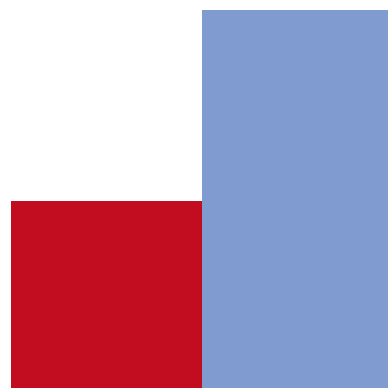


QUALIDADE DO SONO DAS GRÁVIDAS NO 3.º TRIMESTRE: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Diana Julião Janicas

Maio-26



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

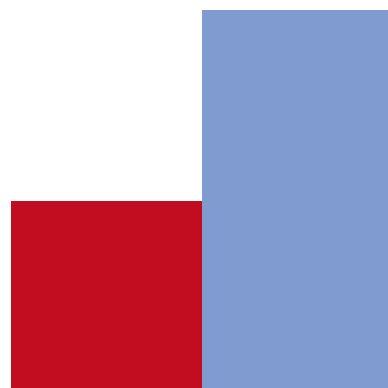
Diana Julião Janicas

QUALIDADE DO SONO DAS GRÁVIDAS NO 3.º TRIMESTRE: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Orientadora: Professora Doutora Maria Maceiras

Maio-26



“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

Agradecimentos

A realização desta dissertação não teria sido possível sem o apoio, a inspiração e a fé que me acompanharam ao longo deste percurso.

Agradeço profundamente aos meus pais, que sempre acreditaram em mim e me ensinaram, com o seu exemplo, o valor do esforço, da humildade e da persistência. Foram, e continuam a ser, um suporte firme e constante.

À minha filha pela sua compreensão e motivação. Foi o meu maior impulso, principalmente nos momentos mais desafiantes.

À professora doutora Maria Maceiras expresseo o meu sincero agradecimento pelo acompanhamento atento, pelo rigor científico e pela confiança incondicional que sempre depositou em mim.

Por fim, não posso deixar de destacar um momento profundamente marcante durante esta jornada: os 140 km percorridos a pé até Fátima, em maio de 2025. Tornou-se um verdadeiro ponto de viragem numa fase de incerteza e desmotivação. No silêncio da fé, na vivência da resiliência em grupo e nas partilhas vividas ao longo do caminho, reencontrei a força interior que me permitiu continuar.

Resumo

A gravidez constitui um período marcado por profundas alterações fisiológicas, hormonais e emocionais, que podem influenciar significativamente a qualidade do sono da mulher. As alterações do sono tendem a intensificar-se ao longo da gravidez, particularmente no 3.º trimestre. Neste contexto, a presente dissertação procurou analisar os fatores que influenciam a qualidade do sono nesta fase.

Tratou-se de um estudo descritivo, correlacional e transversal, de natureza quantitativa. A investigação incluiu grávidas com idade gestacional igual ou superior a 32 semanas de gravidez, acompanhadas em contexto hospitalar. Foram utilizados como instrumentos de colheita de dados, um questionário sociodemográfico e obstétrico, o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT) e um questionário de avaliação dos conhecimentos e estratégias de promoção do sono.

Os resultados indicaram uma elevada prevalência de má qualidade do sono entre as participantes, sendo a latência do sono o fator mais determinante para o descanso insatisfatório. Verificou-se que a maioria das grávidas sente um agravamento do padrão de sono durante a gravidez, influenciado por fatores como o desconforto térmico, nomeadamente o calor, e dificuldades respiratórias. Apesar de as participantes apresentarem uma adesão significativa a estratégias de higiene do sono, este conhecimento revelou-se insuficiente para garantir uma boa qualidade do mesmo.

Concluiu-se que a má qualidade do sono apresenta elevada prevalência nas grávidas do 3.º trimestre de gravidez, observando-se alterações significativas nos padrões de sono e a influência de múltiplos fatores associados a esta fase gestacional, destacando-se a latência do sono como um determinante relevante da sua qualidade.

Palavras-Chave: qualidade do sono; gravidez; terceiro trimestre; enfermagem de saúde materna e obstétrica

Abstract

Pregnancy is a period marked by profound physiological, hormonal, and emotional changes that can significantly affect women's sleep quality. Sleep disturbances tend to intensify throughout pregnancy, particularly during the third trimester. In this context, this dissertation sought to analyse the factors influencing sleep quality during this stage.

This was a descriptive, correlational, cross-sectional study with a quantitative approach. The study included pregnant women with a gestational age of 32 weeks or more who were followed in a hospital setting. The data collection instruments included a sociodemographic and obstetric questionnaire, the Pittsburgh Sleep Quality Index – portuguese version (PSQI-PT), and a questionnaire assessing knowledge and strategies for promoting sleep.

The results indicated a high prevalence of poor sleep quality among the participants, with sleep latency emerging as the most decisive factor associated with unsatisfactory sleep. Most pregnant women reported a worsening of sleep patterns during pregnancy, influenced by factors such as thermal discomfort, particularly heat, and breathing difficulties. Although the participants demonstrated high adherence to sleep hygiene strategies, this knowledge proved insufficient to ensure good sleep quality.

It was concluded that poor sleep quality is highly prevalent among women in the third trimester of pregnancy, with significant changes in sleep patterns and the influence of multiple factors associated with this stage of pregnancy. Sleep latency emerged as a key determinant of sleep quality.

Keywords: sleep quality; pregnancy; third trimester; midwifery

Lista de Siglas

CPLEESMO – Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

DP – Desvio-Padrão

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESSCVP Lisboa – Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

NREM – *Non-Rapid Eye Movement*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSQI-PT – Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – versão portuguesa

REM – *Rapid Eye Movement*

SAOS – Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

SPI – Síndrome das Pernas Inquietas

Índice

Índice	8
Índice de Figuras	10
Índice de Tabelas	11
I. Introdução.....	12
II. Enquadramento Teórico.....	15
II.1. Breve História do Sono.....	15
II.2. Principais Conceitos Associados ao Sono	16
II.3. A Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virginia Henderson	18
II.4. O Sono na Gravidez.....	19
II.5. O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do sono	22
III. Metodologia.....	26
IV. Resultados	35
IV.1 Caracterização da amostra (dados sociodemográficos e obstétricos)	35
IV.2 Análise do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg – versão portuguesa	38
IV.2.1 Medidas de tendência central e dispersão	43
IV.3 Estratégias de higiene do sono	44
IV.4 Fontes de conhecimento acerca do sono na gravidez.....	46
IV.4 Teste de hipóteses.....	47
V. Discussão de Resultados.....	59
VI. Considerações Finais.....	64
VII. Referências Bibliográficas	66
Apêndices	75
Apêndice A – Cronograma de Elaboração do Estudo de Investigação	76

Apêndice B – Convite para o Preenchimento do Questionário Online com código QR	78
Apêndice C – Questionário Parte I: Dados sociodemográficos e obstétricos	80
Apêndice D – Questionário Parte III: Conhecimento e estratégias sobre o sono.....	83
Apêndice E – Consentimento Livre e Esclarecido em Formato Online.....	86
Anexos.....	88
Anexo 1 – Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)	89
Anexo 2 – Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT), Instruções de pontuação e referência.....	92
Anexo 3 – Parecer da Comissão de Ética	96

Índice de Figuras

Figura 1 – Frequência das idades da amostra, média e valor de dispersão	35
Figura 2 – Qualidade do sono no mês passado.....	38
Figura 3 – Frequência da demora de mais de 30 minutos para adormecer por semana .	39
Figura 4 – Frequência em ter problemas em ficar acordada durante as refeições, enquanto conduz ou enquanto participava nalguma atividade social.....	41
Figura 5 – Frequência em sentir pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as atividades diárias	41
Figura 6 – Resultado do PSQI-PT, valor global, para a amostra.....	42
Figura 7 – Distribuição das respostas à pergunta "A qualidade do sono seu sono piorou durante a gravidez?"	44
Figura 8 – Relação entre a qualidade do sono no mês passado e o valor global do PSQI- PT.....	48
Figura 9 – Análise de regressão linear e não linear da relação entre o tempo para adormecer e a qualidade do sono.....	52
Figura 10 – Comparações par a par, por método <i>pairwise</i> , da qualidade do sono entre os vários grupos da variável latência do sono	53
Figura 11 – Frequência da variável sentir muito calor	55

Índice de Tabelas

Tabela 1: Teste de Shapiro-Wilk para avaliação da normalidade dos dados	32
Tabela 2: Frequência e percentagem da variável estado civil	36
Tabela 3: Frequência e percentagem da variável escolaridade.....	36
Tabela 4: Frequência e percentagem da variável situação profissional.....	36
Tabela 5: Frequência e percentagem da variável filhos vivos anteriores à gravidez atual	37
Tabela 6: Frequência e percentagem da variável tempo de gravidez (em semanas).....	37
Tabela 7: Medidas de tendência central e dispersão para as variáveis idade, tempo para adormecer, horas dormidas, tempo de sono e qualidade do sono.....	43
Tabela 8: Valores discrepantes	44
Tabela 9: Conhecimento das estratégias promotoras do sono	45
Tabela 10: Fontes de conhecimento sobre o sono	46
Tabela 11: Nível de conhecimento sobre o sono	47
Tabela 12: Comparações par a par, por método <i>pairwise</i> , do nível de conhecimento sobre o sono	58

I. Introdução

A presente dissertação foi realizada no âmbito do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), integrado na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa (ESSCVP Lisboa). Este trabalho surge num percurso formativo que alia a prática clínica especializada à investigação científica, visando o desenvolvimento de competências avançadas que sustentam cuidados de enfermagem diferenciados, centrados na mulher, na família e na comunidade.

A escolha do tema, a qualidade do sono das grávidas no 3.º trimestre – intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), resulta da continuidade de um interesse desenvolvido durante o 15.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CPLEESMO) decorrido entre 2022 e 2024 na ESSCVP Lisboa, onde tive a oportunidade de explorar o sono em contextos de vida específicos, como na gravidez, puerpério e menopausa.

O interesse por esta temática começou com a minha experiência pessoal da maternidade, quando na gravidez, os desconfortos e a ansiedade do parto alteraram o meu padrão de sono. A pesquisa bibliográfica e a experiência decorrente do CPLEESMO e da minha prática clínica permitiram-me reconhecer o sono não apenas como uma função biológica essencial, mas também como um fenómeno complexo, multifatorial e profundamente influenciado pelo contexto biopsicossocial. Dada a sua importância para a saúde materno-fetal e tendência a uma alteração da qualidade do sono durante a gravidez tornou-se evidente aprofundar esta área no contexto do mestrado.

Está comprovado que durante a gravidez a mulher enfrenta diversas alterações hormonais, anatómicas e emocionais que interferem significativamente com a sua qualidade do sono. À medida que a gravidez avança, muitas mulheres referem dificuldades em adormecer, despertares noturnos frequentes e sensação de cansaço ao longo do dia. Estas mudanças podem afetar não só o bem-estar físico e emocional da mulher, como também o desenvolvimento da gravidez, o momento do parto, a saúde fetal e a vivência do pós-parto^{1,2}.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2021, a vigilância do sono durante a gravidez deve ser considerada uma componente essencial dos cuidados

pré-natais dada a sua associação com complicações como parto prematuro, hipertensão gestacional, diabetes, cesarianas não programadas e depressão pós-parto, sendo esta relevância igualmente reforçada por entidades como o American College of Obstetricians and Gynecologists, que destaca que distúrbios do sono no final da gravidez se associam a maior risco de trabalho de parto prolongado, fadiga materna e complicações metabólicas, bem como pela National Sleep Foundation, que identifica o 3.º trimestre como o período de maior prevalência de insónia e fragmentação do sono, com impacto direto no bem-estar materno e fetal³⁻⁵. Em Portugal, embora a Direção-Geral da Saúde não aborde o sono como foco autónomo nos seus documentos orientadores para a vigilância da gravidez, reconhece a importância do bem-estar materno e da necessária adaptação psicofisiológica à gravidez. Dimensões que se encontram intimamente relacionadas com a qualidade do sono, o que reforça a pertinência de aprofundar esta temática no contexto dos cuidados especializados em saúde materna⁶.

Assim, o presente trabalho vem enquadrar-se nas competências específicas do EEESMO definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), nomeadamente na vigilância da gravidez de baixo risco, promoção do bem-estar e prevenção de complicações⁷. Paralelamente, responde às competências de mestre, cuja formação é orientada para a produção de conhecimento, a análise crítica da prática e a implementação de cuidados baseados na evidência, sendo o meu objetivo principal contribuir para o reforço de práticas assistenciais mais integradas, humanizadas e orientadas para as reais necessidades da mulher grávida e família⁸.

Assim sendo, este estudo teve como questão de partida: **Quais os fatores que influenciam a qualidade do sono da grávida no 3.º trimestre?**

Como objetivo geral, pretendeu-se analisar os fatores que influenciam a qualidade do sono das grávidas no 3.º trimestre e como objetivos específicos definiu-se:

- a) Determinar a qualidade do sono das grávidas no 3.º trimestre;
- b) Identificar o conhecimento das grávidas no 3.º trimestre sobre as estratégias de higiene do sono;
- c) Relacionar a fonte de conhecimento acerca do sono com a qualidade do sono;
- d) Correlacionar a qualidade do sono das grávidas no 3.º trimestre com os conhecimentos acerca do sono.

Foi realizado um estudo descritivo, correlacional, com amostra transversal, de carácter quantitativo, cujo trabalho desenvolvido passou pelas várias etapas de um estudo de investigação de forma a dar resposta à questão de partida ^{9,10}.

Estruturalmente, na sequência desta introdução surge o enquadramento teórico acerca da temática em estudo, suportada pelo referencial teórico de Virginia Henderson e resultado da pesquisa científica realizada nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, Scielo, Pubmed e Google Scholar, por meio de descritores de saúde validados no DeCS/MeSH.

Segue-se a metodologia utilizada na elaboração deste trabalho científico, o capítulo onde é explicado o tipo de estudo desenvolvido, a população, a amostra utilizada e onde são descritas as variáveis dependentes e independentes, bem como as hipóteses. São também identificados os instrumentos de colheita de dados, como foi realizada a recolha de dados, a forma de tratamento dos mesmos e como foi preservada a ética durante este processo.

No quarto capítulo faz-se a apresentação dos resultados e posterior discussão dos mesmos tendo em conta a literatura consultada e indo de encontro à questão de investigação. Por fim, apresenta-se uma reflexão que integra a análise dos principais aspetos do desenvolvimento deste trabalho, contemplando as conclusões, limitações, implicações e reflexões dele decorrentes.

O presente documento foi elaborado de acordo com o Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos disponibilizado pela ESSCVP Lisboa e segundo a norma de referência bibliográfica *Vancouver*¹¹.

II. Enquadramento Teórico

O enquadramento teórico pretende contextualizar e sustentar a temática da dissertação com base em evidência científica, servindo de base concetual à construção e interpretação da investigação. Inclui-se aqui também a teoria de enfermagem que orienta o presente estudo.

II.1. Breve História do Sono

Os hábitos e comportamentos relacionados com o sono têm sofrido mudanças ao longo dos tempos. A aquisição de novos hábitos de vida, alterações culturais e a evolução tecnológica contribuíram para essa alteração.

Os primeiros dados referentes à história do sono remontam ao Período Paleolítico, no qual as pessoas descansavam em cima de montes de palha. Na Era seguinte, a Era Neolítica, o período de descanso acontecia após o crepúsculo e em sítios elevados. Nos milénios seguintes foram criados espaços próprios, semelhantes a ninhos, o que fazia crer que a posição fetal era a posição preferida para dormir¹².

Os primeiros estudos sobre o sono remontam ao período da Grécia Antiga, tendo sido a primeira civilização a dar importância a este tema. Para eles, o ato de dormir permitia atingir estados de consciência elevados e de conexão com o divino, auxiliando por isso, na cura de doenças. No Período Clássico, acreditava-se que o sono era um período de ausência de consciência produzido pela drenagem de sangue da superfície corporal. 50 anos depois, para Aristóteles, dormir consistia no repouso do coração e estava relacionado com o aparelho gástrico¹².

No Período Renascentista, período de grande evolução social e artística, o colchão surgiu para as classes mais abastadas. Nas classes mais pobres as camas eram partilhadas com outras pessoas e nalguns casos com animais. O sono era dividido em dois períodos, com um momento de vigília entre eles. Nesse momento tinham lugar as orações, a meditação, o sexo, a leitura, bem como a realização de atividades domésticas. Valorizava-se o sono como um período de calma e relaxamento, onde os pensamentos se encontravam com os sonhos¹².

Com a Revolução Industrial, os turnos nas empresas fabris e as longas jornadas de trabalho transformaram o padrão de sono bifásico em monofásico. O sono passou a ser visto como uma perda de tempo, inclusive os empregadores ofereciam recompensas ou multas, de modo a coagir os empregados a realizar o máximo de horas de trabalho¹².

No século XIX deu-se um importante passo na história do sono com a identificação da narcolepsia, uma doença neurológica caracterizada por episódios de hipersonolência diurna, acompanhada de distúrbios do sono^{12,13}.

O século XX trouxe a descoberta do sono como é conhecido nos dias de hoje, nomeadamente o ritmo circadiano, os benefícios de um sono reparador e os efeitos da privação do mesmo. Foram identificadas as fases do sono, primeiro o sono *Rapid Eye Movement* (REM) e o sono *Non-Rapid Eye Movement* (NREM) 30 anos mais tarde. A década de 60 foi marcada pela valorização dos distúrbios do sono, como a Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), as parassónias e a enurese noturna. Mais tarde, nos anos 80, surgiu a relação entre o ritmo circadiano e a duração do sono, a relação entre dormir e a aprendizagem, bem como a confirmação da necessidade biológica de dormir¹².

No século atual comprovou-se a estreita relação entre a memória e o sono. Na primeira década apareceram as tecnologias do sono, nomeadamente os *smartwatches*, através dos quais é possível realizar actigrafia por meio de sensores que monitorizam, de forma não invasiva, os ciclos de atividade e repouso. Estes dispositivos apresentam ainda a vantagem de disponibilizar um relatório imediatamente após o período de sono, permitindo uma reação imediata a problemas noturnos, o que tem contribuído para o progressivo desuso da polissonografia^{12,14}.

II.2. Principais Conceitos Associados ao Sono

De forma a clarificar e tornar o desenvolvimento deste documento estruturado e de fácil compreensão, considero relevante desenvolver os principais conceitos associados à temática do sono. Os conceitos-chave que importam esclarecer são: sono; higiene do sono; privação do sono; qualidade do sono e padrão de sono.

O sono ocupa cerca de 30% da vida de uma pessoa e é tido como essencial à manutenção dos vários mecanismos inerentes à homeostase humana^{15,16}.

De acordo com o dicionário americano Merriam-Webster, **sono** é um “estado periódico natural, facilmente reversível e que é marcado pela ausência de vigília e pela perda de consciência do ambiente, acompanhada por uma postura corporal típica (...), a ocorrência de sonhos e mudanças na atividade cerebral e funcionamento fisiológico, é composta por ciclos de sono NREM e REM e, geralmente é considerado essencial para a restauração de funções vitais, corporais e mentais”¹⁷ (p. 18).

Os sonhos são considerados importantes, uma vez que, durante o sonho, as sinapses neuronais fazem com que informações previamente não associadas passem a fazer sentido em conjunto, estimulando a criatividade e a resolução de problemas¹⁶.

Quanto às fases do sono NREM e REM, estas constituem as duas principais subdivisões do sono, desempenhando diferentes funções. O sono NREM é o responsável pela regeneração do sistema nervoso central e fortalecimento do sistema imunitário, enquanto o sono REM promove a adaptação a situações do foro emocional através dos sonhos, consolida a memória e fomenta a criatividade. A duração destas fases faz-se de forma cíclica. Geralmente a fase NREM está presente nas primeiras horas de sono e a REM nas últimas¹⁶.

A **higiene do sono** é a terminologia que se refere ao conjunto de práticas que contribuem para um sono reparador. São exemplos a existência de uma rotina diurna de que inclua o exercício físico; a manutenção de um ambiente confortável e apropriado para dormir, com temperatura e níveis de luz e ruído adequados no quarto; bem como a evicção de bebidas alcoólicas ou energéticas e de refeições excessivas ao final do dia¹⁷.

Segundo a Ordem dos Psicólogos, o sono é parte fundamental da vida. Assegura que uma boa higiene de sono é essencial, sendo um pilar da saúde e qualidade de vida. A Sociedade Portuguesa de Pneumologia refere-se ao bom sono como potenciador da memória, aprendizagem e capacidade de decisão, influenciando também o sistema imunitário, metabólico e cardiovascular^{18,19}.

Apesar da quantidade do sono para cada pessoa ser variável, de acordo com as necessidades energéticas, a recomendação para o adulto é de sete a nove horas de sono, por noite¹⁷⁻¹⁹.

A **privação de sono** refere-se à inadequação do sono, seja em quantidade, qualidade ou sincronismo, podendo expressar-se de forma aguda ou crónica. Traduz-se em sintomas como “lentificação do pensamento, tempo de ação e atenção reduzidos, défices de memória, ausência de energia e alterações de humor acompanhadas de stress, ansiedade ou irritabilidade e sintomas depressivos”¹⁷ (p. 20). Interfere na esfera física,

ocupacional, cognitiva e social. As perturbações de sono se não tratadas têm graves implicações na saúde a longo prazo. Por sua vez, o excesso de horas de sono também se mostra prejudicial¹⁶.

A melatonina e a adenosina, em níveis adequados, são responsáveis pela indução do sono. A melatonina é uma hormona produzida pela glândula pineal, que começa a ser libertada em maior quantidade ao anoitecer, quando há diminuição da luz natural, sendo o seu pico algumas horas depois. Já a adenosina é um neuromodelador que reduz a necessidade de energia pelas células nervosas e tem como ação atuar no armazenamento de energia. Durante o sono é quando tem o seu vale, mas a sua concentração aumenta exponencialmente no período de vigília¹⁶.

A designação **qualidade do sono**, descritor deste trabalho de investigação, é caracterizada por ser uma satisfação subjetiva, dependente da perceção individual das várias dimensões do sono, como a quantidade de horas de sono por noite; a latência do sono, ou seja, o tempo e a facilidade que se leva para adormecer; a manutenção e eficiência do sono; o ritmo circadiano, isto é, adormecer e acordar em horários regulares, com rotinas, boa capacidade de vigília diurna e a satisfação do sono¹⁵⁻¹⁷. Para avaliação da qualidade de sono, o instrumento mais usado é o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT) (Anexo 1), que é utilizado para a avaliação da qualidade do sono nos últimos 30 dias. Já a Escala de Sonolência de Epworth avalia o grau de sonolência diurna^{15,20}.

O **padrão de sono** está relacionado com o perfil de ritmo circadiano num determinado período. É variável ao longo do ciclo de vida e influenciado por fatores internos e externos¹⁷.

II.3. A Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virginia Henderson

Como referencial teórico, foi selecionada a Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virginia Henderson, cuja perspetiva compreende o ser humano como um todo, dotado de necessidades básicas que devem ser satisfeitas para alcançar a saúde e o bem-estar. Esta teoria foi adotada pela sua aplicabilidade à presente dissertação, bem como pela sua adequação à temática, pertinência prática e reconhecimento académico.

Virginia Henderson definiu a função do enfermeiro como a de substituir, complementar ou reforçar o utente na satisfação das 14 necessidades humanas fundamentais, com o objetivo de promover a sua independência o mais rapidamente possível²¹. Entre estas necessidades, encontra-se a de “dormir e repousar”, diretamente relacionada com o foco deste trabalho.

Durante o 3.º trimestre de gravidez, a qualidade do sono pode encontrar-se significativamente comprometida por alterações fisiológicas e emocionais, tais como o aumento do volume abdominal, dor lombar, movimentos fetais noturnos, micção frequente, ansiedade perante o parto e desconforto físico geral. Estas alterações dificultam a satisfação da necessidade do sono, o que justifica a escolha de um referencial que valorize a avaliação e o cuidado centrado nas necessidades básicas da pessoa^{22,23}.

O modelo conceitual de Virginia Henderson revela-se especialmente útil por permitir ao enfermeiro avaliar e intervir nas necessidades afetadas da grávida, garantindo cuidados individualizados, humanizados e baseados na evidência. Esta teoria, oferece assim, um suporte prático e teórico robusto para a estruturação de diagnósticos e intervenções de enfermagem direcionadas à qualidade do sono²⁴.

Além disso, a teoria tem sido amplamente utilizada em investigações e contextos clínicos contemporâneos, sendo referida como uma ferramenta eficaz para identificar precocemente alterações do padrão de sono, elaborar planos de cuidados personalizados e monitorizar a eficácia das intervenções ao longo do tempo^{25,26}.

O uso da Teoria de Virginia Henderson neste estudo permite, portanto, alinhar a investigação com uma abordagem de cuidados centrada na pessoa, respeitando a sua individualidade e promovendo a sua autonomia, enquanto garante o rigor científico e a coerência metodológica. Neste contexto, a necessidade de dormir e repousar é compreendida não apenas como um fenómeno fisiológico, mas como uma dimensão essencial do bem-estar para a qualidade de vida da grávida.

II.4. O Sono na Gravidez

A gravidez é um período na vida da mulher que envolve alterações físicas, hormonais, psicológicas e sociofamiliares com impacto na saúde e na qualidade do seu sono. Estima-se que 10 a 32% das grávidas possam vir a sofrer de algum distúrbio do sono durante a gestação²⁷. É expectável existir hipersonia no 1.º trimestre, ou seja, um

aumento do tempo total do sono, porém com menor eficiência; e a partir do 2.º trimestre, a diminuição do tempo total do sono^{15,28}.

Os principais distúrbios do sono incluem alterações do seu padrão, insónia, sonolência diurna excessiva, distúrbios respiratórios e síndrome das pernas inquietas (SPI)¹⁶. A sua prevalência varia ao longo dos trimestres de gravidez, sendo de 13% no 1.º trimestre, 19% no segundo e a 66% no 3.º trimestre²⁸. Ao longo da gravidez observa-se ainda uma tendência para a diminuição da duração média e da qualidade do sono^{15,28}.

Na gestação ocorre um processo adaptativo do corpo à condição gravídica resultando em modificações estruturais e/ou funcionais do organismo materno. As mais comuns estão relacionadas com as alterações gastrintestinais, urinárias e musculoesqueléticas, que frequentemente provocam náuseas, aumento do peso, polakiúria e desconforto postural. Também o aumento do volume uterino, a deficiência de ferro, a diminuição do tónus do esfíncter inferior do esófago, câibras e quadros de dor comprometem o tempo e a qualidade do sono^{15,27}.

A nível hormonal, a progesterona, o estrogénio e o cortisol aumentam durante a gravidez, podendo afetar o ritmo circadiano. No final da gravidez ocorre um aumento da produção de estrogénio e progesterona. Níveis mais elevados de estrogénio podem reduzir o sono REM, já níveis elevados de progesterona reduzem o sono NREM. Estrogénio elevado pode afetar também a permeabilidade circulatória nasal, provocando edema e congestão nasal e com isso causar sensação de obstrução nasal e agravar os distúrbios respiratórios do sono. A oxitocina, hormona que promove a vigília e que aumenta antes do parto, pode prejudicar a qualidade do sono. Já a melatonina, durante a gravidez, sofre alterações de concentração durante a noite face à mulher não grávida, o que pode alterar o sono e ser fator predisponente para a pré-eclâmpsia e aborto espontâneo^{15,27}. Relativamente ao feto, a melatonina está associada à diferenciação cardíaca e à maturação das células-tronco embrionárias, o que em caso de alteração pode levar à doença arterial coronária¹⁶.

Quanto ao sistema respiratório, muitas são as mudanças que ocorrem, principalmente no 3.º trimestre, nomeadamente: “aumento do estímulo ventilatório e da taxa metabólica, redução da capacidade residual funcional e volume residual, aumento do gradiente alvéolo-arterial de oxigénio e alteração na permeabilidade das vias aéreas superiores”²⁷ (p. 595). A limitação do fluxo respiratório pode decorrer da obesidade prévia, ganho excessivo de peso durante a gravidez, aumento do palato mole e amígdalas, do crescimento incompleto do maxilar ou mandíbula e da associação com alergias das

vias áreas superiores. A capacidade pulmonar tende a diminuir com a expansão uterina provocada pela deslocação do diafragma^{15,27}.

O ronco é um sintoma significativo de um dos distúrbios de sono mais prevalentes na gravidez, a SAOS. Entre 15 a 25% das grávidas apresentam SAOS que “é caracterizada por episódios de obstrução laríngea completa ou parcial durante o sono. Considera-se apneia a obstrução do fluxo aéreo por, no mínimo, dez segundos”²⁷ (p. 595). Está associada à fragmentação do sono, com ou sem baixa saturação de oxigénio e relacionada à hipertensão, por dano endotelial, pré-eclâmpsia e restrição do crescimento fetal^{15,27}. O índice de massa corporal aumentado é o principal fator de risco. Geralmente a SAOS melhora ou desaparece após o parto, no entanto, se permanecer é necessário acompanhamento médico¹⁵.

Apesar de não ser exclusivo da gravidez, o transtorno de sono mais prevalente é a SPI, com cerca de 33% das grávidas afetadas. É muitas vezes mal diagnosticada ou desvalorizada pelos médicos. Tem maior incidência no 3.º trimestre e afeta negativamente a duração e a qualidade do sono assim como o bem-estar da mulher¹⁵. Consiste na presença de sintomas desconfortáveis nos membros inferiores, como dor, prurido e sensação elétrica, de predomínio noturno, sobretudo quando a grávida está na cama e alivia com o movimento²⁹. Pode apresentar-se de forma primária ou secundária. A forma primária surge espontaneamente ou por herança autossômica dominante e a forma secundária tem como causas a gravidez, deficiência de ferro, urémia, neuropatia periférica e até ser de origem iatrogénica. Habitualmente os sintomas desaparecem no 1.º mês pós-parto, mas a SIP pode reaparecer noutra gestação¹⁵.

Já a insónia, caracterizada pela “dificuldade em iniciar o sono (insónia inicial), manter o sono (insónia de manutenção), despertar precoce (insónia tardia) e/ou sono não reparador, com prejuízo diurno e com frequência de, pelo menos, três vezes por semana, mesmo em condições favoráveis para adormecer”¹⁵ (p. 13), pode estar presente durante toda a gestação, mas torna-se mais prevalente à medida que se aproxima o final da gravidez. No 1.º trimestre as causas mais comuns são as náuseas, vômitos, aumento da frequência urinária e lombalgia. No segundo e 3.º trimestres são os movimentos fetais, a pirose, a dispneia, as câibras ou as parestesias dos membros superiores e inferiores. O diagnóstico de insónia deve ser realizado através da recolha de dados acerca da história do sono. Pessoas que sofrem de insónia apresentam como queixa principal o cansaço diurno, seguido de alterações de humor, ansiedade e diminuição da concentração e memória^{15,16}. Na gravidez acrescenta o aumento do risco para a hipertensão; dificuldade

na gestão da sensação dolorosa do TP; maior probabilidade de TP prolongado e risco acrescido de cesariana de emergência. A insónia pode ainda alterar o relacionamento da grávida com o parceiro e família. Além de se mostrar prejudicial também à saúde sexual^{15,27}.

De forma geral, a permanência prolongada em vigília tem um efeito imunossupressor¹⁶. Os distúrbios do sono potencializam complicações obstétricas como, a diabetes gestacional, a obesidade, a cardiomiopatia, o tromboembolismo venoso, as complicações anestésicas, a morbidade e mortalidade materna. Quanto ao feto, os riscos de restrição de crescimento intrauterino e parto prematuro aumentam²⁷. Existe uma relação comprovada entre a insónia, a ansiedade desencadeada pela insónia e a incidência de partos antes das 37 semanas de gravidez¹⁶.

A diminuição da qualidade do sono durante o 3.º trimestre pode estar associada a sintomas depressivos e à ansiedade provocada pela proximidade do parto e/ou à apreensão acerca da mudança de vida no pós-parto, o que contribui para a presença frequente de pesadelos sobre o parto, o recém-nascido e circunstâncias associadas³⁰.

Apesar de esperada alguma redução na qualidade do sono durante o período gestacional, queixas de péssima qualidade do sono devem exigir intervenção médica e serem avaliadas quanto à possibilidade de encaminhamento para estudos do sono. Uma má qualidade do sono durante a gravidez, sobretudo durante o 3.º trimestre, está associada à permanência dos distúrbios do sono^{15,27}.

II.5. O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do sono

Por ser um indicador determinante nas variáveis de qualidade de vida, a perda da qualidade do sono é considerada um problema de saúde e importante questão de saúde pública. Conhecer os fatores associados pode contribuir para o planeamento de intervenções, programas e políticas com foco na promoção da saúde, prevenção e diagnóstico precoce de complicações, de modo, a fornecer um cuidado adequado³¹.

Neste campo, os enfermeiros em geral e os EEESMOs em particular, têm um papel crucial enquanto cuidadores e educadores para a saúde. Cabe ao EEESMO apropriar-se das suas competências e dar resposta às necessidades da mulher inserida na família e comunidade. O EEESMO, para além de alertar a comunidade para a relevância

do enfoque nos cuidados ao sono, tem o importante papel de sensibilizar os profissionais de saúde para a importância de questionar, avaliar e promover um sono adequado. Os transtornos do sono ao serem minimizados evitam complicações de saúde a curto, médio e longo prazo, favorecendo também a redução dos custos em saúde¹⁵.

A Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é uma área diferenciada de especialização em enfermagem, onde o EEESMO é “responsável pelo exercício em diversas áreas de atividade, presta cuidados à Mulher que está inserida na família e comunidade em diferentes estádios da sua vida”³² (p. 14). É neste contexto que integra no seu exercício profissional, intervenções autónomas nos processos fisiológicos de baixo risco e intervenções autónomas e interdependentes, nas situações de médio e alto risco e no ciclo vital e reprodutivo da mulher^{32,33}.

Na gravidez, o EEESMO cuida da mulher durante o período pré-natal com o objetivo de potenciar a sua saúde, detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal, através de um cuidado humanístico, tendo como fim o de resgatar a independência e o bem-estar físico e emocional da grávida^{32,34}.

A promoção de um sono satisfatório requer atenção por parte dos enfermeiros uma vez que transtornos e distúrbios do sono podem acarretar alterações complexas e duradouras a vários níveis. O EEESMO deve prestar cuidados de enfermagem adequados e ajustados à mulher, avaliar os fatores relacionados e as características do sono que contribuem para o diagnóstico do padrão de sono prejudicado, verificando as causas e as manifestações clínicas relativas à qualidade e quantidade do sono.

Primeiramente é necessário conhecer o padrão de sono anterior e o padrão de sono atual, através do histórico de autorrelato do sono por meio de entrevista ou aplicação de instrumentos de avaliação de heteropreenchimento ou autopreenchimento, como por exemplo, a utilização de diários de sono ou do PSQI-PT. Estes fornecem informações sobre a hora de dormir, o início do sono, os despertares noturnos, o tempo acordado e a avaliação subjetiva da qualidade do sono^{15,20}. A informação acerca do sono também pode advir da actigrafia presente na maioria dos *smartwatch* e pulseiras ou anéis que, entre outras funções, também monitorizam o sono^{12,14}.

O EEESMO, para uma melhor identificação do diagnóstico e prestar uma assistência adequada, deve avaliar as causas e as manifestações clínicas do défice da qualidade do sono, relacionando estes dados com os hábitos de sono transmitidos pela mulher³⁴.

Face à prevalência e consequências da fraca qualidade do sono na gravidez, este deve ser avaliado em qualquer contacto da mulher com as unidades de cuidados de saúde, seja no âmbito dos cuidados de saúde primários, seja em serviços de internamento ou consultas externas hospitalares.

Após a colheita de dados, identificação do problema e suas consequências, o EEESMO deve procurar as estratégias mais adequadas ao contexto, com intervenções autónomas e se necessário, intervenções interdependentes.

Sabendo que o sono tende a ser diferente e variável, de mulher para mulher, com causas e manifestações distintas durante a gravidez, o EEESMO deve ter a capacidade de adaptar estratégias para o autocuidado.

A promoção e o esclarecimento dos benefícios de um sono adequado, bem como o incentivo à prática de hábitos de vida saudáveis e a adoção de comportamentos promotores do sono, permitem a diminuição do impacto negativo na qualidade do sono^{28,30,35-37}.

O EEESMO deve realizar educação para a saúde no sentido de uma alimentação adequada, evitando alimentos ricos em açúcar e gorduras saturadas^{16,35}. Comida picante, refeições pesadas, de difícil digestão e a ingestão de cafeína ou líquidos em abundante quantidade perto do deitar estão contraindicados. A hidratação é importante, mas deve ser realizada no período diurno. Recomenda-se que o jantar ocorra pelo menos duas a três horas antes de deitar. Em caso de fome ou indigestão, a ceia deve ser ligeira^{17,36}. A prática regular de exercício físico ajustada à condição de saúde traz inúmeros benefícios, nomeadamente a redução da fadiga e melhoria da qualidade do sono. Aconselha-se a que não seja realizado exercício físico intenso perto da hora de deitar^{28,30,36}. A promoção da higiene do sono é fundamental e consiste na implementação de horários regulares de sono, dormir idealmente entre sete a nove horas por noite, realizar sesta diurnas curtas, entre 20 a 30 minutos, em caso de sonolência durante o dia, bem como na evicção de aparelhos eletrónicos uma hora antes deitar, uma vez que, a luz azul emitida pelos ecrãs bloqueia a libertação de melatonina³⁰. O período de sono deve ocorrer num espaço adequado, de preferência que seja exclusivo para dormir e que assegure o conforto, como colchão, almofada e temperatura adequada³⁸. Antes de dormir, as atividades que proporcionam relaxamento estão aconselhadas, tais como a de um banho quente ou de imersão, a realização de uma massagem nos membros inferiores, a leitura, a meditação ou o relaxamento^{15,30,36}.

Em caso de insónia, o EEESMO deve aconselhar a que a mulher se levante e realize atividades tranquilas como, por exemplo, ler, ouvir música, utilizar técnicas de relaxamento ou outras atividades que não estimulem demasiado a sua atenção e sempre fora do ambiente do quarto³⁶.

Na gravidez, sobretudo no segundo e 3.º trimestre, a recomendação é a de dormir em decúbito lateral esquerdo, com os membros inferiores ligeiramente fletidos, de modo a evitar a compressão da veia cava inferior. Nesta posição, colocar uma almofada debaixo da barriga e outra entre os membros inferiores podem ajudar a aumentar o conforto³⁰.

Se houver refluxo gastroesofágico frequente, SPI ou SAOS, é aconselhada a referência médica. Em caso de ansiedade incontrolável e sintomas depressivos, a observação por um psiquiatra ou psicólogo, de preferência com formação na área perinatal, é recomendada³⁰.

Existem evidências crescentes de que a terapia cognitivo-comportamental, a meditação e as técnicas de relaxamento são úteis para os transtornos do sono e os transtornos de humor³⁷.

Os métodos não farmacológicos e a medicina complementar são preferíveis à terapêutica medicamentosa devido à sua acessibilidade, facilidade de implementação, carácter não invasivo, estímulo à participação da pessoa, ausência dos efeitos colaterais associados aos medicamentos sintéticos e, ainda, por poderem ser agradáveis para a mãe e para o feto. Vários tratamentos complementares, como a acupressão, a massagem terapêutica, o ioga, a musicoterapia, a aromaterapia, a fitoterapia entre outras, podem ajudar a reduzir os distúrbios do sono³⁸.

Os grupos de apoio também são uma estratégia que fomenta a partilha de experiências e conduz à consolidação de conhecimentos ou a novas aprendizagens³⁹.

As intervenções do EEESMO na promoção do sono durante a gravidez estão alinhadas com os indicadores sensíveis aos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, definidos nos Padrões de Qualidade da OE, tendo como objetivo a obtenção de ganhos em conhecimento sobre o autocuidado e ganhos na capacidade de melhorar a qualidade do sono. O EEESMO, através da procura permanente da excelência profissional e do recurso à evidência científica mais recente e às competências de investigação, contribui para que a pessoa alcance o seu máximo potencial de saúde, promovendo a capacitação e o fornecimento das ferramentas necessárias para que se torne o principal agente na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde⁴⁰.

III. Metodologia

O presente capítulo descreve as etapas condutoras ao resultado do estudo desenvolvido.

III.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo descritivo, correlacional, transversal, de natureza quantitativa^{9,10}. O cronograma com as fases de implementação de cada etapa consta no Apêndice A.

Tratou-se de um estudo descritivo na medida em que foi caracterizado o perfil sociodemográfico das grávidas no 3.º trimestre de gravidez, bem como a qualidade do sono e o conhecimento acerca do mesmo. Foi considerado correlacional, uma vez que se analisou a existência e a intensidade da associação entre duas ou mais variáveis, estabelecendo relações sem determinar relações de causa-efeito.

O estudo é transversal, na medida em que a colheita de dados foi realizada num único momento temporal, permitindo descrever a situação de uma população num determinado ponto no tempo. O contacto das grávidas com o estudo limitou-se ao preenchimento do questionário, não tendo existido qualquer contacto posterior para nova colheita de dados ou reavaliação.

Apresenta natureza quantitativa por recorrer a instrumentos que geram dados numéricos, permitindo mensurar variáveis, realizar análises estatísticas e identificar padrões e associações com objetividade^{9,10}.

III.2 População

Por população entende-se o conjunto total de indivíduos que apresentam características comuns relevantes para os objetivos do estudo^{9,10}.

No presente estudo, a população correspondeu a todas as mulheres grávidas acompanhadas em regime de internamento ou em ambulatório nas consultas externas de

obstetrícia de um hospital público da área suburbana de Lisboa, no período compreendido entre junho de 2025 e outubro de 2025.

III.3 Amostra

A amostra corresponde a um subconjunto da população, selecionado quando não é exequível estudar a totalidade dos seus elementos, permitindo a obtenção de informações relevantes de forma viável, económica e precisa^{9,10}.

Neste estudo, a amostra foi constituída por 47 grávidas ($n = 47$) no 3.º trimestre de gravidez, que cumpriram os critérios de elegibilidade previamente definidos. Tratou-se de uma amostra não probabilística por conveniência, uma vez que as participantes foram incluídas de acordo com o tempo disponível, os recursos existentes, o acesso e a sua disponibilidade.

Foram incluídas somente grávidas com 32 ou mais semanas de gestação, considerando que o PSQI-PT consiste numa autorreflexão sobre a qualidade do sono no último mês e o estudo incidiu no 3.º trimestre. Foram excluídas grávidas com dificuldades cognitivas ou de comunicação que impedissem a compreensão e o preenchimento do questionário, trabalhadoras exclusivamente em turnos noturnos, grávidas com diagnóstico prévio de depressão ou ansiedade medicadas antes da gravidez e situações cuja língua materna fosse diferente da utilizada nos instrumentos, sem possibilidade de tradução.

No processo de recrutamento, foram distribuídos 141 convites com um código QR (Apêndice B) de acesso ao formulário eletrónico no serviço de internamento materno-fetal e nas consultas externas de obstetrícia, a grávidas com mais de 32 semanas de gestação. Foram recebidos 67 formulários preenchidos, dos quais 10 apresentavam incongruências no preenchimento e foram excluídos, e 10 foram eliminados por associação ao critério de exclusão, diagnóstico psiquiátrico medicado, o que implicava a suspensão do preenchimento do questionário.

III.4 Variáveis

As variáveis do presente estudo foram definidas de acordo com os objetivos propostos e com os instrumentos utilizados.

As variáveis independentes correspondem às características sociodemográficas e obstétricas das grávidas, bem como aos comportamentos promotores do sono.

No que se refere às características sociodemográficas, consideram-se a idade, escolaridade e a ocupação. Relativamente às características obstétricas, foram incluídas a idade gestacional, o número de filhos vivos, a ocorrência de abortos espontâneos e de mortes fetais. No que diz respeito aos comportamentos promotores do sono, foram avaliados o ambiente do sono, a presença de ruído, o horário de sono e hábitos aditivos.

Estas variáveis apresentam natureza quantitativa ou qualitativa e têm como finalidade caracterizar a amostra e subsidiar as análises correlacionais^{9,10}.

A variável dependente do estudo foi a qualidade do sono, mensurada através do PSQI-PT, instrumento validado para a avaliação da qualidade subjetiva do sono.

III.5 Hipóteses

A formulação das hipóteses constitui um elemento central na estruturação de estudos de natureza quantitativa, orientando a análise estatística e permitindo a verificação empírica das relações postuladas entre as variáveis^{9,10}.

Considerando o enquadramento teórico relativo à qualidade do sono durante a gravidez, bem como os objetivos delineados para o presente estudo, foram estabelecidas as seguintes hipóteses de investigação:

- H₁: As grávidas do 3.º trimestre têm uma má qualidade do sono;
- H₂: Há associação entre as estratégias relacionadas com a higiene do sono e uma boa qualidade do sono;
- H₃: O menor tempo para adormecer está relacionado a uma melhor qualidade do sono das grávidas do 3.º trimestre;
- H₄: O calor sentido pelas grávidas do 3.º trimestre prejudica a qualidade do sono;

- H₅: Há relação entre a fonte de conhecimento sobre o sono e uma boa qualidade do sono;
- H₆: Existe relação entre o conhecimento e a boa qualidade do sono.

Todas as hipóteses descritas têm implícitas as respectivas hipóteses nulas (H₀).

III.6 Instrumento de Colheita de Dados

A recolha de dados foi concretizada através de um conjunto de instrumentos estruturados, selecionados pela sua pertinência e capacidade de responder aos objetivos do estudo. O protocolo de investigação encontra-se dividido em três partes: Parte I – questionário sociodemográfico e obstétrico; Parte II – PSQI-PT e Parte III – questionário acerca do conhecimento e estratégias relacionadas com o sono.

O questionário sociodemográfico e obstétrico foi desenvolvido com o propósito de caracterizar a amostra, compilando informações referentes à idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, profissão e exercício exclusivo de trabalho noturno pela grávida, número de filhos vivos anteriores à gravidez atual, historial de aborto espontâneo e/ou morte fetal, bem como idade gestacional no momento do preenchimento do questionário. Constituído maioritariamente por questões de resposta fechada, este instrumento permitiu reunir dados homogêneos e de fácil tratamento estatístico, garantindo maior rigor na caracterização das participantes (Apêndice C).

Para a avaliação da qualidade do sono, foi aplicado o PSQI-PT, instrumento validado e utilizado em adultos em contexto clínico e de investigação. Este instrumento é composto por 19 itens autoreportados que avaliam diversas componentes do sono ao longo do último mês, permitindo captar uma visão integrada e recente do padrão de sono das grávidas (Anexo 1). O instrumento contempla sete componentes, nomeadamente: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, distúrbios do sono, uso de medicação para dormir e sonolência e disfunção diurna. Cada componente recebe uma pontuação entre 0 e 3, sendo posteriormente somadas para obter o valor global, que varia de 0 a 21 pontos, em que valores mais elevados indicam pior qualidade do sono. Pontuações inferiores a 5 significam boa qualidade do sono, enquanto pontuações superiores a 5 indicam má qualidade do sono⁴¹ (Anexo 2).

A Parte III consistiu num conjunto de perguntas de resposta fechada acerca dos conhecimentos e estratégias relacionadas com o sono. Este instrumento foi concebido para avaliar o grau de conhecimento autopercebido das grávidas sobre a temática do sono na gravidez e identificar os conhecimentos acerca de algumas práticas utilizadas para promover a qualidade do sono no 3.º trimestre, como hábitos de higiene do sono e estratégias adotadas no sentido de melhorar o repouso noturno (Apêndice D).

A utilização conjugada destes três instrumentos possibilitou uma recolha de dados abrangente e rigorosa, permitindo uma análise multidimensional da qualidade do sono das grávidas no 3.º trimestre, coerente com o delineamento quantitativo, descritivo e correlacional do estudo.

Foi realizado um pré-teste dos instrumentos de recolha de dados com oito grávidas, com características semelhantes às da população em estudo e que não integraram a amostra final. Este pré-teste teve como objetivo avaliar a clareza, compreensão e adequação das questões. Com base nos resultados obtidos, foram efetuados ajustes na redação de alguns itens, com exceção do PSQI-PT.

O questionário foi disponibilizado em formato digital, tendo sido integralmente elaborado e administrado através da plataforma Google Forms, selecionada pela sua acessibilidade, facilidade de utilização e capacidade para assegurar a organização sistemática dos dados recolhidos. Com o objetivo de otimizar o processo de participação e tornar o acesso ao formulário mais intuitivo, foi gerado um código QR que redirecionava diretamente para o questionário online.

Esse código estava impresso num convite dirigido às grávidas com mais de 32 semanas de gravidez, numa impressão em formato cartão de visita (Apêndice B), possibilitando assim que cada participante acesse ao questionário de forma rápida e autónoma, quando mais lhe conviesse, utilizando o seu dispositivo móvel. Esta abordagem visou minimizar a sobrecarga dos profissionais de saúde, garantir uma distribuição mais fluida dos convites e maximizar o alcance junto das grávidas, assegurando simultaneamente a clareza e a simplicidade do processo.

Antes do início da recolha de dados, foram apresentados à equipa de EEESMOs do serviço de internamento e das consultas externas, os objetivos e a relevância científica do projeto, de modo a assegurar a adesão à investigação, como colaboradores no processo de entrega dos convites. Uma vez impressos os convites, definiu-se um local para os mesmos e foi dado conhecimento a todos os EEESMOs. A equipa apenas necessitava de

comunicar, de forma breve, o âmbito do estudo e entregar o convite contendo um código QR, que permitia o acesso direto ao consentimento informado, livre e esclarecido e ao questionário digital.

III.7 Tratamento e Análise de Dados

Após a recolha dos dados, as respostas aos questionários ficavam automaticamente registadas na plataforma Google Forms, sendo simultaneamente armazenadas numa folha de cálculo associada, o Google Sheets. Esta organização digital permitiu uma verificação inicial da completude das respostas, garantindo a integridade dos dados antes do seu tratamento estatístico.

Posteriormente, os dados foram transferidos para o software IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 30.0, considerado uma ferramenta de referência para a análise quantitativa em investigação científica. Previamente à importação dos dados foi elaborada uma matriz de dados, onde foram definidos os nomes das variáveis, os seus rótulos, tipos, escalas de medição e categorias de resposta. Este procedimento assegurou a codificação e sistematização da informação recolhida.

Depois de constituída a matriz e importados os dados procedeu-se à verificação de eventuais inconsistências, duplicações ou valores omissos, garantindo a qualidade e fiabilidade da base de dados final.

Importa salientar que após preenchimento do PSQI-PT, foi necessária fazer a sua análise conforme as instruções de pontuação e referência⁴¹ (Anexo 2).

Após a análise descritiva dos dados, procedeu-se à análise estatística inferencial com o objetivo de identificar diferenças e associações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo. Previamente à aplicação dos testes inferenciais, foram verificados os respetivos pressupostos estatísticos, nomeadamente o pressuposto da normalidade da distribuição dos dados, condição fundamental para a seleção adequada dos testes estatísticos paramétricos ou não paramétricos. A avaliação da normalidade foi realizada através do teste de Shapiro-Wilk, considerado apropriado para amostras de dimensão reduzida^{10,42-45}. O resultado deste teste encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1: Teste de Shapiro-Wilk para avaliação da normalidade dos dados

	Estatística	gl	Sig.
Idade	0,96	45	0,125
Tempo para adormecer (em horas)	0,75	45	0,000
Horas Dormidas	0,96	45	0,187
Tempo de Sono (em horas)	0,98	45	0,481
Qualidade do Sono	0,95	45	0,070

A única variável que não tem distribuição normal é o tempo para adormecer ($p < 0.05$) pelo teste de Shapiro-Wilk.

A verificação dos pressupostos estatísticos revelou que a distribuição das variáveis quantitativas cumpria o critério de normalidade, à exceção do tempo para adormecer (em horas) ($p < 0.05$), conforme indicado pelo teste de Shapiro-Wilk. Contudo, o Teste de Levene indicou a ausência de homogeneidade das variâncias entre os grupos ($p < 0.05$), violando um dos pressupostos fundamentais para a aplicação de testes paramétricos. Considerando esta violação, aliada a uma dimensão amostral relativamente reduzida – que limita a robustez dos testes paramétricos face a desvios dos pressupostos – optou-se pela utilização de testes não paramétricos, por serem mais adequados em contextos onde as condições de normalidade e homogeneidade das variâncias não se verificam^{10,42-45}.

Como testes não paramétricos foram utilizados os testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Qui-quadrado (χ^2) e o teste exato de Fisher. Para a comparação entre dois grupos independentes foi utilizado o teste de Mann-Whitney, enquanto o teste de Kruskal-Wallis foi aplicado na comparação entre três ou mais grupos independentes. Sempre que o teste de Kruskal-Wallis revelou diferenças estatisticamente significativas, foram realizadas comparações múltiplas par a par, de forma a identificar entre que grupos se verificavam essas diferenças. A análise da associação entre variáveis categóricas foi realizada através do teste do Qui-quadrado (χ^2), recorrendo-se ao teste exato de

Fisher sempre que os pressupostos do Qui-Quadrado (χ^2) não se encontravam assegurados^{10,42-45}.

Este processo de tratamento e análise dos dados assegurou um procedimento rigoroso, transparente e metodologicamente consistente, permitindo a obtenção de resultados robustos e cientificamente válidos.

III.8 Implicações Éticas

A realização deste estudo obedeceu integralmente aos princípios éticos fundamentais que regem a investigação em saúde, assegurando o respeito pela dignidade, autonomia, bem-estar e confidencialidade das participantes. Antes do início da recolha de dados, foi elaborado um protocolo de estudo, no qual se explicitaram os objetivos, o motivo pela qual se desenvolveu este trabalho, a metodologia, os instrumentos a utilizar e os procedimentos inerentes à investigação. Protocolo esse que foi submetido à Comissão de Ética do Hospital onde decorreu a investigação a 25 de maio de 2025, com parecer favorável registado com o número N.º 059/2025, de 20 de junho de 2025, autorizando formalmente a realização deste estudo naquela instituição (Anexo 3).

Após a aprovação ética e obtenção de todas as autorizações institucionais necessárias, a recolha de dados decorreu entre junho e outubro de 2025, conforme planeado em cronograma, através do preenchimento do questionário digital. No início do formulário foi disponibilizada uma declaração de consentimento informado, elaborada de acordo com as orientações éticas vigentes, na qual se descrevia o âmbito do estudo, constavam o meu contacto e o da professora orientadora e se esclarecia que a participação era voluntária e anónima, podendo a grávida desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo (Apêndice E). Apenas após leitura e aceitação explícita deste consentimento era possível aceder ao questionário, considerando-se assim validado o processo de autorização individual.

A investigação foi conduzida em conformidade com os princípios estabelecidos pela Declaração de Helsínquia, que preconiza o respeito pela autonomia das participantes, a proteção da sua integridade física e psicológica e a promoção do benefício sobre o risco. Foram igualmente assegurados os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e

confidencialidade, garantindo que todos os dados recolhidos seriam utilizados exclusivamente para fins científicos⁴⁶.

No que respeita à proteção de dados, o estudo cumpriu o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), assegurando que nenhuma informação permitia a identificação individual das participantes⁴⁷. Os dados foram armazenados em plataformas digitais duplamente protegidas por palavra-passe e apenas acessível à investigadora. Ficarão guardados durante cinco anos, sendo que após essa data serão permanentemente eliminados.

Assim, todas as etapas do processo de investigação foram conduzidas de forma ética, responsável e transparente, garantindo a salvaguarda dos direitos das participantes e o cumprimento das normas aplicáveis à investigação em saúde.

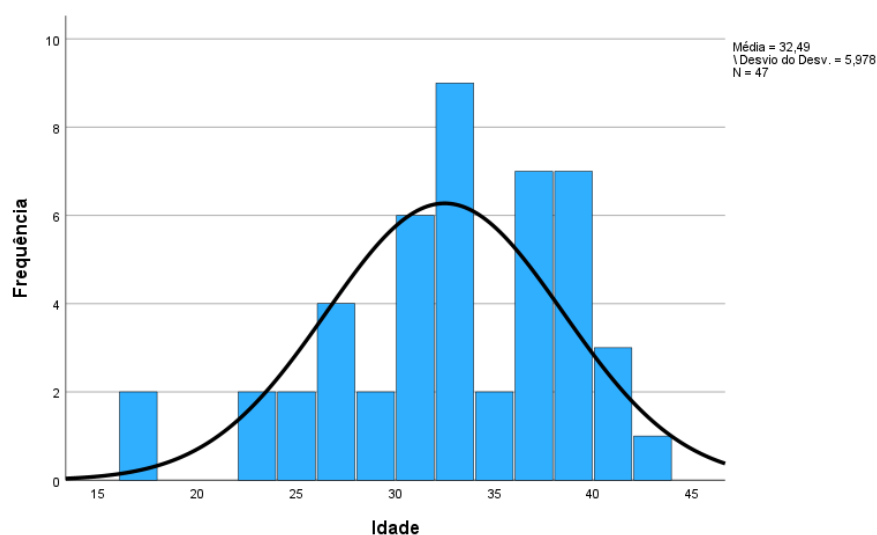
IV. Resultados

Neste capítulo são apresentados os dados obtidos através da análise estatística descritiva, exploratória e inferencial realizada. Inicia-se com a caracterização da amostra, seguida da análise das associações entre as variáveis, com o objetivo de testar as hipóteses formuladas.

IV.1 Caracterização da amostra (dados sociodemográficos e obstétricos)

Na Figura 1 observa-se que a amostra do estudo foi composta por 47 grávidas ($n = 47$), com idades compreendidas entre os 17 e os 43 anos. A média de idades foi de 32,49 anos, com um desvio padrão (DP) de 5,98, indicando uma dispersão moderada de idades em torno da média e sugerindo homogeneidade etária da amostra.

Figura 1



Legenda: Frequência das idades da amostra, média e valor de dispersão

Relativamente ao estado civil, a Tabela 2 mostra que 36,2% da amostra correspondia a grávidas solteiras e 63,8% casadas ou a viver em união de facto.

Tabela 2: Frequência e percentagem da variável estado civil

Estado Civil	Frequência	Percentagem (%)
Solteira	17	36,2
Casada / União de facto	30	63,8
Total	47	100

Quanto ao nível de escolaridade, os resultados encontram-se expressos na Tabela 3, verificando-se que o nível de escolaridade mais prevalente corresponde ao ensino secundário (n = 16), enquanto o menos prevalente corresponde a cursos técnicos e/ou profissionais (n = 2).

Tabela 3: Frequência e percentagem da variável escolaridade

Escolaridade	Frequência	Percentagem (%)
Básico	10	21,3
Secundário	16	34
Curso Técnico / Profissional	2	4,3
Bacharelato / Licenciatura	12	25,5
Mestrado	7	14,9
Total	47	100

Relativamente à situação profissional, apresentada na Tabela 4, verifica-se que a condição mais frequente corresponde à situação de empregada, representando 68,1% da amostra.

Tabela 4: Frequência e percentagem da variável situação profissional

Situação Profissional	Frequência	Percentagem (%)
Empregada	32	68,1
Desempregada	12	25,5
Estudante	2	4,3
Outra	1	2,1
Total	47	100

Todas as participantes referiram não trabalhar em regime exclusivamente noturno, razão pela qual puderam participar neste estudo, uma vez que consistia num critério de exclusão.

Relativamente ao agregado familiar, 83% das grávidas ($n = 39$) viviam com o marido/companheiro.

Quanto ao número de filhos vivos anteriores a esta gravidez, os resultados encontram-se expostos na Tabela 5, observando-se uma distribuição heterogénea das respostas.

Tabela 5: Frequência e percentagem da variável filhos vivos anteriores à gravidez atual

N.º de filhos vivos anteriores	Frequência	Percentagem (%)
0	17	36,2
1	17	36,2
2	8	17
≥ 3	5	10,6
Total	47	100

Quanto ao tempo de gravidez no momento do autopreenchimento do questionário, a maioria das grávidas (59,6%) encontravam-se entre as 37 semanas e as 40 semanas e 6 dias de gravidez, como apresentado na Tabela 6. Salienta-se que um dos critérios de inclusão correspondia a uma idade gestacional igual ou superior a 32 semanas, ficando excluídas as grávidas com menos de 32 semanas de gravidez.

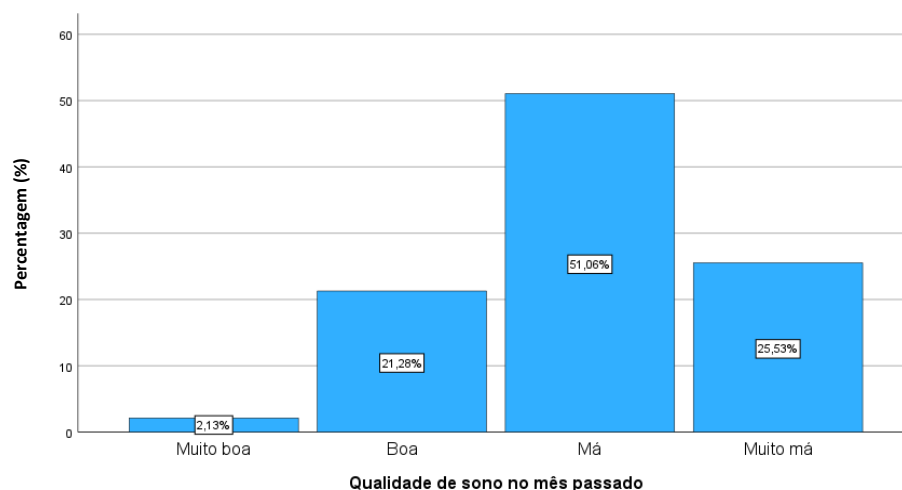
Tabela 6: Frequência e percentagem da variável tempo de gravidez (em semanas)

Tempo de gravidez (em semanas e dias)	Frequência	Percentagem (%)
32 – 36s + 6d	11	23,4
37 – 40s + 6 d	28	59,6
≥ 41 s	8	17
Total	47	100

IV.2 Análise do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – versão portuguesa

A segunda parte do questionário era composta pelo PSQI-PT. Iniciando a análise dos resultados pela componente 1 – qualidade subjetiva do sono, correspondente à questão 6 do questionário – solicitava-se à grávida que classificasse a qualidade do seu sono durante o último mês. Verificou-se que a maioria das participantes classificou a qualidade do sono como má ou muito má (76,6%), enquanto apenas 23,4% a considerou boa ou muito boa, conforme apresentado na Figura 2.

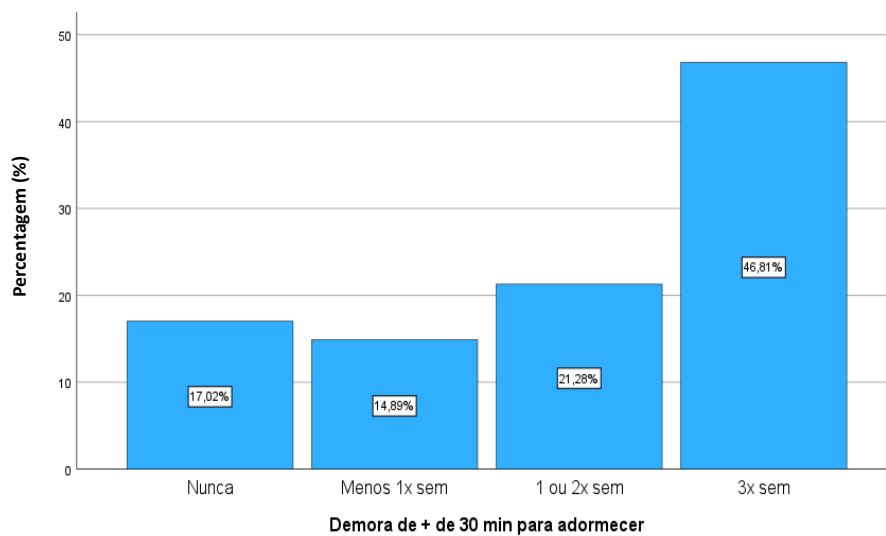
Figura 2



Legenda: Qualidade do sono durante o mês passado

No que se refere à componente 2 do PSQI-PT – latência do sono, correspondente à junção da questão relativa ao tempo médio para adormecer no último mês (questão 2) e da frequência semanal de demora superior a 30 minutos para adormecer (questão 5a), apresentada na Figura 3 – os resultados distribuíram-se por quatro níveis de pontuação, segundo as instruções de pontuação e interpretação do instrumento⁴¹. Verificou-se preponderância das pontuações mais elevadas, indicativas de maior latência do sono, com 68,1% das participantes a apresentarem pontuações 2 ou 3, enquanto apenas 31,9% obtiveram pontuações 0 ou 1, correspondentes a menor latência do sono.

Figura 3



Legenda: Frequência da demora de mais de 30 minutos para adormecer por semana

Relativamente à componente 3 do PSQI-PT — duração do sono, avaliada através da questão “Durante o mês passado quantas horas de sono por noite dormiu?” — verificou-se predominância da pontuação 0 (89,4%), correspondente a uma duração de sono superior a sete horas. Apenas 10,7% das participantes apresentaram pontuações indicativas de menor duração do sono, distribuindo-se pelas pontuações 1 (entre seis e sete horas) e 2 (entre cinco e seis horas).

No que diz respeito à componente 4 do PSQI-PT — eficiência do sono, calculada através da relação entre o número de horas dormidas e o número de horas passadas na cama — observou-se maior frequência da pontuação 0 (38,3%), correspondente a uma eficiência do sono superior a 85%. Ainda assim, 44,7% das participantes apresentaram pontuações 2 ou 3, indicativas de menor eficiência do sono. Registaram-se igualmente 4,3% de omissões nesta componente.

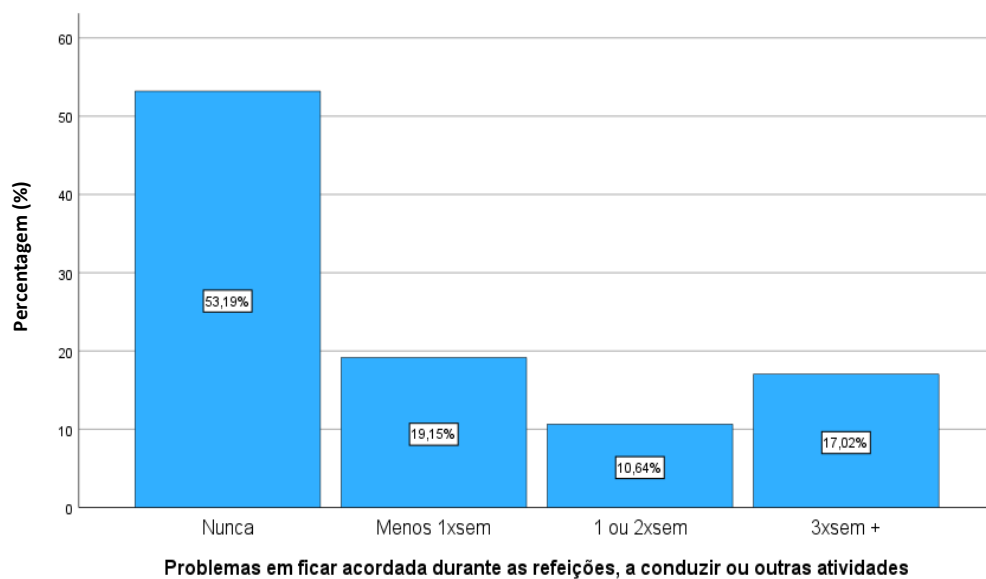
Quanto à componente 5 do PSQI-PT — distúrbios do sono — esta integra nove questões que avaliam a frequência semanal com que, no mês anterior, a grávida apresentou dificuldades relacionadas com o sono, nomeadamente acordar durante a noite ou demasiado cedo, levantar-se para urinar, dificuldades respiratórias, tosse ou ressonar alto, sensação de frio ou calor, pesadelos, dores ou outras razões perturbadoras do sono.

A pontuação desta componente resulta do somatório das nove respostas, podendo variar entre 0 e 27 pontos. Verificou-se que a totalidade da amostra apresentou pontuações indicativas da presença de distúrbios do sono, não se tendo registado qualquer pontuação 0. Destaca-se ainda que 95,8% das participantes obtiveram pontuações correspondentes aos níveis mais elevados de distúrbios do sono (pontuações 2 ou 3), evidenciando elevada frequência destas alterações durante o mês anterior.

No âmbito da componente 6 do PSQI-PT — uso de medicação para dormir durante o mês anterior — verificou-se reduzido recurso a medicação indutora do sono, uma vez que 95,7% das participantes apresentaram pontuação 0. Apenas duas grávidas referiram utilização deste tipo de medicação no último mês.

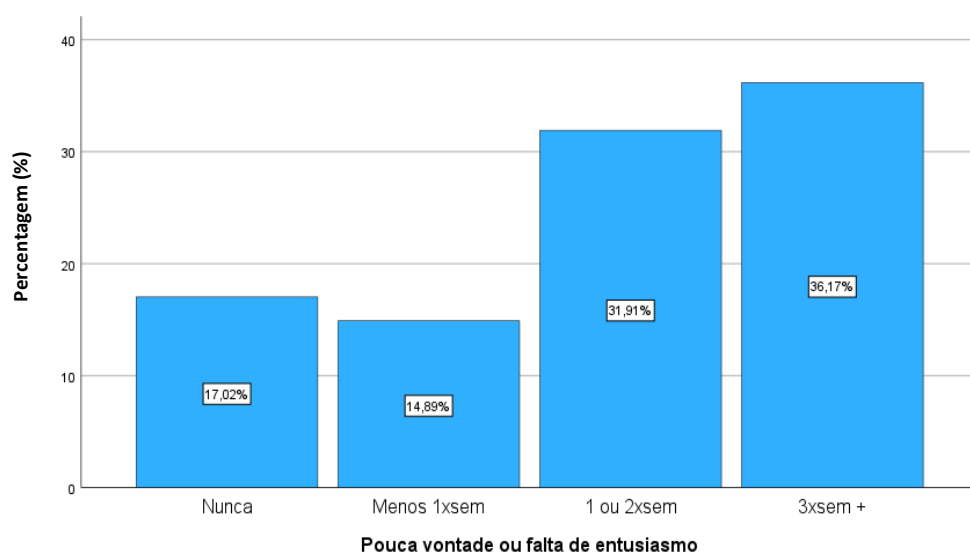
No que diz respeito à componente 7 do PSQI-PT — sonolência e disfunção diurnas —, correspondente às questões 8 e 9, relativas, respetivamente, à dificuldade em permanecer acordada durante atividades do quotidiano, representada na Figura 4, e à diminuição da vontade ou entusiasmo para a realização das atividades diárias, apresentada na Figura 5, observou-se predominância de pontuações indicativas de maior interferência no funcionamento diurno, com 61,7% das participantes a apresentarem pontuações 2 ou 3. Em contrapartida, 38,3% obtiveram pontuações 0 ou 1, correspondentes a menor impacto nas atividades diurnas.

Figura 4



Legenda: Frequência em ter problemas em ficar acordada durante as refeições, enquanto conduzia ou enquanto participava nalguma atividade social

Figura 5



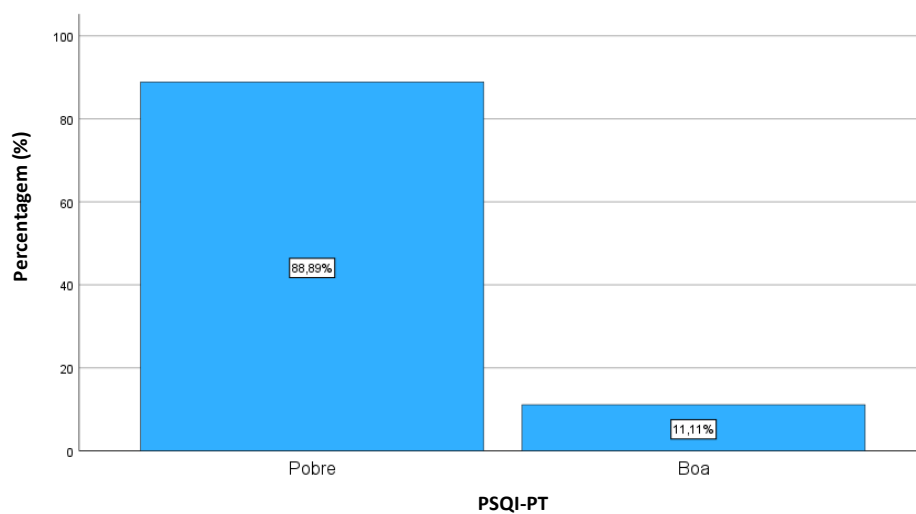
Legenda: Frequência em sentir pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as atividades diárias

As componentes 2, 3, 4, 5 e 7 do PSQI-PT apresentaram distribuições heterogêneas das pontuações, com predominância de valores intermédios.

Através da soma das sete componentes obtém-se o valor global do PSQI-PT, variando entre 0 e 21 pontos. Valores iguais ou inferiores a 5 traduzem boa qualidade do sono, enquanto pontuações superiores a 5 indicam pobre qualidade do sono.

Na presente amostra, observou-se que 88,9% das participantes apresentavam qualidade do sono pobre, conforme demonstrado na Figura 6, evidenciando elevada prevalência de alterações do sono. Este resultado vai ao encontro do observado na componente 1, em que 76,6% das grávidas classificaram a qualidade do sono como má ou muito má durante o mês anterior.

Figura 6



Legenda: Resultado do PSQI-PT, valor global, para a amostra

IV.2.1 Medidas de tendência central e dispersão

Apresentam-se abaixo, no sentido de dar uma perspectiva concreta, as cinco variáveis com significância neste estudo.

Na Tabela 7 constam as medidas de tendência central, dispersão e localização para as variáveis idade, tempo para adormecer, horas dormidas, tempo total de sono e qualidade do sono.

Tabela 7: Medidas de tendência central e dispersão para as variáveis idade, tempo para adormecer, horas dormidas, tempo de sono e qualidade do sono

	Idade	Tempo para adormecer (horas)	Horas Dormidas reportadas	Tempo de Sono (horas) calculadas	Qualidade do Sono
Média ± DP	32,5 ± 5,98	1:13 ± 1:23	6,7 ± 1,77	9,0 ± 1,80	9,8 ± 3,60
Mediana ± AIQ	32 ± 8	0:30 ± 0:07	7 ± 3	9 ± 2	10 ± 5,5
Amplitude	26	6:55	7	8,7	13
Mínimo	17	0:05	3	5,3	2
Máximo	43	7:00	10	14	15

A idade média da amostra foi de 32,5 anos (DP = 5,98), variando entre 17 e 43 anos. O tempo médio para adormecer foi de 1 hora e 13 minutos, com valores que oscilaram entre os 5 minutos e as 7 horas. As participantes reportaram dormir, em média, 6,7 horas por noite (DP = 1,77), enquanto o tempo total de sono calculado foi de 9 horas (DP = 1,80). A qualidade do sono apresentou uma média de 9,8 pontos (DP = 3,60), sendo este valor indicativo de pobre qualidade do sono.

A análise dos valores discrepantes revelou a presença de *outliers* em todas as variáveis contínuas, conforme apresentado na Tabela 8, embora sem evidência de erros de medição, pelo que foram mantidos na análise.

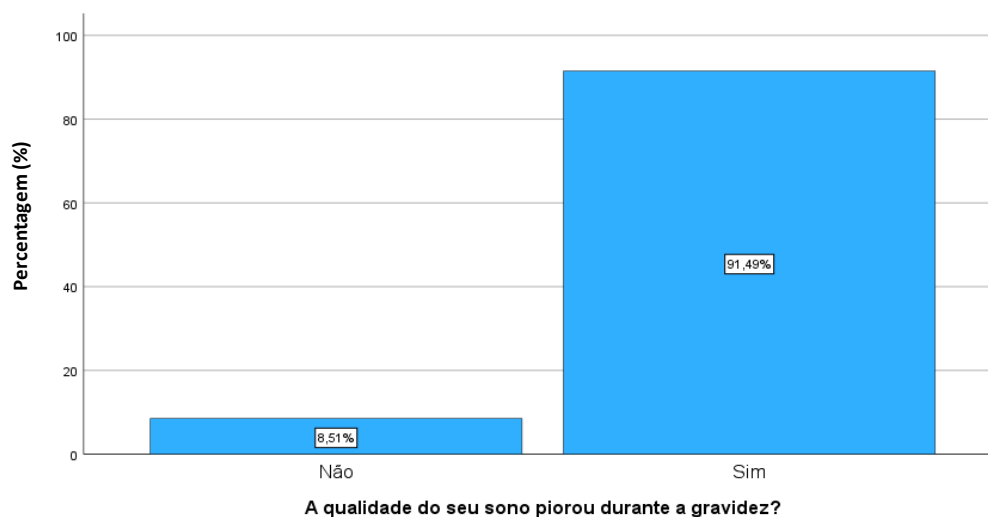
Tabela 8: Valores discrepantes

	mais altos					mais baixos				
Idade	43	41	40	40	39*	17	17	23	23	25*
Tempo para adormecer (horas)	7:00	4:00	4:00	3:30	3:00*	0:05	0:05	0:05	0:10	0:10*
Horas Dormidas reportadas	10	10	10	9	9,0*	3	3	4	4	4
Tempo de sono (horas) calculadas	14	13	12,2	11,5	11,00*	5,3	5,5	6	6	6,5
Qualidade do Sono	15	15	15	15	14*	2	3	3	4	5

IV.3 Estratégias de higiene do sono

Na parte III do questionário, após o preenchimento do PSQI-PT e antes da abordagem às estratégias de higiene do sono, as grávidas foram questionadas acerca da percepção de agravamento da qualidade do sono durante a gravidez. Conforme apresentado na Figura 7, verificou-se que 91,5% da amostra respondeu afirmativamente.

Figura 7



Legenda: Distribuição das respostas à pergunta: “A qualidade do seu sono piorou durante a gravidez?”

Posteriormente, as grávidas foram convidadas a responder acerca do conhecimento de determinadas estratégias promotoras da qualidade do sono, num total de nove (2.a a 2.i), com opções de resposta fechada “Sim” e “Não” (Apêndice D).

Observou-se uma elevada adesão aos comportamentos promotores da higiene do sono. A maioria das participantes referiu manter um horário regular para dormir (83%), evitar tabaco e álcool à noite (97,9%), manter o quarto sem luz e ruído (91,5%) e assegurar uma temperatura adequada no quarto (97,9%). Estratégias como evitar a utilização de ecrãs antes de dormir (61,7%), realizar refeições ligeiras (57,4%) e evitar sestas (57,4%) apresentaram adesão moderada. Urinar antes de deitar constituiu a única estratégia adotada pela totalidade da amostra. Estratégias relacionadas com o conforto físico, como dormir com a cabeça elevada (74,5%) ou com almofadas de apoio (66%) também foram amplamente reportadas.

Os resultados relativos a cada uma das estratégias encontram-se apresentados na tabela 9.

Tabela 9: Conhecimento das estratégias promotoras do sono

Estratégias	Sim (%)	Não (%)
Horário regular para dormir	83	17
Evitar tabaco e álcool à noite	97,9	2,1
Quarto sem luz e sem ruído	91,5	8,5
Temperatura adequada no quarto	97,9	2,1
Evitar uso de telemóvel ou ecrãs antes de deitar	61,7	38,3
Fazer refeições ligeiras à noite	57,4	42,6
Evitar sestas em caso de dificuldade em adormecer à noite	57,4	42,6
Urinar antes de deitar	100	0
Em caso de refluxo dormir com a cabeça mais elevada	74,5	25,5
Dormir de lado com uma almofada entre as pernas e outra a apoiar a barriga	66	34

IV.4 Fontes de conhecimento acerca do sono na gravidez

Outro dos aspetos considerados relevantes, para além da avaliação do conhecimento acerca das estratégias, foi a origem desse conhecimento, ou seja, as principais fontes através das quais as grávidas da amostra obtinham informação sobre o sono na gravidez.

Para esse efeito, as participantes foram questionadas sobre se o seu conhecimento provinha essencialmente de médico(s), enfermeiro(s), família ou amigos, livros e/ou panfletos, meios de comunicação social, como televisão, e pesquisas na internet ou redes sociais, sendo possível seleccionar mais do que uma opção de resposta.

Verificou-se que apenas 27,7% da amostra referiu obter conhecimentos através da equipa de enfermagem. Os meios de comunicação social e as pesquisas na internet constituíram a principal fonte de informação, seguidos das redes sociais, conforme apresentado na Tabela 10.

Tabela 10: Fontes de conhecimento sobre o sono

Fonte de conhecimento sobre o sono	Sim (%)	Não (%)
Médico	17	83
Enfermeiro	27,7	72,3
Família e amigos	25,5	74,5
Livros e/ou panfletos	23,4	76,6
Meios de comunicação (televisão/internet)	53,2	46,8
Redes Sociais	29,8	70,2

Para além da identificação das fontes de informação, procurou-se igualmente avaliar o nível de conhecimento autopercibido acerca do sono durante a gravidez. Constatou-se predominância de níveis de conhecimento reduzidos a moderados, com 85,1% das participantes a referirem possuir poucos ou razoáveis conhecimentos sobre a temática. Em contrapartida, apenas 10,6% consideraram possuir muitos ou excelentes conhecimentos, enquanto 4,3% indicaram não possuir qualquer conhecimento.

Estes resultados encontram-se apresentados na Tabela 11.

Tabela 11: Nível de conhecimento sobre o sono

Nível de conhecimento	Frequência	Porcentagem (%)
Nenhum	2	4,3
Poucos	18	38,3
Razoáveis	22	46,8
Muitos	4	8,5
Excelentes	1	2,1
Total	47	100

A análise descritiva das variáveis revelou elevada prevalência de alterações no padrão de sono durante a gravidez. A maioria das participantes reportou agravamento da qualidade do sono neste período, percepção manifestada por 91,5% da amostra, conforme Figura 7.

Relativamente às estratégias adotadas para melhorar o sono, observou-se elevada adesão a comportamentos considerados promotores da higiene do sono, destacando-se a manutenção de horários regulares para dormir e acordar, bem como a evicção do consumo de tabaco e álcool, reportados pela maioria. Verificou-se igualmente elevada frequência de adoção de outras estratégias comportamentais relacionadas com o sono.

No geral, os resultados demonstram que, apesar da elevada percepção de agravamento da qualidade do sono, as participantes referiram adesão frequente a estratégias de autocuidado relacionadas com o descanso.

IV.4 Teste de hipóteses

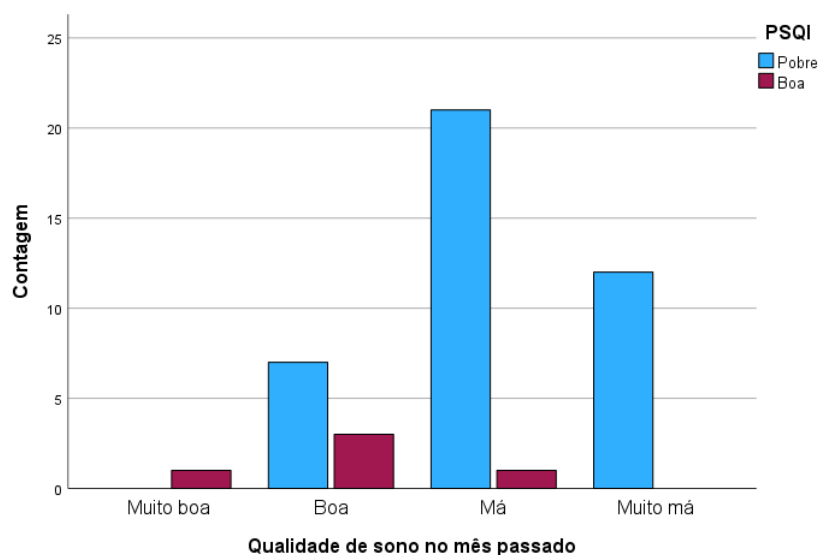
Após a apresentação da análise descritiva, procede-se à apresentação dos resultados da análise estatística inferencial, realizada com o objetivo de testar as hipóteses de investigação definidas. Para o efeito, foram aplicados testes estatísticos adequados às características das variáveis e da amostra, permitindo identificar diferenças e associações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo.

Hipótese 1 “As grávidas do 3.º trimestre têm uma má qualidade do sono”

A análise exploratória de dados permitiu compreender a estrutura da amostra e fundamentar as escolhas metodológicas subsequentes. No que concerne à variável qualidade do sono, observou-se uma média de 9,8 pontos (DP = 3,60) e uma mediana de 10, com valores a variar entre 2 e 15, numa escala em que pontuações mais elevadas refletem pior qualidade do sono.

A prevalência de distúrbios do sono na amostra é expressiva, verificando-se que 88,9% das grávidas apresentaram qualidade do sono classificada como pobre, segundo o PSQI-PT. Adicionalmente, 91,5% das participantes referiram agravamento da qualidade do sono durante a gravidez, conforme apresentado na Figura 8. Estes resultados evidenciam elevada frequência de alterações negativas da qualidade do sono no 3.º trimestre de gravidez, corroborando a hipótese formulada para o presente estudo.

Figura 8



Legenda: Relação entre a qualidade do sono no mês passado e o valor global do PSQI-PT

A análise de associação entre a qualidade do sono no mês anterior e a classificação do PSQI-PT revelou uma relação estatisticamente significativa, conforme indicado pelo

teste do Qui-Quadrado (χ^2) ($p = 0,003$). Este resultado sugere associação significativa entre a percepção subjetiva da qualidade do sono e a qualidade do sono avaliada pelo PSQI-PT, evidenciando concordância entre a avaliação subjetiva e o índice padronizado de sono.

As comparações múltiplas, realizadas pelo método *pairwise* após aplicação do teste de Kruskal-Wallis revelaram diferenças estatisticamente significativas da qualidade do sono entre várias categorias da variável “Qualidade do sono no mês passado”. Verificaram-se diferenças significativas entre os grupos “Boa” e “Muito má” ($p < 0,001$; p ajustado $< 0,001$), bem como entre os grupos “Má” e “Muito má” ($p < 0,001$; p ajustado $= 0,002$).

Estes resultados obtidos demonstram que grávidas que classificaram a qualidade do sono como “Muito má” apresentaram pior qualidade do sono segundo o PSQI-PT, comparativamente às que reportaram qualidade do sono “Boa” ou “Má”. Adicionalmente, a distribuição da qualidade do sono apresentou diferenças significativas entre as categorias do PSQI-PT, conforme indicado pelo teste de Mann-Whitney ($p = 0,001$), o que evidencia que grávidas classificadas em diferentes níveis de qualidade do sono pelo PSQI-PT apresentam diferenças estatisticamente significativas na percepção geral da qualidade do sono.

Relativamente às variáveis associadas à qualidade do sono, observaram-se associações estatisticamente significativas com “Ter dificuldade em respirar” ($p = 0,005$) e “Sentir muito calor” ($p = 0,004$), segundo o teste de Kruskal-Wallis, sugerindo influência destas condições na qualidade do sono durante a gravidez.

Contudo, a variável que demonstrou maior impacto foi a demora superior a 30 minutos para adormecer, verificando-se diferenças estatisticamente significativas na distribuição da qualidade do sono entre os diferentes grupos ($p < 0,001$). As comparações múltiplas realizadas pelo método *pairwise* após o teste de Kruskal-Wallis evidenciaram diferenças significativas entre as categorias “Nunca” e “3 vezes por semana” ($p < 0,001$; p ajustado $< 0,001$), entre “Menos de 1 vez por semana” e “3 vezes por semana” ($p = 0,002$; p ajustado $= 0,012$), bem como entre “1 ou 2 vezes por semana” e “3 vezes por semana” ($p = 0,001$; p ajustado $= 0,006$).

No conjunto, os resultados obtidos através da análise descritiva e inferencial evidenciam elevada prevalência de má qualidade do sono nas grávidas do 3.º trimestre, validando a hipótese.

Hipótese 2 “Há associação entre as estratégias relacionadas com a higiene do sono e uma boa qualidade do sono”

Com base nos dados analisados, a hipótese 2 não foi corroborada pelos resultados obtidos, evidenciando ausência de associação entre a adesão às estratégias de higiene do sono e a qualidade efetiva do sono nesta amostra.

Os dados descritivos demonstraram elevada adesão das grávidas do 3.º trimestre a comportamentos promotores da higiene do sono, destacando-se estratégias como urinar antes de deitar (100%), evitar tabaco e álcool (97,9%), manter temperatura adequada no quarto (97,9%) e assegurar um ambiente sem luz ou ruído (91,5%). Outras práticas, como a manutenção de horários regulares para dormir e acordar (83%) e a utilização de almofadas de apoio (66%), foram igualmente frequentemente reportadas.

Contudo, apesar desta elevada adesão a comportamentos promotores do sono, 88,9% das participantes apresentaram qualidade do sono classificada como pobre, segundo o PSQI-PT. Estes resultados sugerem que as estratégias de higiene do sono, embora amplamente adotadas, poderão não ser suficientes para compensar o impacto das alterações fisiológicas e emocionais associadas à gravidez.

Os testes de associação realizados não demonstraram relação significativa entre maiores níveis de conhecimento acerca do sono e melhores classificações no PSQI-PT. O teste do Qui-Quadrado (χ^2), aplicado para analisar a associação entre o nível de conhecimentos sobre o sono e a classificação do PSQI-PT, não revelou associação estatisticamente significativa ($p = 0,163$).

Ter mais conhecimentos acerca das estratégias de higiene do sono adequadas à gravidez não resultou, nesta amostra, numa melhoria efetiva da qualidade do sono, o que sugere maior influência de outros fatores na qualidade do sono das grávidas no 3.º trimestre.

Conclui-se, deste modo, que a hipótese 2 não é confirmada. Embora as grávidas demonstrem, de forma geral, comportamentos promotores da higiene do sono, a eficácia destas estratégias parece ser limitada pelas exigências fisiológicas e sintomas específicos do 3.º trimestre, nomeadamente os relacionados com o aumento da latência do sono, a sensação de calor e as dificuldades respiratórias.

Consequentemente, observa-se adesão frequente a comportamentos promotores do sono coexistindo com prevalência significativa de má qualidade do sono.

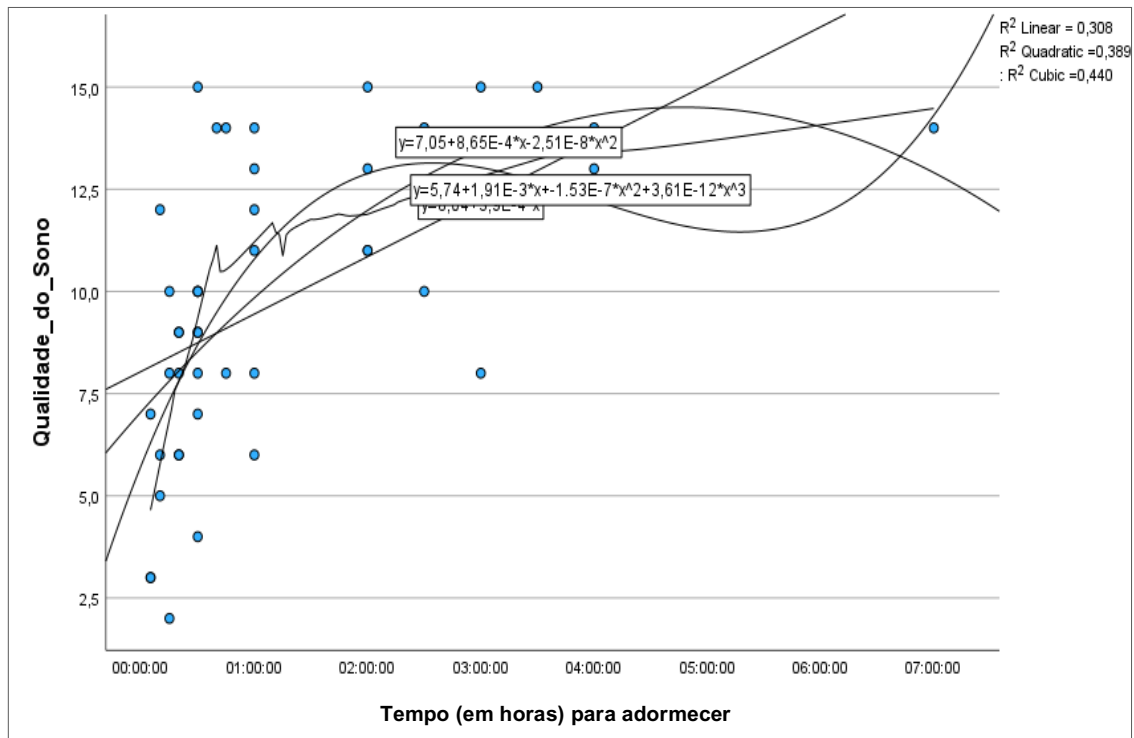
Hipótese 3 “O menor tempo para adormecer está relacionado a uma melhor qualidade do sono das grávidas do 3.º trimestre”

A hipótese 3 é confirmada pelos resultados obtidos, evidenciando que a latência do sono, entendida como o tempo necessário para adormecer, constitui um dos fatores mais fortemente associados à qualidade do sono nesta amostra.

Os dados descritivos demonstraram um tempo médio para adormecer de 73 minutos (1 hora e 13 minutos), com valores máximos que atingiram as 7 horas. Através do Coeficiente de Correlação de Spearman, verificou-se uma correlação negativa forte ($r = -0,679$; $p < 0,05$) entre o tempo necessário para adormecer e a qualidade do sono. Estes resultados indicam uma relação inversa estatisticamente significativa entre as duas variáveis, evidenciando que grávidas com maior demora para adormecer tendem a apresentar pior qualidade do sono.

Para aprofundar esta relação, recorreu-se a um modelo de regressão cúbica, cujo coeficiente de determinação foi de $R^2 = 0,440$, indicando que cerca de 44% da variabilidade da qualidade do sono pode ser explicada pela latência do sono, como mostra a Figura 9.

Figura 9



Legenda: Análise de regressão linear e não linear da relação entre o tempo para adormecer e a qualidade do sono

A significância desta associação foi reforçada pelos testes de comparação entre grupos. O teste de Mann-Whitney evidenciou diferenças estatisticamente significativas na distribuição do tempo para adormecer entre as categorias de qualidade do sono do PSQI-PT ($p = 0,002$), indicando que as participantes com melhor qualidade do sono tendem a adormecer mais rapidamente. Estes resultados sugerem que grávidas com diferentes níveis de qualidade do sono apresentam padrões distintos de latência do sono.

A percepção da qualidade do sono no mês anterior demonstrou igualmente associação com diferenças no tempo de latência de sono. O teste de Kruskal-Wallis revelou diferenças estatisticamente significativas na distribuição do tempo necessário para adormecer entre as categorias da variável “Qualidade de sono no mês passado” ($p = .001$).

Adicionalmente, o mesmo teste revelou diferenças significativas na distribuição da qualidade do sono em função da frequência de demora superior a 30 minutos para adormecer ($p < .001$). As comparações múltiplas, realizadas através do método *pairwise*,

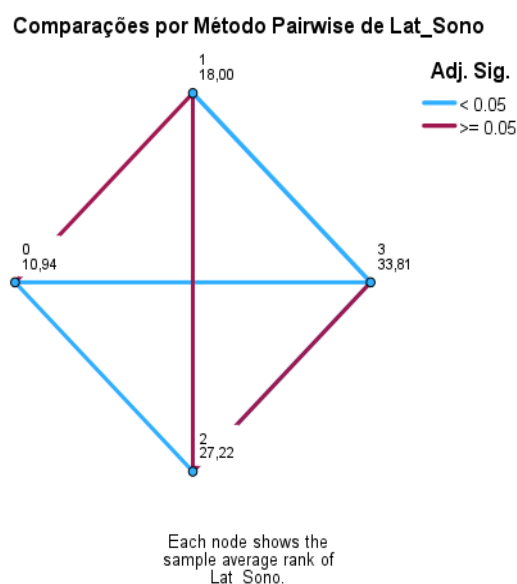
demonstraram que as grávidas que referiram demora de mais de 30 minutos para adormecer "3 vezes por semana ou mais" apresentavam qualidade do sono significativamente inferior às que referiam "nunca" experienciar esta dificuldade (p ajustado $< 0,001$).

Estes resultados indicam que as grávidas com dificuldades frequentes em adormecer apresentam tempos de latência do sono significativamente superiores quando comparadas aquelas que referem nunca experienciar este problema.

Verificaram-se ainda diferenças significativas no tempo necessário para adormecer entre os diferentes grupos da variável “Latência do sono”, correspondente à questão 2 do PSQI-PT. As comparações múltiplas pelo método *pairwise* revelaram diferenças entre os grupos 0 (latência inferior ou igual a 15 minutos) e 2 (latência entre 31 e 60 minutos) ($p = 0,008$; p ajustado $= 0,050$); entre os grupos 0 e 3 (latência superior a 60 minutos) ($p < 0,001$; p ajustado $< 0,001$), bem como entre os grupos 1 (latência entre 16 a 30 minutos) e 3 ($p = 0,002$; p ajustado $= 0,010$).

Estes resultados indicam que o tempo necessário para adormecer varia significativamente entre os grupos analisados, evidenciando diferenças consistentes entre os grupos extremos, conforme ilustrado na Figura 10.

Figura 10



Legenda: Comparações par a par, por método *pairwise*, da qualidade do sono entre os vários grupos da variável latência do sono

Observou-se uma correlação negativa moderada, segundo o coeficiente de correlação de Spearman, entre o tempo necessário para adormecer e o número total de horas dormidas ($r = -0,347$, $p < 0,05$), indicando que maior latência do sono está associada a menor duração total do sono.

Paralelamente, verificou-se uma correlação positiva moderada ($r = 0,323$; $p < 0,05$) entre o tempo necessário para adormecer e o tempo total de sono em horas, o que poderá refletir uma tentativa de compensação por parte das grávidas, prolongando o período total de sono após as dificuldades iniciais em adormecer.

Contudo, a forte correlação negativa entre o número de horas dormidas e a qualidade do sono ($r = -0,677$; $p < 0,01$) indica que o aumento da duração do sono não se traduz necessariamente em melhor qualidade do sono.

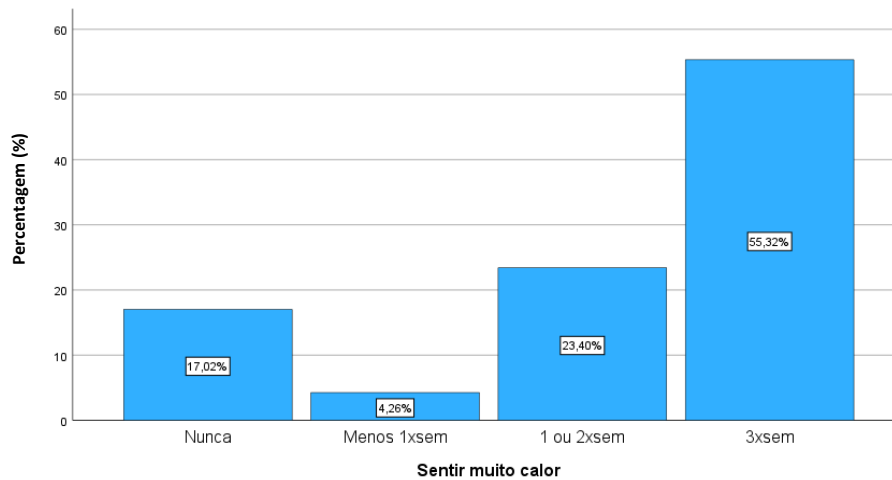
Deste modo, os resultados sugerem que a latência do sono poderá ser um fator mais determinante para a qualidade do sono do que a quantidade de horas dormidas.

Assim, a hipótese 3 é corroborada, uma vez que os resultados estatísticos demonstram que menor tempo necessário para adormecer se associa a melhor qualidade do sono nas grávidas do 3.º trimestre.

Hipótese 4 “O calor sentido pelas grávidas do 3.º trimestre prejudica a qualidade do sono”

Relativamente à questão do PSQI-PT “Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de sentir muito calor”, observou-se que 78,7% das participantes referiu experienciar esta situação entre uma e três vezes por semana ou mais. A distribuição detalhada das respostas encontra-se apresentada na Figura 11.

Figura 11



Legenda: Frequência da variável sentir muito calor

Os resultados obtidos sugerem que o desconforto térmico, nomeadamente a sensação de calor, constitui um dos fatores biológicos mais prevalentes durante a gravidez, apresentando impacto relevante no repouso das grávidas da amostra, validando a hipótese em estudo.

Para testar a associação entre a sensação de calor e a qualidade do sono, recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, que revelou diferenças estatisticamente significativas na distribuição da qualidade do sono entre as categorias da variável “Sentir muito calor” durante o sono ($p = 0,004$). Verificou-se igualmente que a perceção de desconforto térmico está associada a variações significativas no número de horas dormidas ($p = 0,010$), demonstrando que o calor não afeta apenas a perceção subjetiva do descanso, mas também a sua duração total.

Para identificar onde residiam estas diferenças, realizaram-se comparações múltiplas através do método *pairwise*. Os resultados evidenciaram maior significância quando o sintoma era recorrente. Grávidas que relataram sentir muito calor “3 vezes por semana ou mais” apresentaram uma duração do sono significativamente inferior ($p = 0,005$; p ajustado = 0,030) e pior qualidade do sono ($p = 0,005$; p ajustado = 0,031), quando comparadas com aquelas que experienciaram este desconforto apenas “1 ou 2 vezes por semana”.

Um aspeto relevante na discussão desta hipótese reside no contraste entre o ambiente externo e a perceção fisiológica interna. Os dados descritivos demonstraram

que 97,9% das participantes referiram manter uma temperatura adequada no quarto, constituindo esta uma das estratégias de higiene do sono mais frequentemente adotadas. No entanto, a elevada prevalência de má qualidade do sono na amostra e a significância estatística do impacto do calor sugerem que este desconforto poderá ter uma origem predominantemente fisiológica e hormonal, inerente ao estado gravídico.

Conclui-se, assim, que a sensação de calor no 3.º trimestre atua como um fator perturbador do sono que poderá sobrepor-se aos comportamentos de autocuidado adotados pelas grávidas. Mesmo em ambientes termicamente controlados, a recorrência deste sintoma, especialmente a partir de três vezes por semana, associa-se a pior qualidade do sono, corroborando a premissa de que o calor constitui um obstáculo biológico à qualidade do sono.

Hipótese 5 “Há relação entre a fonte de conhecimentos sobre o sono e uma boa qualidade do sono”

Os resultados obtidos demonstram que a associação entre a fonte de conhecimento sobre o sono e a qualidade do sono varia de acordo com o canal de informação utilizado pelas grávidas. Verificou-se que a televisão e/ou a internet constituíram a fonte de informação mais frequentemente referida pela amostra, sendo utilizadas por 53,2% das participantes. A análise de associação, realizada através do Teste Exato de Fisher, revelou uma relação estatisticamente significativa entre a obtenção de conhecimentos por esta via e a classificação da qualidade do sono no PSQI-PT ($p = 0,013$), evidenciando diferenças entre os grupos quanto à perceção da qualidade do sono.

Relativamente às redes sociais, utilizadas por 29,8% das grávidas como fonte de informação sobre o sono, o teste de Mann-Whitney indicou igualmente associação estatisticamente significativa com o tempo necessário para adormecer, isto é, com a latência do sono ($p = 0,047$). Este resultado sugere que o consumo de informação nestas plataformas pode estar relacionado com alterações específicas em determinados parâmetros do sono.

Por outro lado, o recurso a profissionais de saúde como fonte de conhecimento revelou-se menos frequente, tendo apenas 17% das participantes referido o médico e 27,7% o enfermeiro como fontes de informação. Em ambos os casos, não se observaram associações estatisticamente significativas com a qualidade do sono.

Apesar das associações identificadas para algumas fontes digitais e informais, importa salientar que 88,9% das participantes apresentaram uma qualidade do sono classificada como pobre. Assim, embora a fonte de conhecimento possa associar-se a variações na percepção do sono e na latência do mesmo, esta relação não se traduz necessariamente numa boa qualidade do sono.

Deste modo, conclui-se que a hipótese de que existe uma relação entre a fonte de conhecimentos sobre o sono e uma boa qualidade do sono não é confirmada, uma vez que, apesar das associações estatisticamente significativas para a televisão/internet ($p = 0,013$) e redes sociais ($p = 0,047$), a qualidade do sono da amostra manteve-se predominantemente pobre durante o 3.º trimestre de gravidez.

Hipótese 6 “Existe relação entre o conhecimento e a boa qualidade do sono”

A análise de associação entre o nível de conhecimentos sobre o sono e a classificação da qualidade do sono pelo PSQI-PT não revelou uma relação estatisticamente significativa, conforme indicado pelo teste do Qui-Quadrado (χ^2) ($p = 0,163$).

Para aprofundar esta análise, realizaram-se comparações múltiplas através do método *pairwise* entre os diferentes níveis de conhecimento reportados pelas participantes (“Excelentes”, “Muitos”, “Razoáveis”, “Poucos” e “Nenhuns”). Os resultados obtidos apresentaram significância ajustada de 1,000 (p ajustado = 1,000) para todos os pares analisados, confirmando a ausência de diferenças estatisticamente significativas na qualidade do sono entre os diversos níveis de conhecimento autopercebido, conforme apresentado na Tabela 12.

Tabela 12: Comparações par a par, por método *pairwise*, do nível de conhecimento sobre o sono

Grupo 1- Grupo 2	Estatística de teste	Erro Padrão	Estatística de Teste Padrão	Significância (<i>p</i>)	Significância Ajustada (<i>p</i> ajustado)
Excelentes- Razoáveis	0,625	13,399	0,047	0,963	1,000
Excelentes- Nenhum	4,750	16,015	0,297	0,767	1,000
Excelentes- Poucos	6,083	13,434	0,453	0,651	1,000
Excelentes- Muitos	6,500	14,619	0,445	0,657	1,000
Razoáveis- Nenhum	4,125	9,697	0,425	0,671	1,000
Razoáveis- Poucos	5,458	4,248	1,285	0,199	1,000
Razoáveis- Muitos	-5,875	7,162	-0,820	0,412	1,000
Nenhum- Poucos	-1,333	9,746	-0,137	0,891	1,000
Nenhum- Muitos	-1,750	11,324	-0,155	0,877	1,000
Poucos- Muitos	-0,417	7,228	-0,058	0,954	1,000

Face aos resultados obtidos, a hipótese 6 não é confirmada. Embora a amostra apresente um nível global de literacia considerado moderado — com 46,8% das grávidas a reportarem conhecimentos "Razoáveis" e 38,3% "Poucos" — esta perceção de conhecimento não se traduz numa melhoria da qualidade do sono. Tal é reforçado pelo facto de, apesar de se observar uma elevada adesão a estratégias de higiene do sono, 88,9% das participantes apresentarem qualidade do sono classificada como pobre.

Os dados sugerem que, no 3.º trimestre de gravidez, os comportamentos de autocuidado derivados do conhecimento teórico poderão não ser suficientes para compensar as alterações fisiológicas e emocionais inerentes a este período. Neste contexto, fatores associados à própria gravidez parecem exercer maior influência na qualidade do sono do que o nível de conhecimento autopercebido pelas grávidas.

Verifica-se, assim, a rejeição da hipótese, evidenciando que o nível de conhecimento autopercebido não constitui, isoladamente, um fator preditor de uma boa qualidade do sono nesta fase gestacional.

V. Discussão de Resultados

O presente capítulo aborda a discussão e análise crítica dos resultados obtidos, confrontando as evidências identificadas com a literatura científica recente acerca da qualidade do sono no 3.º trimestre de gravidez. A discussão dos resultados permite interpretar criticamente os dados obtidos, compará-los com a evidência existente e refletir sobre o contributo da investigação para o aprofundamento do conhecimento no âmbito da saúde materna e da enfermagem.

A análise centra-se na compreensão da qualidade do sono durante a gravidez como um fenómeno multidimensional, influenciado por alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais.

Os resultados revelaram uma prevalência muito elevada de má qualidade do sono, com 88,9% das grávidas a apresentarem uma qualidade do sono classificada como pobre (PSQI-PT > 5), com pontuação média de 9,8 pontos. Estes dados são corroborados por fontes que apontam prevalências de má qualidade do sono de até 89,3% ou mesmo 97%, confirmando que a gravidez constitui um período de elevada vulnerabilidade para o descanso⁴⁸⁻⁵⁰. Diversos estudos nacionais e internacionais descrevem o sono como uma das dimensões mais afetadas durante a gravidez, particularmente no 3.º trimestre⁵¹⁻⁵².

Embora alguns estudos apresentem prevalências inferiores de má qualidade do sono, variando entre 30% e 70%, a literatura reconhece que, com o avançar da gravidez, a tendência é para um aumento significativo dessas prevalências. Um estudo longitudinal evidenciou que existe uma probabilidade 67% maior de ocorrência de sono de má qualidade no 3.º trimestre, quando comparado com os trimestres anteriores, o que coincide com os resultados obtidos na presente investigação^{49,53}. A perceção subjetiva de agravamento da qualidade do sono durante a gravidez foi igualmente elevada na amostra analisada, sendo referida por 91,5% das participantes.

Importa salientar que a discrepância entre os estudos pode estar relacionada com diferenças metodológicas, instrumentos utilizados, momento da avaliação, contexto sociocultural e características da amostra. No entanto, existe consenso na literatura de que o 3.º trimestre representa o período de maior instabilidade do padrão de sono, caracterizado pela redução da eficiência do sono, aumento da latência e fragmentação noturna^{49,54}.

Na amostra analisada, a duração média de horas de sono foi de aproximadamente 6,7 horas por noite, valor semelhante ao descrito em outras investigações⁵². Contudo, verificou-se uma correlação negativa entre o número de horas dormidas e a qualidade do sono, indicando que a quantidade total de sono não constitui, por si só, um indicador de descanso adequado. Estes resultados sugerem que, durante a gravidez, a qualidade do sono parece ser mais influenciada pela continuidade e profundidade do sono do que apenas pela sua duração total.

A fragmentação do sono, caracterizada por despertares noturnos frequentes, surge de forma recorrente no 3.º trimestre. Estudos indicam que as grávidas podem despertar até três vezes mais por noite em comparação com o período pré-gestacional, principalmente devido à polaquiúria, desconforto postural, movimentos fetais e refluxo gastroesofágico⁵⁴. Estas interrupções contribuem para a percepção de um sono não reparador e para a redução da eficiência do sono, mesmo quando o tempo total de sono se encontra dentro dos valores considerados adequados. Observou-se ainda uma correlação positiva moderada entre a latência do sono e o tempo total de sono ($r = 0,323$), sugerindo um possível mecanismo de compensação em que as grávidas prolongam a permanência na cama para tentar mitigar a dificuldade inicial em adormecer, o que frequentemente resulta num sono fragmentado e de baixa eficiência.

Um dos achados mais relevantes desta investigação foi a identificação da latência do sono como um fator determinante da qualidade global do sono. A latência apresentou correlação negativa forte ($r = -0,679$) com a qualidade global do sono, indicando que a dificuldade em iniciar o sono constitui um dos principais determinantes de um sono de má qualidade. Este resultado está em consonância com estudos observacionais que identificam a dificuldade em iniciar o sono como uma das queixas mais frequentes do final da gravidez^{51,54}.

A análise inferencial revelou ainda que a relação entre a latência do sono e qualidade do sono não ocorre de forma linear. A aplicação de um modelo de regressão cúbica ($R^2 = 0,440$) demonstrou que, a partir de determinado limiar de vigília, a degradação da qualidade do sono tende a intensificar-se, possivelmente devido ao aumento da estimulação cognitiva e da ansiedade⁵². Este achado sugere também a existência de diferentes perfis de adaptação ao sono durante a gravidez, indicando que algumas mulheres desenvolvem mecanismos compensatórios, enquanto outras apresentam agravamento progressivo da insónia.

A literatura refere ainda que uma latência de sono prolongada no 1.º trimestre, entre 30 a 40 minutos, quando persiste no 3.º trimestre, tende a estar associada ao medo do parto e à preocupação com a saúde do feto^{55,56}.

A associação entre determinados fatores, como a sensação de calor noturno ($p = 0,004$) e a dificuldade respiratória ($p = 0,005$), enquanto preditores de má qualidade do sono, encontra-se descrita na literatura. Alterações térmicas e respiratórias decorrem do aumento do metabolismo basal, da vasodilatação periférica e da redução da capacidade pulmonar funcional características do 3.º trimestre⁴⁹.

Os distúrbios respiratórios do sono assumem particular relevância nesta fase da gravidez, com o aparecimento ou agravamento do ronco e aumento do risco de SAOS. Para além de provocar fragmentação do sono e sonolência diurna, esta condição está associada ao aumento do risco de complicações obstétricas, como hipertensão induzida pela gravidez e pré-eclâmpsia⁵¹.

Neste contexto, o destaque atribuído à variável “dificuldade em respirar” reforça a importância do rastreio durante o acompanhamento pré-natal. As alterações biológicas e mecânicas da gravidez, como o aumento da taxa metabólica, a pressão uterina sobre o diafragma e os movimentos fetais, parecem exercer uma influência superior às medidas de higiene do sono, o que está em conformidade com os resultados desta investigação^{38,49,56}. Apesar da elevada adesão às estratégias de higiene do sono na amostra, verificou-se que esta conformidade comportamental não impediu a presença de má qualidade do sono em 89,9% das grávidas.

Do ponto de vista psicológico, a literatura descreve uma associação entre a má qualidade do sono, ansiedade e sintomas depressivos durante a gravidez. Grávidas com sintomas depressivos apresentam uma probabilidade 3,71 vezes maior de sofrer de privação de sono. Preocupações com o parto, com a saúde do feto e com a adaptação ao novo papel parental contribuem para uma hiperativação cognitiva noturna, dificultando o início e a manutenção do sono^{57,58}.

Indicadores de fadiga, sonolência diurna e desmotivação sugerem impacto emocional associado à privação do sono. Estes resultados são consistentes com os dados obtidos nesta investigação, onde se verificou uma associação entre a má qualidade do sono e a presença de "pouca vontade ou falta de entusiasmo" na realização das atividades diárias ($p < 0,001$), evidenciando a interconexão entre a qualidade do sono e estado emocional⁵⁷.

As consequências da má qualidade do sono ultrapassam o desconforto subjetivo. A evidência científica demonstra associação entre sono inadequado e desfechos obstétricos adversos, como diabetes gestacional, hipertensão, parto prematuro, aumento da taxa de cesarianas e baixo peso ao nascer. Estes efeitos parecem estar relacionados com a ativação prolongada do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, aumento dos mediadores inflamatórios e alterações metabólicas induzidas pela privação do sono^{49,59}.

Neste contexto, o sono materno assume um papel determinante na vitalidade neonatal à nascença. Há descrição de uma correlação positiva entre a duração do sono materno no 3.º trimestre e o índice de Apgar ao 5.º minuto, possivelmente associada à regulação dos níveis inflamatórios e à redução da produção de citocinas^{53,55}.

Outro aspeto relevante refere-se à relação entre o sono e a qualidade de vida. Estudos longitudinais demonstram que uma má qualidade do sono está associada a baixo rendimento físico, psicológico e social, afetando globalmente a qualidade de vida. Assim, o sono pode ser considerado um importante marcador do bem-estar materno⁴⁹.

Os resultados obtidos indicam que, apesar da elevada adesão às práticas de higiene do sono, a maioria das grávidas manteve uma qualidade de sono insatisfatória. Este dado reforça a evidência de que, no 3.º trimestre, as alterações fisiológicas inerentes à gravidez podem limitar a eficácia de medidas comportamentais⁵⁴.

A literatura recomenda, neste caso, a implementação de intervenções não farmacológicas, como a prática de exercício físico supervisionado, técnicas de relaxamento, educação em saúde e terapia cognitivo-comportamental. Estas intervenções têm demonstrado redução significativa da pontuação do PSQI e dos níveis de ansiedade^{48,55,59,60}.

Assim, o papel do enfermeiro assume particular relevância no acompanhamento pré-natal, através do rastreio sistemático da qualidade do sono, da educação para a saúde e da implementação de intervenções preventivas. Considerando as alterações progressivas observadas ao longo da gravidez, a literatura reforça que a avaliação do sono deve ser realizada em todos os trimestres⁴⁹.

O EEESMO, especialmente nos cuidados de saúde primários, desempenha um papel fundamental neste processo, devendo integrar o rastreio sistemático do sono, através de instrumentos como o PSQI-PT ou diários do sono, nas consultas de vigilância pré-natal^{49,57,61}.

Um dos aspetos mais relevantes observados nesta investigação refere-se à origem do conhecimento das grávidas sobre o sono. Apenas 27,7%, das participantes referiram

obter informação através de enfermeiros, enquanto a maioria (53,2%) recorreu à internet e à televisão como principais fontes de informação. Este resultado pode refletir uma lacuna na educação para a saúde no contexto dos cuidados pré-natais, possivelmente associada à normalização da má qualidade do sono durante a gravidez^{52,56,57}.

Este achado reforça a necessidade de integrar o sono como componente essencial dos cuidados pré-natais. A atuação do enfermeiro passa pela identificação precoce de fatores de risco, pela educação para a saúde, pela promoção de estratégias de higiene do sono e pela referenciação para avaliação especializada quando existe suspeita de distúrbios respiratórios do sono ou perturbações psicológicas associadas. Com estas intervenções, os cuidados de saúde tornam-se mais integrais, humanizados e centrados na mulher.

Os dados obtidos indicam ainda que o nível de conhecimento das grávidas não é suficiente para contrariar as alterações sistémicas e mecânicas, associadas à gravidez sem uma intervenção profissional direcionada. A latência do sono revelou ser fator determinante para a qualidade do sono, superando o impacto dos conhecimentos e das estratégias de higiene do sono aplicadas. Verificou-se que o sono inadequado persiste mesmo na presença de comportamentos associados à higiene do sono.

Neste sentido, os resultados desta investigação e a literatura científica convergem na importância da implementação de estratégias de rastreio do sono nas consultas de vigilância pré-natal, associadas à promoção de medidas de conforto, técnicas de relaxamento e educação para a saúde, reconhecendo o sono materno como um determinante relevante da saúde da grávida e do bem-estar fetal^{49,53,61}.

VI. Considerações Finais

Esta investigação permitiu aprofundar o conhecimento sobre a qualidade do sono em mulheres no 3.º trimestre de gravidez, evidenciando a complexidade deste fenómeno num período marcado por profundas alterações fisiológicas, psicológicas e sociais. Os resultados demonstraram uma elevada prevalência de má qualidade do sono entre as participantes, confirmando tratar-se de um problema frequente e frequentemente subvalorizado nesta fase. Estes achados corroboram a evidência científica existente, que identifica o 3.º trimestre como o período de maior instabilidade do padrão de sono durante a gravidez.

A latência do sono destacou-se como um dos principais determinantes da qualidade global do sono, evidenciando que a dificuldade em iniciar o sono assume um papel central no padrão de sono das grávidas. Verificou-se ainda que, apesar da elevada adesão às estratégias de higiene do sono reportadas pelas participantes, estas se revelaram insuficientes para contrariar o impacto dos desconfortos físicos e fisiológicos característicos do 3.º trimestre. Assim, os resultados sugerem que os fatores biológicos inerentes à gravidez assumem um peso determinante sobre a qualidade do sono, frequentemente superior à capacidade de compensação proporcionada pelas medidas comportamentais de higiene do sono.

Considera-se, que o objetivo deste estudo — analisar quais os fatores que influenciam a qualidade do sono da grávida no 3.º trimestre de gravidez — foi alcançado, permitindo uma compreensão mais aprofundada dos determinantes da má qualidade do sono nesta fase da gravidez. Os dados obtidos reforçam a evidência científica existente e estimulam a importância de integrar esta dimensão na vigilância pré-natal de forma mais sistemática.

Neste contexto, o EEESMO assume um papel fundamental na identificação precoce de alterações do sono, no rastreio de fatores de risco e na implementação de intervenções educativas e comportamentais dirigidas à promoção do sono. A valorização desta temática nos cuidados de saúde revela-se especialmente pertinente quando se verifica que uma parte significativa das grávidas recorre predominantemente a fontes informais de informação sobre o sono, como a internet ou os meios de comunicação social, em detrimento dos profissionais de saúde.

A integração da avaliação da qualidade do sono nas consultas de vigilância da gravidez poderá traduzir-se em ganhos significativos em saúde, contribuindo para a melhoria do bem-estar materno, redução da fadiga, da sonolência diurna e promoção da qualidade de vida. Para além disso, a literatura demonstra que alterações persistentes do sono podem associar-se a desfechos obstétricos adversos, reforçando a importância da sua valorização enquanto determinante de saúde.

Importa igualmente salientar que os resultados deste estudo reforçam a necessidade de uma abordagem mais estruturada e interdisciplinar na gestão das alterações do sono durante a gravidez. A promoção da literacia em saúde, a educação para hábitos de sono saudáveis, o acompanhamento individualizado das necessidades da mulher e da família constituem estratégias fundamentais para melhorar a qualidade do sono. Neste processo, o EEESMO encontra-se numa posição privilegiada para desenvolver intervenções de promoção da saúde e prevenção de complicações, contribuindo para uma abordagem mais holística do cuidado à mulher grávida.

Apesar dos contributos apresentados, importa reconhecer limitações desta investigação, nomeadamente a dimensão relativamente reduzida da amostra e o facto de esta ter sido obtida por conveniência, o que compromete a generalização dos resultados a outras populações. Adicionalmente, o desenho transversal da investigação não permitiu analisar a evolução da qualidade do sono ao longo dos diferentes trimestres da gravidez, nem estabelecer relações de causalidade entre as variáveis. Estas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados, embora não diminuam a relevância dos achados obtidos para a compreensão da problemática estudada.

Neste sentido, recomenda-se a realização de estudos longitudinais com amostras mais amplas e diversificadas, que permitam compreender de forma mais aprofundada a evolução da qualidade do sono ao longo da gravidez e identificar os fatores mais determinantes em cada fase gestacional. Sugere-se igualmente o desenvolvimento e avaliação de intervenções específicas de enfermagem direccionadas para a melhoria do sono durante a gravidez, nomeadamente programas estruturados de educação para o sono.

Em síntese, a qualidade do sono no 3.º trimestre emerge como um indicador sensível do bem-estar materno, exigindo uma abordagem sistemática, integrada e centrada na mulher, que ultrapasse as medidas comportamentais isoladas e valorize o papel da intervenção profissional na promoção de ganhos em saúde materna e neonatal.

VII. Referências Bibliográficas

1. Dias A, Miranda LG. Qualidade, latência e duração do sono no segundo e terceiro trimestre de gravidez – estudo observacional [Internet]. RevSALUS. 2025 [citado 2025 abr 20]. Disponível em: <https://revsalus.com/index.php/RevSALUS/article/view/1085>
2. Lima MS, Sales ARV, Vartanian D, Andrade MAM. Associações entre a duração e a qualidade do sono de gestantes no terceiro trimestre com a duração do trabalho de parto: resultados preliminares [Internet]. ResearchGate; 2024 [citado 2025 abr 20]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/391015678>
3. World Health Organization. Maternal and perinatal health: Sleep disorders in pregnancy. Geneva: WHO; 2021 [citado 2025 mar 10]. Disponível em: <http://www.who.int/>
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Sleep health and disorders [Internet]. American College of Obstetricians and Gynecologists; 2025 [citado 2026 jan 30]. Disponível em: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/sleep-health-and-disorders>
5. Pacheco D. Pregnancy & sleep: common issues & tips for sleeping [Internet]. National Sleep Foundation; 2025 [citado 2026 jan 30]. Disponível em: <https://www.sleepfoundation.org/pregnancy>
6. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: DGS; 2015 [citado 2026 jan 30]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
7. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [Internet]. 2019 [citado 2025 mar 06]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

8. Decreto-Lei n.º 107/2008. D.R. I Série. 121 (2008-06-25) p.3842-4 [citado 2025 out 20]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/107-2008-456200>
9. Sousa MJ, Baptista CS. Como fazer Investigação, dissertações, teses e relatórios. 5ª ed. Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação; 2011. 174 p.
10. Vilelas J. Investigação – O processo de construção do conhecimento. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.; 2009. 509 p.
11. Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa. Guia de elaboração de trabalhos escritos. Lisboa; 2025 [citado 2025 set 29]. 26 p.
12. Persono. Uma história do sono, literalmente [Internet]. 2021 fev 15 [citado 2025 dez 10]. Disponível em: <https://persono.com.br/insights/sono-e-ciencia/historia-do-sono>
13. Companhia União Fabril (CUF). Narcoplesia [Internet]. 2014 [citado 2025 mar 21]. Disponível em: <https://www.cuf.pt/saude-a-z/narcolepsia>
14. Persono. Descubra o que é a actigrafia [Internet]. 2020 [citado 2022 dez 10]. Disponível em: <http://www.medicinadosonoam.com/o-que-e-e-para-que-serve-a-actigrafia/>
15. Fagundes D. Avaliação da qualidade do sono em gestantes [Tese de Mestrado]. Recife: Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Neuropsiquiatria, Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria; 2019 [citado 2025 mar 20]. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/33964/1/DISSERTACAO%20Dennys%20Lapenda%20Fagundes.pdf>
16. Lessa RT, Fonseca LANS, Silva VL, de Mesquita FBM, da Costa AJR, de Souza DJM, Cesar MR, Ferreira TB, Abad LHS, Mendes NB do ES. A privação do sono e suas implicações na saúde humana: uma revisão sistemática da literatura. REAS [Internet]. 2020 [citado 2025 mar 20];(56):e3846. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3846>

17. Paiva V. Privação do Sono nos Pais nos Primeiros meses de Vida do Recém-Nascido e Lactente: Uma Revisão Integrativa da Literatura. [Trabalho de Projeto]. Porto: Escola Superior de Saúde, Fundação Fernando Pessoa; 2021 [citado 2025 abr 02]. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/10486/1/PG_37090.pdf
18. Ordem dos psicólogos. Ordem dos psicólogos: recomendações para um sono saudável [Internet]. 2024 [citado 2025 mai 3]. Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_sonosaudavel.pdf
19. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Sono de hoje, bem-estar de amanhã [Internet]. 2022 [citado 2025 mai 3]. Disponível em: <https://www.sppneumologia.pt/noticias/sociedade-portuguesa-de-pneumologia-alerta-para-as-funcoes-essenciais-do-sono-para-a-saude-e-bem-estar->
20. Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem. Índice de qualidade do sono de Pittsburg – versão portuguesa (PSQI-PT) [Internet]. Universidade Católica Portuguesa [citado 2025 mar 04]. Disponível em: <https://fcse.lisboa.ucp.pt/system/files/assets/files/instrumento-psqi-pt.pdf>
21. Henderson V. The Nature of Nursing: a definition and its implications for practice, research and education [Internet]. New York: Macmillan; 1966 [citado 2025 set 10]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1780233/>
22. Fermiano R. Processo de enfermagem em unidade neonatal: proposição de um conjunto de dados mínimos de enfermagem [dissertação de mestrado Internet]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2019 [citado 2025 set 10]. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2025/08/processo-de-enfermagem-em-unidade-neonatal-proposicao-de-um-conjunto-de-dados-minimos-de-enfermagem.pdf>
23. Valente R. Relatório de Ensino Clínico Integração à Vida Profissional [dissertação de mestrado Internet]. Guarda: Instituto Politécnico da Guarda; 2022 [citado 2025 set 11]. Disponível em: <http://bdigital.ipg.pt/dspace/handle/10314/9924>

24. Costa LEL, Silva RS. Consulta de enfermagem à criança com deficiência e doenças raras [Internet]. São Paulo: SciELO Livros; 2023 [citado 2025 set 14]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/y69j9/pdf/costa-9786556308814.pdf>
25. Domingos MAS. Representações maternas pós-parto em díades com bebés de extremo pré-termo [dissertação de mestrado Internet]. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa; 2019 [citado 2025 set 14]. Disponível em: <http://repositorio.ipl.pt/bitstreams/af14794e-26c5-4ff2-81c1-ca1be0b997bb/download>
26. Bonelli MCP. Repercussões da autoeficácia em amamentar na satisfação sexual entre puérperas [dissertação de mestrado Internet]. Robeirão Pedro: Universidade de São Paulo; 2021 [citado 2025 set 14]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-11062021-155026/publico/MarinaCortezPereiraesumo.pdf>
27. Moura KL, Santos Araújo Gonçalves C, Flávio dos Santos D. Avaliação da qualidade do sono de gestantes em uma Unidade Básica de Saúde de Campina Grande – PB. *cmbio* [Internet]. 2022 [citado 2025 nov 7];20(4):594-600. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/45298/26019>
28. Monteiro PG, Souza IC, Rodrigues VC, et al. Percepção da qualidade do sono na gravidez. *Atas CIAIQ2018* [Internet]. 2018 [citado 2022 nov 7]; 2: 763-770. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1846/1796>
29. Mendes A. Síndrome das pernas inquietas: quais os sintomas e como tratar [Internet]. *Lusiadas Saúde* [citado 2025 nov 20]. Disponível em: <https://www.lusiadas.pt/blog/doencas/sintomas-tratamentos/sindrome-pernas-inquietas-quais-sintomas-como-tratar>
30. Leitão M. Dormir por dois: o sono na gravidez [Internet]. *Partners in Neuroscience* [citado 2025 mar 20]. Disponível em: <https://pin.com.pt/sapolifestyle-artigo-opinioao-dormir-por-dois-o-sono-na-gravidez-dra-mafalda-leitao/>

31. Lima A, Rocha J, Reis V, Silveira M, Caldeira A, Freitas R, Veloso D. Perda de qualidade do sono e fatores associados em mulheres climatéricas. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [citado 2025 dez 11]; 24(7): 2667-2678. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DvyPVTRh79y77cnKS6jzykb/?lang=pt>
32. Ordem dos Enfermeiros. Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras [Internet]. 2015 [citado 2025 mar 27]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
33. Regulamento n.º 391/2019. D.R. II Série. 85 (2019-05-03) p. 13560-5. [citado 2025 abr 12]. Disponível em: https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/391-2019-122216892?_ts=1651622400034
34. Silva A, Mangueira S, Perrelli J, Rodrigues B, Gomes R. Avaliação do diagnóstico de enfermagem Padrão de sono prejudicado em puérperas. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2020 [citado abr 06]; 36(1): 1-15. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192020000100008&script=sci_abstract&tlng=pt
35. Willrich N, Ribeiro J, Mendes K, Theodoro H. Privação de sono em mulheres no climatério. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento* [Internet]. 2022 [citado 2025 jun 10]; 16(103): 731-738. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/2097>
36. Ordem dos Psicólogos. COVID-19: sono saudável, recomendações para adultos, trabalhadores e pais [Internet]. [citado 2025 nov 16]. Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_sono_saudavel.pdf
37. Okun ML, Mancuso RA, Hobel CJ, Schetter CD, Coussons-Read M. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *Journal of Behavioral Medicine* [Internet]. 2018 [citado 2025 out 4]; 41(5):703–10. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6192841/>

38. Rocha FS, Santos JVC, Resende RO, Santos TB dos, Almeida Junior EC de, Almeida DD, Santos DMS, Gallotti FCM. Uso de fitoterápicos como alternativa para a diminuição da sintomatologia recorrente na gravidez. RSD [Internet]. 2021 [citado 2025 out 41];10(3):e11610313065. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13065>
39. Aksu A, Vefikulucay Yilmaz D. The relationship of postpartum sleep quality and breastfeeding self-efficacy of Turkish mothers. Scandinavian Journal of Caring Sciences [Internet]. 2019 [citado 2022 dez 4];33(4):833–9. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=140850061&lang=pt-br&site=ehost-live>
40. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [Internet]. 2021 [citado 2025 nov 25]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
41. Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem. Índice de qualidade do sono de Pittsburg – versão portuguesa (PSQI-PT), Instruções de pontuação e referência [Internet]. Universidade Católica Portuguesa; 2017 [citado 2025 abr 20]. Disponível em: <https://fcse.lisboa.ucp.pt/system/files/assets/files/instrucoes-psqi-pt.pdf>
42. Marôco J. Análise estatística com o SPSS Statistics: v. 18 a 27. 8ª ed. Pero Pinheiro: ReportNumber; 2021. 1022 p.
43. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 6ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2014. 1240 p.
44. Field A. Discovering statistics using IBM SPSS Statistics. 6ª ed. Londres: SAGE; 2024.
45. Hollander M, Wolfe DA, Chicken E. Nonparametric statistical methods. 3ª ed. Hoboken: Wiley; 2013. 848 p.

46. World Medical Association (WMA). Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial [Internet]. Fortaleza: WMA; 2013 out [citado 2026 jan 14]. Disponível em: https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia_2013.pdf
47. Lei n.º 58/2019. D.R. n.º 151/2019. I Série (2019-08-08) [citado 2026 jan 16]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>
48. Paulino DSM, Borrelli CB, Faria-Schützer DB, Brito LGO, Surita FG. Non-pharmacological Interventions for Improving Sleep Quality During Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetricia* [Internet]. 2022 [citado 2025 mar 5]; 44(8):776-84. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9948122/>
49. Felix NAR, Ceolim MF. O sono nos trimestres gestacionais: um estudo longitudinal. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2023 [citado 2025 dez 11]; 44:e20210278. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/X3PfZk9pKqc4BgQrs3rFVxw/?format=pdf&lang=pt>
50. Fagundes DL, Cantilino A, Hinrichsen EA, Santoianni MS, Junior EBC. Tratamento farmacológico da insônia durante a gravidez. *Brazilian Journal of Health Review*. [Internet]. 2022 [citado 2025 mar 5]; 5(2):7295-308. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/46881/pdf>
51. Coelho M, Maia F, Carvalho L, Coelho P, Rodrigues F, Pires J. Qualidade do Sono no terceiro trimestre de gravidez – um estudo observacional [Internet]. III Jornadas Multidisciplinares de Medicina Geral e Familiar; 2021 set 23-25; Porto, Portugal [citado 2025 set 9]. Disponível em: <https://repositorio.ipcb.pt/entities/publication/00468426-eae8-4585-b363-f5af9232a938>
52. Banaei M, Alizadeh S, Roozbeh N, Ghare-Naz MS, Taghvaei E, Parviz L, et al. Sleep quality during pregnancy: the role of anxiety, fear of childbirth, and obstetric factors – a multicenter cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2025 [citado 2026 jan 15]; 25:3797. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12590683/>

53. Felix NAR. Gestação, sono e qualidade de vida: estudo longitudinal [tese de doutoramento Internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem; 2024 [citado 2025 dez 12]. Disponível em: <https://www.repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1403649>
54. Silva MCG, Monte AS. Fatores que afetam a qualidade do sono em gestantes: uma revisão integrativa [Internet]. 2022 [citado 2025 mar 5]. Disponível em: <https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/4473/1/MARIA%20CLARA%20GONÇALVES%20DA%20SILVA%20Artigo.pdf>
55. VR V, Ramanathan M, Bhavanani AB, Ghose M, MS M. Status of sleep deprivation among pregnant women in tertiary care hospital: a cross-sectional Survey. *Internacional Journal Of Environmental Sciences* [Internet]. 2025 [citado 2025 set 22]; 11(19). Disponível em: <https://theaspd.com/index.php/ijes/article/view/5462>
56. Moura KL, Gonçalves CSA, Santos DF. Avaliação da qualidade do sono de gestantes em uma Unidade Básica de Saúde de Campina Grande. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas* [Internet]. 2021 [citado 2025 mar 5]; 20(4):594-600. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/45298/26019>
57. Monção RA, Cordeiro, P, Santos TN, Pinho L, Dias O, Brito MF. Alterações do sono e os fatores associados em gestantes atendidas pela atenção primária em saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de saúde mental* [Internet]. 2023 [citado 2026 jan 15]. 29. Disponível em: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602023000100075
58. Souza JCAM, Mascarenhas ABR, Correia IP, Rezende LC, Cyriaco MC, Silva RCD. Privação do sono e seus fatores associados em gestantes de um município do sudoeste goiano [Internet]. XVII CICURV - Congresso de Iniciação Científica da Universidade de Rio Verde; 2022; Rio Verde, Brasil [citado 2026 jan 16]. Disponível em: <http://revistas2.unirv.edu.br/cicurv/article/download/504/200/2924>

59. Passos ANS, Spanhol LL, Moura EG. A qualidade do sono da mulher: uma revisão integrativa de metanálises. Internet Latent Corpus Journal [Internet]. 2024 [citado 2025 dez 8]; 14(2):109-26. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/386986671_A_QUALIDADE_DO_SONO_D_A_MULHER_UMA_REVISAO_INTEGRATIVA_DE_METANALISES
60. Pratiwi DS, Dina H, Armayani. The Effect of Pregnancy Exercise on the Sleep Quality of Pregnant Women in the Third Trimester in the Working Area of Siotapina Public Health Center in Buton Regency. Malays Journal of Medical Research [Internet]. 2025 [citado 2025 set 22]; 9(3):69-76. Disponível em: <https://ejournal.lucp.net/index.php/mjmr/article/view/4503/3804>
61. Paulo A, Amo GD, Frias A. Educação para a saúde e adoção de estilos de vida saudáveis. Manual da Gravidez: diagnóstico, Desenvolvimento e Cuidados essenciais [Internet]. 2024 [citado 2025 mar 5]. 1. DOI: 10.37885/240316101.

Apêndices

Apêndice A – Cronograma de Elaboração do Estudo de Investigação

Cronograma do estudo														
Ano	2025										2026			
Mês	Mar	Abr	Maio	Jun	Julh	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr
Escolha do tema	x													
Revisão Bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	x						
Definição do tipo de estudo		x												
Parecer Comissão de Ética da instituição de saúde				x										
Colheita de dados														
Aplicação dos questionários online, com convite e agendamento dos grupos focais				x	x	x	x	x						
Análise de dados														
Análise dos dados quantitativos (questionário)								x	x	x				
Interpretação e discussão de resultados									x	x	x	x		
Conclusão													x	x
Entrega dissertação														x

Apêndice B – Convite para o Preenchimento do Questionário Online com código QR

Projeto de Investigação / Mestrado em Enfermagem

Avaliação da qualidade do sono no 3.º trimestre de gravidez



QR Code de acesso ao
questionário de
participação



Investigadora: Diana Janicas (dianajanicas9253@esscvp.eu)
Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice C – Questionário Parte I: Dados sociodemográficos e obstétricos

Tem história de ansiedade ou depressão medicadas antes da gravidez?

- Sim (e não continua – volta ao topo)
- Não

Parte I – Dados sociodemográficos e obstétricos

1. Idade: _____

2. Estado civil

- Solteira
- Casada/união de facto
- Divorciada/separada
- Viúva

3. Escolaridade

- Ensino Básico (até ao 9.º ano)
- Ensino Secundário (12.º ano)
- Curso técnico ou formação profissional
- Bacharelato/Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

4. Situação Profissional

- Empregada
- Desempregada
- Estudante
- Outra

5. Qual a profissão? _____

6. Trabalha, atualmente, em regime de trabalho exclusivamente noturno:

- Sim
- Não

7. Agregado Familiar

- Vive sozinha
- Vive com conjugue/companheiro(a)
- Vive só com o(s) filho(s)
- Vive com os pais
- Vive com outros familiares ou amigos

8. N.º de filhos anteriores a esta gravidez (vivos)

- 0
- 1
- 2
- 3 ou mais

9. Teve algum aborto espontâneo?

- Sim
- Não

10. Teve alguma situação de morte fetal?

- Sim
- Não

11. Tempo de gravidez hoje (em semanas)

- 32 – 36s+6d
- 37 – 40s+6d
- mais de 41s

Apêndice D – Questionário Parte III: Conhecimento e estratégias sobre o sono

1. A qualidade do seu sono piorou durante a gravidez?

- Sim

- Não

2. Quais das seguintes estratégias tem conhecimento de que possam beneficiar a qualidade do sono:

a) Horário regular para dormir:

- Sim

- Não

b) Evitar tabaco e álcool à noite:

- Sim

- Não

c) Quarto sem luz e sem ruído:

- Sim

- Não

d) Temperatura adequada no quarto:

- Sim

- Não

e) Evitar uso de telemóveis ou ecrãs antes de deitar:

- Sim

- Não

e) Fazer refeições ligeiras à noite:

- Sim

- Não

f) Evitar sestas em caso de dificuldade em adormecer à noite:

- Sim

- Não

g) Urinar antes de deitar:

- Sim
- Não

h) Em caso de refluxo dormir com a cabeceira mais elevada:

- Sim
- Não

i) Dormir de lado com uma almofada entre as pernas e outra a apoiar a barriga:

- Sim
- Não

3. Refira a fonte dos seus conhecimentos sobre o sono na gravidez:

- Médico
- Enfermeiro
- Família ou amigos
- Livros/Panfletos
- Meios de comunicação social (televisão, pesquisas na internet)
- Redes sociais

4. Considero os meus conhecimentos sobre o sono:

- Nenhum conhecimento
- Poucos conhecimentos
- Conhecimentos razoáveis
- Muitos conhecimentos
- Excelentes conhecimentos

Apêndice E – Consentimento Livre e Esclarecido em Formato Online

Cara participante,

Tendo em conta a realização de um estudo no âmbito de um projeto de investigação de mestrado que estou a desenvolver na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, gostaria de contar com a sua participação neste projeto.

O objetivo é contribuir para um maior conhecimento acerca da qualidade do sono das grávidas no 3.º trimestre e identificar os conhecimentos que apresentam acerca da promoção do sono.

A sua participação é voluntária e extremamente importante para o avanço do conhecimento nesta área. Este questionário demorará aproximadamente 15 minutos a ser preenchido. Os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial e anónima, garantindo que as suas respostas não serão partilhadas com terceiros e que ninguém que a conhece terá acesso ao seu questionário.

Agradeço antecipadamente a sua disponibilidade e colaboração, e solicito que responda a todas as questões de forma sincera e refletida, pois a precisão dos dados é essencial para o sucesso desta investigação.

Este questionário encontra-se dividido em três partes.

Muito obrigada pelo seu contributo!

Investigadora: Diana Janicas (dianajanicas9253@esscvp.eu)

Orientadora: Professora Maria Maceiras

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido:

- Declaro que LI e ACEITO participar voluntariamente.
- Declaro de LI e NÃO ACEITO participar voluntariamente na investigação.

Anexos

Anexo 1 – Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)

Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono apenas durante o **mês passado**. As suas respostas devem indicar o mais correctamente possível o que aconteceu na **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes?

Horário de deitar: _____h _____min

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes?

Minutos demorou a adormecer: _____min

3) Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes?

Horário de acordar: _____h _____min

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama).

Horas de noite de sono: _____h _____min

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, a que lhe pareça mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

b) Acordar ao meio da noite ou de manhã muito cedo:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

c) Levantar-se para ir à casa de banho:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

d) Ter dificuldade para respirar:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

e) Tossir ou ressonar alto:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

f) Sentir muito frio:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

g) Sentir muito calor:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

h) Ter sonhos maus ou pesadelos:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

i) Sentir dores:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

j) Outra razão, por favor, descreva: _____

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

☐ Muito boa	☐ Boa	☐ Má	☐ Muito Má
------------------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

7) Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

8) Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

9) Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

10) Vive com um(a) companheiro(a)?

☐ Não	☐ Sim, mas em outro quarto	☐ sim, no mesmo quarto mas, não na mesma cama	☐ sim, na mesma cama
------------------------------	---	--	---

Se tem um(a) companheiro(a) de cama ou quarto, pergunte-lhe se, no mês passado, **você teve**:

a) Ronco alto:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

b) Pausas longas na respiração durante o sono:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

c) Movimentos de pernas durante o sono:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

e) Outros sintomas na cama enquanto dorme, por favor, descreva:

Anexo 2 – Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT), Instruções de pontuação e referência

Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)

(João, Becker, Jesus, & Martins, 2017)

Instruções de pontuação e referência

Referência

João, K. A. D. R., Becker, N. B., Jesus, S. N., & Martins, R. I. S. (2017). Validation of the Portugal version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Psychiatry Research*, 247, 225–229.

Pontuações - reportadas em publicações

Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono

Examine a **questão 6** e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
Muito boa	0
Boa	1
Má	2
Muito má	3

Pontuação da componente 1: _____

Componente 2 – Latência do sono

1. Examine a **questão 2** e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
< ou = 15 minutos	0
16 a 30 minutos	1
31 a 60 minutos	2
>60 minutos	3

2. Examine a **questão 5a** e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

3. Some a pontuação da **questão 2 e 5a**
4. Atribua a pontuação da Componente 2 da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
0	0
1 e 2	1
3 e 4	2
5 e 6	3

Pontuação da componente 2: _____

Componente 3 – Duração do sono

1. Examine a **questão 4** e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
>7 horas	0
6 a 7 horas	1
5 a 6 horas	2
<5 horas	3

Pontuação da componente 3: _____

Componente 4 – Eficiência do sono

1. Atribua a pontuação da seguinte forma:

- a) Escreva o número de horas dormidas (**questão 4**): _____
- b) Calcule o número de horas de leito: [horário de levantar (**questão 3**)] – [horário de deitar (**questão 1**)]
- c) Calcule a eficiência do sono: $[\text{n}^\circ \text{ de horas dormidas} / \text{n}^\circ \text{ de horas de leito}] \times 100 = \text{eficiência do sono } \%$

2. Atribua a pontuação da componente 4 da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
>85%	0
75% a 84%	1
65% a 74%	2
<65%	3

Pontuação da componente 4: _____

Componente 5 – Distúrbios do sono

1. Examine as **questões de 5b a 5j** e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

2. Some a pontuação das **questões 5b a 5j**
3. Atribua a pontuação da componente 5 da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
0	0
1 a 9	1
10 a 18	2
19 a 27	3

Pontuação da componente 5: _____

Componente 6 – Uso de medicação para dormir

1. Examine a **questão 7** e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

Pontuação da componente 6: _____

Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas

1. Examine a **questão 8** e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

2. Examine a **questão 9** e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

3. Some a pontuação das **questões 8 e 9**

4. Atribua a pontuação da componente 7 da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
0	0
1 e 2	1
3 e 4	2
5 e 6	3

Pontuação da componente 7: _____

Qualidade do sono – valor global

Some as pontuações das 7 componentes para obter o valor global do PSQI (Qualidade do sono).

A pontuação varia de 0 a 21.

<5 boa qualidade do sono

>5 pobre qualidade do sono

Anexo 3 – Parecer da Comissão de Ética



PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Nº de identificação de registo 059/2025

TIPO DE ESTUDO: ESTUDO CLÍNICO

Tese de Mestrado:

"A qualidade de sono nas grávidas no 3º trimestre"

Com caráter excecional, a 20 de Junho de 2025, tendo parecer favorável da UIC (Unidade de Investigação Clínica), EPD (Encarregado para a Proteção de Dados), estando, a documentação entregue, de acordo com as normas de submissão impostas por esta CE, deliberou-se emitir parecer favorável

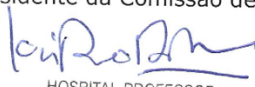
Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde – Amadora /Sintra a 20 de Junho de 2025:

Presidente	Dr. José Boléo-Tomé
Vice-presidente	Enfa. Sónia Semião
Vogais	Pe. André Ribeiro Dra. Andrea Furtado Dra. Ana Miranda Dra. Vera Costa Dra. Ana Paula Silva Prof. Dra. Maria Salomé Almeida TSDT Rafael Bernardo

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra, cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 20 de Junho de 2025, **Parecer Favorável**.

O Presidente da Comissão de Ética


HOSPITAL PROFESSOR
DOUTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E.
NIF: 503 035 416