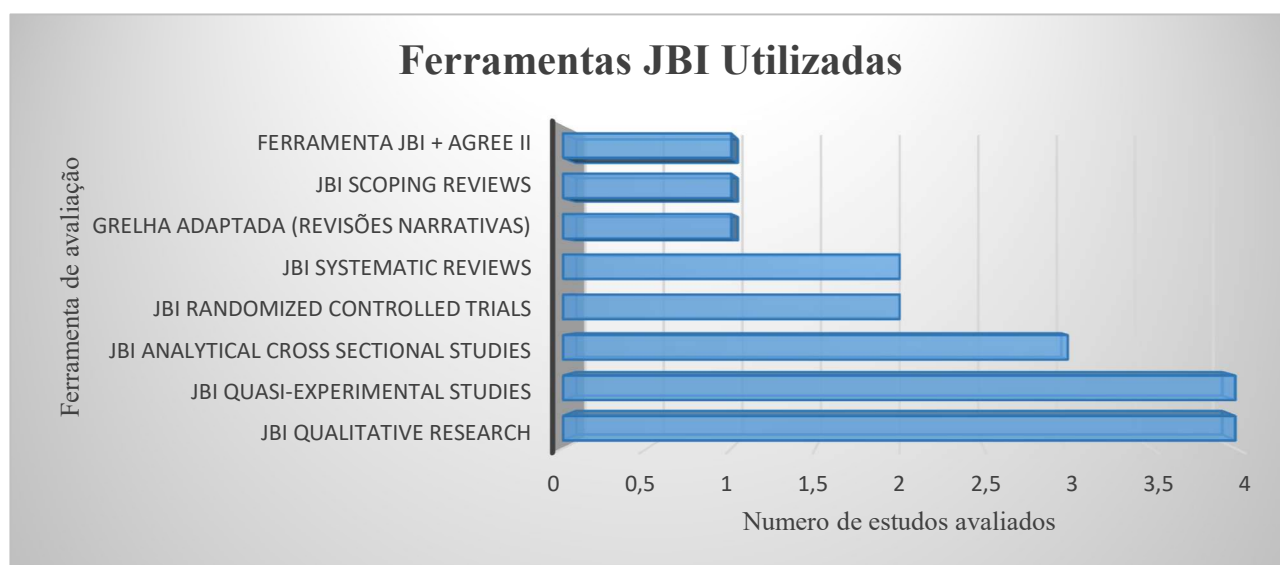
Gráfico 1- Classificação metodológica dos estudos incluídos



Para além da classificação geral, os dados da avaliação permitem uma leitura mais detalhada da natureza e diversidade dos estudos. O gráfico 2 sintetiza a distribuição dos estudos por tipo metodológico, demonstrando que os estudos qualitativos e os quase-experimentais constituem as categorias mais representadas (4 estudos cada, 22,2%), seguidos por estudos transversais analíticos (3 estudos, 16,7%), e por um conjunto variado de outras tipologias, como ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas (2 estudos cada, 11,1%), revisões narrativas, revisão de escopo e diretrizes clínicas (1 estudo cada, 5,5%)

Gráfico 2- Distribuição dos estudos por tipo metodológico

A aplicação das ferramentas JBI refletiu esta diversidade metodológica, sendo que as checklists para estudos qualitativos e quase-experimentais foram as mais utilizadas (aplicadas a 4 estudos cada), seguidas pela *JBI Checklist for Analytical Cross Sectional Studies* (aplicada a 3 estudos). As demais tipologias foram avaliadas com as grelhas JBI específicas ou adaptações pertinentes, como ilustra o gráfico 3. No conjunto global, a percentagem de critérios JBI (ou adaptados) cumpridos variou entre 61% e 100%, salientando-se que 6 dos 18 estudos (33,3%) obtiveram cumprimento total dos critérios aplicáveis nas respectivas grelhas de avaliação, o que atesta a solidez de uma parte significativa da evidência.

Gráfico 3- Frequência de aplicação das ferramentas JBI por tipo de estudo

Entre as limitações metodológicas mais frequentemente identificadas no conjunto dos estudos, particularmente nos classificados como de qualidade moderada, destacam-se: o recurso a amostras de pequena dimensão ou de conveniência, limitando a generalização dos resultados; o controlo insuficiente de fatores de confusão em estudos observacionais; a ausência de grupo controlo em alguns estudos quasi-experimentais; a utilização de instrumentos de medida não validados para a população pediátrica específica; e dificuldades no processo de cegamento em estudos de intervenção. Esta caracterização detalhada da qualidade e do perfil metodológico dos estudos incluídos foi essencial para ponderar a força da evidência na subsequente síntese temática

3.2. Práticas de Enfermagem Identificadas para a Promoção do Sono

Face ao reconhecido impacto negativo do ambiente hospitalar e das rotinas clínicas no sono das crianças e jovens hospitalizados, a evidência revista descreve um conjunto diversificado de práticas e intervenções de enfermagem que visam mitigar esses fatores e promover um descanso mais reparador. Estas práticas podem ser agrupadas em cinco grandes domínios de atuação: a gestão do ambiente físico hospitalar; a organização dos cuidados e rotinas de enfermagem; a aplicação de estratégias comportamentais, de relaxamento e conforto; a educação, comunicação e envolvimento familiar; e o desenvolvimento de políticas e diretrizes institucionais.

3.2.1. Intervenções no Ambiente Físico Hospitalar

A gestão do ambiente físico emerge na literatura como a primeira linha de defesa na proteção do sono pediátrico. Tal como sublinham Fidler et al. (2022) no seu modelo conceptual, embora os fatores ambientais sejam a causa predominante das perturbações do sono hospitalar, as intervenções de enfermagem têm historicamente negligenciado a modificação do ambiente em favor de tentativas de adaptar a criança a esse meio hostil. A evidência atual sugere uma inversão deste paradigma, privilegiando a criação de um "ecossistema de sono" terapêutico através do controlo rigoroso do ruído e da luminosidade.

No que concerne à gestão do ruído, as intervenções descritas ultrapassam o simples pedido de silêncio. Projetos de melhoria da qualidade, como o desenvolvido por Soubra et al. (2018), demonstram que as estratégias eficazes requerem alterações estruturais e comportamentais para

reduzir o ruído ambiental. Neste âmbito, o protocolo TeenSleepWell, implementado por Anderson et al. (2024), demonstrou a eficácia de medidas práticas como a substituição de caixotes do lixo metálicos por versões de fecho suave (*soft-closing bins*), o uso de telefones em modo vibratório pela equipa de enfermagem e a instituição de "horários de silêncio" onde o volume das televisões e equipamentos é drasticamente reduzido. Adicionalmente, Fidler et al. (2025) destacam a importância de reorganizar tarefas logísticas, como o esvaziamento de caixotes do lixo, para que não ocorram durante a madrugada, uma queixa frequente de pais e crianças.

No que concerne à luminosidade, a literatura indica que a exposição inadequada à luz artificial interrompe os ritmos circadianos normais e aumenta o risco de despertar (Hybschmann et al., 2021). Para g este problema no decurso da prestação de cuidados noturnos, Fidler et al. (2025) sugerem o uso de fontes de luz focalizadas e de baixa intensidade (como lanternas ou luzes de presença âmbar) que permitam ao enfermeiro realizar avaliações sem ativar a iluminação principal do quarto.

Curiosamente, a literatura recente revela que, na ausência de intervenções proativas da equipa, as famílias improvisam as suas próprias soluções ambientais. Como descrevem van der Perk et al. (2023), é comum observar pais que cobrem as luzes dos monitores e bombas infusoras com toalhas ou mantas para criar um ambiente mais escuro para os filhos.

As diversas estratégias de intervenção sobre o meio físico hospitalar, discutidas anteriormente, estão sumarizadas no Quadro 3, que detalha as ações e os estudos que as fundamentam.

Quadro 3- Síntese das intervenções ambientais promotoras do sono em contexto hospitalar pediátrico

Tipo de Intervenção Ambiental	Descrição	Estudo(s) Associado(s)
Redução de ruído	Utilização de monitores silenciosos, fecho de portas suave, sinalética para silêncio.	Soubra et al., 2018; Cook et al., 2020; Lechosa-Muñiz et al., 2024
Controlo da luminosidade	Atenuação da luz durante a noite, uso de luzes de presença suaves, eliminação de luz direta.	Hybschmann et al., 2021; Anderson et al., 2024
Gestão da temperatura ambiente	Ajuste do termóstato para níveis de conforto e uso de cobertores adequados.	Anggerainy et al., 2019; El Arab et al., 2025

Redução de estímulos noturnos	Evitar alarmes desnecessários, limitação de visitas noturnas e interrupções evitáveis.	Stremler et al., 2015; Crous & North, 2021; Fidler et al., 2025
-------------------------------	--	---

3.2.2. Organização dos Cuidados e Rotinas de Enfermagem

A organização do trabalho de enfermagem e a gestão das rotinas hospitalares emergem, na literatura analisada, como determinantes críticos para a preservação do sono.

A **Estratégia do Agrupamento de Cuidados** (*Cluster Care*) é uma das intervenções mais amplamente defendidas para mitigar a fragmentação do sono. Esta prática consiste no planeamento intencional de múltiplas intervenções (avaliação de sinais vitais, administração de terapêutica, muda de fralda, posicionamento) num único momento de interação com a criança. O objetivo é maximizar os períodos de descanso ininterrupto, fundamentando-se na premissa de que cada entrada no quarto representa um risco potencial de despertar. A literatura reforça a urgência desta medida: estudos como o de Rogers et al. (2020) demonstram o sucesso da implementação de períodos de sono protegido articulados com o agrupamento de cuidados (*bundled care*). Adicionalmente, como sublinham Stremler et al. (2015), o agrupamento não deve ser apenas encarado como uma medida de gestão de tempo, mas sim como uma intervenção clínica deliberada e autónoma dos enfermeiros para reduzir a frequência de estímulos externos e proteger a arquitetura do sono.

A **Redução da Vigilância Noturna e os Protocolos de "Sono Protegido"** é um dos avanços mais significativos na literatura recente e prende-se com a necessidade clínica de monitorizações frequentes (horárias ou a cada quatro horas) em doentes estáveis durante a noite. Historicamente, existe uma resistência por parte das equipas de enfermagem em reduzir esta vigilância, por receio de comprometer a segurança do doente ou falhar na deteção de deterioração clínica. Contudo, estudos recentes têm vindo a desconstruir este dogma.

A implementação do projeto *TeenSleepWell* em unidades de internamento de saúde mental infantojuvenil introduziu o conceito de "período de sono protegido" de 8 horas (entre as 23h00 e as 07h00), durante o qual as observações presenciais foram suspensas para doentes avaliados como de baixo risco. Os resultados demonstraram que não houve aumento de eventos adversos ou incidentes de segurança, verificando-se uma redução na prescrição de hipnóticos e uma elevada satisfação dos doentes e equipa, que relataram um ambiente noturno mais tranquilo e terapêutico (Anderson et al., 2024). A perceção dos profissionais de saúde é descrita num outro estudo, onde médicos e

enfermeiros reconheceram a irracionalidade de manter protocolos rígidos de avaliação de sinais vitais noturnos em crianças clinicamente estáveis, admitindo que tais práticas servem mais o cumprimento de rotinas institucionais do que o benefício do doente. Torna-se evidente a necessidade de transitar de uma monitorização por rotina para uma baseada no risco e na avaliação clínica individualizada (Fidler et al, 2025).

A Coordenação Interdisciplinar e a Gestão de Tarefas Logísticas são evidenciadas pela literatura como componentes essenciais para a proteção do repouso noturno. De facto, os dados indicam que a eficácia das intervenções de enfermagem depende de uma articulação transversal a todo o serviço. A este propósito, van der Perk et al. (2023) verificaram a existência de dessincronização entre as diferentes disciplinas, reportando que médicos, técnicos e assistentes operacionais entram frequentemente nos quartos de forma não coordenada, o que acaba por interromper os períodos de repouso planeados pela enfermagem. Adicionalmente, as tarefas de manutenção são também identificadas como fontes de disrupção. Fidler et al. (2025) descrevem o impacto de rotinas como o esvaziamento de caixotes do lixo (*trash pulls*) durante a madrugada, as quais geram ruído no período noturno. A redefinição dos horários destas tarefas não clínicas para o período diurno é sugerida pelos estudos como uma intervenção organizacional que favorece a continuidade do sono.

A Comunicação e a Negociação de Cuidados são outras das práticas documentadas nos estudos para a gestão das rotinas noturnas. As investigações de Fidler et al. (2025) e van der Perk et al. (2023) relatam o envolvimento dos pais no planeamento da noite através da recolha prévia de informação sobre os hábitos da criança. Com base nestes dados, e quando a estabilidade clínica o permite, os autores descrevem o ajuste dos horários de administração de terapêutica e de avaliação de sinais vitais, fazendo-os coincidir com os momentos de despertar natural para evitar a interrupção do sono profundo. No que concerne à operacionalização destas práticas, os dados de Anderson et al. (2024) indicam que a adesão das equipas aos protocolos de redução de vigilância noturna se associou à disponibilização de formação específica e de ferramentas padronizadas de avaliação de risco. Os resultados mostram que a presença destes recursos institucionais se traduziu numa mitigação das preocupações reportadas pelos profissionais quanto à suspensão das observações de rotina.

No que concerne à otimização das práticas assistenciais, o Quadro 4 oferece uma visão esquemática das principais intervenções centradas na reorganização dos cuidados noturnos e os respetivos estudos de suporte.

Quadro 4- Síntese das intervenções centradas na reorganização dos cuidados noturnos

Intervenção Assistencial	Descrição	Estudo(s) Associado(s)
Agrupamento de cuidados (<i>Cluster care</i>)	Realizar cuidados de higiene, avaliação de sinais vitais e administração de medicação num mesmo momento.	Cook et al., 2020; Fidler et al., 2025; Stremler et al., 2015
Protocolos de "Sono Protegido" e Redução de Vigilância	Implementação de períodos de 8 a 9 horas sem verificações horárias (em pacientes de baixo risco) e suspensão de monitorizações de rotina em pacientes estáveis.	Anderson et al., 2024; Cook et al., 2020; Rogers et al., 2020
Adaptação de Rotinas Logísticas e de Suporte	Reorganização de horários não clínicos que geram ruído, como o esvaziamento de caixotes do lixo ("trash pulls") e limpezas, evitando o período noturno ou o início da manhã.	Fidler et al., 2025; El Arab et al., 2025
Coordenação Interdisciplinar e Passagem de Turno	Transferência de informação sobre o sono entre turnos e coordenação entre enfermeiros, médicos e auxiliares para evitar entradas fragmentadas no quarto (ex: o enfermeiro entra logo após o auxiliar sair).	Fidler et al., 2025; van der Perk et al., 2023
Negociação Clínica e Planeamento Partilhado	Discussão proativa com a criança/família no início do turno para definir quais as intervenções inadiáveis e quais podem ser diferidas, ajustando o plano às preferências de sono da criança.	Crous & North, 2021; Fidler et al., 2025; van der Perk et al., 2023

3.2.3. Estratégias Comportamentais, de Relaxamento e Conforto

Para além das modificações ambientais e da organização das rotinas clínicas, a literatura destaca um terceiro foco de intervenção: a aplicação de estratégias comportamentais e de conforto, direcionadas à criança ou jovem, com o propósito de facilitar a transição para o sono e promover o relaxamento. Por se basearem sobretudo em intervenções não farmacológicas, estas estratégias têm

sido valorizadas na prática clínica de enfermagem pelo seu contributo na promoção do sono.

O estabelecimento de rotinas na hora de deitar é uma prática valorizada, adaptada às necessidades e hábitos individuais da criança, sempre que possível no contexto hospitalar (Anggerainy et al., 2019; Crous & North, 2021). A manutenção de rituais familiares (Crous & North, 2021), bem como a leitura de histórias (storytelling), referida como uma atividade calmante e parte de uma rotina adaptativa antes de dormir (Anggerainy et al., 2019; Kudchadkar et al., 2022; Hybschmann et al., 2021), pode proporcionar segurança e previsibilidade, auxiliando na preparação para o descanso.

Diversas técnicas de relaxamento foram exploradas nos estudos incluídos. O ensino e a prática de exercícios de respiração diafragmática, frequentemente implementados pelos pais após orientação da equipa de enfermagem, surgem como uma estratégia para reduzir a ansiedade e induzir um estado de calma propício ao sono (Papaconstantinou et al., 2016; Lechosa-Muñiz et al., 2024; Hybschmann et al., 2021). A massagem e a terapia de toque foram igualmente investigadas, particularmente em populações específicas como adolescentes com cancro, demonstrando potencial para aliviar o desconforto e melhorar a qualidade do sono, apesar de a evidência sobre a sua eficácia objetiva ser, por vezes, limitada ou de baixa certeza (Kudchadkar et al., 2022; Jacobs et al., 2016; Hybschmann et al., 2021). Estas intervenções baseadas no toque parecem ser bem aceites por crianças e pais (Kudchadkar et al., 2022; Jacobs et al., 2016).

Outras abordagens sensoriais incluem a musicoterapia e a aromaterapia. A utilização de música suave e relaxante é proposta como um meio para aliviar a ansiedade e facilitar o adormecer (Anggerainy et al., 2019; Hybschmann et al., 2021). Mais recentemente, a aromaterapia, especificamente com óleo essencial de laranja, foi testada num estudo semi-experimental, tendo demonstrado efeitos positivos na qualidade do sono de crianças hospitalizadas (Salarfard et al., 2023).

A gestão de estímulos pré-sono é outra componente comportamental relevante. A limitação da exposição a ecrãs (televisão, tablets, telemóveis) nas horas que antecedem o deitar é sugerida para evitar a hiperestimulação e promover a transição para o sono (Fidler et al., 2022; Fidler et al., 2025).

Embora menos detalhada em termos de implementação específica, a promoção de atividade física adequada durante o dia foi mencionada na revisão sistemática de Kudchadkar et al. (2022) como um tipo de intervenção explorada na literatura com potencial impacto positivo no sono noturno.

Finalmente, no contexto neonatal, medidas específicas de conforto como o posicionamento em ninho e a promoção do contato pele a pele são destacadas por Carvalho et al. (2019) como intervenções que favorecem a autorregulação e o sono calmo no recém-nascido pré-termo.

As abordagens comportamentais, sensoriais e de conforto destinadas a facilitar o sono, detalhadas nesta subsecção, encontram-se sintetizadas no Quadro 5.

Quadro 5 - Síntese das estratégias comportamentais, sensoriais e de conforto para indução do sono

Tipo de Estratégia	Descrição	Estudo(s) Associado(s)
Rotinas de deitar e rituais familiares	Criação de rotinas consistentes, banho morno, rituais familiares adaptados.	Anggerainy et al., 2019; Crous & North, 2021
Respiração diafragmática	Ensino aos pais para aplicação orientada, com o objetivo de reduzir a ansiedade.	Papaconstantinou et al., 2016; Lechosa-Muñiz et al., 2024; Hybschmann et al., 2021
Massagem e toque terapêutico	Aplicação por profissionais ou cuidadores, com boa aceitação e impacto na qualidade do sono.	Kudchadkar et al., 2022; Jacobs et al., 2016; Hybschmann et al., 2021
Leitura de histórias e musicoterapia	Uso de estímulos sensoriais suaves para facilitar o relaxamento.	Anggerainy et al., 2019; Hybschmann et al., 2021; Kudchadkar et al., 2022
Aromaterapia	Utilização de óleos essenciais (ex.: laranja) com efeitos positivos na qualidade do sono.	Salarfard et al., 2023
Gestão de ecrãs antes de dormir	Evitar ecrãs antes de deitar para prevenir supressão de melatonina.	Fidler et al., 2022; Fidler et al., 2025
Promoção da atividade física	Estimular movimento físico durante o dia para melhorar sono noturno.	Kudchadkar et al., 2022
Intervenções neonatais de conforto	Uso de ninho, contacto pele a pele e posicionamento para favorecer sono neonatal.	Carvalho et al., 2019

3.2.4. Educação, Comunicação, Advocacia e Envolvimento Familiar e Profissional

A educação dos pais e cuidadores mantém-se como uma prática transversal, mas a evidência recente sugere que deve evoluir para uma verdadeira psicoeducação. Conforme demonstrado por Anderson et al. (2024) e Papaconstantinou et al. (2016), o conteúdo educativo deve ultrapassar a higiene do sono básica, instruindo as famílias sobre a fisiologia dos ritmos circadianos e o impacto

da hospitalização no descanso. Esta abordagem capacita os pais para compreenderem não só a importância do sono para a recuperação, mas também a necessidade de estratégias específicas, como a redução de ecrãs ou técnicas de relaxamento, tornando-os parceiros ativos na gestão dos sintomas do filho.

Estreitamente ligada à educação está a redefinição do papel da família. O estudo de van der Perk et al. (2023) introduz o conceito dos pais como "guardiões do sono", descrevendo como estes tentam intuitivamente proteger o descanso da criança (cobrindo luzes ou fechando portas, como referido anteriormente). No entanto, os autores notam que os pais se sentem frequentemente inibidos de exercer este papel perante a equipa clínica. Assim, a intervenção de enfermagem deve passar por legitimar explicitamente esta função, encorajando os pais a intervirem na gestão do ambiente e a partilharem os seus conhecimentos sobre os rituais de sono da criança, promovendo uma parceria de confiança mútua.

A promoção do sono exige igualmente a capacitação dos próprios profissionais. A formação deve focar-se em desmontar a cultura de "vigilância excessiva", dotando os enfermeiros de competências para avaliar o risco e decidir, com segurança, quando não interromper o sono. Como referem Cook et al. (2020) e El Arab et al. (2025), o treino da equipa é essencial para garantir que a redução de ruído e a gestão da luz não sejam atos isolados, mas sim práticas consistentes e modeladas por todos os profissionais, assegurando um ambiente terapêutico coerente.

Por fim, a advocacia em enfermagem traduz-se na capacidade de alinhar expectativas e negociar cuidados. Fidler et al. (2025) alertam para a discrepância frequente entre o que a equipa e a família consideram disruptivo. O papel do enfermeiro passa, assim, por mediar esta relação, estabelecendo planos de cuidados "negociados" onde horários de procedimentos e rotinas são ajustados proativamente para preservar o descanso. Esta postura ativa de defesa do sono, apoiada por liderança clínica, é fundamental para integrar o repouso como uma prioridade indiscutível no plano terapêutico da criança. Para ilustrar a amplitude das intervenções de cariz educativo, relacional e de advocacia, o Quadro 6 resume os domínios de atuação da enfermagem e as populações-alvo envolvidas.

Quadro 6- Síntese das intervenções educativas, relacionais e institucionais associadas à promoção do sono em pediatria

Domínio de Intervenção	Descrição	População-Alvo	Estudo(s) Associado(s)
Educação e Literacia em Saúde	Sensibilização sobre a fisiologia do sono, higiene do sono e desmistificação de crenças sobre a necessidade de vigilância constante (ex: monitorização em saúde mental).	Pais, Crianças e Jovens	Anderson et al., 2024; Lechosa-Muñiz et al., 2024; Papaconstantinou et al., 2016
Advocacia Parental ("Guardiões do Sono")	Empoderamento dos pais para intervirem na proteção do sono (ex: desligar alarmes, pedir silêncio) sem receio de represálias, validando o seu papel de "advogados" da criança.	Pais/cuidadores	Stremmler et al., 2015; Van der Perk et al., 2023
Negociação de Expectativas e Cuidados	Discussão proativa na admissão para alinhar as prioridades da família (bem-estar/conforto) com as da equipa (segurança clínica), definindo um plano de sono partilhado.	Díade Criança-Família e Equipa	Crous & North, 2021; Fidler et al., 2025
Capacitação profissional e "Ninja Skills"	Treino de competências técnicas para realizar cuidados silenciosos ("competências ninja") e formação para aumentar a confiança na suspensão de monitorizações noturnas.	Equipa de Enfermagem	Anderson et al., 2024; Cook et al., 2020; Fidler et al., 2025
Advocacia institucional	Defesa ativa de ambientes adequados ao sono, revisão de rotinas disruptivas e valorização institucional do descanso.	Instituições/decisores	Cook et al., 2020; El Arab et al., 2025; Stremmler et al., 2015

3.2.5. Desenvolvimento e Implementação de Políticas, Protocolos e Diretrizes Institucionais

A evidência analisada sugere que as intervenções isoladas dos enfermeiros, embora meritórias, são insuficientes para combater uma cultura hospitalar que historicamente privilegia a atividade clínica em detrimento do repouso. A mudança sustentável requer, portanto, suporte institucional através de políticas formais e protocolos de atuação padronizados.

A sistematização de critérios para a redução de monitorizações é igualmente defendida por

Cook et al. (2020). A sua investigação demonstrou que a implementação de *guidelines* no registo clínico eletrónico, que orientam explicitamente a suspensão da avaliação noturna de sinais vitais em crianças clinicamente estáveis, reduziu drasticamente as interrupções desnecessárias. Estas diretrizes funcionam como um instrumento de "coragem clínica", conferindo aos enfermeiros a segurança legal e protocolar necessária para decidirem não acordar uma criança, superando o receio de falha na vigilância.

Adicionalmente, a literatura enfatiza a necessidade de protocolos de gestão ambiental. Projetos de melhoria da qualidade, como o de Soubra et al. (2018), e programas como o de Anderson et al. (2024), descrevem a eficácia de instituir "horários de silêncio" e períodos de sono protegido, que estabelecem regras claras sobre o encerramento de luzes, o volume de equipamentos e a restrição de tarefas logísticas (como limpezas ou reposição de stock) durante o período noturno. A existência destas normas escritas, muitas vezes alicerçadas em diretrizes de enfermagem como as de Crous & North (2021), legitima a intervenção do enfermeiro quando este necessita de solicitar silêncio a outros profissionais ou visitantes, transformando a proteção do sono numa responsabilidade coletiva e não apenas numa preferência individual do prestador de cuidados.

As abordagens de âmbito institucional que visam estruturar a promoção do sono em pediatria, como políticas e protocolos, são apresentadas de forma consolidada no Quadro 7.

Quadro 7- Síntese das políticas, protocolos e diretrizes institucionais promotoras do sono em pediatria hospitalar

Instrumento Institucional	Descrição	Estudo(s) Associado(s)
Protocolos de "Sono Protegido" e Gestão de Vigilância	Implementação de períodos sem interrupções (ex: 8 horas) para doentes de baixo risco e revisão de critérios de monitorização, com evidência de segurança clínica e redução de medicação.	Anderson et al., 2024; Cook et al., 2020; Hybschmann et al., 2021
Diretrizes baseadas na evidência	Elaboração de orientações clínicas específicas para o cuidado noturno em enfermagem pediátrica.	Stremler et al., 2015; Crous & North, 2021
Políticas institucionais de gestão ambiental	Integração de práticas promotoras de sono em programas de qualidade institucional.	Soubra et al., 2018; Crous & North, 2021

Auditorias de adesão às práticas	Avaliação periódica do cumprimento das políticas e protocolos instituídos (ex.: auditoria a berços).	Soubra et al., 2018; Anderson et al., 2024
Programas de mentoria e sensibilização da equipa	Envolvimento ativo dos enfermeiros na concretização das diretrizes, com apoio técnico e pedagógico.	Stremmer et al., 2015; El Arab et al., 2025
Gestão de barreiras à implementação	Identificação e mitigação de obstáculos linguísticos, infraestruturais ou culturais à adoção de boas práticas.	El Arab et al., 2025

3.3. Contextos de Aplicação das Práticas de Enfermagem

A análise dos estudos incluídos nesta revisão mostra que as práticas de enfermagem de promoção do sono em crianças e jovens hospitalizados são aplicadas em múltiplos contextos clínicos e junto de diferentes subgrupos pediátricos. Embora muitas destas intervenções apresentem um carácter transversal, a sua eficácia e aplicabilidade variam consoante o tipo de unidade, a idade da criança e a sua condição clínica. Neste sentido, os estudos reportam que a obtenção de um descanso reparador está associada à individualização dos cuidados e à sua adequação à realidade do serviço e ao momento da hospitalização.

As unidades de internamento onde estas práticas foram investigadas ou recomendadas incluem um espectro abrangente. Unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) e neonatais (UCIN) surgem como contextos de particular enfoque, dada a elevada vulnerabilidade dos pacientes e a intensidade das disrupções ambientais e de cuidados (Carvalho et al., 2019; Hybschmann et al., 2021). Nestes cenários, práticas como o controlo rigoroso de ruído e luz, o agrupamento de cuidados e a promoção do contacto pele a pele (em neonatos) são especialmente cruciais. Da mesma forma, as enfermarias pediátricas constituem outro contexto frequente para a aplicação de um leque alargado de intervenções, desde a educação parental sobre higiene do sono até à implementação de rotinas de relaxamento (Papaconstantinou et al., 2016; Lechosa-Muñoz et al., 2024; Jacobs et al., 2016; Anggerainy et al., 2019). Unidades especializadas, como as de oncologia pediátrica, também são mencionadas, com particular atenção a intervenções como a massagem para alívio de sintomas e promoção do conforto em adolescentes (Jacobs et al., 2016). Adicionalmente, a literatura identifica as unidades de internamento de saúde mental e psiquiatria infantojuvenil como outro contexto de aplicação destas medidas. Embora estes serviços requeiram monitorização de riscos comportamentais, Anderson et al. (2024) documentam a implementação de protocolos de 'sono

protegido' nestas unidades, relatando a suspensão de observações horárias noturnas para proteção do sono sem ocorrência de eventos adversos. Por fim, o estudo de Carvalho et al. (2019) foca-se na implementação de práticas de sono seguro nas unidades de internamento que admitem recém-nascidos e lactentes.

No que concerne às faixas etárias, as práticas de promoção do sono são adaptadas desde o período neonatal até à adolescência. Para recém-nascidos, especialmente os pré-termo, o foco recai sobre a criação de um ambiente de desenvolvimento protetor, com minimização de estímulos nocivos e promoção de medidas de conforto e segurança, como o posicionamento adequado e o sono seguro (Carvalho et al., 2019). Em lactentes e crianças em idade pré-escolar, a manutenção de rotinas, a educação parental sobre hábitos de sono saudáveis e a criação de um ambiente de sono seguro são proeminentes (Carvalho et al., 2019; Crous & North, 2021). Para crianças em idade escolar e adolescentes, as intervenções podem incluir técnicas de relaxamento mais estruturadas, como a respiração diafragmática, a gestão de estímulos (incluindo o uso de ecrãs) e a educação para a autonomia na gestão do próprio sono (Papaconstantinou et al., 2016; Lechosa-Muñiz et al., 2024; El-Sheikh et al., 2019; Xiu et al., 2020).

As condições clínicas específicas dos pacientes também influenciam a aplicação das práticas de enfermagem. Crianças e jovens com condições crónicas, incluindo cancro, são frequentemente alvo de estudos sobre o sono, dada a sua maior vulnerabilidade a distúrbios do sono e fadiga (Jacobs et al., 2016; Rogers et al., 2020). Nestes casos, intervenções focadas no alívio da dor e desconforto, bem como no suporte emocional, são particularmente relevantes. Crianças em pós-operatório de cirurgia major representam outro grupo onde a disrupção do ritmo circadiano e do sono é acentuada, exigindo estratégias para mitigar o impacto ambiental e dos cuidados (Kudchadkar et al., 2019). A presença de distúrbios respiratórios do sono, cuja prevalência pode ser mais elevada em crianças hospitalizadas, também requer atenção específica (Eröndu et al., 2019; Vennard et al., 2024).

Em síntese, embora os princípios que orientam a promoção do sono em pediatria hospitalar sejam amplamente consensuais, a sua implementação prática requer sensibilidade clínica e capacidade de adaptação. Cada criança ou adolescente traz consigo uma realidade distinta, e é no cruzamento entre essas particularidades e as rotinas assistenciais que se decide a qualidade do repouso possível. No Quadro 8, que se segue, encontram-se resumidos os principais achados desta secção.

Quadro 8- Síntese dos contextos clínicos e perfis pediátricos de aplicação das práticas promotoras do sono

Categoria de Aplicação	Descrição	Estudo(s) Associado(s)
UCIP e UCIN	Ambientes de elevada complexidade e vulnerabilidade, exigindo controlo de estímulos e agrupamento de cuidados.	Carvalho et al., 2019; Kudchadkar et al., 2022
Enfermarias de Pediatria	Cenários frequentes para práticas de higiene do sono, rotinas de relaxamento e envolvimento parental.	Papaconstantinou et al., 2016; Lechosa-Muñiz et al., 2024; Cook et al., 2020
Unidades Especializadas (ex.: Oncologia Pediátrica)	Intervenções centradas no conforto, como massagem e gestão de sintomas em adolescentes hospitalizados.	Jacobs et al., 2016
Unidades de Saúde Mental / Psiquiatria	Contextos de elevada vigilância comportamental; implementação de "sono protegido" em adolescentes com patologia mental.	Anderson et al., 2024
Período Neonatal e Pré-termo	Foco na criação de ambiente protetor com posicionamento, ninho e contacto pele a pele.	Carvalho et al., 2019; Crous & North, 2021
Lactentes e Pré-escolares	Educação parental, manutenção de rotinas e ambiente seguro como estratégias centrais.	van der Perk et al., 2023; Crous & North, 2021
Crianças em idade escolar e adolescentes	Uso de técnicas de relaxamento, gestão de ecrãs e promoção da autonomia no sono.	Papaconstantinou et al., 2016; Lechosa-Muñiz et al., 2024; Jacobs et al., 2016
Condições crónicas (ex.: cancro)	Necessidade de estratégias direcionadas ao alívio da dor, fadiga e apoio emocional.	Jacobs et al., 2016; Rogers et al., 2020
Pós-operatório de cirurgia major	Cuidados que visam mitigar a disrupção do sono provocada por intervenções invasivas e ambiente hospitalar.	Kudchadkar et al., 2022; Hybschmann et al., 2021
Distúrbios respiratórios do sono	Requerem monitorização adaptada e medidas específicas de suporte respiratório e conforto.	Cook et al., 2020; Fidler et al., 2025

3.4 - Resultados e Eficácia Reportada das Práticas de Enfermagem

Os estudos analisados mostram que várias intervenções de enfermagem foram úteis para melhorar o sono de crianças e jovens internados. Os benefícios relatados dizem respeito a aspetos como a qualidade e duração do sono, o bem-estar da criança e dos cuidadores, e a aceitação destas estratégias.

Diversos estudos apontam para melhorias, tanto objetivas como subjetivas, nos padrões de sono. O programa "*Relax to Sleep*", por exemplo, ao combinar educação parental com treino em respiração diafragmática, resultou num aumento significativo do tempo total de sono e numa redução dos períodos de vigília noturna (Papaconstantinou et al., 2016). A abordagem educativa e ambiental (Lechosa-Muñiz et al., 2024), a eliminação de monitorizações noturnas não essenciais (Cook et al., 2020) e a aromoterapia com óleo essencial de laranja, segundo avaliações feitas com base no questionário BEARS (Salarfard et al., 2023) também se revelaram eficazes na melhoria global do sono das crianças.

Ainda assim, os efeitos de algumas intervenções, terapias de relaxamento que integram diversas abordagens (incluindo massagem, toque ou leitura), revelaram-se por vezes inconsistentes. A revisão sistemática realizada por Kudchadkar et al. (2022) indicou que, embora haja estudos que apontem benefícios, a evidência disponível continua limitada e de baixa certeza, devido à heterogeneidade metodológica.

Apesar dessas limitações, muitas práticas foram bem recebidas pelas crianças, pais e profissionais. A literatura revela que adolescentes com cancro referiram melhorias subjetivas na qualidade do sono e redução da fadiga após sessões de massagem, mesmo sem diferenças estatísticas nas medições por actigrafia (Jacobs et al., 2016), sendo muitas vezes solicitadas novamente (Kudchadkar et al., 2022), além disso também o treino respiratório foi considerado útil (Papaconstantinou et al., 2016). Para além do impacto direto no sono, algumas práticas parecem repercutir-se positivamente no bem-estar geral. Xavier et al. (2024) associaram uma melhor qualidade de sono a níveis mais elevados de resiliência emocional e melhoria da qualidade de vida física e psicossocial em crianças com doenças crónicas. Outros estudos relacionam o sono mais protegido com menos irritabilidade e ansiedade (Papaconstantinou et al., 2016; Fidler et al., 2025).

Não obstante dos benefícios referidos anteriormente, vários desafios foram também identificados, destacando-se as dificuldades enfrentadas pelos profissionais ao tentarem conciliar a prestação de cuidados com a preservação do sono, sobretudo durante a noite (Stremmler et al., 2015);

a ausência de políticas institucionais claras, a necessidade de formação e a importância da mentoria (Stremmler et al., 2015; El Arab et al., 2025). A pequena dimensão amostral de alguns estudos e a predominância de dados autorreportados são outras limitações que comprometem a generalização dos resultados (Kudchadkar et al., 2022; Hybschmann et al., 2021).

Em síntese, embora persistam lacunas na robustez da evidência para algumas intervenções, os dados disponíveis sugerem que abordagens combinadas - envolvendo educação, conforto, ajuste do ambiente, revisão das rotinas clínicas e envolvimento familiar - podem melhorar significativamente a experiência de sono e o bem-estar global de crianças e jovens hospitalizados. No quadro seguinte encontram-se os principais resultados e a eficácia reportada das distintas práticas de enfermagem na promoção do sono.

Quadro 9- Síntese dos principais resultados e eficácia das práticas de enfermagem promotoras do sono

Tipo de Intervenção / Estratégia	Principais Resultados Reportados	Estudo(s) Associado(s)
Educação parental e respiração diafragmática	Aumento do tempo total de sono e redução do tempo acordado após adormecer	Papaconstantinou et al., 2016
Intervenção educativa e ambiental combinada	Redução do número médio de despertares noturnos	Lechosa-Muñiz et al., 2024
Redução de monitorizações noturnas (ex. PA)	Mais 82 minutos de sono noturno e menos interrupções por profissionais	Cook et al., 2020
Aromaterapia (óleo essencial de laranja)	Melhoria na iniciação, continuidade e duração do sono (BEARS)	Salarfard et al., 2023
Terapias multicomponentes de relaxamento	Evidência inconsistente; baixa certeza nas medidas objetivas do sono	Kudchadkar et al., 2022
Massagem em adolescentes com cancro	Melhorias subjetivas na qualidade do sono e na fadiga; sem diferença estatística	Jacobs et al., 2016
Promoção do sono e bem-estar geral	Correlação com resiliência emocional, menor ansiedade e melhor qualidade de vida	Xavier et al., 2024; Fidler et al., 2025

Aceitabilidade e adesão pelas famílias	Alta aceitação pelas crianças e pais; desejo de repetição	Papaconstantinou et al., 2016; Kudchadkar et al., 2022
Barreiras à implementação	Dificuldade em equilibrar cuidados e sono; necessidade de políticas e mentoria	Stremmler et al., 2015; El Arab et al., 2025
Protocolos de "Sono Protegido" (suspensão de vigilância)	Segurança confirmada (zero eventos adversos em 2 anos) e redução de prescrição de hipnóticos.	Anderson et al., 2024

4 – Discussão

4.1 Interpretação crítica dos principais achados

A análise integrada dos estudos incluídos nesta revisão revela um cenário de grande complexidade, onde a promoção do sono em pediatria se encontra numa encruzilhada entre a evidência científica robusta e a inércia das práticas clínicas instituídas. O dado mais contundente que emerge desta síntese é o desfasamento entre as causas da perturbação do sono e o foco das intervenções habitualmente implementadas. Conforme sistematizado no *Pediatric Inpatient Sleep Model* proposto por Fidler et al. (2022), embora a esmagadora maioria dos fatores disruptivos seja de natureza ambiental e sistémica (como o ruído, a luz e a organização de cuidados), uma parte significativa das intervenções continua a incidir sobre a criança, através de técnicas de relaxamento ou higiene do sono. Este paradoxo sugere que, frequentemente, tentamos adaptar a criança a um ambiente hostil, em vez de adaptarmos o ambiente às necessidades biológicas da criança.

A quantificação objetiva destes disruptores, trazida pelos estudos mais recentes, retira a subjetividade habitualmente associada às queixas das famílias. Não se trata apenas de "desconforto"; trata-se de agressão fisiológica. A análise integrada destes achados revela um cenário de grande complexidade. A literatura sugere que o ambiente hospitalar atua frequentemente como um verdadeiro 'ambiente hostil' ao repouso, impondo estímulos sensoriais que colidem com os ritmos biológicos da criança. É particularmente interpetativo constatar, como evidenciado por Soubra et al. (2018), que os picos de ruído e a própria presença física dos profissionais de enfermagem no quarto constituem, por si só, fatores diretos de disrupção do sono. Estudos observacionais corroboram de forma taxativa esta realidade: Xavier et al. (2024) quantificaram que os défices de sono na enfermaria podem atingir várias horas por noite, com as crianças a sofrerem uma média de sete interrupções noturnas. Adicionalmente, na perspetiva qualitativa dos pais, investigações como a de Hybschmann et al. (2021) revelam que a luz artificial constante e as rotinas da enfermaria não afetam apenas o doente, mas privam de sono o próprio cuidador, criando uma mistura "tóxica" de exaustão e stress. Esta constatação expõe um profundo paradoxo na nossa prática: a necessidade de vigilância clínica, essencial para garantir a segurança, acaba frequentemente por interromper o repouso necessário para a recuperação.

No entanto, a presente revisão também ilumina caminhos de solução que desafiam o dogma da "vigilância constante". O trabalho desenvolvido por Anderson et al. (2024) constitui um marco importante ao provar que a implementação de protocolos de "Sono Protegido", como o programa *TeenSleepWell*, permite instituir períodos de 8 horas sem observações horárias em doentes estratificados pelo risco, sem qualquer aumento de eventos adversos. Este achado é crucial para desconstruir o receio clínico de que "menos monitorização" significa "menos segurança". Pelo contrário, tal como sugerem os autores, a proteção do sono pode reduzir a necessidade de intervenção farmacológica, nomeadamente a prescrição de hipnóticos.

A dimensão relacional emerge igualmente com contornos novos. A investigação conduzida por Fidler et al. (2025) alerta para uma discrepância de perspetivas entre profissionais e famílias: enquanto os enfermeiros tendem a sugerir mudanças no comportamento do doente (como horários rígidos ou redução de ecrãs), as famílias priorizam mudanças no sistema (como a redução do ruído e o suporte ao cuidador). A investigação de Fidler et al. (2025) já alertava para este desalinhamento, demonstrando que médicos e enfermeiros frequentemente discordam das famílias sobre o que mais perturba o sono, embora os pais identifiquem consistentemente as intervenções clínicas (como a verificação de sinais vitais) como os principais disruptores. Contudo, e de forma encorajadora, Fidler et al. (2025) evidenciaram através de grupos focais que tanto os familiares como os profissionais de saúde partilham uma perceção semelhante sobre a qualidade do sono e os seus disruptores, o que valida a importância de uma avaliação conjunta. Toda esta divergência e negociação reforçam a pertinência do conceito de pais como "guardiões do sono" (sleep advocates), descrito por van der Perk et al. (2023). Segundo estes autores, o enfermeiro deve assumir uma posição de responsabilidade acrescida: não apenas como prestador de cuidados, mas como facilitador que legitima e encoraja a defesa do sono feita pela família, muitas vezes silenciada pelo receio de interferir no trabalho da equipa.

Em suma, a literatura atual aponta que a excelência na promoção do sono não reside em intervenções isoladas, mas numa mudança cultural. Como defendem Cook et al. (2020) e Anderson et al. (2024), é necessário integrar a gestão ambiental rigorosa com a coragem clínica para promover o abandono de práticas de vigilância desnecessárias, validando o sono como um sinal vital tão importante quanto aqueles que tradicionalmente o interrompem para serem avaliados.

4.2 Articulação com a literatura e os modelos teóricos de enfermagem

Os resultados desta revisão integram-se num conjunto crescente de estudos que reconhecem o sono como parte essencial dos cuidados de enfermagem em contexto pediátrico. Esta visão está longe de ser recente, mas ganha novo fôlego quando articulada com modelos teóricos que ajudam a dar sentido às práticas observadas nos serviços.

Um desses modelos é a Teoria do Conforto, proposta por Kolcaba. Esta abordagem interpreta o conforto não só como ausência de dor, mas como uma experiência mais ampla — que inclui segurança, tranquilidade e bem-estar emocional. Quando os enfermeiros ajustam a luz do quarto, evitam ruídos ou agrupam cuidados para não interromper o sono, estão a aplicar este conceito na prática. Não se trata apenas de técnica, mas de criar um ambiente onde a criança possa, de facto, descansar. A Teoria do Conforto de Kolcaba ganha uma nova dimensão operacional com a evidência recente. O conceito de 'Sono Protegido', validado por Anderson et al. (2024), demonstra que a garantia de blocos de 8 horas sem interrupções não é apenas uma medida de gestão, mas a concretização do conforto no contexto ambiental e físico, essencial para a recuperação.

Também a Teoria da Regulação do Sono ajuda a compreender o impacto de fatores como o ruído, a dor ou a ansiedade. Estes elementos interferem com mecanismos internos que controlam o sono (não só a sua duração, mas também a sua profundidade). O ensaio clínico de Rogers et al. (2020), por exemplo, demonstra como a consolidação dos ritmos de atividade circadiana fica severamente comprometida em crianças hospitalizadas, provando que o ambiente hospitalar desregula de forma mensurável o próprio relógio biológico. Aqui, o papel da enfermagem é, muitas vezes, de intermediação entre a biologia e o ambiente: reduzir estímulos, acalmar emoções e permitir que o organismo da criança retome o equilíbrio.

O Modelo de Adaptação de Roy, por outro lado, ajuda-nos a pensar nas exigências que a hospitalização impõe à criança. Estar internado implica lidar com mudanças, incertezas e desconfortos. O sono, neste contexto, não é um simples hábito fisiológico — é um recurso para reorganizar o corpo e a mente. Práticas de enfermagem que protegem o sono funcionam como apoio a essa adaptação interna.

No campo relacional, o modelo do Cuidado Centrado na Família é reforçado pelos achados de vários estudos que sugerem que a promoção do sono exige uma verdadeira “negociação de cuidados”, onde os enfermeiros legitimam os pais como 'guardiões do sono' e parceiros ativos na gestão do ambiente, validando as suas preocupações não como interferência, mas como competência

parental (Fidler et al., 2025; van der Perk et al., 2023).

A este propósito, importa resgatar uma observação empírica decorrente do percurso académico do autor. Durante a sua formação como enfermeiro especialista, a integração num estudo focado nas práticas de promoção do sono em unidades pediátricas revelou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre as práticas reportadas por enfermeiros especialistas e generalistas (Silva et al., 2021). Este dado, embora não integre a amostra formal da presente revisão, suscita interrogações pertinentes: estará a formação especializada a ser plenamente traduzida na prática clínica? Ou existirão obstáculos sistémicos — como a escassez de tempo, a falta de liderança clínica ou o reduzido reconhecimento institucional — que atenuam essas diferenças? A evocação desta investigação prévia não visa acrescentar evidência à revisão, mas antes instigar uma leitura mais crítica dos resultados atuais e perspetivar lacunas prementes para investigação futura.

No essencial, estes modelos poderão ser considerados, não como estruturas rígidas, mas sim, perspetivas que nos permitem compreender a realidade de forma mais atenta e sensível. Cada um contribui com aspetos que ajudam a explicar o fenómeno - seja o conforto, a adaptação, o vínculo ou a autorregulação - e, em conjunto, conduzem-nos a uma mesma conclusão: promover o sono é, antes de mais, um ato de cuidado atento e cheio de significado.

4.3 Implicações para a prática clínica, formação e organização dos cuidados

O reconhecimento do sono como parte integrante do cuidado em enfermagem pediátrica hospitalar deixou de ser uma mera aspiração teórica é, hoje, uma exigência clínica concreta. Esta revisão integrativa não só confirma essa centralidade, como evidencia o impacto direto que a qualidade do sono pode ter sobre a recuperação da criança, o seu equilíbrio emocional e a experiência global de internamento.

No concerne à prática clínica, as implicações dos achados desta revisão exigem uma postura proativa. Os enfermeiros, dada a sua presença contínua e proximidade, encontram-se numa posição privilegiada para implementar estratégias que favoreçam a continuidade do sono, desde o ajuste ponderado da iluminação à reorganização das intervenções noturnas. Importa sublinhar que a operacionalização destas medidas não carece, na generalidade, de avultados investimentos materiais. Requer, antes, uma intencionalidade clínica rigorosa e uma cultura de equipa que assuma a proteção do repouso como um indicador de qualidade assistencial e um componente inalienável do plano terapêutico da criança.

A transposição da evidência para a prática exige, contudo, "coragem clínica" para desafiar a inércia das rotinas instituídas. Apoiados nos resultados de segurança de Anderson et al. (2024) — que não registraram eventos adversos ao suspender observações noturnas — e na eficácia demonstrada por Cook et al. (2020), os enfermeiros detêm agora suporte empírico para liderar a "descontinuação" de vigilâncias horárias em crianças estáveis. A prática deve evoluir de uma monitorização cega por protocolo para uma avaliação baseada no risco, onde a decisão de *não acordar* a criança é reconhecida como um ato de cuidado competente e seguro, e não como uma omissão de vigilância.

No domínio da formação, os achados desta revisão sugerem que o sono continua a ser um tema, talvez, algo negligenciado nos currículos académicos. A inclusão de conteúdos específicos sobre sono pediátrico, tanto ao nível da licenciatura como na formação especializada, afigura-se como um passo decisivo para capacitar os profissionais desde o início da sua actividade profissional. A sensibilização "per si" não é suficiente, sendo recomendável formar com profundidade e fomentar uma atualização contínua das práticas, sempre com base na melhor evidência disponível. Ainda neste plano, a supervisão clínica pode assumir um papel formativo de relevo.

Em ambientes de particular complexidade e frequentemente pressionados por múltiplas tarefas, os enfermeiros mais experientes (ou aqueles com formação avançada em áreas específicas) podem funcionar como autênticas referências e como dinamizadores de boas práticas (aprendizagem pelos pares).

No que respeita à organização dos cuidados, os dados aqui analisados deixam claro que, sem estruturas de apoio sólidas, as melhores intenções tendem a esbarrar em constrangimentos palpáveis. A escassez de recursos humanos, a sobrecarga que pesa sobre as equipas e a ausência de diretrizes operacionais claras surgem como barreiras recorrentes. Para que o sono se torne, verdadeiramente, uma prioridade institucional, será necessário mais do que declarações de intenção: Impõe-se rever protocolos, ajustar horários e, sobretudo, legitimar este domínio como parte integrante e inalienável da qualidade assistencial.

Por outro lado, e como nota de otimismo, algumas instituições têm demonstrado que mudanças organizacionais, por vezes até bastante simples (a criação de "horários protegidos" de silêncio, a introdução de sinalética que convida ao descanso ou uma maior flexibilização de rotinas invasivas durante a noite), podem ter um impacto significativo na melhoria da experiência de internamento. São exemplos concretos de como políticas sensíveis ao sono podem ser implementadas, muitas vezes sem grandes custos, mas com efeitos reais e visíveis na humanização dos cuidados.

Promover o sono da criança hospitalizada não é uma redundância, um devaneio, tão pouco

um luxo assistencial. É um ato de cuidado diferenciado e ancorado na evidência, na ética e na atenção ao detalhe. Exige sensibilidade e preparação profissional, estruturas sensíveis e decisões organizacionais que não hesitem em concretizar uma cultura verdadeiramente humanizada. Assumir o respeito pelo sono da criança ou jovem hospitalizado, enquanto enfermeiro, é dignificar a relação única e fundamental entre quem cuida e quem é cuidado

4.4 Limitações da evidência e sugestões para investigação futura

O percurso realizado ao longo desta revisão integrativa, se bem que revelador de um corpo de conhecimento em crescimento sobre o sono em pediatria, manifesta também, como é inerente a qualquer processo investigativo, as margens do que já se consolidou e as vastas áreas que ainda convidam à exploração. Reconhecer estas fronteiras não é diminuir o valor dos achados; é, antes, um exercício de rigor científico que antecipa potencialidades e ilumina os próximos passos para robustecer a prática baseada na evidência.

Um olhar crítico sobre os estudos evidencia uma considerável diversidade metodológica. Importa notar que parte da nova evidência robusta, como o protocolo descrito por Anderson et al. (2024), provém de projetos de Melhoria da Qualidade (QI) e não de Ensaios Clínicos Randomizados (RCTs). Ainda que estes estudos beneficiem de forte validade ecológica, evidenciando a aplicabilidade prática e a segurança das intervenções, carecem de grupos de controlo rigorosos, o que restringe a extrapolação dos achados. Adicionalmente, a heterogeneidade nas ferramentas de medição (subjetivas vs. objetivas) continua a dificultar a comparação direta da eficácia entre diferentes intervenções.

Outro aspeto que merece ponderação prende-se com a multiplicidade de instrumentos e métricas utilizados para avaliar o sono e os seus desfechos. A variabilidade é notória, desde questionários de perceção subjetiva, por vezes não universalmente validados, até à ausência, em muitos casos, de métodos de avaliação mais objetivos. Esta falta de padronização, como se entenderá, dificulta não só a replicação dos estudos, mas também o estabelecimento de relações causais mais seguras entre as intervenções e os seus reais efeitos no descanso da criança.

A distribuição geográfica da produção científica constitui uma terceira vertente a considerar. Observa-se um predomínio de investigações originárias de países com sistemas de saúde e recursos para investigação bem estabelecidos, o que se compreende. No entanto, a menor visibilidade de estudos conduzidos em contextos lusófonos, ou em realidades com diferentes culturas

organizacionais e disponibilidade de recursos, levanta questões sobre a transferibilidade ou reprodução de muitos dos achados. As dinâmicas assistenciais, o envolvimento familiar e as próprias estruturas institucionais em Portugal, por exemplo, possuem particularidades que carecem de ser consideradas na adaptação e implementação de práticas validadas noutros cenários.

Finalmente, e num exercício de autocrítica, esta própria revisão integrativa encerra as suas limitações. A seleção de bases de dados, a definição dos termos de pesquisa e o intervalo temporal considerado, ainda que metodologicamente fundamentados, representam sempre um recorte da totalidade do conhecimento existente. A possibilidade de um viés de publicação – a tendência para que estudos com resultados considerados "positivos" sejam mais facilmente publicados do que aqueles com achados nulos ou inconclusivos – é uma realidade inerente a qualquer síntese de literatura.

Contudo, onde existem limites, surgem também oportunidades claras para o avanço do conhecimento. O campo da promoção do sono em pediatria hospitalar está fértil para novas e mais robustas investigações. Há uma necessidade evidente de estudos multicêntricos, com amostras mais amplas e diversificadas, que recorram a metodologias mistas para aliar a profundidade da compreensão qualitativa à força dos dados quantitativos. A utilização de tecnologias validadas para a avaliação objetiva do sono, como a actigrafia, em paralelo com os relatos das crianças e famílias, permitiria, por certo, uma visão mais completa e abrangente sobre o que realmente funciona, porquê e em que circunstâncias.

Uma linha de investigação particularmente promissora situa-se na ciência da implementação. Para além de identificar práticas eficazes, é crucial perceber como integrá-las de forma sustentável no complexo quotidiano dos serviços de saúde. Isto implica estudar as barreiras institucionais e as estratégias para as superar, os fatores que promovem a adesão das equipas e os elementos contextuais que podem facilitar (ou dificultar) a aplicação consistente de intervenções que melhorem o sono das crianças.

Neste particular, a inquietação partilhada anteriormente - sobre a ausência de diferenças palpáveis nas práticas reportadas por enfermeiros especialistas e generalistas no nosso contexto nacional (Silva et al., 2021) - poderia servir de catalisador para estudos futuros. Aprofundar o papel da formação especializada, da liderança clínica e das culturas organizacionais na efetivação destas práticas é um caminho que merece ser trilhado, para que o desejável se torne, cada vez mais, o exequível.

Em última análise, são as perguntas que ainda pairam no ar, as lacunas no que sabemos, que

verdadeiramente impulsionam a roda da investigação. Identificar os limites da evidência atual não é um ato de pessimismo, mas sim um convite à lucidez na prática. E uma prática mais lúcida é, inevitavelmente, uma prática mais justa e mais humana para com aqueles que dela mais dependem: a criança que atravessa a delicada experiência da hospitalização e todos os que, a seu lado, partilham desse tempo.

Conclusão

A presente dissertação de mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica teve como objetivo primordial identificar, analisar criticamente e sintetizar, através de uma revisão integrativa da literatura, orientada pela metodologia do *Joanna Briggs Institute*, a evidência científica disponível sobre as intervenções de enfermagem promotoras do sono em crianças e jovens no contexto de hospitalização.

Esta revisão integrativa permitiu consolidar a evidência de que o sono em crianças e jovens hospitalizados se encontra profundamente comprometido, não apenas pela condição de doença, mas, paradoxalmente, pela própria estrutura dos cuidados de saúde. A análise transversal dos estudos revela que o ambiente hospitalar atua frequentemente como um disruptor biológico. Como evidenciado por Soubra et al. (2018) e Hybschmann et al. (2021), os níveis de ruído e luminosidade excedem largamente as recomendações internacionais, aumentando significativamente o risco de despertar e a fragmentação do sono.

Uma das conclusões mais robustas desta síntese prende-se com a desconstrução do dogma da vigilância contínua. A evidência recente sugere que a presença constante de profissionais no quarto pode constituir, por si só, um fator de perturbação. Neste sentido, os resultados apresentados por Anderson et al. (2024) são fundamentais: a implementação de protocolos de "Sono Protegido", que preveem a suspensão de sinais vitais noturnos em doentes de baixo risco, não acarretou eventos adversos e demonstrou potencial para reduzir a necessidade de sedação farmacológica. Este dado desafia a prática instituída, sugerindo que a segurança clínica também passa por permitir o descanso ininterrupto.

Identificou-se, contudo, um desfasamento crítico entre a natureza dos problemas e o foco das soluções. Tal como alertam Fidler et al. (2022), embora os principais fatores de perturbação sejam ambientais e sistémicos (ruído, luz, organização de rotinas), uma parte significativa das intervenções continua a incidir sobre a adaptação da criança, através de técnicas de relaxamento ou higiene do sono. Esta revisão sublinha que a eficácia das intervenções de enfermagem depende de uma abordagem ecológica, onde a gestão rigorosa do ambiente terapêutico deve preceder ou acompanhar a intervenção comportamental na criança.

No domínio relacional, conclui-se que a parceria de cuidados carece de uma redefinição.

Conforme descrevem van der Perk et al. (2023), os pais assumem-se frequentemente como "guardiões do sono", mas sentem-se inibidos de exercer esse papel perante a autoridade clínica. Assim, a competência do enfermeiro especialista não reside apenas na execução técnica de procedimentos silenciosos, mas na capacidade de negociar expectativas e legitimar a família como parceira ativa na proteção do descanso, uma necessidade reforçada pelas observações de Fidler et al. (2025) sobre as diferentes percepções entre equipas e famílias.

Reconhecemos que este trabalho tem limitações, apesar do rigor metodológico aplicado. A heterogeneidade das metodologias usadas nos estudos incluídos e a falta de padronização na qualidade das investigações comprometem parte dos resultados. Não podemos ignorar, ainda, que a revisão integrativa – mesmo sendo uma ferramenta valiosa para sínteses amplas – não é imune a distorções, seja na escolha dos artigos ou na leitura crítica que deles fazemos.

Olhando para o futuro, e complementando as linhas de investigação já propostas, é crucial priorizar estudos que analisem não só a relação custo-benefício das intervenções promotoras do sono, mas também os efeitos a longo prazo destas práticas na saúde física e emocional das crianças. É igualmente vital desenvolver pesquisas que incluam diretamente as crianças e jovens na discussão, através de métodos inovadores (como entrevistas adaptadas ou dinâmicas lúdicas), para compreender as suas percepções sobre o sono e as estratégias usadas nos hospitais. No contexto português, é urgente mapear as práticas atuais e os seus resultados nos nossos hospitais pediátricos, assim como estudos que identifiquem obstáculos concretos à aplicação de cuidados baseados em evidência e proponham soluções adaptadas à realidade nacional. Este trabalho procurou destacar que promover o sono de crianças e jovens hospitalizados vai muito além de uma simples rotina técnica – é parte essencial de um cuidado verdadeiramente humano e elemento central da enfermagem pediátrica. Como demonstram as histórias partilhadas pelos profissionais de saúde, garantir o conforto e o descanso destes pacientes permite aos enfermeiros não só ajudar a aliviar o sofrimento e a acelerar a recuperação, mas também transformar a experiência da criança e da sua família, mesmo num momento de grande fragilidade, em algo mais digno e respeitoso.

Em resumo, a promoção do sono em pediatria deve transitar de uma medida de conforto acessória para um imperativo de segurança e qualidade clínica. O futuro destes cuidados passa pela adoção de uma cultura organizacional onde o respeito pelos ritmos circadianos seja valorizado como um sinal vital, tão essencial à recuperação quanto as monitorizações que tradicionalmente o interrompem.

Referências Bibliográficas

- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI.
<https://synthesismanual.jbi.global>
- Anderson, K. N., Bowles, R., Fyfe, C., Weddle, R., & Keown, P. (2024). Development and evaluation of a personalised sleep care plan on child and adolescent in-patient mental health wards. *BJPsych Bulletin*, 1–5. <https://doi.org/10.1192/bjb.2024.41>
- Anggerainy, S. W., Wanda, D., & Nurhaeni, N. (2019). Music therapy and story telling: Nursing interventions to improve sleep in hospitalized children. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 42(S1), 82–89. <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1578299>
- Bathory, E., & Tomopoulos, S. (2017). Sleep regulation, physiology and development, sleep duration and patterns, and sleep hygiene in infants, toddlers, and preschool-age children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(1), 29–42.
<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>
- Carvalho, J. I. C., Batista, A. F. C., Vaz, J. F., & Santos, A. R. R. dos. (2019). Promoção do sono seguro no recém-nascido pré-termo em unidades de neonatologia. *Pensar Enfermagem*, 23(2), 57–63. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v23i2.163>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE®) Versão 2*. Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE®) Versão 2019*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>
- Cook, D. J., Arora, V. M., Chamberlain, M., Anderson, S., Peirce, L., Erondy, A., Ahmed, F., Kilaru, M., Edstrom, E., Gonzalez, M., Ridgeway, R., Stanly, S., LaFond, C., Fromme, H. B., Clardy, C., & Orlov, N. M. (2020). Improving hospitalized children's sleep by reducing excessive overnight blood pressure monitoring. *Pediatrics*, 146(3), e20192217.
<https://doi.org/10.1542/peds.2019-2217>

- Cowherd, E. L., Sutton, A. G., Vincent, J. O., Humphries, M. S., Ritter, V., Fine, J., & Steiner, M. J. (2019). Timing and duration of sleep in hospitalized children: An observational study. *Hospital Pediatrics*, 9(5), 333–340. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0236>
- Crous, E. C., & North, N. (2021). Sleep promotion for hospitalised children: Developing an evidence-based guideline for nurses. *Curationis*, 44(1), a2219. <https://doi.org/10.4102/curationis.v44i1.2219>
- El Arab, R. A., Alzghoul, H., Abu-Mahfouz, M. S., Aldarwish, Z., Abbadi, M., Ghashi, E., Alsaffar, G., Alasmkh, W., & Seweid, M. M. (2025). Nurses' perspectives on the sleep quality of hospitalized patients in Al Ahsa, Saudi Arabia. *Nursing Reports*, 15(2), 308–321. <https://doi.org/10.3390/nursrep15020054>
- El-Sheikh, M., Philbrook, L. E., Kelly, R. J., Hinnant, J. B., & Buckhalt, J. A. (2019). What does a good night's sleep mean? Nonlinear relations between sleep and children's cognitive functioning and mental health. *Sleep*, 42(12), zsz078. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz078>
- Erondu, A. I., Orlov, N. M., Peirce, L. B., Anderson, S. L., Chamberlain, M., Hopkins, K., Lyttle, C., Gozal, D., & Arora, V. M. (2019). Characterizing pediatric inpatient sleep duration and disruptions. *Sleep Health*, 5(3), 241–247. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2019.01.013>
- Farias, D. H. R., Almeida, M. F. F., Gomes, G. C., Lunardi, V. L., Queiroz, M. V. O., Nörnberg, P. K. O., & Lourenção, L. G. (2020). Beliefs, values and practices of families in the care of hospitalized children: subsidies for nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Supl 4), e20190553. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0553>
- Fidler, A. L., O'Connor, G., Beebe, D. W., Wang, Y. M., Crosby, L. E., & Dandoy, C. E. (2025). How to Improve the Sleep of Hospitalized Pediatric Patients: Family and Staff Focus Groups. *Transplantation and Cellular Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.jtct.2025.05.025>
- Fidler, A. L., Voorhees, S., Zhou, E. S., Stacciarini, J. M., & Fedele, D. A. (2022). A systematic review and proposed conceptual model of sleep disturbances during pediatric hospitalizations. *Sleep*, 45(5), zsac038. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsac038>
- Geyer, J. E., Smith, P. K., & Kair, L. R. (2016). Safe sleep for pediatric inpatients. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 21(3), 119–130. <https://doi.org/10.1111/jspn.12146>

- Hybschmann, J., Topperzer, M. K., Gærde, L. K., Born, P., Mathiasen, R., Sehested, A. M., Jennum, P. J., & Sørensen, J. L. (2021). Sleep in hospitalized children and adolescents: A scoping review. *Sleep Medicine Reviews*, 59, 101496. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101496>
- Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. (2021, junho). *Guia orientador de trabalhos escritos*. <https://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/UNICISE/DOCUMENTOS/GuiaTrabalhosEscritos2021.pdf>
- Jacobs, S., Mowbray, C., Muser Cates, L., Baylor, A., Gable, C., Skora, E., Estrada, M., Cheng, Y., Wang, J., Lewin, D., & Hinds, P. (2016). Pilot study of massage to improve sleep and fatigue in hospitalized adolescents with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 63(5), 880–886. <https://doi.org/10.1002/pbc.25902>
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187–194.
- Kudchadkar, S. R., Aljohani, O., Johns, J., Leroux, A., Alsafi, E., Jastaniah, E., Al-Harbi, S., Al-Ghamdi, S., Al-Abbad, A., AlKhathaami, A. M., Al-Saleh, S., AlSharif, N., Magrabi, K., Tumuluri, K., Al-Madani, A., Al Subaei, M., AlJasser, A., Winters, B. D., Crainiceanu, A., ... Crainiceanu, C. M. (2019). Day-night activity in hospitalized children after major surgery: An analysis of 2271 hospital days. *The Journal of Pediatrics*, 213, 173–180.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.01.054>
- Kudchadkar, S. R., Berger, J., Patel, R., Barnes, S., Twose, C., Walker, T., Mitchell, R., Song, J., Anton, B., & Punjabi, N. M. (2022). Non-pharmacological interventions for sleep promotion in hospitalized children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(6), CD012908. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012908.pub2>
- Lechosa-Muñiz, C., Ruiz-Azcona, L., Pérez Belmonte, E., Paz-Zulueta, M., & Cabero-Pérez, M. J. (2024). Impact of an intervention aimed at improving sleep quality in hospitalized children. *Children*, 11(7), 848. <https://doi.org/10.3390/children11070848>
- Liu, J., Tian, X., Yuan, A., & Zhang, J. (2024). Childhood sleep: Assessments, risk factors, and potential mechanisms. *Pediatric Research*, 95(1), 106–117. <https://doi.org/10.1038/s41390-023-02876-6>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018, de 17 de maio. Perfil das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e

Pediátrica. *Diário da República*, 2.^a série, N.º 95, 12958-12960.

<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115340528>

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(n71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Papaconstantinou, E. A., Hodnett, E., & Stremler, R. (2017). A behavioral-educational intervention to promote pediatric sleep during hospitalization: A pilot randomized controlled trial. *Behavioral Sleep Medicine*, 15(5), 396–412. <https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1228639>
- 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>
- Peirce, L. B., Orlov, N. M., Erondy, A. I., Anderson, S. L., Chamberlain, M., Gozal, D., & Arora, V. M. (2018). Caregiver and staff perceptions of disruptions to pediatric inpatient sleep. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14(11), 1895–1902. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7488>
- Rogers, V. E., Zhu, S., Mandrell, B. N., Ancoli-Israel, S., Liu, L., & Hinds, P. S. (2020). Relationship between circadian activity rhythms and fatigue in hospitalized children with CNS cancers receiving high-dose chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 28(3), 1459–1467. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04960-5>
- Salarfard, M., Zarei, B., Younesi, Z., Bidokhti, A. N., & Bojd, F. T. (2023). The effect of orange essential oil aromatherapy on sleep quality in hospitalized children. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal*, 13(1), 83–90. <https://doi.org/10.52547/pcnm.13.1.83>
- Sampath, R., Nayak, R., Gladston, S., Ebenezer, K., Mudd, S. S., Peck, J., Brenner, M. J., & Pandian, V. (2022). Sleep disturbance and psychological distress among hospitalized children in India: Parental perceptions on pediatric inpatient experiences. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 27(1), e12361. <https://doi.org/10.1111/jspn.12361>
- Silva, E., Roque, H., Fonseca, C., & Silva, D. (2021). Nurses' perception of sleep promotion for

- hospitalized children. *Millenium*, 2(ed espec n°8), 162-162.
- Soubra, M., Abou Harb, Y., Hatoum, S., Yazbeck, N., Khoury, M., Bou Mansour, E., & Badr, L. K. (2018). A Quality Improvement Project to Reduce Noise in a Pediatric Unit. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 43(1), 83-88.
<https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000394>
- Stickland, A., Clayton, E., Sankey, R., & Hill, C. M. (2016). A qualitative study of sleep quality in children and their resident parents when in hospital. *Archives of Disease in Childhood*, 101(6), 546–551. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309458>
- Stremmler, R., Adams, S., & Dryden-Palmer, K. (2015). Nurses' views of factors affecting sleep for hospitalized children and their families: A focus group study. *Research in Nursing & Health*, 38(4), 311–322. <https://doi.org/10.1002/nur.21664>
- Stremmler, R., Micsinszki, S., Adams, S., Parshuram, C., Pullenayegum, E., & Weiss, S. K. (2021). Objective Sleep Characteristics and Factors Associated With Sleep Duration and Waking During Pediatric Hospitalization. *JAMA Network Open*, 4(4), e213924.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.3924>
- Toyoura, M., Miike, T., Tajima, S., Matsuzawa, S., & Konishi, Y. (2020). Inadequate sleep as a contributor to impaired glucose tolerance: A cross-sectional study in children, adolescents, and young adults with circadian rhythm sleep-wake disorder. *Pediatric Diabetes*, 21(4), 557–564. <https://doi.org/10.1111/pedi.13003>
- Vennard, H., Buchan, E., Davies, P., Gibson, N., Lowe, D., & Langley, R. (2024). Paediatric sleep diagnostics in the 21st century: The era of “sleep-omics”? *European Respiratory Review*, 33(172), 240041. <https://doi.org/10.1183/16000617.0041-2024>
- Van der Perk, C. J., Burger, P., Maaskant, J., & Gemke, R. J. (2023). Parents' Experiences and Perspectives of Their Child's Sleep Quality During Hospitalization. *Clinical Pediatrics*, 63(6), 755–763. <https://doi.org/10.1177/00099228231188223>
- Witte, M. A., Lloyd, R. M., McGree, M., & Kawai, Y. (2023). Sleep quantity and quality of critically ill children perceived by caregivers and bedside nursing staff: A pilot study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 19(12), 2027–2033. <https://doi.org/10.5664/jcsm.10750>
- Xavier, W. D. S., Nunes, M. D. R., Abreu, M. P., Nascimento, L. C., & Rebutini, F. (2024). Children and adolescents hospitalized with chronic conditions: sleep patterns, resilience and quality of life. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 58, e20230363.

<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0363EN>

Xiu, L., Ekstedt, M., Hagströmer, M., Bruni, O., Bergqvist-Norén, L., & Marcus, C. (2020). Sleep and adiposity in children from 2 to 6 years of age. *Pediatrics*, *145*(3), e20191420.

<https://doi.org/10.1542/peds.2019-1420>

Anexos

Anexo I

Quadro Resumo - Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos Incluídos

Quadro Resumo - Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos Incluídos

Estudo (Autor, Ano)	Tipo de Estudo	Ferramenta JBI Aplicada	CrITÉrios Cumpridos / Total (%)	Classificação da Qualidade	Principais Limitações Metodológicas Apontadas
Anderson et al. (2024)	Projeto de Melhoria da Qualidade (QI)	Quasi-Experimental	6/9 (66,7%)	Moderada	Ausência de grupo de controlo (desenho pré/pós implementação); comparação histórica
Anggerainy et al. (2019)	Estudo Quase-Experimental	Quase-Experimental	5.5/9 (61%)	Moderada	Sem grupo controlo; alocação não aleatória; seguimento incompleto
Carvalho et al. (2019)	Revisão narrativa com reflexão prática	Narrativas	7/10 (70%)	Moderada	Sem avaliação crítica; não sistemático
Cook et al. (2020)	Estudo Transversal Analítico	Cross Sectional	8/8 (100%)	Elevada	Sem limitações destacadas
Crous & North (2021)	Relato de Diretriz Clínica	JBI + AGREE II	10/10 (100%)	Elevada	Não é empírico primário

Estudo (Autor, Ano)	Tipo de Estudo	Ferramenta JBI Aplicada	CrITÉrios Cumpridos / Total (%)	Classificação da Qualidade	Principais Limitações Metodológicas Apontadas
El Arab et al. (2025)	Estudo Qualitativo	Qualitative	10/10 (100%)	Elevada	Sem limitações destacadas
Fidler et al. (2025)	Estudo Qualitativo (Grupos Focais)	Qualitative	9/10 (90%)	Elevada	Estudo unicêntrico; foco na conveniência da amostra
Fidler et al. (2022)	Revisão Sistemática	Systematic Reviews	10/11 (91%)	Elevada	Heterogeneidade dos estudos impediu meta-análise; exclusão de literatura cinzenta
Hybschmann et al. (2021)	Revisão de Escopo	Scoping	11/11 (100%)	Elevada	Exclusão de literatura cinzenta; heterogeneidade
Jacobs et al. (2016)	Ensaio Clínico Randomizado (Piloto)	RCT	9/13 (69%)	Moderada	Randomização não descrita; ITT ausente

Estudo (Autor, Ano)	Tipo de Estudo	Ferramenta JBI Aplicada	Critérios Cumpridos / Total (%)	Classificação da Qualidade	Principais Limitações Metodológicas Apontadas
Kudchadkar et al. (2022)	Revisão Sistemática (Cochrane)	Systematic Reviews	9/11 (82%)	Elevada	Avaliação do viés não clara
Lechosa-Muñiz et al. (2024)	Estudo Transversal Analítico	Cross Sectional	8/8 (100%)	Elevada	Sem limitações destacadas
Papaconstantinou et al. (2016)	Ensaio Clínico Randomizado Piloto	RCT	11/13 (84,6%)	Elevada (piloto)	Pequena amostra; viés de desempenho
Rogers et al. (2020)	Estudo Observacional Transversal	Cross Sectional	8/8 (100%)	Elevada	Sem limitações destacadas
Salarfard et al. (2023)	Estudo Quase-Experimental	Quasi-Experimental	8/9 (89%)	Moderada	Sem cegamento; placebo identificável
Soubra et al. (2018)	Projeto de Melhoria da Qualidade (QI)	Quasi-Experimental	8/9 (88,8%)	Elevada	Amostra pequena no inquérito de satisfação; estudo unicêntrico

Estudo (Autor, Ano)	Tipo de Estudo	Ferramenta JBI Aplicada	Critérios Cumpridos / Total (%)	Classificação da Qualidade	Principais Limitações Metodológicas Apontadas
Stremmer et al. (2015)	Estudo Qualitativo Descritivo	Qualitative	9/10 (90%)	Elevada	Relação investigador-participante fraca
Van der Perk et al. (2023)	Estudo Qualitativo (Fenomenológico)	Qualitative	9/10 (90%)	Elevada	Uso de relatos por procuração (pais a reportar experiência da criança)

Anexo II

Grelha de Avaliação Crítica (JBI) - Estudos de Investigação Qualitativa

Grelha de Avaliação Crítica (JBI) - Estudos de Investigação Qualitativa

Nº	Critério de avaliação	Sim/Não/Não se aplica	Citação /referencia
1	Os critérios filosóficos ou teóricos são claramente declarados?		
2	A congruência entre a perspectiva filosófica e a metodologia é evidente?		
3	A congruência entre a metodologia e os métodos de recolha de dados é evidente?		
4	A congruência entre a metodologia e a análise de dados é evidente?		
5	A congruência entre a metodologia e a interpretação dos resultados é evidente?		
6	Há declaração do posicionamento do investigador cultural ou teoricamente?		
7	A influência do investigador sobre a pesquisa (e vice-versa) foi abordada?		
8	A representação dos participantes e suas vozes é autêntica?		
9	A ética da pesquisa foi aprovada por um comité apropriado?		
10	As conclusões derivam da análise dos dados apresentados?		

Anexo III

Grelha de Avaliação Crítica (JBI) - Estudos de Transversais Analíticas

Grelha de Avaliação Crítica (JBI) - Estudos de Transversais Analíticos

Nº	Critério de avaliação	Sim/Não/Não se aplica	Citação /referencia
1	Os critérios de inclusão dos participantes estão claramente definidos?		
2	Os participantes e o cenário do estudo são descritos com detalhe?		
3	A exposição foi medida de forma válida e fiável?		
4	As condições ou resultados foram medidos de maneira válida e fiável?		
5	Foram identificados e tratados possíveis fatores de confusão?		
6	Foram usadas estratégias estatísticas adequadas para a análise dos dados?		
7	Os resultados foram medidos de forma válida e fiável?		
8	Foi utilizada análise estatística apropriada?		

Anexo IV

Grelha de Avaliação Crítica (JBI) - Estudos de Métodos Mistos

Grelha de Avaliação Crítica (JBI) - Estudos de Métodos Mistos

Nº	Critério de avaliação	Sim/Não/Não se aplica	Citação /referencia
1	Há uma justificativa clara para o uso de métodos mistos?		
2	As componentes qualitativa e quantitativa são abordadas com rigor metodológico?		
3	Existe uma integração apropriada entre os métodos na recolha e análise de dados?		
4	É apresentada uma interpretação global coerente dos resultados integrados?		
5	O desenho metodológico é adequado aos objetivos do estudo?		
6	São explicitadas limitações e potencial enviesamento dos diferentes métodos?		

Anexo V

Grelha de Avaliação Crítica (JBI) – Ensaios Clínicos Randomizados

Grelha de Avaliação Crítica (JBI) – Ensaios Clínicos Randomizados

Nº	Critério de Avaliação	Sim/Não/Não se aplica	Citação /referencia
1	Foi utilizada uma sequência verdadeiramente aleatória para a alocação dos participantes nos grupos?		
2	A alocação dos participantes foi ocultada até à atribuição?		
3	Os grupos eram semelhantes no início do estudo em termos de características sociodemográficas e clínicas relevantes?		
4	Os participantes, profissionais de saúde e/ou avaliadores estavam cegos para a alocação dos grupos?		
5	Os grupos foram tratados de forma idêntica, exceto pela intervenção experimental?		
6	O seguimento foi completo e, se não, as diferenças entre os grupos foram analisadas?		
7	Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram originalmente alocados (análise por intenção de tratar)?		
8	Foram utilizadas medidas de resultado válidas e confiáveis?		
9	A análise estatística foi apropriada?		
10	O estudo foi aprovado por um comité de ética e obteve consentimento informado?		
11	Foram identificados e controlados fatores de confusão relevantes?		
12	O estudo foi registado num repositório de ensaios clínicos?		
13	O desenho do estudo foi apropriado para a questão de investigação?		

Anexo VI

Grelha de Avaliação Crítica (JBI) – Revisões Sistemáticas

Grelha de Avaliação Crítica (JBI) – Revisões Sistemáticas

Nº	Critério JBI	Sim/Não/Não se aplica	Citação /referencia
1	Os critérios de inclusão foram claramente definidos?		
2	A estratégia de busca foi adequada?		
3	Os critérios de seleção foram aplicados de forma independente por dois revisores?		
4	A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada de forma adequada?		
5	Foram utilizadas ferramentas apropriadas para avaliar o risco de viés?		
6	Os métodos de extração de dados foram apropriados?		
7	A síntese dos resultados foi clara, sistemática e transparente?		
8	Foi considerada a heterogeneidade dos estudos incluídos?		
9	Foram discutidas limitações da evidência incluída?		
10	As conclusões foram apoiadas pelos dados apresentados?		
11	Foi avaliada a certeza da evidência (ex. GRADE)?		

Anexo VII

Grelha de Avaliação Crítica (JBI) – Revisões Escopo

Grelha de Avaliação Crítica (JBI) – Revisões Escopo

Nº	Critério JBI	Sim/Não/Não se aplica	Citação /referencia
1	Os critérios de inclusão foram claramente definidos?		
2	A estratégia de busca foi adequada?		
3	Os critérios de seleção foram aplicados de forma independente por dois revisores?		
4	A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada de forma adequada?		
5	Foram utilizadas ferramentas apropriadas para avaliar o risco de viés?		
6	Os métodos de extração de dados foram apropriados?		
7	A síntese dos resultados foi clara, sistemática e transparente?		
8	Foi considerada a heterogeneidade dos estudos incluídos?		
9	Foram discutidas limitações da evidência incluída?		
10	As conclusões foram apoiadas pelos dados apresentados?		
11	Foi avaliada a certeza da evidência (ex. GRADE)?		

Anexo VIII

Grelha de Avaliação Crítica (JBI) Adaptada - Revisões Narrativas

Grelha de Avaliação Crítica (JBI) Adaptada - Revisões Narrativas

Nº	Critério JBI	Sim/Não/Não se aplica	Citação /referencia
1	O autor possui expertise reconhecida na área do tema?		
2	A relação entre conteúdo e contexto está claramente descrita?		
3	A argumentação segue uma sequência lógica e coerente?		
4	As conclusões derivam logicamente dos dados/argumentos apresentados?		
5	O autor explicita conflitos de interesse ou viés intelectual?		
6	As referências são relevantes e $\geq 80\%$ estão atualizadas (≤ 5 anos)?		
7	O texto oferece novas sínteses ou perspectivas úteis à prática/pesquisa?		
8	São descritos critérios de seleção das fontes (bases, datas, temas)?		
9	As recomendações apresentadas são claras e adaptáveis a diferentes contextos?		
10	A escrita utiliza elementos narrativos (ex. exemplos, contextualização)?		

Anexo IX

Grelha de Avaliação Crítica (JBI) – Estudos Quase- Experimentais

Grelha de Avaliação Crítica (JBI) – Estudos Quase- Experimentais

Nº	Critério de Avaliação	Sim/Não/Não se aplica	Citação /referencia
1	É clara a relação de causa e efeito entre a intervenção e o desfecho?		
2	Os participantes nos grupos de comparação eram semelhantes no início do estudo?		
3	Foram utilizadas medições antes e depois da intervenção para todos os grupos comparados?		
4	Foi realizado seguimento completo de todos os participantes ou foram descritas e justificadas as perdas?		
5	Os desfechos foram avaliados de forma consistente em todos os participantes?		
6	Os desfechos foram medidos de forma fiável e válida?		
7	Foram utilizadas análises estatísticas apropriadas?		
8	O delineamento do estudo é apropriado para a questão de investigação?		
9	Existiu um grupo de comparação adequado (mesmo que não aleatorizado)?		