



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA –
LISBOA

I MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Milene Andreia Fernandes Rosa Diogo

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E PROPRIEDADES
PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO BRIEF
INFANT SLEEP QUESTIONNAIRE, PARA A
POPULAÇÃO PORTUGUESA

Julho, 2023



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA -
LISBOA

I EDIÇÃO DO MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA

Milene Andreia Fernandes Rosa Diogo

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E PROPRIEDADES
PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO BRIEF
INFANT SLEEP QUESTIONNAIRE, PARA A
POPULAÇÃO PORTUGUESA

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

Orientador: Professor Doutor José Vilelas

Julho, 2023

“O conhecimento em si mesmo não tem nenhum valor”.

“É o uso do conhecimento que o torna valioso”

Les Giblin

Dedico a vós família.

Serão sempre a minha fonte de inspiração.

AGRADECIMENTOS

Durante a elaboração deste trabalho, fui agraciado com o apoio valioso de várias pessoas. A confiança que depositaram em mim e o tempo generosamente dedicado foram fontes de incentivo que impulsionaram a minha caminhada. Sou profundamente grato por ter contado com esse apoio, o qual me deu a força necessária para persistir.

Quero agradecer em especial ao Prof.^o Doutor José Vilelas, orientador científico deste trabalho, que me motivou para o desenvolvimento do tema e com o seu profissionalismo e disponibilidade me guiou ao longo deste percurso.

Agradeço também,

- Aos autores da escala Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form (BISQ-R SF), que amavelmente cederam a sua autorização para usar a escala neste estudo;

- À Enf^a Sandra Teixeira, à Enf.^a Marina Silva, à Dr^a Marina Bonett e ao Eng.^o David Diogo pela colaboração no processo adaptação do BISQ-R SF para a cultura portuguesa;

- Ao grupo de revisores da Pediatric Sleep Council;

- Aos funcionários dos infantários que gentilmente autorizaram e facilitaram a aplicação dos questionários;

- Aos pais das crianças que gentilmente responderam aos questionários;

- À Mafalda Mayer e ao Renato Nunes pelo tratamento dos dados em programa SPSS.

A todos o meu muito obrigado, sem todas estas PESSOAS não seria possível estar hoje a escrever estes agradecimentos.

RESUMO

O sono assume um papel fundamental no desenvolvimento infantil, sendo crucial para promover um crescimento físico, cognitivo e comportamental saudável.

Em todo o mundo, 10% a 35% das crianças enfrentam problemas de sono. Portugal também apresenta problemas semelhantes, no entanto há uma carência de dados recentes sobre os hábitos de sono em crianças pequenas, obtidos por meio de questionários validados para a nossa população.

Objetivos: Descrever as diferentes etapas de tradução, adaptação cultural e avaliar as propriedades psicométricas do questionário de sono infantil BISQ-R SF. Avaliar padrões de sono inadequado na amostra, tendo por base os critérios estabelecidos por Avi Sadeh; Caracterizar os hábitos de sono das crianças; Identificar os distúrbios de sono das crianças; Comparar o número de horas que dormem as crianças do estudo com os dados de crianças de outros países e de Portugal; Verificar a relação entre as duas dimensões de comportamento e percepção parental e os padrões de sono das crianças; Averiguar a relação entre a percepção dos pais e os padrões de sono das crianças; Verificar a relação entre o sexo dos pais e os comportamentos e percepção parental sobre o sono das crianças; Determinar a associação entre o sexo das crianças e os comportamentos e percepção parental dos pais em relação ao sono; Verificar se a prematuridade influencia os comportamentos e percepção parental dos pais em relação ao sono das crianças.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo realizado em duas fases. O 1º estudo é metodológico e o 2º estudo é descritivo, correlacional de abordagem quantitativa. No 1º estudo a escala foi traduzida e adaptada culturalmente para o português e aplicada a uma amostra de 120 crianças dos 0 aos 3 anos de idade, distribuídas por 4 infantários no distrito de Setúbal. Esta escala foi testada quanto à sua adequação e compreensão. A avaliação da confiabilidade e validade foi obtida por análises estatísticas - determinação do *Alpha de Cronbach*, para avaliação da confiabilidade e análise fatorial exploratória dos componentes principais para a validade interna. No 2º estudo foram avaliados os hábitos de sono das crianças, identificados os distúrbios de sono, bem como foram avaliados os comportamentos e percepções dos pais em relação ao sono dos seus filhos.

Resultados: O BISQ-R SF foi traduzido e adaptado para a cultura portuguesa. Os dados estatísticos demonstraram que o BISQ-R SF PT é um instrumento que apresenta propriedades psicométricas adequadas. Em relação à caracterização da amostra a média de idades das crianças foi de 23.02 meses. Constituída de forma semelhante por crianças de ambos os sexos e maioritariamente não prematuras. O tempo total de sono das crianças em 24h foi cerca de 12h. A média do número de despertares noturnos foi de 1.67 e de vigília noturna 22 minutos. A necessidade de intervenção externa estava presente para o adormecer e para o readormecer após os despertares noturnos. Os comportamentos parentais promotores de um sono independente e rotinas consistentes de sono são os melhores preditores de diminuição do número de despertares durante a noite e maior tempo total de sono noturno. A percepção dos pais em relação ao sono deteriora-se quando a criança apresenta padrões de sono irregulares e melhora quando a criança dorme por períodos mais longos durante a noite. Não foram observadas diferenças significativas nas atitudes e práticas parentais em relação ao sono das crianças com base no

membro específico da família (pai ou mãe). A avaliação dos comportamentos e da percepção parental em relação ao gênero no presente estudo revela que os pais têm uma percepção melhor em relação ao sono dos meninos em comparação com as meninas. O comportamento e a percepção parental em relação ao sono não variam substancialmente com base no momento do nascimento da criança, seja ela prematura ou a termo.

Conclusão: O BISQ-R SF PT é um instrumento com propriedades psicométricas adequadas, que garantem ao profissional ou ao investigador a sua utilização na sua prática. As crianças em estudo não apresentam padrões de sono inadequado de acordo com os três critérios estabelecidos por Sadeh, no entanto problemas comportamentais são evidentes. A aplicação da escala CSHQ-PT em crianças portuguesas, também demonstrou a existência de problemas comportamentais do sono, existindo desta forma oportunidades de intervenção nesta área.

Palavras-chave: Sono, Lactente, Questionários, Estudo de Validação, Psicometria

ABSTRACT

Sleep plays a fundamental role in child development, being crucial to promoting healthy physical, cognitive and behavioral growth.

Worldwide, 10% to 35% of children face sleep problems. Portugal also presents similar problems, however there is a lack of recent data on sleeping habits in young children, obtained through questionnaires validated for our population.

Objectives: Describe the different stages of translation, cultural adaptation and evaluate the psychometric properties of the BISQ-R SF infant sleep questionnaire. Evaluate inadequate sleep patterns in the sample, based on the criteria established by Avi Sadeh; Characterize children's sleeping habits; Identify children's sleep disorders; Compare the number of hours that children in the study sleep with data from children from other countries and Portugal; Verify the relationship between the two dimensions of parental behavior and perception and children's sleeping patterns; Investigate the relationship between parents' perception and children's sleeping patterns; Verify the relationship between parents' gender and parental behavior and perception of children's sleep; Determine the association between children's sex and parents' parental behaviors and perception regarding sleep; To verify whether prematurity influences parents' parental behaviors and perception regarding their children's sleep.

Material and Methods: This is a study carried out in two phases. The 1st study is methodological and the 2nd study is descriptive, correlational with a quantitative approach. In the 1st study, the scale was translated and culturally adapted into Portuguese and applied to a sample of 120 children from 0 to 3 years of age, distributed across 4 nurseries in the district of Setúbal. This scale was tested for suitability and understandability. The assessment of reliability and validity was obtained by statistical analysis - determination of Cronbach's Alpha, to assess reliability and exploratory factor analysis of the main components for internal validity. In the 2nd study, children's sleeping habits were evaluated, sleep disorders were identified, as well as parents' behaviors and perceptions regarding their children's sleep were evaluated.

Results: The BISQ-R SF was translated and adapted for Portuguese culture. Statistical data demonstrated that the BISQ-R SF PT is an instrument that presents adequate psychometric properties. Regarding the characterization of the sample, the average age of the children was 23.02 months. Consisting similarly of children of both sexes and mostly non-premature. The children's total sleeping time in 24 hours was about 12 hours. The average number of nighttime awakenings was 1.67 and nighttime wakefulness was 22 minutes. The need for external intervention was present to fall asleep and to fall asleep again after nighttime awakenings. Parental behaviors that promote independent sleep and consistent sleep routines are the best predictors of a decrease in the number of awakenings during the night and greater total nighttime sleep time. Parental perception of sleep deteriorates when the child has irregular sleep patterns and improves when the child sleeps for longer periods during the night. No significant differences were observed in parental attitudes and practices regarding children's sleep based on the specific family member (father or mother). The evaluation of parental behaviors and perception in relation to gender in the present study reveals that parents have a better perception regarding boys' sleep

compared to girls. Parental behavior and perception regarding sleep do not vary substantially based on when the child was born, whether premature or full-term.

Conclusion: The BISQ-R SF PT is an instrument with adequate psychometric properties, which guarantee the professional or researcher its use in their practice. The children under study do not present inadequate sleep patterns according to the three criteria established by Sadeh, however behavioral problems are evident. The application of the CSHQ-PT scale to Portuguese children also demonstrated the existence of behavioral sleep problems, thus creating opportunities for intervention in this area.

Keywords: Sleep, Infant, Questionnaires, Validation Study, Psychometrics

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASM – American Academy of Sleep Medicine

BISQ - Brief Infant Sleep Questionnaire

BISQ-E - Brief Infant Sleep Questionnaire – Versão espanhola

BISQ-R SF – Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form

BISQ-R SF PT - Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form - Versão Portuguesa

CBISQ - Brief Infant Sleep Questionnaire - Versão chinesa

CSHQ - Sleep Habits Questionnaire for Children

CSHQ-PT - Sleep Habits Questionnaire for Children versão portuguesa

CSHQ-I - Sleep Habits Questionnaire for Children versão portuguesa para neonatais

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DGS - Direção-Geral da Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ICN - International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

MESIP – Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

P-A - População Asiática

PBE – Prática Baseada na Evidência

P-C - População Caucasiana

PC - Pearson Correlation

PNSE - Programa Nacional Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PSG - Polisonografia

PSQI - Pittsburgh Sleep Quality Index

PSQI-PT - Pittsburgh Sleep Quality Index - Versão Portuguesa

REM – rapid eye movement

NREM – non- rapid eye movement

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

SSR - Sleep Self Report Questionare

SNS – Sistema Nervoso Central

INDÍCE

I.	INTRODUÇÃO	12
II.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	18
II.1	Sono Infantil.....	18
II.2	Problemas de Sono da Criança.....	21
II.3	Impacto dos Problemas do Sono na Criança e Família.....	28
II.4	Tratamento Comportamental Para Problemas de Sono na Infância.....	31
II.5	A Abordagem do Sono na Saúde Infantil	36
II.6	Modelo de Promoção de Saúde – Nola Pender.....	38
II.7	Avaliação do Sono nas Crianças Através de Instrumentos Validados.....	42
III.	MATERIAL E MÉTODOS	45
III.1	Objetivos e Hipóteses de Investigação.....	45
III.2	Tipo de Estudo	46
III.3	População e Amostra.....	47
III.4	Instrumento de Recolha de Dados.....	48
III.4.1	Etapas de Tradução, Adaptação Cultural e Propriedades Psicométricas do Questionário.....	52
III.5	Análise Estatística	54
III.6	Considerações Éticas.....	54
IV.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	57
IV.1	ESTUDO I - Tradução, Adaptação Cultural e Estudo das Propriedades Psicométricas do Questionário de Sono Infantil Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form: BISQ-R SF	57
IV.2	ESTUDO II - Padrão e Distúrbios de Sono das Crianças da Amostra ..	66
V.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	80
V.1	ESTUDO I - Tradução, Adaptação Cultural e Estudo das Propriedades Psicométricas do Questionário de Sono Infantil Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form: BISQ-R SF	80
V.2	Estudo II - Padrão e Distúrbios de Sono das Crianças da Amostra	84
VI.	CONCLUSÃO	101

VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
VIII.	APÊNDICES	124
IX.1	Apêndice A – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa	124
IX.2	Apêndice B – Pedidos de Autorização aos Infantários	125
IX.3	Apêndice C - Consentimento Informado do Questionário BISQ-R SF Versão Portuguesa.....	133
IX.4	Apêndice D - Versão BISQ-R SF Portuguesa: BISQ-R SF PT	135
IX.	ANEXOS	140
X.1	Anexo 1	140

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Perturbações do Sono - Prevalências	23
Quadro 2 - Repercussões da Privação do Sono na Criança	30

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Análise Fatorial da Subescala de Comportamento Parental	63
Tabela 2 - Análise Fatorial da Subescala de Percepção Parental.....	64
Tabela 3 - Média e Desvio Padrão das Variáveis Estudadas	65
Tabela 4 - Caracterização da Amostra	67
Tabela 5 - Variáveis de Sono Por Idade.....	68
Tabela 6 - Variáveis do Sono Noturno.....	69
Tabela 7 - Variáveis do Sono Noturno Por Idades.....	69
Tabela 8 - Variáveis de Sono Noturno	70
Tabela 9 - Variáveis do Sono Diurno/Sono nas 24h	70
Tabela 10 - Variáveis de Sono por Idade	71
Tabela 11 - Iniciação do Sono.....	72
Tabela 12 - Retoma do Sono	72
Tabela 13 - Local de Sono Durante a Noite	73
Tabela 14 - Sono da Criança VS Percepção dos Pais	73
Tabela 15 - Teste da Diferença de Médias das Variáveis Segundo o Número de Horas de Sono Noturno das Crianças Portuguesas Comparativamente Com os Valores de 600 minutos.....	74
Tabela 16 - Resultado Obtido do Teste de Pearson entre as duas dimensões comportamento a percepção dos pais e os padrões de sono das crianças	76
Tabela 17 - Resultado Obtido do Teste de Pearson Entre a Percepção dos Pais e os Padrões de Sono das Crianças – Como a Sua Criança Dorme à Noite	77
Tabela 18 - Teste da diferença de médias das variáveis parentais segundo o familiar com quem mais se relacionam	78
Tabela 19 - Teste da diferença de médias das variáveis parentais segundo o género das crianças	79
Tabela 20 - Teste da diferença de médias das variáveis parentais segundo a prematuridade dos bebés	79

I. INTRODUÇÃO

Os enfermeiros atualmente enfrentam desafios que os levam a procurar conhecimento científico, visando aprimorar a qualidade da prestação de cuidados e reduzir os custos operacionais ^{(1) (2)}.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) refere que a investigação em Enfermagem é um processo que apresenta uma metodologia rigorosa e válida cientificamente, procurando contribuir para o aumento de conhecimentos da disciplina de Enfermagem. Tem como finalidade dar respostas às necessidades de cuidados de saúde aos utentes, famílias e comunidades, envolvendo a promoção da saúde, prevenção da doença da pessoa ao longo do seu ciclo de vida, incluindo os processos de saúde-doença englobando a morte digna e sem sofrimento ⁽¹⁾.

O conhecimento obtido por meio da pesquisa em Enfermagem desempenha uma função primordial no desenvolvimento de uma Prática Baseada na Evidência (PBE). Esse conhecimento é aplicado para assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, otimizar os ganhos em saúde e, ao mesmo tempo, reduzir os custos operacionais ⁽²⁾. Como em qualquer disciplina, a Enfermagem requer uma constante produção e renovação do seu próprio corpo de conhecimento, sendo a investigação uma estratégia para garantir esse processo ⁽¹⁾.

Tendo em conta o que se disse anteriormente a OE defende e a sua missão é a garantia da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Para a OE através da investigação em Enfermagem os enfermeiros têm oportunidade de atingir este objetivo. Realça que a investigação em Enfermagem é essencial para a afirmação da Enfermagem tanto como disciplina, como profissão e permite também melhorar a saúde das comunidades alicerçada em cuidados seguros e de elevada qualidade ⁽¹⁾. Assim, OE recomenda e respalda, sem impedir que os enfermeiros possam explorar outras dimensões, através da definição de quatro eixos prioritários de pesquisa. Esses eixos são fundamentados nas contribuições dos Órgãos Sociais, nas Unidades de Investigação em Enfermagem, nas estratégias e diretrizes do Plano Nacional de Saúde, bem como nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem ⁽¹⁾.

O presente trabalho de investigação “Tradução, Adaptação e Avaliação das Propriedades Psicométricas do Questionário Brief Infant Sleep Questionnaire – Short Form, para a população portuguesa” enquadra-se no 2º eixo prioritário de investigação - Educação para a Saúde na aprendizagem de capacidades, que inclui as pesquisas na área da Educação para a Saúde e no desenvolvimento de habilidades que impulsionem programas de intervenção em áreas consideradas prioritárias, especificamente aspetos de saúde populacional relacionados com a dependência para o autocuidado e a necessidade de cuidados continuados, padrões de vida, qualidade de vida e impacto ambiental ⁽¹⁾.

A escolha do tema de pesquisa envolve a seleção de um assunto alinhado com as preferências, capacidades, habilidades e interesses da pessoa que pretende desenvolver um trabalho científico. É crucial que o tema escolhido reflita o interesse do pesquisador e esteja situado num campo de conhecimento, pois para abordar de forma adequada um tema de investigação, é essencial que o pesquisador tenha domínio sobre o assunto e esteja apto a utilizar as fontes bibliográficas para fundamentar a sua investigação ⁽³⁾. Desta forma o foco de atenção do estudo será o **sono na criança**.

A importância da atenção clínica em relação ao sono pediátrico é cada vez mais estudada e a sua importância é crescente, devido à elevada prevalência de distúrbios do sono em crianças ⁽⁴⁾. As questões relacionadas com o sono, como sejam as dificuldades no início do sono, os despertares noturnos e o sono de curta duração, têm sido associadas a alterações comportamentais, disfunções neurocognitivas e complicações a longo prazo, nomeadamente obesidade, doenças cardiovasculares e diminuição do êxito escolar ⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

A consolidação do sono durante a noite é um processo de maturação que ocorre rapidamente durante o primeiro ano de vida ⁽⁵⁾. Todavia, estudos internacionais indicam que entre 15% e 35% dos lactentes e crianças pequenas enfrentam dificuldades nesse processo, resultando em padrões de sono segmentados, que resultam em números e prolongados despertares durante a noite ⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

As crianças têm o direito inquestionável de obter os mais elevados padrões de cuidados de saúde, sendo este um direito fundamental que não pode ser negligenciado. ⁽⁸⁾. O EEESIP tendo como binómio de atuação a criança/família tem

como objetivo principal promover a maximização da sua saúde e a atuação nos problemas de sono da criança, deverá fazer parte do seu plano de intervenção ⁽⁹⁾.

A investigação dos padrões e distúrbios de sono na população pediátrica é um tema de grande relevância devido às implicações que pode ter na saúde do indivíduo. Essas implicações não se limitam apenas à fase infantil, mas também poderá trazer potenciais repercussões que se perpetuam na vida adulta.

Nola Pender será a teórica que sustenta todas as asserções relacionadas com as intervenções de Enfermagem promotoras de um sono saudável. No seu modelo de Promoção da Saúde defende que os cuidados de enfermagem têm como objetivo ajudar as pessoas a alcançarem saúde e bem-estar ideais. Pender ainda afirma, que as características e experiências de vida de cada indivíduo têm impacto direto nas suas ações e decisões em relação à sua saúde. A saúde não é definida apenas como a ausência de doença, mas como o estado de bem-estar ⁽¹⁰⁾. Assim, e tendo em conta que o estudo é sobre o sono das crianças, é preciso avaliar os comportamentos aprendidos desde a infância sobre o sono, adquiridos nos ambientes familiares e comunitários. Pois estes irão desenvolver a capacidade da criança de participar em comportamentos de promoção de um sono saudável. Enquanto Enfermeiros temos a oportunidade de melhorar o bem-estar da criança e futuro adulto e prevenir doenças quando são estabelecidos comportamentos de promoção da saúde ⁽¹¹⁾.

Em Portugal, as crianças, também parecem apresentar problemas de sono, no entanto, os dados recentes existentes na literatura são insuficientes, nomeadamente aqueles que resultaram da aplicação de instrumentos validados, por exemplo: questionários ⁽¹²⁾ ⁽⁷⁾.

Um método amplamente aceite pela comunidade científica para a realização destes estudos envolve a utilização de instrumentos validados e comparáveis internacionalmente, com propriedades psicométricas adequadas. A análise dos resultados desses instrumentos é fundamental para chegar a conclusões fidedignas ⁽¹³⁾.

Os questionários de sono são instrumentos de recolha de dados úteis para avaliar o sono, pois permitem que as medidas se tornem padronizadas e aplicáveis em diferentes contextos ⁽⁶⁾, podendo ser usados quer em estudos comunitários, quer em ensaios clínicos, envolvendo tanto crianças saudáveis, como crianças com várias

patologias. Contudo, é crucial que os instrumentos utilizados sejam devidamente validados para a população em estudo, apresentando propriedades psicométricas adequadas. Além disso, é essencial que sua adaptação cultural seja o mais sensível possível ⁽¹³⁾.

A aplicação de um questionário validado e culturalmente adaptado a uma determinada população possibilita a utilização de perguntas padronizadas, facilitando a obtenção de respostas comparáveis nesse grupo específico, e obter conclusões confiáveis sobre o foco de atenção em estudo ⁽¹³⁾.

Existem apenas quatro questionários traduzidos e adaptados para a população portuguesa: Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ-PT) que avalia o sono das crianças entre os 2 e os 10 anos de idade ⁽⁷⁾, Children's Sleep Habits Questionnaire para bebés com menos de 12 meses (CSHQ-I) ⁽¹⁴⁾, o questionário Sleep Self Report (SSR) ⁽¹⁵⁾ destinado a ser respondido pelas crianças dos 7 aos 12 anos e o Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI-PT, que é um questionário destinado a uma população com 18 ou mais anos. Desta forma, é compreensível a necessidade de se validar mais questionários para a língua e cultura portuguesa.

O questionário “Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised (BISQ-R)”, segundo o Pediatric Sleep Council, é um sistema de pontuação referenciado por normas com base na idade e baseado em pesquisas completas de 150.000 lactentes e crianças pequenas ⁽¹⁶⁾ sendo um instrumento para triagem de distúrbios do sono indicado para ser aplicado em lactentes e crianças pequenas (0-3 anos). Este questionário possibilita uma seleção efetiva de um maior número de crianças com distúrbios do sono, por parte de profissionais de saúde ⁽¹⁷⁾. Para além disto, é uma um instrumento simples e sintético de análise do sono infantil para fins clínicos e científicos ⁽¹⁸⁾.

O questionário de sono BISQ desenvolvido em 2004 por Sadeh ⁽¹⁸⁾, foi posteriormente ampliado e revisto (BISQ-R) ⁽¹⁹⁾ e tem sido amplamente utilizado em estudos em todo o mundo. O BISQ e o BISQ-R já foram traduzidos para várias línguas, nomeadamente, para o português do Brasil ⁽¹⁷⁾, Nepalês ⁽²⁰⁾, Chinês ⁽²¹⁾, Turco ⁽²²⁾ e Espanhol ⁽²³⁾, no entanto não existe nenhuma tradução para o português de Portugal.

A tradução, adaptação cultural e a avaliação das propriedades psicométricas do questionário de sono BISQ-R para a população portuguesa permitirá que um maior número de crianças com distúrbios do sono possa ser diagnosticadas por profissionais de saúde em Portugal, bem como permitirá ser utilizado para fins de investigação.

O presente estudo de investigação foi organizado em duas partes distintas, nomeadamente o Estudo I e o Estudo II. Cada estudo terá os seus objetivos.

Do **Estudo I** faz parte tradução, adaptação cultural e análise das propriedades psicométricas do questionário de sono infantil Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form. Os objetivos definidos para o Estudo I foram:

- Descrever as diferentes etapas de tradução e adaptação cultural para a língua e cultura portuguesa do questionário de sono infantil “Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form - BISQ-R SF (Anexo 1);
- Avaliar as propriedades psicométricas do questionário de sono infantil “Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form - BISQ-R SF” na população portuguesa.

Do **Estudo II** fez parte o estudo dos padrões e distúrbios de sono das crianças dos 0-3 anos de quatro infantários da região de Setúbal, Marateca e de Vendas Novas. Os objetivos definidos para o Estudo II foram:

- Avaliar padrões de sono inadequado na amostra, tendo por base os critérios estabelecidos por Avi Sadeh;
- Caracterizar os hábitos de sono das crianças;
- Identificar os distúrbios de sono das crianças;
- Comparar o número de horas que dormem as crianças do estudo com os dados de crianças de outros países e de Portugal;
- Verificar a relação entre as duas dimensões de comportamento e perceção parental e os padrões de sono das crianças.
- Averiguar a relação entre a perceção dos pais e os padrões de sono das crianças;
- Verificar a relação entre o sexo dos pais e os comportamentos e perceção parental sobre o sono das crianças;

- Determinar a associação entre o sexo das crianças e os comportamentos e percepção parental dos pais em relação ao sono;
- Verificar se a prematuridade influencia os comportamentos e percepção parental dos pais em relação ao sono das crianças.

O presente trabalho é constituído por uma introdução, enquadramento teórico, material e métodos utilizados, objetivos e hipóteses levantadas, seguida da apresentação de resultados do Estudo I e do Estudo II. A discussão dos resultados vem na continuação da apresentação dos resultados e o trabalho culmina com a conclusão.

Na introdução é abordada a importância da investigação para a enfermagem enquanto disciplina e profissão, bem como estão identificados, o tema, a problemática e os objetivos desta dissertação de mestrado bem como a justificação da sua pertinência.

No enquadramento teórico é realizada a fundamentação teórica sobre o sono infantil, bem como os problemas de sono da criança e o impacto desses problemas na criança e família. É abordado o tratamento comportamental como intervenção nos problemas do sono da criança e a abordagem dos profissionais de saúde em relação a esta problemática. Os questionários do sono como instrumento de avaliação do padrão do sono da criança são apresentados, nomeadamente os questionários de sono validados para a população portuguesa. Será apresentado o questionário BISQ-R e a sua importância para a prática clínica e de investigação nos problemas de sono da criança pequena (0-3 anos).

Após o enquadramento teórico, inicia-se a descrição do material e métodos utilizados na realização desta investigação, nomeadamente, objetivos e hipóteses levantadas, população e amostra utilizada, instrumento de recolha de dados, bem como as etapas alcançadas para a tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas do questionário BISQ-R SF para a língua portuguesa. A análise estatística do sono das crianças em estudo e as considerações éticas também são apresentadas. Seguidamente, os resultados são discutidos. A finalização do trabalho ocorre na conclusão, onde se destaca o alcance dos objetivos propostos e das hipóteses levantadas, identifica limitações e oferece sugestões para futuras investigações. Além disso, são sintetizadas as aprendizagens obtidas.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico tem como objetivo analisar documentos teóricos e empíricos pertinentes, proporcionando uma contextualização da problemática do estudo. Por conseguinte, a revisão da literatura sobre a temática permite delimitar o estado atual dos conhecimentos relacionados com a área problemática em análise⁽²⁴⁾.

II.1 Sono Infantil

Na literatura o sono encontra-se definido como um estado de comportamento reversível, que implica uma desconexão com o ambiente enquanto o corpo relaxa⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾. É uma necessidade fisiológica caracterizada por funções biológicas essenciais, como a restauração do organismo e a conservação da energia, contribuindo para o equilíbrio físico e emocional da pessoa⁽²⁷⁾.

Segundo a OE, o sono desempenha um papel fundamental no funcionamento saudável do organismo, e é especialmente importante para o crescimento e desenvolvimento das crianças. Durante o sono, ocorrem inúmeros processos reparadores e de consolidação que afetam vários aspetos da saúde física e mental da criança. Algumas das funções essenciais do sono incluem manutenção da vigília; preservação de energia através de processos anabólicos e dos mecanismos de termorregulação central; regulação da atividade dos sistemas endócrinos, imunológico pela produção de citocinas e metabólico, renovação celular e maturação e plasticidade do cérebro⁽²⁸⁾. O sono tem consequência direta sobre o desenvolvimento da criança, assim como no comportamento, na aprendizagem, no humor e nas funções cognitivas cerebrais de nível superior⁽²⁹⁾ e tem também uma função primordial para a nossa sobrevivência, pois ao longo da vida, o sono desempenha funções tão vitais que a sua ausência pode levar à morte⁽⁷⁾.

O sono emerge, desta forma, como um elemento crucial para o desenvolvimento infantil, sendo a sua relevância associada a um crescimento físico, cognitivo e comportamental saudável. A literatura enfatiza, como já foi referido, a sua indispensabilidade para a sobrevivência humana, tal como a alimentação.

Todavia o sono como função natural e básica está sujeita a uma evolução contínua ao longo da vida⁽³⁰⁾.

O sono pode ser dividido em dois tipos: a) sono REM (*rapid eye movement*) e b) sono NREM (*non-REM*), de acordo com o padrão de atividade elétrica do Sistema Nervoso Central (SNS), tônus muscular e movimento ocular⁽³¹⁾. Nos lactentes, os dois tipos de sono são conhecidos como sono ativo (REM) e sono passivo (NREM)⁽³²⁾.

O sono REM, sendo mais comum na segunda metade da noite, alterna características de sono profundo com características de sono leve, ocorrendo em ciclos de cerca de 90 minutos cada. Durante esta fase do sono, há um relaxamento muscular, exceto dos músculos responsáveis pelos movimentos oculares rápidos. No entanto nos recém-nascidos este relaxamento não se observa, apresentando pequenos movimentos das extremidades ou da face. O sono REM é a etapa do sono associada aos sonhos e é conhecida pela intensa atividade cerebral⁽³³⁾.

O sono NREM caracteriza-se por ser mais profundo e ocorre maioritariamente na primeira metade da noite. É constituído por 4 estádios. Os estádios 1 e 2 correspondem ao sono leve. Os estádios 3 e 4 habitualmente combinados, revelam um padrão elétrico característico com ondas cerebrais lentas, denominadas de ondas delta. Essa fase é vulgarmente referida como o sono de ondas lentas⁽³³⁾.

Durante o sono NREM as crianças dormem tão profundamente que dificilmente são acordadas. Se acordarem, as crianças manifestam comportamentos associados a estados confusionais e de desorientação, uma vez que é nesta fase do sono, que a atividade cerebral é mais lenta e profunda e, portanto, o despertar pode implicar um período abrupto de transição do estado de sono para a vigília, levando a uma sensação de confusão temporária.⁽³³⁾

Não obstante, há que referir que a distribuição das fases do sono (REM e NREM) não é constante, muda com a idade da pessoa. Assim, os prematuros passam 80% do seu tempo de sono em REM, os recém-nascidos de termo 50%, e diminui para 30% nos lactentes. A necessidade de elevados níveis de sono ativo no período neonatal não é clara, mas talvez importante para a maturação cerebral e a

plasticidade sináptica. Os períodos de sono tranquilo duram cerca de 20 minutos e representam 25-35% do sono global ⁽³⁴⁾. Desta forma, o sono NREM aumenta enquanto o sono REM diminui ⁽³¹⁾. A proporção entre sono REM e NREM vai mudando e diminuindo com o crescimento, acompanhando a maturação do SNC ⁽³⁵⁾.

O sono não se caracteriza por um estado constante, pelo contrário, ele segue uma alternância entre os ciclos de sono REM e NREM, ocasionalmente interrompidos por breves despertares. A maioria desses despertares passa despercebida tanto pelos observadores quanto pelo próprio. Na infância, a maioria das crianças desenvolve mecanismos autorreguladores que lhes permitem voltar a adormecer após esses despertares. Cada ciclo de sono tem uma duração de aproximadamente 50-60 minutos em recém-nascidos, aumentando progressivamente para 90 minutos na adolescência ⁽³⁶⁾.

Relativamente ao desenvolvimento do ciclo sono-vigília, acredita-se que este surge no útero materno, ainda, durante a formação do feto ^{(25) (26) (37)}. A literatura revela que durante a vida intrauterina, o feto passa por fases de sono tranquilo e sono ativo, que são consideradas como estádios iniciais do sono REM e NREM ⁽³²⁾. Com o nascimento e o consequente desenvolvimento rápido, uma das funções fundamentais para a estabilização do ciclo de sono-vigília é a sincronização fisiológica da criança com as interações sociais primárias ⁽³⁸⁾.

Existem autores que afirmam que inicialmente o sono do recém-nascido, não tem uma organização circadiana, ou seja, é indiferente ao ambiente (ultradiano). Os ciclos de sono-vigília mantêm um padrão polifásico, com alternância a cada três ou quatro horas, com despertares geralmente desencadeados pela necessidade de satisfazer a fome ^{(31) (39)}.

A vigília é responsável por apenas 8-10% de um dia em lactentes até às 8 semanas ⁽³¹⁾ e estes períodos de vigília vão aumentando gradualmente durante o dia com o crescimento da criança. Aos 3 meses de idade, o padrão circadiano de sono começa a ser gradualmente estabelecido. Sendo a duração do sono noturno maior que a do sono diurno. Por norma aos 12 meses o padrão de sono estável está estabelecido nos hábitos de vida da criança ⁽⁴⁰⁾.

Relativamente às necessidades diárias de sono na criança, estas decrescem lentamente nestes primeiros meses. A criança necessita cerca de 16,3 horas diárias ao nascer, diminuindo para 14,8 horas diárias aos 16 meses, havendo sobretudo um decréscimo do sono diurno, com aumento da vigília diurna e diminuição do número de sestas. À noite e por volta dos 16 meses o sono contínuo aumenta, em média, das 4 para as 8,5 horas⁽³⁷⁾. Aos 2-3 anos a necessidade de sono da criança reduz para 12 horas diárias, com decréscimo para as 9 horas diárias entre os 9 e os 12 anos^{(37) (38)}.

A Academia Americana de Medicina do Sono (AASM) recomenda em relação ao número total de horas diárias de sono, que os neonatos deverão dormir em média 17 nas 24 horas, lactentes dos 4 aos 12 meses - 12 a 16 horas (incluindo sestas), a criança de 1 a 2 anos - 11 a 14 horas (incluindo sestas), a criança de 3 a 5 anos - 10 a 13 horas (incluindo sestas), a criança de 6 a 12 anos - 9 a 12 horas de sono noturno e o adolescente de 13 a 18 anos - 8 a 10 horas de sono noturno⁽⁴¹⁾.

Durante a infância, observa-se uma diminuição do sono diurno e uma redução do total do sono em 24 horas. Aos 3 anos, a maioria das crianças deixa de realizar a sesta. A criança começa a privilegiar as necessidades sociais em desvalorizando algumas necessidades fisiológicas. Após a consolidação de um único período de sono, a evolução ocorre de maneira mais gradual, com uma redução progressiva no número de horas de sono até a adolescência⁽⁴²⁾.

Estabelecer a número de horas de sono que uma criança deverá realizar nem sempre é uma atividade fácil, e por sua vez definir a qualidade do sono é ainda mais desafiador. No entanto, é conhecido que as mudanças em ambas as dimensões têm repercussões significativas a nível físico, psicológico e cognitivo, tanto no presente como no futuro da criança⁽⁴³⁾.

II.2 Problemas de Sono da Criança

Os problemas do sono em crianças referem-se a hábitos, comportamentos e padrões de sono que são considerados desajustados e indesejáveis⁽⁴⁴⁾. Estes representam uma das preocupações mais comuns para pais e profissionais de saúde, afetando entre 15% a 35% das crianças ocidentais nos primeiros anos de vida^{(14) (45)}.

A evidência refere que os distúrbios do sono são uma das principais perturbações comportamentais em crianças de todas as idades. Embora muitas vezes transitórios estes problemas são observados com frequência na prática clínica, desempenhando um papel significativo no desequilíbrio emocional da criança e sua família⁽⁴⁶⁾. Para a família são uma fonte de angústia e stress. Os comportamentos parentais que surgem podem estar associados a potenciais consequências graves, como um défice no desenvolvimento da criança, punições físicas e morbilidade tanto individual quanto familiar⁽⁴⁷⁾.

Torna-se evidente a importância de destacar que a inadequação do sono pode manifestar-se tanto pela quantidade ou seja pela alteração da sua duração quanto pela qualidade através da modificação da sua estrutura neurofisiológica⁽⁴⁴⁾.

A Direção-Geral da Saúde (DGS) salienta ainda que as perturbações primárias do sono podem resultar de alterações na duração ou na qualidade do sono (dissónias), ou de eventos comportamentais ou fisiológicos anómalos associados ao sono (parassónias), como terrores noturnos, pesadelos, sonambulismo, entre outros⁽⁴⁸⁾.

Desta forma pode-se dividir também, os problemas do sono em dissónias e parassónias, pela Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)⁽⁴⁹⁾. As dissónias estão relacionados com perturbações durante a iniciação ou manutenção do sono ou existência de sonolência excessiva, caracterizando-se por uma desregulação na quantidade, qualidade e ritmo do sono. Este distúrbio abrange a hipersónia primária, insónia primária, perturbação do sono relacionada com a respiração, perturbação do ritmo circadiano do sono, narcolepsia e dissónias sem outra especificação. Por outro lado, as parassónias referem-se a comportamentos anormais ou fisiológicos relacionados com eventos que ocorrem durante o sono ou durante a transição sono-vigília. Estas perturbações incluem perturbação do despertar parcial (dormir/acordar), perturbações associadas ao sono REM, sonambulismo, pesadelos, bruxismo e enurese noturna⁽⁴⁹⁾.

Nas crianças pequenas, os problemas de sono mais comuns incluem as dificuldades para iniciar e manter o sono, conhecidas como problemas no momento de dormir (bedtime problems) e despertares noturnos (night wakings)⁽⁵⁰⁾. Num estudo realizado por Mindell e os seus colaboradores, conclui-se que 20% a 30% das

crianças até aos 3 anos de idade manifestavam essas queixas e que grande parte delas (84%) permanecem até aos 3 anos de idade com essas queixas de sono ⁽⁵¹⁾ ⁽⁵²⁾. Todavia, é importante reforçar que, a prevalência de problemas de sono varia com a idade. De um modo geral, a dificuldade para iniciar o sono e os despertares noturnos são verificados em aproximadamente 40% dos recém-nascidos e 20% a 50% das crianças até à idade pré-escolar. Por outro lado, a resistência em dormir é relatada por 15% a 27% das crianças em idade escolar ⁽⁵³⁾.

Os estudos que investigam a prevalência dos problemas e perturbações do sono podem apresentar uma variação considerável nos resultados, uma vez que os mesmos podem ser influenciados por vários fatores, nomeadamente, pelas definições utilizadas, pela escala de frequência dos comportamentos e pela idade das crianças envolvidas ⁽⁴⁴⁾. A título indicativo, o Quadro 1 apresenta as prevalências das perturbações mais comuns nas crianças ⁽⁵¹⁻⁵⁵⁾. Os resultados indicam que a maioria das crianças (59%) apresentam perturbações do sono relacionados com movimentos rítmicos e 50% com sonilóquios ou mesmo pesadelos. Episódios de Narcolépsia e de pernas inquietas são pouco significativos.

Quadro 1 - Perturbações do Sono - Prevalências

PERTURBAÇÃO DO SONO	PREVALÊNCIA
Movimentos rítmicos	59% ⁽⁵⁴⁾
Sonilóquio	50% ⁽⁵⁴⁾
Insónia comportamental da infância	20–30% ⁽⁵⁵⁾
Sonambulismo	15-40% ⁽⁵⁵⁾
Pesadelos	10-50% ⁽⁵⁴⁾
Bruxismo	14-38% ⁽⁵⁴⁾
Síndrome de atraso de fase	7-16 % ⁽⁵⁶⁾
Terros noturnos	1 a 6% ⁽⁵⁴⁾
Síndrome de pernas inquietas	0,5-2% ⁽⁵⁷⁾
Narcolepsia	0,02-0,05% ⁽⁵⁴⁾
Ressonar habitual	3 a 12% ⁽⁵⁸⁾
Síndrome de apneia obstrutiva do sono	1 a 3% ⁽⁵⁸⁾

Problemas no Momento de Dormir

Os problemas no momento de dormir, nomeadamente, de resistência em ir para a cama, dificuldade em permanecer nela ou recusa em participar na rotina pré-sono, ocorrem em cerca de 10% a 30% das crianças pequenas⁽⁵³⁾.

A rotina pré-sono, é caracterizada por uma sequência de atividades que são realizadas antes da criança ir para a cama. Essa rotina tem como objetivo proporcionar um ambiente calmo e tranquilo, estimular o relaxamento e ajudar a criança a preparar-se para uma boa noite de sono. Estes procedimentos podem variar de família para família, mas geralmente envolve atividades que promovem o relaxamento e a transição do estado de alerta para o estado de sono. Dar banho à criança, vestir o pijama, escovar os dentes, contar uma história calmante, colocar uma música suave, diminuir ou apagar as luzes são exemplos de atividades comuns na rotina pré-sono⁽⁵³⁾.

É importante estabelecer uma rotina consistente e seguir a mesma sequência de atividades todas as noites. Isso ajuda a alertar o cérebro da criança que é hora de se preparar para dormir. Uma rotina pré-sono bem estruturada pode contribuir para uma transição mais suave para o sono e ajudar a promover um sono mais tranquilo e reparador para a criança^{(53) (59)}.

Frequentemente, os desafios de sono no momento de dormir surgem à medida que as crianças adquirem autonomia e desafiam os limites estabelecidos pelos pais/cuidadores. Consequentemente, muitos pais enfrentam obstáculos ao lidar com esses comportamentos durante a noite, o que pode levar a inconsistências na rotina pré-sono e no estabelecimento de limites. Desta forma, começam a surgir os problemas no momento de dormir⁽⁵⁹⁾.

Despertares noturnos

Os despertares noturnos observam-se, em 25% a 50% das crianças pequenas, sendo mais prevalentes em crianças com idades entre 6 meses e 3 anos⁽³⁶⁾.

Os despertares noturnos, estão intimamente ligados com os hábitos e comportamentos que a criança adquiriu para adormecer, ou seja, às condições associadas ao início do sono. Muitas vezes, os despertares noturnos frequentes

resultam de associações inadequadas com o sono, como dependência de fatores externos, incluindo colo, amamentação, biberão, chupeta, televisão, telemóvel e/ou presença dos pais antes de dormir ⁽⁵⁹⁾. A literatura, ainda demonstra, que a presença dos pais é o preditor mais comum de despertares noturnos ⁽³⁶⁾. Portanto, as crianças que adormecem com contato físico ou envolvimento parental ativo têm maior probabilidade de precisarem de ajuda para voltar a dormir após os despertares noturnos típicos ^{(53) (60)}.

Os despertares noturnos fazem parte do padrão natural do sono das crianças pequenas e acontecem sempre no final de cada ciclo de sono, sendo desta forma, uma experiência comum para a maioria das crianças. No entanto é fundamental destacar, que quando uma criança permanece acordada e expressa o despertar através de choro, pedidos ou saindo da cama, isso indica uma dificuldade em adormecer de forma independente ⁽⁵⁹⁾.

Os problemas no momento de dormir e os despertares noturnos frequentes, são apresentados na Classificação Internacional de Problemas de Sono da Academia Americana de Medicina do Sono, na categoria de diagnóstico de insónia comportamental da infância ⁽⁶¹⁾. Há três subtipos de insónia comportamental na infância: a insónia de associação, a insónia por dificuldades na imposição dos limites e a insónia do tipo combinado. A insónia de associação é definida pela dependência que a criança desenvolve em relação a certos cuidados específicos, como por exemplo: ser embalada. A repetição destes comportamentos leva ao aumento dessa exigência comportamental. Portanto, na ausência desse fator associado, as dificuldades de sono aumentam nomeadamente no que diz respeito aos atrasos para iniciar ou retomar o sono quando interrompido. A insónia por dificuldades na imposição dos limites é caracterizada pela recusa ou pelo adiamento em ir para a cama por parte da criança. A insónia do tipo combinado é caracterizada, pela associação dos comportamentos da insónia de associação e da insónia por dificuldades na imposição dos limites, sendo o exemplo de uma criança precisar de um determinado tipo de ambiente para iniciar o sono ou após despertares noturnos frequentes e problemáticos, mas também demonstra resistência ao deitar ⁽⁶¹⁾.

Nos recém-nascidos, os problemas de sono mais comuns, são os despertares noturnos frequentes e resistência a dormir ⁽⁵²⁾. Entre os 12 e os 36 meses de idade, cerca de 25% a 30% das crianças enfrentam problemas de sono. A resistência ao

deitar é observada em aproximadamente 10% a 15% das crianças, enquanto os despertares noturnos afetam 15% a 20% das crianças^{(53) (62)}.

Contudo há que ter sempre presente que a origem dos problemas de sono na criança é multifatorial e envolve uma interação complexa entre comportamentos familiares, influências culturais, fatores ambientais, elementos biológicos, ritmos circadianos e desenvolvimento neurológico^{(52) (53) (63)}. Ainda se pode afirmar que os problemas de sono são o resultado de uma complexa interação entre fatores fisiológicos da criança e do seu relacionamento com os pais⁽⁴⁶⁾. No estudo de Gomes, a autora refere que a relação de proximidade pais-criança atinge o desenvolvimento da criança a nível fisiológico, psicológico, cognitivo e social, interferindo com os mecanismos fisiológicos e psicológicos do sono. No entanto, a relação pais-criança também é ela afetada quer pelo desenvolvimento da criança, quer pelas características do seu sono, quer pelo conhecimento que os pais têm acerca do seu filho, do seu nível de desenvolvimento e do seu padrão de sono⁽⁶⁴⁾. A autora defende que os enfermeiros têm um papel vital na educação e formação dos pais sobre o sono da criança, o desenvolvimento infantil e o papel parental neste processo de maturação e de aprendizagem⁽⁶⁴⁾.

A evidência sugere que os padrões de sono em crianças são influenciados por uma complexa e dinâmica interação de fatores biológicos, ambientais e comportamentais. Este modelo não atribui a regulação do sono a uma única causa, mas destaca a importância das transações contínuas entre esses diferentes elementos ao longo do tempo. Assim, o sono das crianças é moldado não apenas por fatores biológicos, como ritmos circadianos e desenvolvimento neurológico, mas também por influências ambientais, como a rotina de sono estabelecida pela família, práticas de sono e interações familiares. Assume que tanto os participantes como o contexto interagem de maneira incessante, com fluxo bidirecional, mediada particularmente pelos comportamentos interativos entre criança e pais, pois a parentalidade demonstra ter um papel importante na modelagem do sono infantil⁽⁶⁵⁾, ou seja, se é um facto que a idade e características da criança influenciam os padrões de sono, os melhores preditores estão relacionados com o comportamento dos pais no início e manutenção do sono dos filhos. Esta relação entre estes vários aspetos, nem sempre equilibrada, pode resultar em maus hábitos de sono e em alterações da qualidade do mesmo⁽⁶⁶⁾. O cenário sociocultural, também desempenha um papel significativo na

regulação do sono infantil. Desta forma, os fatores sociais e culturais, como práticas familiares, valores culturais em relação ao sono, e as influências do ambiente circundante, têm uma influência substancial nos padrões de sono das crianças. As práticas familiares relacionadas com o sono, como sejam as rotinas estabelecidas antes de dormir, a presença dos pais durante a noite e a abordagem para lidar com despertares noturnos, são exemplos de aspetos socioculturais que podem alterar a qualidade e a duração do sono infantil. Além disso, as normas culturais em torno do sono, como expectativas em relação aos horários de dormir e acordar, também podem moldar os hábitos de sono das crianças. Reconhece-se que o contexto sociocultural não apenas influencia, mas é fundamental na compreensão e na abordagem dos padrões de sono infantil. Isso destaca a importância de considerar as práticas e normas culturais específicas ao abordar questões relacionadas ao sono em crianças ⁽⁶⁷⁾. A plasticidade do sono infantil, ou seja, a capacidade do sono das crianças de se adaptar e mudar ao longo do tempo em resposta a vários fatores, também deve ser considerada ⁽⁶⁵⁾.

Na literatura destaca-se ainda a importância dos fatores parentais na regulação do sono infantil. Os comportamentos específicos dos pais durante o período de sono da criança, assim como as características de personalidade dos pais, incluindo sobre proteção e depressão, e o temperamento difícil das crianças são fatores fortemente associados às dissónias. Estes fatores estão inter-relacionados e são influenciados por elementos culturais, características socioeconómicas e estrutura familiar ⁽³⁸⁾.

As características sociodemográficas, nomeadamente, o nível educacional dos pais, a cultura e a estrutura familiar também têm sido apontados como fatores influenciadores de problemas de sono na criança ⁽⁶⁸⁾. As características sociodemográficas, nomeadamente, pais jovens, baixa escolaridade, baixos rendimentos, mau índice de aglomeração, desemprego entre outros, estão relacionados com a disfunção familiar e paralelamente associados com sintomas depressivos, que por si, conduzem a uma parentalidade negativa, que consequentemente está associada a problemas de sono ⁽⁶⁹⁾.

Relativamente ao ambiente familiar e seu funcionamento, os conflitos familiares e os conflitos conjugais provocam insegurança emocional nas crianças e como consequência geram também, problemas de sono infantil ⁽⁶⁸⁾.

Em suma, a complexidade de interações dos fatores que podem influenciar o sono das crianças ao longo do seu desenvolvimento, são diversas e apresentadas por vários autores, no entanto todas elas referem a importância que os comportamentos dos pais têm sobre o sono dos seus filhos.

II.3 Impacto dos Problemas do Sono na Criança e Família

A falta de sono adequado pode ter impactos significativos no funcionamento diurno das crianças, afetando diversos aspetos, nomeadamente, comportamentais, cognitivos, emocionais e escolares ⁽⁶⁰⁾. Problemas de sono na infância estão relacionados a uma série comportamentos desafiadores, como irritabilidade, agressividade, impulsividade, baixa capacidade de lidar com frustrações, ansiedade, depressão, hiperatividade, instabilidade emocional, falta de atenção e aumento do stress familiar ^{(53) (70)}.

As queixas de problemas do sono pediátrico geralmente não são consideradas para os pais como uma questão clínica. Além disso, o histórico pediátrico de rotina, não avalia o sono e possíveis distúrbios do sono devido à limitada formação e informação pelos clínicos ⁽⁷¹⁾. No entanto, sabe-se que a persistência dos distúrbios do sono que começam na infância pode estar associada a problemas comportamentais, emocionais, dificuldades de aprendizagem, diminuição da atenção e irritabilidade na idade escolar e na adolescência ^{(17) (32)}. A privação de sono pode ter ainda impacto na memória e na regulação emocional durante a primeira infância ⁽⁷²⁾.

As crianças que apresentaram problemas de sono, nomeadamente sono noturno de curta duração, antes dos 3 anos e meio, têm um risco elevado de desenvolver hiperatividade-impulsividade e exibir desempenho cognitivo inferior aos seis anos. Além disso, esses distúrbios estão fortemente associados e representam fatores de risco significativos para a ocorrência de ansiedade, depressão, problemas de atenção e agressividade durante a adolescência ⁽⁷³⁾. Adicionalmente, os distúrbios de sono na primeira infância aumentam a probabilidade de enfrentar problemas de obesidade em idades posteriores ⁽³²⁾.

A literatura revela associações entre dificuldades de sono no primeiro ano de vida e a manifestação de problemas comportamentais nos períodos subsequentes, aos 3 e 4 anos⁽⁷⁴⁾. Dentro deste contexto, alguns autores indicaram que pontuações mais elevadas em problemas de sono aos 3 anos foram indicadores preditivos de comportamento agressivo aos 4 anos⁽⁷⁵⁾. Além disso, os resultados de outro estudo sugerem que as dificuldades de sono na infância podem persistir até a vida adulta⁽⁶⁶⁾.

A Sociedade Portuguesa de Pediatria, aponta que a privação de sono e a sua fragmentação pode trazer efeitos negativos a curto e a longo prazo em diversos campos, nomeadamente no desempenho cognitivo e aprendizagem, no comportamento e na regulação emocional, no risco de quedas, no desenvolvimento de obesidade e hipertensão arterial à medida que a idade aumenta⁽⁷⁶⁾.

Os problemas de sono não só afetam significativamente a vida da criança, mas também têm repercussões nos pais, influenciando o humor e a funcionalidade diurna da família como um todo⁽⁶⁰⁾. Além disso, os pais podem experimentar sentimentos de frustração e fadiga devido à situação, o que pode resultar em impactos negativos nas relações parentais, contribuir para a ocorrência de depressão materna e gerar insatisfação geral na dinâmica familiar⁽⁷⁷⁾.

Os sinais de privação de sono em crianças abrangem uma ampla gama de manifestações, incluindo os vulgares sinais de sonolência, como esfregar os olhos ou descansar a cabeça sobre a mesa de trabalho. Além disso, observam-se comportamentos externalizantes, como aumento da impulsividade, agitação motora, agressividade, distração e dificuldade em concluir tarefas⁽⁷⁶⁾.

A SPP refere ainda que a privação de sono nas crianças, ao contrário dos adultos, está mais associada a sintomas de impulsividade e falta de atenção, podendo mesmo ser confundida com o transtorno de défice de atenção e hiperatividade. Para, além disso, a privação de sono impacta as funções neurocognitivas, resultando em diminuição da flexibilidade do pensamento, do raciocínio abstrato, da destreza motora e da memória, o que compromete a aprendizagem. Também está estabelecida uma relação clara entre a privação de sono em crianças e o aumento de lesões acidentais, com quedas frequentes, especialmente no final da tarde⁽⁷⁶⁾.

A SPP, no documento Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança organizou e apresentou as repercussões da privação do sono na criança. As mesmas foram divididas em consequências a curto e a longo prazo ^(74, p.6) que são exibidas no quadro 2.

Quadro 2 - Repercussões da Privação do Sono na Criança

CONSEQUÊNCIAS A CURTO PRAZO	
Distúrbios na modulação do humor e dos afetos	✓ Irritabilidade/birras; ✓ Maior reatividade emocional; ✓ Humor variável; ✓ Perda do controlo emocional.
Perturbação da função neurocognitiva	✓ Falta de atenção/distração; ✓ Incapacidade de concluir tarefas; ✓ Diminuição da flexibilidade do pensamento; ✓ Diminuição do raciocínio abstrato; ✓ Perturbação da memória.
Alteração do comportamento	✓ Sonolência diurna; ✓ Agressividade; ✓ Impulsividade/hiperatividade.
Alteração motora	✓ Diminuição da destreza motora; ✓ Aumento de lesões acidentais e quedas frequentes.
CONSEQUÊNCIAS A LONGO PRAZO	
Aprendizagem	✓ Fraco rendimento escolar.
Comportamento	✓ Hiperatividade e défice de atenção.
Psicológicas	✓ Ansiedade ✓ Depressão
Alterações orgânicas	✓ Alteração da função endócrina; ✓ Alteração da função imunológica; ✓ Alteração do metabolismo do açúcar (glicose); ✓ Obesidade/excesso ponderal; ✓ Hipertensão arterial.
Perturbação da vida familiar	✓ Aumento do risco de depressão materna; ✓ Aumento do risco de disfunção familiar.

Fonte: Sociedade Portuguesa de Pediatria ⁽⁷⁶⁾

Manter um padrão regular de sono com qualidade e cumprindo a quantidade de horas recomendada, está associado a benefícios para a saúde. Isso reflete-se positivamente na atenção, comportamento, aprendizagem, memória, regulação emocional, qualidade de vida, assim como na saúde mental e física⁽⁷⁶⁾.

Desta forma e tendo em conta o exposto anteriormente, a abordagem dos problemas de sono na criança deve ser uma prioridade na assistência de saúde pediátrica.

II.4 Tratamento Comportamental Para Problemas de Sono na Infância

Os padrões de sono das crianças, como já foi referido, são conhecidos por estarem interligados a fatores biológicos, de maturidade e temperamento, variando conforme a cultura e são influenciados pelas práticas e rotinas parentais. É sabido também, que as crianças com problemas de sono podem perturbar a estabilidade familiar, tornando-se essencial abordar o problema em conjunto com a família. A interrupção desse ciclo certamente trará benefícios para toda a família⁽²⁷⁾.

No contexto da insónia infantil, as técnicas de abordagem ao tratamento, deverão passar por formação parental sobre o sono da criança, abordando temas como a higiene do sono e rotinas pré-sono, nomeadamente o estabelecimento de regras. O empoderamento dos pais envolve um treino terapêutico, destinado a capacitá-los para que se tornem agentes ativos na mudança dos comportamentos desajustados dos seus filhos⁽⁷⁸⁾.

As estratégias de tratamento quer para os problemas no momento de dormir, quer nos despertares noturnos, são as mesmas, uma vez que o objetivo é iniciar o sono. Por conseguinte, os resultados obtidos com as estratégias implementadas para o início do sono são generalizados também para quando a criança desperta⁽⁴⁷⁾.

Diversas evidências respaldam que, a prevenção e tratamento dos distúrbios de sono na infância são evidenciadas pela efetividade das abordagens comportamentais. O estudo de Mindell e colaboradores revelou que 80% das

crianças apresentavam uma melhoria no sono, mantendo os resultados após 3 a 6 meses, através da aplicação de atitudes efetivas no âmbito da abordagem comportamental nomeadamente, as relacionadas com a higiene do sono, rotinas pré-sono, extinção e reforço positivo. Estas são estratégias de intervenção utilizadas para diminuir ou eliminar os problemas no momento de dormir e nos frequentes despertares noturnos⁽⁷⁸⁾.

De seguida aborda-se de uma forma mais aprofundada cada uma das estratégias apresentadas anteriormente: higiene do sono, rotinas pré-sono, extinção e reforço positivo.

Higiene do Sono

A promoção da higiene do sono em crianças é um aspeto importante para o desenvolvimento saudável e bem-estar, sendo um dos focos na educação parental, para a obtenção de sono de qualidade na criança. Em Portugal, as recomendações para a higiene do sono infantil estão alinhadas com as práticas internacionais e incluem várias orientações, nomeadamente a)rotinas consistentes, b)ambiente propício, c)atividades prévias ao sono, d)horários regulares, e)limitar a exposição a dispositivos eletrónicos antes de deitar, f)incentivo à leitura, g)relaxamento, h)alimentação saudável e i)limitar a ingestão de líquidos antes de dormir^{(79) (80) (81)}. Assim, é importante fornecer orientações aos pais sobre práticas e fatores ambientais que podem melhorar a qualidade e aumentar a quantidade de sono dos seus filhos.

Neste contexto, os programas de intervenção sobre a promoção do sono envolvem o desenvolvimento de hábitos e rotinas de sono para as crianças, aconselhando medidas simples, como é o caso de criar um ambiente adequado no quarto, nomeadamente diminuir a luminosidade, garantir a limpeza adequada do espaço, manter um ambiente calmo, tranquilo, bem-ventilado e com uma temperatura agradável. Inclui também, providenciar uma cama apropriada para a idade da criança e com roupas adequadas. Estabelecer horários regulares de dormir e acordar, de forma a garantir uma consistência das rotinas de deitar e de levantar para que a criança desenvolva o seu próprio ritmo são outras medidas a adotar^{(43) (62)}. Os programas devem, também, abordar a manutenção de um ambiente adequado que

exclui completamente a prática de assistir televisão no quarto, assim como jogar videogames ou utilizar outros meios audiovisuais, uma vez que isso pode resultar em hiperestimulação cerebral em crianças e jovens, prejudicando consequentemente o padrão de sono⁽⁸²⁾. Outra prática essencial e já reconhecida como uma intervenção não farmacológica para melhorar a qualidade do sono, é incentivar a prática de atividade física, de preferência ao ar livre, diminuir o isolamento social promovendo o convívio com os seus pares^{(43) (82)}.

Rotinas Pré-Sono

Rotinas pré-sono abrangem um conjunto de atividades ou práticas que são realizadas consistentemente antes da criança se preparar para dormir. Estas rotinas têm como objetivo ajudar a criança a fazer a transição do estado de vigília para o sono, promovendo um ambiente propício e tranquilo para uma boa noite de descanso. As rotinas pré-sono podem variar de família para família, mas geralmente incluem atividades calmas e relaxantes. Essas atividades podem incluir banho, escovar os dentes, vestir o pijama, ir para o quarto, deitar, escutar uma história, cantiga ou oração e relaxar e devem ocorrer todas as noites pela mesma ordem, num período de 30 a 40 minutos indicando à criança que é o momento de dormir^{(59) (83)}. É fundamental, que os pais estabeleçam uma rotina de sono e evitem quebrar as regras⁽⁸²⁾.

Para o estabelecimento de rotinas de sono, no lactente é crucial estabelecer a amamentação/biberão no início do processo, impedindo que a criança adormeça durante a satisfação dessa necessidade e, assim, evita que ela associe o ato de dormir diretamente à alimentação (aleitamento natural ou artificial)⁽⁵⁹⁾.

Extinção

A técnica de extinção é indicada, pela Academia Americana de Medicina do Sono, no tratamento comportamental de problemas de sono na infância⁽⁴¹⁾. Esta técnica é uma abordagem comportamental usada, especialmente em relação a dificuldades, como dificuldades em adormecer ou despertares noturnos frequentes. A

ideia principal da técnica de extinção é permitir que a criança adormeça ou retome o sono sem a intervenção constante dos pais, de forma que ela aprenda a se autorregular e crie o hábito de adormecer de forma independente ⁽⁷⁸⁾. Em suma, a técnica tem como meta eliminar comportamentos indesejáveis que a criança aprendeu, retirando os estímulos que reforçam esses comportamentos. Os pais são instruídos a colocar a criança na cama enquanto ainda está acordada e permitir que ela adormeça sozinha, sem usar métodos como embalar, ninar ou ficar no quarto até que ela adormeça e responder aos seus protestos com moderação, como choro e birras, quando a criança está prestes a dormir ou acorda durante a noite, sendo exceção uma necessidade legítima, como desconforto físico ou fome ⁽⁸⁴⁾. O propósito da técnica é capacitar a criança a desenvolver a capacidade de adormecer autonomamente, sem depender da intervenção constante dos pais ⁽⁷⁸⁾ ⁽⁸⁴⁾. Esta estratégia pode ser implementada de maneira sistemática ou gradual, dependendo das necessidades específicas da criança e das preferências dos pais ⁽⁷⁸⁾.

Existem dois tipos de extinção: 1) extinção sistemática e 2) extinção gradual. Na primeira o objetivo consiste em colocar a criança na cama, na hora estabelecida, e ignorar os seus protestos até ao horário estabelecido para acordar. É importante notar que esta técnica de extinção pode ser muito stressante e emocionalmente desafiadora para os pais, pois envolve resistir à vontade de responder imediatamente às necessidades da criança durante a noite e muitas vezes não conseguem ignorar os protestos por tempo suficiente para que a intervenção seja eficaz. Desta forma, alguns autores, recomendam uma variação desta técnica, denominada de extinção na presença dos pais. Esta variação caracteriza-se por os pais apenas ignorarem os protestos da criança (choro, birras, solicitações), podendo estar no quarto próximos da mesma ⁽⁷⁸⁾.

Na extinção gradual, os pais são aconselhados a ignorar os protestos da criança, por períodos específicos de tempo, de forma que é permitido a observação da criança durante alguns períodos durante a noite ⁽⁸³⁾. A duração e o intervalo entre as verificações devem ser adaptados à idade e temperamento da criança, bem como à capacidade que os pais têm de resistir aos protestos da criança. Esta técnica tem como vantagem, relativamente, à técnica de extinção sistemática, o facto de os pais poderem verificar/observar a criança, atitude que poderá servir de segurança e conforto para os mesmos ⁽⁸³⁾.

A técnica de extinção visa diminuir comportamentos que prejudicam o início do sono, como choro e birras, mas não está focada em ensinar ou reforçar comportamentos pré-sono apropriados. Por esse motivo, torna-se fundamental incorporar o reforço positivo como uma técnica complementar à extinção ^{(77) (85)}.

Apesar da técnica de extinção ser indicada no tratamento comportamental dos problemas de sono na criança pequena, é crucial implementar essas estratégias com empatia, moderação e consideração pelas necessidades e conforto da criança, adaptando-as de acordo com a situação e as preferências familiares.

Reforço Positivo

O reforço positivo é uma abordagem comportamental que envolve o aumento ou fortalecimento de comportamentos desejáveis por meio da aplicação de estímulos agradáveis ou recompensas. Quando aplicado ao tratamento de problemas de sono, o reforço positivo pode desempenhar uma função importante na promoção do sono saudável ^{(77) (85)}.

No contexto do sono infantil, o reforço positivo envolve a aplicação de estímulos agradáveis ou recompensas para fortalecer e incentivar comportamentos desejáveis relacionados ao sono. O objetivo é associar experiências positivas com hábitos e práticas que promovem um sono saudável na criança. São exemplos de reforço positivo: elogios e atenção, carinho, recompensas simbólicas, histórias ou canções especiais, entre outras. O reforço positivo deverá ser empregue na criação de rotinas pré-sono, como escovar os dentes, vestir o pijama, ir para o quarto, deitar, ouvir uma história e relaxar ^{(77) (85)}. Esta técnica deve ser aplicada em conjunto com o procedimento de extinção para abordar problemas associados ao início do sono e aos despertares noturnos frequentes, sendo desta forma uma técnica adicional à extinção ⁽⁸⁵⁾.

Ao implementar a técnica de reforço positivo, os pais são aconselhados a reforçar os comportamentos apropriados do filho, como ficar quieto, não chorar e permanecer na cama. É fundamental perceber que os reforços nunca devem ser realizados após a criança realizar comportamentos inadequados. Antes de aplicar o reforço, é crucial que os pais identifiquem o que é motivador ou recompensador para

a criança. A seleção do reforço deve ser personalizada, respeitando a singularidade da criança, levando em conta fatores como idade e preferências individuais⁽⁸⁶⁾.

Desta forma, integrar o reforço positivo ao tratamento comportamental pode contribuir para estabelecer hábitos de sono saudáveis e melhorar a qualidade do sono infantil.

II.5 A Abordagem do Sono na Saúde Infantil

O sono é uma necessidade biológica fundamental que influencia diretamente o crescimento e desenvolvimento das crianças. Alguns pais referem enfrentar desafios relacionados ao sono de seus filhos, no entanto e surpreendentemente, apenas 14% dos pais afirmaram ter recebido orientações ou esclarecimentos sobre práticas de sono por parte dos profissionais de saúde⁽⁸⁷⁾. Se por um lado alguns pais referem enfrentar problemas com o sono das suas crianças e identificam como um problema, outros não reconhecem que os problemas de sono têm impacto e consequências no comportamento diurno dos seus filhos, afetando significativamente a regulação emocional e o processo de aprendizagem⁽¹²⁾.

Sendo, as dificuldades relacionadas ao sono, uma queixa nas consultas de saúde, muitas vezes, não recebe a devida atenção. A falta de ensino sobre hábitos de sono adequados é frequentemente identificada como uma das principais causas desses problemas⁽⁸⁷⁾. É crucial adquirir ferramentas necessárias para desenvolver intervenções específicas, eficazes e direcionadas para prevenir a privação de sono em crianças. Essas estratégias devem ser aplicadas pelos profissionais de saúde como parte dos cuidados antecipatórios direcionados para a criança⁽⁵⁾. Assim, o tema do sono muitas vezes subvalorizado nos cuidados de saúde, representa uma área de investimento, para ampliar o conhecimento e a consciencialização dos pais. Os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, desempenham um papel fulcral ao oferecer suporte e formação aos pais, que contribui para melhorar a implementação de medidas de prevenção, identificação e gestão de problemas no sono nas crianças⁽⁸⁸⁾.

Os enfermeiros têm a responsabilidade de evidenciar a importância do sono para o desenvolvimento saudável da criança, assumindo a família um papel essencial na promoção de hábitos de sono saudáveis ⁽⁸⁹⁾. Desta forma, nas consultas de saúde infantil, os enfermeiros devem oferecer apoio aos pais na compreensão dos seus filhos, esclarecendo dúvidas e preparando-os para desafios comuns da infância, nomeadamente o sono. Estes profissionais têm a oportunidade para reforçar junto dos pais a importância da interação, do estímulo afetivo e do ambiente desde o nascimento, capacitando-os com estratégias personalizadas, para auxiliar na gestão do sono em diferentes fases do desenvolvimento da criança ⁽⁶⁴⁾. Os Enfermeiros, durante as consultas, podem desenvolver sessões de educação para a saúde baseadas em programas de intervenção para problemas do sono, centrando-se principalmente em capacitar os pais com estratégias que envolvam técnicas comportamentais ⁽⁶⁴⁾.

No Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, o sono está previsto como sendo um tema de elevada importância para ser abordado como cuidados antecipatórios ao longo do desenvolvimento da criança, nomeadamente, desde o primeiro mês até à adolescência. Temas como o ciclo natural do dia e noite (ritmo circadiano), as práticas envolvidas no processo de adormecer, questões como enurese noturna e encoprese, bem como a quantidade adequada de horas de sono para as diferentes faixas etárias, deverão ser abordados. Além disso, também deverão ser trabalhados com os pais os sinais de alerta, nomeadamente dificuldades recorrentes em adormecer e os pesadelos frequentes ⁽⁹⁰⁾.

O sono também é um tema plasmado no Programa Nacional de Saúde Escolar, sendo uma abordagem que visa antecipar e prevenir possíveis problemas de saúde, durante a infância e adolescência. Assim, os hábitos de sono e repouso, na escola, são uma das áreas de intervenção dentro do contexto para preparar a comunidade educativa para incorporar práticas de vida saudáveis ⁽⁹¹⁾.

Em suma, quer nas instituições de saúde, quer nas escolas, a promoção da saúde da criança e do jovem em relação ao sono é um elemento crucial. É essencial destacar a importância de criar e aproveitar oportunidades para colaborar com a família, a criança e o jovem, visando à adoção de comportamentos que promovam a sua saúde ⁽⁹²⁾.

II.6 Modelo de Promoção de Saúde – Nola Pender

Ao refletir-se sobre o tema que se está a trabalhar – o sono na criança e no problema levantado “Alterações no padrão de sono da criança – intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP)” enquadrá-los nas teorias de enfermagem é fundamental. Tendo em linha de pensamento o ponto anterior “A Abordagem Do Sono Na Saúde Infantil” é imperativo pensar no sono numa atitude de promoção da saúde. Os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, são elementos fundamentais na mudança de comportamentos, no sentido de promover a saúde e prevenir a doença.

No contexto da promoção da saúde, um dos modelos e teorias de enfermagem relevantes é o Modelo de Promoção da Saúde de Pender. Este modelo oferece uma estrutura valiosa para orientar os cuidados de enfermagem voltados para a promoção da saúde. Ele propõe abordagens específicas para desenvolver práticas de enfermagem que visam melhorar a saúde e prevenir doenças, abrangendo a promoção de comportamentos saudáveis ao longo do ciclo de vida, capacitando as pessoas para as suas escolhas mais saudáveis⁽⁹³⁾.

O Modelo de Promoção da Saúde, desenvolvido por Nola Pender nos anos 80, tem como premissa central a promoção da saúde através do desenvolvimento de recursos que preservem ou melhorem a saúde das pessoas. Este modelo incorpora conceitos fundamentais como saúde, ambiente, pessoa e enfermagem e oferece uma estrutura simples e clara, proporcionando ao enfermeiro a capacidade de prestar cuidados de forma personalizada ou reunindo indivíduos em grupos. Isso possibilita a elaboração, implementação e avaliação de ações de enfermagem de maneira organizada e adaptada às necessidades específicas de cada pessoa ou grupo. Este modelo é apresentado como uma abordagem que visa integrar a prática de enfermagem com os princípios da ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam os comportamentos saudáveis⁽⁹⁴⁾.

Fundamentado nos princípios da enfermagem holística, psicologia social e teoria de aprendizagem, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender identifica práticas que visam melhorar a saúde e tem em conta os fatores individuais e ambientais que influenciam as escolhas de saúde das pessoas, sendo aplicável ao

longo de todo o ciclo de vida ⁽⁹⁵⁾. Ele possibilita a análise do comportamento que conduz à promoção da saúde ao examinar a inter-relação de três grandes componentes principais: 1 - as características e experiências individuais, 2 - os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e 3 - o comportamento de promoção da saúde desejável ⁽⁹⁴⁾.

O componente 1 - as características e experiências individuais engloba o histórico comportamental, o comportamento a ser modificado e os fatores pessoais. Os fatores pessoais, por sua vez, são subdivididos em fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Desta forma podemos referir que ⁽⁹⁴⁾:

- Histórico comportamental: Refere-se aos padrões de comportamento anteriores de um indivíduo, fornecendo informações sobre a sua história de comportamentos e escolhas.
- Comportamento a ser modificado: Indica o comportamento específico que se pretende alterar ou promover, sendo o foco da intervenção a promoção da saúde.
- Fatores Pessoais:
 - Fatores Biológicos: Incluem elementos relacionados à saúde do indivíduo, como genética, condições de saúde e características fisiológicas.
 - Fatores Psicológicos: Englobam aspetos emocionais e mentais, como atitudes, crenças, motivações e experiências psicológicas que influenciam o comportamento.
 - Fatores Socioculturais: Referem-se a influências do ambiente social e cultural, incluindo normas, valores, contextos sociais e experiências culturais que moldam as escolhas e comportamentos individuais.

Assim, esta primeira categoria analisa profundamente a complexidade das características individuais, proporcionando uma base abrangente para abordar e compreender o comportamento de promoção da saúde desejável.

O componente 2 - os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar. Esta é a parte central do diagrama e abrange diversas variáveis essenciais para compreender e influenciar o comportamento desejado, são eles:

- Percepção de benefícios para a ação: Refere-se à avaliação que o indivíduo faz dos benefícios associados à adoção do comportamento desejado. Isso inclui reconhecer as vantagens e resultados positivos esperados.
- Percepção de barreiras para a ação: Envolve a identificação de obstáculos e desafios associados ao comportamento desejado. Isso inclui perceber dificuldades e custos pessoais relacionados à adoção desse comportamento.
- Percepção de autoeficácia: Refere-se ao julgamento das capacidades pessoais do indivíduo para organizar e executar as ações necessárias para adotar o comportamento desejado.
- Sentimentos em relação ao comportamento: Representa a resposta emocional direta ou a reação emocional associada ao pensamento sobre o comportamento. Esses sentimentos podem ser positivos, negativos, agradáveis ou desagradáveis.
- Influências interpessoais: Examina se o comportamento é influenciado ou não por outras pessoas, como familiares, cônjuge, profissionais de saúde, normas sociais ou modelos sociais.
- Influências situacionais: Considera como o ambiente pode facilitar ou dificultar a realização do comportamento desejado. O contexto físico e social pode ter um impacto significativo nas escolhas de saúde.

Desta forma, as variáveis desta categoria constituem o cerne do entendimento psicossocial do indivíduo em relação ao comportamento desejado, incorporando elementos cognitivos, emocionais e sociais que moldam a motivação e a tomada de decisões.

O componente 3 - o comportamento de promoção da saúde desejável (resultado do comportamento). Este componente envolve:

- Compromisso com o Plano de Ação: Refere-se à dedicação e adesão do indivíduo ao plano elaborado para alcançar e manter o comportamento de promoção da saúde desejado. Isso envolve a implementação de estratégias e ações planejadas – são as intervenções de enfermagem.
- Exigências Imediatas e Preferências:

- Exigências Imediatas: Indica que as pessoas muitas vezes têm baixo controle sobre comportamentos que exigem mudanças imediatas, destacando a dificuldade em alterar padrões comportamentais de maneira instantânea.
- Preferências Pessoais: Reflete que as preferências pessoais exercem um alto controle sobre as ações de mudança de comportamento. As escolhas individuais são influenciadas por preferências pessoais e valores.
- Comportamento de Promoção da Saúde: Este é o resultado concreto da implementação do Modelo de Promoção da Saúde. Representa o comportamento efetivo que o indivíduo adota para promover a sua própria saúde, conforme orientado pelo modelo.

Este componente concentra-se nos resultados práticos da aplicação do Modelo de Promoção da Saúde, abordando tanto o envolvimento do indivíduo quanto os fatores que influenciam as suas escolhas, para alcançar e manter o comportamento de promoção da saúde desejado a curto e longo prazo⁽⁹⁴⁾.

A integração dos 3 componentes do modelo de Pender na área do sono infantil, contribui para uma abordagem holística e centrada na criança, visando não apenas os aspetos físicos, mas também os cognitivos e ambientais relacionados ao sono. Essa abordagem reforça a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças desde a infância.

Em suma, a utilização do Modelo de Promoção da Saúde de Nola, pelos enfermeiros e em especial o EESIP, na área da promoção de um sono saudável, apenas respalda a relevância do papel dos enfermeiros na avaliação dos padrões de sono das crianças e na identificação de quaisquer alterações nesses padrões. Essa abordagem visa prevenir potenciais consequências negativas durante o desenvolvimento infantil, promovendo hábitos de sono saudáveis e contribuindo para uma vida saudável ao longo do crescimento. Além disso, a intervenção precoce vai evitar o surgimento de comorbilidades associadas aos distúrbios do sono. O enfermeiro deve capacitar as crianças e os pais para a promoção de um sono saudável, através da adoção de várias estratégias anteriormente descritas. Estas medidas que tende a melhorar a qualidade e a quantidade do sono nas crianças devem ter em conta as preferências individuais quer dos pais, quer das crianças, envolvendo o ambiente físico, social e emocional em que estão inseridos.

II.7 Avaliação do Sono nas Crianças Através de Instrumentos Validados

Os problemas de sono representam uma das principais perturbações no comportamento das crianças em todas as faixas etárias, sendo altamente prevalentes e causando desequilíbrios emocionais nas crianças, além de influenciar a dinâmica familiar. Embora as alterações nos padrões de sono possam ser temporárias, elas têm o potencial de deixar marcas duradouras tanto na criança quanto na família. Os distúrbios do sono estão associados a consequências sérias, como disfunções familiares, possíveis casos de maus-tratos, e impactos sociais e econômicos significativos⁽⁸²⁾.

Nos lactentes e crianças pequenas, as dificuldades de sono constituem uma das preocupações mais comuns tanto para os pais como para os profissionais de saúde, afetando entre 15% a 35% das crianças nos primeiros anos de vida⁽¹⁴⁾. Assim, a abordagem e gestão desses distúrbios devem ser consideradas como uma prioridade nos cuidados de saúde pediátricos⁽¹⁷⁾.

A elevada prevalência de problemas de sono e as implicações negativas para as crianças e para os seus pais, e as taxas elevadas de sucesso de intervenções clínicas e educacionais, enfatizam a necessidade de ferramentas de triagem precoce que podem ser utilizadas por pais e/ou profissionais para avaliar os problemas de sono⁽¹⁸⁾.

Os questionários de sono são instrumentos valiosos para a avaliação do sono, proporcionando medidas padronizadas e reprodutíveis⁽⁶⁾. Estes instrumentos desempenham um papel crucial no diagnóstico de distúrbios do sono, monitorização do tratamento e realização de estudos clínicos. Além disso, são de baixo custo, facilmente acessíveis e podem ser aplicados pelos pais ou cuidadores da criança, registando padrões e comportamentos do sono em um curto período de tempo. A sua utilização teve um aumento significativo nos últimos anos⁽⁹⁶⁾.

Na prática clínica, a utilização de questionários de sono como um método eficaz de avaliação do sono, são fundamentais, no entanto estes devem ser culturalmente adaptados à população-alvo para garantir uma fácil compreensão. É essencial que apresentem um formato adequado, facilitando sua utilização, e

possuam propriedades psicométricas robustas para assegurar sua qualidade. Esta abordagem é fundamental para obter resultados confiáveis e comparáveis, permitindo conclusões fidedignas em cada estudo ⁽¹³⁾. Ao escolher um questionário de sono, é necessário considerar a clareza dos componentes, a facilidade de compreensão e aplicação, bem como o tempo necessário para sua aplicação ⁽⁶⁾.

Ao longo do tempo, várias escalas de medida foram desenvolvidas para tentar uma categorização dos distúrbios do sono em crianças.

A utilização de escalas, questionários e outros instrumentos de medida, devidamente validados segundo padrões rigorosos e reconhecidos cientificamente, tem crescido na área da investigação. Contudo, é importante salientar que alguns desses instrumentos foram desenvolvidos noutros países, o que obriga a uma adaptação cultural para que possa ser utilizado em Portugal ⁽³⁾. O questionário Sleep Habits Questionnaire for Children (CSHQ), o Sleep Self Report (SSR) e o Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI, são os questionários de sono já validados para a população portuguesa.

O questionário Sleep Habits Questionnaire for Children (CSHQ) é um instrumento retrospectivo respondido pelos pais e que foi desenvolvido nos Estados Unidos por Judith Owens. Este questionário foi projetado para avaliar o comportamento do sono em crianças em idade escolar, dos quatro aos 10 anos. Em 2011, foi adaptado para a língua e cultura portuguesa, por Silva *et al.* ⁽⁹⁷⁾ e em 2013 a versão portuguesa do CSHQ (CSHQ-PT) foi validada para crianças dos 2 aos 10 anos. Em 2016 por um grupo de investigadores portugueses foi adaptado para a utilização nos neonatos (com menos de 12 meses) - CSHQ-I ⁽¹⁴⁾.

Em 2012, foi realizada a adaptação cultural e validação para crianças Portuguesas do Sleep Self Report (SSR) ⁽¹⁵⁾. O SSR é um questionário desenvolvido para ser respondido pelas próprias crianças e originalmente validado para crianças com idades compreendidas entre 7 e 12 anos.

O Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI, é um questionário de autoavaliação de 19 itens para avaliar a qualidade subjetiva do sono em populações gerais e clínicas no mês anterior. Este questionário está destinado à população com 18 ou

mais anos. A validação da versão portuguesa do Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT), foi realizada por João *et al.* em 2017⁽⁹⁸⁾.

Mais questionários destinados a serem preenchidos pelos pais, para avaliar o sono do lactente e criança pequena, traduzidos e validados para a cultura portuguesa, são necessários.

III. MATERIAL E MÉTODOS

III.1 Objetivos e Hipóteses de Investigação

A investigação e o estudo dos hábitos e distúrbios de sono na população pediátrica são temas relevantes devido às implicações na saúde do indivíduo, não apenas durante a infância, mas também considerando os impactos que podem surgir na vida adulta. Um dos métodos amplamente aceitos pela comunidade científica para a realização destes estudos envolve a utilização de instrumentos válidos e comparáveis internacionalmente, com propriedades psicométricas adequadas, permitindo a análise desses resultados e chegar a conclusões fidedignas⁽¹³⁾.

Desta forma, o trabalho que se apresenta tem como objetivos:

1. Descrever as diferentes etapas de tradução e adaptação cultural para a língua e cultura portuguesa do questionário de sono infantil “Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form - BISQ-R SF (Anexo 1);
2. Avaliar as propriedades psicométricas do questionário de sono infantil “Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form - BISQ-R SF” na população portuguesa.
3. Avaliar padrões de sono inadequado na amostra, tendo por base os critérios estabelecidos por Avi Sadeh;
4. Caracterizar os hábitos de sono das crianças;
5. Identificar os distúrbios de sono das crianças;
6. Comparar o número de horas que dormem as crianças do estudo com os dados de crianças de outros países e de Portugal;
7. Verificar a relação entre as duas dimensões de comportamento e percepção parental e os padrões de sono das crianças.
8. Averiguar a relação entre a percepção dos pais e os padrões de sono das crianças;
9. Verificar a relação entre o sexo dos pais e os comportamentos e percepção parental sobre o sono das crianças;

10. Determinar a associação entre o sexo das crianças e os comportamentos e percepção parental dos pais em relação ao sono;
11. Verificar se a prematuridade influencia os comportamentos e percepção parental dos pais em relação ao sono das crianças.

Com base na análise da literatura, foram elaboradas as seguintes hipóteses de pesquisa, as quais serão corroboradas ou contestadas durante o estudo:

Hipótese 1 - as crianças portuguesas dormem, em média, um menor número de horas por comparação com os dados de referência de outros países e de Portugal;

Hipótese 2 – há uma relação direta entre as duas dimensões de comportamento e percepção parental e os padrões de sono das crianças;

Hipótese 3 – há uma relação direta entre a percepção dos pais e os padrões de sono das crianças;

Hipótese 4 – os comportamentos e percepção parental são melhores quando a relação é com mãe comparativamente a um maior relacionamento com o pai;

Hipótese 5 – os comportamentos e percepção parental dos pais são melhores na relação com os rapazes comparativamente com as raparigas;

Hipótese 6 – os comportamentos e percepção parental dos pais são melhores na relação quando os bebés são prematuros comparativamente com os que não são prematuros.

III.2 Tipo de Estudo

Para alcançar os objetivos propostos, numa primeira fase foi realizado um estudo do tipo metodológico de análise psicométrica da escala de sono infantil BISQ-R SF, numa amostra de crianças dos 0 aos 3 anos. Numa segunda fase efetuamos um estudo descritivo e correlacional de abordagem quantitativa, das variáveis em estudo, sendo as variáveis dependentes os hábitos de sono e as variáveis independentes as crianças⁽³⁾ ⁽²⁴⁾⁽⁹⁹⁾. A natureza descritiva indica que o objetivo principal é descrever características ou fenómenos na população em estudo. A abordagem correlacional sugere que o

estudo busca identificar possíveis relações ou associações entre variáveis sem manipulação experimental⁽³⁾.

III.3 População e Amostra

A nível europeu, as recomendações mais recentes, conforme adotadas pelo Instituto Nacional de Estatística em 2021⁽¹⁰⁰⁾ divide o território em regiões. A nomenclatura está organizada em três níveis (NUTS I, NUTS II, NUTS III), sendo delineada, com base em critérios que envolvem população, aspetos administrativos e geográficos⁽¹⁰¹⁾.

Dessa forma, e utilizando o sistema hierárquico de divisão do território em regiões, decidimos focar o nosso estudo numa população de crianças dos 0 a 3 anos, utilizando as NUTS II, nomeadamente as regiões da Área Metropolitana de Lisboa e Alentejo. As localidades escolhidas foram a cidade de Setúbal, a cidade de Vendas Novas e localidade de Marateca. A cidade de Setúbal e localidade de Marateca são regiões incluídas na Área Metropolitana de Lisboa e a cidade de Vendas Novas incluída na divisão geográfica de NUTS II - Alentejo. Este território engloba zonas com baixa, média e alta densidade populacional, além de abranger zonas de litoral e interior⁽¹⁰¹⁾.

Assim, a população é definida por todos os pais de crianças dos 0-3 anos de Setúbal, Marateca e Vendas Novas.

Os infantários selecionados foram quatro, um localizado na cidade de Vendas Novas, outro localizado em Marateca e dois localizados na cidade de Setúbal. Foram selecionados estes infantários e consequentemente os pais e crianças, pela proximidade, facilidade de acesso e fazerem parte das NUTS II.

Trata-se de uma amostra de base populacional, obtida por método não probabilístico de amostragem por conveniência. A amostragem por conveniência foi selecionada por ser uma técnica não probabilística, sendo utilizada para formar amostras com base na disponibilidade e facilidade de acesso⁽³⁾.

Nos jardins de infância, as educadoras foram responsáveis por distribuir os questionários aos pais. Estes foram orientados a preenchê-los em casa e encorajados a devolvê-los no prazo de uma semana.

Esta fase do estudo foi conduzida durante o mês de maio de 2023.

Desta forma, foram distribuídos 250 questionários, considerando uma taxa de resposta estimada de 60%, o que ainda iria permitir acomodar perdas devido a preenchimento incorreto/incompleto ou falta de assinatura no consentimento informado.

Dos 250 questionários distribuídos, foram devolvidos 121. Um dos pais de uma criança foi excluído do estudo por não ter dado o consentimento ao processo de recolha de dados, ficando desta forma a amostra constituída por 120 pais de crianças com idades compreendidas entre 0 e 3 anos.

Assim, a amostra foi constituída da seguinte forma:

- a) Marateca = 33 crianças
- b) Setúbal = 67 crianças
- c) Vendas Novas = 20 crianças

Na literatura, há diversos critérios referentes à proporção entre o número de itens e o número de participantes num estudo. Nesta pesquisa, optou-se por seguir o princípio do rácio 5:1, como preconizado por Hill & Hill e Anderson *et al.* ⁽¹⁰²⁾ ⁽¹⁰³⁾. Assim, considerando o total de 120 participantes e 20 itens, o rácio obtido foi de 6 indivíduos para cada item (6:1). Este valor mostrou-se adequado para a análise psicométrica através da análise fatorial.

III.4 Instrumento de Recolha de Dados

Para tentar uma categorização dos distúrbios do sono em crianças foram desenvolvidos várias escalas e questionários. O Brief Infant Sleep Questionnaire (BISQ) foi originalmente criado por Dr. Avi Sadeh em 2004 e é um instrumento já utilizado em diversos países e traduzido para várias línguas (Chinês, Nepalês,

Português do Brasil, Turco e Espanhol). Este questionário é utilizado para avaliar o sono dos lactentes e crianças pequenas dos 0 aos 3 anos e a sua utilização possibilita que os profissionais de saúde, identifiquem um número maior de crianças com distúrbios do sono, tornando-se assim uma ferramenta útil e de fácil aplicação, que poderia fazer parte da rotina dos serviços de pediatria⁽¹⁸⁾.

Sadeh considera que o BISQ é uma breve ferramenta de triagem do sono infantil para fins clínicos e de pesquisa⁽¹⁸⁾ e foi criado com base na revisão da literatura sobre o sono dos lactentes, evidenciando principalmente variáveis significativas em estudos clínicos que utilizaram medidas subjetivas e objetivas do sono. O tempo de resposta ao questionário é de 5 a 10 minutos e as perguntas estão relacionadas com o padrão de sono da criança nas duas últimas semanas⁽¹⁸⁾.

A confiabilidade, validade e aplicabilidade clínica do BISQ como ferramenta de triagem rápida de problemas de sono em recém-nascidos, lactentes e crianças até 3 anos, para fins clínicos e de pesquisa foi avaliada por dois estudos anteriores realizados por Sadeh⁽¹⁸⁾. No primeiro estudo, as medidas do BISQ foram correlacionadas significativamente com medidas de sono derivadas da actigrafia e diários do sono para os grupos clínicos (n= 43) e controlo (n = 57) de lactentes (5-29 meses de idade). As medidas do BISQ (número de vigílias noturnas e duração do sono noturno) foram os melhores preditores para distinguir entre amostras clínicas e de controle. O segundo estudo, incluiu 1028 entrevistados que preencheram o questionário BISQ publicado num site de sono infantil⁽¹⁸⁾. Este segundo estudo demonstrou que as medidas do BISQ, forneceram achados relacionados ao desenvolvimento e à ecologia do sono que corresponderam aos resultados da literatura existente sobre padrões de sono na primeira infância⁽¹⁸⁾.

O BISQ já foi aplicado em mais de 150.000 recém-nascidos, lactentes e crianças pequenas. Posteriormente foi ampliado e revisto, a partir da sua forma original (BISQ-R) e tem sido amplamente utilizado em estudos em todo o mundo. Foi desenvolvido um sistema de pontuação referenciado por normas com base na idade. Essas normas são atualmente baseadas em dados dos EUA, com a intenção de desenvolvimento de normas em outros países⁽¹⁶⁾. A criação deste sistema de pontuação baseado na idade foi desenvolvida por Mindell *et al.* em 2019⁽¹⁹⁾.

Existem duas versões do BISQ-R, uma versão completa que inclui 33 perguntas e uma versão curta que inclui apenas as 19 perguntas pontuadas e uma pergunta adicional de duração do sono⁽¹⁶⁾. Desta forma o BISQ-R e o BISQ-R SF são versões diferentes do mesmo questionário, sendo o BISQ-R SF uma versão mais curta e simplificada do BISQ-R original. A versão curta pode ser adaptada para atender a diferentes necessidades de pesquisa ou aplicação clínica, proporcionando uma abordagem mais eficiente em termos de tempo e recursos, enquanto ainda captura as informações essenciais relacionadas aos hábitos de sono infantil.

Neste estudo vamos traduzir e adaptar culturalmente para a população portuguesa, bem como avaliar as propriedades psicométricas do questionário Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form (BISQ-R SF).

O BISQ-R SF é um questionário curto, simples, fácil de usar e inclui três subescalas: Sono Infantil (SI), Percepção dos Pais (PP) e Comportamento dos Pais (CP)⁽¹⁶⁾. A anteceder o questionário existe uma caracterização das variáveis sociodemográficas das crianças e respondente.

- A subescala do **sono infantil (SI)** apresenta cinco perguntas sobre os padrões de sono: latência de início do sono, número e duração das vigílias noturnas, maior fluxo de sono e sono noturno total⁽¹⁶⁾;
- A subescala de **percepção parental (PP)** apresenta três perguntas sobre a percepção do cuidador sobre dificuldade de dormir, sono noturno e problemas gerais de sono infantil⁽¹⁶⁾;
- A subescala do **comportamento parental (CP)** apresenta 9 perguntas sobre ecologia do sono, incluindo consistência de rotina na hora de dormir, hora de dormir, comportamento dos pais na hora do início do sono e acompanhamento da noite, e locais de sono na hora do início do sono e acompanhamento das vigílias noturnas⁽¹⁶⁾.

As pontuações em cada subescala e a pontuação total são dimensionadas de 0 a 100, com pontuações mais altas denotando melhor qualidade do sono, percepção mais positiva do sono infantil e comportamentos dos pais que promovem o sono saudável e independente. A pontuação total (T) é a média das 3 pontuações das subescalas⁽¹⁶⁾. De salientar que a pontuação das perguntas é realizada pela equipa de BISQ (Pediatric Sleep Council).

As medidas derivadas do questionário de sono BISQ realizado por Avi Sadeh em 2004 foram validadas correlacionando com registos de diários de sono e medidas actigráficas objetivas do sono e a avaliação de teste-reteste para a confiabilidade das medidas do BISQ.

O questionário de sono BISQ-R SF versão portuguesa foi constituído por:

1. Questões de caracterização das variáveis sociodemográficas em relação à criança e ao respondente: idade, sexo, prematuridade, grau de parentesco com a criança, nível de escolaridade e o número de noite que o respondente está envolvido com a criança na hora de adormecer.
2. Inventário de comportamento parental (CP) composto por 9 itens que avaliam os comportamentos dos pais relativamente às crianças. Na escala original a questão CP 9 subdivide-se em 2 subitens CP10 e CP11. Na versão portuguesa a questão CP9 incluiu os subitens CP10 e CP11.
3. Inventário de percepção parental composto 3 afirmações avaliando as percepções dos pais relativamente aos padrões de sono das crianças
4. Caracterização dos padrões de sono das crianças, composto por 5 questões que avaliam os seguintes aspetos:
 - SI1: Normalmente, quantas vezes a sua criança acorda durante a noite?
 - SI2: Normalmente quanto tempo demora a sua criança a adormecer?
 - SI3: Qual é o período de tempo mais longo em que a sua criança está a dormir durante a noite sem acordar?
 - SI4: No total, quanto tempo o seu filho passa a dormir durante a noite (entre a sua criança adormecer e acordar de manhã)?
 - SI5: Normalmente quantos minutos a sua criança passa acordada durante a noite? (entre a hora de deitar e de levantar de manhã)?

III.4.1 Etapas de Tradução, Adaptação Cultural e Propriedades Psicométricas do Questionário

A simples tradução do instrumento não assegura a validade da medida. É necessário realizar uma adaptação cultural para que o instrumento seja relevante e compreensível, preservando a integridade dos itens originais ⁽³⁾.

O processo de adaptação de um instrumento deve passar por duas fases distintas: a qualitativa e a quantitativa.

A fase qualitativa envolve a tradução, retroversão, comparação das versões traduzidas com a original, teste de versão traduzida numa amostra de validade, ou seja, a produção de uma nova versão com o teste-reteste. A fase quantitativa envolve a testagem da versão traduzida numa amostra da população-alvo ⁽³⁾.

A tradução e adaptação cultural foram conduzidas de acordo com as diretrizes de Vilelas, que propõem uma padronização composta por 4 etapas: Etapa 1: Tradução inicial e síntese; Etapa 2: Retroversão e síntese; Etapa 3: Revisão; Etapa 4: Pré-teste. Após esta fase ocorrerá a aplicação do pré-teste cujo objetivo será avaliar a compreensibilidade, pertinência e relevância cultural, recolhendo as opiniões dos participantes ⁽³⁾.

Para validar as propriedades psicométricas de uma escala, é importante ter uma dimensão de amostra apropriada em relação ao número total de itens da escala. Na literatura, existem diversos critérios em relação à proporção itens/sujeitos, e neste estudo, optamos por seguir a recomendação de um rácio de 5:1, valor aceite para conduzir uma análise fatorial exploratória ^{(102) (103)}.

A realização da avaliação do comportamento do instrumento numa amostra real para garantir que ele seja válido e confiável para o contexto específico em que está a ser aplicado é necessário. Este passo é crucial para garantir a qualidade e a precisão dos resultados obtidos com o questionário. Desta forma será necessário avaliar a confiabilidade e a validade do instrumento BISQ-R SF PT.

A consistência interna avalia o grau de concordância entre os itens de um instrumento, ou seja, se todas as partes do instrumento medem o mesmo construto. A

consistência interna é frequentemente avaliada por meio de estatísticas como o coeficiente *Alpha* de *Cronbach*, no entanto podem ser utilizadas outras técnicas estatísticas. Neste estudo a consistência interna, foi avaliada pela determinação do *Alpha* de *Cronbach*.

O *Alpha* de *Cronbach* pode variar de 0 a 1, sendo que valores mais altos são indicativos de uma maior consistência interna. Um valor *Alpha* desejável geralmente é superior a 0.70, e é considerado aceitável, acima de 0.90 é considerado excelente^{(104) (102)}, mas este critério pode variar dependendo do contexto^{(105) (103)}.

Após a avaliação da confiabilidade, a validade é o próximo aspeto a ser considerado. A validade de um instrumento refere-se à capacidade do instrumento medir aquilo que pretende medir de maneira satisfatória⁽⁷²⁾. Existem vários tipos de validade, cada um abordando uma dimensão específica da qualidade da medida.

A validade de construto refere-se à capacidade de uma medida se relacionar de maneira consistente com as variáveis conforme previsto pela teoria, ou seja, este tipo de validade, avalia se os resultados obtidos pelo instrumento estão em linha com as expectativas teóricas, confirmando que o instrumento está realmente a medir o construto desejado. Envolve a realização de análises estatísticas, como a determinação do KMO, análise fatorial exploratória ou confirmatória, para verificar se as questões do questionário estão agrupadas nos fatores esperados ou se estão de acordo com o modelo teórico proposto^{(104) (102) (105)}.

Neste estudo, foi utilizada a validade de construto, sendo avaliada por meio da execução de uma análise fatorial exploratória, pelo método de análise de componentes principais, aplicado o método de Kaiser.

Por limitações de tempo e por não existir financiamento ao estudo, optou-se realiza a avaliação da validade de instrumento BISQ-R SF PT, pela validade de construto.

III.5 Análise Estatística

A análise estatística deste trabalho foi predominantemente realizada no programa IBM SPSS Statistics para Windows, versão 24.0.

As propriedades psicométricas da escala de sono BISQ-R SF PT foram avaliadas, tal como referido anteriormente, por meio de uma análise fatorial exploratória de componentes principais, com rotação Varimax dos itens da escala. Para garantir a adequação do modelo fatorial à matriz de correlações para a realização da análise fatorial, foram empregues o método de Kaiser e os testes Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO > 0,6$). No que diz respeito à confiabilidade, foi realizado o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna do instrumento.

Neste estudo, realizou-se também uma análise estatística descritiva para caracterizar a distribuição de cada variável, seguida de uma análise bivariada ou estatística inferencial. A associação entre duas variáveis foi avaliada por diferença de médias utilizando o teste t de Student Oneway e as correlações por meio de coeficientes de correlação de Pearson (r), na análise bivariada, levando em consideração os pressupostos da relação linear e distribuição normal. Para a interpretação desses coeficientes, além da sua significância, foram considerados: correlações fracas ($|r| < 0,25$), moderadas ($0,25 \leq |r| < 0,50$), fortes ($0,50 \leq |r| < 0,75$) ou muito fortes ($|r| \geq 0,75$), seguindo os critérios propostos por Vilelas⁽³⁾ e Marôco⁽¹⁰⁶⁾.

O recurso a tabelas foi imperativo para a exibição dos resultados obtidos.

III.6 Considerações Éticas

A consideração ética na investigação envolve diversas fases, desde o início até a conclusão do estudo. Passa pela relevância do problema, a validade dos resultados para o avanço do conhecimento, a seleção adequada da metodologia e

instrumentos, os processos de colheita de dados, a revisão de resultados anteriores, bem como as normas de publicação e divulgação dos resultados⁽¹⁰⁷⁾.

O enunciado de posição do International Council of Nurses (ICN) destaca a responsabilidade dos enfermeiros na proteção dos direitos humanos em todas as circunstâncias e momentos⁽¹⁰⁸⁾. O ICN enfatiza a integridade na pesquisa, abordando questões relacionadas à vulnerabilidade dos direitos humanos e de grupos vulneráveis, incluindo crianças, idosos e pessoas em coma⁽¹⁰⁹⁾. Os princípios éticos orientadores da pesquisa, de acordo com o ICN, abrangem Beneficência, Avaliação da Maleficência, Fidelidade, Justiça, Veracidade e Confidencialidade⁽¹⁰⁷⁾.

Evitar causar danos, garantir o direito a informações completas sobre o estudo, respeitar a autodeterminação, preservar a intimidade, e assegurar o direito ao anonimato e à confidencialidade - são valores éticos fundamentais na condução de uma investigação, especialmente em contextos que envolvem a participação humana. Estes valores refletem o compromisso com a ética, a integridade e o respeito pelos direitos e bem-estar dos participantes⁽¹⁰⁷⁾.

A realização deste estudo teve em consideração os princípios éticos referentes à investigação, bem como os princípios referentes ao respeito pelo direito dos participantes no estudo.

Antes de se iniciar o processo de tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas do instrmento, procedeu-se ao pedido de autorização aos autores do questionário de sono infantil BISQ-R SF original, tendo sido obtido o seu consentimento por via informática. A Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa também emitiu parecer favorável à realização do projeto de investigação -Parecer nº 04/2023(Apêndice A).

Satisfeitos estes pedidos, foram solicitadas as autorizações para a aplicação, numa primeira fase do pré-teste do questionário BISQ-R SF e numa segunda fase do questionário final traduzido. A versão portuguesa do questionário BISQ-R SF (questionário final) (Apêndice B) foi aplicado em quatro infantários localizados no distrito de Setúbal, nomeadamente um localizado em Vendas Novas, um localizado em Marateca e dois localizados na cidade de Setúbal.

A preceder o questionário a ser aplicado, foi apresentada uma seção inicial que consistia no termo de consentimento informado. Nesta seção, foram fornecidas informações sobre a natureza do estudo, a garantia de sigilo e confidencialidade das respostas, bem como a natureza voluntária da participação. Desta forma, o cumprimento das normas éticas aplicáveis à pesquisa envolvendo seres humanos, estava assegurado (Apêndice C).

O consentimento informado destinou-se a ser preenchido pelos pais das crianças, caso pretendessem fazer parte do estudo. A resposta ao questionário só foi permitida se previamente os inquiridos assinassem o consentimento informado. Não houve qualquer dano ou prejuízo para os pais e crianças que não aderiram ao estudo.

IV. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

IV.1 ESTUDO I - Tradução, Adaptação Cultural e Estudo das Propriedades Psicométricas do Questionário de Sono Infantil Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form: BISQ-R SF

Nesta secção, será apresentado o processo de adaptação do BISQ-R SF para a língua e cultura portuguesa e o estudo das propriedades psicométricas do BISQ-R SF PT.

A versão portuguesa da escala BISQ-R SF, obtida por meio do processo de tradução e adaptação cultural, que será inicialmente apresentada. De seguida, serão apresentados os resultados do estudo das propriedades psicométricas do BISQ-R SF PT.

IV.1.1 Tradução e Adaptação Cultural do Questionário de Sono BISQ-R SF

Etapa 1- Tradução Inicial e Síntese

Na primeira etapa da tradução, o objetivo é transmitir com precisão o contexto da escala original para a realidade portuguesa.

O processo de tradução do BISQ-R SF teve início em novembro de 2022, após contacto preliminar, com os elementos da Pediatric Sleep Council que autorizaram o processo de tradução do questionário BISQ-R SF (revisão de março de 2020) em língua inglesa, disponibilizado no site babysleep, sendo este o ponto de partida desta tradução- Anexo 1.

A tradução e adaptação cultural foram realizadas por uma equipa liderada pela autora desta dissertação, ocorrendo em diversas fases. Numa primeira fase, o

questionário original foi traduzido de maneira independente por dois enfermeiros bilíngues, cuja língua materna é o português, ambos com experiência em cuidados de saúde infantil e pediátrica.

As duas traduções juntamente com o instrumento original foram trabalhadas e analisadas. Através da participação duma terceira pessoa compôs-se a versão final (síntese) sendo que no relatório apresentado não existiam discrepâncias.

Etapa 2- Retroversão/ *Back-Translation* e Síntese

A última versão em português foi submetida a mais dois tradutores bilíngues independentes, que não tinham conhecimento do instrumento em inglês, visando permitir a comparação com o questionário original. Um dos tradutores não tinha afinidade com a medicina nem com a área do sono. O outro tradutor era da área da saúde, no entanto sem afinidade com a área do sono. Ambos realizaram traduções independentes para o inglês, e após uma comparação conjunta, resultou uma versão traduzida para o inglês. Esta versão de *back-translation* do questionário BISQ-R SF foi enviada para a equipa do BISQ-R, a pedido dos mesmos. Os elementos desta equipa, incluindo a psicóloga PhD. Jodi Mindell, revisaram a retrotradução em inglês, comparando-a com a versão original para garantir consistência e compreensão precisa das nuances culturais. Foram sugeridas algumas alterações, que foram aceites.

O objetivo desta fase foi identificar possíveis discrepâncias de significado e/ou conteúdo entre o questionário original e a tradução para o português, assegurando a qualidade do questionário. Além disso, procurou-se garantir que a versão resultante da retroversão apresentasse semelhanças com a versão original ⁽³⁾.

Etapa 3: Revisão pelo Grupo de Especialistas

Nesta etapa pretende-se que o grupo de especialistas analisem as divergências entre o instrumento original em inglês e o instrumento resultante da tradução para português.

Assim foram analisadas as equivalências semântica e idiomática. Verificou-se que o significado das palavras e as expressões utilizadas nos respectivos idiomas eram coerentes na globalidade com o espectável e as situações relacionadas com o sono, em termos de equivalência cultural de cada item correspondiam na totalidade às vivenciadas no contexto da cultura portuguesa.

Em relação às questões relativas aos dados demográficos que antecedem o questionário, o maior desafio foi a tradução do termo Intersex, uma vez que esse termo não é usual no vocabulário português, desta forma foi sugerida a palavra sexo desconhecido pelo grupo de revisores portugueses, mas que não foi aceite pelos elementos do Pediatric Sleep Council, sendo que estes sugeriram “my child has a known disorder of sex development”. O grupo de revisores portugueses não concordou e achou pertinente manter o termo original, pelo que ficou a termo intersexo.

Ainda nas questões relativas aos dados demográficos a pergunta 7. “How many nights per week are you involved with your child at bedtime and/or overnight?” foi inicialmente traduzida para “Quantas noites por semana está junto da sua criança na hora de adormecer ou durante a noite?” e foi sugerido pelos elementos do Pediatric Sleep Council manter exatamente a mesma pergunta “How many nights per week are you involved with your child at bedtime and/or overnight”, referindo que a intenção nesta pergunta seria saber quantas noites (na hora de dormir ou durante a noite) por semana o cuidador está envolvido ou faz o trabalho de cuidar da criança naquele horário - não necessariamente se estava fisicamente próximo da criança, pelo que o grupo de revisores portugueses aceitaram a sugestão, ficando a pergunta traduzida para o português “Quantas noites por semana está envolvido com a sua criança na hora de adormecer e/ou durante a noite?”.

Nos 20 itens que compõem as três subescalas, houve particular atenção a alguns termos, nomeadamente ao termo “*bedtime routine*” e “*at bedtime*”.

O termo “*bedtime routine*” na escala original tem o significado “rotina para dormir” nomeadamente **os momentos antes de dormir** (quando a criança adormece no início da noite) e não durante a noite. Desta forma, houve a preocupação dos autores da escala em que o termo “*bedtime routine*” significasse isso. Este termo aparece em duas perguntas, mais propriamente na pergunta 1. “What time do you

usually start your child's bedtime routine (start getting your child ready for bed)?" e na pergunta 2. "In a typical week, how often does your child have the exact same bedtime routine?". Desta forma, a tradução final sugerida pelo grupo de revisores para a pergunta 1 ficou "A que horas geralmente começa a rotina de dormir da sua criança (começar a preparar a criança para ir para a cama)?" e a pergunta 2 ficou "Numa semana típica, quantas vezes a sua criança tem a mesma rotina para dormir?".

O termo "*at bedtime*" que aparece nas perguntas 3. "Where does your child usually fall asleep at bedtime?", 4. "How does your child usually fall asleep at bedtime?" e 5. "At bedtime, does your child usually fall asleep while breastfeeding, bottle feeding, or drinking from a sippy cup?", foi referido pelos autores da escala original como o momento **na hora de dormir** (quando adormecem no início da noite), pelo que as traduções ficaram após a avaliação do grupo de revisores, para a pergunta 3. "Onde é que a sua criança costuma adormecer na hora de dormir?", para a pergunta 4. "Como é que normalmente a sua criança adormece na hora de dormir?" e na pergunta 5. "Na hora de dormir, a sua criança normalmente adormece durante a amamentação, no biberão ou a beber por um copo de treinamento?".

A pergunta 7. "Typically, how difficult is bedtime?", foi inicialmente traduzida para "Normalmente, o quanto difícil é a rotina do adormecer?", no entanto os elementos da Pediatric Sleep Council referiram que esta pergunta originalmente não se refere necessariamente à rotina - apenas à hora de dormir em geral. Desta forma a pergunta foi revista e ficou "Normalmente, o quão difícil é a hora de ir dormir?".

A pergunta 10 e a 12 também foram sujeitas a pedidos de alterações pelos elementos da Pediatric Sleep Council, nomeadamente na opção de escolha "Co-sleeper (attached to parents' bed)" que foi traduzida inicialmente para "Berço junto à cama dos pais" e foi sugerido mudar para "Co-sleeper - Berço acoplado à cama dos pais". Na pergunta 12, a opção de escolha "Bottle feed or give a sippy cup to put my child back to sleep", foi inicialmente traduzida para "Dou-lhe biberon para voltar a adormecer" e foi sugerido mudar para "Dou-lhe biberon ou copo de aprendizagem para voltar a adormecer". Estas sugestões foram aceites pelo grupo de revisores portugueses.

O questionário final traduzido para a língua portuguesa foi enviado para o grupo de trabalho da Pediatric Sleep Council e integrado nos questionários traduzidos disponibilizados no site.

Adaptação cultural

Após as etapas de tradução e retroversão, o grupo de revisores ou especialistas foram responsáveis por analisar criticamente a versão traduzida para garantir a precisão, clareza e relevância cultural, avaliando a equivalência semântica, idiomática, experimental ou cultural e conceitual⁽³⁾.

As traduções foram submetidas a uma avaliação, por um grupo de técnicos experientes na área da saúde infantil, nomeadamente uma enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, pela autora deste trabalho de investigação, por uma médica pneumologista com especialização na área infantil. Com este grupo procurou-se ambiguidades, realizou-se ajustes e trabalhou-se para garantir que a tradução se mantivesse com fidelidade ao original sendo compreensível e apropriada culturalmente.

Ainda se procedeu a entrevistas cognitivas com um total de 20 participantes, e verificou-se que todos os pais conseguiram entender e preencher o questionário sem qualquer dúvida. Assim, confirmou-se que a tradução do questionário estava correta e não foi necessário fazer qualquer modificação.

Etapa 4 - Pré-Teste

Para esta etapa foi selecionado aleatoriamente o jardim de infância na localidade de Vendas Novas, onde **20 pais** de nacionalidade portuguesa, que tinham filhos entre 0-3 anos, receberam a versão pré-final do questionário. Na aplicação do pré-teste os pais deveriam avaliar a compreensibilidade, pertinência e relevância cultural, manifestando as suas opiniões no próprio instrumento, caso fosse necessário⁽³⁾.

Uma semana após a entrega da versão pré-final do questionário, os pais foram entrevistados telefonicamente pela autora desta dissertação para verificar o nível de compreensão dos mesmos em relação às perguntas, a forma como responderam e se surgiram dúvidas durante o preenchimento, realizando-se desta forma uma avaliação qualitativa do questionário. Dos 20 pais, nenhum apresentou dúvidas na compreensão das perguntas do instrumento, referindo que não tiveram dificuldades na resposta e preenchimento. Desta forma, não houve necessidade de o questionário voltar ao grupo de peritos. E, portanto, foram incluídos na amostra, tal como vem na literatura⁽³⁾.

Após a realização destas etapas, alcançou-se a versão final do BISQ-R SF em Português (BISQ-R SF PT) que contém 20 itens. Os itens que compõem as três subescalas estão listados no Apêndice D, numerados de 1 a 20, conforme o original.

A tradução e adaptação cultural foram os primeiros passos, posteriormente foi realizada a avaliação do comportamento do instrumento numa amostra real para garantir que ele seja válido e confiável para o contexto específico em que está a ser aplicado. Este passo é crucial para garantir a qualidade e a precisão dos resultados obtidos com o questionário.

De seguida apresentam-se as qualidades psicométricas indispensáveis para a validação BISQ-R SF PT para a população portuguesa, nomeadamente da subescala de comportamento parental e da subescala de percepção parental.

IV.1.2 Avaliação das Propriedades Psicométricas do Questionário de Sono BISQ-R SF PT

As várias variáveis dependentes foram operacionalizadas por inventários, assegurando a elaboração de valores standardizados cuja dimensão amostral permite caso se verifiquem qualidades psicométricas robustas.

Deste modo, efetuou-se a análise fatorial exploratória à subescala de **comportamento parental (CP)** (tabela 1), pelo método de análise de componentes principais; aplicado o método de Kaiser, tendo sido identificada uma estrutura fatorial com um domínio (valores próprios ≥ 1.00 e saturação o item no fator $\geq .35$).

Esta estrutura de 9 itens não apresenta uma solução satisfatória uma vez que 3 afirmações continham saturações do item no fator inferior a 0.40. O *alfa de Cronbach* também era afetado por isso procedeu-se à elaboração de uma segunda análise fatorial, eliminando os itens 1, 2 e 3.

Assim, na tabela 1. Pode-se apreciar uma solução adequada.

Tabela 1 - Análise Fatorial da Subescala de Comportamento Parental

Indicadores de Avaliação	Fator 1
Item 7	.81
Item 9	.73
Item 4	.65
Item 6	.61
Item 8	.52
Item 5	.51
Raiz Própria	2.49
Variância Explicada	41.62
Alfa (α) de Cronbach	0.63

Através da análise confirmamos a existência unidimensional, cujo total da variância explicada é de 41.62%.

A consistência interna do instrumento foi calculada na análise estatística através do coeficiente *alfa de Cronbach*. Este método serve para calcular o grau de homogeneidade ou semelhança dos diversos itens ou questões de uma mesma escala. Sabendo que o valor do coeficiente alfa pode variar de 0 a 1.0. Uma consistência interna adequada situa-se com valores superiores a 0.70, pois este valor indica que as questões são semelhantes ou homogêneas sem serem redundantes.

De acordo com a análise da tabela 1, verificamos que o α de Cronbach apresenta um valor entre 0.63, que de acordo com os critérios de Nunnally & Bernstein podemos considerar que a escala em estudo apresenta adequada consistência interna⁽¹¹⁰⁾.

Assim, podemos referir que este instrumento apresenta valores de qualidades psicométricas adequadas para a versão portuguesa.

Quanto à análise fatorial exploratória à subescala **Percepção Parental (PP)** (tabela 2), pelo método de análise de componentes principais; aplicado o método de Kaiser, foi identificada uma estrutura fatorial com 1 domínio (valores próprios ≥ 1.00 e saturação o item no fator $\geq .35$).

Tabela 2 - Análise Fatorial da Subescala de Percepção Parental

Indicadores de Avaliação	Fator 1
Item 2	.893
Item 1	.869
Item 3	.561
Raiz Própria	1.90
Variância Explicada	63.44
Alfa (α) de Cronbach	0.70

Através da análise confirmamos a existência unidimensional, cujo total da variância explicada é de 63.44%.

A consistência interna do instrumento foi calculada na análise estatística através do coeficiente alfa de Cronbach. Este método serve para calcular o grau de homogeneidade ou semelhança dos diversos itens ou questões de uma mesma escala. Sabendo que o valor do coeficiente alfa pode variar de 0 a 1.0. Uma consistência interna adequada situa-se com valores superiores a 0.70, pois este valor indica que as questões são semelhantes ou homogêneas sem serem redundantes.

De acordo com a análise da tabela 2, verificamos que o α de Cronbach apresenta um valor entre 0.70, que de acordo com os critérios de Nunnally & Bernstein podemos considerar que a escala em estudo apresenta consistência interna (110).

Assim, podemos referir que este instrumento apresenta valores de qualidades psicométricas adequadas para a versão portuguesa.

De seguida serão apresentadas as estatísticas descritivas das diferentes subescalas e das 5 afirmações que caracterizam os padrões de sono das crianças.

Tabela 3 - Média e Desvio Padrão das Variáveis Estudadas

Variável	Média	Desvio padrão	Min	Max
SI1: Normalmente, quantas vezes a sua criança acorda durante a noite?	1.62	1.47	0	7
SI2: Normalmente quanto tempo demora a sua criança a adormecer?	35.92	23.36	10	120
SI3: Qual é o período de tempo mais longo em que a sua criança está a dormir durante a noite sem acordar?	388.00	143.89	120	720
SI4: No total, quanto tempo o seu filho passa a dormir durante a noite (entre a sua criança adormecer e acordar de manhã)?	569.96	72.01	360	720
SI5: Normalmente quantos minutos a sua criança passa acordada durante a noite? (entre a hora de deitar e de levantar de manhã)?	21.82	27.27	0	150
Comportamento parental	1.86	0.86	0.83	3.17
Perceção parental	2.31	0.86	1.00	5.00

De acordo com a tabela 3, verificamos que:

1. O sono das crianças é avaliado por 5 aspetos com métricas diferentes que vão desde o nº de vezes que acorda ao nº de minutos;
2. Em média as crianças acordam 1,67 vezes por noite (desvio padrão de 1.47), oscilando entre zero e 7 vezes;
3. Para adormecer, a criança, demora em média 36 minutos (desvio padrão de 23.36), oscilando entre 120 e 720 minutos;
4. Na situação inversa, a criança passa acordada durante a noite cerca de 22 minutos (desvio padrão de 27.27), oscilando entre 0 e 150 minutos;
5. Considerando o período de tempo mais longo em que a sua criança está a dormir durante a noite sem acordar constatamos uma média 388 minutos (desvio padrão de 143.89), oscilando entre 120 a 720 minutos;
6. Finalmente, o tempo o seu filho passa a dormir durante a noite apresenta uma média de 597 minutos (desvio padrão de 72.01), oscilando entre 360 e 720 minutos;

No que respeita às escalas parentais verificamos que;

1. O comportamento parental revela uma média de 1.86, com um desvio padrão de 0.86 (oscilando entre um mínimo de 0.83 e máximo de 3.17 pontos);
2. A percepção parental, por sua vez, tem uma média de 2.31, com um desvio padrão de 0.86 (oscilando entre um mínimo de 1.00 e máximo de 5.00 pontos);
3. Os valores médios da percepção parental são mais elevados que os do comportamento parental.

IV.2 ESTUDO II - Padrão e Distúrbios de Sono das Crianças da Amostra

IV.2.1 Caracterização da Amostra

A estratégia de amostragem foi implementada através do recrutamento de pais em quatro contextos distintos, localizados em três áreas geográficas do país, abrangendo duas regiões com alta densidade populacional (Vendas Novas e Cidade de Setúbal) e uma com baixa densidade populacional (Marateca), como anteriormente já foi mencionado.

Na amostra em estudo, a média de idades das crianças foi de 23.02 meses com um desvio padrão de 9.85 meses e maioritariamente constituída por crianças do sexo masculino (50.8%), apesar de pequena a diferença entre os sexos, e crianças não prematuras (88%). Dos 120 questionários respondidos, 90% foram respondidos pela mãe e da totalidade dos respondentes 50% tinha completado o ensino secundário, 29% completaram a licenciatura ou bacharelato e 15% completaram o ensino pós-graduado. A média de noites que a totalidade dos respondentes passava com a sua criança era de 6.73 noites por semana e com um desvio padrão de 1.03, o que significa que o familiar que respondeu ao questionário, era a pessoa que estava envolvida com a criança na hora do adormecer, na maioria dos dias da semana.

A tabela 4 ajuda a observar e interpretar os demográficos apresentados no texto anterior.

Tabela 4 - Caracterização da Amostra

Idade (Média, Desvio padrão, Amplitude)		$\chi=23.02$	$\sigma=9.85$	1-36
			Nº	%
Qual a relação do respondente com a criança	Mãe		108	90%
	Pai		12	10%
	Menos do que o secundário		4	3%
	Secundário		60	50%
Educação	Bacharelato /Licenciatura		35	29%
	Pós-graduado (MS, MD, JD, Ph.D.)		18	15%
	Prematuro		14	12%
Prematuridade	Termo		106	88%
	Masculino		61	51%
Sexo	Feminino		59	49%
Número de noites por semana que o respondente está envolvido com a criança na hora de adormecer e/ou durante a noite?		$\chi=6.73$	$\sigma=1.03$	1-7
(Média, Desvio padrão, Amplitude)				

IV.2.2 Padrões de Sono Inadequado

Mindell *et al.* para definir padrões de sono inadequado, dividiu a amostra do estudo em quatro grupos: lactentes mais jovens (G1) (1 a 5.99 meses), lactentes mais velhos (G2) (6-11.99 meses), crianças pequenas (G3) (12 a 17.99 meses) e crianças mais velhas (G4) (18 a 35.99 meses). A amostra do presente estudo também foi dividida dessa forma⁽¹⁹⁾.

Na amostra (n=120) o tempo total de sono das crianças em estudo foi de 705.25' (12h), sendo que as crianças mais pequenas, G1, apresentaram um tempo total de sono em 24h, de 14.5h, o G2 de 12.6h, o G3 de 12.3h e o G4 de 11.3h. O tempo total de sono em 24h é o somatório do sono total noturno com o sono total diurno (sestas). Relativamente ao número de despertares noturnos o G1 apresentou em média 2.3 despertares por noite, o G2 apresentou 2, o G3 apresentou 2.1 e o G4 apresentou 1.4 despertares noturnos. Relativamente à vigília noturna o G1 apresentou 27.5', o G2, 25.7', o G3, 25.3' e o G4, 20.1'. Estes dados podem ser observados na tabela 5.

Tabela 5 - Variáveis de Sono Por Idade

VARIÁVEIS DE SONO ($\bar{x}$)	G1	G2	G3	G4
Sono noturno total (horas)	9.8	9.3	9.6	9.3
Sono diurno total (horas)	4.8	3.3	2.8	2.1
Sono Total em 24H (horas)	14.5	12.6	12.3	11.3
Nº de Despertares	2.3	2	2.1	1.4
Vigília Noturna	27.5	25.7	25.3	20.1
Sono Total em 24H (horas) da Amostra	12			

IV.2.3 Rotina de Dormir, Hora de Dormir e Hora de Acordar

Neste ponto serão apresentados os resultados referentes à estatística descritiva relacionados com os padrões de sono da amostra em estudo.

As crianças estudadas nesta amostra iniciam a sua rotina de dormir pelas 20h45', sendo a hora de dormir com as luzes apagadas em média às 21h15'. O tempo que a criança leva para adormecer foi em média de 35.92'. A hora de acordar foi às 7h50' em média às (Tabela 6).

Tabela 6 - Variáveis do Sono Noturno

VARIÁVEIS DE SONO NOTURNO	χ^2	σ^2
Hora de começo da rotina de dormir	20.45	0.84
Latência do sono (min)	35.92	23.36
Hora de dormir	21.15	0.76
Horário de despertar (hora)	7.5	0.8

Considerando os subgrupos de idades na amostra em estudo, verificou-se a média e o desvio padrão relativamente da hora de início da rotina de dormir, da hora de dormir e da hora de acordar. É também avaliada a média do total de número de horas que a criança está a dormir durante a noite. Os resultados são apresentados na tabela 7.

Tabela 7 - Variáveis do Sono Noturno Por Idades

VARIÁVEIS DE SONO NOTURNO POR IDADES	χ^2/σ^2		χ^2/σ^2		χ^2/σ^2		χ^2/σ^2	
	G1		G2		G3		G4	
Hora de começo da rotina de dormir	20.88	1.55	20.47	0.98	20.31	0.63	20.88	0.78
Hora de dormir	22.38	1.10	21.07	0.92	20.90	0.46	21.37	0.69
Horário de despertar (hora)	7.31	1.18	7.45	0.78	7.19	1.04	7.63	0.75

IV.2.4 Horas de Sono nas 24h

Para poder abordar o sono nas 24h, será necessário abordar as sesta e os despertares noturnos.

De seguida serão apresentadas tabelas de estatística descritiva referente ao número de despertares noturnos, duração total dos despertares, período mais longo a

dormir, sono noturno total, número de sestas realizadas, tempo total utilizado em sestas e o tempo total de sono nas 24h.

Em relação aos dados da tabela 8 pode-se afirmar que as crianças têm em média 1.67 despertares, quase dois despertares e que duram cerca de 21.82'. O período mais longo a dormir foi de 388 minutos. No total perfazem um período de sono de 569,96'.

Tabela 8 - Variáveis de Sono Noturno

	$\chi=$	$\sigma=$	Min	Max
VARIÁVEIS DE SONO NOTURNO				
Nº de despertares	1.67	1.47	1	7
Duração dos despertares (minutos)	21.82	27.27	0	150
Período mais longo a dormir (minutos)	388	143.9	120	720
Duração do sono noturno	569,96	72.01	360	720

Quanto ao sono diurno/Sono nas 24h, os resultados da tabela 9 demonstram que as crianças dormem cerca de 1 sesta e meia, com um sono diurno de 145' e um total de minutos a dormir nas 24 horas de 705.25.

Tabela 9 - Variáveis do Sono Diurno/Sono nas 24h

VARIÁVEIS DE SONO DIURNO/SONO EM 24H	$\chi=$	$\sigma=$	Min	Max
Número de Sestas	1,5	0,9	1	6
Período diurno a dormir (minutos)	145	67	15	480
Tempo total de dormir em 24h (minutos)	705.25	---	---	---

Quanto aos dados da tabela 10 pode-se inferir que as crianças em estudo têm hábitos de sono diferentes, consoante a idade. Verifica-se assim que no G1 estão os lactentes que dormem mais sestas (4.25). Em relação ao total de horas de sono

diurno são também os latentes que dormem mais (4.75 horas), bem como o número de despertares (2.3), duração dos despertares (27.5 minutos) e sono total nas 24 horas (14.h e 30 m). Assim, pode-se afirmar que as variáveis de sono em estudo diminuem com a idade ($G1 > G2 > G3 > G4$).

Tabela 10 - Variáveis de Sono por Idade

Variáveis de Sono	G1	G2	G3	G4
Nº de sestas	4,25	2,4	1,9	1,1
Sono diurno total (horas)	4,75	3,28	2,77	2,06
Nº de despertares	2,3	2	2,1	1,4
Duração dos despertares	27,5	25,7	25,3	20,1
Sono total em 24H (horas)	14,5	12,6	12,3	11,3

IV.2.5 Comportamentos Parentais Associados ao Sono da Criança

Neste ponto serão apresentados os comportamentos realizados pelos pais em torno do sono da sua criança.

Quanto aos dados da tabela 11 pode-se observar que a maioria das crianças inicia o sono com uma intervenção externa, sendo as mais prevalentes, a presença de um adulto no quarto, ao colo/embalado e alimentação (amamentação/biberão). Apenas 15.8% das crianças iniciam o sono sozinhas.

Relativamente ao local onde iniciam o sono a maioria 35% inicia na sua própria cama, seguida de 29.2% na cama dos pais e 16.7% ao colo dos pais.

Tabela 11 - Iniciação do Sono

Iniciação do Sono	%
Intervenção Associada ao Início do Sono	
Amamentação-Biberão	34
Ao colo/Embalado	35
Com um adulto no quarto	49.2
Sozinho	15.8
Local de Início do Sono	
Berço	11.7
Cama Própria	35
Cama dos Pais	29.2
Coo-sleeper	5.8
Alcoba/Espreguiçadeira	0
Baloço/Carrinho de Bebê	0.8
Colo dos Pais	16.7

A tabela 12 apresenta a forma como os pais agem para que a criança volte ao sono após os despertares noturnos.

Tabela 12 - Retoma do Sono

Retoma do Sono	%
Pegar na criança e voltar a deitá-la ainda acordada	25
Dar biberon	20
Amamentar	23.3
Brincar/ Ver TV/Tablet/Telemóvel	0
Nenhuma das opções	31.7

Na tabela 13 podemos observar a distribuição dos locais onde as crianças deste estudo dormem a maioria da noite, sendo que a maioria dorme no quarto dos pais (66.7%) e na cama dos pais (36.6%).

Tabela 13 - Local de Sono Durante a Noite

Local de Sono Durante a Noite	%
No seu quarto	29
Quarto dos pais	66.7
Quarto do irmão/irmã	3.33
Noutra divisão da casa	0.83
Berço	18.33
Cama Própria	35.8
Cama dos Pais	36.6
Coo-sleeper	8.33

IV.2.6 Perceção Parental Associado ao Sono da Criança

Os resultados da tabela 14 representam a perceção dos pais em relação ao sono global e ao sono noturno da criança.

Tabela 14 - Sono da Criança VS Perceção dos Pais

Sono da Criança VS Perceção dos Pais	%
Não é um problema	55.83
Um problema muito pequeno	12.5
Um problema pequeno	18.33
Um problema moderado	9.16
Um problema sério	4.17
Sono Noturno VS Perceção dos Pais	%
Muito bem	25
Bem	30
Normal	31.67
Mal	11.67
Muito mal	1.67

IV.2.7 Resultado do Tratamento Estatístico Inferencial

Neste ponto, será apresentada de forma sequencial a análise e os resultados das hipóteses formuladas, uma a uma.

Hipótese 1 - As crianças portuguesas dormem, em média, um menor número de horas noturnas por comparação com os dados de referência de outros países e de Portugal.

Para averiguar se existem diferenças entre o número de horas de sono noturno das crianças portuguesas comparativamente com os valores internacionais utilizou-se o teste *t* de Student Oneway. Este teste permite verificar se a diferença entre as médias das pontuações associadas a cada variável é significativa. Assim, para testar a hipótese em que as crianças portuguesas dormem, em média, um menor número de horas por comparação com os dados de referência de outros países que são em média de 600 minutos, fomos calcular a diferença de médias recorrendo ao teste *t* de Student Oneway.

Assim, da análise da tabela 15, verificamos que os participantes apresentam valores médios mais baixos na amostra global (media de 559.95; $t=6.09$; $p=.000$) com elevada significância estatística. Nas crianças com idades entre 6 a 11 meses e 18 a 36 meses também, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas (media = 559.41; $t=2.53$; $p=.022$ e média=556.20; $t=5.36$; $p=.000$).

Desta forma a **Hipótese 1** é parcialmente confirmada ao dividir a amostra por grupos etários e totalmente confirmada na amostra global.

Tabela 15 - Teste da Diferença de Médias das Variáveis Segundo o Número de Horas de Sono Noturno das Crianças Portuguesas Comparativamente Com os Valores de 600 minutos

Dimensão	Idades das crianças	Spotify		<i>t</i>	<i>p</i>
		Média	DP		
Número de horas de sono noturno das crianças portuguesas	1 a 5 meses	585.00	110.91	0.27	.804
	6 a 11 meses	559.41	66.18	2.53	.022
	12 a 17 meses	573.75	53.53	1.96	.069
	18 a 36 meses	556.20	74.93	5.36	.000
	Global	559.95	72.01	6.09	.000

Hipótese 2 - Existe uma relação direta entre as duas dimensões de comportamento e percepção parental e os padrões de sono das crianças

Para testar a hipótese de que existe uma relação direta entre a percepção dos pais e os padrões de sono das crianças, fomos calcular a correlação recorrendo ao teste de Pearson.

Assim, da análise da tabela 16, verificamos que:

- a) há relações estatisticamente significativas, entre o comportamento parental e quantos minutos a sua criança passa acordada durante a noite, mas o valor r de Pearson é fraco, revelador de uma correlação espúria entre as duas variáveis ($r=.235$; $p = 0.010$);
- b) há uma relação direta, estatisticamente significativa, entre o comportamento parental e quantas vezes a sua criança acorda durante a noite ($r=.422$; $p=0.000$)
- c) há uma relação inversa, estatisticamente significativa, entre o comportamento parental e o período mais longo em que a sua criança está a dormir durante a noite sem acordar ($r=-.429$; $p = 0.000$).

Nesta dimensão a hipótese é **parcialmente confirmada** sendo que os padrões de sono estáveis estão relacionados com o comportamento parental.

Analisando as correlações da dimensão percepção parental com os padrões de sono das crianças, temos que:

- a) há relações estatisticamente significativas, e quanto tempo o seu filho passa a dormir durante a noite, mas o valor r de Pearson é fraco, revelador de uma correlação espúria entre as duas variáveis ($r=-.297$; $p = 0.001$);
- b) há uma relação inversa, estatisticamente significativa, entre o período mais longo em que a sua criança está a dormir durante a noite sem acordar ($r=-.540$; $p = 0.000$);
- c) há relações diretas, estatisticamente significativas, entre o comportamento parental e quantas vezes a sua criança acorda durante a noite ($r=.612$; $p = 0.000$); e normalmente quanto tempo demora a

sua criança a adormecer ($r=.410$; $p = 0.000$); e quantas minutos a sua criança passa acordada durante a noite ($r=.478$; $p = 0.000$).

Consideramos que a hipótese é **parcialmente confirmada**, verificando-se que a percepção parental piora quando a criança apresenta padrões irregulares de sono e melhora quando dorme longos períodos durante a noite.

Tabela 16 - Resultado Obtido do Teste de Pearson entre as duas dimensões comportamento a percepção dos pais e os padrões de sono das crianças

Dimensões Avaliadas	CP		PP	
	r	p	r	p
SI1: Normalmente, quantas vezes a sua criança acorda durante a noite?	.422	.000	.612	.000
SI2: Normalmente quanto tempo demora a sua criança a adormecer?	.092	.317	.410	.000
SI3: Qual é o período mais longo em que a sua criança está a dormir durante a noite sem acordar?	-.429	.000	-.540	.000
SI4: No total, quanto tempo o seu filho passa a dormir durante a noite (entre a sua criança adormecer e acordar de manhã)?	.043	.640	-.297	.001
SI5: Normalmente quantos minutos a sua criança passa acordada durante a noite? (entre a hora de deitar e de levantar de manhã)?	.235	.010	.478	.000

Legenda: CP – Comportamento Parental; PP – Percepção Parental; SI – Sono Infantil

Hipótese 3 - Existe uma relação direta entre a percepção dos pais e os padrões de sono das crianças

Para testar esta hipótese fomos calcular a correlação recorrendo ao teste de Pearson.

Assim, da análise da tabela 17, verificamos que:

a) há correlação significativa, direta e adequada entre o PP2 e 3 das dimensões dos padrões de sono das crianças: quantas vezes a sua criança acorda

durante a noite ($r=.605$; $p = 0.000$); período de tempo mais longo em que a sua criança está a dormir durante a noite sem acordar ($r=.547$; $p = 0.000$) e quantas minutos a sua criança passa acordada durante a noite ($r=.455$; $p = 0.000$);

b) a correlação entre o PP2 e quanto tempo o seu filho passa a dormir durante a noite, apesar de estatisticamente significativa, o valor r de Pearson é fraco revelador de uma correlação espúria entre as duas variáveis.

Consequentemente, a hipótese é **parcialmente confirmada**.

Tabela 17 - Resultado Obtido do Teste de Pearson Entre a Perceção dos Pais e os Padrões de Sono das Crianças – Como a Sua Criança Dorme à Noite

Dimensões Avaliadas	Como a Sua Criança Dorme à Noite	
	r	p
IS1: Normalmente, quantas vezes a sua criança acorda durante a noite?	.605	.000
IS 2: Normalmente quanto tempo demora a sua criança a adormecer?	.235	.000
IS3: Qual é o período de tempo mais longo em que a sua criança está a dormir durante a noite sem acordar?	.547	.000
IS4: No total, quanto tempo o seu filho passa a dormir durante a noite (entre a sua criança adormecer e acordar de manhã)?	-.280	.000
IS5: Normalmente quantos minutos a sua criança passa acordada durante a noite? (entre a hora de deitar e de levantar de manhã)?	.455	.000

Para testar a **Hipótese 4** de que os comportamentos e percepção parental são melhores quando a relação é com mãe comparativamente a um maior relacionamento com o pai, fomos calcular o valor do *teste t de Student.*, para averiguar se existem diferenças nas dimensões estudadas (comportamento e percepção parental),

Este teste permite verificar se a diferença entre as médias das pontuações associadas a cada variável é significativa. Assim, para testar a hipótese de que os comportamentos e percepção parental são melhores quando a relação é com mãe

comparativamente a um maior relacionamento com o pai, fomos calcular a diferença de médias recorrendo ao teste t de Student.

Pela análise da tabela 18, verifica-se que os participantes apresentam valores médios mais elevados nas dimensões de comportamento e percepção parental quando se relacionam mais com a mãe; contudo não há diferenças estatisticamente significativas ($t=1.86$; $p=.065$ e $t=0.98$; $p=.329$, respetivamente). Assim a hipótese 4 **não se confirma**.

Tabela 18 - Teste da diferença de médias das variáveis parentais segundo o familiar com quem mais se relacionam

Dimensões Avaliadas	Familiar					
	Mãe		Pai		<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	DP	Média	DP		
Comportamento parental	1.89	0.64	1.54	0.48	1.86	.065
Percepção parental	2.33	0.87	2.08	0.71	0.98	.329

Hipótese 5 – Os comportamentos e percepção parental dos pais são melhores na relação com os rapazes comparativamente com as raparigas

Através da análise da tabela 19, verifica-se que os participantes apresentam valores médios mais elevados das dimensões de comportamento e percepção parental quando se trata de rapazes; contudo não há diferenças estatisticamente significativas na dimensão comportamento parental ($t=-0.84$; $p=.398$).

Relativamente à dimensão percepção parental verifica-se que os valores médios são mais elevados nos rapazes do que nas raparigas (média de 2.55 e de 2.06, respetivamente), sendo que existem diferenças estatisticamente significativas ($t=-3.20$; $p=.002$), pelo que a hipótese 5 é **parcialmente confirmada**.

Tabela 19 - Teste da diferença de médias das variáveis parentais segundo o gênero das crianças

Dimensões Avaliadas	Género das crianças				<i>t</i>	<i>p</i>
	Rapariga		Rapaz			
	Média	DP	Média	DP		
Comportamento parental	1.81	0.59	1.91	0.68	-0.84	.398
Perceção parental	2.06	0.69	2.55	0.94	-3.20	.002

Hipótese 6 – Os comportamentos e perceção parental dos pais são melhores na relação quando os recém-nascidos são prematuros comparativamente com os que não são prematuros

Através da análise da tabela 20, verifica-se que os participantes apresentam valores médios mais elevados das dimensões de comportamento e perceção parental quando os bebés não são prematuros; contudo não há diferenças estatisticamente significativas nas 2 dimensões ($t=-1.01$; $p=.316$ na dimensão comportamento parental e $t=-1.07$; $p=.298$ na dimensão perceção parental), pelo que a hipótese 6 **não é confirmada**.

Tabela 20 - Teste da diferença de médias das variáveis parentais segundo a prematuridade dos bebés

Dimensões Avaliadas	Prematuridade				<i>t</i>	<i>p</i>
	Sim		Não			
	Média	DP	Média	DP		
Comportamento parental	1.70	0.59	1.88	0.64	-1.01	.316
Perceção parental	2.23	0.62	2.32	0.88	-1.07	.298

V. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados será conduzida de acordo com a ordem estabelecida dos estudos e pelos objetivos de cada estudo.

V.1 ESTUDO I - Tradução, Adaptação Cultural e Estudo das Propriedades Psicométricas do Questionário de Sono Infantil Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form: BISQ-R SF

A adaptação de instrumentos de pesquisa, nomeadamente instrumentos de avaliação do sono, revela-se especialmente vantajosa na prática clínica e na investigação, uma vez que implica menos dispêndio de tempo e recursos financeiros comparando com a construção de novos instrumentos, no entanto é fundamental que sejam culturalmente adaptados para a população-alvo, garantindo fácil compreensão. Também é desejável que tenham um formato acessível e apresentem propriedades psicométricas robustas para assegurar a sua qualidade, possibilitando desta forma, resultados confiáveis e comparáveis, permitindo conclusões consistentes em cada estudo. Desta forma, existe a oportunidade de comparar resultados entre diversas populações, contribuindo assim para avanços significativos no campo científico⁽¹¹¹⁾
⁽¹¹²⁾.

Um dos objetivos deste estudo foi realizar a tradução dos itens do questionário de sono infantil BISQ-R SF para o português, realizar a adaptação semântica e avaliar as propriedades psicométricas da versão obtida utilizando uma amostra de participantes portugueses.

A metodologia adotada no processo de tradução e adaptação cultural da escala de sono BISQ-R SF obedeceu aos critérios recomendados por Vilelas (3). Nesta etapa foi utilizada uma amostra de 20 pais de crianças dos 0 aos 3 anos, tal como referido anteriormente.

No processo de adaptação cultural, em relação à escala original, a mesma sofreu algumas alterações na sua constituição, quando aplicada à população

portuguesa. Era esperado que, devido à adaptação aos aspetos culturais portugueses, a escala passasse por uma transformação, resultando assim na redução de 3 para 2 componentes, além da eliminação de 2 itens num dos componentes. Esse ajuste reflete a necessidade de alinhar a escala com as nuances específicas da cultura portuguesa, otimizando a sua relevância e precisão para a população-alvo.

Com a aplicação da escala na amostra foi possível afirmar que a versão portuguesa da escala de sono BISQ-R SF é detentora de equivalência funcional e de conteúdo.

Para a avaliação das propriedades psicométricas, as subescalas comportamento parental (CP) e perceção parental (PP) foram avaliados individualmente.

Para a **Subescala Comportamento Parental (CP)**, podemos concluir pelos resultados estatísticos alcançados, que não é possível validar esta estrutura de 9 itens, uma vez que 3 afirmações continham saturações do item no fator inferior a 0.40 e sendo o alfa de Cronbach também afetado. Desta forma, eliminando os itens 1 – “Numa semana típica, quantas vezes a sua criança tem a mesma rotina para dormir?”, 2 – “A que horas, geralmente a sua criança vai para a cama (luzes apagadas)?” e 3 – “A que horas geralmente começa a rotina de dormir da sua criança (começar a preparar a criança para ir para a cama)?”, foi encontrada uma solução estatisticamente aceitável. O total da variância explicada foi de 41.62%, para a análise dos 6 itens. A consistência interna foi calculada através do coeficiente alfa de Cronbach, sendo o valor de 0.63.

Desta forma, pelo processo de análise de confiabilidade e validade, a **Subescala Comportamento Parental (CP)**, ficou constituída pelos itens:

- 1 – “Onde é que a sua criança costuma adormecer na hora de dormir?”
- 2 – “Em que quarto a sua criança dorme a maioria das noites?”
- 3 – “Na hora de dormir, a sua criança normalmente adormece durante a amamentação, no biberão, ou a beber por copo de treinamento?”
- 4 – “Como é que normalmente a sua criança adormece na hora de dormir?”
- 5 – “Onde dorme a sua criança a maior parte do tempo durante a noite?”

6 – “Quando a sua criança acorda durante a noite o que costuma fazer?”

Na **Subescala percepção parental (PP)**, pela análise fatorial exploratória, pelo método de análise de componentes principais, sendo aplicado o método de Kaiser, podemos concluir que é possível validar uma estrutura de 3 itens, cujo total da variância explicada é de 63.44%. A consistência interna avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach foi de 0.70.

Assim, após a análise detalhada de confiabilidade e validade, **a Subescala de Percepção Parental (PP)** foi composta pelos itens abaixo apresentados:

1. “Considera que o sono da sua criança é um problema?”
2. “Como é que a sua criança, geralmente, dorme durante a noite?”
3. “Normalmente, o quão difícil é a hora de ir dormir?”

Desta forma, o instrumento português, ficou constituído por questões de caracterização das variáveis sociodemográficas relacionadas com a criança: idade, sexo, se foi prematura ou não; e relacionadas com o respondente: grau de parentesco, nível de escolaridade e relacionamento da criança. O restante instrumento ficou composto por 2 subescalas e 5 afirmações que caracterizam os padrões de sono das crianças:

- **Subescala comportamento parental (CP)** composta por 6 itens que avaliam os comportamentos dos pais relativamente às crianças;
- **Subescala percepção parental (PP)** composta por 3 itens que avaliam as percepções dos pais relativamente aos padrões de sono das crianças;
- **As 5 afirmações que caracterizam os padrões de sono das crianças, são:**
 - SI1: Normalmente, quantas vezes a sua criança acorda durante a noite?
 - SI2: Normalmente quanto tempo demora a sua criança a adormecer?
 - SI3: Qual é o período de tempo mais longo em que a sua criança está a dormir durante a noite sem acordar?

- SI4: No total, quanto tempo o seu filho passa a dormir durante a noite (entre a sua criança adormecer e acordar de manhã)?
- SI5: Normalmente quantos minutos a sua criança passa acordada durante a noite? (entre a hora de deitar e de levantar de manhã)?

O processo de avaliação das propriedades psicométricas do instrumento, foi realizado numa amostra de 120 pais de crianças dos 0 aos 3 anos de idade e os resultados também indicam, que a escala é considerada adequada do ponto de vista psicométrico.

No estudo desenvolvido por Cassanello *et al.* para avaliar a confiabilidade, os autores analisaram dois componentes: (A) confiabilidade inter-observador e (B) confiabilidade intra-observador. Para o ponto A mediram a concordância das respostas obtidas com o BISQ-E quando autoaplicável em comparação quando foi administrado por um entrevistador. Para o ponto B realizaram análise de correlação para avaliar teste-reteste, para o qual aplicaram o BISQ-E a um grupo de 27 famílias em dois momentos, sendo o valor $r = .848$ para o global do questionário ⁽²³⁾. No estudo chinês desenvolvido pelos autores Huanget *et al.* a confiabilidade do CBISQ foi avaliada pelo método teste-reteste, sendo que os coeficientes de correlação variaram entre .439 e .848 ⁽²¹⁾. O estudo turco para a avaliação de confiabilidade realizou também o método teste-reteste, em que 30 pais completaram o BISQ duas vezes, com um intervalo de três semanas entre as administrações, sendo que os coeficientes de correlação variaram entre .63 e .82 ⁽²²⁾. O estudo brasileiro desenvolvido por Del-Ponte *et al.* não avaliou a confiabilidade ⁽¹¹³⁾.

O presente estudo foi o único que, para avaliar o instrumento quanto à confiabilidade, utilizou a consistência interna determinada pelo teste de Alpha de Cronbach. Os restantes estudos estrangeiros avaliaram a confiabilidade do questionário BISQ apenas pela estabilidade temporal com a utilização do método teste-reteste. Este estudo, também foi o único que utilizou o método de construto para a avaliação da validade do instrumento.

Foi utilizada a validade de construto e não a validade de critério tal como foi utilizada por outros autores na validação da escala. A escolha pela validade de critério prendeu-se a limitações financeiras e temporais, uma vez que, não seria

possível financeiramente, nem em tempo útil, correlacionar o instrumento a validar com um critério externo ou padrão, nomeadamente, diários de sono ou actigrafia. A utilização de outros instrumentos já estabelecidos que meçam a mesma construção ou fenómeno, também não seria possível uma vez que não existem questionários de sono traduzidos para o português que avalie o sono na faixa etária dos 0 aos 3 anos.

Os autores para avaliaram a validade do instrumento BISQ, optaram sempre por utilizar outro instrumento considerado “Gold standard” na temática em estudo, realizando desta forma a validade do questionário BISQ pela validade de critério. Os instrumentos “Gold standard” utilizados para a comparação com os resultados obtidos com o questionário BISQ, foram para o estudo espanhol os registos em diário de sono ⁽²³⁾, para o estudo chinês os registos em diários de sono, actigrafia e polisonografia (PSG) ⁽²¹⁾ e para o estudo brasileiro foi utilizado os dados obtidos por actigrafia ⁽¹¹³⁾. O estudo turco e o estudo nepalês não avaliaram a validade do questionário, referindo que o questionário BISQ já tinha sido validado e correlacionado significativamente com medidas de sono derivadas de actigrafia e diários de sono, e dessa forma apenas se propunham a avaliar se o questionário em turco e nepalês seria compreensível e confiável para avaliar medidas de sono e problemas de sono durante a primeira infância para a população em estudo respetivamente ⁽²⁰⁾ ⁽²²⁾. De referir que o estudo nepalês apenas realizou a tradução e adaptação cultural para a sua população, sendo que a confiabilidade também não foi avaliada ⁽²⁰⁾.

Assim, pode-se considerar através dos testes estatísticos realizados, que o BISQ-R SF PT é um instrumento com propriedades psicométricas adequadas, que garantem ao profissional ou ao investigador a sua utilização na sua prática, visto tratar-se de um questionário preciso e fiável, capazes de atingir o objetivo para o qual foi elaborado, ou seja, possibilitar que um maior número de crianças com distúrbios do sono possam ser identificadas por profissionais da saúde.

V.2 Estudo II - Padrão e Distúrbios de Sono das Crianças da Amostra

A discussão dos resultados do Estudo II foi realizada pela mesma ordem de entrada no ponto IV – Apresentação dos Resultados. Desta forma serão discutidos

sequencialmente os pontos, iniciando-se nos padrões de sono inadequado da criança e culminando na discussão das hipóteses levantadas.

Neste estudo, dado que a dimensão da amostra não permite representatividade da população portuguesa, realizamos uma análise dos padrões de sono com base nos dados do questionário e fomos comparar esses padrões de sono com informações previamente obtidas por outros pesquisadores.

V.2.1 Caracterização da Amostra

Neste ponto será importante referir que a amostra estava sensivelmente dividida entre ensino secundário e ensino superior, nomeadamente licenciatura e ensino pós-graduado. Desta forma o impacto potencial nos resultados relacionado à composição da amostra entre diferentes níveis educacionais e consequentemente socioeconómicos serão minimizado, pois os grupos estão equilibrados. Esta distribuição equitativa ajudou a mitigar possíveis distorções nos resultados devido a desequilíbrios na distribuição educacional e socioeconómica.

V.2.2 Padrões de Sono Inadequado

O autor do questionário BISQ, Avi Sadeh, estabeleceu três critérios para identificar crianças com padrões de sono inadequado: um padrão sustentado de mais de três despertares por noite, 1 hora de vigília durante o período da noite, ou duração total do sono inferior a 9 h (540m) em 24 h. Quando pelo menos um dos seguintes critérios é satisfeito o BISQ define a criança com uma qualidade do sono pobre⁽¹⁸⁾.

As perguntas utilizadas para obter estes critérios foram: “Normalmente, quantas vezes a sua criança acorda durante a noite?” para avaliar o número de despertares noturnos; “Normalmente quantas horas a sua criança passa acordada durante a noite (entre a hora de deitar e de levantar de manhã)?” para avaliar a vigília noturna e as perguntas “ No total, quanto tempo o seu filho passa a dormir durante a

noite (entre a sua criança adormecer e acordar de manhã)?” e “Quanto tempo, no total, a sua criança passa a dormir durante o dia (entre o acordar de manhã e ir para a cama à noite)?” para estimar a duração total do sono.

Segundo Sadeh, esses indicadores permanecem estáveis em crianças entre 6 e 30 meses de idade. No entanto, dada a variabilidade dos padrões de sono nestas idades e o caráter semiquantitativo de sua avaliação, o questionário não pode ser usado para diagnosticar um distúrbio do sono. Pelo contrário, ajuda a identificar precocemente e por meios simples aquelas crianças que poderiam beneficiar da melhoria dos hábitos de sono⁽¹⁸⁾.

A amostra foi dividida em quatro faixas etárias, tal como no estudo de Mindell et al ⁽¹⁹⁾ e já referido anteriormente: bebês mais jovens (G1) (1 a 5.99 meses), bebês mais velhos (G2) (6-11.99 meses), crianças pequenas (G3) (12 a 17.99 meses) e crianças mais velhas (G4) (18 a 35.99 meses).

Na amostra (n=120) o tempo total de sono das crianças em estudo foi de 705.25' (12h), sendo que as crianças mais pequenas, G1, apresentam como era de esperar um tempo total de sono maior em 24h, sendo de 14.5h e o G4 de 11.3H. Tal como já referido anteriormente, o tempo total de sono em 24h é o somatório do sono total noturno com o sono total diurno (sestas). Relativamente ao número de despertares noturnos o G1 apresentou mais despertares comparativamente com os restantes grupos, sendo que G1 apresentou 2.3 despertares. Relativamente à vigília noturna, todos os grupos apresentaram sensivelmente o mesmo tempo de vigília noturna, variando entre 27.5' para o G1, 25.7' para o G2, 25.3' para o G3 e 20' para o G4. Nesta amostra as crianças mais novas apresentavam mais tempo de vigília que as mais velhas.

De acordo com os três critérios estabelecidos por Avi Sadeh, a amostra em estudo não apresenta padrões de sono inadequado. Todos os grupos de crianças (G1, G2, G3 e G4) apresentam uma duração total de sono em 24h superior a 540m, um número de despertares inferior a três por noite e uma vigília noturna inferior a 1h.

No entanto avaliando as crianças da amostra em estudo, uma a uma, 9% apresentavam mais de 3 despertares por noite e 12% apresentaram mais de 1h de vigília noturna, todavia e no global, a mostra em estudo, não apresenta resultados

similares a outros estudos, sendo os resultados das crianças do estudo melhores. No estudo de Thomas e Spieker ⁽¹¹⁴⁾ os problemas de sono infantil, avaliados pelos despertares noturnos, duração da vigília noturna e tempo total de sono, foram prevalentes na amostra (31%). No estudo Sadeh, os problemas de sono infantil foram identificados pelo BISQ em aproximadamente um terço da amostra. No estudo de Del Ponte *et al.* ⁽¹¹³⁾, as crianças estudadas também apresentavam elevadas prevalências de problemas de sono, sendo que aos três, seis, doze e 24 meses foi de 53,6%, 31,8%, 31,6% e 36,0%. O estudo turco avaliou uma amostra de 121 lactentes e de acordo com os critérios de mau dormidor sugeridos por Sadeh, 32,2% dos lactentes enquadravam-se neste perfil ⁽²²⁾.

V.2.3 Rotina de Dormir, Hora de Dormir e Hora de Acordar

A finalidade da rotina do sono é estabelecer associações entre comportamentos positivos, ou seja, uma série de atividades serenas que orientam a criança em direção ao momento de dormir, facilitando um adormecimento rápido. O cumprimento de horários adequados à criança também são fundamentais ⁽¹¹⁵⁾. Para crianças menores, a rotina de dormir deve ser iniciada 20 a 30 minutos antes da hora de dormir ⁽¹¹⁶⁾.

As crianças estudadas nesta amostra iniciam a sua **rotina de dormir** pelas 20h45', sendo a **hora de dormir** com as luzes apagadas em média às 21h15'. Para adormecer, as crianças, demoraram em média 36 minutos, oscilando entre 10 a 120 minutos.

Relativamente à hora de dormir, os dados deste estudo vão ao encontro de outros estudos portugueses em que a média da hora de dormir era às 21h e 21h 30' ^{(12) (117)}. No estudo de Ahn e colaboradores ⁽¹¹⁸⁾ que realizaram com crianças coreanas e em países/regiões predominantemente asiáticos (P-A) e predominantemente caucasianos (P-C), do nascimento até aos 36 meses, verificaram que as crianças P-C, em média, deitavam-se às 20h 25' e as crianças P-A pelas 21h 25' e coreanas pelas 22h 20'. No estudo de Ferreira *et al.* ⁽¹¹⁵⁾ as crianças estudadas apresentavam horas

de deitar mais tardias (22h66') que as crianças deste estudo, bem como apresentavam uma latência do sono de 50.14'.

O aumento da latência do sono pode estar associado à falta de rotinas consistentes. Para promover uma latência do sono adequada em crianças pequenas, é recomendável estabelecer rotinas de sono consistentes, criar um ambiente de dormir propício (por exemplo, escuro, tranquilo e confortável) e garantir que a criança siga um horário de sono regular.

Comparando os dados da amostra em estudo com dados internacionais, as crianças do presente estudo, apresentam horas de deitar e de acordar semelhantes aos das crianças dos países predominantemente Asiáticos⁽⁴⁵⁾. Por sua vez, no estudo de Mindell *et al.* as crianças apresentavam hora de dormir inferior à da amostra em estudo, apenas na Índia e na Coreia do Sul as crianças apresentaram horas de dormir mais tardias que Portugal⁽⁴⁵⁾.

No entanto, considerando os subgrupos de idades da amostra em estudo, verificou-se que as crianças mais novas (G1) tendem a dormir mais tarde, com médias de 22h38' indo diminuindo esta hora ao longo da idade, sendo que o G4 apresentava uma hora de dormir em média às 21h37'. Estes dados não vão ao encontro com alguns estudos portugueses em que as crianças mais velhas tendem a deitar-se mais tarde⁽¹²⁾⁽¹¹⁷⁾.

A **hora de acordar** foi semelhante em todos os grupos com média de 7h 15', tal como nos estudos portugueses⁽¹²⁾⁽¹¹⁷⁾.

Comparando os dados da amostra em estudo com dados internacionais, as nossas crianças apresentam horas de deitar e de acordar semelhantes aos das crianças dos países predominantemente Asiáticos⁽⁴⁵⁾.

É de salientar que crianças com ausência de rotinas consistente de dormir apresentam menor quantidade de sono⁽¹¹⁹⁾. Outro elemento adicional a ser considerado são os horários de ir para a cama. Conforme evidenciado no estudo realizado por Crabtree *et al.*⁽¹²⁰⁾, observou-se que crianças pequenas tendem a ter uma menor quantidade de horas de sono quando o horário de dormir é mais tardio, ocorrendo após as 21 horas. No estudo de Mindell, *et al.* foi identificada uma correlação entre o início do sono após as 21 horas e a experiência de levar mais

tempo para adormecer, além de resultar numa menor duração total do sono. Neste estudo, os resultados também sugerem que instituir uma rotina noturna consistente para dormir é benéfico para melhorar múltiplos aspetos do sono do lactente e da criança pequena, resultando em menor latência para o início do sono, diminuição da vigília após o início do sono e aumento da consolidação do sono⁽¹¹⁹⁾.

V.2.4 Horas de Sono nas 24h

Para poder abordar o sono em 24h, tal como referido anteriormente teremos de abordar as **sestas** e os **despertares noturnos**.

Segundo as diretrizes da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), a partir dos 12 meses de idade, é recomendado que as crianças sigam uma rotina de sono que inclua três períodos distintos: um durante a noite (sono noturno) e dois durante o dia (uma sesta de manhã e outra à tarde). Entre os 15 e os 30 meses, é comum que as crianças suspendam naturalmente a sesta da manhã, mantendo apenas a sesta da tarde. Geralmente, a sesta da tarde é progressivamente abandonada entre os três e os cinco anos, ou até mais tarde, dependendo das características individuais de cada criança. É válido destacar que a duração do sono diurno pode variar, sendo de 2 a 4 horas para crianças mais jovens e de 1 a 3 horas para as mais velhas⁽⁷⁶⁾.

Todas as crianças em estudo dormiam a **sesta**, sendo a média de 1.5 sestas. A variação foi entre 1 e 6 sestas, sendo que o maior número de sesta foi realizado pelas crianças do G1 e o menor pelo G4. As crianças entre os 12 e os 17 meses realizavam em média 2 sestas e as crianças a partir dos 17 meses, realizavam em média 1 sesta por dia. Os dados recolhidos da população em estudo vão ao encontro dos valores apresentados pela SPP⁽⁷⁶⁾.

O tempo total utilizado em sestas foi em média de 145' (2h45') dados que se revelaram consonantes aos apresentados pela SPP, e superiores aos encontrados noutros estudos em que a média do sono diurno das crianças era de 1h09' ⁽⁷²⁾. No estudo internacional de Mindell *et al.*, em que caracteriza os padrões de sono em várias culturas e os problemas de sono numa grande amostra de crianças desde o

nascimento até 36 meses em vários países predominantemente asiáticos (P-A) e predominantemente caucasianos (P-C), todas as crianças estudadas também apresentavam em média 1 a 2 sestas por dia⁽⁴⁵⁾, com um tempo total gasto em sestas de 2 a 3 horas. Também o estudo português de Marinho *et al.*⁽¹¹⁷⁾ apurou que a maioria das crianças realizava a sesta, havendo a distinção neste estudo para a sesta da manhã e sesta da tarde, sendo que neste estudo as crianças dormiam maioritariamente a sesta à tarde (94.7%) com uma duração média das sestas, durante a semana, foi de 2h 07' e, no fim de semana, de 2h 21', valores inferiores aos do presente estudo.

Os dados da amostra aqui estudada relativamente às sestas são muito semelhantes aos dos outros estudos portugueses e ao de Mindell *et al.*^{(5) (12) (45)}. Desta forma, existem diferenças mínimas para o sono diurno (sestas) em todas as crianças estudadas e seguem o mesmo padrão comportamental no desenvolvimento, em relação às sestas. Assim, estes resultados indicam uma forte contribuição biológica para o sono diurno, ao contrário do sono noturno que parece ter uma influência de base cultural mais forte. Os resultados encontrados corroboram com pesquisas anteriores que indicam que o sono durante o dia é possivelmente menos influenciado por fatores ecológicos do que o sono noturno^{(121) (122)}.

Relativamente ao número de **despertares noturnos** e duração do total de tempo que a criança passa acordada durante a noite, a amostra apresentou uma média de 1.67 despertares noturnos e uma duração total média cerca de 22' de tempo total perdido pelas crianças nos despertares. Como era de prever as crianças mais novas apresentam mais despertares noturnos que as crianças mais velhas. Relativamente aos despertares noturnos estes achados vão de encontro com o estudo de Mindell *et al.*⁽⁵²⁾. No estudo português de Maia *et al.*⁽⁸⁷⁾ que tinha como objetivo conhecer os hábitos de sono de lactentes entre os seis e os vinte e quatro meses de idade, também neste grupo de crianças a maioria acordava mais de 2 vezes por noite.

Relativamente ao sono noturno total, como já foi apresentado, a média da amostra foi de cerca de 569.96 (9h50'), sendo que as crianças mais novas dormem mais que as crianças mais velhas – G1: 585', G2: 559.41', G3: 573.75' e G4:556.20'. Estes dados vão ao encontro dos dados apresentados no estudo de Dereymaeker *et al.*⁽¹²³⁾, onde observam que são as crianças mais novas que dormem

mais, apresentando os recém-nascidos e lactentes ciclos curtos de sono, alternando entre momentos tranquilos e períodos de ligeiro despertar.

Em vários estudos encontrados, quer para a população portuguesa quer em estudos estrangeiros, as horas de sono noturno total, apresentadas pelas crianças estudadas foram de 600' ou mais, desta forma estes resultados são superiores aos da amostra global em estudo^{(12) (44) (45) (59)}. No estudo Silva *et al.*⁽¹²⁾, as crianças com a mesma faixa etária das crianças estudadas nesta amostra, dormiam em média 600'. No estudo de Crispim *et al.* a maioria das crianças estudadas, 55.7%, dormiram 480' a 600' por noite, e 41.3% dormiram mais de 600' por noite⁽⁵⁾.

Assim sendo as crianças do presente estudo dormem, em média, um menor número de horas por comparação com os dados de referência de outros países, bem como com os dados de alguns estudos portugueses relevantes, que abordam o sono da criança pequena.

Dessa forma, garantir um **tempo total de sono** apropriado para a idade está significativamente vinculado à realização da sesta.

O tempo total de sono das crianças em estudo foi de 705.25'(11h75'), sendo que as crianças mais pequenas, G1, apresentam como era de esperar um tempo total de sono maior em 24h, sendo de 14h50', G2 de cerca de 13h, G3 de cerca de 12h e o G4 cerca de 11h. Os resultados da pesquisa conduzida por Marinho *et al.* também indicaram diferenças estatisticamente significativas com base na faixa etária das crianças em relação ao total de horas de sono nas 24 horas do dia. Observou-se que as crianças mais jovens apresentam uma propensão a dormir por um período mais extenso, superando as 14 horas diárias⁽¹¹⁷⁾. No estudo de Crispim *et al.* a duração média de sono diário era de 14h20' horas aos seis meses de vida⁽⁵⁾ e no estudo de Silva *et al.* as crianças aos 2 anos apresentavam em média 10h de sono total⁽¹²⁾. O resultado do tempo total de sono da amostra em estudo é semelhante aos estudos portugueses como se pode constatar, no entanto foi o mais baixo de todos os países avaliados no estudo de Mindell *et al.*⁽⁴⁵⁾. A literatura destaca que, a partir dos 12 meses de idade, a quantidade total de sono nas crianças tende a diminuir, variando entre 11 e 14 horas⁽⁷⁶⁾.

Na presente amostra verificou-se que a média de horas que as crianças passam a dormir em 24h encontrava-se dentro desse intervalo. Apoiando a evidência científica, são as crianças mais velhas que tendem a dormir menos. Estes dados também vão ao encontro do estudo Williamson *et al.* ⁽¹²⁴⁾. Nesta pesquisa, que envolveu uma amostra de 1983 crianças com idades entre 18 e 36 meses, provenientes de diversos países (Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos), a conclusão apontou para uma diminuição linear das taxas de sono com o aumento da idade, em todos esses países. No estudo de Sadeh *et al.* ⁽¹²¹⁾ e no estudo de Yu *et al.* ⁽¹²⁵⁾ observou-se uma redução significativa no tempo total de sono à medida que o desenvolvimento da criança avança, principalmente devido a uma diminuição no tempo dedicado ao sono durante o dia e da concentração do sono durante a noite. Os padrões de sono e vigília relacionadas à idade, também encontraram mudanças significativas ao longo da idade, apresentando uma melhoria nos padrões de sono e uma diminuição nos despertares noturnos.

V.2.5 Comportamentos e Percepção Parental Associados Ao Sono da Criança

Na amostra em estudo, relativamente aos comportamentos parentais associados ao sono da criança, a necessidade de intervenção externa para o adormecer estava presente, sendo que 34% das crianças tinha de ser amamentada, 35% tinha de ser embalado ou estar ao colo e 49.2% tinha de ter a presença de um adulto, refletindo a dificuldade da imposição de limites e regras.

Os resultados deste estudo são semelhantes ao estudo de Mindell *et al.* ⁽¹²⁶⁾, apenas com a diferença de que a maioria das crianças (31%) costuma adormecer na cama dos pais com um dos pais presente, e na amostra em estudo a maioria das crianças adormece na própria cama (35%) com um adulto no quarto sem que esteja ao colo ou embalada (49.2%).

No estudo de Mindell *et al.* para todas as famílias, no geral, os comportamentos parentais mais comuns no início do sono são para além de

adormecer na cama dos pais com um dos pais presente (31%), a alimentação para dormir, incluindo biberão (31%) e amamentação (26%) ⁽¹²⁶⁾. Também era comum segurar (26%) e balançar (23%) a criança para dormir. Menos frequente era adormecer de forma independente (18%) ou no berço/cama com um dos pais presente (12%) ⁽¹²⁶⁾. Na amostra em estudo, estes comportamentos também se observaram tal como referido anteriormente. Em relação ao local de adormecimento, a maioria das crianças da amostra em estudo adormecia na sua própria cama (35%), mas com um adulto no quarto sem que esteja ao colo ou embala (49.2%).

No estudo de Ferreira *et al.* ⁽¹¹⁵⁾, a diminuição da presença dos pais antes de dormir proporcionou às crianças a oportunidade de adquirir habilidades de autorregulação, fundamentais para aprender a adormecer de maneira autónoma.

De acordo com Thomas *et al.* ⁽¹²⁷⁾, a eficácia dos resultados da técnica de extinção deve-se à sua capacidade de fomentar o desenvolvimento das habilidades de autoacomodação na criança. Allen *et al.* ⁽¹²⁸⁾ recomenda o incentivo da independência no momento de dormir como uma estratégia fundamental para desassociar padrões negativos no início do sono.

No estudo de Mindell *et al.* ⁽¹²⁶⁾ os autores referem que durante a noite, os pais também são altamente propensos a interagir com seu filho após despertares noturnos. Os comportamentos mais comuns incluem biberão (30%) ou amamentação (28%) para a criança voltar ao sono, bem como esfregar/dar palmadinhas no berço/cama (31%) ou embalar (27%). No entanto existiam diferenças entre as populações em estudo: P-C (População Caucasiana) e P-A (População Asiática), sendo que Pais P-C tendem a esfregar/acariciar no berço/cama (29%), realimentar para dormir (25% amamentando, 21% alimentando com biberon) e embalar para voltar a dormir (21%). Da mesma forma, os pais P-A são mais propensos a alimentar (29% amamentando, 34% alimentando com mamadeira) e embalar para voltar a dormir (29%). Tal como no estudo de Mindell *et al.* ⁽¹²⁶⁾, no presente estudo, os pais das crianças, também são altamente propensos a interagir com seu filho após despertares noturnos. A atitude que mais foi utilizada pelos pais, foi pegar na criança e voltar a deitá-la ainda acordada (25%), seguida da amamentação (23.3%). No entanto a maioria das dos pais (31.7%) não utilizava nenhuma destas técnicas.

No estudo de Nudelmann e Vivian ⁽¹²⁹⁾, em que avaliam a prevalência de distúrbios do sono e fatores associados em crianças de 0 a 3 anos de um bairro do sul do Brasil, referem que em relação ao local em que o bebé dorme, 59,57% das crianças tinham a sua cama no quarto dos pais e 36,17% dormiam na mesma cama que os pais. O estudo em análise também releva dados semelhantes, sendo que a maioria das crianças do estudo dorme a maior parte da noite no quarto dos pais (66.7%) e na cama dos pais (36.6%). No estudo de Dias ⁽¹²²⁾, as percentagens encontradas são mais elevadas, sendo que quase 90% dos pais divide o quarto com os filhos e 65.6% das crianças dormem na cama dos pais.

A maioria das crianças do estudo em análise costuma adormecer na sua própria cama (35%), no entanto passam a maior parte da noite na cama dos pais (66.7%) e que leva a concluir que os pais levam a criança para a sua cama, ainda durante o sono ou após os despertares. Desta forma, despertar num local diferente daquele onde a criança adormeceu inerente às situações acima referidas, pode resultar em desafios para a criança, ao tentar voltar a dormir durante os breves despertares noturnos relacionados à fase REM do sono.

No estudo de Ferreira *et al.* a maioria das crianças adormecia noutro local antes de ser levada para a sua cama ⁽¹¹⁵⁾.

Alguns autores referem que certos pais sentem-se mais tranquilos ao partilhar a cama com seus filhos durante a noite, pois isso cria uma proximidade que possibilita ajudar a criança caso esta necessite de ajuda. Todavia, os autores também destacam que essa prática pode ter algumas desvantagens. Partilhar a cama pode resultar em mais despertares, levar mais tempo para adormecer, para além das crianças poderem ter uma rotina de sono mais tardia devido às rotinas parentais ⁽⁶⁵⁾.

Mindell *et al.* indicam que o compartilhamento da cama está associado a um maior número de despertares e menor quantidade de horas de sono. Além disso, a criança pode associar o início do sono com a presença dos pais e só conseguir adormecer na presença destes, tendo dificuldade em dormir sozinha ⁽¹²⁶⁾.

Este facto deve ser explicado aos pais, assim como a aprendizagem que pode ser feita para adquirir bons hábitos de sono. O despertar ligeiro é frequente e normal

se seguido de readormecimento não problemático⁽¹³⁰⁾(131). Nesta série estudada, após os despertares a maioria das crianças tinham intervenção parental para retomar o sono.

A ecologia do sono, e particularmente as intervenções dos pais na hora de dormir, estão fortemente ligadas à consolidação do sono na primeira infância. A qualidade do sono noturno e a duração do sono estão associadas a um conjunto semelhante de medidas principalmente relacionadas a comportamentos parentais. A duração do sono noturno é influenciada principalmente pela hora de dormir⁽¹²⁶⁾.

Neste estudo foi aferido uma relação direta, estatisticamente significativa, entre o comportamento parental e quantas vezes a sua criança acorda durante a noite e existe uma relação inversa, estatisticamente significativa, entre o comportamento parental e o período mais longo em que a sua criança está a dormir durante a noite sem acordar. Estes dados revelam-nos que a qualidade do sono noturno, nomeadamente o número de despertares e o tempo total de sono noturno estão fortemente associadas a um conjunto semelhante de medidas principalmente relacionadas a comportamentos parentais. Assim, neste estudo, os comportamentos parentais promotores de um sono independente e rotinas consistentes de sono, são os melhores preditores de diminuição do número de despertares durante a noite e maior tempo total de sono noturno.

Os resultados deste estudo levam a considerar que as recomendações comuns feitas aos pais para uma hora de dormir cedo, rotina de dormir consistente e encorajar as crianças a adormecer de forma independente para melhor qualidade do sono da criança.

No presente estudo, quase 56% por cento dos pais definiram o sono de seus filhos como não problemático, 18% definiram o sono do filho como um pequeno problema e 4% como um problema grave. Para entender melhor o que determinou a definição dos pais sobre o sono de seus filhos como um problema, foi realizada uma análise de correlação passo a passo com a percepção parental como critério e os padrões de sono da criança como preditores e verificou-se que existem correlações significativamente estatísticas entre a percepção dos pais relativamente ao sono noturno dos seus filhos. Averiguou-se que existia uma relação inversa, estatisticamente significativa, entre o período mais longo em que a sua criança está a

dormir durante a noite sem acordar. Existia também, relações diretas, estatisticamente significativas, entre a percepção parental e quantas vezes a sua criança acorda durante a noite, e entre quanto tempo demora a sua criança a adormecer e quantas minutos a sua criança passa acordada durante a noite.

Desta forma, podemos inferir que as determinantes para que os pais considerem o sono dos seus filhos como um problema ou não, está diretamente relacionado com o período mais longo em que a sua criança está a dormir durante a noite sem acordar, o número de despertares noturnos, a duração da vigília noturna e a latência para dormir, concluindo desta forma, que a percepção parental piora quando a criança apresenta padrões irregulares de sono e melhora quando dorme longos períodos durante a noite.

A percepção parental em relação ao sono noturno da criança está relacionado com 3 das dimensões dos padrões de sono das crianças, nomeadamente, os despertares noturnos, tempo e vigília noturna e o período de tempo mais longo em que a criança está a dormir durante a noite sem acordar.

Na amostra em estudo não se pode avaliar a relação entre o sono diurno e o número de sestas com a percepção dos pais, uma vez que essas questões não têm indicação de pontuação pelos autores do BISQ-R SF, não contribuindo desta forma, estes itens para determinar a definição dos pais sobre o sono de seus filhos como um problema.

A amostra em estudo tal como o estudo de Sadeh *et al.* ⁽¹²¹⁾, concluíram da análise dos dados que o aumento de número de despertares noturnos, maior latência do sono e menor duração de episódio de sono total, aumentava a probabilidade de problemas de sono, definidos pelos pais. Os resultados da amostra em estudo também vão ao encontro de outro estudo de Sadeh *et al.* ⁽¹³²⁾, sobre as diferenças entre bebés e crianças pequenas, indicando que a percepção dos pais sobre o sono de seus filhos como um problema é principalmente previsto por as variáveis do sono da criança relacionados à fragmentação do sono. No estudo de Nudelmann e Vivian ⁽¹²⁹⁾, apontaram que a dificuldade para iniciar o sono, na qual ter dificuldade para iniciar o sono quase todas e todas as noites, bem como, quanto mais vezes o bebé acordar durante a noite, são as variáveis para determinar a definição dos pais sobre o sono de seus filhos como um problema. O estudo de Hiscock e Wake ⁽¹³³⁾ também

obteve uma associação positiva entre acordar mais vezes à noite e percepção dos pais sobre o sono de seus filhos como um problema, referindo como distúrbio de sono em crianças pequenas.

No presente estudo a maioria dos pais não considerou o sono dos seus filhos como um problema. Desta forma podemos concluir que esta percentagem está relacionada com o facto de esta amostra de crianças em estudo não apresentarem padrões de sono inadequados, de acordo com os três critérios estabelecidos por Avi Sadeh ⁽¹⁸⁾ ou então os pais portugueses têm uma tolerância mais elevada em relação aos comportamentos problemáticos do sono, considerando um processo natural do sono da criança pequena.

Alguns pesquisadores apontam que os desafios relacionados ao sono são comuns em Portugal, no entanto, notam que são culturalmente aceites pela grande maioria dos pais ⁽¹²⁾. Outros mencionam a desinformação dos pais e a escassez de informação por parte dos técnicos de saúde, acerca dos padrões normais de sono na infância e repercussões desses problemas ⁽³³⁾.

Dias no seu estudo, também referiu que apesar dos desafios enfrentados no sono das crianças, cerca de 89,9% das mães não consideraram isso um problema. A autora sugeriu que esta atitude pode ser resultado da compreensão das mães, de que os despertares frequentes, faz parte do processo natural de amadurecimento da criança, bem como sentiam que estes desafios também são referidos por muitas outras mães ⁽¹²²⁾.

As atitudes praticadas pelos pais, em relação ao sono das crianças do presente estudo, não apresentaram diferenças seja qual for o elemento da família, pai ou mãe, bem como a percepção quer do pai quer da mãe em relação ao sono da criança também é igual.

No estudo de Guimarães ⁽¹³⁴⁾, foi encontrado, que ambos os pais (mãe e pai) referem utilizar estratégias de resolução punitivas, como o castigo e a zanga, em situação de resistência da criança em deitar. Portanto também não havia diferenças de comportamento entre pai e mãe, tal como nos dados encontrados neste estudo, apesar de no presente estudo não ser avaliado os comportamentos dos pais em relação à resistência em ir para a cama. No estudo de Coimbra, em que avaliou o

sono em crianças pré-escolares, ambos os pais apresentam comportamentos similares quer no adormecer e quer nos despertares noturnos⁽¹³⁵⁾.

Relativamente à percepção parental de problemas de sono, no estudo de Guimarães⁽¹³⁴⁾ os resultados evidenciaram uma discrepância significativa entre as avaliações feitas por pais e mães em relação aos desafios relacionados ao sono de seus filhos. Esses resultados indicam que as mães tendem a fazer avaliações mais desfavoráveis, levantando a possibilidade de que essa tendência se deve ao fato de serem geralmente as mães que se levantam com maior frequência para acalmar seus filhos durante a noite. Outra hipótese a considerar é que as mães possam ter uma compreensão mais precisa do que ocorre com a criança ao longo da noite.

No estudo de Coimbra⁽¹³⁵⁾ a percepção sobre o impacto negativo que as perturbações do sono podem ter nas crianças, foi igual quer nos pais e nas mães. Ambos referiram que essas perturbações podem influenciar o comportamento, afetar o estado emocional e até ter implicações físicas, como no crescimento da criança. A autora menciona ainda que, de acordo com Owens, tanto as mães quanto os pais destacaram que as perturbações do sono podem impactar a dinâmica familiar. A principal preocupação ressaltada é o efeito dessas perturbações nas funções parentais, resultando na diminuição do nível de cuidado parental eficaz.

A avaliação dos comportamentos e da percepção parental em relação ao género no presente estudo revela que os pais têm uma percepção melhor em relação ao sono dos meninos em comparação com as meninas. Quando se trata dos comportamentos dos pais em relação ao sono das crianças, não há diferenças discerníveis entre meninos e meninas.

Não foram encontrados resultados na literatura sobre a avaliação dos comportamentos e da percepção parental em relação ao sono dos 0 aos 3 anos da criança, realizando a discriminação entre menino e menina, no entanto foram encontrados resultados para os pré-escolares na dimensão percepção parental.

Silva *et al.*⁽¹³⁶⁾ no estudo realizado, apuraram que os pais pontuaram as meninas com uma percentagem mais elevada de boa qualidade de sono, embora os valores para os meninos sejam muito próximos ou bastante semelhantes. O estudo de Simões⁽¹³⁷⁾ revela que os pais percebem diferenças na qualidade do sono entre

meninas e meninos. Especificamente, os pais relatam que as meninas têm uma qualidade de sono melhor em comparação com os meninos, indicando uma preferência ou uma percepção mais positiva em relação aos padrões de sono das meninas.

Por sua vez, dois estudos portugueses que avaliaram a perspectiva dos pais sobre as perturbações do sono das crianças em idade pré-escolar, concluíram que as crianças do sexo feminino apresentaram maior prevalência para perturbações de sono relacionado respetivamente com a sonolência diurna e com a ansiedade associada ao sono^{(12) (138)}.

Relativamente à latência do sono, Ferreira *et al.*⁽¹³⁹⁾, apurou que os pais de meninas reportaram aumento da latência do sono associado aos medos noturnos e comportamentos de resistência em dormir sozinho.

Por sua vez no estudo de Silva *et al.*⁽⁷⁾ não houve diferenças na percepção dos pais em relação ao sono da criança consoante o género.

A diferença de resultados encontrada nos diferentes estudos relativamente à percepção parental em relação ao sono da criança, realizando a discriminação entre menino e menina, leva-nos a ponderar que este fenómeno por ser influenciados por vários fatores, nomeadamente, metodologia do estudo, comportamentos de sono, preferências individuais, ou até mesmo percepções culturais ou sociais associadas ao sono de meninas e meninos.

Neste estudo e por último, fomos averiguar se o comportamento e percepção parental, em relação ao sono das crianças, são melhores quando a criança nasceu prematura e averiguou-se que não existem diferenças, independente de ser uma criança que nasceu prematura ou de termo. Estes resultados vão ao encontro dos resultados do estudo desenvolvido por Cunha⁽¹⁴⁰⁾ em que revelaram similaridade no envolvimento dos pais em relação ao sono da criança, quer seja nos recém-nascidos de termo quer nos prematuros. No entanto neste estudo, ao longo do tempo, os pais dos recém-nascidos prematuros mantiveram esse envolvimento mais acentuado que os outros pais.

Segundo Calciolari & Montiroso citado por Cunha⁽¹⁴⁰⁾, a persistência do envolvimento dos pais, especificamente observada no grupo de recém-nascidos

prematturos, pode ser explicada por fatores fisiológicos associados à organização do padrão de sono e ao desenvolvimento cerebral destas crianças. Neste estudo, o autor concluiu que os pais dos prematturos enfrentam dificuldades maiores, não apenas nos desafios relacionados ao sono, mas também na adaptação a outras rotinas de cuidados com a criança.

Mazzo ⁽¹⁴¹⁾ citando Holditch-Davis, refere que as crianças prematuras não exibem padrões de sono prejudicados. No entanto, estes padrões são suscetíveis à influência do desenvolvimento psicossocial e do estímulo social proporcionado à criança. O nascimento prematuro pode ter um impacto significativo na relação pais-filhos, uma vez que a imaturidade do recém-nascido pré-termo interfere no processo de vinculação pós-natal e na construção dos laços afetivos. Desta forma pode criar-se um obstáculo para a interação afetiva entre pais e filhos.

No estudo de Rodrigues *et al.* ⁽¹⁴²⁾ sobre as práticas e as crenças maternas sobre o cuidado e estimulação de bebês prematturos e a termo, avaliaram que quer as mães de crianças prematuras quer as mães de crianças a termo, realizam as mesmas práticas relacionadas ao cuidado com a criança, onde está incluído o sono.

VI. CONCLUSÃO

Encerrando a apresentação deste estudo, destacam-se os resultados mais significativos que oferecem contribuições valiosas para a compreensão e intervenção clínica nos padrões de sono das crianças. Os resultados deste estudo foram valiosos porque não responderam apenas aos objetivos estabelecidos para o estudo, mas também confirmaram ou refutaram as hipóteses inicialmente levantadas. Além disso, são reconhecidas as restrições ou desafios metodológicos que possam ter afetado a interpretação ou generalização dos resultados. Ainda serão apresentadas sugestões para investigações futuras para alargar ou aprofundar o conhecimento na área de estudo do sono infantil.

O BISQ-R SF foi traduzido e adaptado para a cultura portuguesa. Este processo seguiu as diretrizes internacionais estabelecidas por autores de referência, sendo conduzido de acordo com todos os passos metodológicos recomendados. Os dados estatísticos demonstraram que o BISQ-R SF PT é um instrumento que apresenta propriedades psicométricas adequadas, que garantem ao profissional ou ao investigador a sua utilização na sua prática, demonstrando tratar-se de um questionário preciso e fiável, capazes de atingir o objetivo para o qual foi elaborado, ou seja, a identificação de um número maior de crianças com distúrbios do sono.

Desta forma, podemos referir que a tradução, adaptação cultural e avaliação psicométrica do instrumento BISQ-R SF PT não apenas tornou o questionário acessível à população portuguesa, como também tornou disponível uma ferramenta valiosa para entender e abordar questões relacionadas ao sono na primeira infância em Portugal.

A aplicação e análise do questionário no âmbito das consultas de enfermagem pediátrica não só oferecem um método de triagem objetivo, mas também representam um indicador crucial para lidar com questões relacionadas ao sono que podem causar preocupação às famílias. Essa abordagem proporciona informações passíveis de intervenção, abordando de maneira eficaz problemas que, de outra forma, seriam negligenciados. Sendo o BISQ-R SF PT, um instrumento de rápido preenchimento, a sua aplicação na consulta de enfermagem, será uma mais valia, visto que um sono deficiente pode comprometer o funcionamento diurno da criança,

afetando diversos aspetos ao nível do comportamento, cognição, emoções e desempenho escolar, bem como interfere com a dinâmica familiar.

A aplicação do questionário BISQ-R SF PT numa amostra de 120 crianças com idades compreendidas entre 1 e 36 meses de regiões de diferente densidade populacional do litoral e do interior do país, permitiu responder aos restantes objetivos propostos neste estudo, bem com apoiar ou refutar as hipóteses levantadas.

As crianças estudadas, apresentam um sono total em 24h concordante com as recomendações internacionais. Os resultados apurados confirmam ainda, uma diminuição expressiva na quantidade total de sono à medida que a criança se desenvolve, principalmente devido à redução do tempo dedicado ao sono durante o dia, com uma maior concentração do sono durante a noite. No entanto estas crianças estudadas, dormem durante a noite, em média, um menor número de horas por comparação com os dados de referência quer de Portugal quer de outros países, levando à conclusão de que um tempo total de sono apropriado para a idade está significativamente vinculado à realização da sesta.

Como achado neste estudo, conclui-se que todas as crianças estudadas, seguem o mesmo padrão comportamental no desenvolvimento, em relação às sesta, sendo que estas parecem ter uma influência biológica ao contrário dos padrões de sono noturno que parecem ser fortemente influenciados por fatores culturais e comportamentais. De forma, a consulta com um profissional de saúde pode oferecer orientação personalizada para abordar os desafios específicos enfrentados pelas crianças em relação ao sono noturno.

Na amostra em estudo, relativamente aos comportamentos parentais associados ao sono da criança, a necessidade de intervenção externa para o adormecer e após os despertares noturnos estava presente, refletindo a dificuldade da imposição de limites e regras.

Em relação ao local de adormecimento, a maioria das crianças do estudo, têm por hábito adormecer na sua própria cama, no entanto passam a maior parte da noite no quarto e na cama dos pais, o que leva a concluir que os pais levam a criança para a sua cama, ainda durante o sono ou após os despertares. Estes comportamentos praticados pelos pais resultará em desafios para a criança voltar a adormecer durante

os pequenos despertares noturnos, que são típicos do estágio de sono REM. A partilha do quarto e da cama são práticas desaconselhadas a partir dos seis meses de idade. Este facto deve ser explicado aos pais, assim como a aprendizagem que pode ser feita para adquirir bons hábitos de sono.

É conhecido que o ambiente de sono, especialmente as ações dos pais na hora de dormir, desempenha um papel crucial na formação dos padrões de sono na primeira infância. A qualidade do sono durante a noite e a quantidade de horas de sono noturno, estão ligadas a um conjunto semelhante de medidas, principalmente relacionadas às práticas parentais.

O presente estudo, também permitiu concluir que os comportamentos parentais promotores de um sono independente e rotinas consistentes de sono, são os melhores preditores de diminuição do número de despertares durante a noite e maior tempo total de sono noturno. Desta forma, a qualidade do sono noturno, nomeadamente o número de despertares e o tempo total de sono noturno estão fortemente associadas a um conjunto semelhante de medidas principalmente relacionadas a comportamentos parentais.

Desta forma, estes resultados apoiam as recomendações comuns feitas aos pais para uma hora de dormir cedo, rotina de dormir consistente e encorajar as crianças a adormecer de forma independente contribuindo assim para melhorar a qualidade do sono da criança. A ecologia do sono, especialmente as ações dos pais em torno da hora de dormir, desempenha um papel crucial na formação e estabilização dos padrões de sono durante os primeiros anos de vida da criança.

Os desafios relacionados ao sono são uma experiência comum em Portugal, no entanto, observa-se que a maioria dos pais aceita esses desafios, talvez por uma influência cultural. Também é apontado que possa existir nos pais, uma falta de conhecimento ou até mesmo desinformação por parte dos profissionais de saúde, sobre os padrões normais de sono na infância e as suas possíveis consequências.

No presente estudo, a maioria dos pais definiu o sono de seus filhos como não problemático. Este achado pode estar relacionado, com o facto da amostra em estudo não apresenta padrões de sono inadequado, seguindo critérios estabelecidos Sadeh, no entanto não se pode colocar de parte a influência cultural existente à

tolerância de padrões de sono desajustado da criança, bem como à falta de conhecimento que possa existir nesta área por parte dos pais.

Os fatores que levaram os pais a considerarem o sono de seus filhos como um problema ou não, estiveram diretamente ligados ao tempo que a criança passava a dormir durante a noite, ao número de despertares noturnos, ao tempo de vigília noturna e ao tempo que levava para a criança adormecer. Assim, podemos concluir que a percepção dos pais se deteriora quando a criança apresenta padrões de sono irregulares e melhora quando a criança dorme por períodos mais longos durante a noite.

No presente estudo, não foram observadas diferenças significativas nas atitudes e práticas parentais em relação ao sono das crianças com base no membro específico da família (pai ou mãe). Além disso, indica que a percepção do sono da criança por parte tanto dos pais quanto das mães foi semelhante. Podemos concluir que dentro da amostra estudada, ambos os pais desempenham papéis semelhantes em termos de envolvimento nas rotinas de sono das crianças. Além disso, a consistência nas atitudes e percepções entre pais e mães pode apontar para uma abordagem compartilhada ou uma compreensão comum sobre questões relacionadas ao sono infantil.

A análise dos comportamentos parentais e das percepções em relação ao sexo da criança neste estudo indica que os pais têm uma visão mais positiva em relação ao sono dos meninos em comparação com as meninas. No entanto, quando se trata das ações práticas dos pais em relação ao sono das crianças, não foram identificadas diferenças notáveis entre meninos e meninas, concluindo que, a percepção dos pais pode variar com base no sexo da criança, mas essa percepção não se reflete necessariamente em diferenças nas práticas de sono realizadas pelos pais em relação a meninos e meninas.

Em relação à prematuridade, observou-se que o tanto o comportamento quanto a percepção parental em relação ao sono não variam substancialmente com base no momento do nascimento da criança, seja ela prematura ou a termo. Este resultado pode indicar que, independentemente do momento do nascimento, os pais estão, em geral, igualmente bem ajustados e envolvidos no cuidado do sono de seus filhos.

Os resultados desta pesquisa destacam a importância dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, continuarem a concentrar os seus cuidados na implementação de estratégias específicas de intervenção para os pais de crianças pequenas. O objetivo é proporcionar, manter e fortalecer informações relacionadas aos padrões de sono apropriados, enfatizando os benefícios para a saúde e o desenvolvimento das crianças. Adotar boas práticas de higiene do sono pode ser uma maneira eficaz de promover um sono saudável em crianças pequenas, influenciando positivamente os resultados de saúde e reduzindo o impacto social que os distúrbios de sono podem representar.

O estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a utilização de amostras por conveniência, tamanho da amostra e questionário de autoresposta.

Embora as amostras por conveniência, abranjam diversas características geográficas e socioeconómicas, há a consciência de que podem não representar integralmente a diversidade da população portuguesa. A participação voluntária pode também ter introduzido viés nos resultados do estudo.

O tamanho da amostra poderá apresentar uma limitação ao estudo. Uma amostra maior tende a fornecer resultados mais robustos e representativos e por isso mais confiáveis. A eliminação dos três itens à subescala CP, na análise estatística, poderá estar relacionado com o tamanho da amostra. Todavia, apesar de não ser a solução estatisticamente aceitável neste estudo, será pertinente manter os itens 1,2,3 por representarem soluções teoricamente explicáveis. Desta forma sugere-se a validação desta subescala com uma amostra maior.

O uso de um questionário de autorresposta como instrumento de colheita de dados pode ser considerado uma limitação metodológica, pois a precisão dos resultados está intrinsecamente ligada à sinceridade das respostas fornecidas pelos pais, sendo que as mesmas podem ter sido moldadas para refletir comportamentos considerados socialmente aceitáveis, sem necessariamente representar as ações reais dos participantes. Além disto, é importante considerar que os dados colhidos por meio de questionários não capturam as flutuações diárias, resultando na perda de nuances e detalhes nas respostas.

Dado que o sono é uma área ainda pouco explorada, mas de extrema importância no desenvolvimento infantil, é relevante destacar que este estudo pode servir como um ponto de partida para pesquisas futuras. Ele pode funcionar como uma base que abre caminho para investigações adicionais na área do sono infantil, contribuindo assim para o desenvolvimento contínuo do conhecimento nesse campo.

Em resumo, considerando o papel crucial que os enfermeiros desempenham na promoção do desenvolvimento saudável das crianças, a informação derivada deste estudo representa um recurso valioso, podendo estes resultados alcançados serem utilizados para oferecer educação, apoio e orientação aos pais, ajudando na identificação de problemas relacionados ao sono. Além disso, possibilita a implementação de estratégias adequadas e colaboração eficaz com outros profissionais de saúde, visando assegurar o melhor cuidado possível para as crianças na área do sono.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordem dos Enfermeiros. Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição. [Online].; 2006 [cited 2020 Maio 2. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.
2. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão Sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. Revista Latina-Americana Enfermagem. 2004; 12(3).
3. Vilelas J. Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento. 2nd ed. Edições Sílabo L, editor. Lisboa; 2017.
4. Montgomery-Downs HE, O'Brien LM, Gulliver TE, Gozal D. Polysomnographic characteristics in normal preschool and early school-aged children. Pediatrics. [Online].; 2006 [cited 2022 Junho 20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16510654/>.
5. Crispim J, Boto L, Melo I, Ferreira R. Padrão de sono e factores de risco para privação de sono numa população pediátrica portuguesa. [Online].; 2011 [cited 2022 Junho 24. Available from: <https://doi.org/10.25754/pjp.2011.4226>.
6. Ferreira VR, Carvalho LB, Ruotolo F, Morais JF, Prado LB, Prado GF. Escala de perturbação do sono para crianças: Tradução, adaptação cultural e validação. Sleep Med. [Online].; 2009 [cited 2022 Junho 1. Available from: <https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/9470/Publico-00193a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
7. Silva F, Silva C, Braga L, Neto A. Questionário de Hábitos de Sono das Crianças em Português - validação e comparação transcultural. J. Pediatr. (Rio J.). [Online].; 2014 [cited 2022. Available from: <https://www.scielo.br/j/jped/a/gwK9hMZVSmvW6s9LRLJdpRR/?lang=pt#>.
8. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Carta da Criança Hospitalizada. [Online].; 2020 [cited 2020 Março 19. Available from: <http://criancaefamilia.spp.pt/direitos-da-crianca/carta-da-crianca->

[hospitalizada.aspx](#).

9. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº 422/2018 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros - Diário da República.. [Online].; 2018 [cited 2023 Março 15. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/>.
10. Cardoso RB, Caldas C, Brandão M, Souza PA P, Santana R. Healthy aging promotion model referenced in Nola Pender's. REV Bras Enferm. [Online].; 2022. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0373>.
11. Madran, B; Ferda, OA. Suggestions for increasing awareness of nurses by using pender's health promotion model and slavin's effective teaching model in the COVID-19 pandemic process. J Educ Res Nurs. 2022: p. 98-102.
12. Silva FG, Silva CR, Braga L, Neto AS. Hábitos e problemas do sono dos dois aos dez anos: estudo populacional. [Online].; 2013 [cited 2022 Junho 5. Available from: https://www.researchgate.net/publication/259980452_Sleep_habits_and_sleep_problems_in_Portuguese_children_from_two_to_ten_years_old_a_population-based_study_Article_in_Portuguese.
13. Spruyt K, Goza ID. Development of pediatric sleep questionnaires as diagnostic or epidemiological tools: A brief review of Dos and Don'ts. Sleep Med Rev. 2011 Fevereiro: p. 7-17.
14. Dias CC, Figueiredo B, Pinto TM. Children's Sleep Habits Questionnaire - Infant Version. J Pediatr. [Online].; 2018 [cited 2022 Junho 1. Available from: <https://www.scielo.br/j/jped/a/k9wMpK8Z5JxnYVhgPfrXLRJ/?format=pdf&lang=pt>.
15. Silva H. Adaptação e Validação do Children Sleep Habits Questionnaire e do Sleep Self Report para Crianças Portuguesas. Mestrado em Ciências do Sono. Lisboa: FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA, UNIVERSIDADE DE LISBOA; 2012.

16. Pediatric Sleep Council. Brief Infant Sleep Questionnaire. [Online].; 2022 [cited 2022 Junho 24. Available from: <https://www.babysleep.com/bisq/>.
17. Nunes M, Kampff J, Sadeh A. BISQ Questionnaire for Infant Sleep Assessment: translation into brazilian portuguese. [Online].; 2012 [cited 2022 Junho 24. Available from: file:///E:/Mestrado/Disserta%C3%A7%C3%A3o/Pesquisa/Pesquisa%20de%20escalas%20de%20sono%20em%20portugu%C3%AAs/BISQ%20Questionnaire%20for%20Infant%20Sleep%20Assessment_%20tradu%C3%A7%C3%A3o%20portugues%20brasil.pdf.
18. Sadeh A. A brief screening questionnaire for infant sleep problems: validation and findings for an Internet sample. [Online].; 2004 [cited 2022 Junho 24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15173539/>.
19. Mindell J, Gould R, Tikotzky L, Leichman E, Walters R. Norm-referenced scoring system for the Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised (BISQ-R). Sleep Medicine. 2019 November; p. 106-114.
20. Dhakal A, Shrestha D, Shah S, Shakya H, Shakya A, Sadeh A. A Nepali translation of Brief Infant Sleep Questionnaire (BISQ) for assessment of sleep in infants and toddlers: A preliminary report. Journal of Kathmandu Medical College. 2014; 3(3).
21. Huang Yu-Shu, Paiva T, Hsu H, Kuo MK, Guilleminault C. Sleep and breathing in premature infants at 6 months post-natal age. BMC Pediatrics. 2014;(14).
22. Boran P, Ay P, Akbarzade A, Küçük S, Ersu R. Translation into Turkish of the expanded version of the “Brief Infant Sleep Questionnaire” and its application to infants. Marmara Medical Journal. 2014;(27).
23. Cassanello P, Díez A, Gorina N, Matilla-Santander N, Martínez-Sanchez J, Balaguer A. Adaptation and study of the measurement properties of a sleep questionnaire for infants and pre-school children. Anales de Pediatría (English

Edition). 2018;(89).

24. Fortin MF. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta; 2009.
25. Chokroverty, S. An Overview of normal sleep. In S. C. Sleep Disorders Medicine. Nova York: Springer: 4ª ed.; 2017. p. 5-27.
26. Blumberg MS. Ontogeny of sleep. In Elsevier M, editor. Encyclopedia of sleep, 1st ed. Boston; 2013. p. 32-37.
27. Seixas M. Avaliação da qualidade de sono na adolescência: Implicações para a saúde física e mental. [Online].; 2009 [cited 2023 Março 31. Available from: <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1256>.
28. OE. GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS: O SONO NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE. [Online].; 2023 [cited 2023. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobebeadolescente_v7-okn.pdf.
29. Smithson L, Tieghan B, Tamana SK, Lau , Mariasine J, Chikuma J, et al. Shorter sleep duration is associated with reduced cognitive development at two years of age. Sleep Med.. [Online].; 2018 [cited 2023. Available from: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.04.005>.
30. Bathory E, Tomopoulos S. Sleep regulation, physiology and development, sleep duration and patterns, and sleep hygiene in infants, toddlers, and preschool-age children. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. [Online].; 2017 [cited 2023 Março 31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>.
31. Rana M, Rizzo AC, Mesa LT, Rosso AK, Torres AR. Sueño en los niños: fisiología y actualización de los últimos conocimientos. Medicina (B. Aires); 79(Suppl 3). [Online].; 2019 [cited 2023 Abril 2. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000700007#no.

32. Santos IS, Bassani DG, Matijasevich A, Halal CS, Del-Ponte B, Cruz S, Anselmi L, Albernaz E, Fernandes M, Rodrigues L, Silveira M, Hallal P. Infant sleep hygiene counseling (sleep trial): protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 16, 307. [Online].; 2016. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1016-1>.
33. Salavessa M, Vilariça P. Problemas de sono em idade pediátrica. *Rev Port Med Geral Fam.* [Online].; 2009 [cited 2023 Abril 2. Available from: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10676>.
34. Milh M, Kaminska A, Huon C, Lapillonne A, Ben-Ari Y, Khazipov R. Rapid Cortical Oscillations and Early Motor Activity in Premature Human Neonate. *Cerebral Cortex*. 2007 Julho: p. 1582–94.
35. Carvalho BS, Gomes A, Clemente V, Marques M, Pereira AT, Maia B, Soares MJ, Cabral AS, Macedo A, Gozal D, Azevedo MH. Sleep and behavioral/emotional problems in children: A population-based study. [Online].; 2008 [cited 2023 Abril 2. Available from: https://www.academia.edu/57946152/Sleep_and_behavioral_emotional_problems_in_children_A_population_based_study.
36. Sadeh A, Sivan Y. Clinical practice: Sleep problems during infancy. *Eur Journal Pediatric*. 2009 Abril.
37. Stein A, Barnes J. *Child and Adolescent Psychiatry*. 4th ed. In Blackwell , editor.. Oxford; 2005.
38. Touchette E, Petit D, Tremblay RE, Montplaisir JY. Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias: new perspectives. *Sleep Medicine Rev* 2009. 2009 October: p. 355-61.
39. Sheldon S, Ferber R, Kryger M, Gozal D. *Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine*, 2nd ed Inc E, editor.; 2014.
40. Davis KF, Parker KP, Montgomery GL. Sleep in infants and young children: Part one: normal sleep. *Journal Pediatric Health Care*. 2004 Mar-Apr: p. 65-

71.

41. American Academy of Sleep Medicine. Consensus Statement: Recommended Amount of Medicine. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. [Online].; 2016 [cited 2023 Abril 2. Available from: [doi:http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.5866](http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.5866).
42. Grandner M. Sleep duration across the lifespan: Implications for health. *Sleep Medicine Review*. [Online].; 2012 [cited 2023 Abril 2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3726209/>.
43. Cordeiro M. *Dormir tranquilo* Livros Aed, editor. Lisboa; 2015.
44. Silva FM. Hábitos e Problemas do Sono das Crianças dos 2 aos 10 anos. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Medicina, especialidade de Pediatria. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; 2014.
45. Mindell, JA; Sadeh, A; Wiegand, B; How, TH; Goh, DY. Cross-cultural differences in infant and toddler sleep. [Online].; 2010 [cited 2022 Junho 24. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1389945710000377?via%3Dihub>.
46. Mendes L, Fernandes A, Garcia F. Hábitos e perturbações do sono em crianças. *Acta Pediátrica Portuguesa - Revista de medicina da criança e do adolescente - Sociedade Portuguesa de Pediatria*. 2004 Julho/Agosto; 35(4).
47. Gradisar M, Jackson K, Spurrier NJ, Gibson J, Whitham J, Williams AS, Dolby R, Kennaway DJ. Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems: A Randomized Controlled Trial. [Online].; 2016 [cited 2022 Junho 24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27221288/>.
48. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar. [Online].; 2015 [cited 2023 Abril 2. Available from: <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>.

49. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Association AP, editor. Washington, DC; 1994.
50. Meltzer LJ, Mindell JA. Systematic Review and Meta- analysis of Behavioral Interventions for Pediatric Insomnia. *Journal of Pediatric Psychology*. 2014; 39(8).
51. Mindell JA, Moore M. Bedtime Problems and Night Wakings. *Principles & Practice of Pediatric Sleep Medicine* - Elsevier. 2014.
52. Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer LJ, Sadeh A. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infant and young children. *American academy of sleep Medicine Review*. 2006; 29.
53. Owens JA. Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. , *Sleep Medicine clinics*; 2005.
54. Mindell JA, Owens J. *The Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems*. 2nd ed. Wilkins LW&, editor. Philadelphia, PA; 2010.
55. Owens JA, Mindell JA. Pediatric Insomnia. *Pediatric Clinics of North America*. 2011;(58).
56. Berry RB. *Fundamentals of Sleep Medicine*. Saunders , editor. Philadelphia; 2012.
57. Durmer JS, Quraishi GH. Restless Legs Syndrome, Periodic Leg Movements, and Periodic Limb Movement Disorder in Children. *Pediatric Clinics of North America*. 2011: p. 591–620.
58. Katz ES, Marcus CL. Diagnosis of Obstructive Sleep Apnea in Infants and Children. In Saunders WB, editor. *Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine*. Philadelphia, PA; 2005. p. 197-210.
59. Mindell JA, Moore M. Bedtime Problems and Night Wakings. *Principles &*

Pratice of Pediatric Sleep Medicine - Elsevier. 2014.

60. Moore M. Bedtime Problems and Night Wakings: Treatment os Behavioral Insomnia of Childhood. Journal os Clinical Psycology. 2010; 66(11).
61. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders: diagnostic and coding manual,2^a ed. Westchester: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
62. Chambel I. Crenças parentasis sobre o sono em idade pré-escolar. Mestrado Integrado em Psicologia Secção de Psicologia clínica e da Saúde. [Online].; 2013 [cited 2023 Abril 10. Available from: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10538/1/ulfpie046406_tm.pdf.
63. Durand VM. When children Don't Sleep Well. Oxford: University Press; 2008.
64. Gomes CG. Cuidar do Sono do bebé. Revista Referência. [Online].; 2009 [cited 2023 Abril 12. Available from: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artig.
65. Sadeh A, Tikotzky L, Scher A. Parenting and infant sleep: Sleep Medicine Reviews. [Online].; 2010 [cited 2023 Abril 10. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S108707920900046X#section-cited-by>.
66. Sadeh A, Tikotzky L, Scher A. Parenting and infant sleep. Sleep Medicine Reviews. 2010: p. 89-96.
67. Lélis A, Cipriano M, Cardoso M, Lima F, Araújo T. Influência do contexto familiar sobre os transtornos do sono em crianças. [Online].; 2014 [cited 2023 Maio 1. Available from: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/8901>.
68. El-Sheikh M, Buckhalt J, Cummings E, Keller P. Sleep disruptions and emotional insecurity are pathways of risk for children. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2007: p. 88-96.

69. Reid G, Hong R, Wade T. The relation between common sleep problems and emotional and behavioral problems among 2 and 3 year olds in the context of known risk factors for psychopathology. *Journal of sleep research*. 2009: p. 49-59.
70. Nunes ML, Cavalcante V. Avaliação clínica e manejo da insônia em pacientes pediátricos. *Jornal de Pediatria*. 2005: p. 277-286.
71. Touchette E. Factors Associated with Sleep Problems in Early Childhood. [Online].; 2020 [cited 2022 Maio 5. Available from: <https://www.child-encyclopedia.com/pdf/expert/sleeping-behaviour/according-experts/factors-associated-sleep-problems-early-childhood>.
72. McDonald L, Wardle J, Llewellyn CH, Jaarsveld CH, Fisher A. Predictors of shorter sleep in early childhood. *Sleep medicine*. [Online].; 2014 [cited 2022 Junho 24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4038745/>.
73. Romeo DM, Bruni O, Brogna C, Ferri R, Galluccio C, Clemente V, Jorio M, Quintiliani M, Ricci D, Mercuri E. Application of the Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC) in preschool age. *European Journal of Paediatric Neurology*. [Online].; 2013 [cited 2022 Junho 24. Available from: [https://www.ejpn-journal.com/article/S1090-3798\(13\)00002-0/fulltext](https://www.ejpn-journal.com/article/S1090-3798(13)00002-0/fulltext).
74. Scher A, Zukerman S, Epstein R. Persistent night waking and settling difficulties across the first year: early precursors of later behavioural problems? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2005: p. 77-88.
75. Hall WA, Zubrick SR, Silburn SR, Parsons DE, Kurinczuk JJ. A model for predicting behavioural sleep problems in a random sample of Australian pre-schoolers. *Infant and Child Development*. 2007: p. 731-741.
76. Sociedade Portuguesa de Pediatria. (S.D). Recomendações SPS-SPP: Prática da Sesta nas creches e infantários, públicos ou privados. Recomendações SPS-SPP: prática da sesta da criança. [Online]. [cited 2023 Abril 15. Available from:

http://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONALIS%20DE%20SAU.

77. Kuhn BR. Practical Strategies for Managing Behavioral Sleep Problems in Young Children in Owens. Behavioral Aspects of Sleep Problems in Childhood and Adolescence. Elsevier. 2014; p. 181-197.
78. Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer LJ, Sadeh A. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infant and young children. American Academy of Sleep Medicine Review. Sleep. 2006; 29.
79. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Higiene do Sono da Criança e do Adolescente - Ter um bom Sono é um sonho possível! [Online]. [cited 2023 Junho. Available from: <http://criancaefamilia.spp.pt/media/124389/HIGIENE%20SONO%20CRIANC A%20ADOLESCENTE.pdf>.
80. Mindell JA, Meltzer LJ, Carskadon MA, Chervin RD. Developmental aspects of sleep hygiene: Findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. Sleep Medicine. 2009;(10).
81. Semedo E. 10 mandamentos para crianças: Do nascimento aos 12 anos de idade. [Online].; 2016 [cited 2023 Abril 10. Available from: <https://worldsleepday.org/wp-content/uploads/2015/09/WSD-2016-Resources-10-Commandments-for-Children-PT.pdf>.
82. Monteiro M. A importância do sono nas crianças. Editora C, editor. Lisboa, Portugal; 2014.
83. Meltzer LJ, Mindell JA. Graduated Extinction: Behavioral Treatment for Bedtime Problems and Night Wakings in Young Children. In Elsevier, editor. Behavioral Treatments for Sleep Disorders: A Comprehensive Primer of Behavioral Sleep Medicine Interventions. London; 2011. p. 265-273.
84. Hill, C. Practitioner: Review: Effective treatment of behavioural insomnia in children. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2011; 52(7).

85. Kuhn BR. Behavioral Protocol to Promote Independent Sleep Initiation Skills and Reduce Bedtime Problems in Young Children. In Elsevier , editor. Behavioral Treatments for Sleep disorders: A comprehensive Primer of Behavioral sleep Medicine Interventions. London; 2011. p. 299-309.
86. Didden R, Sigafoos J, Lancioni GE. Unmodified Extinction for Childhood Sleep Disturbance. In Elsevier , editor. Behavioral Treatments for Sleep Disorders: A Comprehensive Primer of Behavioral Sleep Medicine Interventions. London; 2011. p. 257-263.
87. Maia Í, Pinto F. Hábitos de Sono. Nascer e Crescer. Revista do Hospital de crianças Maria Pia. [Online].; 2008 [cited 2023 Abril 12. Available from: https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1132/1/HabitosDeSono_NeC_17-1_WEB.pdf.
88. Honaker S, Meltzer L. Sleep in pediatric primary care: A review of the literature. Sleep Medicine Reviews. 2016;(25).
89. Bathory E, Tomopoulos S. Sleep regulation, physiology and development sleep duration and patterns, and sleep hygiene in infants, toddlers and preschool-age children. [Online].; 2017 [cited 2023 Abril 10. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1538544216301225>.
90. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. [Online].; 2013 [cited 2023 Abril 10. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>.
91. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar. [Online].; 2015 [cited 2023 Abril 10. Available from: https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf.
92. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. [Online].; 2017 [cited 2023 Abril 15. Available from:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf.

93. Polit, DF; Hungle, BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem.. 3rd ed. Médicas A, editor. Porto Alegre; 1995.
94. Victor J, Lopes M, Ximenes L. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paulista de Enfermagem. 2005: p. 235-240.
95. Sakraida T. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. In A. M. Tomey &MRA. Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência; 2004. p. 699-715.
96. Lewandowski AS, Toliver-Sokol M, Palermo TM. Evidence-Based Review of Subjective Pediatric Sleep Measures. Journal of Pediatric Psychology. 2011: p. 780-93.
97. Silva F, Silva C, Neto A, Braga L. Portuguese Version of the Children's Sleep Habits Questionnaire: Translation and Cultural Adaptation (abstract). Evid-Based Child Health. 2011 Jun.
98. João KA, Becker NB, Jesus S, Martins R. Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). Psychiatry Res. [Online].; 2017 [cited 2023 Abril 25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27923147/>.
99. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Basic epidemiology. 2nd ed. World , editor. Geneva; 2006.
100. INE. Instituto Nacional de Estatística - Censos 2021. [Online].; 2021 [cited 2023 Maio. Available from: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt.
101. Pordata - Estatísticas sobre Portugal e Europa. Fundação Francisco Manuel dos Santos. [Online].; 2023 [cited 2023 Maio. Available from:

<https://www.pordata.pt/o+que+sao+nuts>.

102. Hill M, Hill A. Investigação por Questionário. Sílabo E, editor. Lisboa; 2000.
103. Hair J, Anderson R, Tatham R, Black W. Análise Multivariada de Dados.. 5th ed. Bookman , editor. Porto Alegre; 2005.
104. Streiner D, Norman G. Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use. 3rd ed. Press OU, editor. Oxford; 2003.
105. Pasquali L. Análise fatorial para psicólogos. LABPAM , editor. Brasília; 2006.
106. Marôco J. Análise Estatística com o SPSS Statistics V.18 27. 8th ed. ReportNumber , editor. Pêro Pinheiro; 2011.
107. Nunes L. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: ESS|IPS, Departamento de Enfermagem ESS|IPS; 2013.
108. International Council of Nurses. Statement position in Nursing Research. Adopted in 1998. Reviewed and revised in 2006 e 2011. [Online]. [cited 2023 Março 5. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/E10_Nurses_Human_Rights%281%29.pdf.
109. International Council of Nurses. Ethical guidelines for nursing research Genebra; 2003.
110. Nunnally JC, Bernstein IH. The Assessment of Reliability. Psychometric Theory, 3, 248-292. 3rd ed. McGraw-Hill , editor. NY; 1994.
111. Spruyt K, Goza ID. Pediatric sleep questionnaires as diagnostic or epidemiological tools: A review of currently available instruments. Sleep Med Rev. 2011;(15).
112. Grove SK, Gray JR. Understanding nursing research:Building an evidence based practice IN Validação da Escala de Satisfação do Cidadão com Cuidados de Enfermagem para pais de crianças hospitalizadas. [Online].; 2019

- [cited 2023. Available from: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32133/1/2021004.pdf>.
113. Del-Ponte B, Xavier M, Bassani D, Tovo-Rodrigues L, Halal C, Shionuma A, Ulguim K, Santos I. Validity of the Brief Infant Sleep Questionnaire (BISQ) in Brazilian children. *Sleep Med.* 2020;(69).
 114. Thomas KA, Spieker S. Sleep, Depression, and Fatigue in Late Postpartum. [Online].; 2016 [cited 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4770802/#>.
 115. Ferreira R, Nogueira M, Silvaes E. Multicomponent treatment for child insomnia and its effects on patterns, habits and. [Online].; 2021 [cited 2023. Available from: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/revistapsico/article/view/34034/26674>.
 116. El Halal CS, Nunes M. Sleep organisation and hygiene in childhood and adolescence. *SBP.* [Online].; 2018 [cited 2023. Available from: https://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/15650/2/Organizacao_e_higien_e_do_sono_na_infancia_e_adolescencia.pdf.
 117. Marinho C, Duarte J, Koch C, Santos M. Padrão de sono em crianças de 12 a 36 meses de idade. *Esc Anna Nery.* 2022;(26).
 118. Ahn Y, Williamson A, Seo H, Sadeh A, Mindell J. Sleep patterns among south korean infants and toddlers: global comparison. *J Korean Med Sci.* 2016;(31).
 119. Mindell J, Telofski LS, Wiegand B, Kurtz ES. A Nightly Bedtime Routine: Impact on Sleep in Young Children and Maternal Mood. *Sleep.* 2009; 32(5).
 120. Crabtree VM, Korhonenb JB, Montgomery-Down H, Jones V, O'Brien LM, Gozal D. Cultural influences on the bedtime behaviors of young children. [Online].; 2005 [cited 2023. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15978515/>.

121. Sadeh A, Mindel J, Luedtke K, Wiegand B. Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *Journal of Sleep Research*. [Online].; 2009. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2869.2008.00699.x>.
122. DIAS RB. A INFLUÊNCIA DO USO DA CHUPETA NO SONO DO BEBÊ E DA MÃE. Tese Pós-Graduação em Odontologia. Recife: UFPE, DEPARTAMENTO DE PRÓTESE E CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL; 2018. Report No.: 617.6 CDD (22.ed.).
123. Dereymaeker A, Pillay K, Vervisch J, De Vos, M, Huffel S, Jansen K, et al. Review of sleep-EEG in preterm and term neonates. *Early Hum Dev*. [Online].; 2017 [cited 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6342258/>.
124. Williamson A, Leichman E, Walters R, Mindell J. Caregiver-perceived sleep outcomes in toddlers sleeping in cribs versus beds. *Sleep Med*. 2019;(54).
125. Yu X, Sadeh A, Lam H, Mindell J, Li A. Parental behaviors and sleep/wake patterns of infants and toddlers in Hong Kong, China. *World Journal of Pediatrics*. [Online].; 2017 [cited 2023. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28332103/>.
126. Mindell J, Sadeh A, Kohyama J, Hwei How T. Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: A cross-cultural comparison. *Sleep Medicine*. 2010;(11).
127. Thomas JH, Moore M, Mindell J. Controversies in Behavioral Treatment of Sleep Problems 2014 - *Sleep Medicine Clinic*. [Online].; 2014 [cited 2023. Available from: [https://www.sleep.theclinics.com/article/S1556-407X\(14\)00017-4/fulltext](https://www.sleep.theclinics.com/article/S1556-407X(14)00017-4/fulltext).
128. Allen S, Howlett M, Coulombe JA, Corkum PV. ABCs of SLEEPING: A review of the evidence behind pediatric sleep practice recommendations. [Online].; 2016 [cited 2023. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1087079215001100?vi>

[a%3Dihub.](#)

129. Nudelmann M, Vivian A. Prevalência de distúrbios do sono e fatores associados em crianças de 0 a 3 anos de um bairro do sul do Brasil. *Aletheia*. 2019 jul./dez.; 52(2).
130. Estivill E, Béjar S. *Dorme, meu menino*. Lisboa;; 2000.
131. Howard B, Wong J. Sleep Disorders. *Pediatr in Rev*. 2001; 22(10).
132. Sadeh A, Flint-Ofir E, Tirosh T, Tikotzky L. Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *J. Fam. Psychol*. 2007;(21).
133. Hiscock H, Wake M. Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. *Pediatrics*. 2001; 6(107).
134. Guimarães AC. IDENTIFICAÇÃO DE HÁBITOS DE SONO, COMPREENSÃO DO SONO E ROTINAS DE SONO EM CRIANÇAS DE IDADE ESCOLAR - Estudo com crianças e pais. [Online].; 2013 [cited 2023 Junho. Available from: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10415/1/ulfpie046338_tm.pdf.
135. Coimbra, E. M. SONO EM CRIANÇAS PRÉ – ESCOLARES PERCEÇÕES DE PAIS E EDUCADORES. Tese de Mestrado. Lisboa: Escola Superior de Educação de Lisboa, Especialidade em Intervenção Precoce; 2018.
136. Silva E, Simões P, Macedo M, Duarte J, Silva D. Perceção parental sobre hábitos e qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência*. [Online].; 2018 [cited 2023. Available from: https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4994/1/REF_jun2018_63to72_port.pdf.
137. Simões P. Qualidade de Sono em Pré-Escolares- Contextos e Determinantes. Tese de Mestrado. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu; 2017.

138. Silva E, Macedo M, Simões P, Duarte J, Silva D, Ferreira M. PERSPETIVA DOS PAIS SOBRE AS PERTURBAÇÕES DO SONO DAS CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. [Online].; 2018 [cited 2023. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/162558882.pdf>.
139. Ferreira R, Silva J, Rocha M, Quero S, Silves E, Ollendick T. Crianças com medos noturnos: Conteúdo dos medos, hábitos e padrões de sono e problemas de comportamento. *PSYCHOLOGICA*. 2021; 64(1).
140. Cunha A. Prioridades parentais no cuidado domiciliar de recém-nascidos pré-termo e a termo. Tese de Mestrado. Belo Horizonte: UFMG, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional; 2019.
141. Mazzo D. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS HOSPITALIZADAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. Tese de Mestrado. PONTA GROSSA: Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ciências da Saúde - Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde ; 208.
142. Rodrigues O, Campos B, Martins J, Padovan F. Práticas e crenças maternas sobre cuidado e estimulação de bebês prematuros e a termo. *Pepsic*. [Online].; 2019 [cited 2023. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-32692019000200001&script=sci_arttext.

VIII. APÊNDICES

IX.1 Apêndice A – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa



Comissão de Ética da ESSCVP-Lisboa

Parecer Nº 04/2023

Investigador principal: Milene Rosa Diogo

Tema/Título: Alterações No Padrão De Sono Da Criança

Investigadores colaboradores/equipa de investigação: José Vilelas

Entidade promotora: ESSCVP Lisboa

Forma de comunicação com o requerente: email

Em face dos esclarecimentos submetidos e apreciados, sobre o projeto de investigação – “ Alterações No Padrão De Sono Da Criança.” e após discussão e apreciação, a CE ESSCVP Lisboa delibera emitir um Parecer favorável.

A CE ESSCVP Lisboa solicita, ao investigador principal e equipa de investigação, a amabilidade de enviar uma síntese dos principais resultados e conclusões, via eletrónica, depois de concluído o estudo.

Lisboa, 02 de maio de 2023

Pela CE ESSCVP Lisboa, a Presidente

Sandra Alves

Assinado por: Sandra Margarida Quintas Alves
Veloso
Num. de Identificação: 10996946
Data: 2023.05.02 20:02:36+01'00'



IX.2 Apêndice B – Pedidos de Autorização aos Infântários



Exmo.(a) Sr.(a) Diretor(a) Técnico(a)

Assunto: Pedido de autorização para a realização da investigação

Setúbal, fevereiro 2023

Eu, Milene Andreia Fernandes Rosa Diogo, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa instituição numa investigação intitulada "Alterações No Padrão De Sono Da Criança" que tem como objetivo principal descrever as diferentes etapas de tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa do questionário de sono infantil "Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form - BISQ-R SF".

O sono é essencial para o adequado crescimento e desenvolvimento físico e psicomotor da criança. O valor da atenção clínica ao sono pediátrico é cada vez mais reconhecido, devido aos efeitos do sono interrompido ou insuficiente no desenvolvimento somático e comportamental da criança.

Os distúrbios de sono em crianças estão entre os problemas mais comuns relatados aos pediatras pelos pais.

A população a considerar neste estudo englobará os pais que tenham filhos com idade compreendida entre os 0 e os 3 anos de idade.

Trata-se de um estudo que não envolve qualquer risco para os participantes e que poderá trazer benefícios para a prestação de cuidados, na medida em que, nos irá fornecer dados sobre sono em lactentes e crianças pequenas (0-3 anos), possibilitando que um maior número de crianças com distúrbios do sono sejam identificadas por profissionais da saúde.

Com esta informação quero dar-lhe a conhecer o projeto e o potencial impacto na melhoria da assistência ao padrão de sono das crianças entre os 0 e os 3 anos de idade.

As respostas ao questionário são anónimas e confidenciais e, em momento algum os participantes serão identificados, acrescentando ainda sobre compromisso de honra que o funcionamento da instituição nunca será colocado em questão. Mais se informa que aos

dados só terão acesso o investigador principal e o estatístico. Os questionários bem como os resultados serão guardados em casa do investigador, em envelope selado e destruídos ao fim de cinco anos.

A participação é voluntária: tem direito a decidir se quer ou não participar e poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer transtorno.

Mais se esclarece que não há lugar a qualquer tipo de pagamento ou outras contrapartidas.

Equipa de Investigação: Milene Diogo

Orientação: José Vilelas

Contactos: Enfª. Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica - Milene Diogo

Telefone: 925605942 E_mail: milenediogo80432@esscvp.eu



Local Silves (10/3/23)

Assinatura do sujeito


União Social
Associação de Marateca
NIPC: 502 220 104
Águas de Moura

Exmo.(a) Sr.(a) Diretor(a) Técnico(a)

Assunto: Pedido de autorização para a realização da investigação

Setúbal, fevereiro 2023

Eu, Milene Andreia Fernandes Rosa Diogo, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa instituição numa investigação intitulada "Alterações No Padrão De Sono Da Criança" que tem como objetivo principal descrever as diferentes etapas de tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa do questionário de sono infantil "Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form - BISQ-R SF".

O sono é essencial para o adequado crescimento e desenvolvimento físico e psicomotor da criança. O valor da atenção clínica ao sono pediátrico é cada vez mais reconhecido, devido aos efeitos do sono interrompido ou insuficiente no desenvolvimento somático e comportamental da criança.

Os distúrbios de sono em crianças estão entre os problemas mais comuns relatados aos pediatras pelos pais.

A população a considerar neste estudo englobará os pais que tenham filhos com idade compreendida entre os 0 e os 3 anos de idade.

Trata-se de um estudo que não envolve qualquer risco para os participantes e que poderá trazer benefícios para a prestação de cuidados, na medida em que, nos irá fornecer dados sobre sono em lactentes e crianças pequenas (0-3 anos), possibilitando que um maior número de crianças com distúrbios do sono sejam identificadas por profissionais da saúde.

Com esta informação quero dar-lhe a conhecer o projeto e o potencial impacto na melhoria da assistência ao padrão de sono das crianças entre os 0 e os 3 anos de idade.

As respostas ao questionário são anónimas e confidenciais e, em momento algum os participantes serão identificados, acrescentando ainda sobre compromisso de honra que o funcionamento da instituição nunca será colocado em questão. Mais se informa que aos

dados só terão acesso o investigador principal e o estatístico. Os questionários bem como os resultados serão guardados em casa do investigador, em envelope selado e destruídos ao fim de cinco anos.

A participação é voluntária: tem direito a decidir se quer ou não participar e poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer transtorno.

Mais se esclarece que não há lugar a qualquer tipo de pagamento ou outras contrapartidas.

Equipa de Investigação: Milene Diogo

Orientação: José Vilelas

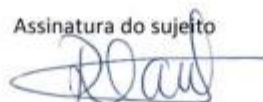
Contactos: Enfª. Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica - Milene Diogo

Telefone: 925605942 E_mail: milenediogo80432@esscvp.eu



Local Setúbal (10 / 03 / 2023)

Assinatura do sujeito



Exmo.(a) Sr.(a) Diretor(a) Técnico(a)

Assunto: Pedido de autorização para a realização da investigação

Setúbal, fevereiro 2023

Eu, Milene Andreia Fernandes Rosa Diogo, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa instituição numa investigação intitulada "Alterações No Padrão De Sono Da Criança" que tem como objetivo principal descrever as diferentes etapas de tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa do questionário de sono infantil "Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form - BISQ-R SF".

O sono é essencial para o adequado crescimento e desenvolvimento físico e psicomotor da criança. O valor da atenção clínica ao sono pediátrico é cada vez mais reconhecido, devido aos efeitos do sono interrompido ou insuficiente no desenvolvimento somático e comportamental da criança.

Os distúrbios de sono em crianças estão entre os problemas mais comuns relatados aos pediatras pelos pais.

A população a considerar neste estudo englobará os pais que tenham filhos com idade compreendida entre os 0 e os 3 anos de idade.

Trata-se de um estudo que não envolve qualquer risco para os participantes e que poderá trazer benefícios para a prestação de cuidados, na medida em que, nos irá fornecer dados sobre sono em lactentes e crianças pequenas (0-3 anos), possibilitando que um maior número de crianças com distúrbios do sono sejam identificadas por profissionais da saúde.

Com esta informação quero dar-lhe a conhecer o projeto e o potencial impacto na melhoria da assistência ao padrão de sono das crianças entre os 0 e os 3 anos de idade.

As respostas ao questionário são anónimas e confidenciais e, em momento algum os participantes serão identificados, acrescentando ainda sobre compromisso de honra que o funcionamento da instituição nunca será colocado em questão. Mais se informa que aos

dados só terão acesso o investigador principal e o estatístico. Os questionários bem como os resultados serão guardados em casa do investigador, em envelope selado e destruídos ao fim de cinco anos.

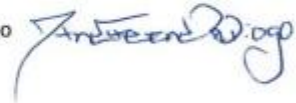
A participação é voluntária: tem direito a decidir se quer ou não participar e poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer transtorno.

Mais se esclarece que não há lugar a qualquer tipo de pagamento ou outras contrapartidas.

Equipa de Investigação: Milene Diogo

Orientação: José Vilelas

Contactos: Enfª. Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica - Milene Diogo



Telefone: 925605942 E_mail: milenediogo80432@esscvp.eu

Local Unidade 1100 (P075/03/13)

Assinatura do sujeito



Exmo.(a) Sr.(a) Diretor(a) Técnico(a)

Assunto: Pedido de autorização para a realização da investigação

Setúbal, fevereiro 2023

Eu, Milene Andreia Fernandes Rosa Diogo, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa instituição numa investigação intitulada "Alterações No Padrão De Sono Da Criança" que tem como objetivo principal descrever as diferentes etapas de tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa do questionário de sono infantil "Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form - BISQ-R SF".

O sono é essencial para o adequado crescimento e desenvolvimento físico e psicomotor da criança. O valor da atenção clínica ao sono pediátrico é cada vez mais reconhecido, devido aos efeitos do sono interrompido ou insuficiente no desenvolvimento somático e comportamental da criança.

Os distúrbios de sono em crianças estão entre os problemas mais comuns relatados aos pediatras pelos pais.

A população a considerar neste estudo englobará os pais que tenham filhos com idade compreendida entre os 0 e os 3 anos de idade.

Trata-se de um estudo que não envolve qualquer risco para os participantes e que poderá trazer benefícios para a prestação de cuidados, na medida em que, nos irá fornecer dados sobre sono em lactentes e crianças pequenas (0-3 anos), possibilitando que um maior número de crianças com distúrbios do sono sejam identificadas por profissionais da saúde.

Com esta informação quero dar-lhe a conhecer o projeto e o potencial impacto na melhoria da assistência ao padrão de sono das crianças entre os 0 e os 3 anos de idade.

As respostas ao questionário são anónimas e confidenciais e, em momento algum os participantes serão identificados, acrescentando ainda sobre compromisso de honra que o funcionamento da instituição nunca será colocado em questão. Mais se informa que aos

dados só terão acesso o investigador principal e o estatístico. Os questionários bem como os resultados serão guardados em casa do investigador, em envelope selado e destruídos ao fim de cinco anos.

A participação é voluntária: tem direito a decidir se quer ou não participar e poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer transtorno.

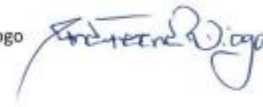
Mais se esclarece que não há lugar a qualquer tipo de pagamento ou outras contrapartidas.

Equipa de Investigação: Milene Diogo

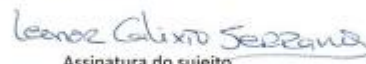
Orientação: José Vilelas

Contactos: Enfª, Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica - Milene Diogo

Telefone: 925605942 E-mail: milenediogo80432@esscyp.eu



Local Selital (13/3/23)


Assinatura do sujeito



Assinado por: Milene Andreia
Fernandes Rosa Diogo
Identificação: 8012415347
Data: 2023-04-20 às 11:38:15

IX.3 Apêndice C - Consentimento Informado do Questionário BISQ-R SF Versão Portuguesa



Questionário BISQ-R SF – Breve Questionário de Sono Infantil

Formulário Curto Revisto

(Diogo, 2023)

Exmo.(a) Sr. ou Sr(a),

Estou a contactá-lo(a) para solicitar a sua colaboração numa investigação intitulada "Alterações No Padrão De Sono Da Criança" que tem como objetivo principal a tradução, adaptação cultural e a validação do questionário de sono infantil "Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form - BISQ-R SF", para a língua e cultura portuguesa.

O sono é essencial para o adequado crescimento e desenvolvimento físico e psicomotor da criança. O valor da atenção clínica ao sono pediátrico é cada vez mais reconhecido, devido aos efeitos do sono interrompido ou insuficiente no desenvolvimento somático e comportamental da criança.

Os distúrbios de sono em crianças estão entre os problemas mais comuns relatados aos pediatras pelos pais.

A população a considerar neste estudo englobará os pais que tenham filhos com idade compreendida entre os 0 e os 3 anos de idade.

Trata-se de um estudo que não envolve qualquer risco para os participantes e que poderá trazer benefícios para a prestação de cuidados, na medida em que, nos irá fornecer dados sobre sono em lactentes e crianças pequenas (0-3 anos), possibilitando que um maior número de crianças com distúrbios do sono sejam identificadas por profissionais da saúde.

Com esta informação quero dar-lhe a conhecer o projeto e o potencial impacto na melhoria da assistência ao padrão de sono das crianças entre os 0 e os 3 anos de idade, pelo que lhe peço para responder ao questionário.

Não há respostas certas ou erradas, apenas se pretende saber a sua opinião relativamente a cada item. O preenchimento de todos os itens é muito importante para a adaptação cultural e

validação do questionário de sono infantil "Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form - BISQ-R SF.

As respostas ao questionário são anónimas e confidenciais. Mais se informa que aos dados só terão acesso o investigador principal e o estatístico. Os questionários bem como os resultados serão guardados em casa do investigador, em envelope selado e destruídos ao fim de cinco anos. Este estudo teve o parecer favorável da comissão de ética da ESSCVP.

A participação é voluntária: tem direito a decidir se quer ou não participar e poderá desistir a qualquer momento, sem qualquer transtorno. As informações sobre o estudo serão disponibilizadas aos participantes que o solicitarem.

Mais se esclarece que não há lugar a qualquer tipo de pagamento ou outras contrapartidas. Ao prosseguir com o preenchimento do questionário está a dar o seu consentimento para a realização do mesmo.

Equipa de Investigação: Milene Diogo e José Vilelas

Contactos: Enfª. Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica - Milene Diogo

Telefone: 925605942 E_mail: milenediogo80432@esscvp.eu

Assim,

eu _____ declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Local _____ (____/____/____)

Assinatura do sujeito

IX.4 Apêndice D - Versão BISQ-R SF Portuguesa: BISQ-R SF PT

BISQ-R SF – Breve Questionário de Sono Infantil Formulário Curto Revisto

Por favor, responda a algumas perguntas sobre a sua família.

1. Qual é a sua relação com a criança?

☐ Mãe

☐ Avó/Avó

☐ Pai

☐ Outros

2. Qual é o nível de estudos mais elevado que completou?

☐ Menos do que o secundário

☐ Secundário

☐ Bacharelato / Licenciatura

☐ Pós-graduado (MS, MD, JD, Ph.D.)

☐ Prefiro não responder

3. Que idade tem a sua criança (em meses)?

_____ meses

4. A sua criança foi prematura (nasceu antes de 37 semanas de gestação)?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sei

5. O sexo biológico da minha criança é:

☐ Masculino

☐ Feminino

☐ Intersexo

6. Em que país/região vive atualmente?

País/região: _____

7. Quantas noites por semana está envolvido com a sua criança na hora de adormecer e/ou durante a noite?

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

☐ 7 noites

Por favor, pense no sono da sua criança durante as últimas duas semanas para responder às seguintes perguntas.

1. A que horas geralmente começa a rotina de dormir da sua criança (começar a preparar a criança para ir para a cama)?

Eu inicio a rotina do dormir às _____:

2. Numa semana típica, quantas vezes a sua criança tem a mesma rotina para dormir?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 noites

3. Onde é que a sua criança costuma adormecer na hora de dormir?

☐ Berço	☐ Alcofa/Espergüadeira
☐ Cama própria (qualquer tamanho)	☐ Baloço/Carrinho do bebé
☐ Cama dos pais	☐ Ao colo dos pais
☐ Co-sleeper - Berço acoplado à cama dos pais	☐ Outro

4. Como é que normalmente a sua criança adormece na hora de dormir?

☐ Ao colo ou embalado
☐ Com um adulto no quarto sem que esteja ao colo ou embalado
☐ Sozinho (sem um adulto no quarto)

5. Na hora de dormir, a sua criança normalmente adormece durante a amamentação, no biberão ou a beber por um copo de treinamento?

☐ Sim
☐ Não

6. A que horas, geralmente a sua criança vai para a cama (luzes apagadas)?

Eu deito a minha criança às _____:

7. Normalmente, o quão difícil é a hora de ir dormir?

☐ Muito fácil
☐ Fácil
☐ Nem fácil nem difícil
☐ Difícil
☐ Muito difícil

8. Normalmente quanto tempo demora a sua criança a adormecer?

Exemplo: Se colocar a criança na cama às 18h30 e ela só adormecer às 20h, leva 1 hora e 30 minutos a adormecer.

_____ hora
_____ minutos

9. Em que quarto a sua criança dorme a maioria das noites?

- | | |
|---|--|
| ☐ No seu quarto | ☐ No quarto do irmão/irmã ou outro quarto |
| ☐ No quarto dos pais | ☐ Noutra divisão da casa |

10. Onde dorme a sua criança a maior parte do tempo durante a noite?

- | | |
|--|--|
| ☐ Berço | ☐ cama dos pais |
| ☐ Cama própria (qualquer tamanho) | ☐ Alcofa/Esperguiçadeira |
| ☐ Cama dos pais | ☐ Baloço/Carrinho do bebé |
| ☐ Co-sleeper - Berço acoplado à | ☐ Outro |

11. Normalmente, quantas vezes a sua criança acorda durante a noite?

_____ vezes por noite

12. Quando a sua criança acorda durante a noite, o que costuma fazer?

- | | |
|--|--|
| ☐ Pego na criança e volto a deitá-la ainda acordada | ☐ Amamento-a até adormecer |
| ☐ Dou-lhe biberon ou copo de aprendizagem para voltar a adormecer | ☐ Brinco com a criança, vemos televisão ou usa tablet/telemóvel |
| | ☐ Nenhuma das opções anteriores |

13. Normalmente quantas horas a sua criança passa acordada durante a noite? (entre a hora de deitar e de levantar de manhã)?

Exemplo: Se a sua criança acordar 2 vezes e estiver acordada durante cerca de 15 minutos de cada vez, o tempo total da sua criança acordada é de 30 minutos. Nesse caso, escreva "0 horas, 30 minutos".

_____ horas
_____ minutos

14. Qual é o período de tempo mais longo em que a sua criança está a dormir durante a noite sem acordar?

_____ horas
_____ minutos

15. A que horas acorda a sua criança de manhã?

A minha criança acorda às ____:____

16. No total, quanto tempo o seu filho passa a dormir durante a noite (entre a sua criança adormecer e acordar de manhã)?

Exemplo: Se a criança dormir durante 3 horas, acordar e dormir mais 5 horas e 30 minutos, a sua criança dorme durante 8 horas e 30 minutos no total.

_____ horas
_____ minutos

17. Como é que a sua criança, geralmente, dorme durante a noite?

- ☐ Muito bem
☐ Bem
☐ Normal
☐ Mal
☐ Muito mal

18. Num dia típico, quantas sestas a sua criança faz (entre o acordar de manhã e ir para a cama à noite)?

_____ sestas

19. Quanto tempo, no total, a sua criança passa a dormir durante o dia (entre o acordar de manhã e ir para a cama à noite)?

Exemplo: Se a sua criança faz 2 sestas e dorme 1 hora de cada vez, o tempo total da sua criança a dormir durante o dia é de 2 horas.

_____ horas
_____ minutos

Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form, version Mar 2020

20. Considera que o sono da sua criança é um problema?

- ☐ Não é um problema
- ☐ Um problema muito pequeno
- ☐ Um problema pequeno
- ☐ Um problema moderado
- ☐ Um problema sério

IX. ANEXOS

X.1 Anexo 1

Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised **Short Form**

Please answer a few questions about your family.

1. What is your relationship to your child?

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Mother | ☐ Grandparent |
| ☐ Father | ☐ Other |

2. What is the highest degree that you completed?

- ☐ Less than high school/secondary
☐ High school/secondary
☐ College/university
☐ Graduate (e.g., MS, MD, JD, Ph.D.)
☐ Prefer not to answer

3. How old is your child (in months)?

_____ months

4. Was your child premature (born before 37 weeks' gestation)?

- ☐ Yes
☐ No
☐ I don't know

5. My child's biological sex is

- ☐ Male
☐ Female
☐ Intersex

6. In which country/region do you currently reside?

Country/region: _____

7. How many nights per week are you involved with your child at bedtime and/or overnight?

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 nights

Please think about your child's sleep during the past two weeks in answering the following questions.

1. What time do you usually start your child's bedtime routine (start getting your child ready for bed)?

Example: 7:45 PM would be written as 7 : 45 PM

I start getting my child ready for bed at _____:_____

2. In a typical week, how often does your child have the exact same bedtime routine?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 nights

3. Where does your child usually fall asleep at bedtime?

☐ Crib	☐ Bassinet/infant seat
☐ Own bed (any size)	☐ Swing/stroller
☐ Parents' bed	☐ Parent's/adult's arms
☐ Co-sleeper (attached to parents' bed)	☐ Other

4. How does your child usually fall asleep at bedtime?

☐ While being held or rocked
☐ With an adult in the room, but not being held or rocked
☐ On own (without an adult in the room)

5. At bedtime, does your child usually fall asleep while breastfeeding, bottle feeding, or drinking from a sippy cup?

☐ Yes
☐ No

6. What time do you usually put your child to bed at night (lights out)?

Example: 8:30 PM would be written as 8 : 30 PM

I put my child to bed at _____:_____

7. Typically, how difficult is bedtime?

☐ Very easy
☐ Somewhat easy
☐ Neither easy nor difficult
☐ Somewhat difficult
☐ Very difficult

8. How long does it usually take your child to fall asleep?

Example: If you put your child to bed at 6:30 pm and your child falls asleep at 8:00 pm, it takes 1 hour and 30 minutes for your child to fall asleep.

_____ hours
_____ minutes

9. In what room does your child sleep for most of the night?

- ☐ In his/her own room ☐ In sibling's or other bedroom
☐ In parents' room ☐ In another room of the house

10. Where does your child sleep for most of the night?

- ☐ Crib ☐ Bassinet/infant seat
☐ Own bed (any size) ☐ Swing/stroller
☐ Parents' bed ☐ Other
☐ Co-sleeper (attached to parents' bed)

11. How many times does your child usually wake during the night?

_____ times per night

**12. When your child wakes up during the night, what do you usually do?
(check all that apply)**

- ☐ Pick up my child and put him/her back down while still awake ☐ Breastfeed/nurse my child back to sleep
☐ Bottle feed or give a sippy cup to put my child back to sleep ☐ Play with my child, watch TV, or use/show smartphone/tablet
☐ None of these

13. How much total time during the NIGHT is your child usually awake (between when your child goes to bed and wakes for the day)?

Example: If your child wakes up 2 times and is awake for about 15 minutes each time, your child's total time spent awake is 30 minutes. In that case, write "0 hours, 30 minutes."

_____ hours
_____ minutes

14. What is the longest stretch of time that your child is asleep during the NIGHT without waking up?

_____ hours
_____ minutes

15. What time does your child wake up in the morning?

My child wakes up at _____ : _____

16. How much total time does your child spend sleeping during the NIGHT (between when your child goes to bed and wakes for the day)?

Example: If your child sleeps for 3 hours, wakes up, then sleeps for 5 hours and 30 minutes more, your child sleeps for 8 hours and 30 minutes total.

_____ hours
_____ minutes

17. How well does your child usually sleep at night?

- ☐ Very well
- ☐ Well
- ☐ Fairly well
- ☐ Poorly
- ☐ Very poorly

18. On a typical DAY, how many naps does your child take (between when your child wakes for the day and goes to bed at night)?

_____ naps

19. How much total time does your child spend sleeping during the DAY (between when your child wakes for the day and goes to bed at night)?

Example: If your child took 2 naps and slept 1 hour each time, your child's total time spent sleeping during the day is 2 hours.

_____ hours
_____ minutes

20. Do you consider your child's sleep a problem?

- ☐ Not a problem at all
- ☐ A very small problem
- ☐ A small problem
- ☐ A moderate problem
- ☐ A serious problem