



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Higiene do sono em crianças em idade pré-escolar

Juliana Silveira Maurício

Maio de 2026



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Higiene do sono em crianças em idade pré-escolar

Juliana Silveira Maurício

Estágio com Relatório em Cuidados Diferenciados

2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Desenvolvido sob a orientação de
Professor Manuel Pereira Cordeiro

Maio de 2026

"A persistência é o caminho do êxito."
(Charles Chaplin)

Agradecimentos

A realização deste trabalho revelou-se um processo de aprendizagem, crescimento e superação, que apenas se tornou possível graças ao apoio e contributo de várias pessoas, a quem expresso a minha mais sincera gratidão.

Ao Sr. Professor Manuel Cordeiro, meu orientador, pela sua disponibilidade, orientação e partilha de conhecimentos, que foram fundamentais em todas as etapas deste trabalho. Agradeço o rigor científico, a paciência e o incentivo constante que me motivaram a prosseguir e a acreditar neste projeto.

Às enfermeiras tutoras, que, com sua experiência e disponibilidade, me proporcionaram aprendizagens enriquecedoras ao longo dos ensinamentos clínicos.

À minha família, ao meu namorado e aos meus amigos, pelo carinho, compreensão e apoio incondicional. A sua presença e palavras de incentivo foram o meu maior suporte nos momentos mais desafiantes.

Resumo

Introdução: Este relatório integra a experiência prática e teórica desenvolvida ao longo do Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, realizada em três contextos clínicos: Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais e Pediátricos, numa Unidade Local de Saúde. Inclui ainda uma componente de investigação que aborda a perceção dos pais/cuidadores acerca da higiene do sono em crianças pré-escolares (dos três aos cinco anos).

Objetivos: Descrever os contextos da prática clínica e as atividades desenvolvidas nos ensinamentos clínicos, refletindo criticamente sobre o seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Caracterizar os hábitos do sono e a higiene do sono em crianças em idade pré-escolar, bem como a perceção dos pais/cuidadores relativamente à qualidade do sono infantil.

Metodologia: Primeiramente realizou-se uma reflexão crítica dos ensinamentos clínicos realizados. Em seguida desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo e transversal, para caracterizar hábitos e perceções dos pais/cuidadores acerca da higiene do sono das suas crianças. A recolha de dados foi efetuada através do Children's Sleep Habits Questionnaire – Portuguese version e Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised.

Resultados: Verificou-se maior regularidade do ritmo sono-vigilância entre os três e os cinco anos, associada a rotinas de sono consistentes. Contrariamente ao consenso científico, não é evidente a perceção de uma correlação entre o uso de ecrãs e dificuldades em adormecer, perda de qualidade e/ou continuidade de sono. Crianças cujos cuidadores conhecem o conceito de higiene do sono apresentam melhor qualidade de sono, embora mais de metade dos inquiridos refira que o tema raramente foi abordado nas consultas de saúde infantil.

Conclusão: É fundamental reforçar a educação parental acerca do conceito de higiene do sono, direcionando estes esforços para agregados familiares com menor grau de escolaridade, que apresentam menor familiaridade com este conceito.

Palavras-Chave: Criança pré-escolar; Distúrbios do Sono; Hábitos do Sono; Higiene do sono; Sono.

Abstract

Introduction: This report integrates the theoretical and practical experience acquired throughout the Master's Degree in Child and Paediatric Health Nursing, encompassing three clinical contexts: Paediatric Emergency, Paediatric Intensive Care and Neonatology in Local Health Unit. It also includes a research component addressing caregivers' perception of sleep hygiene in preschool-aged children (three to five years old).

Objectives: Describe the clinical practice settings and the activities developed during clinical placements, critically reflecting on their contribution to the development of common and specific competencies of the nurse specialist in Child Health and Paediatric Nursing. Characterise sleep habits and sleep hygiene in preschool-aged children, as well as the perceptions of parents/caregivers regarding the quality of children's sleep.

Methodology: Firstly, a critical reflexion on the three clinical contexts was carried out. Then, a quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted with the aim of characterizing parents'/caregivers' habits and perceptions regarding their children's sleep hygiene. Data were collected using the Children's Sleep Habits Questionnaire – Portuguese version and the Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised.

Results: Greater regularity in the sleep–wake rhythm was observed between the ages of three and five years, associated with consistent sleep routines. Contrary to scientific consensus, there is no evident perception of a correlation between screen use and difficulties in falling asleep, or in the quality and/or continuity of sleep. Children whose caregivers are familiar with the concept of sleep hygiene exhibit better sleep quality, although more than half of respondents reported that the topic is rarely addressed during child health consultations.

Conclusion: Strengthening parental education and awareness regarding the concept of sleep hygiene is essential. These efforts should be particularly targeted at families with lower levels of educational attainment, as they are the least familiar with this concept.

Keywords: Sleep Disorders; Sleep Habits; Sleep Hygiene; Preschool; Sleep

Sumário

	Pág.
Lista de Gráficos.....	15
Lista de Quadros	18
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	19
Introdução.....	21
PARTE I – Percurso Formativo em Ensino Clínico	23
1 - Desenvolvimento do Percurso Formativo em Ensino Clínico.....	25
1.1 - Ensino Clínico no Serviço de Urgência Pediátrica.....	26
1.2 - Ensino Clínico no Serviço de Internamento de Pediatria.....	29
1.3 - Ensino Clínico em contexto de UCINP	32
PARTE II – Estudo de Investigação	37
2 - Enquadramento teórico.....	39
2.1 - Sono e desenvolvimento infantil na idade pré-escolar	39
2.2 - Higiene do sono	41
2.3 - Instrumentos de avaliação do sono infantil.....	42
2.4 - Perceção dos cuidadores sobre o sono infantil	43
2.5 - Motivação do estudo	43
3 - Metodologia	45
3.1 - Questão de investigação e objetivos.....	45
3.2 - Tipo de estudo	46
3.3 - Contexto do estudo	47
3.4 - Participantes	48
3.5 - Considerações éticas e proteção de dados.....	48
3.6 - Tratamento dos dados	49
3.6.1 - Análise de dados.....	50
3.6.2 - Visualização dos resultados	50
4 - Resultados	51
4.1 - Dados sociodemográficos.....	51
4.2 - Rotina de sono.....	54

4.3 - Ambiente de sono	56
4.4 - Hábitos e comportamentos relacionados com o sono	59
4.5 - Problemas de sono	62
4.5.1 - Dificuldades para adormecer	63
4.5.2 - Despertares noturnos	66
4.6 - Roncopatia ou Apneia do sono	68
4.7 - Qualidade do sono	69
4.8 - Higiene do sono	74
4.9 - Discussão dos resultados	77
4.10 - Limitações e sugestões para intervenção futura	79
5 - Considerações finais	81
Referências bibliográficas	83
Apêndices	89
Apêndice A – EC Urgência Pediátrica – Objetivos e atividades.....	91
Apêndice B – EC Internamento de Pediatria – Objetivos e atividades.....	93
Apêndice C – EC UCINP – Objetivos e atividades	95
Apêndice D – Panfleto informativo sobre diabetes inaugural.....	97
Apêndice E – Estudo “Esterilização de biberões e tetinas em contexto hospitalar”	98
Apêndice F – Poster acerca de ambiente acolhedor para o bebé	101
Apêndice G – Questionário “Higiene do sono em idade pré-escolar (3-5 anos)”	102
Anexos.....	106
Anexo 1 – Parecer favorável da comissão de ética	107

Lista de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1 – Idade da criança	51
Gráfico 2 – Sexo da criança	52
Gráfico 3 – Distribuição dos sexos das crianças em função da idade	52
Gráfico 4 – Com quem vive a criança	52
Gráfico 5 – Idade do principal cuidador	53
Gráfico 6 – Grau de escolaridade do principal cuidador	53
Gráfico 7 – Número de filhos que constituem o agregado familiar	54
Gráfico 8 – Idade relativa da criança	54
Gráfico 9 – Hora de deitar durante a semana	55
Gráfico 10 – Tempo necessário para adormecer	55
Gráfico 11 – Hora de despertar durante a semana	55
Gráfico 12 – Sestas da criança	56
Gráfico 13 – Sestas em função da idade	56
Gráfico 14 – Local do sono	57
Gráfico 15 – Relação entre o local de sono e a idade da criança	57
Gráfico 16 – Iluminação do local de sono	58
Gráfico 17 – Ruído do local de sono	58
Gráfico 18 – Utilização de ecrãs antes de dormir	59
Gráfico 19 – Informação antecipada da hora de deitar	59
Gráfico 20 – Frequência da rotina de sono	59
Gráfico 21 – Elementos presentes na rotina de sono da criança	60
Gráfico 22 – Combinação de objetos de conforto usados	61
Gráfico 23 – Número de objetos de conforto usados para dormir	61
Gráfico 24 – Objetos de conforto mais usados	61
Gráfico 25 – Consumo de bebidas com cafeína antes de dormir	62
Gráfico 26 – Alterações do sono decorrentes do consumo de alimentos ou bebidas estimulantes	62
Gráfico 27 – Dificuldades para adormecer	63
Gráfico 28 – Relação entre a idade da criança e dificuldades para adormecer	63
Gráfico 29 – Relação entre o local onde dorme e dificuldades para adormecer	64
Gráfico 30 – Relação entre a luminosidade do ambiente e dificuldades para adormecer	64

Gráfico 31 – Relação entre a utilização de ecrãs na hora que antecede o sono e dificuldades para adormecer	64
Gráfico 32 – Relação entre a frequência de uma rotina de sono consistente e dificuldades para adormecer.....	65
Gráfico 33 – Relação entre a leitura de uma história e dificuldades para adormecer	65
Gráfico 34 – Relação entre a hora do banho e dificuldades para adormecer	65
Gráfico 35 – Relação entre a utilização de objetos de conforto e dificuldades para adormecer	66
Gráfico 36 – Quantidade de despertares semanais	66
Gráfico 37 – Relação entre a idade da criança e o número de despertares semanais	67
Gráfico 38 – Relação entre a hora habitual de dormir e o número de despertares semanais	67
Gráfico 39 – Relação entre a luminosidade do ambiente e o número de despertares semanais	67
Gráfico 40 – Relação entre a utilização de ecrãs na hora que antecede o sono e o número de despertares semanais.....	68
Gráfico 41 – Relação entre a frequência de uma rotina de sono consistente e o número de despertares semanais.....	68
Gráfico 42 – Roncopatia ou apneia	69
Gráfico 43 – Qualidade do sono.....	69
Gráfico 44 – Influência do sono no comportamento e humor	69
Gráfico 45 – Relação entre a idade da criança e a qualidade de sono.....	70
Gráfico 46 – Relação entre o número de filhos do agregado familiar e a qualidade de sono da criança	70
Gráfico 47 – Relação entre a idade da criança relativamente aos irmãos e a qualidade de sono	71
Gráfico 48 – Relação entre a hora habitual de dormir e a qualidade de sono da criança	71
Gráfico 49 – Relação entre o hábito de fazer sestas e a qualidade de sono da criança	71
Gráfico 50 – Relação entre o local onde dorme e a qualidade de sono da criança	72
Gráfico 51 – Relação entre a utilização de ecrãs na hora que antecede o sono e a qualidade de sono	72
Gráfico 52 – Relação entre a luminosidade do ambiente de sono e a qualidade de sono	72
Gráfico 53 – Relação entre a frequência de uma rotina de sono consistente e a qualidade de sono.....	73
Gráfico 54 – Relação entre a hora do banho e a qualidade de sono	73
Gráfico 55 – Relação entre a leitura de uma história e a qualidade de sono	73
Gráfico 56 – Relação entre a utilização de objetos de conforto e a qualidade de sono	74

Gráfico 57 – Conceito de higiene do sono	74
Gráfico 58 – Práticas a evitar antes de dormir	75
Gráfico 59 – Abordagem da higiene do sono por parte dos profissionais de saúde	75
Gráfico 60 – Relação entre o grau de escolaridade do cuidador e a familiarização com o conceito de higiene de sono	75
Gráfico 61 – Relação entre a familiarização com o conceito de higiene de sono e a qualidade de sono da criança	76
Gráfico 62 – Relação entre a familiarização com o conceito de higiene de sono e as dificuldades para adormecer da criança.....	76

Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1 – Objetivos gerais e atividades a realizar no EC Urgência Pediátrica.....	91
Quadro 2 – Objetivos específicos e atividades a realizar no EC de Urgência Pediátrica.....	92
Quadro 3 – Objetivos gerais e atividades a realizar no EC Internamento de Pediatria.....	93
Quadro 4 – Objetivos específicos e atividades a realizar no EC Internamento de Pediatria.	94
Quadro 5 – Objetivos gerais e atividades a realizar no EC UCINP	95
Quadro 6 – Objetivos específicos e atividades a realizar no EC na UCINP.....	96

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

BISQ – R – Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised

CSHQ – PT – Children's Sleep Habits Questionnaire – Portuguese version

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

IPV – Instituto Politécnico de Viseu

OE – Ordem dos Enfermeiros

PL – Punção Lombar

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

RN – recém-nascido

SDR – Sinais de Dificuldade Respiratória

SNS – Serviço Nacional de Saúde

STM – Sistema de Triagem de Manchester

UCINP – Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais Pediátricos

ULS – Unidade Local de Saúde

ULRSA – Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

Introdução

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), a atuação do enfermeiro especialista caracteriza-se pela prestação de cuidados avançados, seguros e competentes, orientados para a promoção da saúde, prevenção da doença e satisfação da criança e da sua família.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) assume um papel central na avaliação, promoção e vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, capacitando as famílias para a adoção de práticas que maximizem o potencial da criança e promovam o seu bem-estar. Para além disso, é ainda responsável pela promoção da autoestima da criança e do adolescente, pelo incentivo à sua responsabilidade progressiva na própria saúde, bem como pela intervenção em situações de emergência e pelo apoio às famílias nos processos de adaptação às transições e alterações no estado de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Neste contexto, os cuidados centrados na família têm-se afirmado como um modelo de referência na prestação de cuidados em saúde infantil, evidenciando benefícios significativos para a criança, a família e os profissionais de saúde. Este modelo reconhece a família como parceira ativa no processo de cuidar, e valoriza o seu envolvimento na tomada de decisão, na prestação de cuidados e na promoção da continuidade dos mesmos, contribuindo para uma abordagem mais humanizada, colaborativa e eficaz (Committee on Hospital Care & Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2012).

O presente relatório é desenvolvido no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final, integrada no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP) da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) do Instituto Politécnico de Viseu (IPV). Os Ensinos Clínicos (EC) constituem um pilar essencial da formação especializada, uma vez que permitem a integração e consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos, assim como o desenvolvimento progressivo de competências clínicas, éticas, relacionais e científicas próprias do enfermeiro especialista. Deste modo, os estágios assumem-se como uma etapa fundamental no percurso formativo, favorecendo o crescimento pessoal e profissional dos estudantes e a sua preparação para o exercício de uma prática especializada e baseada em evidência. Estes foram realizados numa Unidade Local de Saúde da Região Centro, nos serviços de Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais e Pediátricos (UCINP), proporcionando contacto com diferentes contextos hospitalares, desde situações agudas até à prestação de cuidados diferenciados e contínuos.

Este relatório apresenta como objetivos:

- Descrever os diferentes contextos da prática clínica e as atividades desenvolvidas nos campos de estágio;
- Refletir de forma crítica sobre as experiências vivenciadas e o seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESIP;
- Apresentar e desenvolver um estudo de investigação sobre hábitos, rotinas e condições de sono de crianças em idade pré-escolar (três a cinco anos), bem como a perceção dos cuidadores relativamente à qualidade do sono e ao seu impacto no bem-estar infantil.

A escolha do tema do sono infantil fundamenta-se na sua relevância para o crescimento e desenvolvimento da criança, sendo o sono reconhecido como um determinante essencial da saúde física, emocional e cognitiva. Em idade pré-escolar, a consolidação de hábitos e rotinas de sono adequados assume particular importância, uma vez que padrões de sono inadequados podem ter repercussões significativas no comportamento, na aprendizagem e na qualidade de vida da criança e da sua família. Assim, o estudo desenvolvido assume um carácter quantitativo, descritivo e transversal, recorrendo a um questionário dirigido aos pais/cuidadores, adaptado dos instrumentos Children's Sleep Habits Questionnaire - Portuguese version (CSHQ – PT) e Brief Infant Sleep Questionnaire– Revised (BISQ – R), com o objetivo de compreender as práticas de sono e identificar possíveis fatores associados a alterações do sono nesta faixa etária dos três aos cinco anos.

O relatório encontra-se estruturado em duas partes distintas. A primeira parte corresponde à descrição, reflexão crítica e análise do percurso formativo em EC, abordando as experiências vivenciadas, as competências desenvolvidas, as aprendizagens adquiridas e a forma como a teoria foi aplicada na prática. Inclui também a reflexão sobre os desafios enfrentados e as estratégias utilizadas para os superar, evidenciando o crescimento pessoal e profissional ao longo do percurso formativo. A segunda parte centra-se no estudo de investigação, que integra o enquadramento teórico, a metodologia adotada, a recolha e análise dos dados, e a interpretação dos resultados à luz da literatura científica. São ainda destacadas as implicações dos resultados para a prática de enfermagem, assim como recomendações e possíveis linhas de investigação futura, evidenciando a relevância científica e prática do trabalho desenvolvido.

PARTE I – Percurso Formativo em Ensino Clínico

1 - Desenvolvimento do Percurso Formativo em Ensino Clínico

Conforme estabelece o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, a busca contínua pela excelência constitui um imperativo na prática da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Este princípio, aliado ao interesse específico pela Enfermagem de Saúde Infantil, fundamentou a escolha pelo MESIP, com o objetivo de aprofundar competências comuns e específicas neste domínio de especialização.

O presente capítulo apresenta o desenvolvimento do percurso formativo em EC, no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final em Cuidados Diferenciados, o mesmo procura descrever e refletir criticamente sobre os contextos clínicos, sustentando-se na evidência científica e destacando o contributo das atividades desenvolvidas para a consolidação das competências do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A unidade curricular possui uma carga horária total de 840 horas, das quais 360 correspondem a estágio em contextos clínicos diferenciados. A realização de estágios em três áreas obrigatórias, selecionadas individualmente pelos estudantes, permite experiências diversificadas e ajustadas às necessidades de aprendizagem. Neste relatório, os estágios decorreram nos seguintes contextos: Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais Pediátricos (UCINP), na região centro do país.

A realização destes estágios possibilitou o desenvolvimento e consolidação de competências alinhadas com o perfil do EEESIP, incluindo a intervenção em contextos de elevada complexidade, a avaliação integral da criança e da família, a antecipação e resposta a situações de emergência e o apoio à adaptação às alterações decorrentes da condição de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os ensinamentos clínicos constituem um pilar central da formação especializada, permitindo a integração dos conhecimentos teóricos adquiridos em contexto académico e o desenvolvimento progressivo de competências clínicas, éticas, relacionais e científicas. Representam, assim, uma etapa determinante no percurso formativo, contribuindo para o crescimento pessoal e profissional dos estudantes e preparando-os para uma prática especializada, segura e fundamentada em evidência científica.

O capítulo encontra-se estruturado de forma a descrever cada estágio individualmente, apresentando a reflexão crítica das experiências vividas e abordando os objetivos gerais e específicos proposto. O capítulo final sintetiza as principais conclusões do percurso formativo, apoiadas na análise das experiências clínicas e na fundamentação teórica.

1.1 - Ensino Clínico no Serviço de Urgência Pediátrica

O estágio de Cuidados Diferenciados realizado no serviço de Urgência Pediátrica de uma ULS da região centro do país decorreu entre os dias 15 de setembro de 2025 a 24 de outubro do mesmo ano. No Apêndice A apresentam-se os objetivos e atividades a desenvolver durante o decorrer deste EC.

De acordo com o Despacho nº 9871/2010, de 11 de junho, do Ministério da Saúde (2010), a Urgência Pediátrica destina-se a crianças e adolescentes até aos 17 anos e 364 dias, constituindo uma unidade de saúde hospitalar vocacionada para o atendimento imediato em situações clínicas agudas, urgentes ou emergentes, que requerem avaliação e intervenção rápida por profissionais de saúde diferenciados. A sua organização baseia-se em princípios de prioridade de atendimento segundo critérios de gravidade, avaliados através da Triagem de Manchester, garantindo a segurança, eficácia e humanização dos cuidados prestados à criança e à família (Diário da República, 2014).

O espaço físico é composto por uma sala de triagem, uma sala de emergência equipada com material de suporte avançado de vida, um espaço dedicado ao tratamento de crianças com patologias do foro respiratório, várias salas de observação e tratamento, uma sala *open space*, uma sala SO (dedicada a crianças/adolescentes que necessitam de vigilância mais apertada e prolongada), duas salas de espera (uma mais próxima dos profissionais de saúde para crianças em condições mais preocupantes e outra mais afastada para patologias que não necessitam de tanta vigilância), uma sala de sujos e algumas salas de armazenamento de material (*stock*).

O serviço funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, sendo assegurado por uma equipa multidisciplinar composta por médicos pediatras, enfermeiros especialistas e generalistas, técnicas auxiliares de saúde e também administrativos. O enfermeiro desempenha um papel essencial na avaliação inicial da criança através da Triagem de Manchester, na administração de terapêutica, monitorização de parâmetros vitais, acolhimento e apoio à família, bem como na educação para a saúde e encaminhamento adequado. O trabalho em equipa, a comunicação eficaz e a articulação entre os diferentes profissionais são fatores fundamentais para a prestação de cuidados seguros, eficazes e humanizados.

A organização do serviço privilegia uma abordagem centrada na criança e na sua família, em consonância com o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, que reconhece os pais como principais cuidadores da criança, mesmo em contexto hospitalar (Casey, 1995). Esta perspetiva promove a participação ativa da família no processo terapêutico, garantindo o respeito pela individualidade, segurança e conforto da criança. A dinâmica diária caracteriza-se pela diversidade de situações clínicas, variando desde

episódios ligeiros, como febre, infeções respiratórias, patologias gastrointestinais, até situações de maior gravidade que exigem intervenção imediata. A integração neste contexto de cuidados permitiu a observação e participação ativa no funcionamento de um serviço que exige resposta rápida, tomada de decisão fundamentada e elevada capacidade de adaptação.

A realização do estágio em Cuidados Diferenciados, tendo como primeira interação um serviço de Urgência Pediátrica, revelou-se uma experiência profundamente enriquecedora e desafiadora, constituindo uma etapa fundamental do percurso formativo enquanto EEESIP. Esta proporcionou momentos de aprendizagem que consolidaram os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo das aulas. O contacto com situações agudas e emergentes exigiu o conhecimento de competências técnico-científicas especializadas, nomeadamente ao nível da avaliação clínica, priorização de cuidados e tomada de decisão em contextos de elevada complexidade e imprevisibilidade. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros (2018), o EEESIP deve demonstrar capacidade de intervenção diferenciada junto da criança e jovem em situação de risco ou doença aguda, assegurando simultaneamente uma abordagem centrada na criança e na família. Neste contexto, revelou-se essencial articular o raciocínio clínico com competências comunicacionais e relacionais, promovendo segurança, confiança e trabalho em equipa.

Desde o início do período de integração, tornou-se possível a inserção na dinâmica do serviço e a colaboração com diferentes profissionais da equipa multidisciplinar. Esta articulação revelou-se fundamental para uma abordagem holística e centrada na família, permitindo a observação de diversas intervenções clínicas e educativas que contribuíram significativamente para o enriquecimento do processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Segundo Silva e associados (2020), o trabalho colaborativo entre profissionais de saúde possibilita uma resposta mais integrada às necessidades da criança e da sua família e promove a qualidade e continuidade dos cuidados.

A urgência pediátrica é um contexto particular em que a vulnerabilidade da criança e a ansiedade dos pais se cruzam com a exigência técnica dos profissionais. Assim, a comunicação assume um papel central, tornando-se fundamental adaptar a linguagem à idade da criança e, simultaneamente, oferecer segurança e informação clara aos pais (Martins et al., 2021). Durante este EC a escuta ativa e o acolhimento empático contribuíram para reduzir o medo e aumentar a cooperação, facilitando a avaliação e o tratamento das crianças.

Um dos aspetos mais marcantes deste estágio foi a triagem, a qual constituiu uma experiência inovadora e particularmente enriquecedora. De acordo com o Grupo Português de Triagem (2021), o Sistema de Triagem de Manchester (STM) atribui ao utente uma prioridade clínica com base na identificação de problemas. Embora este sistema seja amplamente utilizado em idade pediátrica, o mesmo foi originalmente desenvolvido para a

população adulta. Deste modo, ao longo do estágio, verificou-se que nem sempre o STM se adequa à realidade pediátrica. A principal lacuna identificada prende-se com o facto de os critérios utilizados serem pouco específicos para as idades pediátricas, uma vez que muitos indicadores e fluxogramas não contemplam as diferenças fisiológicas e de apresentação clínica própria da criança, sobretudo nos lactentes e pré-escolares. Acresce ainda a dificuldade na avaliação de sintomas pouco específicos, como a febre, irritabilidade, recusa alimentar ou letargia, frequentemente presentes nestas faixas etárias. Verifica-se também dificuldade na adaptação a escalas pediátricas de dor e de consciência, uma vez que a utilização de escalas desenvolvidas para adultos pode comprometer a avaliação clínica da criança (Van Veen et al., 2008). Apesar das limitações identificadas, a realização da triagem constituiu um espaço privilegiado de aprendizagem, exigindo o desenvolvimento de capacidades de observação clínica, raciocínio rápido e tomada de decisão fundamentada. A responsabilidade inerente à priorização do atendimento de acordo com o risco clínico evidencia a importância do pensamento crítico e o contínuo aprofundar dos conhecimentos.

No quotidiano da urgência pediátrica, houve participação em diversas intervenções, nomeadamente na colocação de sacos de urina para colheita, realização de colheitas de sangue para análises laboratoriais, administração de medicação, tratamento de feridas e atuação em situações de sinais de dificuldade respiratória (SDR).

Destaca-se, ainda, a participação num projeto de melhoria contínua do serviço, desenvolvido em colaboração com uma colega, através da elaboração de um panfleto informativo dirigido aos pais sobre a diabetes inaugural (Apêndice D). De acordo com a International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (2023), a diabetes inaugural corresponde ao diagnóstico inicial de diabetes *mellitus*, sendo a diabetes *mellitus* tipo 1 a forma mais frequente em crianças e adolescentes. Esta condição resulta da destruição autoimune das células beta pancreáticas, conduzindo a uma deficiência absoluta de insulina. O principal objetivo deste projeto consistiu na elaboração de material educativo promotor da literacia em saúde para pais/cuidadores, desmistificando e facilitando a compreensão da doença e dos cuidados associados. O panfleto aborda, de forma clara e acessível, a definição da patologia, os sinais e sintomas de alerta, as orientações para a administração correta da insulina e os locais adequados para a sua aplicação, bem como os valores de referência da glicemia.

No âmbito das competências específicas do EEESIP, este contexto permitiu especialmente assistir a criança/adolescente e a sua família na maximização da sua saúde, através da educação para a saúde e do acolhimento empático às famílias em situação de risco e doença de elevada complexidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A temática do sono, embora não seja o foco principal de um serviço de urgência, esteve também presente, uma vez que crianças com alterações do comportamento,

irritabilidade ou dificuldades de regulação emocional constituem motivos frequentes de idas à urgência, e a privação ou má qualidade do sono acaba por ser um fator de pouca importância. Esta observação reforçou a pertinência de aprofundar o estudo dos hábitos de sono em crianças em idade pré-escolar.

Em síntese, o estágio em Urgência Pediátrica permitiu cumprir os objetivos propostos, nomeadamente a integração na equipa e o conhecimento da estrutura do serviço, o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, a prestação de cuidados em situações de elevada complexidade, a adaptação ao ciclo de vida da criança e do adolescente, o respeito pelos direitos da criança e a ética profissional, a participação no STM e a colaboração em programas de melhoria contínua. Esta experiência proporcionou um crescimento significativo, tanto profissional como pessoal, evidenciando que a prática em contexto de urgência exige não apenas competências técnicas, mas também sensibilidade humana, espírito crítico, comunicação eficaz e trabalho colaborativo.

A reflexão sobre o STM, de acordo com as diretrizes do Grupo Português de Triagem (2021), reforçou a necessidade de adaptar ferramentas e procedimentos às características específicas da população pediátrica, garantindo uma resposta clínica mais segura e eficaz, centrada no bem-estar da criança/adolescente e da sua família.

1.2 - Ensino Clínico no Serviço de Internamento de Pediatria

O estágio realizado no Serviço de Internamento de Pediatria de uma ULS da região centro do país, decorreu entre os dias 27 de outubro e 28 de novembro de 2025. Este serviço está localizado no 4º andar do bloco central do edifício. No Apêndice B são apresentados os objetivos gerais/específicos e as atividades a realizar ao longo do EC.

Segundo a Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro (ULSRA) (s.d), o serviço de Pediatria tem como missão prestar cuidados diferenciados, a todas as crianças desde os 28 dias de vida até aos 17 anos e 364 dias, centrados na família e organizados de acordo com os princípios da melhor prática clínica, por profissionais devidamente qualificados, num ambiente seguro e adequado à idade e desenvolvimento das crianças e adolescentes.

Segundo Silva e colaboradores (2024), o principal objetivo do Internamento em Pediatria é promover a saúde e tratar a doença, através da realização de intervenções que eliminem ou diminuam o sofrimento físico ou psicológico vivenciado pela criança e pela sua família. Deste modo, deve ser causado o menor desconforto possível, de forma a evitar o afastamento da criança à sua família e minimizar a dor.

O espaço físico do serviço de Pediatria é composto por uma sala de passagem de turno e de trabalho, uma sala de tratamentos, um armazém avançado (*stock* de material) e 14

enfermarias, sendo cinco de isolamento e as restantes compostas por três camas/berços, perfazendo um total de 17 camas.

O serviço funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, assegurado por uma equipa multidisciplinar composta por médicos pediatras, enfermeiros especialistas e generalistas, técnicas auxiliares de saúde e administrativos.

A permanência prolongada das crianças no serviço proporciona uma visão mais ampla da importância de uma intervenção de enfermagem centrada na família, orientada para a promoção do conforto, da segurança e da adaptação à hospitalização. De acordo com Silva e associados (2024) a prática de enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica é complexa e requer uma parceria de cuidados e envolvimento com os pais. O contacto diário com as famílias permitiu fortalecer competências comunicacionais, promover a empatia e valorizar o papel do enfermeiro como elo entre a criança, a família e a restante equipa multidisciplinar.

No decorrer do EC houve oportunidade de realizar diversos procedimentos técnicos, nomeadamente a monitorização de sinais vitais, a administração de terapêutica, a realização de tratamentos a feridas, as colheitas laboratoriais e o apoio em procedimentos invasivos. Paralelamente, foram desenvolvidas intervenções de enfermagem de carácter educativo e relacional, designadamente a educação aos pais sobre a doença, o apoio na gestão da dor, a promoção de conforto e alimentação, a prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde e os ensinamentos pós-alta.

A vivência diária no serviço permitiu também reconhecer a relevância da promoção da higiene do sono como parte fundamental dos cuidados de enfermagem. A qualidade do sono tem um impacto direto na estabilidade fisiológica, na recuperação e no bem-estar da criança, sendo frequentemente afetada pelo ambiente hospitalar (Oliveira & Ferreira, 2014). Assim, procurou-se adotar práticas que favorecessem um descanso mais adequado, organizando as intervenções de forma a evitar interrupções desnecessárias e sensibilizando os pais para a importância de manter rotinas tranquilas. Estas medidas revelam-se essenciais para a promoção de um ambiente mais sereno, contribuindo para uma melhor adaptação da criança à hospitalização. A observação das dificuldades de sono das crianças hospitalizadas e do impacto dessas dificuldades no seu processo de recuperação constituiu um momento de reflexão que aprofundou o interesse pela temática e reforçou a relevância do estudo de investigação desenvolvido. No âmbito das competências específicas do EEESIP, estas intervenções estão diretamente relacionadas com a promoção da saúde da criança e do adolescente, evidenciando o papel do enfermeiro especialista na criação de condições favoráveis ao descanso e na educação dos pais para a importância da higiene do sono (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Destaca-se a oportunidade de assistir à realização de uma Punção Lombar (PL) a um lactente de um mês. Segundo Piazzetta e colaboradores (2021), PL é um procedimento

invasivo cuja finalidade é retirar líquido cefalorraquidiano para exames laboratoriais. Este é um método simples que revela informações importantes para tomada de decisão clínica. A observação desta intervenção reforçou a consciencialização sobre a necessidade de rigor técnico, por parte da equipa de enfermagem, na preparação do material, na estabilização da criança, no apoio emocional aos pais, na vigilância pós-procedimento e na humanização de cuidados prestados.

A possibilidade de observar a colocação de um dreno torácico numa adolescente com pneumotórax, revela-se um momento de elevada exigência técnica e emocional. Este procedimento terapêutico permite a saída de ar ou líquido acumulado no espaço pleural (Troxclair, 2016). O papel do enfermeiro é determinante no que diz respeito à assistência ao médico, monitorização contínua de sinais vitais, prevenção de complicações e controlo da dor. Assim, foi possível compreender a importância do trabalho em equipa, da comunicação eficaz e da atuação calma e segura perante situações de urgência, em contexto de internamento.

Durante o estágio, foi desenvolvido um estudo (Apêndice E) acerca de uma problemática identificada pelo serviço: “Esterilização de biberões e tetinas em contexto hospitalar, trazidos do domicílio”. Esta questão gera preocupação na equipa de enfermagem, devido ao potencial risco de contaminação e infeção cruzada, uma vez que no serviço apenas existe a esterilização com produtos químicos, e a mesma foi desaconselhada na Orientação n.º 018/2013, de 20 de dezembro, da Direção-Geral “A esterilização deve ser efetuada com agentes físicos (calor húmido). Não devem ser utilizados agentes químicos.”. Com o objetivo de esclarecer e uniformizar práticas, foi contactada a empresa Medela, que informou que os biberões deveriam ser esterilizados em casa, pelos pais, antes de serem trazidos para o hospital e que a mesma apenas incentiva os hospitais a utilizar kits que são de utilização única e posteriormente esterilizados em autoclave. No entanto, tendo em conta as dúvidas persistentes e a necessidade de uniformização com as normas fornecidas pela DGS, foi também enviado um *e-mail* à Unidade de Prevenção e Controlo de Infeção Relacionada com a Assistência da ULSRA (PPCIRA), de modo a obter um parecer técnico sobre o procedimento mais adequado. O estudo desta temática permitiu compreender a importância da responsabilidade profissional na procura de evidência e na articulação com diferentes entidades, reforçando o papel do enfermeiro especialista como promotor da qualidade e segurança dos cuidados.

Numa fase final do estágio foi possível observar Cinesiterapia, realizada pela enfermeira responsável pela área de reabilitação no serviço. Esta técnica de tratamento tem como objetivo ajudar as crianças a melhorar a sua função pulmonar, através da eliminação das secreções em excesso nas vias respiratórias, contribuindo para a redução da sintomatologia associada à compressão brônquica (Cintramedica, s.d.). Neste procedimento ocorrem pequenas batidas rítmicas na parede torácica, geralmente com a mão em forma de

concha, sobre as áreas onde há secreções acumuladas nos pulmões, para ajudar a sua mobilização. A técnica é geralmente combinada com drenagem postural, posicionando a criança de forma a que a gravidade auxilie o movimento das secreções para os brônquios principais, e exercícios respiratórios, incentivando a criança a tossir. A intensidade das batidas é ajustada à idade e condição clínica da criança, evitando qualquer desconforto ou risco de lesão. Esta prática permite avaliar a resposta respiratória da criança durante a sessão e promover melhorias progressivas na ventilação e na capacidade pulmonar (Montes, 2012).

Em síntese, o estágio no Serviço de Internamento de Pediatria permitiu consolidar competências técnicas, científicas, relacionais e éticas, através da observação e participação em cuidados centrados na criança e na família. Os objetivos inicialmente propostos foram concretizados, desde a integração na equipa multidisciplinar, o conhecimento da estrutura e funcionamento do serviço, a prestação de cuidados baseados na evidência científica, a promoção do conforto, segurança e bem-estar, até à colaboração em programas de melhoria contínua. Este EC proporcionou crescimento pessoal e profissional, reforçando a importância da comunicação terapêutica, da empatia, humanização dos cuidados e trabalho em equipa, pilares de uma prática segura e eticamente sustentada.

1.3 - Ensino Clínico em contexto de UCINP

O estágio de Cuidados de Saúde Diferenciados realizado na UCINP decorreu entre os dias 2 de dezembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026. Este serviço está localizado no 4º andar de uma ULS da região centro. No projeto de EC são estabelecidos os objetivos e as atividades a realizar ao longo da sua execução (Apêndice C).

Segundo a ULSRA (s.d.) o serviço de Neonatologia presta assistência a recém-nascidos (RN) com idade gestacional superior a 32 semanas completas, sendo privilegiado o transporte “in útero” antes desta idade. Em idades inferiores é garantida a reanimação e estabilização do RN até à transferência para outras unidades especializadas. Com a colaboração dos Serviços de Otorrinolaringologia e Oftalmologia assegura-se o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU) e o Rastreio da Retinopatia da Prematuridade. Adicionalmente realizam-se visitas domiciliárias a bebés selecionados após a alta, garantindo a continuidade de cuidados no domicílio.

De acordo com Soares (2025), Neonatologia é a área médica dedicada ao cuidado do neonato, grupo socialmente protegido que, com os avanços tecnológicos, científicos e médicos tem atualmente acesso a melhores cuidados de saúde. Estes bebés enfrentam complicações no parto, apresentam baixo peso, problemas respiratórios, malformações congénitas e outras condições que podem exigir intervenções imediatas. Deste modo, os internamentos em Neonatologia surgem com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento

saudável do bebê, de forma a garantir que recebe suporte vital adequado, desde a respiração assistida até cuidados alimentares especializados.

O espaço físico deste serviço de Neonatologia é composto por um *open space*, onde se encontra a bancada de trabalho e os berços/incubadoras e um armazém avançado com *stock* de material.

O serviço funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, e é assegurado por uma equipa multidisciplinar composta por médicos pediatras e neonatologistas, enfermeiros especialistas e generalistas, técnicas auxiliares de saúde e administrativos.

Este estágio permitiu uma compreensão profunda das complexidades inerentes aos cuidados ao RN, especialmente ao pré-termo, cuja fisiologia imatura exige intervenções especializadas, seguras e baseadas na evidência científica. A prática clínica observada demonstrou que, para além do domínio técnico, a tomada de decisão deve sempre ser centrada no bebê e orientada por princípios de segurança, humanização e respeito pelo seu desenvolvimento. Neste contexto, os cuidados prestados encontram-se alinhados com o Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP), modelo desenvolvido por Heidelise Als, que preconiza uma abordagem de cuidados centrados no desenvolvimento do RN. O NIDCAP baseia-se na observação sistemática do comportamento do bebê antes, durante e após as intervenções, permitindo adaptar os cuidados às suas necessidades fisiológicas e neurocomportamentais, com o objetivo de reduzir o stress, promover a autorregulação, proteger o neurodesenvolvimento e favorecer a estabilidade clínica (Als & McAnulty, 2011).

No que concerne à admissão dos bebês na unidade, foi possível constatar que se trata de um processo complexo e abrangente, em que a estabilização imediata assume um papel prioritário. Quando o RN é hospitalizado, são realizados diversos procedimentos invasivos, e predomina um ambiente rodeado por sons desconhecidos, o que contribuiu para a desregulação do bebê e aumento da ansiedade dos pais. A prioridade é garantir que os parâmetros vitais do neonato se mantêm estáveis, com especial atenção no suporte respiratório, manutenção da temperatura corporal e otimização da regulação fisiológica. A evidência científica enfatiza que a avaliação sistemática e precoce do neonato, inclui respiração, circulação e termorregulação (Wyckoff et al., 2020). Neste contexto, os princípios do NIDCAP revelam-se fundamentais, ao promoverem a adaptação dos cuidados à vulnerabilidade do RN e a redução de estímulos excessivos, aliados a uma comunicação empática e tranquilizadora com os pais.

Durante o estágio, foi possível colaborar na colocação de CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas), uma intervenção não invasiva essencial para RN com imaturidade pulmonar ou desconforto respiratório. O suporte respiratório não invasivo é uma estratégia que pode reduzir a necessidade de ventilação mecânica invasiva, estabilizar a função

pulmonar e apoiar a transição respiratória do bebé prematuro (Ramaswamy et al., 2023). Observou-se que o conforto, o posicionamento adequado e a contenção do bebé, associados à monitorização contínua dos sinais vitais, são essenciais para prevenir complicações e permitir ajustes terapêuticos oportunos.

No âmbito dos cuidados diferenciados em Neonatologia, destaca-se igualmente a nutrição parentérica, prática relativamente recente na unidade, com cerca de um ano de implementação, assumindo particular relevância nos RN prematuros e/ou clinicamente instáveis que não reúnem condições para uma alimentação entérica eficaz. A nutrição parentérica permite assegurar o aporte adequado de nutrientes essenciais ao crescimento e desenvolvimento do bebé numa fase crítica da sua adaptação extrauterina. A sua administração exige uma vigilância rigorosa, nomeadamente do equilíbrio hidroeletrólítico e da glicemia capilar, reforçando a importância de cuidados de enfermagem especializados, seguros e baseados na evidência científica (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition et al., 2018). A integração desta intervenção nos cuidados centrados no desenvolvimento implica também a minimização de manipulações desnecessárias e a promoção da estabilidade fisiológica do RN.

Durante o EC houve oportunidade de administrar vacinas, realizar o teste do pezinho e observar e assistir no teste de Rastreio de Cardiopatias Congénitas. Estes procedimentos, embora aparentemente simples, têm impacto na prevenção de complicações graves e na melhoria do prognóstico clínico dos RN (Governo de Portugal, 2023).

A observação da avaliação da necessidade de fototerapia permitiu compreender a intervenção clínica na icterícia neonatal, frequentemente presente em RN devido à imaturidade do metabolismo da bilirrubina. A decisão de iniciar fototerapia baseia-se em critérios estabelecidos por protocolos clínicos internacionais que consideram os níveis séricos de bilirrubina em função da idade pós-natal e gestacional, com o objetivo de prevenir complicações neurológicas graves (American Academy of Pediatrics, 2022).

Paralelamente, foi possível observar e participar na aplicação de medidas de prevenção e alívio da dor durante procedimentos potencialmente dolorosos, como colheitas de sangue, administração de vacinas e cateterismos periféricos. A dor no RN, particularmente no prematuro, tem repercussões significativas no seu neurodesenvolvimento, sendo amplamente reconhecida a necessidade de uma abordagem preventiva. Neste contexto, são aplicadas estratégias não farmacológicas, como a contenção física, a sucção não nutritiva, o uso adequado de sacarose a 24%, o posicionamento terapêutico, o trabalho em duplas e, sempre que possível, a presença da mãe durante os procedimentos. Estas intervenções contribuem para a redução do stress e da resposta dolorosa, promovendo maior conforto e autorregulação do bebé.

Para além do contexto hospitalar, o estágio permitiu ainda participar numa visita domiciliária (VD) a um RN que teve alta do serviço, experiência que evidenciou a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. Estas VD têm como principal objetivo esclarecer as dúvidas dos pais, avaliar a adaptação do bebé ao domicílio e promover a segurança e o bem-estar da família. Durante a visita, procedeu-se à avaliação da temperatura corporal, da saturação de oxigénio, à pesagem e à observação das condições habitacionais, assegurando que o ambiente domiciliário é adequado para o cuidado do bebé. Foi ainda possível reforçar ensinamentos relacionados com sinais de alerta, cuidados básicos ao RN e promoção da confiança parental. Salienta-se que estas visitas obedecem a critérios específicos, definidos institucionalmente, aos quais tanto o bebé como a família devem corresponder, relacionados com a condição clínica, fatores de risco identificados, contexto sociofamiliar e capacidade de resposta dos cuidadores. Esta abordagem estruturada permite direcionar os recursos para famílias com maior vulnerabilidade, garantindo uma intervenção de enfermagem eficaz, segura e centrada nas necessidades reais do bebé e da família.

Além da prática clínica, a experiência permitiu observar o papel do EEESIP, cuja atuação é determinante na supervisão e tomada de decisão baseada na evidência científica. A intervenção do especialista revelou-se fundamental na implementação de cuidados individualizados e seguros, na integração de princípios éticos e humanizados, na adaptação do ambiente ao desenvolvimento do RN e na mediação da comunicação com a família, evidenciando o valor do seu contributo para a qualidade global dos cuidados prestados.

Dado que o estudo de investigação proposto se prende no sono infantil, também se procurou aprender acerca do sono do RN. Segundo Firmino e associados (2022), o sono é um estado comportamental crítico para o desenvolvimento global do RN prematuro, uma vez que influencia a maturação neurológica, a regulação hormonal e a recuperação metabólica. Estudos recentes destacam que intervenções de enfermagem que controlam estímulos ambientais (luz e ruído) e adotam posicionamentos terapêuticos podem promover um sono mais profundo e prolongado nos prematuros em contexto de UCINP, contribuindo para a sua estabilidade clínica e neurodesenvolvimento. Estas práticas protetoras do sono, como a redução de manipulações desnecessárias e a organização dos cuidados em função dos ciclos de sono-vigília, encontram-se plenamente alinhadas com o modelo NIDCAP, ao promoverem um ambiente neuroprotetor e centrado no desenvolvimento do bebé.

No decorrer do estágio, foi elaborado um poster (Apêndice F) acerca do ambiente acolhedor para o bebé na UCINP. Foram observadas e aplicadas intervenções de enfermagem orientadas para a promoção de um ambiente acolhedor e neuroprotetor, alinhado com o modelo NIDCAP. Estas práticas incluíram a transmissão de segurança e conforto através de luz suave, temperatura agradável, sons tranquilos e cuidados individualizados adaptados a cada bebé, bem como a promoção da ligação afetiva com os pais, toque

carinhoso e comunicação calma, reforçando o vínculo familiar (Als & McAnulty, 2011). Paralelamente, procurou-se reduzir o stress e a ansiedade, garantindo silêncio e respeito pela rotina do bebé. Os cuidados foram ainda ajustados às necessidades individuais de cada RN, promovendo a estabilidade fisiológica e a autorregulação. Estas estratégias mostraram-se essenciais para melhorar a qualidade do sono, prolongar os períodos de descanso e favorecer tanto a estabilidade clínica como o neurodesenvolvimento dos RN, reforçando a importância de uma abordagem centrada no desenvolvimento e personalizada para cada um.

Em síntese, o estágio na UCINP permitiu consolidar competências técnicas, científicas e relacionais, com ênfase em cuidados centrados no desenvolvimento do RN. Os objetivos propostos foram alcançados, nomeadamente a observação e participação ativa na prestação de cuidados baseados no modelo NIDCAP, a promoção do sono, do conforto e do vínculo afetivo, o acompanhamento da família e a participação em procedimentos clínicos. Esta experiência proporcionou um crescimento pessoal e profissional, reforçando a importância da comunicação terapêutica, da humanização dos cuidados, da ética profissional e do trabalho em equipa, enquanto pilares fundamentais para garantir a segurança e o desenvolvimento neurocomportamental do RN.

A experiência na UCINP evidenciou ainda que a promoção do sono é uma competência transversal ao longo de toda a vida, com particularidades específicas em cada fase do desenvolvimento, desde o RN prematuro até à criança em idade pré-escolar. Esta perspetiva longitudinal constituiu um contributo fundamental para a concretização do estudo de investigação, permitindo compreender que os hábitos de sono se constroem desde os primeiros dias de vida e que a intervenção precoce do EEESIP, junto dos pais e cuidadores, é determinante para a promoção de um sono saudável.

PARTE II – Estudo de Investigação

2 - Enquadramento teórico

O sono é um processo fisiológico complexo e essencial para o crescimento e desenvolvimento global da criança, estando intrinsecamente relacionado com o bem-estar físico, cognitivo e emocional (Espósito et al., 2024). Durante o sono, ocorrem processos fundamentais, como a consolidação da memória, a regulação emocional, a recuperação física e o fortalecimento do sistema imunitário, sendo este um indicador relevante da saúde infantil (Liu et al., 2024).

A privação e/ou fragmentação do sono podem ter repercussões significativas no desenvolvimento infantil. Owens (2014) associa padrões de sono inadequados a défices de atenção, dificuldades de aprendizagem e alterações comportamentais. Adicionalmente, os estudos de Silva e associados (2018) salientam que padrões de sono inadequados prejudicam a regulação emocional e aumentam a suscetibilidade a frustrações e alterações comportamentais. Estas alterações podem ainda comprometer o desempenho académico e as interações sociais ao longo da infância (Lopes, 2009).

Deste modo, o sono deve ser compreendido não apenas como um período de descanso, mas como um processo ativo e determinante no desenvolvimento cognitivo, emocional e físico da criança. A evidência científica reforça ainda a necessidade de monitorização sistemática dos padrões de sono e da promoção de hábitos adequados desde a primeira infância, constituindo uma intervenção de saúde preventiva essencial.

2.1 - Sono e desenvolvimento infantil na idade pré-escolar

O sono é um processo fisiológico essencial ao desenvolvimento das crianças e desempenha um papel determinante nos domínios cognitivo, emocional, comportamental e físico (Espósito et al., 2024). Na idade pré-escolar (dos três aos cinco anos), a qualidade e duração do sono influenciam funções fundamentais como a atenção, a memória, a aprendizagem e a autorregulação emocional. Evidências sugerem que alterações na qualidade do sono ao longo do tempo, tais como a privação ou a fragmentação do sono, estão associadas a dificuldades na autorregulação emocional, incluindo dificuldades cognitivas, irritabilidade, impulsividade e problemas de adaptação ao meio envolvente, nesta faixa etária (Godzik et al., 2024).

Para além do impacto cognitivo e emocional, padrões de sono inadequados podem ter consequências físicas e comportamentais, incluindo défices no crescimento, maior vulnerabilidade metabólica e aumento do risco de obesidade infantil (Liu et al., 2024). Deste

modo, perturbações do sono desde os primeiros anos de vida podem refletir-se em dificuldades comportamentais, problemas de aprendizagem e maior suscetibilidade a alterações emocionais, reforçando a importância da promoção de hábitos de sono saudáveis desde a primeira infância (Silva et al., 2025).

Na faixa etária compreendida entre os três e os cinco anos de idade, que corresponde ao grupo demográfico alvo do presente estudo, os padrões de sono sofrem alterações significativas, refletindo a transição entre rotinas flexíveis da primeira infância para hábitos progressivamente mais estruturados (Lopes et al., 2016; Silva et al., 2018). Nesta fase, a regularidade dos horários de deitar e acordar, a duração total do sono e a consistência das rotinas tornam-se determinantes para a consolidação de padrões de sono saudáveis (Silva et al., 2018).

A literatura evidencia que a irregularidade nos horários de deitar e acordar, bem como a exposição a estímulos eletrônicos antes do sono, aumentam as dificuldades em adormecer e os despertares noturnos frequentes (Hale et al., 2018). Por outro lado, fatores culturais e familiares desempenham um papel modulador relevante. Crianças inseridas em famílias com rotinas estruturadas apresentam maior estabilidade nos hábitos de sono, enquanto contextos familiares desorganizados tendem a potenciar padrões mais irregulares de sono e sonolência diurna (Silva et al., 2025).

Neste contexto, torna-se fundamental adotar práticas de higiene do sono ajustadas às necessidades individuais de cada criança, considerando não apenas os seus comportamentos, mas também o ambiente físico e social em que está inserida. A promoção de rotinas consistentes e de ambientes tranquilos e adequados ao descanso contribuem para favorecer a qualidade do sono na idade pré-escolar (Oliveira et al., 2024a).

O EEESIP desempenha um papel central na promoção de hábitos de sono saudáveis nesta fase do desenvolvimento. Para além da implementação de práticas de higiene do sono, compete ao enfermeiro especialista orientar os pais e cuidadores na criação de rotinas estruturadas, ambientes favoráveis ao descanso e na identificação precoce de sinais de perturbação ou fragmentação do sono (Silva, 2023; Oliveira et al., 2024b). A educação parental assume um caráter preventivo fundamental que contribui para o bem-estar global da criança e para a prevenção de consequências negativas no seu desenvolvimento cognitivo, emocional e físico.

2.2 - Higiene do sono

Como forma de tratar distúrbios de sono de origem comportamental (não patológica), a partir da década de 1970 começou a ser popularizado o conceito de higiene do sono, com o estabelecimento da medicina do sono como área científica autônoma (Hauri, 1977). Esta popularização dá-se entre os anos 80 e 90 com investigações sobre a insónia, ritmos circadianos e privação de sono (Stepanski & Wyatt, 2003), mas tem merecido especial atenção académica na última década como ferramenta terapêutica motivada pelo uso massivo de ecrãs, aumento de diagnósticos de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), ansiedade e dificuldades escolares (Hale et al., 2018).

A higiene do sono consiste no conjunto de práticas e condições que promovem um sono contínuo e reparador. Entre estas práticas, destacam-se: manutenção de horários consistentes de deitar e acordar, criação de um ambiente propício ao descanso, limitação da exposição a estímulos eletrónicos e implementação de rotinas relaxantes antes de deitar (Mindell & Williamson, 2018). Em crianças, a higiene do sono é ainda mais crucial uma vez que o cérebro está em rápido e constante desenvolvimento, o ritmo circadiano ainda é imaturo e a autorregulação ainda é limitada (Bathory & Tomopoulos, 2017; Mindell et al., 2015).

O descanso deve respeitar a individualidade de cada criança, uma vez que existem diferentes necessidades e padrões de sono ao longo do desenvolvimento (Mindell & Williamson, 2018). Por este motivo, as práticas de higiene do sono devem considerar padrões individuais, e promover rotinas consistentes, ambientes tranquilos e estratégias que favoreçam o sono contínuo e reparador (Oliveira et al., 2024a).

Além dos hábitos individuais, certos fatores externos também podem interferir com a qualidade do sono. A literatura evidencia uma relação consistente entre o tempo de exposição a ecrãs e os padrões de sono desde a primeira infância. Magee e associados (2014) identificaram relações entre a duração do sono e o tempo de ecrã, sugerindo que crianças com maior exposição a dispositivos eletrónicos tendem a apresentar menor duração do sono nos períodos após a exposição. De forma complementar, Lan e associados (2020), verificaram que a exposição a ecrãs nas horas antecedentes ao sono está associada a uma menor duração de sono em idade pré-escolar. Em conjunto, estes estudos sugerem que o uso de ecrãs constitui um fator comportamental relevante e modificável, com impacto significativo na qualidade e duração do sono na infância, reforçando a importância da promoção de práticas de higiene do sono e da limitação da exposição a dispositivos eletrónicos, especialmente no período que antecede o deitar.

O consumo de substâncias estimulantes, como a cafeína, e a prática de atividade física no período anterior ao deitar, também interferem na qualidade do sono infantil. Bebidas como refrigerantes, chá, bebidas energéticas, café e chocolate têm sido associados a maior latência

do sono, menor duração total do sono e aumento dos despertares noturnos em crianças (Temple, 2019). Estes efeitos são particularmente relevantes em idade pré-escolar, uma vez que o metabolismo da cafeína é mais lento e o sistema nervoso central das crianças ainda se encontra em desenvolvimento, podendo o seu efeito prolongar-se por várias horas após a ingestão (Mindell & Williamson, 2018). Por este motivo, recomenda-se evitar alimentos e bebidas estimulantes durante a tarde e o período que antecede o deitar (Mindell et al., 2015).

De igual modo, realizar atividade física próxima ao período pré-sono pode aumentar o estado de alerta do organismo, dificultando o adormecer. Por este motivo é recomendado que no período que antecede o deitar se adotem atividades calmas e previsíveis, como leitura, jogos tranquilos ou rotinas de relaxamento (Mindell & Williamson, 2018; Oliveira et al., 2024b).

Segundo Silva (2023), em Portugal, a adesão às práticas de higiene do sono ainda é limitada, existindo a necessidade de intervenções educativas mais sistemáticas. Alguns estudos evidenciam que crianças com práticas inadequadas de higiene do sono apresentam maior dificuldade em adormecer, salientando a relevância de condutas preventivas (Mindell & Williamson, 2018).

Deste modo, a higiene do sono assume um papel fundamental na promoção da saúde e desenvolvimento infantil, ultrapassando o âmbito familiar e constituindo uma estratégia preventiva essencial. A implementação de práticas individualizadas e centradas na criança permite não apenas melhorar a qualidade do sono, como também favorecer o desenvolvimento cognitivo, emocional e físico, reforçando o papel do enfermeiro especialista na orientação e educação parental.

2.3 - Instrumentos de avaliação do sono infantil

A avaliação estruturada do sono permite a deteção precoce de dificuldades e a implementação de estratégias de intervenção.

A escala Children's Sleep Habits Questionnaire – Portuguese version (CSHQ – PT) avalia padrões de sono e comportamentos associados a estes, incluindo horários de deitar, despertares noturnos, resistência ao sono e a ansiedade relacionada com o sono. A versão portuguesa deste instrumento demonstra boa consistência interna e fiabilidade na avaliação de padrões de sono infantis (Silva et al., 2014).

O Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised (BISQ – R) destina-se à avaliação do sono de bebés e crianças pequenas, demonstrando validade e fiabilidade (Mindell et al., 2019), e encontra-se disponível na versão portuguesa através da tradução e adaptação cultural para crianças até aos 3 anos (Diogo, 2024), permitindo analisar indicadores como latência do sono, duração total do sono, despertares noturnos e a perceção parental da qualidade do sono. No presente estudo, a sua utilização foi complementar ao instrumento

CSHQ – PT, tendo sido particularmente pertinente para a avaliação das crianças de três anos, faixa etária de transição entre a primeira infância e a idade pré-escolar, permitindo assim uma caracterização mais abrangente dos padrões de sono de toda a amostra.

2.4 - Percepção dos cuidadores sobre o sono infantil

A percepção parental é determinante na manutenção de hábitos de sono saudáveis. Pais conscientes da importância do sono e das suas implicações tendem a aplicar práticas consistentes e a reconhecer dificuldades no adormecer ou despertares noturnos. Segundo Oliveira e colaboradores (2024a), programas educativos direcionados aos cuidadores melhoram a percepção parental e promovem rotinas mais consistentes, refletindo-se numa melhoria da qualidade do sono das crianças.

A educação parental constitui uma estratégia preventiva essencial e capacita os pais para intervirem de forma adequada (Pereira & Oliveira, 2021). Segundo Silva (2023), o papel do enfermeiro especialista em saúde infantil deve ser central na orientação familiar e implementação de estratégias educativas para promover hábitos de sono saudáveis.

2.5 - Motivação do estudo

O sono constitui um dos pilares fundamentais para o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, influenciando processos cognitivos, emocionais e comportamentais. No âmbito da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, a promoção de hábitos de sono adequados assume particular importância, uma vez que os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na orientação das famílias para a adoção de rotinas que favoreçam a qualidade do sono. Neste contexto, torna-se pertinente aprofundar o conhecimento acerca de hábitos de sono das crianças, bem como compreender a forma como os cuidadores percebem e gerem estas rotinas.

Apesar da existência de literatura internacional extensa, os estudos portugueses apresentam algumas limitações, tais como o facto de poucos explorarem de forma integrada hábitos de sono, percepção parental e higiene do sono. Existe uma escassez de pesquisas que utilizem instrumentos validados, como o BISQ – R, em contexto português e é possível identificar ainda a necessidade de aprofundar a relação entre higiene do sono, contexto familiar e desenvolvimento infantil. Estas lacunas justificam a realização do presente estudo, que pretende caracterizar os hábitos de sono, a higiene do sono e a percepção dos cuidadores em crianças pré-escolares.

Esta faixa etária foi selecionada por se tratar de um período crítico no desenvolvimento infantil, em que ocorre uma transição significativa nos padrões de sono, incluindo a redução

progressiva do sono diurno, maior consolidação do sono noturno e o estabelecer de rotinas mais consistentes, para preparação na entrada no contexto escolar. Acresce que, nesta idade, os hábitos e práticas parentais exercem um impacto direto na qualidade e duração do sono, tornando este grupo etário particularmente relevante para investigação.

A avaliação do sono nesta população pode ser realizada com instrumentos baseados no relato parental, tal como a escala BISQ-R, amplamente utilizada internacionalmente (Mindell et al., 2019) e disponível em versão portuguesa (Diogo, 2024), e o instrumento CSHQ – PT, validado para a população portuguesa (Silva et al., 2014). No âmbito do presente estudo, optou-se pela utilização destes dois instrumentos, considerando a sua robustez científica, validade e complementaridade, uma vez que permitem avaliar, de forma abrangente, a duração do sono, os despertares noturnos, a latência do sono, os horários de deitar e acordar, bem como a perceção parental da qualidade do sono e as práticas associadas à higiene do sono. A aplicação destas escalas constitui a base metodológica da investigação desenvolvida, permitindo uma caracterização detalhada dos hábitos de sono das crianças nesta idade.

Considerando a importância do tema na saúde das crianças, a presente investigação fornecerá indicadores relevantes para fundamentar intervenções de enfermagem e estratégias educativas, dirigidas às famílias, contribuindo para a promoção de padrões de sono saudáveis desde a primeira infância.

3 - Metodologia

O presente capítulo descreve o estudo quantitativo, de carácter descritivo e transversal, levado a cabo no âmbito da presente investigação, com o objetivo de caracterizar os hábitos e perceções dos pais/cuidadores relativamente à higiene do sono de crianças em idade pré-escolar (dos três aos cinco anos).

Ao longo desta secção do trabalho, será discutida a questão de investigação e apresentados os respetivos objetivos. Posteriormente, será descrito e justificado o tipo de estudo escolhido (questionário), o contexto em que foi implementado e analisada a amostra da investigação.

Adicionalmente, será abordada a forma como os resultados foram recolhidos, armazenados e tratados, bem como a privacidade das crianças e dos pais/cuidadores.

3.1 - Questão de investigação e objetivos

A elaboração de uma questão de investigação bem definida e significativa é indispensável em qualquer trabalho científico, uma vez que orienta o percurso metodológico do estudo e assegura a articulação consistente entre os objetivos propostos, as estratégias metodológicas e a interpretação dos resultados.

A questão de investigação constitui o ponto de partida da prática baseada na evidência, assumindo um papel central e determinante em todo o processo de investigação. A sua correta formulação permite identificar de forma clara o problema a estudar e orientar a pesquisa. Os autores salientam que uma questão de investigação bem estruturada, clara e pertinente facilita a condução da investigação, tornando o processo mais eficaz e direcionado (Sousa et al., 2018).

No presente estudo, a questão de investigação centra-se na importância de caracterizar os hábitos e práticas de higiene do sono em crianças em idade pré-escolar, bem como a perceção dos pais/cuidadores relativamente à qualidade do sono infantil. Este tema revela-se de extrema importância, uma vez que padrões de sono adequados são fundamentais para o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional das crianças. A investigação surge da necessidade de identificar padrões de sono, práticas familiares e possíveis fatores que influenciam a qualidade do sono, permitindo informar acerca de estratégias de intervenção, promover hábitos de sono saudáveis e apoiar os cuidadores na melhoria do bem-estar infantil. Assim, a questão de investigação que orientou o estudo foi:

Quais os hábitos, rotinas e condições de sono das crianças em idade pré-escolar (dos três aos cinco anos) e como os cuidadores percebem a qualidade do sono destas crianças?

Após a definição da questão de investigação, foi delineado o objetivo geral do estudo, que consiste em caracterizar os hábitos de sono, a higiene do sono e a percepção dos cuidadores acerca da qualidade do sono em crianças em idade pré-escolar. Para operacionalizar este objetivo, foram definidos objetivos específicos, que orientaram o desenvolvimento do estudo e a análise dos dados recolhidos, nomeadamente:

- Identificar as rotinas e hábitos de sono das crianças entre os três e os cinco anos;
- Avaliar as práticas de higiene do sono implementadas pelos pais;
- Analisar a percepção dos pais relativamente à qualidade do sono infantil;
- Relacionar variáveis sociodemográficas com os padrões e a qualidade do sono.

3.2 - Tipo de estudo

O presente estudo recorreu a um questionário para caracterizar os hábitos e percepções dos pais/cuidadores relativamente à higiene do sono de crianças em idade pré-escolar. Trata-se de uma abordagem quantitativa (na medida em que envolve recolha e tratamento de dados numéricos e identificação de padrões através deles), de carácter descritivo (uma vez que permite caracterizar uma população ou amostra, descrevendo as suas principais características) e transversal (analisa a realidade de uma amostra num determinado período, sem acompanhamento ao longo do tempo). Este tipo de estudo “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (Gil, 2010, p.45), tornando-o adequado à investigação de fenómenos observáveis e à quantificação de práticas e percepções parentais.

Este método permite obter informações sistemáticas e padronizadas, garantindo comparação entre as respostas (Brace, 2018) e possibilitando analisar de forma consistente as percepções, atitudes e práticas dos pais relativamente ao sono infantil (Bastos et al., 2023). Questionários bem desenhados e validados contribuem para reduzir vieses e aumentar a fiabilidade das respostas, assegurando que a informação recolhida representa de forma fidedigna as práticas e percepções dos cuidadores (Ranganathan & Caduff, 2023). Esta abordagem reforça a adequação do instrumento ao paradigma quantitativo adotado no estudo, garantindo a qualidade e a utilidade dos dados obtidos.

A colheita de dados foi realizada com recurso a instrumentos validados e traduzidos em Portugal, nomeadamente o CSHQ – PT (Silva et al., 2014) e BISQ – R (Mindell et al., 2019; Diogo, 2024) e, assegurando a fiabilidade e a comparação de resultados (Apêndice G). A sua utilização permite quantificar hábitos de sono, identificar eventuais problemas e compreender

as percepções dos cuidadores, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções educativas e estratégias de promoção de hábitos de sono saudáveis.

Aplicar um questionário aos cuidadores para avaliar hábitos e rotinas de sono em crianças é prático, pouco intrusivo e capta o contexto real do dia-a-dia, nomeadamente horários, rituais de deitar, uso de dispositivos e percepções de despertares e comportamento diurno, permitindo identificar padrões comportamentais modificáveis. Do ponto de vista científico, métodos mais robustos para avaliar objetivamente a qualidade do sono incluem a Actígrafia (monitorização prolongada do ritmo sono-vigília) e a Polissonografia (avaliação fisiológica detalhada do sono através de sensores que registam atividade cerebral, movimento dos olhos, atividade muscular e cardíaca, posições de dormir e respiração), que fornecem dados mais precisos sobre duração, continuidade e arquitetura do sono (Silva et al., 2025; SNS 24, 2025). Contudo, estas alternativas exigem tempo, recursos técnicos especializados, contexto laboratorial, monitorização prolongada e adesão das famílias, fatores que não são compatíveis com a janela temporal de investigação. Nesse sentido, a rapidez de recolha de dados torna o questionário a opção mais adequada para avaliar os hábitos e rotinas das crianças, ainda que a avaliação da qualidade do sono se baseie na percepção dos cuidadores e, portanto, tenha limitações do ponto de vista metodológico.

No Apêndice G, é possível consultar o questionário preenchido pelos pais/cuidadores, o qual contempla dados sociodemográficos (idade da criança, género, com quem vive, idade do cuidador principal, grau de escolaridade do cuidador principal, número de filhos e se a criança em estudo é mais nova, mais velha ou filha única), bem como informações sobre rotinas de sono, ambiente do sono, hábitos e comportamentos relacionados com o sono, problemas de sono, percepção dos pais sobre o sono da criança e o conhecimento acerca da higiene do sono.

3.3 - Contexto do estudo

O presente estudo de investigação foi desenvolvido numa ULS da Região Centro do país, no âmbito dos cuidados de saúde primários, que, por motivos de privacidade dos participantes, não pode ser divulgada. Este contexto caracteriza-se pela proximidade com a comunidade e pelo papel central na promoção da saúde infantil e no bem-estar das famílias, proporcionando um ambiente privilegiado para a investigação. O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética (Anexo 1) da respetiva ULS, assegurando o cumprimento dos princípios éticos, da confidencialidade e da proteção dos dados pessoais dos participantes.

A escolha deste contexto justifica-se pela relevância do tema em estudo, permitindo avaliar de que forma os pais/cuidadores percebem e aplicam práticas de higiene do sono.

A recolha e análise dos dados contribuem para identificar padrões, lacunas e fatores associados à qualidade do sono, fornecendo informação útil para orientar estratégias educativas e intervenções de promoção de hábitos de sono saudáveis.

3.4 - Participantes

Nesta investigação, os participantes foram selecionados aleatoriamente, assegurando a recolha de informações pertinentes e detalhadas sobre os hábitos, rotinas e condições de sono das crianças pré-escolares, permitindo compreender o fenómeno no contexto do grupo estudado.

Os participantes do estudo são crianças em idade pré-escolar (dos três aos cinco anos) pertencentes à ULS da Região Centro. Este grupo etário foi selecionado por ser uma fase crítica do desenvolvimento infantil, e por existirem poucos estudos que se concentrem especificamente nesta faixa etária, especialmente em contextos portugueses.

Apesar de se prever inicialmente uma amostra de 50 a 100 participantes, foram preenchidos 60 questionários, correspondendo ao número de crianças da faixa etária alvo disponíveis na ULS, no período em que decorreu o estudo.

O recrutamento foi realizado pela investigadora principal, com o apoio das enfermeiras da ULS da Região Centro, através de contacto direto com os cuidadores, explicação detalhada do projeto e entrega do consentimento informado. A participação foi voluntária e anónima, garantindo-se a confidencialidade das informações recolhidas e a sua utilização exclusivamente para fins desta investigação.

Todo o processo decorreu de acordo com os princípios éticos da investigação em saúde, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

3.5 - Considerações éticas e proteção de dados

O presente estudo foi conduzido de acordo com os princípios éticos aplicáveis à investigação com seres humanos, designadamente o respeito pela autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça, sistematizados por Beauchamp e Childress na obra *Principles of Biomedical Ethics* (2019). Estes princípios constituem o enquadramento ético para a salvaguarda da dignidade, da liberdade e dos direitos dos participantes, assegurando que a sua participação ocorre de forma livre, voluntária e devidamente informada.

Os procedimentos envolvidos no estudo foram aprovados pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde em questão (Anexo 1), garantindo que os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes fossem integralmente protegidos. Antes do preenchimento do questionário, os cuidadores receberam um documento de consentimento informado, no qual

foram explicados os objetivos do estudo, os procedimentos envolvidos, a voluntariedade da participação, os potenciais benefícios e riscos, bem como o direito de desistirem a qualquer momento, sem qualquer consequência negativa. A participação foi totalmente voluntária e baseada em decisão autónoma, assegurando que os cuidadores compreendessem claramente o propósito da investigação.

O princípio da confidencialidade foi estritamente respeitado ao longo de todo o estudo. Os questionários foram processados de forma a não conter qualquer dado pessoal identificável. As respostas foram armazenadas em suporte seguro, com acesso restrito unicamente à investigadora responsável, e conservadas apenas pelo tempo necessário à análise e elaboração da investigação, em conformidade com o RGPD. Estas precauções asseguraram a proteção dos dados pessoais, prevenindo qualquer uso inadequado ou violação da privacidade dos participantes.

A implementação destas medidas assegurou que a investigação fosse conduzida de forma responsável e transparente, reforçando a confiança dos participantes, garantindo a equidade e promovendo a integridade científica do estudo. Paralelamente, esta abordagem permitiu valorizar práticas de investigação centradas nos pais e nas crianças, promovendo a segurança, o bem-estar e a dignidade de todos os envolvidos.

3.6 - Tratamento dos dados

Os dados recolhidos foram organizados e tratados utilizando o Microsoft Excel, que permite um armazenamento estruturado da informação, análise de dados eficiente, opções nativas de visualização e integração com o Microsoft Word.

Para assegurar o anonimato de cada participante salvaguardando, ao mesmo tempo, a identificação de cada questionário para efeitos de revisão, foi atribuído um código alfanumérico, iniciado pela letra “C” seguida de um número sequencial. Assim, considerando os 60 participantes, a codificação vai de C1 a C60, permitindo organizar os dados de forma estruturada sem comprometer a privacidade das crianças. Neste sentido, o recurso ao Microsoft Excel permitiu a associação das respostas aos códigos alfanuméricos atribuídos a cada questionário, garantindo que os dados permanecessem anónimos e confidenciais, em conformidade com os princípios éticos da investigação.

3.6.1 - *Análise de dados*

A análise dos dados seguiu dois vetores principais. Numa primeira fase foram realizadas análises estatísticas descritivas, incluindo parâmetros estatísticos tradicionais como a frequência absoluta e relativa (Kaur et al., 2018) e decorreu de forma sequencial, seguindo a estrutura do questionário. Ao longo desta primeira análise, a amostra foi caracterizada e foram retiradas as principais conclusões da análise individual de cada pergunta das diferentes partes do questionário. Numa segunda fase, foram realizadas análises comparativas entre variáveis, com o objetivo de identificar tendências e possíveis associações entre características sociodemográficas, hábitos de sono e percepção da qualidade do sono infantil.

3.6.2 - *Visualização dos resultados*

Em todas as fases descritas, são exploradas as potencialidades nativas do Microsoft Excel no que diz respeito à visualização de resultados através de gráficos. Os resultados são apresentados ao leitor através de gráficos de barras e circulares, uma vez que estes tipos de gráfico constituem “a base de praticamente todas as análises quantitativas de dados de questionários” (Fink, 2017, p.154). Os gráficos apresentados tomam três formas principais:

- Gráficos circulares – Representam a distribuição das respostas através da divisão de um círculo em setores proporcionais à respetiva frequência. São adequados para mostrar a composição relativa de um conjunto de dados;
- Gráficos de barras absolutos – Representam a distribuição das respostas através de barras cuja dimensão depende da frequência de cada resposta. O eixo horizontal corresponde à frequência absoluta e, no final das barras apresenta-se a frequência relativa das respostas;
- Gráficos de barras relativos – São comparáveis aos gráficos circulares, na medida em que representam, em cada barra, a distribuição relativa das respostas. Este tipo de visualização apresenta a vantagem de cada barra corresponder a uma distribuição relativa e permitir estabelecer graficamente uma relação entre duas variáveis.

Na maioria dos gráficos, foi adotada uma paleta de cores suave, mas contrastante, de forma a permitir a leitura dos resultados, retirando das imagens todas as informações desnecessárias para o leitor. Nos casos em que se pressupõe um espectro de respostas que varie ao longo de uma escala de “Muito mau” para “Muito bom” (por exemplo a qualidade de sono da criança), seja pelo consenso científico ou pela percepção social, optou-se por uma escala de cores “Verde-Amarelo-Vermelho”, para tornar imediata a percepção do leitor.

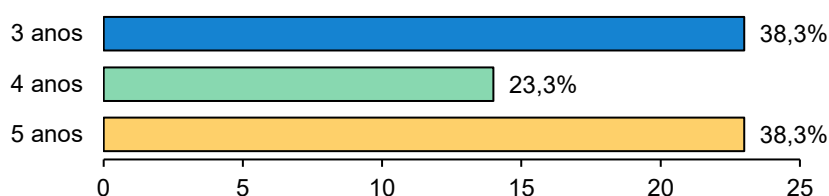
4 - Resultados

Na presente secção serão analisadas as respostas ao questionário levado a cabo no âmbito do presente trabalho. Numa primeira fase, os resultados das perguntas colocadas aos cuidadores sobre a sua perceção relativamente ao sono dos filhos serão tratados de forma sequencial e individual, seguindo a organização do questionário. Paralelamente, os resultados serão analisados de forma integrada, avaliando padrões e possíveis associações entre as respostas dos cuidadores no contexto do estudo e, finalmente, serão reunidas as principais conclusões.

4.1 - Dados sociodemográficos

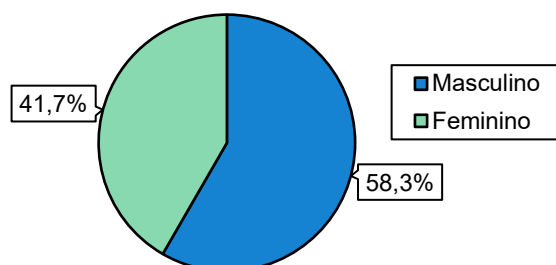
O presente estudo teve como público-alvo os pais/cuidadores de crianças em idade pré-escolar (compreendidas entre os três e os cinco anos). Foram obtidos dados de 60 crianças, verificando-se uma distribuição entre as três idades consideradas (Gráfico 1), com uma média de idades de 4.0 anos, sendo que 38,3% das crianças têm três anos, 23,3% têm quatro anos e 38,3% têm cinco anos.

Gráfico 1 – Idade da criança



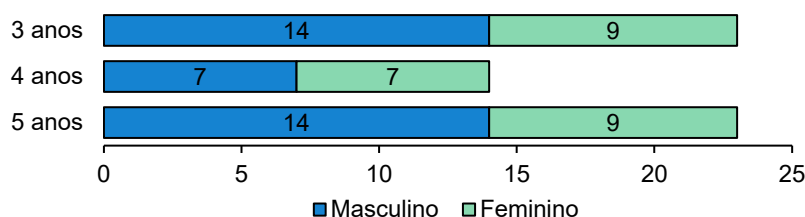
Relativamente ao sexo das crianças, observa-se uma predominância do sexo masculino, representado por 58,3%, enquanto 41,7% correspondem ao sexo feminino (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Sexo da criança



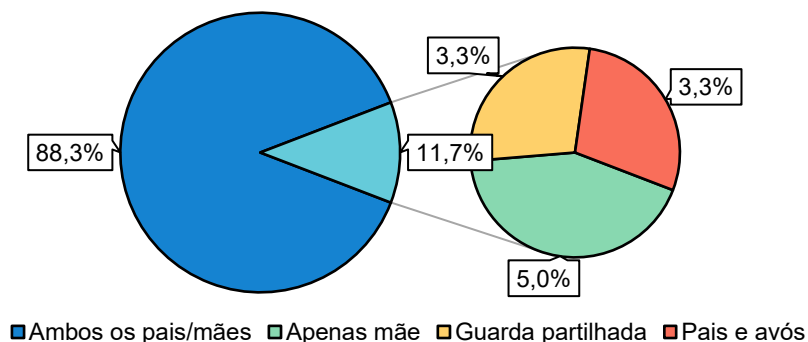
A análise da distribuição das crianças segundo a idade e o sexo demonstra que foram obtidas respostas de cuidadores de crianças de ambos os sexos nas três faixas etárias em análise (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição dos sexos das crianças em função da idade



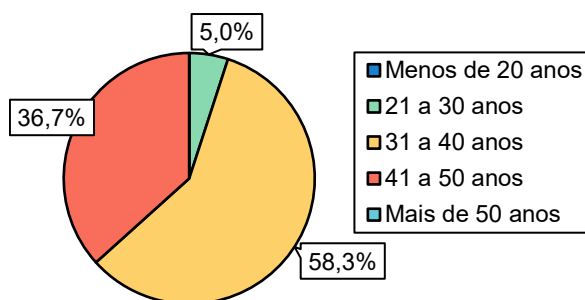
No que diz respeito à composição do agregado familiar, verifica-se que a maioria das crianças (88,3%) vive com ambos os pais. Os restantes 11,7% vivem apenas com a mãe, em regime de guarda partilhada ou com os pais e avós (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Com quem vive a criança



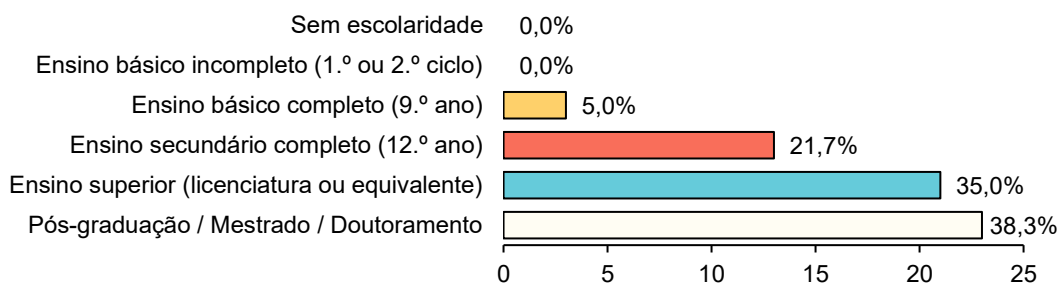
As perguntas 4 a 7 têm como objetivo caracterizar os cuidadores e o agregado familiar das crianças. Verifica-se que a maioria dos cuidadores se situa numa faixa etária entre os 31 a 40 anos (58,3%) e 41 a 50 anos (36,7%), conforme ilustrado no Gráfico 5. Não foram recolhidos dados a nenhum cuidador com mais de 50 anos.

Gráfico 5 – Idade do principal cuidador



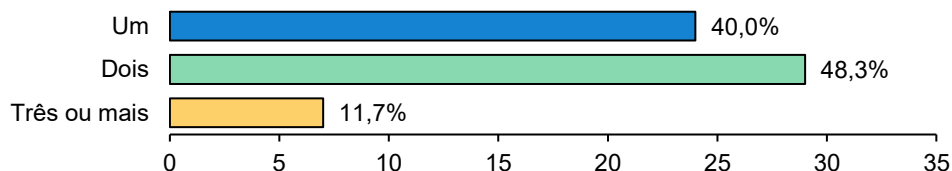
Todos os cuidadores principais são alfabetizados, sendo que 95% têm pelo menos o 12º ano de escolaridade. Esta distribuição é coerente com a faixa etária dos cuidadores, considerando os esforços de alfabetização levados a cabo pelo Estado Português, que culminou com a extensão do ensino obrigatório com a Lei n.º 85/2009 (Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2009).

Gráfico 6 – Grau de escolaridade do principal cuidador



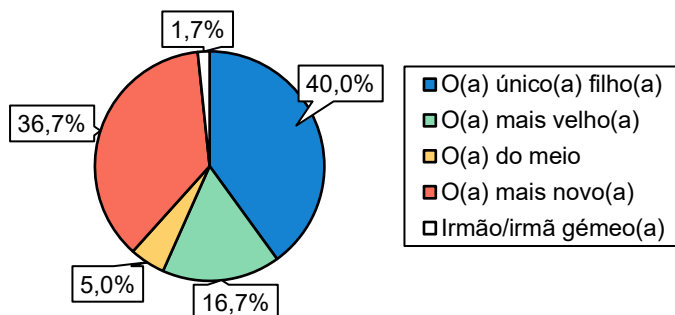
O questionário abrangeu vários agregados familiares, sendo que, na sua maioria, a criança era filho(a) único(a) (40%) ou tinha apenas um(a) irmão(ã) (48,3%). Três ou mais filhos são menos frequentes, correspondendo a 11,7% (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Número de filhos que constituem o agregado familiar



O Gráfico 8 apresenta a idade relativa da criança dentro da fratria (ordem de nascimento). Filho(a) único(a) (40%) é a categoria mais representativa, seguindo-se de filho(a) mais novo(a) (36,7%) e filho(a) mais velho(a) (16,7%). Filho(a) do meio corresponde a 5%. Deste modo, a amostra é maioritariamente composta por filhos únicos ou filhos mais novos, enquanto crianças filho do meio e gémeos são pouco frequentes.

Gráfico 8 – Idade relativa da criança

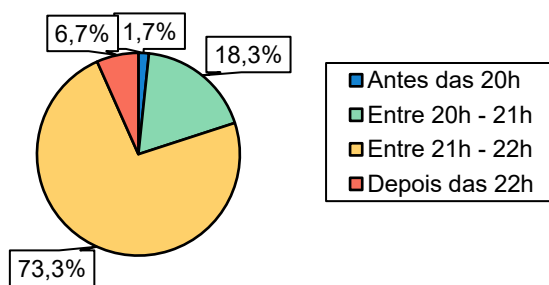


Ainda no que diz respeito à idade relativa das crianças, abordada na pergunta 7, é importante referir que a opção “Irmão/irmã gémeo(a)” não consta no questionário aplicado e foi acrescentada por um cuidador, tornando evidente uma limitação do instrumento de recolha de dados a corrigir em trabalhos futuros.

4.2 - Rotina de sono

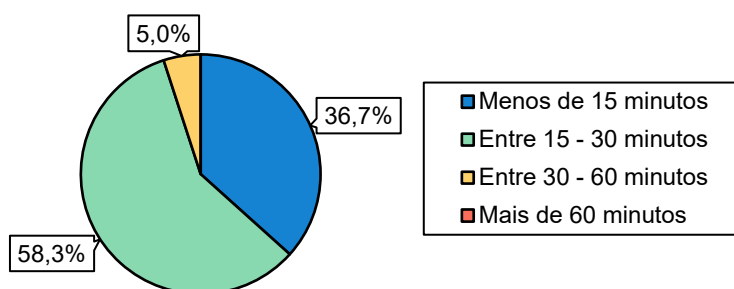
Relativamente às rotinas de sono, abordadas nas perguntas 8 a 11, verifica-se que a maioria das crianças vai para a cama entre as 21h e as 22h (73,3%), sendo que cerca de 1,7% se deitam antes das 20h e 93,3% se deitam antes das 22h. Apenas 6,7% das crianças se deitam depois das 22h (Gráfico 9).

Gráfico 9 – Hora de deitar durante a semana



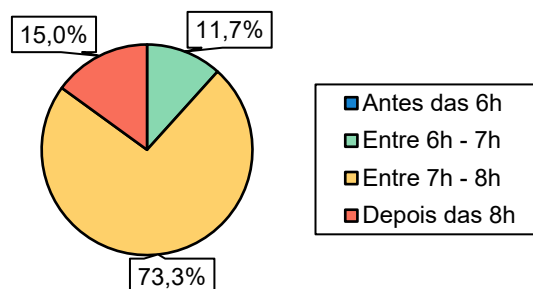
Como ilustrado no Gráfico 10, a grande maioria das crianças (95%) demora cerca de 30 minutos ou menos para adormecer. Apenas 5% das crianças demoram entre 30 e 60 minutos e nenhuma criança demora mais de 60 minutos para adormecer.

Gráfico 10 – Tempo necessário para adormecer



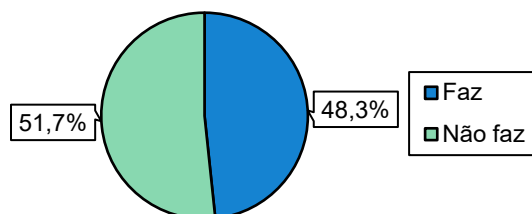
Quanto à hora de despertar, observa-se que a maioria das crianças, sob as quais incide o estudo, acorda entre as 7h e as 8h (61,7%), garantindo uma duração média de sono de aproximadamente nove a 10 horas por noite, em consonância com as recomendações para a faixa etária estudada (SNS, 2025) (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Hora de despertar durante a semana



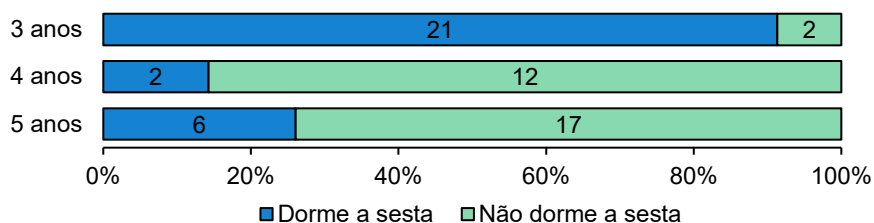
Aproximadamente metade das crianças fazem sestas durante o período diurno. No entanto, a percentagem de crianças que faz sestas (51,7%) é ligeiramente superior àquelas que não fazem (48,3%) (Gráfico 12).

Gráfico 12 – Sestas da criança



O Gráfico 13 evidencia a distribuição da realização de sestas em função da idade, verificando-se que as crianças com três anos apresentam a maior prevalência do hábito, sendo observada uma diminuição da necessidade de sestas com o aumento da idade. Com cinco anos mais de metade das crianças estudadas já não apresentam necessidade de fazer sestas.

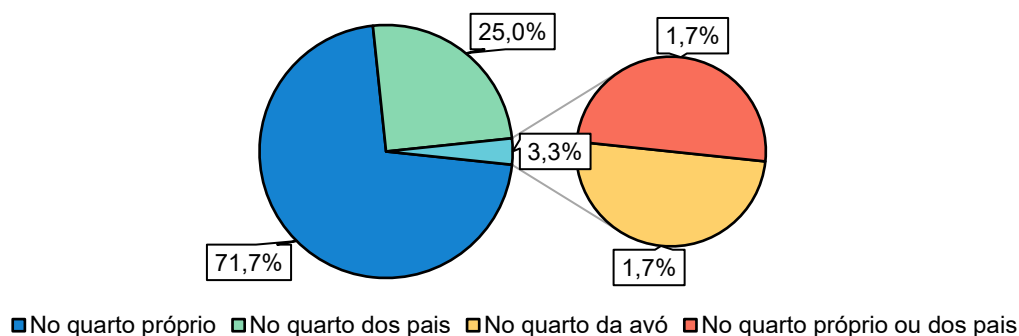
Gráfico 13 – Sestas em função da idade



4.3 - Ambiente de sono

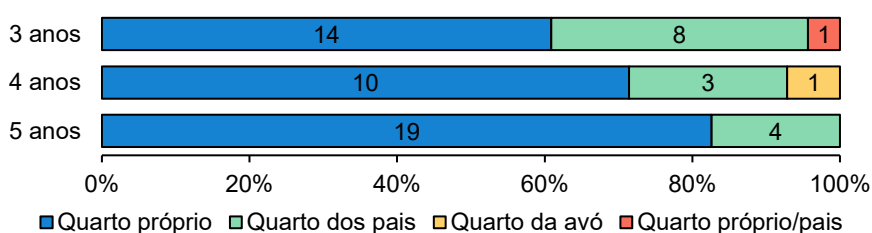
As perguntas 12, 13 e 14 incidem sobre o ambiente de sono das crianças. Verifica-se que 71,7% das crianças dormem em quarto próprio, correspondendo à maioria, 25% dormem no quarto dos pais, e as restantes (3,3%) no quarto da avó ou alternam entre o próprio quarto e o quarto dos pais (Gráfico 14).

Gráfico 14 – Local do sono



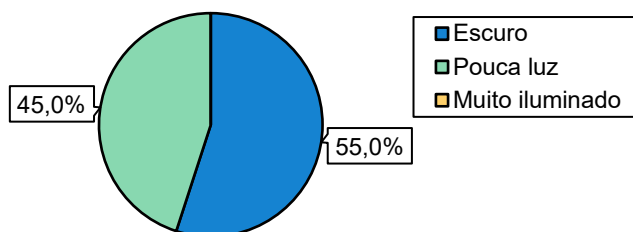
O Gráfico 15 evidencia a relação entre o local de sono e a idade da criança, mostrando uma evolução progressiva para a maior autonomia. Aos três anos, a maioria das crianças já dorme no quarto próprio (14 crianças), embora ainda exista um número considerável que dorme no quarto dos pais (8 crianças) e uma situação isolada de alternância entre o quarto próprio e dos pais (1). Aos 4 anos, observa-se uma diminuição do número de crianças a dormir com os pais (3) e um aumento relativo da autonomia, mantendo-se o quarto próprio como principal local de sono (10), surgindo ainda um caso de uma criança que dorme com a avó (1). Aos 5 anos, esta tendência torna-se mais evidente, com uma predominância do quarto próprio (19 crianças) e apenas um pequeno grupo que dorme no quarto dos pais (4). Globalmente, verifica-se que, com o aumento da idade, há uma diminuição da necessidade de dormir com os pais e um reforço da independência da criança no que diz respeito ao local do sono.

Gráfico 15 – Relação entre o local de sono e a idade da criança



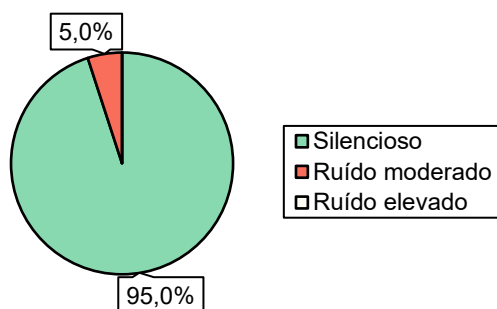
O Gráfico 16 relativo à iluminação do local de sono mostra que a maioria das crianças dorme num ambiente escuro (55%). Uma proporção também significativa dorme com pouca luz (45%). Não se registam casos de crianças a dormir em ambientes muito iluminados. Estes dados sugerem uma preferência por condições de baixa luminosidade no momento de dormir, sendo o ambiente escuro o mais prevalente, embora uma parte considerável das crianças ainda durma com alguma iluminação.

Gráfico 16 – Iluminação do local de sono



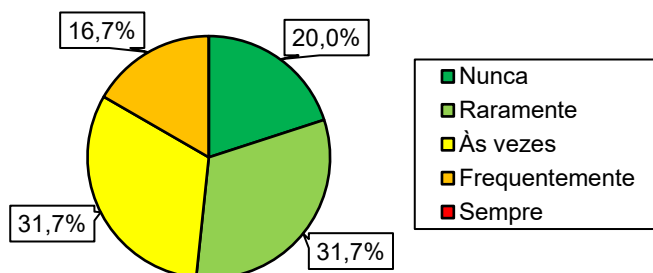
Na grande maioria dos casos (95%), as crianças dormem num ambiente silencioso. Apenas uma pequena percentagem (5%) dorme em contexto de ruído moderado, não se verificando qualquer situação de ruído elevado. Estes resultados indicam que o ambiente sonoro predominante é silencioso, sendo pouco frequente a exposição a níveis de ruído durante o sono da criança (Gráfico 17).

Gráfico 17 – Ruído do local de sono



Relativamente à exposição a ecrãs antes de dormir, como mostra o Gráfico 18, verificou-se que cerca de metade das crianças (51,7%) nunca ou raramente utiliza os dispositivos eletrónicos na hora que antecede o sono, enquanto as restantes apresenta exposição ocasional ou frequente. Estes resultados reforçam a importância da sensibilização parental para esta temática, embora uma proporção significativa das crianças continue exposta a estímulos eletrónicos antes de dormir. A literatura aponta que a exposição a ecrãs neste período pode interferir com o processo de adormecer e continuidade do sono, reforçando a importância da sensibilização parental para esta temática (Hale et al., 2018).

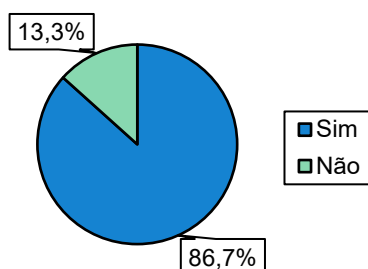
Gráfico 18 – Utilização de ecrãs antes de dormir



4.4 - Hábitos e comportamentos relacionados com o sono

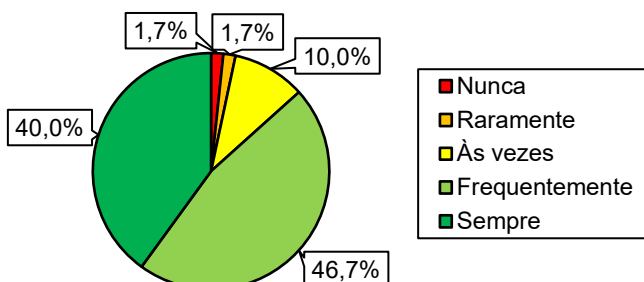
As perguntas 15 a 21 exploram os hábitos e comportamentos relacionados com o sono da criança. A maioria dos cuidadores (86,7%) informa a criança com antecedência de que está na hora de dormir, no entanto, uma pequena percentagem (13,3%) não tem este hábito (Gráfico 19).

Gráfico 19 – Informação antecipada da hora de deitar



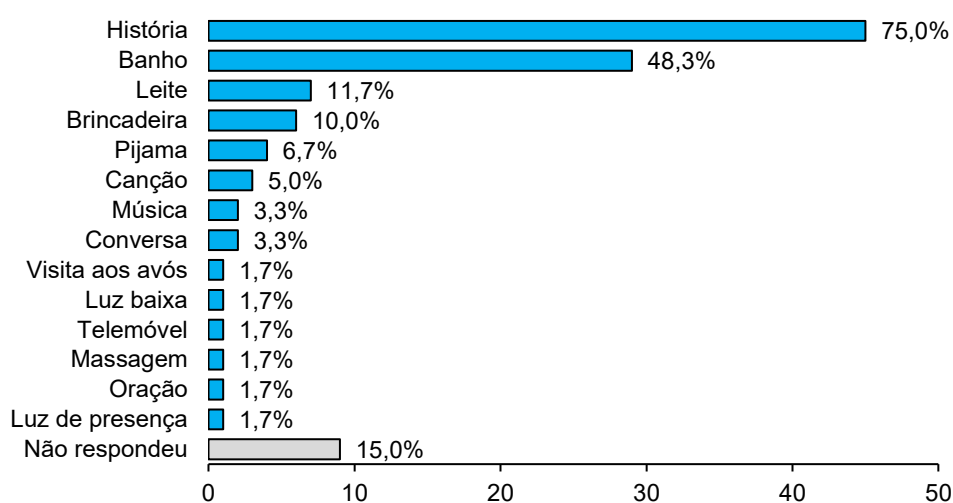
O Gráfico 20 ilustra a frequência da rotina de sono das crianças estudadas. 86,7% dos cuidadores cumprem sempre ou frequentemente uma rotina de sono com as crianças, sendo que apenas 3,4% das crianças não mantêm uma rotina de sono consistente ou a aplicam esporadicamente. No entanto, 10% das crianças apenas “às vezes” pratica uma rotina de sono.

Gráfico 20 – Frequência da rotina de sono



Na pergunta 16, é solicitado aos cuidadores que refiram os elementos utilizados na rotina de sono das crianças, estando os mesmo elencados no Gráfico 21. A leitura de uma história é a prática mais comum (75,0%). Eventos como o jantar, higiene oral ou necessidades fisiológicas são assumidos como presentes na rotina de todas as crianças e não foram considerados nesta análise. Deste modo, cerca de 48,3% dos cuidadores reportam que o banho faz parte da rotina de sono da criança, assumindo-se que as restantes crianças tomam banho noutra altura do dia.

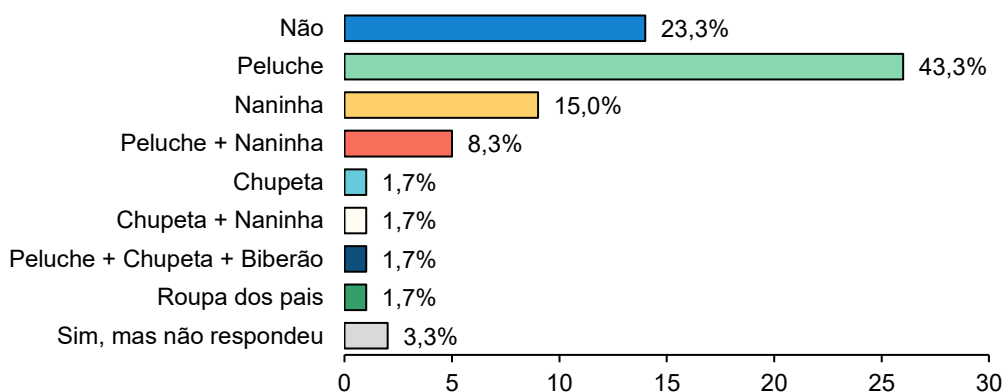
Gráfico 21 – Elementos presentes na rotina de sono da criança



Apesar de apenas 3,4% dos cuidadores terem reportado rotinas de sono pouco frequentes na pergunta 15, cerca de 15,0% dos pais não descreveram a rotina de sono da criança na pergunta 16. Esta discrepância sugere que a resposta a esta pergunta pode ser demasiado exaustiva para o modelo de questionário adotado e, em trabalhos futuros, deve ser reformulada ou substituída por questões de escolha múltipla mais específicas e direccionadas.

Na análise das perguntas 18 e 19, o Gráfico 22 mostra que aproximadamente três em cada quatro crianças (76,7%) dorme com um objeto de conforto (ou uma combinação de vários objetos).

Gráfico 22 – Combinação de objetos de conforto usados



A maioria das crianças (61,7%) dorme com apenas um objeto (Gráfico 23), sendo os objetos preferidos, independentemente da quantidade, o peluche (61,5%) e a “naninha”/fralda (21,8%), conforme apresentado no Gráfico 24. 3,3% dos cuidadores referem que a criança tem um objeto de conforto, mas não o nomeiam. O objeto de conforto utilizado em menor quantidade é a roupa dos pais (1,9%).

Gráfico 23 – Número de objetos de conforto usados para dormir

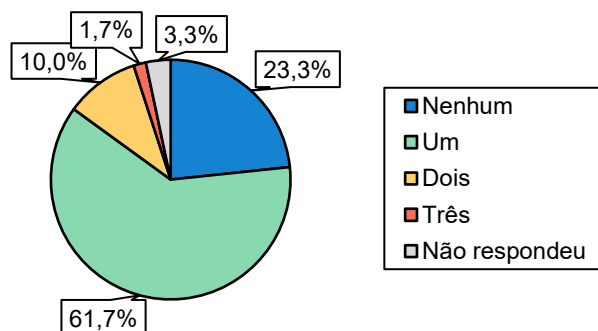
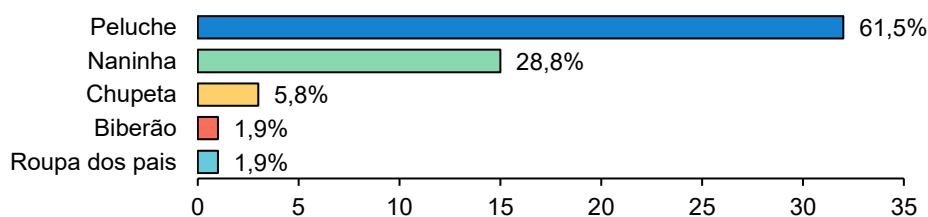
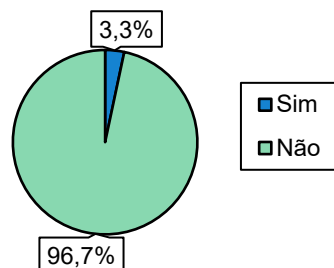


Gráfico 24 – Objetos de conforto mais usados



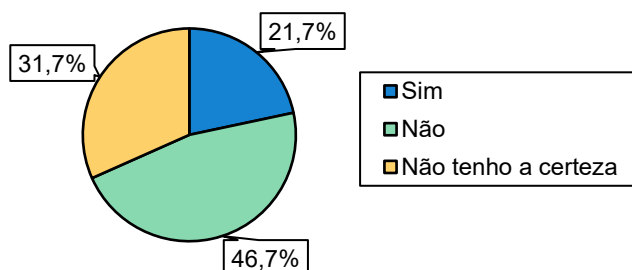
Relativamente ao consumo de estimulantes, os cuidadores indicam que a maioria das crianças (96,7%) não consome bebidas com cafeína nas seis horas que antecedem o sono (Gráfico 25). Apenas 3,3% das crianças apresentam esse hábito.

Gráfico 25 – Consumo de bebidas com cafeína antes de dormir



Os cuidadores que responderam ao questionário reportam que 46,7% das crianças não demonstram alterações no sono quando consomem alimentos ou bebidas estimulantes (Gráfico 26), enquanto os restantes responderam de forma afirmativa (21,7%) ou que não tinham a certeza (31,7%).

Gráfico 26 – Alterações do sono decorrentes do consumo de alimentos ou bebidas estimulantes



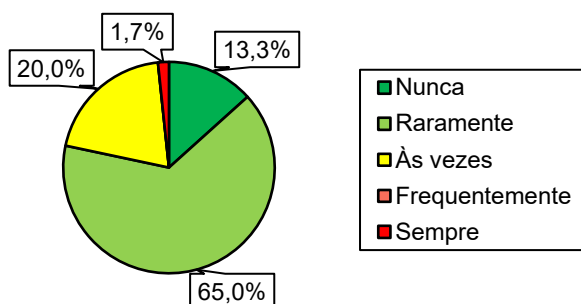
4.5 - Problemas de sono

As perguntas 22 a 24 focaram-se nos problemas de sono das crianças, nomeadamente dificuldades para adormecer, despertares noturnos, roncopatia e apneia do sono. Nesta subsecção, as respostas serão analisadas e serão estabelecidas relações com as restantes respostas dos cuidadores, com o objetivo de detetar padrões de comportamento e a sua influência nos referidos problemas.

4.5.1 - Dificuldades para adormecer

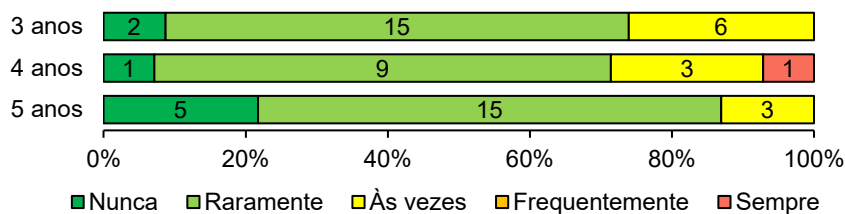
No que diz respeito à dificuldade para adormecer por parte das crianças, 78,3% dos cuidadores reportam que estas são raras ou inexistentes (Gráfico 27). Apenas 1,7% das crianças têm sempre dificuldade para adormecer, correspondendo a uma minoria.

Gráfico 27 – Dificuldades para adormecer



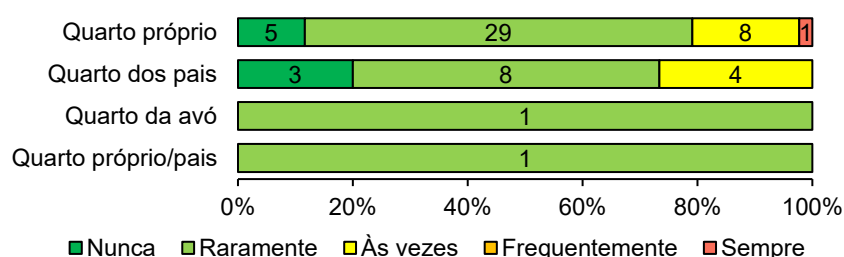
Os dados recolhidos mostram que as crianças de cinco anos aparentam uma maior facilidade para adormecer do que as de três e quatro anos (Gráfico 28), sugerindo uma melhoria de padrões de sono com o aumento da idade.

Gráfico 28 – Relação entre a idade da criança e dificuldades para adormecer



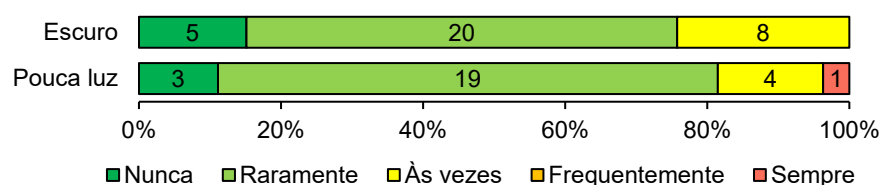
O Gráfico 29 mostra poucas diferenças na facilidade/dificuldade para adormecer em função do local de sono. Esta diferença é ainda menor se as opções “Quarto dos pais” e “Quarto da avó” fossem agrupadas, considerando, assim, que a criança dorme acompanhada. É importante lembrar, contudo, que as possíveis dificuldades para adormecer são mais perceptíveis quando a criança está no mesmo quarto que o cuidador, o que pode introduzir um viés nas respostas.

Gráfico 29 – Relação entre o local onde dorme e dificuldades para adormecer



Os dados ilustrados no Gráfico 30 não permitem estabelecer uma relação clara entre a luminosidade do ambiente e as dificuldades para adormecer, apesar de tenderem ligeiramente no sentido de ambientes com pouca luz serem mais benéficos para adormecer, em oposição a ambientes escuros. Apenas uma criança dorme sempre num ambiente com pouca luz.

Gráfico 30 – Relação entre a luminosidade do ambiente e dificuldades para adormecer



No Gráfico 31 não é possível detetar uma associação entre a utilização de ecrãs na hora que antecede o sono e dificuldades para adormecer. Adicionalmente, quanto mais consistente é a rotina de sono das crianças, mais dificuldade parecem ter para adormecer (Gráfico 32), sugerindo uma associação negativa.

Gráfico 31 – Relação entre a utilização de ecrãs na hora que antecede o sono e dificuldades para adormecer

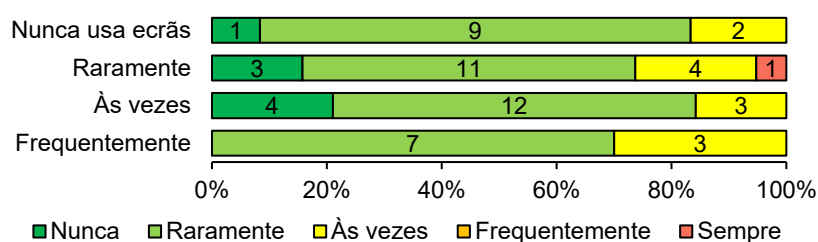
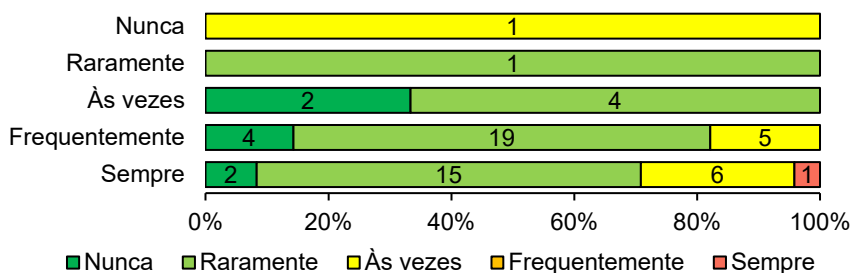
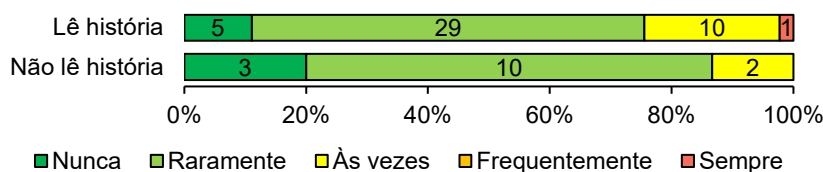


Gráfico 32 – Relação entre a frequência de uma rotina de sono consistente e dificuldades para adormecer



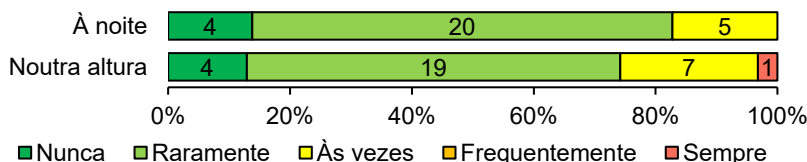
Ainda relativamente às rotinas de sono, foi analisado o impacto da leitura de uma história, por se tratar do elemento mais frequente nas mesmas, bem como do banho antes de dormir. Os dados apresentados no Gráfico 33 não evidenciam uma melhoria clara no processo de adormecer nas crianças às quais é lida uma história antes de dormir.

Gráfico 33 – Relação entre a leitura de uma história e dificuldades para adormecer



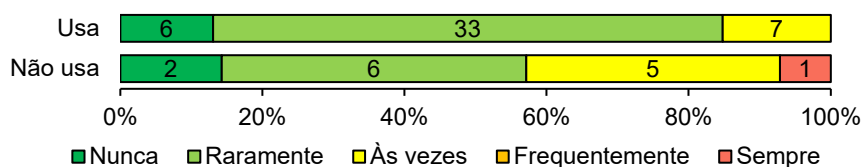
Foi igualmente analisado o impacto do banho antes de dormir nas rotinas de sono. De acordo com o Gráfico 34, tomar banho à noite parece estar associado a um efeito positivo no adormecer das crianças, podendo contribuir para facilitar este processo, talvez por se tratar de um momento relaxante.

Gráfico 34 – Relação entre a hora do banho e dificuldades para adormecer



Por fim, como ilustra o Gráfico 35, a utilização de objetos de conforto poderá estar associada a menor dificuldade para adormecer. A maioria das crianças que os usam “nunca” ou “raramente” têm dificuldades para adormecer.

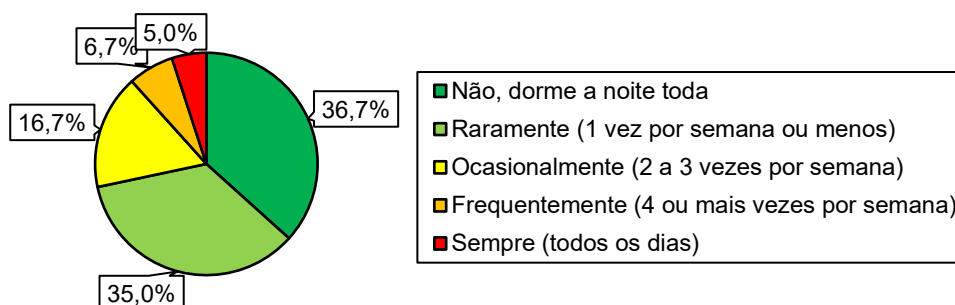
Gráfico 35 – Relação entre a utilização de objetos de conforto e dificuldades para adormecer



4.5.2 - Despertares noturnos

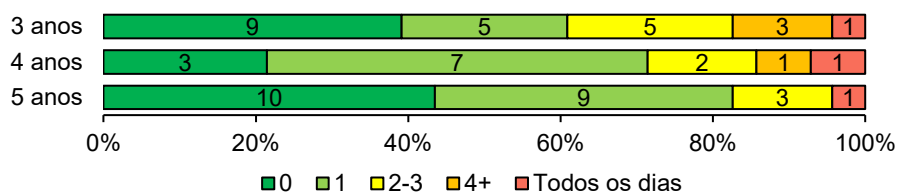
No que diz respeito a despertares noturnos, os cuidadores reportam que 71,7% das crianças dormem a noite toda ou acordam raramente, verificando-se, por outro lado, que apenas 5% das crianças acordam todas as noites (Gráfico 36).

Gráfico 36 – Quantidade de despertares semanais



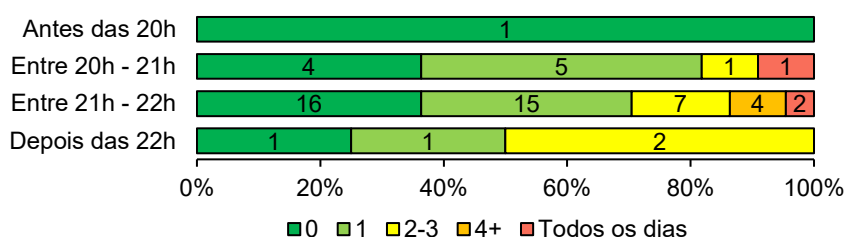
O Gráfico 37 apresenta a relação entre a idade da criança (três, quatro e cinco anos) e o número de despertares semanais, permitindo observar diferenças no padrão de sono ao longo do desenvolvimento. Verifica-se que as crianças de três anos apresentam uma maior variabilidade no número de despertares, incluindo valores mais elevados (nomeadamente nas categorias “2-3”, “4+” e “todos os dias”), sugerindo uma maior instabilidade no sono. Relativamente às crianças de quatro anos, observa-se uma concentração maior nas categorias de menor frequência de despertares (especialmente “1 despertar”), indicando uma possível melhoria na continuidade do sono. As crianças de cinco anos apresentam predominantemente ausência ou baixa frequência de despertares (categorias “0” e “1”). Este padrão sugere uma maior consolidação do sono com o aumento da idade. Em síntese, os dados indicam uma tendência para a diminuição do número de despertares noturnos com o aumento da idade, evidenciando uma progressiva maturação dos padrões de sono nas crianças.

Gráfico 37 – Relação entre a idade da criança e o número de despertares semanais



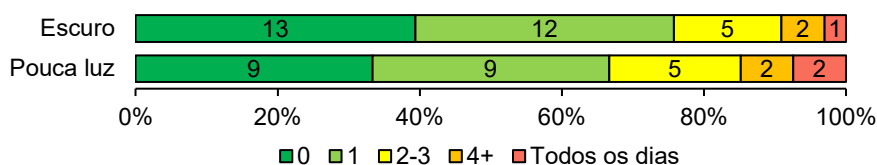
Adicionalmente, os cuidadores das crianças que se deitam mais cedo também reportam menos despertares noturnos (Gráfico 38). Apenas uma criança que dorme entre as 20h – 21h apresenta sempre despertares noturnos e duas que se deitam entre as 21h – 22h. Também quatro crianças que se deitam entre as 20h – 21h apresentam quatro ou mais despertares noturnos.

Gráfico 38 – Relação entre a hora habitual de dormir e o número de despertares semanais



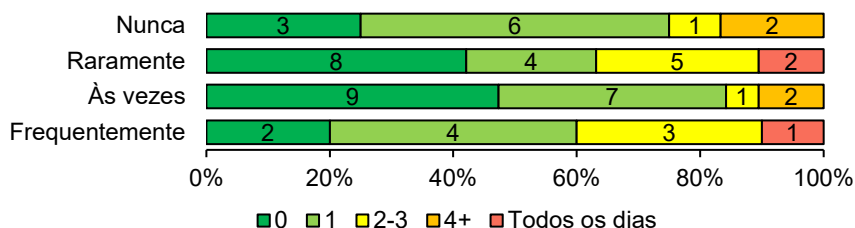
As crianças que adormecem em ambientes escuros, em oposição a ambientes com pouca luz, apresentam menos despertares noturnos (Gráfico 39). No entanto existe uma criança que mesmo adormecendo no escuro apresenta todas as noites despertares noturnos.

Gráfico 39 – Relação entre a luminosidade do ambiente e o número de despertares semanais



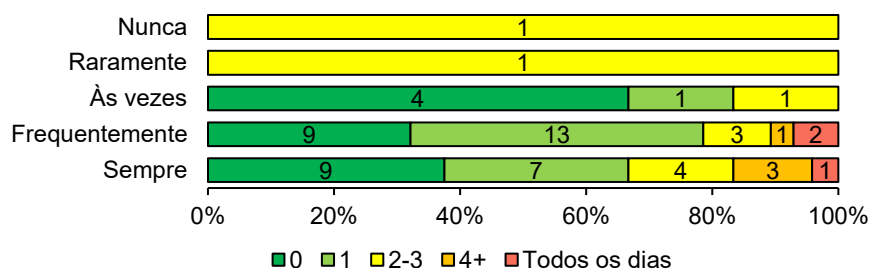
Mais uma vez de forma contrária ao consenso científico, não é possível estabelecer uma relação evidente entre a utilização de ecrãs nas horas que antecedem o sono e a continuidade do sono durante a noite (Gráfico 40).

Gráfico 40 – Relação entre a utilização de ecrãs na hora que antecede o sono e o número de despertares semanais



Adicionalmente, o Gráfico 41 deteta uma tendência negativa relativamente à frequência de uma rotina de sono consistente, desta vez em relação à continuidade do sono. As crianças que nunca ou raramente passam por uma rotina de sono consistente apresentam cerca de dois a três despertares noturnos semanais. Por sua vez, crianças que têm sempre ou frequentemente rotinas de sono apresentam na sua maioria um ou nenhum despertar noturno. No entanto, sete crianças que apresentam sempre ou frequentemente rotinas de sono, apresentam quatro ou mais, ou até mesmo todos os dias despertares noturnos.

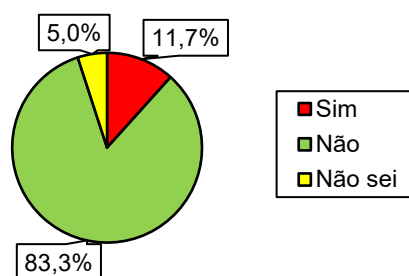
Gráfico 41 – Relação entre a frequência de uma rotina de sono consistente e o número de despertares semanais



4.6 - Roncopatia ou Apneia do sono

Os pais de 11,7% das crianças detetam roncopatia ou apneia do sono durante o sono dos seus filhos (Gráfico 42), enquanto os restantes não sabem (5%) ou não detetam estas patologias (83,3%).

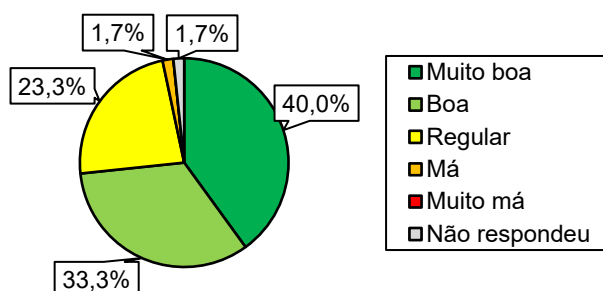
Gráfico 42 – Roncopatia ou apneia



4.7 - Qualidade do sono

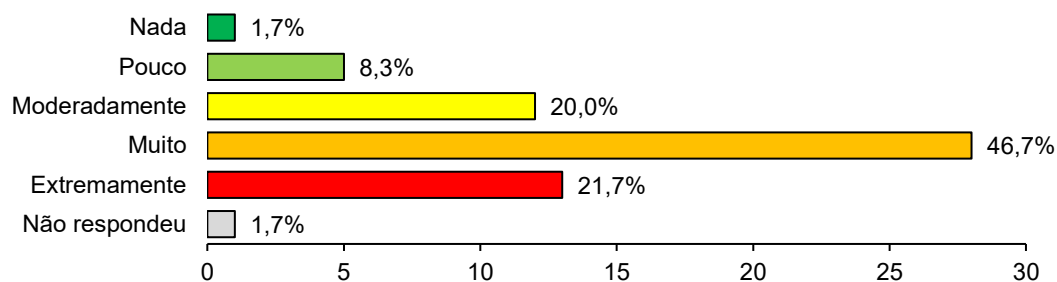
Relativamente à percepção da qualidade do sono das crianças, abordada nas perguntas 25 e 26, cerca de 73,3% dos pais/cuidadores reportam um sono bom ou muito bom (Gráfico 43), regular em 23,3% dos casos e mau (ou sem resposta) nos restantes.

Gráfico 43 – Qualidade do sono



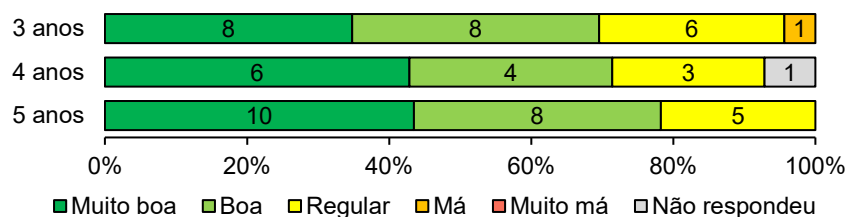
Adicionalmente, a maioria dos pais (68,4%) entende que a qualidade do sono da criança influencia o seu comportamento e humor durante o dia (Gráfico 44), sendo uma minoria os que reportam que não afeta, ou que afeta pouco (10%). No entanto, 1,7% dos pais não responderam à questão.

Gráfico 44 – Influência do sono no comportamento e humor



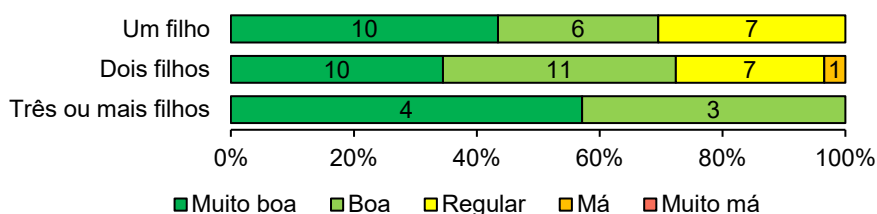
Os resultados recolhidos no Gráfico 45 indicam que a qualidade de sono das crianças tende a melhorar ligeiramente com o aumento da idade, observando-se uma maior frequência de classificações de sono “muito bom” e “bom” nas crianças mais velhas do grupo etário analisado.

Gráfico 45 – Relação entre a idade da criança e a qualidade de sono



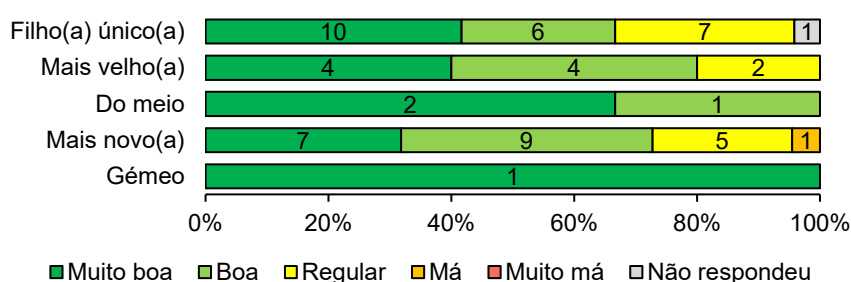
No que diz respeito à estrutura do agregado familiar, verifica-se que as crianças pertencentes a famílias com maior número de filhos apresentam, globalmente, melhor qualidade de sono, sugerindo que a dinâmica familiar poderá exercer influencia nos padrões de sono (Gráfico 46).

Gráfico 46 – Relação entre o número de filhos do agregado familiar e a qualidade de sono da criança



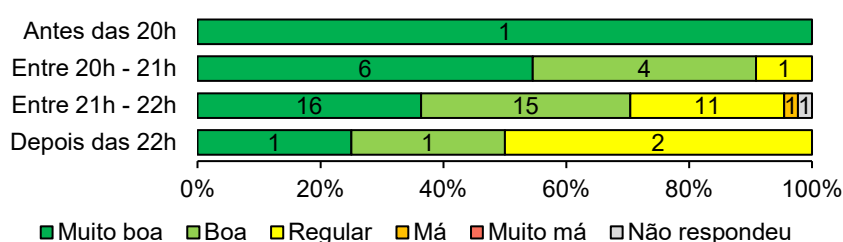
Por outro lado, os resultados não evidenciam tendências claras relativamente à posição da idade da criança relativamente aos irmãos, entre ser filho único, mais velho, do meio ou mais novo (Gráfico 47). Este resultado poderá estar associado com o reduzido número de participantes em alguns subgrupos, o que limita a identificação de tendências consistentes.

Gráfico 47 – Relação entre a idade da criança relativamente aos irmãos e a qualidade de sono



O Gráfico 48 sugere uma tendência entre a hora de deitar e a qualidade do sono, observando-se que as crianças que se deitam mais cedo aparentam melhor qualidade do seu sono.

Gráfico 48 – Relação entre a hora habitual de dormir e a qualidade de sono da criança



Relativamente ao hábito de fazer sesta durante o dia (Gráfico 49), os resultados não evidenciam diferenças aparentes na qualidade do sono das crianças. De igual modo, no que diz respeito ao facto de a criança dormir sozinha ou acompanhada durante a noite (Gráfico 50), também não se observam tendências claras associadas à percepção da qualidade do sono infantil. Estes resultados poderão estar relacionados com a influência de múltiplos fatores no sono da criança, nomeadamente as rotinas familiares, os hábitos de higiene do sono e as características individuais de cada criança.

Gráfico 49 – Relação entre o hábito de fazer sesta e a qualidade de sono da criança

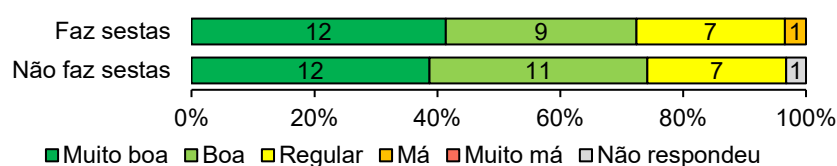
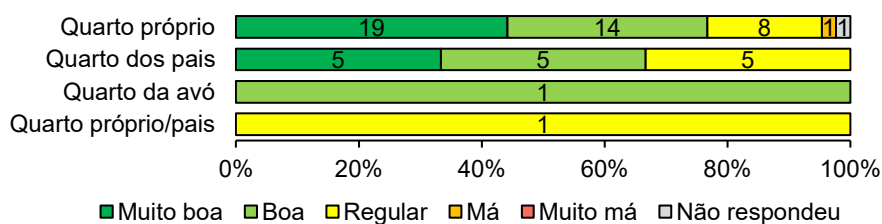
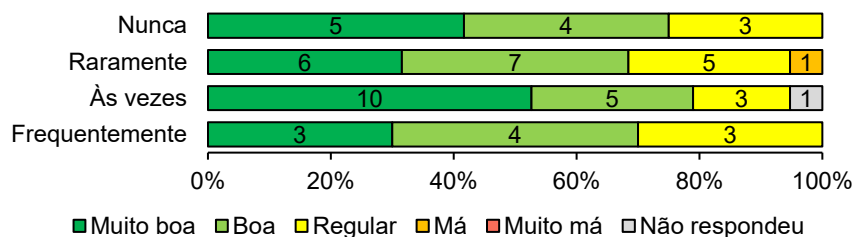


Gráfico 50 – Relação entre o local onde dorme e a qualidade de sono da criança



À semelhança do observado nas questões relacionadas com as dificuldades para adormecer e despertares noturnos, os resultados apresentado no Gráfico 51 não evidenciam diferenças aparentes entre a exposição a ecrãs e a percepção da qualidade de sono das crianças estudadas. Apesar da literatura apontar como um potencial fator perturbador do sono infantil, a utilização de dispositivos eletrónicos antes de dormir (Hale et al., 2018), na presente amostra não foram observadas tendências claras neste sentido.

Gráfico 51 – Relação entre a utilização de ecrãs na hora que antecede o sono e a qualidade de sono



Por outro lado, os resultados apresentados no Gráfico 52 sugerem uma tendência para melhor qualidade de sono nas crianças que adormecem em ambientes mais escuros. Este resultado poderá estar relacionado com a redução de estímulos luminosos durante o período de sono, o que favorece o processo de adormecer e a continuidade do sono.

Adicionalmente, no Gráfico 53 observa-se uma ligeira melhoria da qualidade de sono nas crianças cuja rotina de sono é mais frequente. Estes resultados estão em concordância com a literatura, que destaca a importância da regularidade das rotinas na promoção de hábitos de sono saudáveis.

Gráfico 52 – Relação entre a luminosidade do ambiente de sono e a qualidade de sono

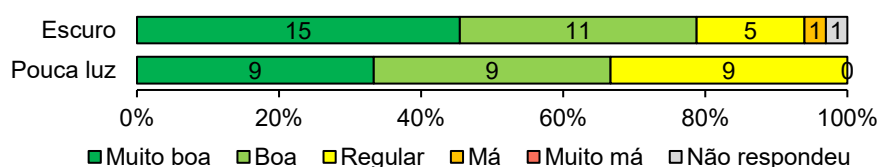
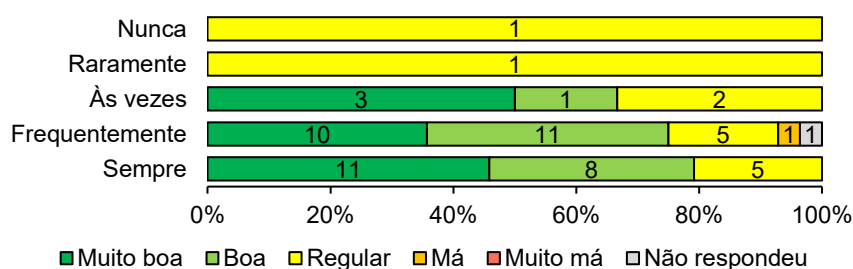


Gráfico 53 – Relação entre a frequência de uma rotina de sono consistente e a qualidade de sono



Em particular, os resultados apresentados no Gráfico 54 sugerem uma tendência para melhor qualidade do sono nas crianças que tomam banho antes de dormir, podendo esta prática contribuir para ambiente mais relaxante e favorável para adormecer. Esta tendência torna-se ainda mais evidente nas crianças cujos cuidadores lhes lêem uma história antes de dormir (Gráfico 55), observando-se, na maioria dos casos, uma associação a melhor percepção da qualidade de sono. Apenas uma criança apresenta uma percepção menos favorável entre a qualidade de sono associada a esta prática. Verificou-se ainda a ausência de resposta de um dos cuidadores relativamente à questão colocada.

Gráfico 54 – Relação entre a hora do banho e a qualidade de sono

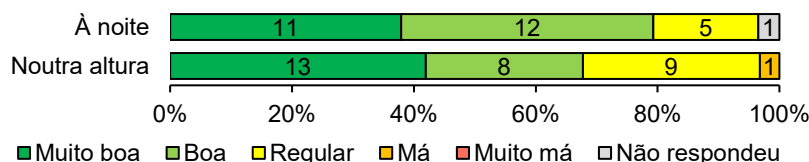
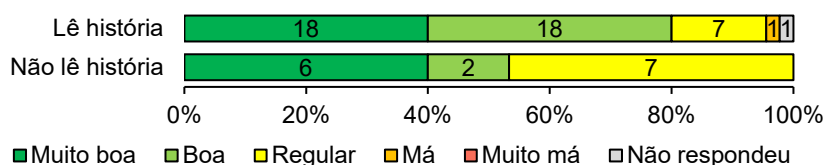


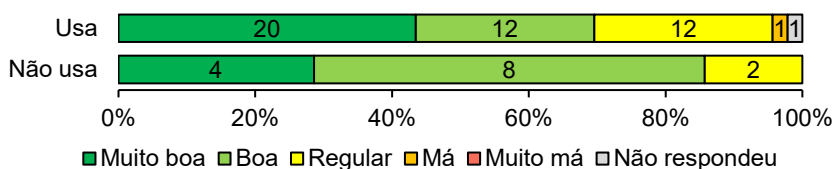
Gráfico 55 – Relação entre a leitura de uma história e a qualidade de sono



Relativamente à utilização de objetos de conforto, os resultados apresentados no Gráfico 56 sugerem uma tendência para melhor percepção da qualidade do sono nas crianças que não utilizam este tipo de objetos de conforto. Mais concretamente, a maioria das crianças que não usam estes objetos tem uma qualidade de sono boa ou muito boa, o que poderá indicar que a utilização destes objetos, por si só, não parece constituir um fator determinante

da qualidade do sono infantil, podendo estar associada a necessidades individuais de conforto e segurança emocional.

Gráfico 56 – Relação entre a utilização de objetos de conforto e a qualidade de sono



4.8 - Higiene do sono

No Gráfico 57 observa-se que a maioria dos cuidadores (68,3%) refere já ter ouvido falar do conceito de higiene do sono, sugerindo alguma familiaridade com a temática. Este resultado poderá indicar uma crescente sensibilização parental para a importância das práticas promotoras de um sono saudável na infância, embora ainda exista uma proporção relevante de cuidadores sem contacto prévio com o conceito.

Adicionalmente, verificou-se que aproximadamente 90% dos cuidadores conseguiram identificar quatro das cinco práticas consideradas desadequadas antes de dormir (Gráfico 58), nomeadamente ver televisão, consumir alimentos ou bebidas com cafeína, jogar videojogos ou usar redes sociais nas horas que antecedem o sono e a exposição a luz forte ao deitar. Estes resultados poderão refletir uma crescente consciencialização parental relativamente aos fatores que interferem com a qualidade do sono infantil.

Contudo, contrariamente ao consenso científico apresentado por Mindell e colaboradores (2015), apenas 63,3% dos cuidadores identificam a prática de atividade física antes de dormir como não recomendada, o que sugere a necessidade de reforçar a sensibilização parental relativamente ao impacto de atividades estimulantes neste período específico.

Gráfico 57 – Conceito de higiene do sono

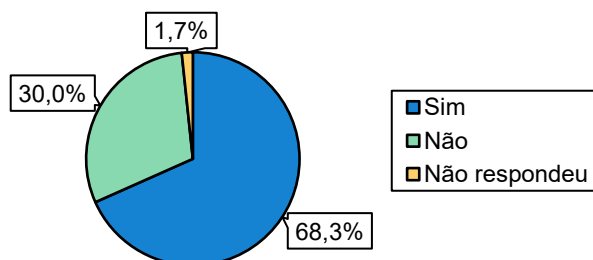
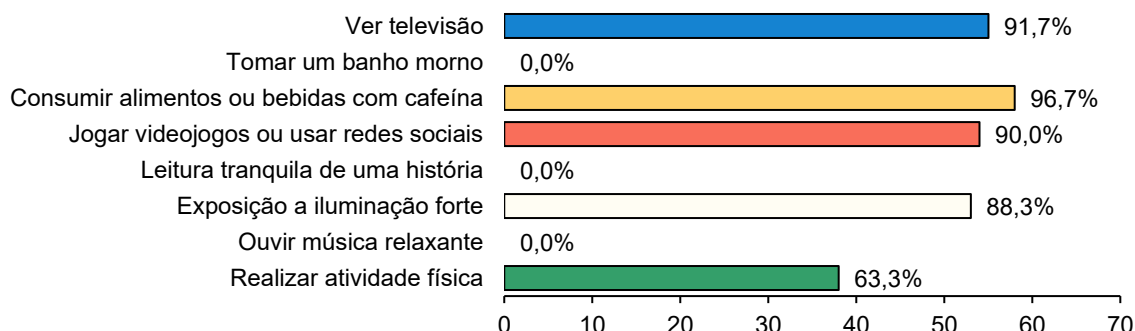
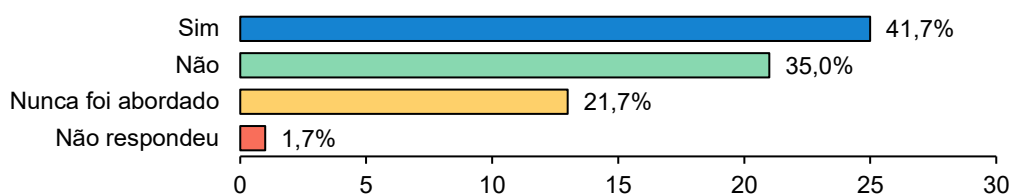


Gráfico 58 – Práticas a evitar antes de dormir



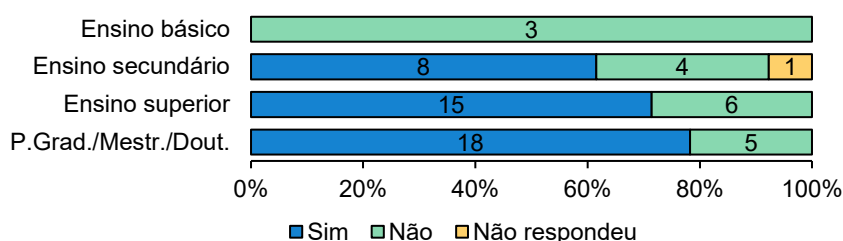
Mais de metade dos cuidadores inquiridos (56,7%) consideram que o tema da higiene de sono nunca foi (ou foi apenas de forma insuficiente) abordado nas consultas de saúde infantil (Gráfico 59), evidenciando uma resposta limitada por parte dos profissionais de saúde e reforçando a relevância da presente investigação.

Gráfico 59 – Abordagem da higiene do sono por parte dos profissionais de saúde



Uma análise mais aprofundada dos resultados mostra que quanto maior a escolaridade do cuidador, maior a probabilidade de este possuir conhecimento do conceito de higiene do sono (Gráfico 60). Os pais que apenas frequentaram o ensino básico (apenas três pais) nunca tinham ouvido falar desta temática, sendo os pais com grau superior os que mais estão familiarizados com o tema.

Gráfico 60 – Relação entre o grau de escolaridade do cuidador e a familiarização com o conceito de higiene de sono



Adicionalmente, as respostas analisadas sugerem que as crianças cujos cuidadores estão familiarizados com este conceito não só têm uma qualidade de sono melhor (Gráfico 61), como também demonstram maior facilidade em adormecer (Gráfico 62).

Gráfico 61 – Relação entre a familiarização com o conceito de higiene de sono e a qualidade de sono da criança

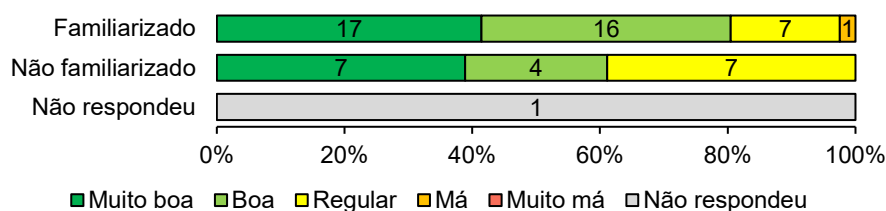
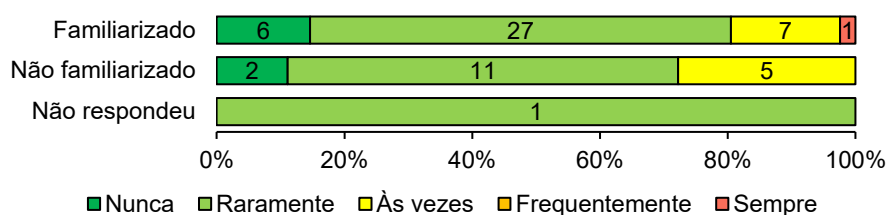


Gráfico 62 – Relação entre a familiarização com o conceito de higiene de sono e as dificuldades para adormecer da criança



4.9 - Discussão dos resultados

A análise das respostas dos cuidadores confirma que dos três aos cinco anos se verifica um amadurecimento do ciclo de sono, com as crianças a revelarem mais facilidade em adormecer, melhorias em termos de continuidade e também na qualidade do sono. Estes resultados corroboram a literatura, que indica que o sono se torna mais consolidado e menos fragmentado à medida que a criança cresce (Bathory & Tomopoulos, 2017).

O ambiente familiar mostrou também ter influência no sono das crianças. Os resultados sugerem que a qualidade de sono das crianças é melhor quanto maior o número de filhos do agregado familiar, apesar de não se verificarem padrões evidentes no que diz respeito à idade relativa da criança em relação aos irmãos ou se as crianças dormem em quarto próprio, acompanhadas pelos pais ou com os irmãos no mesmo quarto. Importa referir, no entanto, o carácter subjetivo e relativo da avaliação do sono por parte dos cuidadores, na medida em que os pais de filhos únicos estão a experienciar a instabilidade noturna da criança pela primeira vez, podendo originar uma perceção subjetiva mais negativa do sono da criança, em oposição aos cuidadores de vários filhos que já terão mais experiência. A importância do contexto familiar no sono infantil tem sido destacada em estudos que relacionam a rotina e o ambiente doméstico com padrões de sono mais ou menos saudáveis (Mindell & Williamson, 2018).

Apesar da literatura recomendar ambientes silenciosos e escuros como parte das práticas de higiene do sono (Bathory & Tomopoulos, 2017), os resultados sugerem uma tendência ligeira para que crianças que adormecem em ambientes com pouca luz apresentem menos dificuldades no processo de adormecer. Uma possível explicação para este resultado poderá relacionar-se com o facto de a presença de uma luz ténue funcionar como elemento de conforto ou segurança para algumas crianças, particularmente em idades em que o medo do escuro é comum. Assim, uma luz de presença poderá contribuir para reduzir a ansiedade associada ao momento de adormecer, facilitando a transição para o sono, ainda que a evidência continue a salientar a importância de ambientes mais escuros para promover uma melhor qualidade e continuidade do sono (Mindell & Williamson, 2018; Bathory & Tomopoulos, 2017).

Segundo Mindell e Williamson (2018), rotinas regulares e previsíveis de sono contribuem para uma maior facilidade em adormecer e melhor qualidade de sono e, de facto, foi detetada uma ligeira melhoria da qualidade de sono quanto mais frequente é a rotina de sono das crianças. Em particular, os dados sugerem que as crianças que tomam banho à noite, ou às quais o cuidador lê uma história, dormem melhor. Porém, contrariamente ao esperado, os pais que implementam rotinas de sono com mais frequência reportam mais dificuldades em adormecer e uma pior continuidade do sono, conclusões que divergem da

literatura, uma vez que rotinas de sono consistentes e estruturadas tendem a estar associadas a menores problemas de sono e maior regulação do comportamento em crianças (Mindell & Williamson, 2018). Deste modo, os dados sugerem que fatores individuais ou contextuais podem alterar este efeito, o que reforça a necessidade de estudos com amostras mais alargadas. Relativamente às atividades de relaxamento, os dados revelam que as crianças que tomam banho ao final do dia adormecem com mais facilidade, mas o mesmo não é verdade quando a leitura de uma história faz parte da rotina, podendo refletir diferenças individuais no efeito das estratégias de relaxamento. Esta observação vai ao encontro do sugerido por Silva e colaboradores (2025), que referem que rotinas calmas, como banho ou leitura, podem facilitar a transição para o sono, mas que a sua eficácia depende de características individuais da criança e da forma como a rotina é implementada.

Os dados obtidos sugerem que a estratégia mais eficaz para adormecer a criança parece ser a utilização de um ou mais objetos de conforto, tal como o peluche ou a “naninha”/fralda, apesar de, ao mesmo tempo, os cuidadores reportarem uma qualidade de sono inferior aos das crianças que não dormem com estes objetos. De acordo com os estudos de Silva e associados (2018) e ainda de Bathory & Tomopoulos (2017), os objetos de conforto são facilitadores do adormecer da criança, embora apresentem efeitos variáveis na qualidade do sono.

Contrariamente ao consenso científico, os dados obtidos não permitem estabelecer uma correlação entre a utilização de ecrãs na hora que antecede o sono e possíveis dificuldades da criança para adormecer. Estes resultados contrariam os estudos de Hale e associados (2018) e Lan e colaboradores (2020), que indicam que a exposição a estímulos eletrónicos antes do sono pode dificultar o adormecer e afetar a continuidade do sono nas crianças. Esta discrepância poderá estar relacionada com o tamanho ou às características da amostra, ou com o carácter subjetivo da classificação qualitativa por parte dos cuidadores. Da mesma forma, a utilização de ecrãs também não parece afetar o número de despertares noturnos nem a qualidade do sono das crianças estudadas.

Relativamente ao conceito de higiene do sono, mais de metade dos inquiridos entendem que o tema da higiene de sono nunca foi (ou foi apenas de forma insuficiente) abordado nas consultas de saúde infantil e pediatria, sugerindo a necessidade de maior abordagem do tema por parte dos profissionais de saúde. Adicionalmente, a maioria dos cuidadores (aproximadamente 90%) conseguiu identificar com sucesso as várias práticas a evitar antes do filho ir dormir, à exceção de uma – realizar atividade física (apenas identificada por aproximadamente 63% dos inquiridos). Estes resultados corroboram a literatura, que aponta lacunas no conhecimento parental relativamente a algumas práticas de higiene do sono, apesar de existirem esforços educativos (Bathory & Tomopoulos, 2017).

Finalmente, os dados mostram que quanto maior o nível de escolaridade do cuidador, maior a probabilidade de este ter conhecimento do conceito de higiene do sono. Além disso, as crianças cujos cuidadores estão familiarizados com o conceito de higiene do sono apresentam não só melhor qualidade do sono, como também maior facilidade em adormecer, evidenciando o papel da literacia parental na promoção de hábitos de sono saudáveis (Bathory & Tomopoulos, 2017; Silva et al., 2018).

4.10 - Limitações e sugestões para intervenção futura

Apesar da presente investigação constituir um contributo relevante para um tema pouco explorado no panorama nacional, o conhecimento científico está em desenvolvimento constante e acredita-se que este trabalho possa servir como ponto de partida e/ou guia para futuras investigações. Nesse sentido, foram identificadas as seguintes limitações no questionário:

- Perceção dos pais/cuidadores – Os dados relativos ao sono das crianças têm origem na perceção subjetiva dos cuidadores e não em medições objetivas. Exames como a actigrafia ou a polissonografia permitiriam tirar dados mais precisos sobre a qualidade e continuidade de sono das crianças. Por outro lado, é importante considerar que estes exames são invasivos e podem comprometer o conforto da criança e, dessa forma, os resultados;
- Amostra reduzida – Apesar do objetivo inicial do tamanho da amostra ter sido cumprido (50 a 100 participantes definida com base no número de utentes previsto na ULS e no horizonte temporal do estudo) reconhece-se, ao mesmo tempo, que num estudo desta natureza, com uma forte componente estatística, seria desejável uma amostra tão grande quanto possível;
- Não consideração de crianças neuro-divergentes com características de sono específicas – Seria importante perceber como as necessidades especiais destas crianças afetam o seu sono e quais as mudanças que os pais implementaram nas suas rotinas para uma melhor higiene do sono;
- Pergunta 7 – A opção “Irmão/irmã gémeo(a)” não consta do questionário e foi adicionada por um cuidador;
- Pergunta 16 – Apesar de apenas 3.4% dos cuidadores terem reportado rotinas de sono pouco frequentes na pergunta 15, cerca de 15% dos pais não descreveram a rotina de sono da criança na pergunta 16. Esta discrepância sugere que a resposta a esta pergunta pode ser demasiado exaustiva para o modelo de questionário adotado e, em trabalhos futuros, deve ser reformulada ou substituída por questões de escolha múltipla mais específicas e direcionadas;

- Pergunta 16 – Ainda relativamente às rotinas de sono, assumiu-se que os pais que não incluíram o banho na rotina das crianças davam banho noutra altura do dia. No entanto, pode acontecer que os pais não tenham incluído por esquecimento, contribuindo para um viés nos resultados. Este ponto e o anterior mostram que as perguntas 15 e 16 devem ser reformuladas e substituídas por perguntas de escolha múltipla, por exemplo “Em que altura do dia a criança costuma tomar banho? “De manhã”, “De tarde”, “De noite” ou “Variável”.

Tomando como ponto de partida as conclusões deste estudo, seria valioso:

- Levar a cabo uma meta-análise de trabalhos semelhantes a nível nacional e internacional, comparando os principais resultados;
- Reformular o questionário com base nas limitações de cada trabalho e conclusões gerais do referido estudo e implementar em várias ULS em vários pontos do país de Norte a Sul, Centro, Ilhas;
- Cruzar os dados de um futuro questionário relativamente à percepção dos cuidadores com a monitorização do sono através de uma pulseira calibrada (actígrafia) para o efeito, tratando-se de uma solução de compromisso entre a avaliação objetiva (mas não tão precisa como outros exames) do sono da criança, mas sem comprometer o seu conforto;
- Reforçar a sensibilização dos pais para a temática da higiene do sono, direccionando-a, de forma consciente, para agregados familiares com menor grau de escolaridade.

5 - Considerações finais

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes distintas, mas complementares. Apresenta uma reflexão crítica do percurso formativo em EC, bem como um estudo de investigação sobre o sono de crianças em idade pré-escolar, ambas as partes desenvolvidas no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu.

A análise do percurso formativo permitiu refletir sobre as aprendizagens teóricas e práticas adquiridas no EC, evidenciando o papel do enfermeiro na promoção da saúde infantil, na educação dos pais/cuidadores e na aplicação de boas práticas em contexto real (Silva, 2023). O estudo de investigação constituiu uma oportunidade de aplicar estes conhecimentos, através da recolha e análise de dados sobre padrões de sono e perceção parental, contribuindo para o aprofundar da evidência científica em contexto nacional (Silva et al., 2018).

O projeto de investigação foi levado a cabo com o objetivo de compreender os hábitos, rotinas e condições de sono de crianças pré-escolares, bem como conhecer a perceção dos pais/cuidadores relativamente à qualidade de sono dos seus filhos, por via de um questionário. A exploração desta temática pretende colmatar lacunas no conhecimento científico uma vez que, apesar da existência de literatura extensa a nível internacional, o mesmo não se verifica no contexto nacional. A temática ganha especial relevância considerando que as idades dos três aos cinco anos constituem um período crítico no desenvolvimento infantil, em que ocorre uma transição significativa nos padrões de sono e as práticas parentais parecem influenciar significativamente a qualidade e duração do sono.

A avaliação do sono nesta população foi realizada através de instrumentos baseados no relato parental, nomeadamente o CSHQ – PT e o BISQ – R. O questionário foi distribuído aos cuidadores de 60 crianças, utentes de uma ULS da Região Centro do país, no âmbito dos cuidados de saúde primários, possibilitando a identificação de padrões, lacunas e fatores associados à qualidade do sono, fornecendo informação útil para orientar estratégias educativas e intervenções de promoção de hábitos de sono saudáveis.

As respostas dos cuidadores permitiram recolher informações sobre as crianças e os seus familiares no que diz respeito ao ambiente de sono, rotinas e hábitos da criança, a utilização de objetos de conforto, entre outros, bem como perceber de que forma estes fatores se relacionam com o sono da criança.

Os resultados obtidos apontam para um amadurecimento do ciclo circadiano com a idade, assim como a associação entre as dinâmicas e rotinas familiares e a facilidade para adormecer e qualidade do sono. Contudo, contrariamente ao consenso científico, os dados não permitem identificar uma associação evidente entre a utilização de ecrãs na hora que antecede o sono e possíveis dificuldades para adormecer. Da mesma forma, este hábito também parece não afetar o número de despertares nem a qualidade de sono das crianças estudadas.

Relativamente ao conceito de higiene do sono, mais de metade dos inquiridos entendem que o tema não foi abordado de forma adequada nas consultas de saúde infantil, sugerindo especial abordagem por parte dos profissionais de saúde, reforçando a mais-valia do presente trabalho. Adicionalmente, a maioria dos cuidadores consegue identificar corretamente as várias práticas a evitar antes do sono, à exceção da realização de atividade física, o que sugere a necessidade de direcionar futuras ações de sensibilização para este tema.

Finalmente, os dados mostram que níveis mais elevados de escolaridade do cuidador refletem uma maior probabilidade de conhecimento do conceito de higiene do sono. Além disso, as crianças cujos cuidadores estão familiarizados com este conceito parecem apresentar melhor qualidade de sono e maior facilidade em adormecer. Considerando as mais-valias de um sono reparador no desenvolvimento cognitivo, físico e emocional de crianças em idade pré-escolar, torna-se evidente que a sensibilização dos cuidadores deve ser mais direcionada para agregados familiares com menos escolaridade, no sentido de democratizar o conceito de higiene do sono e, dessa forma, estimular uma igualdade de oportunidade para todas as crianças.

Referências bibliográficas

- Als, H., & McAnulty, G. B. (2011). The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive care for preterm infants. *Current Women's Health Reviews*, 7(3), 288–301. <https://doi.org/10.2174/157340411796355216>
- American Academy of Pediatrics. (2022). Clinical practice guideline revision: Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*, 150(3), e2022058859. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-058859>
- Bastos, J. E. de S., Sousa, J. M. de J., Silva, P. M. N. da, & Aquino, R. L. de. (2023). O uso do questionário como ferramenta metodológica: potencialidades e desafios. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(3), 623–636. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n3p623-636>
- 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(2), 29–42. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of biomedical ethics (8th ed.). Oxford University Press.
- Brace, I. (2018). Questionnaire design: How to plan, structure and write survey material for effective market research (3rd ed.). Kogan Page
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of advanced nursing*, 22(6), 1058–1062. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>
- Cintramédica. (s.d.). Cinesioterapia respiratória pediátrica: Ajudar as crianças a respirar melhor. <https://www.cintramedica.pt/saberprevenir/cinesioterapia-respiratoria-pediatica-ajudar-as-criancas-a-respirar-melhor>
- Committee on Hospital Care and Institute for Patient – and Family – Centered care (2012). Patient - and family - centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129(2), 394–404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
- Diário da República (2014), 2.^a série — N.º153 — 11 de agosto de 2014 - <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013, 20 de dezembro). Orientação n.º 018/2013 – Leite materno, fórmulas e circuito de biberões e tetinas em ambiente hospitalar. Lisboa: DGS.

https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/Orientacao_Preparacao_Lite.pdf

- Diogo, M. A. F. R. (2024). Tradução, adaptação e propriedades psicométricas do questionário Brief Infant Sleep Questionnaire, para a população portuguesa (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa
- Espósito, I. B. P., Moreira, V. H. T., dos Santos, O. C., Lucas, M. F. E. S., Espósito, L. F. P., Telles, B. R., & Espósito, M. P. (2024). Distúrbios do sono em diferentes faixas etárias: da infância à terceira idade. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(4), e71507. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n4-158>
- European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition, European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, European Society for Paediatric Research, & Chinese Society for Parenteral and Enteral Nutrition. (2018). Diretrizes da ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN sobre nutrição parenteral pediátrica. *Clinical Nutrition*, 37(6 Pt B), 2303–2305. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.029>
- Fink, A. (2017). *How to conduct surveys: a step-by-step guide* (6ª ed.). Sage Publications
- Firmino, C., Rodrigues, M., Franco, S., Ferreira, J., Simões, A. R., Castro, C., Fernandes, J. B. (2022). Intervenções de enfermagem que promovem o sono em recém-nascidos prematuros em unidades de terapia intensiva neonatal: Uma revisão integrativa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10953. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710953>
- Gil, A. C. (2010). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). Atlas
- Godzik, A., Tavakoli, P., Miller, J., & Miller, A. L. (2024). Within-child associations between sleep quality and emotional self-regulation in preschool-aged children. *Frontiers in Sleep*, 3, 1420245. <https://doi.org/10.3389/frsle.2024.1420245>
- Governo de Portugal. (2023). Atenção à saúde do recém-nascido: Guia para profissionais de saúde, Vol. III. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/atencao-a-saude-do-recem-nascido-guia-para-os-profissionais-de-saude-vol-iii>
- Grupo Português de Triagem. (2021). Protocolo triagem Manchester. Recuperado de <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Hale, L., Kirschen, G. W., LeBourgeois, M. K., Gradisar, M., Garrison, M. M., Montgomery-Downs, H., Kirschen, H., McHale, S. M., Chang, A. M., & Buxton, O. M. (2018). Youth Screen Media Habits and Sleep: Sleep-Friendly Screen Behavior Recommendations for Clinicians, Educators, and Parents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 27(2), 229–245. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.11.014>

- Hauri, P. (1977). *Current Concepts: The Sleep Disorders*. The Upjohn Company, Kalamazoo, Michigan
- International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. (2023). *Definição, epidemiologia e classificação da diabetes em crianças e adolescentes*. <https://www.ispad.org/asset/A1EBDEBD-5FF4-4A31-8781E82FBF70B69D/>
- Kaur, P., Stoltzfus, J., Yellapu, V. (2018). Descriptive statistics. *International Journal of Academic Medicine* 4(1), 60-63, doi:10.4103/IJAM.IJAM_7_18
- Lan, Q.-Y., Chan, K. C., Yu, K. N., Chan, N. Y., Wing, Y. K., Li, A. M., & Au, C. T. (2020). Sleep duration in preschool children and impact of screen time. *Sleep Medicine*, 76, 48-54. doi: 10.1016/j.sleep.2020.09.024
- Liu, J., Ji, X., Pitt, S., Wang, G., Rovit, E., Lipman, T., & Jiang, F. (2024). Childhood sleep: Physical, cognitive, and behavioral consequences and implications. *World Journal of Pediatrics*, 20, 122–132. <https://doi.org/10.1007/s12519-022-00647-w>
- Lopes, C. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Cadernos de Saúde*, 2(1), 29–33
- Lopes, S., Almeida, F., Jacob, S., Figueiredo, M., Vieira, C., & Carvalho, F. (2016). Diz-me como dormes: hábitos e problemas de sono em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar. *Nascer e crescer*, 25(4), 211-216
- Magee, C. A., Lee, J. K., & Vella, S. A. (2014). Bidirectional relationships between sleep duration and screen time in early childhood. *JAMA Pediatrics*, 168(5), 465–470. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4183>
- Martins, L., Ribeiro, D., & Silva, T. (2021). Comunicação terapêutica em enfermagem pediátrica: desafios na urgência hospitalar. *Revista Lusófona de Ciências da Saúde*, 18(3), 67–75
- Mindell, J. A., Gould, R., Tikotzky, L., Leichman, E. S., & Walters, R. M. (2019). Norm-referenced scoring system for the Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised (BISQ-R). *Sleep Medicine*, 63, 106–114. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.05.010>
- Mindell, J. A., & Williamson, A. A. (2018). Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Medicine Reviews*, 40, 93–108. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2017.10.007>
- Mindell, J. A., Meltzer, L. J., Carskadon, M. A., & Chervin, R. D. (2015). Developmental aspects of sleep hygiene: *Findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll*. *Sleep Medicine*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.10.001>
- Ministério das Finanças e da Administração Pública. (2009). "Decreto-Lei n.º 89/2009". Diário da República Série I de 2009-04-09, 70: 2180-87. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/89-2009-603958>

- Ministério da Saúde. (2010). Despacho n.º 9871/2010, de 11 de junho. Diário da República, 2.ª série, n.º 110. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9871-2010-3131193>
- Montes, F. J. C. (2012). Fisioterapia respiratória em pediatria. Elsevier
- Oliveira, I. D. F., de Sá, J. L., & Pontes, J. F. (2024a). Educação em higiene do sono na infância: quais abordagens são efetivas? Uma revisão sistemática da literatura. *Journal Archives of Health*, 5(3), e2308-e2308
- Oliveira, L., & Ferreira, R. (2014). O ambiente das enfermarias pediátricas favorece o sono das crianças?. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45(2), 82–89. <https://doi.org/10.25754/pjp.2014.2706>
- Oliveira, L., Pereira, C., & Sá, P. (2024b). Promoção de hábitos de sono em crianças: intervenção educativa em contexto familiar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Infantil*, 15(2), 45–56
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República, 2.ª série — N.º 122 — 26 de junho de 2015
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, 2.ª série, N.º 133, 12 de julho de 2018
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [Regulamento]. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, pp. 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Owens, J., Adolescent Sleep Working Group, & Committee on Adolescence. (2014). Insufficient sleep in adolescents and young adults: An update on causes and consequences. *Pediatrics*, 134(3), e921–e932. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1696>
- Pereira, L. G. R., & de Oliveira, M. R. F. (2021). A hora do sono na educação infantil: cuidar, educar e acolher. *Educação infantil: as contribuições da educação no processo de desenvolvimento da criança*, 1, 54-63. Editora Científica Digital
- Piazzetta, G. R., & Pereira, H. C. P. (2021). Punção lombar. *VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde*, 33(1), 111-123
- Ramaswamy, V. V., Devi, R., & Kumar, G. (2023). Non-invasive ventilation in neonates: a review of current literature. *Frontiers in pediatrics*, 11, 1248836. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1248836>
- Ranganathan, P., & Caduff, C. (2023). Designing and validating a research questionnaire - Part 1. *Perspectives in Clinical Research*, 14(3), 152–155. https://doi.org/10.4103/picr.picr_140_23
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2025). Sono na criança. <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-crianca/sono-na-crianca>

- Silva, A. R., Fernandes, C. S., & Costa, S. F. (2020). O trabalho em equipa multidisciplinar em saúde: Uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RIV19052>
- Silva, E. M. B., Simões, P. A. D., Macedo, M. C. D. S. A. D., Duarte, J. C., & Silva, D. M. (2018). Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 63-72
- Silva, F. G., Silva, C. R., Braga, L. B., & Neto, A. S. (2014). Portuguese children's sleep habits questionnaire: Validation and cross-cultural comparison. *Journal of Pediatrics*, 90(1), 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.06.009>
- Silva, J. (2023). *Dormir bem para bem crescer: O papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica na promoção de padrões de sono saudáveis* [Relatório de Estágio de Especialidade, Escola Superior de Saúde de Viseu]
- Silva, R. B. M. S., Lacerda, V., Pykocz, A., Schmidt, H., Silva, J. F., Santos, G., Louzada, F. (2025). Sono e desenvolvimento infantil. p. 72-83. *Ciência da primeira infância* (Capítulo 4). Blucher. ISBN: 9786555502893, doi: 10.5151/9786555502893-04
- Silva, S., Sampaio, C., & Marques, G. (2024). Intervenções do Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediatria na Promoção da Parceria de Cuidados à Criança e Família: revisão integrativa. *Servir*, 2(08), e35181. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/35181/25217>
- SNS 24. (2025). *Polissonografia*. <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/exames-e-tratamentos/polissonografia/>
- Soares, C. M. C. (2025). Neonatologia: uma experiência prática [Relatório de estágio para candidatura ao grau de Mestre em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Universidade do Porto
- Sousa, L. M. M., Marques, J. M., Firmino, C. F., Frade, F., Valentim, O. S., & Antunes, A. V. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, Maio 2018, 31-39
- Stepanski, E. J., & Wyatt, J. K. (2003). Uso da higiene do sono no tratamento da insônia. *Sleep medicine reviews*, 7(3), 215-225
- Temple, J. L. (2019). Caffeine use in children: What we know, what we have left to learn, and why we should worry. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 103, 274–284. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.05.018>
- Troxclair, S. (2016). Dreno Torácico. *Guia Ilustrado de Procedimentos Médicos*, 51.
- Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, E.P.E. (s.d.). Serviço de Pediatria. <https://ulsra.min-saude.pt/servicos-clinicos/pediatria/>
- Van Veen, M., Steyerberg, E. W., Ruige, M., van Meurs, A. H., Roukema, J., van der Lei, J., & Moll, H. A. (2008). Manchester triage system in paediatric emergency care: Prospective observational study. *BMJ*, 337. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1501>

Wyckoff, M. H., Wyllie, J., Aziz, K., de Almeida, M. F., Fabres, J., Fawke, J., Guinsburg, R., Hosono, S., Isayama, T., Kapadia, V. S., Kim, H. S., Liley, H. G., McKinlay, C. J. D., Mildenhall, L., Perlman, J. M., Rabi, Y., Roehr, C. C., Schmölzer, G. M., Szyld, E., Trevisanuto, D., ... Neonatal Life Support Collaborators (2020). Neonatal Life Support: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 142(16_suppl_1), S185–S221. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000895>

Apêndices

Apêndice A – EC Urgência Pediátrica – Objetivos e atividades

Objetivos gerais e atividades	
1. Integrar a equipa de saúde na dinâmica de prestação de cuidados	• Colaborar e comunicar com toda a equipa multidisciplinar • Observar e aprender com as intervenções de outros profissionais
2. Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da Urgência Pediátrica do Hospital de Aveiro	• Conhecer a estrutura física do Serviço de Urgência Pediátrica
3. Desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas nos cuidados de enfermagem à criança e adolescente	• Criar vínculo terapêutico com crianças/adolescentes e respetivas famílias • Desenvolver competências de comunicação adaptadas à faixa etária e ao contexto sociocultural dos utentes
4. Desenvolver uma prática de cuidados que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	• Agir de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem • Garantir a proteção de dados e o sigilo profissional nas intervenções realizadas • Respeitar os valores, costumes e crenças espirituais da criança/jovem e família
5. Colaborar nos cuidados à criança e adolescente nas situações de maior complexidade	• Observar e colaborar na prestação de cuidados, revelando interesse e responsabilidade • Promover um ambiente seguro e de confiança para a prestação de cuidados • Prestar cuidados de enfermagem especializados, mediante as necessidades encontradas e de acordo com as normas e procedimentos do serviço • Adquirir conhecimentos na área de prestação de cuidados em Urgência Pediátrica
6. Prestar cuidados específicos respeitando as necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e adolescente	• Realizar o acolhimento da criança/jovem e família no serviço • Prestar cuidados à criança/jovem em parceria com a família, tendo por base conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil • Adequar a linguagem às etapas de desenvolvimento, estabelecendo comunicação eficaz • Acompanhar e colaborar ativamente nos cuidados prestados ao utente
7. Compreender a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica em contexto de Urgência	• Reconhecer o contributo do Enfermeiro Especialista e Saúde Infantil e Pediátrica na prática dos cuidados em contexto de urgência

Quadro 1 – Objetivos gerais e atividades a realizar no EC Urgência Pediátrica

Objetivos específicos e atividades	
8. Conhecer o método de Triagem de Manchester	• Observar e participar na entrevista da Triagem de Manchester • Adquirir conhecimentos sobre a Triagem de Manchester
9. Colaborar em programas de melhoria contínua	• Realizar um panfleto, acerca de Diabetes Inaugural, para melhoria contínua do serviço

Quadro 2 – Objetivos específicos e atividades a realizar no EC de Urgência Pediátrica

Apêndice B – EC Internamento de Pediatria – Objetivos e atividades

Objetivos gerais e atividades
1. Integrar a equipa multidisciplinar promovendo a comunicação eficaz e o trabalho colaborativo para o bem-estar da criança e família • Colaborar com a equipa multidisciplinar na definição de planos terapêuticos • Demonstrar capacidade de comunicação e trabalho colaborativo com todos os profissionais da equipa • Integrar a equipa de enfermagem, respeitando a hierarquia
2. Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do serviço de internamento de Pediatria do Hospital de Aveiro • Conhecer a estrutura física do Serviço de Internamento de Pediatria
3. Promover cuidados de enfermagem de qualidade à criança e adolescente hospitalizados, baseados na evidência científica, garantindo segurança, conforto e continuidade dos mesmos • Aplicar o processo de enfermagem na prestação de cuidados, assegurando uma prática baseada na evidência • Promover o conforto, a segurança e o bem-estar da criança/adolescente e da sua família ao longo do internamento • Reconhecer atempadamente alterações no estado clínico da criança/adolescente e implementar intervenções adequadas • Implementar intervenções de enfermagem que promovam a adesão ao regime terapêutico e a recuperação • Elaborar planos de alta que facilitem a continuidade dos cuidados • Promover estratégias de prevenção da dor e do medo durante os procedimentos invasivos ou desconfortáveis

Quadro 3 – Objetivos gerais e atividades a realizar no EC Internamento de Pediatria

Objetivos gerais e atividades	
4.	Desenvolver uma prática de cuidados de enfermagem centrada na criança e na sua família orientada por princípios éticos, humanos e de respeito pelos direitos da criança hospitalizada • Garantir o respeito pelos direitos da criança hospitalizada (Carta da Criança Hospitalizada) • Agir de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem • Respeitar a individualidade, os valores, costumes e crenças espirituais da criança/adolescente e família
5.	Promover a saúde e prevenir a doença, através de intervenções educativas e preventivas adequadas às necessidades da criança e família • Realizar ensinamentos adequados aos pais e, quando oportuno, também à criança • Identificar fatores de risco e implementar medidas preventivas para reduzir complicações durante o internamento
6.	Envolver a família como parceira no processo terapêutico, reconhecendo o seu papel essencial no bem-estar e recuperação da criança • Envolver a família no processo de cuidados • Desenvolver competências de comunicação terapêutica com a criança e a família, adaptando a linguagem à idade e contexto
7.	Prestar cuidados específicos respeitando as necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e adolescente • Realizar o acolhimento da criança/adolescente e família no serviço • Prestar cuidados à criança/adolescente em parceria com a família, tendo por base o crescimento e o desenvolvimento infantil • Adequar a linguagem às etapas de desenvolvimento, estabelecendo comunicação eficaz • Acompanhar e colaborar ativamente nos cuidados prestados ao utente
8.	Compreender a importância que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem numa equipa do serviço de internamento de Pediatria • Reconhecer o contributo do enfermeiro especialista na prática dos cuidados em contexto de internamento

Quadro 3 (continuação) – Objetivos gerais e atividades a realizar no EC Internamento de Pediatria

Objetivos específicos e atividades	
9.	Colaborar em programas de melhoria continua • Realizar um projeto de melhoria continua para o serviço acerca de Lavagem e desinfeção dos biberões e tetinas que os pais trazem do domicílio

Quadro 4 – Objetivos específicos e atividades a realizar no EC Internamento de Pediatria

Apêndice C – EC UCINP – Objetivos e atividades

Objetivos gerais e atividades	
1. Integrar a equipa multidisciplinar da Neonatologia do Hospital de Aveiro, e promover a comunicação eficaz e o trabalho colaborativo para o bem-estar do neonato e da sua família	• Cooperar com a equipa multidisciplinar e contribuir para a definição dos planos terapêuticos, mantendo comunicação clara e colaborativa • Integrar a equipa de enfermagem com profissionalismo, respeitando a hierarquia e promovendo um bom trabalho conjunto
2. Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do serviço da UCINP	• Conhecer a estrutura física da UCINP
3. Assegurar cuidados de enfermagem de qualidade centrados na saúde e bem-estar do recém-nascido hospitalizado, baseados na evidência científica e nos princípios do NIDCAP, garantindo segurança, conforto e continuidade dos cuidados	• Observar o recém-nascido durante os cuidados, reconhecendo sinais de stresse e autorregulação • Ajustar as intervenções de enfermagem conforme a condição clínica e a vulnerabilidade do neonato, garantindo cuidados individuais e seguros • Promover um ambiente terapêutico adequado ao desenvolvimento do RN, minimizando estímulos nocivos e favorecendo o conforto e a estabilidade
4. Promover o vínculo afetivo e a participação ativa da família nos cuidados ao recém-nascido	• Promover a participação ativa e o vínculo dos pais, envolvendo-os nos cuidados diários, incentivando o contacto pele com pele e oferecendo apoio emocional durante o internamento • Assegurar uma comunicação eficaz entre a equipa de enfermagem e a família, garantindo orientação clara, proximidade e colaboração contínua • Promover a capacitação parental na preparação para a alta
5. Desenvolver uma prática de enfermagem orientada por princípios éticos, humanos e de respeito pelos direitos do neonato	• Assegurar cuidados éticos, humanizados e confidenciais ao recém-nascido, preservando a sua privacidade e a da família • Respeitar a cultura, valores e escolhas familiares, integrando princípios éticos nas decisões clínicas e na comunicação com os pais e a equipa de saúde

Quadro 5 – Objetivos gerais e atividades a realizar no EC UCINP

Objetivos gerais e atividades	
6.	Prestar cuidados específicos segundo as necessidades fisiológicas e de desenvolvimento do neonato • Adaptar as intervenções de acordo com a idade gestacional, peso e condição clínica do recém-nascido • Prestar cuidados que assegurem a estabilidade e conforto do recém-nascido • Avaliar a evolução clínica e ajustar os cuidados conforme o progresso do neonato
7.	Compreender a importância que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem na equipa da UCINP • Reconhecer o contributo do enfermeiro especialista na prática dos cuidados neonatais

Quadro 5 (continuação)– Objetivos gerais e atividades a realizar no EC UCINP

Objetivos específicos e atividades	
8.	Aprofundar os cuidados no desenvolvimento e na família no ambiente da prematuridade • Aprofundar conhecimentos acerca do NIDCAP; Método Canguru; Dor no prematuro; Ambiente acolhedor da UCINP (luminosidade, ruído) • Realizar um projeto de melhoria continua para o serviço acerca do Ambiente adequado numa UCINP

Quadro 6 – Objetivos específicos e atividades a realizar no EC na UCINP

Apêndice D – Panfleto informativo sobre diabetes inaugural



O meu filho tem diabetes. E agora?

A Diabetes Mellitus é uma doença que resulta da deficiente produção de insulina pela destruição das células Beta do pâncreas.

A insulina é uma hormona, produzida pelo pâncreas, que ajuda na diminuição dos níveis de açúcar no sangue.

Sinais e sintomas frequentes:

- Urinar frequentemente;
- Sede intensa;
- Aumento do apetite;
- Perda de peso inexplicada apesar do apetite aumentado;
- Fadiga;
- Irritabilidade;
- Diminuição do rendimento escolar.

Tipos de diabetes:

Diabetes Tipo 1

É o tipo mais comum em crianças e jovens.

O corpo deixa de produzir insulina porque o sistema imunitário "ataca" as células do pâncreas que a produzem.

Surge de forma rápida e com sintomas claros (muita sede, urinar muito e com muita frequência, perda de peso, cansaço).

O tratamento obriga sempre ao uso de insulina para substituir a que o corpo já não consegue produzir.

Diabetes Tipo 2

É mais comum em adultos, mas também pode surgir em adolescentes.

O corpo ainda produz insulina, mas ela não funciona bem (resistência à insulina).

Está muitas vezes associada a excesso de peso, pouca atividade física e alimentação desequilibrada.

Normal: geralmente < 140 mg/dL (< 7,8 mmol/L)

Suspeita de diabetes: ≥ 200 mg/dL (≥ 11,1 mmol/L) com sintomas clássicos (sede, urinar frequentemente, perda de peso)

Tratamento - Administração de Insulina

A insulina é o tratamento essencial da diabetes tipo 1 e, em alguns casos, da diabetes tipo 2.

Serve para substituir a insulina que o corpo da criança já não produz.

Observar sinais de hipoglicemia (fraqueza, tremores, suor, confusão).

Tipos de Insulina

Rápida/ultrarrápida – atua em 10–30 minutos, usada geralmente antes das refeições.

Intermédia – atua mais lentamente, mantém o efeito por várias horas.

Lenta – fornece uma base constante de insulina durante o dia/noite.

Pré-mistura – combina insulina rápida e lenta numa só aplicação.

Métodos de Administração

Caneta de insulina – prática e precisa, muito usada em crianças;

Seringa – usada quando não há caneta ou necessidade de doses muito pequenas;

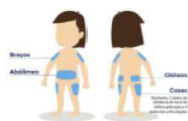
Bomba de insulina – fornece insulina contínua, usada em alguns casos mais complexos.

Locais de administração de insulina

Abdômen – absorção mais rápida, ideal para insulina rápida;

Braco, coxa ou nádegas – absorção mais lenta, boa para insulina lenta.

É importante ir alternando o local de administração para evitar o endurecimento da pele ou hematomas.



O tratamento começa geralmente com mudanças no estilo de vida (alimentação saudável e exercício físico) e, em alguns casos, medicação oral ou insulina.

Avaliação de Glicemia Capilar

O que é a Glicemia Capilar?

A glicemia capilar consiste na medição da quantidade de glicose (nível de açúcar) presente no sangue num determinado momento, através da picada de um dedo.

Fundamental no controlo da diabetes.

Avalia a glicose no sangue num preciso momento.

Deve ser realizada sempre antes de cada refeição ou em SOS.

Técnica

1. Reunir o material necessário (glícómetro, tira e lanceta ou picador);



2. Lavar as mãos e secar bem;
3. Introduzir a tira-teste no glícómetro;
4. Utilizar o dispositivo de punção e lancetas para picar o dedo e obter uma gota de sangue;
5. Picar sempre as laterais de cada dedo e não picar sempre o mesmo dedo;
6. Deixar que a gota de sangue seja absorvida pela tira-teste;
7. O resultado do aparece no visor do glícómetro



Valores de Glicemia Capilar em jejum

Normal: 70–99 mg/dL (3,9–5,5 mmol/L)

Preocupante e que merece atenção: 100–125 mg/dL (5,6–6,9 mmol/L)

Diabetes: ≥ 126 mg/dL (≥ 7,0 mmol/L) em jejum, confirmado em pelo menos duas ocasiões

Valores de Glicemia Capilar a qualquer hora do dia



Modo de conservar e transportar

Insulina não utilizada:

Conservar no frigorífico entre 2 - 8°C ou até que a validade expire.

Insulina em utilização:

Manter à temperatura ambiente (inferior a 25°C).

Conservar longe da exposição solar direta e de fontes de calor.

Transporte:

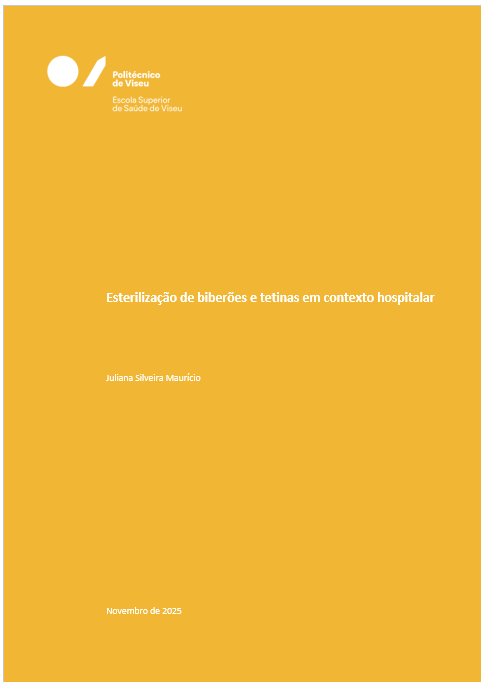
Para transportar a insulina, poderá utilizar uma bolsa térmica.

Contagem de Hidratos de Carbono (HC)

A insulina rápida/ultrarrápida deve ser ajustada com base na quantidade de hidratos de carbono que a criança vai ingerir em cada refeição ao longo do dia.

Devem ser contabilizados os hidratos de carbono (HC) de cada refeição (pão, arroz, massa, fruta, leite, legumes ricos em amido, etc). Posteriormente deve ser usada a relação insulina/HC (fornecida pelo médico) que indica quantas unidades de insulina rápida devem ser administradas por cada quantidade de HC ingerida pela criança.

Apêndice E – Estudo “Esterilização de biberões e tetinas em contexto hospitalar”



Esterilização de biberões e tetinas em contexto hospitalar

Juliana Silveira Mauricio

Documento apresentado no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Unidade Curricular de Opção 1 - Estágio de Cuidados de Saúde Diferenciados – Serviço de Internamento de Pediatria

Desenvolvido sob a orientação do Sr. Professor Manuel Pereira Cordeiro e Enfermeira Mestre e Especialista Otilia Andrade

Novembro de 2025

Índice	Pág.
Lista de Tabelas.....	7
1 - Introdução	8
2 - Esterilização de biberões e tetinas trazidos do domicílio	9
3 - Discussão/Conclusão.....	11
4 - Referências bibliográficas	12
5 - Anexos	13
5.1 - Anexo 1 – Instrução de Trabalho do Serviço de Pediatria da ULSRA – “Lavagem e desinfecção dos biberões, tetinas, kits de recolha de leite e mamilos de silicone.”	13
5.2 - Anexo 2 – E-mail trocado com a marca Medela	15

Lista de Tabelas	
Tabela 1 – Tabela comparativa entre os variados métodos de esterilização	10

1 - Introdução

A esterilização de biberões e tetinas é uma prática fundamental para a segurança alimentar e prevenção de infecções, especialmente em lactentes, sobretudo em contexto hospitalar, visto apresentarem o sistema imunitário ainda imaturo e de maior vulnerabilidade.

No serviço de Pediatria do Hospital de Aveiro são diversas as crianças que não se conseguem adaptar às tetinas fornecidas pelo hospital, nos kits esterilizados (biberões e tetinas), existindo assim a necessidade, por parte dos pais, de trazer os seus utensílios de casa. Anteriormente, o material era trazido pelos pais e após utilização esterilizado com um produto químico para ser depois lavado e novamente usado. No entanto, de acordo com o ponto 5 da Orientação 018/2013 de 20/12/2013 (DGS, 2013), na esterilização devem ser utilizados agentes físicos - calor húmido e não devem ser utilizados agentes químicos. Deste modo, e visto ser uma preocupação para o serviço, surge a oportunidade de desenvolver um documento que uniformize as boas práticas de higiene e esterilização de utensílios de alimentação infantil (biberões e tetinas), em contexto hospitalar, com ênfase em materiais trazidos do domicílio, seguindo as recomendações da DGS e os protocolos de controlo de infeção (PPCIRA).

De acordo com a DGS, no que concerne à esterilização de biberões e tetinas, apenas métodos físicos de esterilização são permitidos em contexto hospitalar. O uso de agentes químicos, mesmo que por parte dos pais, é proibido, garantindo uniformidade e segurança nos procedimentos. Deste modo, os métodos mais utilizados incluem autoclave (vapor sob pressão), esterilizador elétrico a vapor, ebulição (água a ferver) ou vapor em micro-ondas (sacos esterilizadores próprios), sendo a escolha dependente do contexto, da idade do bebé e dos recursos disponíveis. Cada método apresenta características específicas de temperatura, duração e grau de eficácia, sendo a autoclavagem considerada o padrão ouro em ambiente hospitalar. A adesão rigorosa a estes procedimentos permite minimizar a contaminação microbiana de biberões e tetinas, assegurando a proteção dos lactentes e a uniformidade dos processos dentro dos serviços.

Este documento reforça a importância da implementação de protocolos claros e educação dos pais/cuidadores para garantir a segurança alimentar tanto no hospital como no transporte de utensílios trazidos do domicílio.

Em ambiente hospitalar, de acordo com a DGS e segundo a PPCIRA para as boas práticas de controlo de infeção, apenas são permitidos métodos físicos. As principais opções são:

- 1. Autoclave (vapor sob pressão) – método de referência hospitalar, realizado na cozinha de leites ou central de esterilização (134 °C durante 3,5–5 min para biberões; 121 °C durante 15 min para tetinas e roscas).
- 2. Esterilizador elétrico a vapor – alternativa prática e segura, desde que aprovada pelo controlo de infeção.
- 3. Ebulição (água a ferver) – método simples e eficaz, submersão em água a ferver durante 10 minutos, usado em situações de contingência.
- 4. Vapor em micro-ondas (sacos ou esterilizadores próprios) – método físico válido, sem químicos, permitido apenas se aprovado institucionalmente e utilizado em equipamento limpo e controlado.

O método recomendado é o autoclave (vapor sob pressão), visto ser mais rápido, e sob valores de temperatura mais elevados (Tabela 1).

O uso de produtos químicos, mesmo por parte dos pais, não é permitido no hospital, uma vez que a DGS determina que apenas métodos físicos são aceitáveis.

Tabela 1 – Tabela comparativa entre os variados métodos de esterilização

Método	Tipo de agente	Temperatura	Duração média	Grau de eficácia	Aplicabilidade
Autoclave	Físico (vapor sob pressão)	121–134 °C	3–15 min	Esterilização completa	Hospitalar
Esterilizador elétrico	Físico (vapor)	≈100 °C	6–10 min	Esterilização eficaz	Hospitalar/local
Ebulição	Físico (calor húmido)	100 °C	10 min	Desinfecção de alto nível	Hospitalar/doméstico
Micro-ondas (sacos)	Físico (vapor)	≈100 °C	3–5 min	Esterilização eficaz	Hospitalar/doméstico

2 - Esterilização de biberões e tetinas trazidos do domicílio

Os biberões e as tetinas utilizados na alimentação do bebé devem ser cuidadosamente limpos e posteriormente esterilizados antes de cada utilização (Renfrew, McLoughlin, & McFadden, 2008). Depois de serem bem lavados e secos, devem ser esterilizados e guardados em local limpo e resguardado de forma a garantir que no momento da mamada, o bebé utiliza sempre material esterilizado e seguro. Após cada uso, todo o material deve ser novamente lavado e preparado para uma nova esterilização.

Protocolos hospitalares internacionais, como os descritos pelo St George Hospital / South Eastern Sydney Local Health District (SES LHD, Austrália), recomendam que todo o material utilizado para a alimentação dos bebés deve ser lavado, esterilizado, armazenado em recipiente limpo e, se não utilizado dentro de 24 horas, voltar a ser esterilizado novamente antes do próximo uso, garantindo assim a máxima segurança do bebé (SES LHD, 2023). Em concordância, os Guias da Health Service Executive, Irlanda (2024) recomendam que todo o equipamento de alimentação para bebés deve ser esterilizado antes de cada utilização. Podem, para este efeito, ser utilizados métodos físicos (vapor, ebulição) ou métodos químicos (pastilhas ou líquidos de esterilização), e posteriormente o material deve ser armazenado corretamente até 24 horas antes de necessitar de nova esterilização.

De acordo com a Orientação n.º 018/2013, de 20 de dezembro, da Direção-Geral da Saúde, relativa ao *"Leite materno, fórmulas e circuito de biberões e tetinas em ambiente hospitalar"*, a esterilização destes materiais deve ser realizada exclusivamente através de agentes físicos (calor húmido), nomeadamente por autoclave ou ebulição, conforme as condições e equipamentos disponíveis no serviço (DGS, 2013).

A norma determina que: "A esterilização deve ser efetuada com agentes físicos (calor húmido). Não devem ser utilizados agentes químicos." Deste modo, a utilização de produtos químicos para desinfecção ou esterilização de biberões e tetinas não é permitida em contexto hospitalar, mesmo quando se trata de material trazido de casa. No entanto, os pais podem trazer o material previamente esterilizado de casa, desde que devidamente limpo, acondicionado e identificado. Se houver necessidade de nova esterilização, a mesma deve ser efetuada pelo serviço através dos métodos físicos previstos (autoclave ou esterilizador elétrico ao vapor). Esta medida visa garantir a segurança alimentar, a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde e a uniformização dos processos de higiene dentro do contexto hospitalar pediátrico.

3 - Discussão/Conclusão

Foram várias as marcas (Medela e Wells) e hospitais (Maternidade Alfredo da Costa, Hospital de Faro e Hospital da Cova da Beira) contactos, com o objetivo de compreender as alternativas fornecidas e implementadas para a desinfecção de tetinas e biberões que os pais trazem do domicílio. A maioria dos serviços de Pediatria indicou que os pais traziam os sacos de esterilização para uso em micro-ondas, sendo o material utilizado na copa de leites pelos próprios cuidadores. Por outro lado, as marcas sugerem que todo o material de alimentação deveria ser identificado com os dados da criança e, sempre que necessário, esterilizado em autoclave do serviço, em caso rotura de stock. Caso a impossibilidade de adaptação das crianças tetinas existentes no hospital, o ideal será os pais levarem os seus biberões e tetinas para casa e fazerem eles próprios a esterilização.

A análise comparativa dos métodos evidencia que o autoclave é a opção mais aconselhada para utilizar em contexto hospitalar, uma vez que proporciona uma esterilização mais completa e rápida. Métodos como a ebulição e sacos de esterilização para micro-ondas são eficazes, mas dependem do controlo do equipamento e formação do utilizador, tornando-se menos adequados para uso em contexto hospitalar. Além disso, os sacos de micro-ondas não fazem parte de stock hospitalar, pelo que o seu uso depende da iniciativa dos pais.

Uma vez que o serviço em questão não dispõe de autoclave próprio, a alternativa passa por permitir a esterilização do material nos sacos para micro-ondas, na copa de leites, pelos pais, ou ainda orientar que levem o material previamente esterilizado de casa.

A implementação de protocolos claros, formação dos profissionais de saúde e educação dos pais/cuidadores é essencial para assegurar a segurança alimentar e a prevenção de infeções em lactentes, garantindo uniformidade e eficácia na esterilização do material de alimentação hospitalar.

4 - Referências bibliográficas

Direção-Geral da Saúde. (2013, 20 de dezembro). *Orientação n.º 018/2013 – Leite materno, fórmulas e circuito de biberões e tetinas em ambiente hospitalar*. Lisboa: DGS. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/Orientacao_Preparacao_Leite.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Manual de Boas Práticas de Enfermagem – Higienização e esterilização de material*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (s.d.). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)*. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt>

HSE (Health Service Executive). (2024). *Bottle feeding: Preparing and sterilising bottles and teats*. Health Service Executive. https://www2.hse.ie/babies-children/bottle-feeding/preparing-baby-formula/?utm_source=chatgpt.com

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2007). *Guidelines for the safe preparation, storage and handling of powdered infant formula*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241595414>

Renfrew, M. J., McLoughlin, M., & McFadden, A. (2008). *Cleaning and sterilisation of infant feeding equipment: A systematic review*. Public Health Nutrition, 11(11), 1188–1199. <https://doi.org/10.1017/S1368980008001791>

South Eastern Sydney Local Health District (SES LHD), St George Hospital. (2023). *Preparing formula feeds & sterilising bottles*. https://www.seslhd.health.nsw.gov.au/sites/default/files/groups/St_George_Hospital/SGH_Documents/Breastfeeding/Preparing-Formula-Feeds.pdf

5 - Anexos

5.1 - Anexo 1 – Instrução de Trabalho do Serviço de Pediatria da ULSRA – “Lavagem e desinfecção dos biberões, tetinas, kits de recolha de leite e mamilos de silicone.”

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE		SNS	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE AVEIRO	TIPO DE DOCUMENTO: INSTRUÇÃO DE TRABALHO CÓDIGO DO DOCUMENTO: IT.DMC.006.00
NOME: Lavagem e desinfecção dos biberões, tetinas, kit de recolha de leite e mamilos de silicone				
ELABORADO POR: Joana Marbuto, Chila Andrade, Ana Paula Silva, Susana Marcos, Odete Lopes			PARCEIRO DE:	
REVISÃO POR: Chila Andrade, Joana Marbuto, Odete Lopes			APROVADO POR: Conselho de Administração	
DATA: Fevereiro 2024				
DATA PREVISTA DA PRÓXIMA REVISÃO:			Dec. Anualizado:	
RESPONSÁVEL: Enfermeiros Gestores de DMC				

Palavras Chave
Limpar/Desinfetar/biberões/tetinas/kit de recolha de leite/mamilos de silicone

Objetivo

- Evitar infeção associada aos cuidados de saúde.
- Uniformizar o processo de limpeza e desinfecção dos biberões/tetinas/kit de recolha de leite/mamilos de silicone.

Âmbito
Aplica-se aos Assistentes Operacionais que no seu dia-a-dia contactam com este equipamento.

Documentos de Referência

- COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO HOSPITALAR – Manual de Controlo da Infecção Hospitalar: Hospital Infante D. Pedro, EPE, Versão 1, Revisão 0, 2006
- Infopédia (em linha). Porto: Porto Editora, 2003-2013. (Consult. 2013-10-24)
- Disponível na www: iGRL: <http://www.iqgrel.pt/pesquisa-global/biber%C3%A3o>
- Documento Interno da CHUV-Manual de Higienização dos Equipos e Superfícies em Controlo de Infecção e Gestão de Risco Biológico, aprovado em 26/07/2016
- Orientação da Direção-Geral de Saúde de 20/12/2024, Nº 024/2024, página 67/17, ponto 5, alínea e)

Definições e Abreviações
Limpar: “Remoção da sujidade através da ação mecânica usando água e sabão ou detergente. Esta ação remove parte dos microrganismos (cerca de 80%), proteínas ou outra matéria orgânica que serve de nutriente e proteção aos microrganismos. É essencial na descontaminação do equipamento, porque facilita a ação desinfetante” (COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO HOSPITALAR, 2006, p.81).
Desinfetar: “Destuição da maior parte dos microrganismos, sem exceção das formas esporuladas. Com a desinfecção, os microrganismos são reduzidos a um nível não prejudicial à saúde” (COMISSÃO DE CONTROLO DA INFECÇÃO HOSPITALAR, 2006, p.81).

UNIDADE DE SAÚDE | AVEIRO | 01/02/2024

Página 1 de 2
IMP-002-000-00

5.2 - Anexo 2 – E-mail trocado com a marca Medela

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE		SNS	UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE AVEIRO	NOME: Lavagem e desinfecção dos biberões, tetinas, kit de recolha de leite e mamilos de silicone	IT.DMC.006.00
Biberão: - frasco no qual está adaptada uma teta de borracha e que se emprega na lactação artificial (In Infopédia (In linha). Consult. 2013-10-24). Tetina: - peça de borracha em forma de mamilo, com um pequeno furo, que se adapta ao recipiente que serve de biberão (In Infopédia (In linha). Consult. 2013-10-24). Kit de recolha de leite: - extrator indicado para extração de leite prolongado (www.medela.com) Mamilos de silicone: - peça em silicone em forma de mamilo que se adapta ao seio (www.medela.com) Descrição: ➢ Os biberões/tetinas/kit de recolha de leite/mamilos de silicone são de uso individual. A descontaminação é realizada através da lavagem em máquina de lavar (incluída em uso no serviço e segundo as instruções da fabricante) com posterior esterilização. 1. Após utilização, o biberão/tetina/mamilo de silicone/kit de recolha de leite deve ser: a. Enxaguado e desconstruído; b. Lavado com detergente e água corrente; c. Colocado em máquina própria para lavagem e descontaminação; d. Posteriormente é enviado para o Serviço de Esterilização em caixa própria para transporte, para ser submetido à esterilização de acordo com as normas e/ou recomendações vigentes. 2. O envio do material para o Serviço de Esterilização, deve ser acompanhado com a respetiva requisição (Modelo CHUV-116) preenchida e assinada. ➢ Os biberões/tetinas/kit de recolha de leite/mamilos de silicone de uso pessoal em meio hospitalar: Tendo em consideração as orientações da norma da DGS Nº 018/2013 de 20/12/2013, mais concretamente a página 07/17, ponto 5, na alínea d) “não devem ser utilizados agentes químicos”, assim como as orientações da UL-PPCIRA: 1. As crianças/companheiros que não se adaptam aos biberões usados na instituição, devem ser alertados que não é garantida a desinfecção e responsabilizar os mesmos pela lavagem dos seus biberões. Responsabilidades: Assistentes Operacionais, Enfermeiros e Acompanhantes (no caso de material de uso pessoal em ambiente hospitalar).					

UNIDADE DE SAÚDE | AVEIRO | 01/02/2024

Página 2 de 2
IMP-002-000-00

Produtos de esterilização Resumo

com base nos dados originais

202403, discontinuation of fe...
100 04

Bom tarde Juliana,

A Medela deixou de comercializar tetinas e biberões desde 01/07/2025.

Esta decisão visa alinhar integralmente o nosso portfólio com o **Código Internacional de Marketing de Substitutos do Leite Materno** da Organização Mundial da Saúde, reforçando o nosso foco em soluções baseadas na ciência, na investigação e no apoio clínico à amamentação.

No entanto o material da Medela no contexto hospitalar nomeadamente os kits reutilizáveis de extração de leite e frascos reutilizáveis, devem seguir o seguinte procedimento de esterilização:

Esterilização:

- Esterilizar em autoclave a 134°C durante 5 minutos

Limpeza e desinfecção automatizadas

- Desinfetar durante 5 minutos a 93°C.

Apêndice F – Poster acerca de ambiente acolhedor para o bebé



Apêndice G – Questionário “Higiene do sono em idade pré-escolar (3-5 anos)”

Questionário “Higiene do sono em idade pré-escolar (3- 5 anos)”

O meu nome é Juliana Maurício, sou aluna de Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde de Viseu.

No âmbito da realização do meu projeto final de mestrado, estou a desenvolver um estudo acerca da higiene do sono em crianças em idade pré-escolar (3 a 5 anos). Este tem como principal objetivo compreender os hábitos, rotinas e condições associadas ao sono das crianças nesta faixa etária, bem como a perceção dos pais/cuidadores relativamente à qualidade do sono e ao seu impacto no bem-estar da criança.

O presente questionário foi realizado com base em escalas de avaliação do sono infantil, devidamente adaptadas à realidade da população portuguesa.

A participação é voluntária, anónima e confidencial, sendo os dados recolhidos utilizados exclusivamente para fins académicos e científicos.

A sua colaboração é fundamental e contribuirá de forma significativa para aprofundar conhecimento acerca desta temática, tão relevante no desenvolvimento saudável das crianças.

Dados demográficos

1. Idade da criança: ____ anos
2. Sexo da criança:
 - ☐ Masculino
 - ☐ Feminino
3. Com quem vive:
 - ☐ Ambos os pais/mães
 - ☐ Apenas mãe
 - ☐ Apenas pai
 - ☐ Outros (especifique): _____

Sobre os pais/cuidadores:

4. Idade do principal cuidador:
 - ☐ Menos de 20 anos
 - ☐ 21 a 30 anos
 - ☐ 31 a 40 anos
 - ☐ 41 a 50 anos
 - ☐ Mais de 50 anos
5. Grau de escolaridade do principal cuidador:
 - ☐ Sem escolaridade
 - ☐ Ensino básico incompleto (1.º ou 2.º ciclo)
 - ☐ Ensino básico completo (9.º ano)
 - ☐ Ensino secundário completo (12.º ano)
 - ☐ Ensino superior (licenciatura ou equivalente)
 - ☐ Pós-graduação / Mestrado / Doutoramento
6. Número de filhos:
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3 ou mais

7. A criança em questão é:

- ☐ O(a) único(a) filho(a)
☐ O(a) mais velho(a)
☐ O(a) do meio
☐ O(a) mais novo(a)

Rotina do sono

8. A que horas o(a) seu/sua filho(a) vai para a cama durante a semana?

- ☐ Antes das 20h
☐ Entre 20h - 21h
☐ Entre 21h - 22h
☐ Depois das 22h

9. Quanto tempo demora, em média, o(a) seu/sua filho(a) a adormecer depois de ir para a cama?

- ☐ Menos de 15 minutos
☐ Entre 15 - 30 minutos
☐ Entre 30 - 60 minutos
☐ Mais de 60 minutos

10. A que horas o(a) seu/sua filho(a) acorda durante a semana?

- ☐ Antes das 6h
☐ Entre 6h - 7h
☐ Entre 7h - 8h
☐ Depois das 8h

11. O(a) seu/sua filho(a) faz sesta durante o dia?

- ☐ Sim
☐ Não

Ambiente do sono

12. Onde dorme geralmente o(a) seu/sua filho(a)?

- ☐ No quarto próprio
☐ No quarto dos pais
☐ Em outro local (especifique): _____

13. O ambiente onde o(a) seu/sua filho(a) dorme está:

Luz:

- Escuro ☐
 Pouca luz ☐
 Muito iluminado ☐

Ruído:

- Silencioso ☐
 Ruído moderado ☐
 Ruído elevado ☐

14. O(a) seu/sua filho(a) utiliza ecrãs (tablet, TV, telemóvel) até 1 hora antes de dormir?

- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Frequentemente
☐ Sempre

Hábitos e comportamentos relacionados ao sono

15. O(a) seu/sua filho(a) tem uma rotina consistente antes de dormir (ex: banho, leitura, histórias)?
- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Frequentemente
☐ Sempre
16. Caso a resposta anterior tenha sido que tem rotina de sono, descreva em que consiste:
-
-
17. Informa o seu filho com antecedência de que está na hora de ir dormir "5 minutos para ir deitar..."?
- ☐ Sim
☐ Não
18. O(a) seu/sua filho(a) usa algum objeto de conforto para dormir (peluche, manta, etc.)?
- ☐ Sim
☐ Não
19. Se respondeu sim na questão anterior, refira qual o objeto:
-
20. O(a) seu/sua filho(a) consome bebidas com cafeína (ex: chá, refrigerantes) pelo menos até 6h antes de dormir?
- ☐ Sim
☐ Não
21. O(a) seu/sua filho(a) demonstra alterações no sono quando consome alimentos ou bebidas estimulantes (ex: chocolate, açúcares, refrigerantes, chá)?
- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não tenho a certeza

Problemas de sono

22. O(a) seu/sua filho(a) tem dificuldades para adormecer?
- ☐ Nunca
☐ Raramente
☐ Às vezes
☐ Frequentemente
☐ Sempre
23. O(a) seu/sua filho(a) acorda durante a noite?
- ☐ Não, dorme a noite toda
☐ Raramente (1 vez por semana ou menos)
☐ Ocasionalmente (2 a 3 vezes por semana)
☐ Frequentemente (4 ou mais vezes por semana)
☐ Sempre (todos os dias)
24. O(a) seu/sua filho(a) ressona ou tem apneia (pausas respiratórias) durante o sono?
- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei

Percepção dos pais sobre o sono da criança

25. Como avalia a qualidade do sono do(a) seu/sua filho(a)?

- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Regular
- ☐ Má
- ☐ Muito má

26. Na sua opinião, o sono do(a) seu/sua filho(a) influencia o comportamento e humor durante o dia?

- ☐ Nada
- ☐ Pouco
- ☐ Moderadamente
- ☐ Muito
- ☐ Extremamente

Conhecimento sobre higiene do sono

27. Já ouviu falar do conceito "higiene do sono"?

- ☐ Sim
- ☐ Não

28. Quais das seguintes práticas devem ser evitadas antes do seu filho ir dormir? (Pode assinalar mais que uma opção)

- ☐ Ver televisão, usar tablet ou telemóvel
- ☐ Tomar um banho morno
- ☐ Consumir alimentos ou bebidas com cafeína (ex.: refrigerantes, chocolate)
- ☐ Jogar videojogos ou usar redes sociais
- ☐ Leitura tranquila de uma história
- ☐ Exposição a iluminação forte
- ☐ Ouvir música relaxante
- ☐ Realizar atividade física

29. Acha que os profissionais de saúde abordam adequadamente este tema nas consultas de saúde infantil?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Nunca foi abordado

Obrigada pela sua disponibilidade e participação!

Anexos

Anexo 1 – Parecer favorável da comissão de ética



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE AVEIRO

Exmª senhora

Drª Margarida França

Presidente do Conselho De Administração do CHBV

Assunto: Deliberação da Comissão de Ética para a Saúde sobre o “Higiene do sono em crianças de idade Pré-Escolar (3-5anos)” - Estudo ULSRA. CES.2025. 109.01.

Investigador principal: Drª Juliana Silveira Maurício.

Cumpre informar Vossa Exª que a Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Centro Hospitalar Baixo Vouga reuniu com a presença da maioria dos seus membros, e após análise do projeto mencionado em epígrafe, a CES entende considerar não haver qualquer impedimento ético com base na informação prestada, pelo que emitiu parecer favorável à sua realização.

Unidade Local de Saúde Região de Aveiro

Aveiro, 15 de outubro de 2025

A Comissão de Ética

Reunião de C.A. N.º 123 de 16 / 10 / 2025	
Deliberação: <u>Autorizado</u>	
<u>[Assinatura]</u> (Presidente do C.A.)	<u>[Assinatura]</u> (Vice-Presidente do C.A.)
<u>[Assinatura]</u> (Diretores clínicos)	<u>[Assinatura]</u> (Diretor)