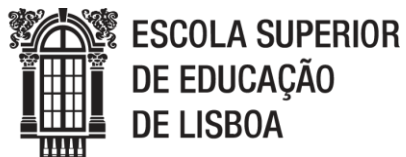


SONO EM CRIANÇAS PRÉ – ESCOLARES

PERCEÇÕES DE PAIS E EDUCADORES

Eduarda Marisa Falcão e Silva Coimbra

2018



SONO EM CRIANÇAS PRÉ – ESCOLARES

PERCEÇÕES DE PAIS E EDUCADORES

Eduarda Marisa Falcão e Silva Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa para
obtenção de grau de Mestre em Ciências da Educação

- Especialidade em Intervenção Precoce-

Orientadora: Professora Doutora Margarida Santos

Co-orientadora: Professora Doutora Dalila Lino

2018

Para o meu filho Tomás:

Meu maior desafio,

Minha maior fonte de inspiração!

Agradecimentos

Quero de forma muito reconhecida agradecer:

À professora Doutora Margarida Santos, orientadora desta dissertação, pela disponibilidade, sabedoria, incentivo, reforço positivo, e encorajamento.

À Professora Doutora Dalila Lino, coorientadora desta dissertação, pelo contributo científico, e orientação prestada.

À professora Marina Fuertes, coordenadora do mestrado em Intervenção Precoce, pela inteligência, empatia, cuidado e atenção.

Às famílias e Educadores de Infância que aceitaram contribuir com o seu saber para que esta dissertação fosse possível.

A todas as crianças, pais, mães e avós, que estiveram presentes no meu percurso profissional, porque pela sua estima e reconhecimento pessoal me inspiraram, e motivaram a aumentar as minhas competências profissionais, e pessoais fazendo de mim melhor pessoa.

À minha querida e generosa família: Pais, Rogério e Isabel, Irmãs Sónia e Dina, cunhados Luís e Pedro e amorosas sobrinhas, Matilde e Maria Eduarda, fontes de afeto, cuidado, apoio incondicional. Muito obrigada!

Às minhas queridas colegas e amigas: Fátinha e Graça. À primeira pelo companheirismo profissional de vinte anos, pela cumplicidade, pela inteligência, perspicácia, alegria contagiante, pela partilha. À segunda pelo afeto, apoio, incentivo, reforço positivo e pelos abraços...

A todos os familiares, amigos, colegas de profissão, professores e demais formadores que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

A Deus fonte de luz em mim!

Resumo

O sono é um dos pilares do desenvolvimento infantil (Touchette et al.2007), as investigações mais recentes associam o sono saudável com qualidade de vida (Magee Robinson & Keane, 2017; Staton et al., 2015) mostrando inversamente que o sono com duração insuficiente e/ou de má qualidade tem efeitos negativos nas diversas áreas do desenvolvimento emocional, social e cognitivo, afetando crianças e famílias (Owens, 2011; Petit & Montplaisir, 2010; Thoman, 2005).

A transição para o Jardim-de-infância é um acontecimento de vida que desafia a capacidade das crianças, e a funcionalidade das famílias, para regular e manter uma boa saúde do sono (Zhang, Li, Fok, & Asa, 2010) uma vez que durante este período de vida ocorrem mudanças dramáticas no sono típico da criança, simultaneamente com enormes transformações no desenvolvimento físico, linguístico, cognitivo e social e que alteram profundamente tanto as atividades no estado de vigília quanto a regulação do sono (France, 2004). Porém, a revisão de literatura efetuada no âmbito do presente trabalho encontrou um reduzido número de investigações centrada nas percepções quer da família, quer dos Educadores de Infância sobre o sono e o período de sesta em contexto Pré-escolar.

O presente estudo pretendeu identificar e comparar as crenças de pais, mães e educadores de infância de diferentes estruturas educativas - Ipss, Particular e Pública - em relação ao sono, qualidade do sono e estratégias facilitadoras de sono em crianças, e identificar as suas percepções sobre o período de sesta em contexto pré- escolar. Para aceder às crenças dos participantes foi utilizada uma metodologia de Grupo Focal com posterior análise qualitativa temática dos dados. Participaram neste estudo, 25 pais, 25 de mães e 29 Educadores de Infância do distrito de Lisboa.

Os resultados deste trabalho sugerem que as crianças dormem o número de horas sugerido pela literatura, todavia revelam-se incoerentes com as preocupações das mães e dos educadores de infância que sugerem o tempo de sono é insuficiente para suprimir as suas necessidades, questões laborais e sociais podem estar a conduzir para esta situação (Thoman, 2005).

Os dados obtidos revelam que uma percentagem significativa de famílias lida com dificuldades de sono das crianças quer seja na fase de adormecimento, ou quando ocorrem despertares noturnos, recorrendo a estratégias idênticas - a partilha da cama dos pais - é frequentemente utilizada. As perturbações do sono na criança foram comumente associadas a um desempenho alterado ou diminuído em Jardim de Infância e à redução de cuidado parental efetivo.

Relativamente ao período da sesta, em contexto Pré-escolar, habitualmente apontado como sendo necessário mas flexível, verificam-se algumas incoerências, principalmente nas respostas sugeridas pelos educadores de infância, uma vez que a mesma varia de acordo com as condições logísticas e de espaços físicos onde se desenvolvem.

Palavras-Chave: Sono; perceções de pais, mães e Educadores de infância; sesta; educação Pré-escolar.

Abstract

Sleep is one of the pillars of child development (Touchette et al. 2007), recent investigations associate healthy sleep with quality of life (Magee Robinson & Keane, 2017; Staton et al., 2015), showing inversely that sleep with insufficient duration and / or poor quality has negative effects on the various areas of emotional, social and cognitive development, affecting children and families (Owens, 2011, Petit & Montplaisir, 2010;

The transition to kindergarten is a life event that challenges children's ability, and the functionality of families, to regulate and maintain good sleep health (Zhang, Li, Fok, & Asa, 2010) once that during this period of life dramatic changes occur in the typical sleep of the child, simultaneously with enormous transformations in the physical, linguistic, cognitive and social development and that profoundly alter both the activities in the waking state and the regulation of sleep (France, 2004). However, the literature review carried out within the scope of the present study found a small number of investigations centered on the perceptions of both the family and the Childhood Educators on sleep and the nap period in the Preschool context.

The present study aimed to identify and compare the beliefs of parents, mothers and childhood educators of different educational structures - Ipss, private and public - in relation to sleep, sleep quality and strategies to facilitate sleep in children, and to identify their perceptions about the nap period in a pre-school context. To access the participants' beliefs, a Focal Group methodology was used, with a qualitative thematic analysis of the data. Twenty-five parents, 25 mothers and 29 children's educators from the district of Lisbon participated in this study.

The results of this study suggest that children sleep the number of hours suggested by the literature, however they are inconsistent with the concerns of mothers and childhood educators who suggest that sleep time is insufficient to suppress their needs, labor and social issues may be leading to this situation (Thoman, 2005).

The data obtained reveal that a significant percentage of families deal with children's sleep difficulties, whether in the sleep phase or when nocturnal awakenings are performed using similar strategies - parental sharing - is often used. Sleep

disturbances in the child were commonly associated with altered or decreased performance in kindergarten and reduced effective parental care.

Regarding the nap period, in a pre-school context, usually seen as necessary but flexible, there are some inconsistencies, mainly in the responses suggested by the educators of childhood, since it varies according to the logistic and space conditions where they develop.

Keywords: Sleep; perceptions of parents, mothers and childhood educators; nap; Pre-school education.

Índice

AGRADECIMENTOS	12
RESUMO.....	13
ABSTRACT	15
ÍNDICE.....	17
ÍNDICE DE TABELAS.....	19
ÍNDICE DE FIGURAS	20
INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. O sono na criança Pré-escolar	13
1.1.1. Sono e funções do sono	13
1.1.2. Características do sono na infância	15
1.1.3. Perturbações mais comuns do sono na Infância	18
1.1.4. Determinantes do sono infantil.....	19
1.1.5. Consequências das perturbações do sono na criança pré-escolar.....	24
1.1.6. Sono infantil e a vivência da criança no Pré – escolar	26
2. OBJETIVOS E METODOLOGIA	30
2.1. Objetivos gerais e específicos.....	30
2.2. Metodologia.....	30
2.3. Procedimento de Investigação	31
2.4. Instrumentos de Recolha de Dados.....	32
3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	34
3.1. Caracterização da Amostra	34

3.2. Resultados referentes ao objetivo (1)	37
3.3. Resultados referentes ao objetivo (2)	52
3.4. Resultados referentes ao objetivo (3)	56
3.4.1. Identificação do papel dos pais regulação do sono das crianças.	56
3.5 Resultados referentes ao objetivo (4)	57
3.5.1. Identificação das percepções e crenças dos pais, mães e educadores de infância sobre o período de sesta em contexto Pré- escolar.	57
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	75
4.2.Funções do sono, necessidades de sono da criança e horários	75
4.3.Prevalência de perturbações do sono	77
4.4. Estratégias de facilitação do sono das crianças e estratégias adotadas no caso de existirem despertares noturnos	78
4.5. Percepções e crenças sobre o período da sesta em contexto Pré-escolar	79
5. SÍNTESE CONCLUSIVA E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

Índice de Tabelas

Tabela 1: Características de Pais / Mães.....	34
Tabela 2: Características dos Educadores de Infância.....	35
Tabela 3: Condições físicas relacionadas sobre o sono	36
Tabela 4: Partilha de cama com os pais.....	36
Tabela 5: Perceção parental em relação à ocorrência de problemas de sono	36
Tabela 6: Perceção parental em relação aos problemas de sono	37
Tabela 7 “Crenças paternas em relação às funções de sono para a criança	38
Tabela 8 “Crenças maternas em relação às funções de sono para a criança”	39
Tabela 9: “Crenças dos Educadores de Infância em relação às funções de sono para a criança	39
Tabela 10 “Crenças Paternas em relação às necessidades de sono da criança”.....	40
Tabela 11 “Crenças Maternas em relação às necessidades de sono da criança”	42
Tabela 12 “Crenças dos Educadores de Infância em relação às necessidades de sono da criança”	44
Tabela 13 "Crenças Paternas sobre a: Prevalência de perturbações de sono”	45
Tabela 14 “Crenças Maternas sobre a: Prevalência de perturbações de sono”	46
Tabela 15 “Crenças paternas sobre as consequências das perturbações de sono”.....	48
Tabela 16 “Crenças Maternas sobre as consequências das perturbações de sono”	49
Tabela 17 “Crenças dos Educadores de Infância sobre as consequências das perturbações de sono”.	50
Tabela 18 “Estratégias utilizadas pelos pais para facilitação do sono da criança”	52
Tabela 19 “Estratégias utilizadas pelas mães para facilitação do sono da criança”	53
Tabela 20 “Estratégias utilizadas pelos pais no caso de existirem despertares noturnos”	54
Tabela 21 “Estratégias utilizadas pelas mães no caso de existirem despertares noturnos”	55
Tabela 22 “Papel dos pais regulação do sono da criança”	56
Tabela 23 “Papel das mães na regulação do sono das crianças”	57
Tabela 24 “Perceções e crenças dos pais sobre o período de Sesta em contexto Pré-escolar.” ..	58
Tabela 25 :“Perceções e crenças das mães sobre o período de Sesta em contexto Pré-escolar” ..	61
Tabela 26 “Perceções e crenças dos Educadores de Infância de sobre o período de Sesta em contexto Pré-escolar” (IPSS).....	64

Tabela 27 “Percepções e crenças dos educadores de sobre o período de Sesta em contexto Pré-escolar” (Particular)	67
Tabela 28 “Percepções e crenças dos Educadores de Infância de sobre o período de Sesta em contexto Pré- escolar” (Publico)	70
Tabela 29 “Percepções e crenças dos pais sobre o papel do Jardim de Infância na Regulação do sono da criança.”	72
Tabela 30 “Percepções e crenças das mães sobre o papel do Jardim de Infância na regulação do sono da criança.”	73

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo Transacional (Sadeh et al., 2010)	20
---	----

Anexos

Anexo I - Consentimento informado Pais

Anexo II - Consentimento Informado Educadores

Anexo III- Questionário demográfico pais

Anexo IV - Questionário demográfico Educadores de Infância

Anexo V - Guião das entrevistas a pais

Anexo VI - Guião das entrevistas Educadores de Infância

Anexo IV - Transcrição das entrevistas semi – estruturadas (Suporte informático)

INTRODUÇÃO

Nos cinco primeiros anos de vida 50% do tempo diário da criança é utilizado para satisfazer a necessidade de sono (Hoban & Cherwin, 2004). As pesquisas mais recentes sugerem que o sono saudável desempenha um papel importante no funcionamento diurno das crianças, (Turnbull et al., 2013), promovendo o seu desenvolvimento (Touchette et al., 2007) a aprendizagem, regulação comportamental e saúde, (Touchette et al., 2007) estando intrinsecamente associado ao bem-estar da criança e da família.

Os educadores de infância lidam frequentemente com a sonolência diurna e cansaço das crianças, relacionados com má higiene do sono padrões interrompidos do sono durante a noite, (Thorpe et al., 2014), que afetam negativamente o seu comportamento, particularmente o aumento de problemas de hiperatividade, hiperirritação e atenção, (Lam, 2003), levando-os a ser menos capazes de inibir as suas respostas emocionais e tornando-os mais propensas a reações de impulsividade ou violência (Sadeh, 2003).

A quantidade e a qualidade do sono são positivamente associadas com a aprendizagem e saúde da criança, inversamente uma duração mais curta do sono tem efeitos negativos sobre a sua saúde e bem-estar social (Bell & Zimmerman, 2010; Carter et al., 2011; Snell et al., 2007).

Padrões de sono sono perturbado, restrito ou de má qualidade foram identificados como preditores de ajustamento menos satisfatório no pré-escolar (Bates et al 2002), lidando os educadores com a sonolência diurna das crianças que pode afetar a sua capacidade de aprendizagem e memória, (Thorpe et al., 2014)

É essencial que os profissionais reconheçam os fatores que podem facilitar o sono das crianças e que sejam sensíveis ao impacto que o sono insuficiente ou de má qualidade pode ter sobre o desenvolvimento infantil, (Sadeh, 2003).

Sabe-se que entre os 2 e 5 anos a maioria das crianças deixam de dormir a sesta, ainda assim orientações internacionais consideram a sesta como rotina comum, diária e obrigatória nos programas de Educação de infância, contudo o real papel da sesta no

desenvolvimento cognitivo das crianças ainda requer mais pesquisas não havendo atualmente resultados conclusivos sobre os custos e benefícios do sono durante o dia no ambiente Pré-escolar (Inglis, 2013), as evidências sobre os seus efeitos são limitadas, para além dos 2 anos de idade, (Acebo et al., 2005), havendo uma diferença crescente entre as exigências normais do sono das crianças além dos 3 anos e as práticas do Pré-escolar (Staton et al., 2015).

Assim, são objetivos deste trabalho obter mais evidências sobre as percepções de pais, mães e Educadores de Infância em relação a: (1) funções do sono; necessidades de sono das crianças; prevalência de perturbações de sono e consequências das perturbações de sono; (2) identificação de estratégias de facilitação do sono da criança; (3) identificação do papel dos pais e do Jardim de Infância na regulação do sono das crianças; (4) identificação das percepções e crenças dos pais, mães e educadores de infância sobre o período de sesta em contexto Pré- escolar.

O presente trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos. O primeiro refere-se ao enquadramento teórico onde se apresenta revisão de literatura sobre o tema que fundamenta esta investigação, onde será abordada a temática do sono na criança em idade Pré-escolar, serão discutidas as perturbações de sono mais comuns e as suas implicações para a vivência diurna das crianças em contexto Pré-escolar.

Na segunda parte serão apresentados os contributos da Ciência do sono para a Educação de Infância.

A terceira parte refere-se à apresentação da metodologia, procedimentos de investigação e instrumentos de recolha de dados.

Na quarta parte apresenta-se a análise de resultados tendo-se procedido a uma análise estatística para os dados quantitativos, e uma análise de conteúdo para as unidades de informação qualitativa. Os resultados obtidos serão discutidos à luz da revisão de literatura inicial procurando-se retirar as conclusões mais pertinentes para este trabalho.

Por último será apresentada uma síntese conclusiva com as considerações finais e contributos desta investigação para o conhecimento das matérias apresentadas onde se inclui a abordagem às limitações deste trabalho.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. O sono na criança Pré-escolar

1.1.1. Sono e funções do sono

O Sono é um imperativo biológico necessário para o funcionamento adequado à manutenção da vida (Mindell & Owens, 2009). É considerado um fenómeno universal e social (El-Sheikh, 2011) e é um condutor fisiológico do nosso organismo. Para além disso o sono é entendido como um importante indicador de saúde e um determinante de qualidade de vida (Zee & Turek, 2006).

Alguns autores definem o sono como um estado caracterizado por uma postura específica (olhos fechados, estar deitado), redução da atividade motora e interação diminuída com o ambiente (Mindell & Owens, 2010). É caracterizado por ser um período importante para a regeneração fisiológica geral e mais especificamente para alguns processos internos cerebrais, como por exemplo o processo mnésico (Owens, 2005).

No seu estudo sobre o sono da criança, Mendes (2008) refere que “*falar de sono antes do nascimento e das primeiras semanas até à adolescência, é descrever toda uma evolução, uma maturação diretamente ligada à construção contemporânea do cérebro*”.

Em termos neurológicos o sistema que comanda as alterações cíclicas sono-vigília estende-se desde a medula, passando pelo tronco cerebral e hipotálamo até aos núcleos centrais superiores. Os registos da Polissonografia (PSG) facultam informação sobre alterações fisiológicas que ocorrem na atividade elétrica do cérebro, na tensão muscular, nos movimentos oculares, e na respiração durante o sono. Os registos da PSG são classificados com a utilização dos critérios de estádios do sono (Carskadon & Rechtschaffen, 2005).

Segundo estes critérios são distintos dois grandes estádios do sono: o sono com movimento ocular rápido (REM- *Rapid Eye Movement*) e sono lento (NREM - *not Rapid Eye Movement*). A padronização dos estádios e os ciclos NREM e REM são referidos como *arquitetura do sono* modificando-se ao longo do ciclo de vida.

Durante o sono REM, também chamado de estágio vigília, os olhos, quando fechados, movem-se rapidamente e de forma contínua; o corpo tem pouco tônus muscular e a pessoa, se for despertada, consegue reportar experiências de sonhos. No sono NREM diferenciam-se quatro estádios: os estádios 1 e 2 estão associados ao sono leve e os estádios 3 e 4 ao sono profundo, fase em que é mais difícil acontecer o despertar. Os estudos PSG demonstram que durante a noite existe uma alternância entre o sono REM e NREM. O sono mais profundo ocorre predominantemente na primeira metade da noite, durante este estágio as indivíduos, por exemplo, as crianças, dificilmente são acordadas, e se isto acontece, parecem confusas e desorientadas. Os ciclos NREM-REM prolongam-se desde cinquenta minutos em crianças até cerca dos noventa minutos em adultos, (Carskadon & Rechtschaffen, 2005).

O sono e a vigília são sistemas independentes, porém ligados entre si. Através de um sistema de despertar/vigília e outro de adormecer/sono, que se alternam periodicamente. O ciclo sono-vigília, regido pelo ciclo circadiano, encontra-se relacionado com o fotoperiodismo decorrente da alternância dia-noite e está sob o controle do núcleo supraquiasmático (NSQ) do hipotálamo. O NSQ funciona como o “relógio” e é responsável pela organização cíclica e temporal do organismo e do ciclo sono-vigília. O NSQ é influenciado pela luz durante o dia e pela melatonina durante a noite. A secreção da melatonina é máxima durante esse período e sua ação no NSQ têm sido implicada no início e manutenção do sono (McCarley & Sinton 2008). A necessidade do sono, o seu nível de profundidade e duração, além de hábitos pessoais, é regulada por fatores circadianos e fatores hemostáticos (Gomes, Quinhones & Engelhardt 2010).

Embora os seres humanos passem cerca de um terço da vida a dormir, a função do sono ainda não está totalmente conhecida (Brown et al, 2012; Worthman 2008). Para além disso só recentemente a investigação começou a identificar e correlacionar os diferentes fatores genéticos e ambientais que podem influenciar a sua fisiologia, arquitetura e desenvolvimento de doenças associadas (Barclay & Gregory, 2013).

Sabe-se atualmente, que o sono desempenha um papel fundamental na recuperação das energias para o dia seguinte, no equilíbrio metabólico e no desenvolvimento físico e mental, (Bear, Connors & Paradiso, 2001; Cirelli & Tononi, 2008). Apesar de em termos de investigação científica os processos que acontecem

durante o sono, e a abrangência da sua função, estarem ainda a ser estudados é amplamente reconhecido que o sono é uma necessidade universal de todas as formas de vida superiores (Cirelli e Tononi, 2008; Gorgoni et al, 2013) e a sua privação tem consequências fisiológicas importantes (Colten & Altevogt, 2006). O sono afeta todo o organismo, tendo um poderoso efeito sobre o cérebro (Cirelli & Tononi, 2008), existindo um consenso geral sobre o fato do sono estar estritamente relacionado com a restituição das funções cerebrais, a memória, a aprendizagem e plasticidade neural (Hernandez & Abel, 2011; Gorgoni et al, 2013; Tononi & Cirelli, 2014). Fisiologicamente o sono é essencial para a reparação e reabastecimento do corpo, visto que o sono, e a sua imobilidade imposta, se traduzem num corte dos gastos energéticos. Alguns estudos identificaram também funções importantes ligadas à otimização das funções imunológicas (Salavessa & Vilarica, 2009).

1.1.2. Características do sono na infância

Como já referido o sono é um dos pilares do desenvolvimento infantil adequado, (Petit & Montplaisir, 2007; Anders, 2010), sendo uma atividade central da criança nos primeiros anos de vida, (Mindell, 2015). Em bebés e crianças o sono tem sido descrito como um período passivo, tranquilo, frequentemente visto como desejável para os pais, permitindo-lhes momentos de tranquilidade, (Thoman, 2005).

Nos cinco primeiros anos de vida 50% do tempo diário da criança é utilizado para satisfazer a necessidade de sono do seu cérebro em desenvolvimento. Durante este período o sono sofre profundas alterações e mudanças na sua arquitectura e duração, (Hoban & Cherwin, 2004).

Relativamente aos ritmos circadianos, sabe-se que estão determinados desde o período perinatal. O feto parece nunca estar, de facto, acordado, alternando entre um sono calmo e sono ativo, precursores do sono NREM e REM, (Salavessa & Vilarica 2009).

O recém-nascido apresenta o seu padrão de sono dentro de ritmo ultradiano (<24horas), só após o período neonatal, o sono passa a apresentar ritmo circadiano (equivalente a 24 horas), (Nunes, 2002).

Na criança o sono decorre por ciclos, cada ciclo de sono tem uma duração de 50-60 minutos no recém-nascido, aumentando gradualmente para 90 minutos na adolescência, (Nunes, 2002).

Em relação à arquitetura do sono a proporção entre sono REM e NREM vai diminuindo com o crescimento, (Nunes, 2002). Quanto às funções do sono no primeiro ano de vida: sincronização fisiológica do bebé com as relações sociais primárias, com despertares geralmente relacionados com a fome, (Salavessa & Vilariga 2009). Durante o primeiro mês de vida, a criança inicia a adaptação do ciclo sono / vigília ao ciclo noite-dia, e os períodos de sono noturno passam a ser mais longos. No terceiro mês de vida, ocorrem modificações estruturais importantes na arquitetura do sono passando a iniciar-se na fase NREM, e até o sexto mês de vida, 90% dos lactentes já devem ter efetuado esta troca. Aos seis meses, o período mais longo de sono ininterrupto não ultrapassa seis horas. A noite é dividida em dois períodos contínuos de sono, intercalada por um despertar, (Nunes, 2002).

Durante o primeiro ano de vida, ocorre uma mudança substancial no desenvolvimento de sono e do cérebro humano e a relação entre os dois é vital uma vez que o desenvolvimento do sistema nervoso central que tem início no período pré-natal sofre as mudanças mais dramáticas nos dois primeiros anos de vida (Ednick et al, 2009), os padrões de sono-vigília evoluem rapidamente durante o desenvolvimento inicial e são considerados como uma das maiores preocupações relativas ao desenvolvimento ou à saúde nesse período, (Sadeh, 2003).

Entre os 2 e os 3 anos é atingido o percentual adulto de sono REM, devendo este constituir no máximo 25% do tempo total em sono. A partir dos cinco anos, o sono noturno já deve estar consolidado. Entre os cinco e os dez anos de idade o padrão de sono aproxima-se ao do adulto (\pm 8 horas) com padrões de sono irregulares caracterizadas por diferenças entre dormir e acordar entre os dias escolares e dias não-escolares, com um aumento das horas de sono durante o fim-de-semana que começam no meio da infância e atingem o seu máximo na adolescência, (Iglowstein et al, 2003; Owen, 2008), refletindo uma tentativa de recuperação da privação de sono ocorrida nos dias letivos, (Nunes, 2002).

Segundo Owens, (2008) a duração do sono diminui claramente com a idade, existindo uma enorme variabilidade entre crianças, podendo-se no entanto observar algumas tendências gerais no que poderíamos qualificar como um padrão de sono normal na infância: o recém-nascido deve dormir entre 16 a 17 horas por dia, apresentando períodos de 3-4 horas de sono contínuo, intercalados por mais ou menos uma hora de despertar, (Ednick et al, 2009), entre os 9-10 meses, a criança dorme em média 9-10 horas por noite, e 2-3 horas por dia, divididas em duas sestas. Aos 12 meses, o sono noturno começa a consolidar-se, a criança ainda tem necessidade de dormir durante o dia ocorrendo 1 ou 2 sestas diurnas, no meio da manhã e no início da tarde (Nunes, 2002), os períodos de vigília vão aumentando gradualmente durante o dia, e geralmente o padrão de sono estável só emerge a partir desta idade (Salavessa & Vilarica 2009). Entre os 2 e os 3 anos ocorrem longos períodos de sono noturno que podem ultrapassar as 10 horas. Muitas crianças ainda têm necessidade de uma ou duas sestas diurnas que não ultrapassam um total de duas horas: A sesta matinal em geral desaparece no segundo ano de vida, e a da tarde entre o terceiro e o quarto ano de vida, (Anders, 2010).

Aos 5 anos de idade, é esperado que a criança durma entre 10 e 12 horas por dia, (Thoman, 2005). Porém a questão das horas normais de sono em bebés e crianças permanece incompletamente resolvida, dando lugar a uma multiplicidade de interpretações pessoais dos técnicos que lidam com estas problemáticas. Vários autores, entre os quais, Sitnick et al, (2008), Sadeh, (2005), realçam o facto da duração do sono saudável abranger uma faixa em que podem ocorrer variações entre crianças da mesma idade, sendo consensual que as necessidades de sono são variáveis de indivíduo para indivíduo.

Matricciani em 2012 evidencia que devido a fatores sociais da “vida moderna” o número de hora que as crianças dormem tem vindo a diminuir sendo nos nossos dias insuficiente para responder às necessidades reais do desenvolvimento, e constituindo um problema de saúde pública.

O sono saudável é, assim, essencial para o normal crescimento (Thoman, 2005), quer nos aspetos físicos, quer emocionais, desempenhando, para lá da sua função biológica, um papel importante na modelação da relação precoce (Salavessa & Vilarica 2009), esses padrões que se desenvolvem precocemente podem persistir, com

consequências comportamentais posteriores entre pais e filhos (Anders, 2010), vários autores enfatizam a importância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento dos padrões de sono e antes do final do primeiro ano, o cérebro constrói muitas das características de atividades e de estados que a criança terá na vida adulta (Salzaruzo, 2006).

Segundo Brazelton & Sparrow (2009) “ *aprender a dormir é parte integrante da aprendizagem da sua autonomia. Para os pais, ensinar o bebé a dormir, ser capaz de se separar dele, de se distanciar, é dar ao bebé a oportunidade de aprender a tornar-se independente durante a noite*”.

1.1.3. Perturbações mais comuns do sono na Infância

Os problemas de sono na infância infantis podem ser classificados em três categorias principais: insónia, sonolência diurna excessiva e parassónias (J. Owens & Mindell 2011)

As dificuldades no início do sono em crianças Pré-escolares, são as queixas mais frequentes nesta faixa etária, podendo considerar-se uma situação quase normal, que vai diminuindo de frequência e intensidade ao longo do tempo, até aos 5 anos, (Calhoun et al, 2014). Estima-se que entre 3% a 14% de crianças tenham este tipo de problemas (Petit et al, 2007).

A demora prolongada em adormecer, a resistência na hora de ir para a cama, sono inadequado, interrompido, de má qualidade, não repousante e às vezes ilusório resultam numa duração inadequada do sono. A incapacidade ou falta de inclinação de um dos pais quanto a estabelecer regras consistentes relativas à hora de dormir e a impor um horário regular, frequentemente é exacerbado pelo comportamento resistente da criança, (Owens, 2008). As evidências atuais sugerem que utilização de regras consistentes acerca da hora de dormir, e do estabelecimento de limites de uma forma clara, assertiva e não punitiva serão benéficas, (Salavessa, & Vilariça 2009).

Outro problema são as parassónias, que dizem respeito a comportamentos indesejáveis que ocorrem durante o sono ou nas transições entre sono e despertar, entre os quais o sonambulismo, bruxismo, terrores noturnos e distúrbios rítmicos de movimentos, como bater a cabeça e balançar o corpo, e também enurese noturna,

(France et al, 2004), a experiência de parassónia no começo da infância é comum e normal, e tem frequentemente uma componente genética, (Laberge, 2000; Hublin, & Kaprio, 2003), além disso, observou-se que algumas parassónias podem coexistir, (Petit, 2006).

Os estudos realizados sobre parassónias da infância mostraram que a maioria delas têm poucas repercussões graves, e aparentemente não têm impacto importante sobre a duração do sono, (Petit et al, 2006) na maioria dos casos, são fenómenos benignos e temporários que não requerem nenhuma intervenção, exceto tranquilizar a criança e os seus pais (Laberge, 2000).

1.1.4. Determinantes do sono infantil

A maturação do sistema sono-vigília e a consolidação do sono noturno são processos muito rápidos e proeminentes na primeira infância, (Sadeh et al., 2003). Fatores como idade, sexo, desenvolvimento, psicopatologia, temperamento e fatores ambientais, têm vindo a ser estudados permitindo compreender os desafios que os pais enfrentam em relação a problemas de sono das crianças.

Alguns autores propõem modelos explicativos dos problemas de sono na infância. Sadeh e colegas (2010) sugerem o modelo Transaccional (fig.1) que integra vários fatores que concorrem de forma integrada para a qualidade do sono infantil. Este modelo defende que o sono da criança é influenciado por factos intrínsecos e extrínsecos da criança e por aspetos de interação entre pais e criança. Os fatores intrínsecos incluem os fatores biológicos e da saúde e os inerentes à própria criança (e.g., desenvolvimento, maturidade e temperamento); quanto aos extrínsecos dizem respeito a fatores ambientais (e.g., socioeconómicos, geográficos e condições físicas) e a fatores culturais (e, g., normas sociais e culturais, valores e expectativas).

De acordo com o modelo apresentado, o sono infantil é também influenciado pelas atitudes parentais e pelas relações bidirecionais entre os pais e criança. As influências proximais sobre esta relação incluem o estado de bem-estar físico e psicológico do cuidador principal, as suas próprias experiências de cuidado na infância, inclusive quanto ao sono, as redes sociais de apoio, a situação económica e doméstica da família, e o temperamento e a saúde física da criança (Russo, Bruni, Lucidi, Ferri, &

Violani, 2007). Por exemplo fatores de stress como doenças da criança ou depressão materna constituem fatores proximais que têm impacto direto sobre a interação pais-filho e o sono da criança (Owens, 2004).

Sendo os principais responsáveis pela organização da vida da criança, os pais (ou cuidadores principais), vão ainda influenciar a quantidade e qualidade do sono através das suas estratégias educativas em relação à higiene do sono (i.e. aos comportamentos e vivências da criança que preparam a sua ida para a cama e o seu sono e às suas práticas em relação à hora de deitar a criança e à adequação de momentos de sono durante o dia (Chung-Park, 2012; Middlemiss, Yaure & Huey 2015). As atitudes educativas parentais são, por sua vez influenciadas pelos conhecimentos e crenças em relação ao sono e à sua importância no desenvolvimento da criança (McDowall, Garland, Campbell & Ellder, 2017).

O fator mais distal do modelo transaccional inclui o contexto cultural mais amplo, os sistemas de crença familiares e influências ambientais de ordem social (Sadeh et al., 2010)

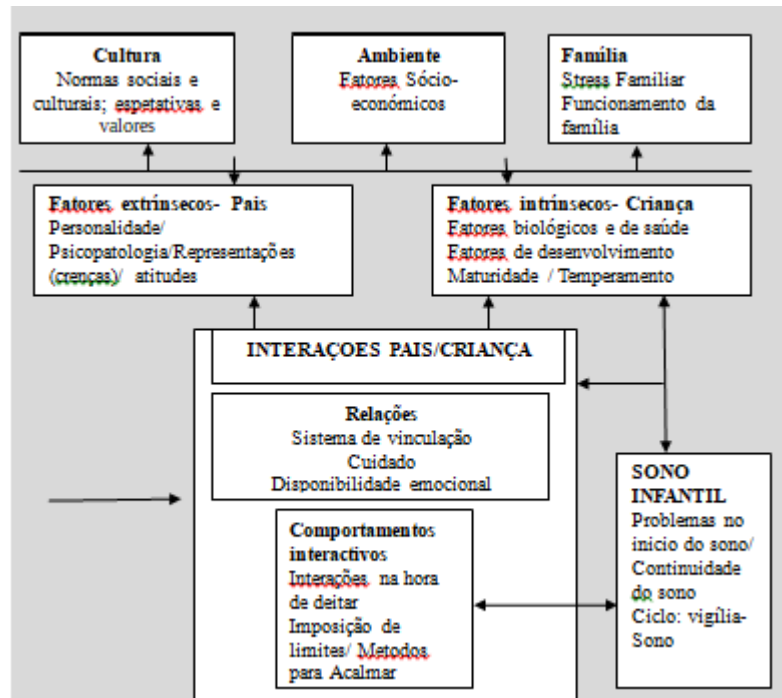


Figura 1: Modelo Transaccional (Sadeh et al., 2010)

Por exemplo as interações pais-filhos na hora de dormir têm-se mostrado consistentemente associadas a problemas de sono (Mindel et al, 2009) e pelo contrário melhores níveis de qualidade de sono mostraram-se associados a melhor qualidade de interação pais - filhos (Bordeleau, Bernier & Carrier, 2012) e maior disponibilidade emocional da mãe (Teti, Kim, Mayer, & Counterme, 2010).

Um conjunto alargado de investigações tem tido como objetivo o estudo da qualidade e dos determinantes de sono infantil. Em seguida serão referidos estudos centrados na qualidade e nos determinantes do sono na fase etária central para o presente estudo. Considerando os objectivos do presente estudo, enunciados na introdução deste trabalho, revisão de literatura efetuada teve como foco central a relação entre o sono da criança, as crenças os conhecimentos e as atitudes parentais.

Quanto à influência dos conhecimentos parentais em relação ao sono e a qualidade de sono na criança uma revisão sistemática recente (McDowall, Galland, Campbell & Elder, 2016) concluiu que os pais com maior conhecimento sobre o sono infantil defendiam hábitos e práticas de sono saudáveis nos filhos, incluindo uma hora de dormir precoce e regular, um tempo de vigília normal, adormecimento sem a presença de um adulto, excluindo a televisão da rotina de adormecimento.

Os pais que não reconheceram que ter uma televisão no quarto dificulta o adormecimento, tenderam a informar que seu filho tinha uma televisão no seu quarto, por outro lado os pais que não reconheceram que um horário regular para adormecer era benéficas para as crianças eram mais propensos a reportar horários de sono irregulares. Os pais que avaliaram corretamente as necessidades de sono de seus filhos eram mais propensos a reportar durações de sono que estavam de acordo com as recomendações. No entanto, o conhecimento dos pais foi inversamente associado com a duração do sono da criança sugerindo que um maior conhecimento dos pais não resulta numa maior duração do sono (McDowall, Galland, Campbell & Elder, 2016)

Para além dos conhecimentos sobre sono também crenças, como por exemplo dúvidas parentais sobre a sua competência para educar a criança e para estabelecer limites, assim como maior hostilidade em relação às solicitações da criança na fase de ir para a cama ou nos acordares noturnos têm sido associadas a mais problemas de sono

(Johnson & McMahon, 2008; Morrell & Cortina-Borja, 2002; Morrell, 1999; Sadeh et al., 2007)

Em relação às práticas parentais Sadeh et al, (2009) verificaram que a excessiva presença e envolvimento dos pais no adormecimento dificulta o desenvolvimento da capacidade de auto-regulação que atua como modelador do sono infantil (Simard et al., 2008). Esta hipótese foi compartilhada por outros autores, que consideram que a sensibilidade materna alta apesar de ser fator altamente positivo em qualquer outro aspecto da paternidade e no estabelecimento de um tipo seguro de relação entre mãe e filho (Planalp & Braungart-Rieker, 2013) pode ser um fator negativo no desenvolvimento de hábitos de sono da criança "saudável", associando-se a mais relatos de problemas de sono (Sadeh et al 2010) e à dificuldade da criança desenvolver competências para sossegar sozinha (Simard et al., 2008)

No entanto autores chamaram a atenção para a importância de uma leitura aprofundada destes resultados colocando a hipótese de que o excessivo envolvimento parental se possa dever a características temperamentais da criança e da sua maior exigência ou dependência da presença dos pais (Burnham, 2002; Hayes et al, 2010)

Apesar disso a evidência de que o excessivo envolvimento parental pode prejudicar a progressiva auto-regulação da criança no período de adormecimento tem sido considerado um foco importante nas intervenções para a diminuição dos problemas de sono nas crianças nos problemas de sono na primeira infância, (Mindell, 2006; Sadeh, 2005).

Relativamente às atitudes parentais na fase de deitar e de adormecimento da criança a regularidade das rotinas de adormecer é consistentemente referida como um fator preditivo de melhor sono (Mindell, Sadeh, Kohyama, & How,2010). O estabelecimento de uma rotina para a hora de dormir, curta e consistente, que se modifique ao longo do tempo de acordo com as necessidades de desenvolvimento da criança, é importante para o desenvolvimento de um sono saudável (Weiss, 2010), e mostra-se eficaz na redução do período de latência no início da noite (Hale et al, 2011; Mindell et al, 2009). Uma boa rotina ajudará a criança a relaxar e a fazer a transição para o sono, é importante que os pais/parceiros e cuidadores sigam a mesma rotina.

Quanto mais regular e previsível for a rotina, mais fácil será para a criança acalmar-se na hora de dormir, (Weiss, 2010).

Para além da consistência no deitar os estudos têm mostrado melhores resultados associados à utilização equilibrada de práticas de consolo (e.g. embalar, cantar, pegar ao colo) e de outras que apesar de sensíveis às características da criança promovem sua autonomia para adormecer., (Mindell et al., 2010; Morrell e Cortina-Borja, 2002).

Na realidade está bem estabelecido que uma má higiene do sono está associada com problemas de sono na infância, (Hayes et al, 2010) e intervenções com base na formação dos pais sobre estes fatores preditivos e como modificá-los para melhorar a consolidação do sono têm sido implementados com um elevado grau de sucesso (Mindell et al, 2006; Ramchandani et al, 2000; Sadeh, 2005).

Uma outra prática que tem sido amplamente estudada diz respeito à partilha parental da sua cama com as crianças. Esta prática pode resultar de fatores culturais, mas também, muito frequentemente nas sociedades ocidentais, ocorre como forma dos pais responderem a maior inquietação ou a exigências da criança com problemas e dificuldades de sono da criança. Na maioria dos estudos, o ato de dormir com os pais está associado a mais interrupções do sono noturno e a mais queixas relativas ao sono, embora essa associação pareça depender de fatores socioculturais, (Hayes et al, 2010).

Hoje compreende-se melhor que o sono adequado é a base do desenvolvimento biológico, social e emocional normal. Portanto, é muito importante que dissónias e parassónias severas sejam tratadas o mais cedo possível. Os estudos realizados sobre parassónias da infância mostraram que a maioria delas têm poucas repercussões graves, e aparentemente não têm impacto importante sobre a duração do sono, (Petit et al, 2006) sendo, no entanto desejável intervir quando se manifestam de forma mais séria ou perturbadora, ou quando envolvem risco de ferimentos, (Petit & Montplaisir, 2007)

Neste momento, as pesquisas sobre o sono das crianças ainda não se tornaram suficientemente significativas para elucidarem em que ponto os problemas de sono se poderão considerar distúrbios. A apresentação clínica atual dos problemas do sono na infância depende mais do efeito que causam sobre os pais e famílias, do que do seu

impacto direto sobre as crianças, (Turnbull et al, 2015), torna-se por isso imperioso distinguir as perturbações do sono num contexto de variação da normalidade, uma vez que a paisagem diversificada do desenvolvimento normal durante os primeiros cinco anos de vida anos de vida diferencia o que é normal e anormal, benigno ou com consequências potenciais, (Hoban al., 2004)

1.1.5. Consequências das perturbações do sono na criança pré-escolar

Estudos recentes mostram que o sono com duração insuficiente e/ou de má qualidade tem consequências prejudiciais em várias áreas do desenvolvimento emocional, social e cognitivo das crianças (Owens, 2011; Petit & Montplaisir, 2007; Thoman, 2005). Para além disso, os padrões de sono ou as perturbações de sono têm efeitos significativos sobre o bem-estar dos pais, (Sadeh, 2003; Owens, 2001)

Inúmeras evidências empíricas de diversas linhas de pesquisa indicam claramente que a sonolência diurna em crianças fruto de sono inadequado ou perturbado está significativamente associado às disfunções do humor, incluindo particularmente a exacerbação de mau humor e a diminuição de estados positivos de humor e de afeto (Gais et al, 2000).

A regulação do humor, ou a utilização de estratégias cognitivas para modular e orientar as emoções, também parece ser afetada pela qualidade e quantidade de sono; assim, dormir mal de forma crónica durante períodos críticos do desenvolvimento da regulação afetiva pode ter consequências de longo prazo sobre a saúde emocional, (Owens, 2011).

As respostas comportamentais das crianças à insónia, embora muito variáveis, podem ser descritas de forma geral como manifestações de desregulação da excitação, atenção prejudicada e insucesso na inibição de respostas comportamentais inadequadas (baixo controle de impulso). A privação de sono pode afetar os processos de aprendizagem e memória (Curcio, et al., 2006) aumentar as falhas de atenção (Belenky et al., 2003; Czeisler, 2015) e estudos experimentais realizados por Turnbull (2013), sobre processos cognitivos com crianças em idade pré-escolar confirmam que um sono limitado ou interrompido (por exemplo, 1h/dia, durante 3 dias) pode causar deficits mensuráveis no funcionamento cognitivo com desempenho pobre na escola.

Funções cognitivas superiores reguladas pelo córtex pré-frontal, tais como flexibilidade cognitiva e capacidade de raciocínio e de pensamento abstrato, parecem ser particularmente sensíveis aos efeitos do sono perturbado ou insuficiente, (Turnbull et al., 2013), bem como problemas comportamentais: ansiedade, hiperatividade e sintomas depressivo e ainda perturbações comportamentais no autismo, (Anders, 2010)

Foi demonstrado que crianças que dormem rotineiramente menos de nove horas correm maior risco de excesso de peso ou obesidade por ocasião do ingresso na escola do que crianças que rotineiramente dormem mais de dez horas por noite, (Petit & Montplaisir, 2007), os resultados do sono inadequado em termos de saúde incluem efeitos potencialmente negativos sobre os sistemas cardiovasculares, imunológico e vários sistemas metabólicos, entre os quais o metabolismo da glicose e a função endócrina (Owens, 2011).

Populações vulneráveis, como as de crianças com alto risco de problemas comportamentais e de desenvolvimento, devido à pobreza, a abuso de drogas e a doenças mentais dos pais, ou a violência doméstica, podem ter probabilidade ainda maior de uma “dupla ameaça” em consequência de problemas de sono, pois não estão apenas sob maior risco de desenvolver problemas de sono em consequências de condições como ambiente doméstico caótico, questões médicas crônicas e negligência, têm também menor probabilidade de ser diagnosticadas quanto aos problemas de sono por terem acesso limitado a serviços de saúde, (Owens, 2011).

Por fim, os problemas de sono em crianças são também uma fonte significativa de sofrimento para as famílias, (Owens, 2011; Thoman, 2005) e podem ser uma das principais razões de stress dos cuidadores em famílias cujos filhos têm doenças médicas crônicas ou atrasos graves de desenvolvimento. Além disso, o impacto dos problemas de sono na infância é intensificado pela sua relação direta com a qualidade e a quantidade de sono dos pais, especialmente quando o sono perturbado resulta em fadiga diurna e distúrbios de humor, e leva a uma redução no nível de cuidado parental efetivo, (Owens, 2011) contribuindo para dificuldades de apego, conflito familiar e fracasso do casamento, (France, et al., 2004) possivelmente, com abuso físico contra a criança, (Wiggs, 2004) e medicação excessiva com drogas prescritas e não prescritas, (France, et al., 2004), daqui se compreende que são enormes os custos do sono desordenado para a

sociedade, para o desenvolvimento saudável das crianças e para o bem-estar das famílias, (Anders, 2010).

Num estudo realizado com crianças em idade pré-escolar examinando os padrões de sono a partir de diários escritos pelos pais revelou que padrões de sono perturbado eram preditores de dificuldades de adaptação no pré-escolar (Sadeh, 2003). Quanto aos problemas primários de sono, as pesquisas indicam que a educação prévia dos pais pode funcionar como intervenção preventiva (Thoman, 2005) e como seria de esperar, melhorias no sono com intervenções terapêuticas com crianças pequenas associaram-se a melhorias no comportamento durante o dia, (Anders,2010).

1.1.6. Sono infantil e a vivência da criança no Pré – escolar

Como acabou de ser referido o sono na primeira infância está intrinsecamente associado ao bem-estar da criança e da família. As pesquisas mais recentes sugerem que o sono saudável desempenha um papel importante no funcionamento diurno das crianças: promovendo o seu desenvolvimento, aprendizagem, regulação comportamental e saúde, (Touchette et al., 2007).

Durante os anos Pré-escolares, ocorrem mudanças dramáticas no sono típico da criança. Estas mudanças estão associadas a enormes transformações no desenvolvimento físico, linguístico, cognitivo e social, que alteram profundamente tanto as atividades no estado de vigília quanto a regulação do sono, (France, 2004

O impacto do contexto Pré-escolar sobre o sono das crianças que o frequentam, e a implicação para as políticas e práticas do sono nestes contextos são fonte de estudo atualmente as instituições seguem diferentes orientações quanto à implementação de sestas (El-Sheikh et al., 2012) verificando-se que com o aumento das ofertas curriculares as oportunidades de sesta foram sendo desvalorizadas, (Kurdziel et all 2013).

A transição para o Jardim-de-Infância é um evento de vida que desafia a capacidade das crianças para manter uma boa saúde do sono, uma vez que obriga a alterações na rotina da criança que, por exemplo tem que se adaptar a horários fixos para acordar muitas vezes mais cedo o que era habitual (Zhang, Li, Fok, e Asa, 2010). Em períodos de adaptação, ou quando a criança sofre privação ou má qualidade de sono

devido a padrões interrompidos de sono ou a fatores ambientais os educadores lidam com a sonolência diurna e o cansaço das crianças, (Thorpe et al., 2014). Essas dificuldades de sono podem afetar negativamente o comportamento diurno das crianças, particularmente em crianças com problemas de hiperatividade e atenção, (Lam, 2003) que podem ser menos capazes de inibir as suas respostas emocionais tornando-as mais propensas a explosões de impulsividade ou violência, (Sadeh, 2003).

A frequência da sonolência diurna nas crianças pré-escolares, a idade da criança e as suas necessidades de sono em períodos diurnos, são dois fatores motivadores da discussão, amplamente tratada na literatura, sobre as práticas de sono (i.e. sestas) durante o período do dia que a criança passa no contexto Pré-escolar. A questão coloca-se sobretudo quanto à necessidade da sesta e ao seu benefício o desenvolvimento e para saúde, e bem-estar imediatos e duradouros das crianças, (Staton et al., 2015).

Em relação à necessidade das crianças manterem um período de sono diurno entre os 2/3 anos e os 5 anos os estudos, apesar de mostrarem resultados pouco consistentes, concordam que a prática de sestas deve seguir a maturação fisiológica da criança adaptando-se às suas alterações. No entanto apesar da maioria das crianças entre os 2 e os 5 anos abandonar as sestas, as orientações internacionais consideram-na como uma rotina comum, diária e obrigatória nos programas de Educação de infância (Staton et al., 2015).

Por outro lado, segundo Pattinson, Staton, Smith, Sinclair, & Thorpe, (2014) alguns estabelecimentos pré-escolares não disponibilizando tempo para a sesta utilizam esses períodos com atividades muito restritas e silenciosas, esses momentos de inatividade prolongada podem não ser repousantes, mas fonte de stress para a criança,

Existindo um grande número de crianças que frequentam o Jardim-de-Infância há um imperativo para investigar os efeitos da sesta e como ela afeta o desenvolvimento, e especificamente determinar a sua contribuição para contexto de Pré – escolar, (Staton, et al., 2015).

Por exemplo Lam et al, (2011) avaliaram a relação entre as funções cognitivas de crianças dos 3 aos 5 anos de idade que realizavam sono diurno, e concluíram que as crianças que dormiam a sesta tiveram piores resultados na avaliação de desempenho,

encontrando associações negativas entre o sono durante o dia e a qualidade e duração do sono noturno que têm levantado preocupações sobre os custos do sono de dia.

Num estudo realizado por Cairns (2014), a transição para o jardim-de-infância estava associada com mudanças tanto na distribuição como na quantidade e qualidade de sono, verificou-se ainda que durante a semana houve alterações comportamentais e na eficiência do sono noturno das crianças, (principalmente devido à sesta) e um atraso na hora de deitar à noite. Estas alterações do sono duraram até ao primeiro mês de jardim-de-infância, porém restringir as oportunidades de sesta neste contexto pode resultar na diminuição de tempo de sono para as crianças acostumadas ao sono diurno (Trejos, 2004).

Em contraste, estudos realizados por Kurdziel e colegas (2013) mostraram benefícios do sono durante o dia para a consolidação da memória de crianças com idade entre os 36 e os 67 meses. Nesse estudo crianças que dormiam a sesta tinham uma memória de localização espacial 10% melhor do que as crianças que não tinham dormido. No mesmo sentido Williams & Horst (2014) num estudo com crianças com 3 anos verificaram que as crianças que faziam sestras mostravam ter níveis mais elevados de memória de palavras do que o grupo de crianças que não dormiam durante o dia.

O sono diurno pode ser também considerado compensatório quando existem padrões do sono interrompidos durante a noite em consequência da criança, da família ou dos fatores ambientais, Fukuda & Asaoka, (2004).

Por outro lado, em muitos casos em que algumas crianças já não fazem a sesta esses períodos são ocupados com atividades muito restritas e silenciosas, esses momentos de inatividade prolongada podem não ser repousantes, mas fontes de stress para a criança, (Pattinson, Staton, Smith, Sinclair, & Thorpe, 2014).

Estudos qualitativos indicam que o agendamento da rotina da sesta em Pré-escolar é fornecido, pelo menos em parte, para satisfazer as necessidades de pessoal e de funcionamento das instituições, não atendendo às necessidades individuais das crianças, como aspetos fisiológicos e o seu desenvolvimento. Por exemplo, o período de sono diurno das crianças é utilizado para o pessoal ter intervalos de almoço e limpeza, e as

consequências para as crianças e os funcionários pode não ser benéfica, (Inglis, et al., 2013).

Quanto às percepções de pais e de educadores sobre as sestas no Pré- escolar os estudos são ainda muito reduzidos. A este respeito Sinclair et al., (2016) num estudo qualitativo com a participação de 750 pais a maioria (78,7%) preferiu que seus filhos não dormissem regularmente enquanto frequentavam Jardim de Infância. A explicação predominante sugerida pelos pais era que as sestas regulares não eram apropriadas e prejudicavam a saúde e o desenvolvimento de seus filhos. Os pais de crianças mais novas eram mais favoráveis ao apoio das sestas regulares.

A inconstância dos resultados sobre o real papel da sesta no desenvolvimento cognitivo das crianças, e a falta de estudos sobre o que pensam pais e educadores apela a mais pesquisa sobre o tema (Inglis, et al., 2013). É, no entanto, evidente que a opção das sestas em contexto de Jardim-de-infância deve assentar na compreensão sobre as diferenças individuais das necessidades de sono das crianças e das suas famílias, (Zhang, Li, Fok, e Asa, 2010), sendo essencial reconhecer as percepções dos pais perante este assunto.

A educação Pré-escolar poderá contribuir para proteger e apoiar o desenvolvimento positivo e saúde do sono, através do reforço da comunicação e cooperação entre pais e educadores (Sinclair, 2015), no estabelecimento de hábitos de sono diurno em jardim-de-infância que estejam ajustados à cultura e circunstâncias familiares da criança (France, 2004) havendo um imperativo para as práticas do sono e que permitam uma resposta individual, (Sataton et al., 2015)

Em termos de saúde, há uma preocupação crescente com o facto de as crianças do nosso tempo estarem a dormir menos do que necessitam, e de que muitas delas sejam crónica mente privadas de sono. A educação precoce sobre a importância dessa questão pode encorajar as crianças e as famílias a não sacrificar o sono em favor de outros atrativos, (Weiss, 2010).

2. OBJETIVOS E METODOLOGIA

2.1. Objetivos gerais e específicos

Com o presente estudo pretende-se identificar e comparar as crenças de pais, mães e educadores de infância de diferentes estruturas educativas IPSS, Particular e Publica em relação ao sono, qualidade do sono e estratégias facilitadoras de sono em crianças dos dois aos seis anos de idade.

Tendo por base este objetivo foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as crenças em relação a: funções do sono; necessidades de sono das crianças; prevalência de perturbações de sono e consequências das perturbações de sono.
- Identificar estratégias de facilitação do sono da criança.
- Identificar o papel dos pais e do Jardim de Infância na regulação do sono das crianças.
- Identificar as perceções e crenças dos pais, mães e Educadores de Infância sobre o período de Sesta em contexto Pré- escolar.

2.2. Metodologia

Em termos metodológicos recorreu-se a Grupos Focais. Trata-se de uma técnica de pesquisa qualitativa, derivada das entrevistas em grupo, que recolhe informações através da reflexão do grupo Morgan (1997). O Grupo Focal é, pois, uma metodologia de investigação que tem como objetivo reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir das verbalizações de um grupo de participantes. Procura-se recolher informações que possam proporcionar a compreensão de perceções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços Kitzinger (2000). A sua liberdade teórica, e análise temática fornece uma ferramenta de pesquisa flexível e útil, que pode potencialmente fornecer uma

recolha de dados complexa, rica e detalhada, com a vantagem de permitir uma análise temática e flexível (Braun, V., & Clarke V. 2013).

2.3. Procedimento de Investigação

Para a realização deste estudo foram enviados protocolos com a apresentação e os objetivos do estudo para instituições com Jardim-de-infância pertencentes a diferentes redes de ensino. Foram definidos como critérios para a seleção das instituições: integrarem grupos de crianças com idades entre os dois aos seis anos de idade; os pais/mães com filhos entre os dois e os seis anos de idade com frequência em estrutura educativa; os educadores de infância em exercício profissional com crianças com idades entre os dois e os seis anos de idade.

A resposta foi positiva e nesta investigação participaram duas IPSS, três Jardins-de-infância particulares e quatro agrupamentos de escolas públicas todos pertencentes ao distrito de Lisboa.

Depois de obtida autorização das instituições, foram endereçados pessoalmente convites aos pais, às mães e aos educadores de infância para participar no estudo. No momento do convite foi explicado o estudo e explicitado o que era pedido relativamente à sua participação. Os pais e educadores que aceitaram o convite assinaram um documento de consentimento (Anexo I e II). Os grupos foram constituídos aleatoriamente de acordo com os critérios pré-definidos. Pais e mães fizeram grupos separadamente de forma a facilitar a comparação entre estes dois grupos. Os grupos focais de pais e mães realizaram-se em salas separadas, mas no mesmo dia e hora, ou de forma consecutiva, de modo a não ocorrer troca de informação entre os intervenientes. Relativamente aos educadores de infância, os grupos focais decorreram em seis locais diferentes correspondendo um por instituição. Os moderadores dos grupos foram inicialmente 2 (orientadora e coorientadora desta investigação) numa a mesma sessão, tendo passado a 1 quando foi certificado que existia concordância entre a forma como os dois investigadores moderavam a sessão.

Com a autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas em áudio e vídeo para posterior análise qualitativa dos dados

2.4. Instrumentos de Recolha de Dados

Para recolher dados sociodemográficos recorreu-se a um questionário sócio demográfico de auto-resposta para pai mãe (Anexo III) e educadores de infância (Anexo IV). No que diz respeito aos pais e mães recolheu-se informação sobre a idade, estado civil, escolaridade, se habita com a criança, o número de filhos do agregado familiar, e se a criança tem quarto e cama individual. Com este questionário foi ainda recolhida informação sobre: (1) condições físicas relacionadas com o sono da criança (se partilha quarto ou cama com irmãos ou outros familiares); (2) as perceções parentais em relação ao sono e aos problemas de sono das crianças

Relativamente aos educadores de infância o questionário sociodemográfico recolheu informação sobre a idade, habilitações, tempo de experiência profissional e idade (s) das crianças com quem se encontravam a trabalhar enquanto decorria o estudo.

Para as sessões dos Grupos Focais foram utilizados dois guiões previamente estruturados com temas (Anexo V e VI) que serviram como fio condutor para a exploração das crenças e perceções dos pais e mães e que incluíram as seguintes dimensões:

- 1) Necessidades de sono;
- 2) Prevalência de perturbações de sono;
- 3) Consequências das perturbações de sono;
- 4) Hábitos e rotinas de sono;
- 5) Estratégias de facilitação de sono da criança;
- 6) Estratégias adotadas pelos pais no caso de existirem despertares noturnos;
- 7) Perceções e crenças dos pais sobre o papel do jardim de infância na regulação do sono da criança;
- 8) Perceções e crenças dos pais sobre o período da sesta.

Relativamente aos educadores de infância o guião continha as seguintes dimensões:

- 1) Necessidades de sono e prevalência de perturbações de sono;
- 2) Consequências de perturbações de sono;
- 3) Perceções e crenças dos educadores de infância sobre o período da sesta;
- 4) Estratégias de facilitação de sono da criança;
- 5) Papel do Jardim-de-infância na regulação do sono da criança.**

2.5. Procedimentos e análise de dados

Procedeu-se a uma análise indutiva de conteúdo (Smith & Eatough, 2006) tendo sido consideradas quatro fases:

A fase inicial consistiu na leitura integral da entrevista previamente transcritas e na organização dos dados de cada sujeito da amostra. Na fase seguinte foram consideradas as dimensões do guião, e identificadas, no discurso dos sujeitos, todas as unidades de informação correspondentes a cada uma das dimensões. A terceira fase compreendeu a análise das unidades de informação e a identificação das categorias e subcategorias associados a cada dimensão. Este processo exigiu a leitura cuidada e repetida de todas as verbalizações e a análise ainda mais minuciosa do seu conteúdo. Foram posteriormente construídas tabelas de análise que permitiram organizar as verbalizações de acordo com as questões identificadas na entrevista.

O processo terminou com a nova leitura da transcrição das entrevistas e certificação de que o discurso do sujeito não continha qualquer outra unidade de informação relevante para o estudo.

Para a consistência da análise foi considerada a concordância entre os resultados apresentados por dois investigadores. Assim, todos os passos da análise foram cumpridos por dois investigadores e todos os resultados (*i.e.*, identificação de unidade de informação, integração das unidades de informação nas dimensões e identificação de temas) discutidos até alcançado um consenso.

3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

3.1. Caracterização da Amostra

A amostra, deste estudo é constituída por cinco grupos de pais (25 sujeitos), cinco grupos de mães (25 sujeitos) e seis grupos de educadores (29 sujeitos) com crianças entre os dois e os seis anos de idade, com frequência em diferentes estruturas educativas; IPSS Particular e Publica, do distrito de Lisboa, onde as práticas diárias são diversas quanto ao recurso ao período de sesta.

Tabela 1: Características de Pais / Mães

Total: 25 mães/ 25 pais			
Características		Mãe	Pai
		N (%)	N (%)
Idade	20-30	2 (8%)	1 (4%)
	30-40	16 (64%)	22 (88%)
	>40	7 (28%)	2 (8%)
Escolaridade	< 9º Ano	0	1 (4%)
	9ºano	1 (4%)	2 (8%)
	12º Ano	8 (32%)	7 (28%)
	Curso Técnico	0	3 (12%)
	Curso Superior	16 (64%)	12 (48%)
Número de filhos	1	10 (40%)	7 (28%)
	2	15 (60%)	14 (56%)
	3	0	3 (12%)
	4	0	1 (4%)
Estado Civil	Solteiro	3 (12%)	1 (4%)
	Divorciado	0	1 (4%)
	Casado	18 (72%)	20 (80%)
	União de facto	4 (16%)	3 (12%)
	Viúvo	-	-

A maioria das 25 mães entrevistadas tinha entre 30/40 anos (64%), com curso superior (64%), a maioria com dois filhos (60%) a generalidade casada (72%).

Os 25 pais entrevistados tinham entre 30/40 anos (88%), com curso superior (48%), a maioria com dois filhos (48%) a maioria casado (80%).

Tabela 2: Características dos Educadores de Infância

Total de 29 Educadores de Infância	
Idade	
20 - 30	2 (6.8%)
30 - 40	11 (37.9%)
40 - 50	14 (48.2%)
> 50	2 (6.8%)
Escolaridade	
Bacharelato	1(3.4%)
Licenciatura	25 (86.2%)
Mestrado	3 (10.3%)
Doutoramento	0
Tempo de Serviço	
< 5	2 (6.8%)
5 - 10	2 (6.8%)
10 - 15	10 (34.48%)
15 - 20	8 (27.59%)
> 20	7 (24.1%)
Idade do Grupo de Crianças	
3	8 (27.59%)
4	4 (13.7%)
5	2 (6.8%)
Heterogéneo	15 (51.7%)

No que diz respeito aos educadores de infância participaram 29 sujeitos, a maioria entre os 40 e os 50 anos (48,2%), a larga maioria (86,2%) possui licenciatura e experiência profissional (10/15=34.48%;> 20= 27.59%), com grupo heterogéneo (51.7%), com crianças de 3 anos (27.59%), com 4 anos (13.7%), com 5 anos (6.8%).

Através do questionário demográfico recolheram-se também informação sobre: (1) Condições físicas relacionadas com o sono (se a criança tem quarto próprio ou se o mesmo é partilhado); (2) Partilha de cama com os pais; (3) Perceção parental em relação à ocorrência de problemas de sono; (4) Perceção parental em relação aos problemas de sono. Os resultados são apresentados nas Tabela 3; 4; 5; e 6.

Tabela 3: Condições físicas relacionadas sobre o sono

	Mãe	Pai
Quarto próprio (sozinha)	11 (44%)	15 (60%)
Quarto que partilha com um irmão	13 (52%)	8 (32%)
Quarto que partilha com outro familiar	1 (4%)	2 (8%)

Relativamente à frequência da partilha de cama com os filhos, a maioria das mães (48%) e dos pais (40%) indicaram que ocorre apenas esporadicamente. No entanto 28% dos pais em contraste com 16% das mães considera que acontece na maior parte dos dias

Tabela 4: Partilha de cama com os pais

	Mãe	Pai
Na maior parte dos dias	4 (16%)	7 (28%)
Em média duas vezes por semana	0	2 (8%)
Em média uma vez por semana	1 (4%)	0
Esporadicamente	12 (48%)	10 (40%)
Nunca	8 (32%)	6 (24%)

Relativamente à frequência da partilha de cama com os filhos, a maioria das mães (48%) e dos pais (40%) indicaram que ocorre apenas esporadicamente.

Tabela 5: Perceção parental em relação à ocorrência de problemas de sono

	Mãe	Pai
Raramente	17 (68%)	13 (52%)
2 Vezes por mês	4 (16%)	7 (28%)
3/ 4Vezes por mês	2 (8%)	1 (4%)
Todas as Semanas	1 (4%)	0
Mais do que uma vez por semana	1 (4%)	4 (16%)

No que diz respeito à ocorrência de problemas de sono a maioria das mães (68%) e dos pais (52%) responderam raramente

Tabela 6: Percepção parental em relação aos problemas de sono

	Mãe	Pai
Resiste em ir para a	9 (27%)	15 (33%)
Dificuldades em adormecer	2 (6%)	6 (13.3%)
Acorda durante a noite	9 (27%)	12 (26%)
Tem pesadelos	6 (18.1%)	6 (13.3%)
Tem dificuldades em acordar	7 (21.2%)	6 (13.3%)
Total	35	45

Relativamente à percepção parental sobre problemas de sono, é possível verificar pelo número total de respostas obtidas que os pais assinalaram que os mesmos podem coexistir na mesma criança. Relativamente às mães obtivemos um total de 33 respostas para um universo de 25 de mães, e nos pais obtivemos um total de 45 respostas para um universo de 25 pais.

A resistência em ir para cama e os despertares noturnos foram os problemas mais identificado pelas mães (27%). Os Pais apontaram igualmente de forma muito expressiva a resistência em ir para a cama (33%) e os despertares noturnos (26%).

Pais e mães mostram diferenças com as mães a referirem com maior frequência a dificuldade em acordar (21.2% *versus* 13,3%); ter pesadelos (18,1% *versus* 13,3%).

Em seguida serão apresentados os resultados dos grupos focais. A apresentação é orientada pela sequência dos objetivos específicos do estudo.

3.2. Resultados referentes ao objetivo (1)

Crenças paternas, maternas e dos educadores de infância em relação a: funções do sono; necessidades de sono das crianças e prevalência de perturbações de sono; consequências das perturbações de sono.

3.2.1 Crenças relativas à dimensão “Funções do Sono”.

Como se pode observar pela Tabela 7, da análise das verbalizações dos pais emergem três categorias: regulação física e psicológica, restauração física, desenvolvimento físico e cognitivo, tendo os pais identificado seis subcategorias relacionadas com as funções do sono que se apresentam seguidamente de acordo com a relevância do número de respostas referidas: descansar (n=8), restaurar energia (n=6), acalmar (n=4), crescimento e aprendizagem (n=3) e regulador de humor (n=2).

Tabela 7 “Crenças paternas em relação às funções de sono para a criança

Crenças Paternas: Funções do sono				
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplo	Freq./r*
Funções do sono	Regulação física e psicológica	- Acalmar	“...Acalmar por agitação...a ansiedade”	4
		- Regulador de humor	“Pode desempenhar um papel na atitude deles”	2
	Restauração física	- Restaurar energia	“Recarregar baterias. Para ele e para os pais.”	6
		- Descansar	“Para descansar porque eles passam o dia todos na brincadeira, claro que têm que descansar”	8
	Desenvolvimento físico e cognitivo	- Crescimento	“As crianças crescem durante o sono.”	3
		- Aprendizagem	“Consolidação daquilo que aprenderam durante o dia.”	3

*Frequência das respostas

Como consta na Tabela 8, da análise das verbalizações das mães emergem três categorias: regulação física e psicológica, restauração física e desenvolvimento físico e cognitivo. Foram referidas seis subcategorias relacionadas com as funções do sono, que se apresentam seguidamente de acordo com a relevância do número de respostas referidas: crescimento (n=9), descansar (n=8), regulador do humor (n=7), restaurar energia (n=6), bem-estar (n=5) e aprendizagem (n=2).

Tabela 8 “Crenças maternas em relação às funções de sono para a criança”

Crenças Maternas: Funções do sono				
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplo	Freq./r
Funções do sono	Regulação física e psicológica	- Regulador do humor	“ <i>O sono funciona como regulador do humor...</i> ”	7
	Restauração física	- Restaurar energia	“ <i>Restabelecer energias...</i> ”	6
		- Descansar	“ <i>O sono como um descanso...</i> ”	8
		- Bem-estar	“ <i>Um bem-estar para o dia a seguir...</i> ”	5
	Desenvolvimento físico e cognitivo	- Crescimento	“ <i>Promove o crescimento...</i> ”	9
		- Aprendizagem	“ <i>Aprendizagem...</i> ”	2

Relativamente ao tempo considerado adequado de sono para as crianças dormirem, a maioria dos educadores de infância, Tabela 9, considerou as 12 horas (n=9) como tempo mais apropriado, tendo dado especial destaque às características individuais das crianças (n=11), tendo sido referido entre outros que: “*não se pode igualar todas as crianças são todas diferentes... não têm que dormir aquelas horas todos eles. Há uns que têm mais necessidade do que outros.*”

No que diz respeito ao número de horas que as crianças dormem, os educadores de infância acreditam que as crianças dormem efetivamente menos de oito horas (n=10), ou menos de nove horas (n=8).

Tabela 9: “Crenças dos **Educadores de Infância** em relação às funções de sono para a criança

Crenças dos Educadores de Infância: Funções do sono				
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplo	Freq./r
Funções do sono	Regulação física e psicológica	- Aclamar	“ <i>...Para acalmarem um pouco porque eles vivem o dia inteiro numa agitação</i> ”	6
		- Regulador do humor	“ <i>Principalmente nos 3 anos, nota-se de forma muito evidente a regulação do humor</i> ”	8
	Restauração física	- Restaurar energia	“ <i>Restabelecer energias</i> ”	5

		- Descansar	“...De descansar para retomar o se dia a dia.”	6
Desenvolvimento físico e cognitivo		- Crescimento	“ Responsável pelo crescimento...”	2
		- Desenvolvimento	“...e no seu desenvolvimento.”	2
		- Funções cerebrais	“...e normal funcionamento das funções cerebrais”	3
		- Promotor da saúde	“...A saúde das crianças nestas idades passa pelo sono”	3
		- Efeitos sobre a cognição	“...A saúde das crianças nestas idades passa pelo sono”	1
Interações sociais		- Funções sociais	“...E tem muito impacto no dia-a-dia da criança”	3
			“...Uma relação com a cadeia natural e organizacional do individuo mas também social “	

3.2.2 Crenças relativas à dimensão “Necessidades de sono”

Na Tabela (10), são apresentados os resultados sobre as crenças paternas em relação às necessidades de sono da criança.

Tabela 10 “Crenças Paternas em relação às necessidades de sono da criança”

Crenças paternas: necessidades de sono da criança				
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplo	Freq./r
Tempo de sono (adequados)		- 8 horas	“...Oito”	1
		- 9 horas	“...Nove”	3
		- 12 horas	“ O ideal seriam 12 horas.”“ Doze horas”	7
		- Variável	“...A necessidade de dormir nas crianças não tem a ver com a idade mas com a criança em si...”	4
Tempo de sono (que a criança dorme)		- Menos de oito	“ O meu às quatro da manhã muitas vezes ainda não está a dormir, e levanta-se às oito...”	2
		- 8 horas	“... Cerca de oito horas”	9
		- 9 horas	“Normalmente faz aí oito e nove horas”	6
		- 10 horas	“... Sempre tentámos que eles dormissem dez horas”	13

		- mais de 10 horas	“...A minha filha dorme + de 10 horas”	1
		- Hora de deitar	“...ele fica acordado até às 3.00 se for preciso....”	1
			“...20.00/21.00 horas está na cama”	3
			“Eles deitam-se entre as 21.30/22.00”	14
			“... Acaba por adormecer perto das 23.00”	2
		- Hora de acordar	“... Costuma acordar às 6.30...”	1
			“...Durante a semana obrigatoriamente tem que ser feito o mais tardar até às 8.30”	2
Horário de sono da criança: Fim de Semana		- Hora de deitar	“...à noite, ao fim de semana também se deita mais tarde”	11
			“Durante o fim-de-semana a gente tem tendência a deixá-la mais um bocadinho...”	1
		- Hora de acordar	“...de manhã dorme o mais que poder e às vezes pode dormir até ao meio dia, onze...”	8
	“...ao fim de semana costuma acordar cedo”		2	
Tempo de sono ao fim de semana		- Igual ao da semana	“...tem mais ou menos o mesmo horário, ao fim de semana e durante a semana”	7
			“...tem mais ou menos o mesmo horário, ao fim de semana e durante a semana”	
		- Superior	“... às vezes mais ao fim de semana”	17
		- Inferior	“Aos fins-de-semana talvez menos uma hora.”	5

Relativamente ao tempo considerado adequado de sono para as crianças dormirem, a maioria das respostas dos pais indica as 12 horas (n=7) como tempo mais apropriado. Os pais evidenciaram também que a quantidade de sono pode ser variável (n=4) realçando que “... a necessidade de dormir nas crianças não tem a ver com a idade mas com a criança em si...”, foram também indicadas as 9 horas (n=3), e as 8 (n=1) como sendo as horas ideais de sono para as idades em estudo.

No que diz respeito ao número de horas que as crianças dormem efetivamente o maior número de respostas incidu sobre as 10 horas (n=13), oito horas (n=9), nove horas (n=6) e mais de 10 horas (n=1).

Em relação ao horário de deitar a larga maioria das respostas incidu sobre as 21.00h/21.30h (n=14), os pais identificaram as 20.00h (n=3), as 23.00 (n=2) e registámos uma resposta que revela não existir um horário definido (n=1) “...*ele fica acordado até às 3.00 se for preciso....*”.

No que concerne aos horários de fim-de-semana, a maioria das respostas indica que o deitar é mais tardio (n=17) bem como o horário de acordar (n=8), tendo sido registados os seguintes resultados para o horário total de fim-de-semana: Superior (n=17), igual ao da semana (n=7) e inferior (n=5).

Na Tabela 11 são apresentados os resultados relativos às crenças maternas sobre as necessidades de sono da criança.

Tabela 11 “Crenças Maternas em relação às necessidades de sono da criança”

Crenças maternas: necessidades de sono da criança				
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplo	Freq./r
Tempo de sono (adequados)		- 8 horas	“... <i>são as oito horas</i> ”	3
		- 9 horas	“... <i>nove</i> ”	3
		- 9 horas e 30 minutos	“ <i>Entre 9 e 9.30</i> “	3
		- 10 horas	“ <i>O ideal de dormir nesta idade seriam 10/11</i> “	11
		- 11 horas	“ <i>11 horas...</i> ”	1
		- 12 horas	“ <i>Eu penso que o ideal seriam doze horas...</i> ”	8
		- Variável (de acordo com as características individuais das crianças)	“... <i>mas também varia conforme as crianças, eu acho porque não se pode dizer que há um número certo de horas...</i> ” “... <i>não há regras para todos os filhos... Não, não há...e cada um é cada qual, cada criança é uma criança..... Cada criança é como cada qual não há uma fórmula, uma receita para os</i> ”	3

			<i>pais... ”</i>	
Tempo de sono (que a criança dorme)		- 8 horas	<i>“ Já fez menos horas de sono e também já fez mais mas o normal é oito ”</i>	3
		- 9 horas	<i>“Nove...”</i>	2
		- 10 horas	<i>“Faço questão que ele durma as dez horas”</i>	6
		- 12 horas	<i>“Doze horas...Há dias em que se deita às 20.30 e acorda às 8.30”</i>	8
		- Não é o suficiente	<i>“Não é o suficiente!...”</i> <i>“No tempo escolar, estamos a falar de segunda a sexta, é sempre acordada, dormia mais.”</i> <i>“... A minha não dorme as doze horas devido à rotina familiar.”</i> <i>“ Não dá... para eles dormirem essas horas nós tínhamos que trabalhar menos...”</i>	8
Horário de sono da criança Semana		- Hora de deitar	<i>“O ritual dele é deitar-se por volta das 22.30 “</i> <i>“ O meu dorme desde as 21.40 “</i>	2 4
		- Hora de acordar	<i>“...e depois acordar por volta das 8.00. “</i>	2
		- Hora de deitar	<i>“Deita-se mais tarde”</i> <i>“...deixo ao critério dele no máximo até às 22.30”</i>	14
Horário de sono da criança Fim-de-semana		- Hora de acordar	<i>“...levanta-se mais tarde...”</i> <i>“...poderão dormir até lhe apetecer se for até até às 11 da manhã não há problema “</i>	13
Tempo de sono ao fim de semana		- Igual ao da semana	<i>“Não varia muito do fim-de-semana para os dias de semana “</i>	5
		- Superior	<i>“...podem ficar e aí dormem muito mais.”</i>	3
		- Diferente	<i>“...ao fim de semana há mais ou menos hora de deitar mas não</i>	2

		<i>há hora de levantar e à tarde dorme se dormir...</i>	
--	--	---	--

Relativamente ao tempo considerado adequado de sono para as crianças dormirem, a maioria das respostas das mães indica as 12 horas (n=8) como tempo mais apropriado. As mães sinalizaram de forma muito significativa as 10 horas como tempo adequado de sono (n=6) tendo também indicado as 8 horas (n=3) e as 9 horas (n=2). Neste ponto realçamos o facto de um número expressivo de mães (n=8) ter mencionado que os seus filhos não estão a dormir o suficiente que citamos: “*Não é o suficiente!... Não dá... para eles dormirem essas horas nós tínhamos que trabalhar menos...*”.

Em relação ao horário de deitar as respostas obtidas (n=6) apontam como hora de dormir entre as 21h.40 e as 22h30. No que concerne aos horários de fim-de-semana, a maioria das respostas das mães sugere que o deitar é mais tardio (n=14) bem como o horário de acordar (n=13), tendo sido registados os seguintes resultados para o horário total de fim-de-semana: igual ao da semana (n=5), superior (n=3).

Através da análise à tabela seguinte (12) podemos verificar as crenças dos educadores de infância em relação às necessidades de sono da criança”.

Tabela 12 “Crenças dos Educadores de Infância em relação às necessidades de sono da criança”

Crenças dos Educadores de Infância: necessidades de sono da criança				
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplo	Freq./r
Tempo de sono (adequados)		- 9 horas	“...No mínimo 9 horas...”	1
		- 10 horas	“9/10 Horas”	1
		- 12 horas	“Dez, doze horas seria o ideal”	9
		- Depende das características de cada criança	“Penso também que cada um tem mais necessidade ou menos necessidade dependendo...Acho que não se pode igualar todas as crianças são todas diferentes... não têm que dormir aquelas horas todos eles. Há uns que têm mais necessidade do que outros.”	11
Tempo de sono (que a		- Menos de oito	“... Alguns meninos dormem talvez umas 6/7.”	10
		- 8 horas	“Devem dormir sete a oito horas no máximo”	4

criança dorme)	9 horas	“ A maioria, acredito que não dorme 9 de horas. “	8
-------------------	---------	--	---

Relativamente ao tempo considerado adequado de sono para as crianças dormirem, a maioria das verbalizações dos educadores de infância indicam as 12 horas (n= 9) como tempo mais apropriado, dando especial destaque às características individuais das crianças (n=11), tendo sido referido entre outros que: *“não se pode igualar todas as crianças são todas diferentes... não têm que dormir aquelas horas todos eles. Há uns que têm mais necessidade do que outros.”*

No que diz respeito ao número de horas que as crianças dormem, os educadores acreditam que as crianças dormem efetivamente menos de oito horas (n=10), ou menos de nove horas (n=8).

3.2.3 Crenças relativas à dimensão:” Prevalência das perturbações de sono”

Como se pode observar na Tabela 13, da análise das verbalizações paternas emergiram três categorias relativas às perturbações do sono: Perturbação de estabelecimento de tempo limite de sono e Perturbação de sono associada ao início do adormecimento; Insónia Comportamental; Parassónias.

Tabela 13 "Crenças Paternas sobre a: Prevalência de perturbações de sono”

Crenças Paternas: Prevalência de perturbações de sono”			
Dimensão	Categoria	Exemplo	Freq./r
Prevalência de perturbações de sono	Perturbação de Estabelecimento de Tempo Limite de Sono e Perturbação de Sono Associada ao Início do Adormecimento: Resistência a deitar	“...Outras vezes a minha mulher chega à cozinha e diz: tens que ir lá... meia hora quarenta minutos...” “Há sempre barreiras para ela dormir”	22
	Necessidade de presença dos pais para adormecer	“Durante o primeiro ano eu notava muito que dormir era aquela hora, em que o desespero de não estar com os pais e era complicado”	13

Higiene inadequada do sono	<i>“Porque há muitas distrações e tentam com os pais fugir às rotinas, ou aproveitar-se da boa vontade dos pais...”</i>	11
Pesadelos	<i>“ Costuma ter Pesadelos”</i>	2
Sonambulismo	<i>“...mas eu tenho esse historial também sonambulismo. Eu era muito tímido e inseguro...”</i>	1
Enurese noturna	<i>“Às vezes ainda faz chichi na cama.”</i>	1
Sonilóquio, (condição de falar durante o sono)	<i>“... Ainda no sábado devia estar a sonhar e disse: “ está quieta”</i>	8
Bruxismo (ranger os dentes)	<i>“A minha filha apercebi-me que ela range os dentes,”</i>	1

No que diz respeito à Perturbação de estabelecimento de tempo limite de sono, os pais referiram a resistência ao deitar com muito frequente (n=22); Relativamente à insónia comportamental os pais deram especial destaque à necessidade de presença dos pais para adormecer (n=13) e a uma higiene inadequada do sono (n=11). Na higiene de sono forma incluídas as dificuldades de manterem as rotinas e o recurso de meios audiovisuais antes de adormecer; Na categoria Parassónias os pais identificaram o sinoquilo (n=8) como o mais frequente, tendo ainda sido referidos a enurese noturna (n=1) e os pesadelos (n=2) e também o sonambulismo (n=1) e o bruxismo (n=1).

Quanto às Mães, como se observa na tabela seguinte (14) é possível verificar que as mães identificaram três categorias relativas às perturbações do sono; Perturbação de estabelecimento de tempo limite de sono e Perturbação de sono associada ao início do adormecimento; Insónia Comportamental; e Parassónias.

Tabela 14 “Crenças Maternas sobre a: Prevalência de perturbações de sono”

“Crenças Maternas: Prevalência de perturbações de sono”			
Dimensão	Categoria	Exemplo	Freq./r
Perturbação de Estabelecimento de Tempo Limite de Sono e Perturbação de Sono	Resistência a deitar	<i>“ A minha costuma resistir se estiver a brincar e estiver muito envolvida naquilo.”</i>	11

Associada ao Início do Adormecimento			
Insônia comportamental	Necessidade de presença dos pais para adormecer	<i>“ Se estiver na minha cama não acontece</i>	2
	Higiene inadequada do sono	<i>“...um tablet para ver um vídeo, ela adormece na nossa cama, as vezes também adormece no sofá sempre com o pai ou a mãe por perto..., ela não quer adormecer na cama dela...”</i>	2
Parassónias	Pesadelos	<i>“Já teve pesadelos”</i>	5
	Medos noturnos	<i>“... Chama-nos vou lá ao quarto depois entra numa agitação e demora a acalmar-se mas ao outro dia não se lembra de nada...”</i>	2
		<i>“... As vezes diz que tem medo do monstro”</i>	
	Sonambulismo	<i>“...Ela está a dormir dizem sempre para não acordar os sonâmbulos”</i>	2
	Enurese noturna	<i>“...Com exceção de quando se molha”</i>	6
		<i>“...Por vezes faz chichi na cama “</i>	
	Sonilóquio, (condição de falar durante o sono)	<i>“...Nota-se que ele está a falar e a chamar pela mãe”</i>	1
Bruxismo	<i>“O meu filho range os dentes durante o sono</i>	1	

No que diz respeito à Perturbação de estabelecimento de tempo limite de sono a resistência ao deitar foi identificada com relevância pelas mães (n=11). Relativamente à insônia comportamental foram referidas a necessidade de presença dos pais para adormecer (n=2) e a higiene inadequada do sono (n=2). No que respeita à ocorrência de parassónias as mães identificaram a enurese noturna (n=6), os pesadelos (n=5), medos noturnos e sonambulismo (n=2) e ainda o sinóquio e o bruxismo (n=1).

3.2.4 Crenças relativas à dimensão: “Consequências das perturbações de sono”

Como consta na Tabela 15 da análise das verbalizações os pais emergiram as consequências para a criança e as consequências para a família. Em relação à criança foram identificadas duas categorias: Funcionamento da criança (i.e funcionamento

social com os pares e com adultos; funcionamento físico e funcionamento cognitivo); Regulação da criança (i. e regulação emocional e comportamental e também alimentação). Em relação à família emergiu uma categoria: o Funcionamento da Família (i.e alterações à dinâmica familiar)

Tabela 15 “Crenças paternas sobre as consequências das perturbações de sono”

Crenças Paternas: Consequências das Perturbações de sono				
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplo	Freq./r
Consequências das Perturbações de sono para a criança	Funcionamento da criança	Funcionamento social - Com os pares/Com os adultos	“...quando havia sono mais agitado de manhã era uma desgraça, era muito pior.”	4
		Funcionamento físico	“É muito pior nota-se que ele vem mais cansado”	8
			“(fica mais frágil) Nós optámos por lhe dar alguns comprimidos”	
	Funcionamento cognitivo	“...dificuldades em concentrar-se na escola, falta de atenção, distrair-se, etc...”	19	
		“...dificuldades de aprendizagem”		
	Consequências das Perturbações de sono: na família	Regulação da criança	-Regulação emocional e comportamental	“...ela está rabugenta porque se deitou mais tarde.” “...tem na mesma aquela ansiedade...”
- Alimentação			“na hora do jantar ela está um pouco irrequieta..”	2
Funcionamento da família		- Quantidade de sono/ Qualidade de sono	“ Há cerca de seis meses que ela acorda durante a noite e chama a mãe. Ainda na noite que passou chamou duas vezes a mãe”	1
	- Alterações à	“E depois também afeta a	3	

		dinâmica familiar	<i>dinâmica da família toda</i>	
--	--	-------------------	---------------------------------	--

Pode ainda verificar-se que os pais identificaram de forma muito expressiva as consequências que as perturbações de sono poderão ter no funcionamento cognitivo das crianças (n=19), realçando também o seu impacto sobre a regulação emocional e comportamental (n=8), funcionamento físico (n=8), funcionamento social com pares e adultos (n=4), e também alterações na dinâmica familiar (n=3).

Como se pode observar na Tabela 16 da análise das verbalizações das mães emergiram consequências para a criança e para a família. Em relação à criança foram identificadas duas categorias: Funcionamento da criança (i.e funcionamento social com os pares e com adultos; funcionamento físico e funcionamento cognitivo); Regulação da criança (i. e regulação emocional e comportamental e também alimentação). Em relação à família emergiu uma categoria: o Desgasta (i.e cansaço materno).

As mães identificaram de forma muito expressiva as consequências que as perturbações de sono poderão ter na regulação emocional e comportamental (n=11), alimentação (n=8), alterações na dinâmica familiar (n=8), funcionamento físico (n=8), funcionamento social com pares e adultos (n=2), funcionamento cognitivo (n=2).

Tabela 16 “Crenças Maternas sobre as consequências das perturbações de sono”

Crenças Maternas: Consequências das Perturbações de sono				
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplo	Freq./r
Consequências das Perturbações de sono: na criança	Funcionamento da criança	Funcionamento social	“ <i>Muito mais propensa a acidentes...</i> ”	2
		- Com os pares/Com os adultos		
		Funcionamento físico	“... <i>Ele é muito ativo fisicamente corre muito e o sono atrapalha, piora...</i> ”	8
		Funcionamento cognitivo	“ <i>Não têm tanta capacidade de reter a informação</i> ”	2

Consequências das Perturbações de sono: na família	Regulação da criança	-Regulação emocional e comportamental	“...ela quanto mais cansada está mais agitada entra numa espiral de excitação”	11
		- Alimentação	“A falta de sono impede a alimentação, no caso do meu filho com falta de sono não come bem”	8
	Funcionamento da família	- Quantidade de sono/ Qualidade de sono	“Eu estive doente por causa de acordar de noite todos os dias durante o sono profundo tive taquicardia e agora deixo-as dormir comigo...”	1
		- Cansaço materno	“Também por cansaço por vezes eu só dou conta que ele está lá quando acordo de manhã...”	8

Como consta na Tabela 17, da análise das verbalizações dos Educadores de Infância emergiram consequências para as crianças e para as famílias. Em relação à criança foram identificadas duas categorias: Funcionamento da criança (i.e funcionamento social com os pares e com adultos; funcionamento físico e funcionamento cognitivo); Regulação da criança (i. e regulação emocional e comportamental e também alimentação). Em relação à família emergiu uma categoria: o Funcionamento da Família (i.e desgaste materno)

Tabela 17 “Crenças dos Educadores de Infância sobre as consequências das perturbações de sono”.

Crenças dos educadores de infância : Consequências das Perturbações de sono				
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplo	Freq./r
Consequências das Perturbações de sono: na criança	Funcionamento da criança	Funcionamento social - Com os pares/Com os adultos	...mais incontroláveis nas relações com os amigos e também com os adultos.” “As vezes também se nota em termos de sono a dificuldade de deixar os pais pela manhã”	12

Consequências das Perturbações de sono: na família		Funcionamento físico	“...também a nível físico, de rosto, nota-se se a criança tiver mais olheiras nota-se aí a falta de descanso.”	20
		Funcionamento cognitivo	“Concentração. Por exemplo por vezes no período da manhã poderá ser menos evidente e na parte da tarde notar-se mais a nível de atividades.” “ A desconcentração muitas vezes é fruto de noites mal dormidas “	11
	Regulação da criança	-Regulação emocional e comportamental	..mais ansiosos muitas das vezes.” “...a nível de irritação” “...por vezes fica impertinente.” “... Mais hiperativos” “...em termos de comportamento tinha alterações emocionais”	53
		- Alimentação	“ Se uma criança tiver sono à hora de almoço estará mais irritada, nem têm vontade para comer sozinhas...”	24
	Funcionamento da família	- Quantidade de sono/ Qualidade de sono	“...as crianças também se deitam tarde e levantam-se muito cedo e eu acho que a qualidade do sono, cada vez mais seja em adultos ou em crianças deixa de ter essa qualidade pretendida e não tem os efeitos desejados.”.	1
		- Desgaste materno	”A própria mãe me diz:” ele hoje veio às sete da manhã porque	1

		<p><i>eu já não consigo mais, acordou às três, às quatro, grita tem pesadelos”, então a mãe levanta-o às seis da-lhe banho e vem trazê-lo. às sete.”</i></p>	
--	--	--	--

Pela análise da tabela anterior (17) pode verificar-se que os Educadores de Infância identificaram de forma muito expressiva as consequências que as perturbações de sono poderão ter na regulação emocional e comportamental (n=53). Foram também apontadas as consequências sobre a alimentação (n=24), funcionamento físico (n=20), funcionamento social com pares e adultos (n=12), funcionamento cognitivo (n=11), alterações na dinâmica familiar (n=1),

3.3. Resultados referentes ao objetivo (2)

Identificação de estratégias de facilitação do sono da criança e estratégias adotadas pelos pais no caso de existirem despertares noturnos.

Tabela 18 “Estratégias utilizadas pelos pais para facilitação do sono da criança”

Estratégias de facilitação do sono da criança: Pais				
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplo	Freq./r
Atividades prévias ao sono	Necessidades básicas	- Jantar	“Jantamos”	5
		- Banho	“Tomam Banho”	11
	Atividades lúdicas	- Histórias	“ <i>Quem conta a história normalmente sou eu</i> ”	15
		- Televisão	“... <i>Vê um bocadinho de televisão</i> ”.	9
		- Brincar	“... <i>Vinte minutos mais de brincadeira</i> ”	11
Estratégias de adormecimento	Utilização de objetos de transição	- Recurso ao biberon	“... <i>outras vezes é um leitinho no biberon</i> ”	5
		- Bonecos e outros	“... <i>Dorme com um boneco que tem desde bebé</i> “	7
Atividades depois de deitar a crianças	Controlo ambiental	- Portas abertas	“... <i>houve uma altura em que ela tinha que dormir de porta aberta...</i> “	4
		- Utilização de	“ <i>Eles adormecem e acordam com</i>	9

		uma luz de presença durante o sono	a luz de presença ligada.”	
--	--	------------------------------------	----------------------------	--

Através da leitura ao quadro anterior (18) é possível identificar três dimensões apontadas pelos pais para facilitação do sono da criança: Atividades prévias ao sono onde se incluem as necessidades básicas e as atividades lúdicas, as estratégias de adormecimento onde se integra a utilização de objetos de transição e ainda as atividades depois de deitar a criança onde se inclui o controlo ambiental.

No que respeita à satisfação das necessidades básicas antes do sono os pais referiram o banho (n=11) e o jantar (n=5). Como atividades lúdicas foram referidas história (n=15), brincar (n=11) e televisão (n=9).

Relativamente aos objetos de transição os pais identificaram o uso de bonecos (n=7) e de biberon (n=5). Foram também mencionadas medidas de controlo ambiental pelos pais como o recurso à luz de presença (n=9) e manter as portas abertas (n=4)

Tabela 19 “Estratégias utilizadas pelas mães para facilitação do sono da criança”

Estratégias de facilitação do sono da criança: Mães				
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplo	Freq./r
Atividades prévias ao sono	Necessidades básicas	- Jantar	“ <i>Portanto é jantar...</i> ”	5
		- Banho	“ <i>...Dar banho</i> ”	7
		- Lavar os dentes	“ <i>Lava os dentes</i> ”	6
	Atividades lúdicas	- Televisão/outras meios audiovisuais	“ <i>...mas se correr tudo bem ele poderá ver bonecos, ele quer sempre ver bonecos</i> ” “ <i>...deixamos que ela fique um bocadinho com o tablet</i> ”	12
		- Brincar	“ <i>...Vai para o quarto brincar, ver livros</i> ”	8
Estratégias de adormecimento	Utilização de objetos de transição	- Histórias	“ <i>...Contar uma história</i> ”	21
		- Recurso ao biberon	“ <i>Depois do leitinho</i> ”	3
		- Utilização de bonecos e outros	“ <i>...Com um boneco</i> ”	8
			“ <i>A minha usa chucha.</i> ”	3
Atividades	Controlo	Utilização de luz de	“ <i>A minha ainda dorme com luz de</i> ”	8

depois de deitar a criança	ambiental	presença durante o sono	<i>presença...</i>	
-----------------------------------	------------------	-------------------------	--------------------	--

A análise do quadro anterior (19) permite identificar três dimensões apontadas pelas mães para facilitação do sono da criança: Atividades prévias ao sono onde se incluem as necessidades básicas e as atividades lúdicas, as estratégias de adormecimento onde se integra a utilização de objetos de transição e ainda as atividades depois de deitar a criança onde se inclui o controlo ambiental. No que respeita à satisfação das necessidades básicas antes do sono as mães referiram o banho (n=7), o jantar (n=5) e lavar os dentes (n=6). Como atividades lúdicas foram referidas história (n=21), televisão e outros meios audiovisuais (n=12) e brincar (n=8). Relativamente aos objetos de transição as mães identificaram o uso de bonecos (n=8) e de biberon ou chucha (n=3).

Foram também mencionadas medidas de controlo ambiental pelas mães como o recurso à luz de presença (n=8)

Tabela 20 “Estratégias utilizadas pelos pais no caso de existirem despertares noturnos”

Estratégias utilizadas pelos pais no caso de existirem despertares noturnos: Pais			
Dimensão	Categoria	Exemplo	Freq./r
Despertares noturnos	Crianças que conseguem autorregular-se e voltar a adormecer	“...Levanta-se, choraminga um bocadinho, vai à casa de banho e passa”	3
	Crianças que não conseguem autorregular-se voltar a adormecer:		
	Vai para a cama dos pais	“Ele é demais... porque ele quer mesmo ficar na minha cama...”	6
	O pai/mãe deslocam-se ao quarto da criança e tentam acalmá-la (pegam-lhe ao colo e embalam-na).	“Ele é demais... porque ele quer mesmo ficar na minha cama...”	13
	O pai /mãe deslocam-se ao quarto da criança e dão-lhe o seu elemento de conforto	“ Ela pede a chucha se acorda...”	1

Verifica-se pelo quadro anterior (20) que os pais indicam que a maioria das crianças que desperta durante o sono noturno não consegue autorregular-se sozinha (n=20), precisando da presença de um dos pais, para se acalmarem através de contacto físico, como colo, por exemplo (n=13), podem também ir para a cama dos pais (n=6) ou pedir o seu elemento de conforto (n=1).

Tabela 21 “Estratégias utilizadas pelas mães no caso de existirem despertares noturnos”

“Estratégias utilizadas pelas mães no caso de existirem despertares noturnos:Mães			
Dimensão	Categoria	Exemplo	Freq./r
Despertares noturnos	Crianças que conseguem auto-regular-se e voltar a adormecer	“ <i>Se ele me chamar eu respondo mas não me levanto.</i> ”	2
	Crianças que não conseguem auto-regular-se e voltar a adormecer:		
	Vai para a cama dos pais	“ <i>Quando acorda ele chama e se não respondermos vai ter connosco, não vale a pena que ele não fica na sua cama depois de acordar.</i> ”	9
	O pai / mãe vão para a cama da criança	“ <i>...Nessas alturas eu saía da nossa cama levava-a para a cama dela e ficava lá ao lado até ela perceber que aquela era a cama dela, conversávamos e ela adormecia...</i> ”	6
	O pai/mãe deslocam-se ao quarto da criança e tentam acalmá-la (pegam-lhe ao colo e embalam-na).	“ <i>No meu caso o meu filho acorda durante a noite pode acordar a choramingar mas basta ir lá dar umas festinhas e dizer umas palavras e ele acalma-se</i> ”	1

Tendo por base o quadro anterior (21) as mães indicam que a maioria das crianças que desperta durante o sono noturno não consegue auto-regular-se sozinha (n=15), precisando da presença de um dos pais, para se acalmarem através de contacto físico, como colo, por exemplo (n=6), podem também ir para a cama dos pais (n=6) ou a mãe pode ficar a dormir na cama com a criança (n=3).

3.4. Resultados referentes ao objetivo (3)

3.4.1. Identificação do papel dos pais regulação do sono das crianças.

Como se observa na Tabela 23, da análise das verbalizações paternas apenas emergiu uma categoria nesta dimensão. Esta categoria centra-se na interação dos pais com a criança no momento do adormecimento. Nesta categoria emergiram duas subcategorias, que os pais distinguindo uma ação parental centrada no incentivo da independência e auto-regulação da criança; e outra centrada necessidade da presença dos pais enquanto a criança adormece (n=4).

Tabela 22 “Papel dos pais regulação do sono da criança”

Dimensão: Papel dos pais regulação do sono das criança/Percepção paterna			
Dimensão	Categoria	Exemplo	Freq./r
Comportamentos interativos por parte dos pais para com os filhos no momento de os adormecer	Presença e envolvimento dos pais quando as crianças dormem:		
	Incentivo à independência e auto-regulação da criança	“ A participação dos pais no sono tem que ser regrada. Eles têm que ir aprendendo a adormecer “ “	4
	Presença de um dos pais quando a criança adormece	“Também passou a ter necessidade de ter alguém ali ao pé dela par adormecer “	4

Como se observa na Tabela 24, da análise das verbalizações maternas apenas emergiu uma categoria nesta dimensão. Esta categoria centra-se na interação dos pais com a criança no momento do adormecimento. Nesta categoria emergiram duas subcategorias, que as mães distinguiram uma ação parental centrada no incentivo da independência e auto-regulação da criança (n=10); e outra centrada necessidade da presença dos pais enquanto a criança adormece (n=5).

Tabela 23 “Papel das mães na regulação do sono das crianças”

Dimensão: Papel das mães na regulação do sono da criança/Percepção materna			
Dimensão	Categoria	Exemplo	Freq./r
Comportamento interativos por parte dos pais para com os filhos no momento de os adormecer	Presença e envolvimento dos pais quando as crianças dormem:		
	Incentivo à independência e auto-regulação da criança	“ <i>Não, nuca a levei para a minha cama sempre tive pavor que se agarrassem à nossa cama e depois não quisessem sair de lá</i> ”	10
	Presença de um dos pais quando a criança adormece	“ <i>...Nós também facilitamos tivemos pena achamos que ele estava mais fragilizado e a partir dai todas as rotinas de sono: ir para a cama, ficar lá, tudo isso se alterou</i> ”	5

3.5 Resultados referentes ao objetivo (4)

3.5.1. Identificação das percepções e crenças dos pais, mães e educadores de infância sobre o período de sesta em contexto Pré- escolar.

Em relação a este objetivo os participantes foram convidados a refletir sobre: a função da sesta; a sesta como atividades necessária no Pré-escolar; e o impacto da sesta na criança.

Como se observa na Tabela 25, das verbalizações paternas emergiram duas categorias relativas à função das sestras: Regulação física e regulação emocional. Relativamente à primeira os pais apontaram o descanso (n=9) como função principal e relativamente à regulação emocional os pais identificaram a possibilidade das crianças se acalmarem (n=7) durante o período das sestras. No que diz respeito à idade em que é benéficas as crianças realizarem sesta em contexto pré-escolar a larga maioria das verbalizações (n=13) identifica como prioritário para a manutenção desta atividade a análise prévia das características individuais das crianças, contudo foram também especificadas pelos pais as idades para a sua manutenção que se apresentam pela ordem

de importância em termos de resultados: até aos quatro anos (n=6), até aos três (n=2), até aos cinco (n=2), até aos seis (n=1).

No que diz respeito ao tempo adequado de sesta os pais apontaram como prioritário análise das necessidades da criança (n=6) e das necessidades, valores, regras e características da família (n=3). Ainda segundo os pais a sesta tem impacto na regulação do sono da noite, na regulação física e na regulação psicológica.

Relativamente ao impacto da sesta na regulação do sono da noite foi possível observar duas subcategorias distintas: a ausência de sesta no Jardim-de-infância pode causar sonolência diurna nas crianças (n=10) contudo os pais referem que a manutenção das sextas pode causar insónia (n=9) atrasando o início do sono da noite.

Os pais registaram também que a ausência da sesta tem impacto sobre a regulação física da criança apontando o cansaço (n=9) e dificuldades na hora do jantar (n=6). Os pais referiram ainda dificuldades de regulação psicológica apontados a irritabilidade (n=11) como consequência da ausência de sextas.

Tabela 24 “Perceções e crenças dos pais sobre o período de Sesta em contexto Pré-escolar.”

“Perceções e crenças dos pais sobre o período de Sesta em contexto Pré-escolar.”				
	Categoria	Subcategoria	Exemplo	Freq./r
Funções da sesta	Regulação física	- Descansar	“Durante o período pré-escolar havendo espaço para aprender e para brincar seria muito importante as crianças descansarem. “	9
	Regulação emocional	Diminuição da excitabilidade	“...para que eles não fiquem tão excitados e possam estar mais tranquilos”	7
Sesta enquanto atividade Pré-escolar		- Até aos 3 anos	“...Com esta idade com três anos penso que ainda é importante”	2
		- Até aos 4 anos	“Ela tem quatro anos e nós fazemos os possíveis para que ela durma sempre a sesta”	6
		- Até aos 5 anos	“Acho que até aos cinco anos é muito importante”	2
		- Até aos 6 anos	“ A sesta é importante até aos	1

			seis anos.”	
		- Características individuais das crianças	“ <i>Depende de criança para criança, não podemos meter tudo no mesmo saco.</i> ”	13
			“ <i>...Por experiência própria sei que não precisam de dormir a sesta todos até à mesma idade</i> ”	
		- Necessidades, valores, regras e características da família	“ <i>Na outra escola onde andou a nossa filha havia uma regra para todos aqui há abertura para a opinião dos pais, foi por esse motivo que ela não foi para outra escola viemos conhecer outras alternativas, não gostamos dessa parte</i> ”	3
Impacto da sesta na criança	Regulação do sono da noite	- Insónia	“ <i>... Tivemos que a tirar da sesta daqui aos três anos senão nem dormia de noite e continua a acordar de noite, ela tem quatro anos.</i> ”	9
		- Sonolência	“ <i>...Nem pode dormir a sesta senão não conseguimos deitá-la à noite.</i> ”	10
			“ <i>No ano passado ela dormia a sesta e adormecia à noite mais tarde.</i> ”	
	Regulação física	- Cansaço	“ <i>Aqui na escola ela já não dorme a sesta e noto-a muito mais cansada porque ela dormia...</i> ”	9
		- Alimentação	“ <i>...e nota-se ao jantar que é complicado gerir porque ela está mesmo muito cansada.</i> ”	6
	Regulação psicológica	- Irritabilidade	“ <i>...o descanso em si ela fica mais irritadiça mais tensa, com menos paciência</i> ”	11

Como apresentado na Tabela 26 das verbalizações maternas emergiram duas categorias relativas à função das sestras: Regulação física e regulação emocional. Relativamente à primeira as mães apontaram o descanso (n=9) como função principal e relativamente à regulação emocional as mães identificaram a possibilidade das crianças

se acalmarem (n=6) durante o período das sestas. No que diz respeito à idade em que é benéfica as crianças realizarem sesta em contexto pré-escolar a maioria das mães (n=10) identifica os quatro anos de idade como preferencial para a sua manutenção, registaram ainda como prioritário para a manutenção desta atividade a análise prévia das características individuais das crianças (n=7), foram também especificadas pelas mães as idades para a sua manutenção que se apresentam pela ordem de importância em termos de resultados: até aos três anos (n=6), até aos cinco (n=1) e até aos seis (n=1), as mães apontaram como prioritário análise das necessidades individuais da criança (n=7) e das necessidades, valores, regras e características da família (n=11), foi também referido pelas mães (n=3) que o jardim-de-infância onde estão os seus filhos não tem em conta os aspetos anteriores e citamos: *“A primeira abordagem não foi no sentido de atender às necessidades da Madalena. Foi-me descrito o regulamento e não as necessidades da minha filha.”*

No que diz respeito ao tempo adequado de sesta as mães indicaram que a sua duração deveria ser entre 1 hora e 30 minutos a duas horas diárias (n=13).

Ainda segundo as mães a sesta tem impacto na regulação do sono da noite, na regulação física e na regulação psicológica.

Relativamente ao impacto da sesta na regulação do sono da noite foi possível observar duas situações distintas: a ausência de sesta no Jardim-de-infância pode causar sonolência diurna nas crianças (n=12) contudo as mães referem que a manutenção das sestas pode causar insónia (n=4) atrasando o início do sono da noite.

As mães assinalaram também que a ausência da sesta tem impacto sobre a regulação física da criança apontado o cansaço (n=4) e dificuldades na hora do jantar (n=3). As mães referiram ainda dificuldades de regulação psicológica apontado a irritabilidade (n=11) e dificuldades na regulação do humor (n=6) que afetam a dinâmica familiar como consequência da ausência de sestas.

Uma vez que atualmente as instituições seguem diferentes linhas de atuação quanto à implementação de sestas, de acordo com a sua natureza funcional, considerou-se pertinente a identificação das perceções dos educadores sobre esta matéria, tentando compreender-se se as suas perceções estão de acordo com as suas práticas

Tabela 25 :“Percepções e crenças das mães sobre o período de Sesta em contexto Pré-escolar”

“Percepções e crenças das mães sobre o período de Sesta em contexto Pré-escolar.”				
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplo	Freq./r
Funções da sesta	Regulação física	- Descansar	“... <i>Ela precisaria de dormir ela anda muito cansada,</i> “	9
			“ <i>Eu acho que faz falta aquele bocadinho para recarregar baterias e passar o resto do dia.</i> ”	
	Regulação emocional	- Acalmar	“ <i>Aos quatro anos devia haver uma sestinha sim para ajudar a acalmar.</i> ”	6
Sesta enquanto atividade Pré-escolar		- Até aos 3 anos	“ <i>Aos três anos eles ainda deveriam dormir</i> “	6
		- Até aos 4 anos	“ <i>Aos quatro anos devia haver uma sestinha sim para ajudar a acalmar.</i> ”	10
			“ <i>O que eu acho que tem influência é agora aos quatro anos não dormirem a sesta...</i> ”	
		- Até aos 5 anos	“ <i>Eu acho que só deviam deixar de dormir a sesta aos cinco anos.</i> ”	1
		- Até aos 6 anos	“ <i>...Seria ideal as crianças dormirem até aos seis. Altura da entrada para o primeiro ciclo.</i> ”	1
		- Características individuais da criança	“ <i> Na minha opinião depende de cada criança e não só da idade...</i> ”	7
			“ <i> Eu acho que é massacrante para uma criança estar deitada e não dormir durante aquele tempo, duas horas a olhar para o teto...</i> ”	
			“ <i>Sei que há crianças que não têm essa necessidade e também não as devemos obrigar provavelmente...</i> ”	
	- Necessidades, valores, regras e características da família	“ <i>Existe flexibilidade neste JI</i> ”	11	
		“ <i>Penso que deve haver flexibilidade no regulamento,</i>		

			<p>porque há crianças com maior cansaço que outras e o repouso para algumas seria benéfico.”</p>	
			<p>“ Eu não sou da mesma opinião, quando eu questioneei a educadora da minha filha foi-me dito que está escrito no regulamento que aos quatro anos as crianças já, não dormem eu insisti e ela dorme um dia porque eu insisti muito, ou seja não houve atenção às necessidades particulares da Madalena, ela dormia e os outros não dormindo faziam atividades que ela não fazia, podíamos ter chegado a um consenso. A primeira abordagem não foi no sentido de atender às necessidades da Madalena. Foi-me descrito o regulamento e não as necessidades da minha filha.”</p>	3
Tempo de sesta (adequado)		<p>- 1h e 30 minutos</p> <p>- 2 horas</p>	<p>“ A sesta deveria ter uma duração entre 1 a 2 horas.”</p>	13
Impacto da sesta na criança	Regulação do sono da noite	- Insónia	<p>“ Quando dormia aqui era mais difícil, deitava-se à mesma hora ou seja 21.30 mas às 22.30 ainda estava acordada”</p> <p>“...embora quando ela dormia a sesta aqui demorava muito mais tempo à noite a adormecer</p> <p>“O meu não resiste a ir para a cama, mas quando dorme sestas maiores é um castigo para adormecer. Roda para um lado roda para o outro, bebe água, depois lembra-se que quer ir fazer chichi e depois o diabo a sete...”</p>	4
		- Sonolência	<p>“...Muitas vezes ela faz um soninho no carro no percurso até casa”</p> <p>“Quando deixam de dormir aqui (JI) a sesta faz muito diferença.</p>	12

			<i>Eu notei isso quando ela deixou de dormir a sesta aos quatro anos e ela tinha necessidade de dormir... Quando vinha da escola e chegava à casa da avó, cheia de sono ela tinha necessidade de dormir sempre um bocadinho, nem que fosse meia hora”</i>	
	Regulação física	- Cansaço	<i>“...Ela veio com quatro anos e eu notei que ela precisava de descansar de dia.”</i>	4
		- Alimentação	<i>“ Eu já sabia que ela aqui não iria dormir...foi difícil durante todo esse ano letivo, ela chegava a casa e se jantasse logo acabava por adormecer antes”</i>	3
	Regulação psicológica	- Irritabilidade	<i>“Ela grita muito, faz muitas birras “</i>	4
			<i>“...Há um bocadinho mais de birra,”</i>	
Impacto da sesta na Família	Regulação psicológica	- Regulação do humor	<i>“Então eu vejo pelo outro ano que tínhamos um horário mais regulado, ela vinha de manhã à mesma hora e fazia sextas na escola, depois chegava a casa jantava e tomava banho brincava e ia dormir, agora ela está desregulada pelo facto de este ano não ter a sesta...”</i>	6

Considerando as diferenças logísticas e de espaços físicos em que os Educadores de Infância desenvolvem a sua atividade a apresentação dos resultados relativos às suas percepções sobre as sextas será feita de forma discriminada. Deste modo serão apresentados os em primeiro lugar os resultados do grupo de educadores de IPSS; em seguida do grupo de educadores de Instituições Particulares; e por último do grupo de educadores de instituições Públicas

Como se observa na Tabela 27, da análise das verbalizações dos Educadores de Infância em IPSS sobre função de sextas em contexto pré-escolar educadores emergiram duas categorias: Regulação física e regulação emocional. Relativamente à primeira os educadores apontaram o descanso (n=5) como função principal e relativamente à regulação emocional os educadores identificaram a possibilidade das crianças se

acalmarem (n=6) durante o período das sextas. No que diz respeito à idade em que é benéficas as crianças realizarem sesta em contexto pré-escolar a maioria dos educadores de IPSS (n=8) identifica os três anos como preferencial para a sua manutenção, aos quatro (n= 6) e aos cinco (n=4).

Quando questionados sobre como procederiam se tivessem as condições ideais de trabalho registaram ainda como prioritário para a manutenção desta atividade a análise prévia das características individuais das crianças (n=7), e as necessidades, valores, regras e características da família (n=3).

No que diz respeito ao tempo adequado de sesta os educadores de IPSS indicaram que a sua duração deveria ser entre 1 hora e 30 minutos a duas horas diárias (n=5) e duas horas (n=5).

Ainda segundo os educadores de IPSS a sesta tem impacto na regulação do sono da noite, referem que a manutenção das sextas pode causar insónia (n=5) atrasando o início do sono da noite

Tabela 26 “Perceções e crenças dos Educadores de Infância de sobre o período de Sesta em contexto Pré-escolar” (IPSS)

Perceções e crenças dos Educadores de Infância de sobre o período de Sesta em contexto Pré-escolar (IPSS)				
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplo	Freq./r
Funções da sesta	Regulação física	- Descansar	“Sem a sesta eles mostravam-se sonolentos “	5
	Regulação emocional/ aprendizagem	- Acalmar	“...Sem a sesta e faziam muitas birras quando chegavam a casa” “Depois da sesta eles veem mais calmos”	4
		- Aprendizagem/ consolidação da memória	“...Mas depois vão-se adaptando e até a nível de trabalhos eles rendem muito mais”	3
Sesta enquanto atividade pré-		- Aos 3 anos	“... Sestas aos três e aos quatro...” “ Mesmo nos três anos	8

escolar		<i>não tem carácter obrigatório, portanto se a criança não tiver necessidade ...”</i>	
	- Aos 4 anos	<p><i>“...Aos quatro anos eu sempre deitei as crianças, no jardim-de-infância particular onde trabalhei”</i></p> <p><i>“ Rotina, sim ainda nos quatro anos...”</i></p>	6
	- Aos 5 anos	<p><i>“...Mas nos cinco anos tentamos retirar totalmente porque no primeiro ciclo eles não dormem mesmo, e mais vale fazerem essa adaptação no JI”</i></p> <p><i>“Ainda não aconteceu alguém com sesta aos cinco porque eles até gostam de não dormir”</i></p> <p><i>“ Só excepcionalmente e com uma justificação válida”</i></p>	4
	- Características individuais das crianças	<p><i>“...Iam deixando de dormir consoante as necessidades individuais de cada um”</i></p> <p><i>“ Eu deitaria todas as crianças que sentissem necessidade o tempo que fosse possível.</i></p> <p><i>“Se a criança manifestar vontade é claro que eu a deito, se a criança pede porque está muito cansada, vai dormir eu nunca digo para não ir”</i></p>	7
	- Necessidades, valores, regras e características da família	<i>“ Há sempre diálogo com os pais e tentamos chegar a um acordo que seja mais benéfico para a criança. “</i>	3

			<i>“Depois há noite é um sacrifício, então nós também temos que estar atentas às necessidades das famílias...E estabelece-se um ciclo que depois pode não ser saudável para as crianças”</i>	
Tempo de sesta (adequado)		1h e 30 min	<i>“Sim partilho dessa ideia no máximo deitaria de 1.30 a 2.00”</i>	5
		2 horas	<i>“ Dormem duas horas...”</i>	5
Impacto da sesta	Regulação do sono da noite	Insónia	<i>“Porque depois à noite os pais não as conseguem adormecer”</i>	5

Como consta na Tabela 28 da análise das verbalizações dos Educadores de Infância, em instituições particulares emergiram duas categorias relativas à função das sestras: Regulação física e regulação emocional e aprendizagem. Relativamente à primeira os educadores apontaram o descanso (n=5) como função principal e relativamente à regulação emocional os educadores identificaram a possibilidade das crianças se acalmarem (n=4) durante o período das sestras e ainda que depois das sestras as crianças mostram maior disponibilidade para momentos de aprendizagem (n=4). No que diz respeito à idade em que é benéficas as crianças realizarem sesta em contexto pré-escolar a maioria dos educadores em Jardim-de-infância Particular identifica os três anos (n=10) como preferencial para a sua manutenção, os quatro (n= 9). Quando questionados sobre como procederiam se tivessem as condições ideias de trabalho registaram ainda como prioritário para a manutenção desta atividade a análise prévia das características individuais das crianças (n=13), e as necessidades, valores, regras e características da família (n=14).

No que diz respeito ao tempo adequado de sesta os educadores em Jardim-de-infância particular indicaram que a sua duração deveria ser duas horas diárias (n=9). Como consequência das sestras registaram a ocorrência de insónia (n=10). Assinalaram também que a ausência da sesta tem impacto sobre a regulação no sono da noite da

criança ocorrendo episódios de sonolência (n=4), dificuldades de regulação psicológica apontado a irritabilidade (n=4) e dificuldades na hora do jantar (n=7).

Tabela 27 “Percepções e crenças dos educadores de sobre o período de Sesta em contexto Pré-escolar” (Particular)”

Percepções e crenças dos Educadores de Infância de sobre o período de Sesta em contexto Pré-escolar : Particular				
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplo	Freq./r
Funções da sesta	Regulação física	- Descansar	“...Noto que ao acordar já estão mais calmos e despertos para as atividades e para outras situações. “	6
			“... Mas há um tempo destinado ao repouso em que fazemos questão em que descansem...”	
	Regulação emocional/ aprendizagem	- Acalmar	“A sesta que fazem é importante para a criança relaxar “	5
“...a minha opinião é que mesmo que uma criança de três anos, por exemplo seja resistente ao sono e à sesta a minha opinião é que nós devemos ajudar a criança a dormir aquele número de horas que ela deve dormir, mesmo que por vezes sintamos que estamos a fazer uma certa pressão para a convencer e ajudar a dormir. Essas horas são essenciais, para a criança acalmar”				
		- Aprendizagem/ Consolidação da memória	“Concordo com aquilo que as colegas disseram queria só salientar que noto que depois da sesta o trabalho com o meu grupo é diferente, estão, mais concentrados, nota-se diferença mesmo na parte cognitiva.”	4

Sesta enquanto atividade Pré-escolar		- Até aos 3 anos	<p>“ Já poderemos ouvir as crianças em relação à vontade e disponibilidade para dormir até aos três anos e meio devemos mesmo ajudá-los a dormir uma boa sesta.”</p> <p>“... Os três anos dormem sempre...”</p> <p>“ É um crime não deixar meninos de três anos dormir.”</p> <p>“Aqui é obrigatório dormir até aos três anos”</p>	10
		- Até aos 4 anos	<p>“...Somos todas apologistas da sesta e consideramos que é muito importante. até aos quatro anos”</p> <p>“ Aos quatro também ainda dormem todos a não ser em casos excecionais e aos cinco alguns ainda dormem.”</p> <p>“... Temos sesta até aos quatro “</p>	9
		- Características individuais da criança	<p>“Se houver necessidade de ajustar em situações particulares é o que fazemos”.</p>	13
		- Necessidades, valores, regras e características da família	<p>“... Nesses casos tratamos essas situações com os pais”</p> <p>“Tentei convencer a mãe que era benéfico para a criança dormir durante mais algum tempo, mas não consegui.”</p>	14
		Tempo de sesta (adequado)	- 2 horas	<p>“...Duas horas e meia... duas horas...”</p>
	Regulação do sono da noite	- Insónia	<p>“ Nos quatro anos fomos deixando de deitar ao longo dos anos porque</p>	10

Impacto da sesta na criança			<i>muitos pais nos diziam que depois à noite não conseguiam adormecer.”</i>	
			<i>“ Eu já tenho uma mãe agora aos três anos que dizem que é muito complicado adormece-la à noite”</i>	
		- Sonolência	<i>“Eu tenho o caso de uma criança em que a mãe quer que vá para o JI publico para o ano e sabe que as crianças não dormem e está preocupada com a falta de sesta que vai ter para o ano uma vez que ele dorme todos os dias menos à sexta-feira, acontece que num dia a criança acabou por adormecer com a cabeça em cima da mesa eu fui pô-lo na cama,”</i>	4
			<i>“As auxiliares têm relatado que quando a mãe vem buscar essa criança é frequente ela ter adormecido no tapete da sala...è a única forma que a mãe tem de combater o facto da criança estar a adormecer mais tarde.”</i>	
	Regulação física	- Alimentação	<i>“Estes miúdos chegam ali por volta da hora do almoço e já se nota... quererem fazer tudo ao mesmo tempo”</i>	7
Regulação psicológica	- Irritabilidade	<i>“...Uma certa irritabilidade, noto que ao acordar já estão mais calmos e despertos para as atividades e para outras situações.”</i>	4	

Como se pode observar na Tabela 29 da análise das verbalizações dos educadores de instituições públicas emergiram duas categorias relativas à função das sestas: Regulação física e regulação emocional e aprendizagem. Relativamente à primeira os educadores apontaram o descanso (n=1) e a possibilidade das crianças se acalmarem (n=1) durante o período das sestas e momentos de repouso e ainda os efeitos benéficos desses momentos na aprendizagem (n=4).

No que diz respeito ao tempo adequado de sesta os educadores em Jardim-de-infância público indicaram que a sua duração deve levar em linha de conta as características individuais das crianças e citamos: “Há crianças que se descansarem quinze minutos e meia hora é o suficiente, é o sono reparador e chega, há outras que não que necessitam de dormir uma a duas horas ou mais numa sesta...” Assinalaram também que a ausência da sesta tem impacto sobre a regulação no sono da noite da criança ocorrendo episódios de sonolência (n=3).

Tabela 28 “Perceções e crenças dos Educadores de Infância de sobre o período de Sesta em contexto Pré- escolar” (Publico)

Perceções e crenças dos Educadores de Infância sobre o período de Sesta em contexto Pré-escolar: PUBLICO				
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Exemplo	Freq.
Funções da sesta/repouso	Regulação física/psicológica	- Descansar	“...Para dar oportunidade a quem precisa de descansar”	1
		- Acalmar	“...Ao acalmarmos todos através de musica e histórias eles acabam por acalmar descomprimir”	1
	Regulação emocional/aprendizagem	- Aprendizagem	“É interessante perceber a disponibilidade que as crianças apresentam depois do tempo de descanso...”	4
Sesta enquanto atividade Pré-escolar		- Aos 3 anos	“Aos três anos eu penso que ainda era importantes as crianças dormirem, penso que a maioria dos pais estaria de acordo, porque muitas crianças desta idade estão exaustas ao fim do dia e adormecem nos trajetos para casa”	8
			“ O ideal para mim seria: os três anos dormirem todos, eles	

			<p>têm ainda necessidade de dormir à tarde ao meio do dia, o dia é tão preenchido que é mesmo necessário porque eles ainda são muito pequeninos”</p> <p>“ Os três anos para mim dormiam também. Acho que é violento para um criança desta idade estar tantas horas sem descansar,”</p>	
		- Aos 4 anos	<p>“...Os quatro já se começam a ver diferenças em relação às necessidades individuais de descanso há crianças que têm mais necessidade de dormir do que outras.”</p>	2
		- Aos 5 anos	<p>“... Porque eu acredito realmente que as crianças precisam de momentos de descanso durante o dia e portanto no sono na componente educativa eu acho que o sono se educa, se ensina. Ensina-se a dormir, eu tenho esta perspetiva pessoal que se a escola tem influencia nas outras necessidades básicas da criança por exemplo na alimentação, se ensina a comer com talheres, a lavar as mãos, a respeitar o outro, a estar com o outro, a respeitar os pertences a escola também tem uma função fundamental em ensinar a dormir...”</p>	4
		- Características individuais da criança	<p>“ Eu acho que as crianças deveriam dormir até terem necessidade, ou seja sempre que manifestem essa vontade, até pode ser só alguns momentos de descanso, até pode ser só hoje e nos outros dias não.”</p>	9
Tempo de sesta (adequado)		De acordo com as necessidades individuais	<p>“Eu acho que efetivamente há crianças com menos necessidade de dormir. Há crianças que se descansarem</p>	5

			<i>quinze minutos e meia hora é o suficiente, é o sono reparador e chega, há outras que não que necessitam de dormir uma a duas horas ou mais numa sesta...</i>	
Impacto da sesta na criança	Regulação do sono da noite	Sonolência	<i>“...Ao final do dia as crianças arrastam-se adormecem nos carros dos pais”</i>	3

3.5.1. Identificação das Perceções e crenças dos pais sobre o papel do Jardim de Infância na Regulação do sono da criança.”

Relativamente a esta dimensão, como se pode observar na Tabela 30, segundo a percepção paterna o sono noturno é influenciado pelas vivências diárias da criança no Jardim-de-infância, tendo sido apontadas as seguintes categorias: o clima emocional (n=15), atividades (n=11), as rotinas consistentes (n=5) e clima afetivo (n=2).

Tabela 29 “Perceções e crenças dos pais sobre o papel do Jardim de Infância na Regulação do sono da criança.”

“Perceções e crenças Paternas sobre o papel do Jardim de Infância na Regulação do sono da criança.”			
Dimensão	Categoria	Exemplo	Freq./r
A Educação de Infância no desenvolvimento e saúde da criança	Regulação do sono da criança através de práticas de sono/repouso:		
	- Rotinas consistentes	<i>“...ou se for algo fora da rotina também poderá causar ansiedade e dificuldade de sono.”</i>	5
	- Clima emocional	<i>“ Nos dias em que o dia é mais agitado ela poderá em casa contar o que se passou e estar mais excitada na hora de dormir”</i> <i>“ Também tem a ver se o dia trouxe ansiedade à criança...”</i>	15

	- Clima afetivo positivo	“ O facto deles se sentirem bem na escola tem muita influência no sono ”	2
	- Atividades	“As atividades que a criança tem durante o dia têm um impacto no sono da criança, a ginástica, a música e as atividades que desenvolvem na sala ajudam no desenvolvimento mas também a dormir mais descansados”	11

Segundo a percepção materna, Tabela 31, o sono noturno é influenciado pelas vivências diárias da criança no Jardim-de-infância, tendo sido apontadas as seguintes categorias: as atividades (n=5), o clima emocional (n=4), rotinas consistentes (n=2) e clima afectivo(n=1).

Tabela 30 “Percepções e crenças das mães sobre o papel do Jardim de Infância na regulação do sono da criança.”

Percepções e crenças Maternas sobre o papel do Jardim de Infância na Regulação do sono da criança.”			
Dimensão	Categoria	Exemplo	Freq./r
A Educação de Infância no desenvolvimento e saúde da criança	Regulação do sono da criança através de Práticas de sono/repouso:		
	- Rotinas consistentes	“E a questão de ele dormir a horas mais certas, ter uma rotina mais fixa “ “ No caso da minha filha, a vinda para o jardim permitiu regular os sonos para as 20.30/8.30.Ela dormia bem mas não dormia horas sempre certas, desde que está no infantário às 20.30 está a dormir, para mim neste aspeto foi uma grande ajuda, sem dúvida nenhuma.”	2
	- Clima emocional	“Sempre que acontece alguma coisa que o põe mais ansioso na escola eu noto logo, por exemplo na hora de adormecer..”	4

	- Clima afetivo positivo	“...Depois ao ganharem confiança na escola e sentirem que fazem parte da família o estado positivo dos adultos e a atenção que lhe dão é um bom contributo”	1
	- Atividades	“ Eu noto que em alturas com mais excitação, como uma festa a resistência em ir para a cama é maior. Parece que quer falar sobre aquele assunto.”	5

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Serão apresentados neste capítulo a discussão de resultados e conclusões deste estudo tendo por base a análise de conteúdo que foi apresentada anteriormente, bem como a revisão de literatura que a sustenta.

O presente estudo teve como objetivo identificar e comparar as crenças de pais, mães e educadores de infância de diferentes estruturas educativas IPSS, Particular e Publica em relação ao sono, qualidade do sono e estratégias facilitadoras de sono em crianças dos dois aos seis anos de idade.

4.1. Avaliação Parental das condições e da qualidade do sono da criança

Em relação às Condições físicas relacionadas com o sono (se a criança tem quarto próprio ou se o mesmo é partilhado) a maioria dos pais e das mães referiu que a criança dorme num quarto individual. No entanto um número expressivo e mais elevado de pais do que mães afirmaram que a criança Partilha a Cama com os pais na maior parte dos dias.

Quanto à ocorrência de Problemas de Sono a maioria dos pais (um número mais elevado de mães do que de pais) referem que os filhos só raramente têm este tipo de problemas. De entre os problemas de sono os pais evidenciam como mais prevalentes a resistência em ir para a cama e os despertares noturnos. As mães referiram ainda, em maior número que os pais a dificuldade em acordar e episódios de pesadelos. Estes resultados estão de acordo com a literatura que indica como mais prevalentes nesta faixa etária os problemas de sono relacionados com o Estabelecimento de Limites de Sono (Calhoun et al, 2014; Petit et al, 2007).

4.2. Funções do sono, necessidades de sono da criança e horários

Em relação ao objetivo específico “funções do sono” foi possível concluir que pais e mães atribuem como funções principais do sono para a criança: a restauração física e regulação do psicológica (especialmente o humor), o bem-estar o crescimento e a aprendizagem. De um modo geral o descanso é apontado por ambos como sendo o fator mais importante que decorre de um bom sono, as mães apontam também de forma

muito significativa o seu papel na regulação do humor enquanto os pais realçam como muito importante a restauração de energia. Estas percepções estão em linha com a literatura e com as investigações realizadas por, Bear, Connors & Paradiso, (2001); Cirelli & Tononi, (2008).

Para além das funções anteriormente referidas os educadores de infância destacaram as funções sociais do sono e o seu papel enquanto promotor de saúde. Esta função do sono encontra paralelo nos estudos realizados por Hernandez & Abel, (2011); Gorgoni et al, (2013); Tononi & Cirelli, (2014).

O numero de horas considerado adequado por todos os intervenientes neste estudo situa-se entre as dez e as doze horas. Neste ponto os educadores de infância colocaram principal enfase nas características individuais das crianças e na variabilidade que pode existir de acordo com essas características, o que é coincidente com as investigações de Thoman, (2005).

No que diz respeito ao numero de horas que as crianças dormem efetivamente, registamos concordância entre os dados fornecidos pelos pais e pelas mães que indicam maioritariamente que as crianças dormem dez horas, apesar da coerência em termos de resultados as mães expressaram de forma muito significativa a sua preocupação relativamente ao sono dos filhos considerando que as crianças não estão a dormir o suficiente apontado questões laborais e sociais que podem estar a conduzir para esta situação (Thoman, 2005), contudo pela sua pratica quotidiana os educadores de infância acreditam que as crianças dormem efetivamente menos de oito nove horas o que pode constituir uma situação de risco em termos de desenvolvimento e bem-estar infantil, a nível físico, comportamental, emocional, e cognitivo (Matricciani, 2012)

Segundo os relatos de pais e mães é também possível concluir que as rotinas e horários de sono são diferentes ao fim de semana verificando-se que o deitar e o acordar são maioritariamente mais tardios provavelmente, tal como referido por Nunes (2004), numa tentativa, de compensar atrasos semanais e a favorecer o convívio e as relações familiares.

4.3. Prevalência de perturbações do sono

De um modo geral, e com base nas perceções paternas e maternas, podemos verificar que como referido por Petit (2006), a maioria das crianças tende a apresentar alguma dificuldade que se relaciona com o sono principalmente no que se refere ao início do adormecimento ou a insónia comportamental e ainda, segundo as mães na dificuldade em acorda. Apesar de concordantes, os pai (s) assinalaram de forma muito mais expressiva a ocorrência de resistência a deitar, a necessidade de presença dos pais para adormecer e higiene inadequada do sono.

No que diz respeito à ocorrência de parassónias foram identificadas: Pesadelos, medos noturnos, sonambulismo, enurese noturna, sinoquilo e bruximo, a sua ocorrência foi registada de forma diferente pelos pais que indicaram o sinoquilo como a mais frequente e as mães que sugeriram que a enurese noturna e os pesadelos seriam mais prevalentes. A literatura sugere que estas experiência de parassónia no começo da infância são comuns e normais, com uma componente genética associada, (Laberge, 2000; Hublin, & Kaprio, 2003).

As perturbações do sono foram sinalizadas pelos pais com tendo duas dimensões: sobre a própria criança e sobre a família, apresentando-se as primeiras como principal fonte de preocupação para pais e mães. A análise dos resultados permite-nos concluir que pais e mães são coerentes quanto às suas perceções sobre a influencia negativa que as perturbações de sono podem ter para a criança, podendo estas ter impacto sobre o comportamento da criança, influenciar o seu estado emocional podendo ter consequências físicas, como crescimento. Estes resultados estão de acordo com as investigações de Owens, (2011) e Petit & Montplaisir, (2010). Os resultados do presente estudo destacaram ainda como consequências do sono o desgaste materno, que foi referido quer por mães quer por educadores. Este desgaste pode ser indicativo do ainda prevalente papel materno no cuidado da criança.

As perceções dos pais e mães estão em linha com as perceções dos educadores de infância que também apontam o comportamento e o estado emocional das crianças como as áreas mais afetadas pelas perturbações de sono. Da análise das suas respostas podemos ainda verificar que dão especial relevância às consequências das perturbações de sono na cognição (i.e na aprendizagem) e as relações sociais (i.e na motivação para a

socilização). As suas respostas chamam igualmente a atenção para comportamentos que as crianças evidenciam em Jardim-de-infância sendo abordados como perturbações podem efetivamente decorrer de problemas não identificados do sono (Sadeh, 2003)

Tal como referido por Owens, (2011), Thoman, (2005) e France, et al., 2004 quer as mães quer os pais relataram que as perturbações de sono podem ter efeito sobre a família salientando como principal preocupação o facto de afetarem as funções parentais, reduzindo o nível de cuidado parental efetivo.

4.4. Estratégias de facilitação do sono das crianças e estratégias adotadas no caso de existirem despertares noturnos

De um modo geral, e com base quer na perceção materna quer paterna as atividades prévias ao sono incluem a satisfação de necessidades básicas onde se incluem a alimentação e a higiene (maioritariamente banho e escovagem de dentes), e atividades lúdicas. Podemos verificar que a atividade preferida antes do adormecimento das crianças é contar histórias, esta atividade é considerada na literatura como aconselhável por se tratar de uma atividade que pode promover a calma e o relaxamento. O hábito de brincar antes de adormecer também se assume como expressivo e é apontado de forma significativa pelos pais. Contudo alguns pais também mencionaram o recurso aos meios audiovisuais (televisão, tablet e telemóvel) o que segundo a literatura (Hayes et al, 2010) é considerado promotor de diversos problemas de sono nomeadamente da resistência ao dormir, atraso do início do sono, ansiedade relativamente ao sono, despertares noturnos e diminuição da duração do sono.

Uma percentagem muito significativa de pais e mães indicou que as crianças utilizam objetos transacionais - biberon, chucha ou bonecos - que podem constituir elementos de conforto e de segurança da criança na hora de dormir. Verificou-se também pelos relatos paternos e maternos que existe preocupação relativamente ao controlo ambiental onde a criança dorme com recurso significativa a luz de presença, mantendo também a porta do quarto aberta mesmo depois da criança estar a dormir, estes dados devem ser considerados para alguns casos de insónia (Sptepanski, 2003).

Quanto as estratégias utilizadas nos acordares noturnos, verificou-se que segundo os pais (pai e mãe) a maior parte das crianças que tem despertares noturnos não

consegue acalmar-se e a voltar a adormecer sem a presença de um dos pais. Neste caso o pais referiram recorrer a algumas estratégias – levar a criança para a sua cama, ir ate ao quarto da criança e embalá-la ou um dos pais ficar a dormir no quarto da criança. Destas estratégias a mais consensualmente referida e utilizada é a partilha da cama dos pais sendo amplamente referida por pais e mães, note-se, que não existindo consenso nesta matéria a nível de literatura alguns estudos apontam este fator como associado a mais interrupções de sono (Hayes, 2010), além disso os estudos de Anders (2010) sugerem como benéfico a diminuição do envolvimento dos pais na hora de dormir e durante a noite.

Quando questionados sobre o seu papel para a regulação do sono dos filhos verificamos alguma incoerência face ao exposto anteriormente, uma vez que os pais indicaram de forma muito menos expressiva que partilhavam a cama com os filhos sugerindo que a participação dos pais deve ser regrada de forma a promover a progressiva auto-regulação da criança.

4.5. Perceções e crenças sobre o período da sesta em contexto Pré-escolar

De um modo geral, foi possível concluir de acordo com as perceções paternas e maternas que a sesta deve ser uma atividade a ser disponibilizada em contexto pré - escolar. A maioria das respostas salienta que esta atividade deve ser oferecida de acordo com as características individuais da própria criança e atender ao ritmo das próprias famílias. O sono diurno poderá ter um impacto positivo na regulação física da criança - proporcionando momentos de descanso - e na regulação emocional - permitindo às crianças momentos de retorno à calma e de relaxamento - estas perceções estão de acordo com os estudos de Staton & all (2015), concluindo-se que esta prática pode ter implicações significativas para o bem-estar e saúde das crianças. Encontramos coerência nas respostas de pais e mães quanto aos efeitos da ausência da sesta das crianças podendo causar sonolência, cansaço, dificultar a alimentação, e irritabilidade, por outro lado proporcionar sesta a crianças que podem já não necessitar desses períodos foi consistentemente apontado com atrasos no início do sono da noite.

Relativamente aos educadores de infância podemos também concluir que as suas perceções são concordantes com as referidas anteriormente por pais e mães.

Como sugere a literatura (El-Sheikh et al., 2012), podemos concluir que atualmente as instituições seguem diferentes linhas de atuação quanto à implementação de sestas: estabelecimentos pré-escolares que não oferecem sesta; estabelecimentos que mudam a resposta de acordo com a faixa etária; estabelecimentos que adequam as suas práticas permitindo dar respostas individuais a crianças e família.

Os educadores de infância evidenciaram que deve estar subjacente a esta rotina o respeito pelas características individuais das crianças e a necessidade de existir uma estreita colaboração com as famílias, contudo considera-se bastante relevante o facto da larga maioria destes profissionais sugerir que a sesta deveria ser mantida pelo menos durante o primeiro ano de frequência de pré-escolar (aos três anos), destaca-se o facto dos educadores da rede pública, que não tendo maioritariamente condições físicas para disponibilizar esta rotina consideram que as crianças sofrem algum tipo de privação causada pela sua ausência, sendo a sonolência e o cansaço as mais mencionadas.

5. SÍNTESE CONCLUSIVA E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivos identificar e comparar as crenças de pais, mães e educadores de infância em diferentes estruturas educativas - IPSS, Particular e Publica - em relação ao sono, qualidade do sono e estratégias facilitadoras de sono, bem como conhecer as suas perceções e crenças sobre o período de Sesta em contexto Pré-escolar.

Pelas respostas sugeridas por pais e mães concluiu-se que as crianças dormem um número de horas de sono adequado, tendo em conta as recomendações apresentadas na literatura, no entanto verificamos algumas incoerências quanto à certeza das respostas uma vez que as mães salientaram de forma significativa o facto de as crianças poderem não estar a dormir o tempo suficiente para suprimir as suas necessidades. Esta perceção é partilhada pelos educadores de infância, que em contexto pré-escolar, observam e registam comportamentos que na sua opinião são consequência do sono diminuído.

Relativamente à qualidade de sono, concluímos que de um modo geral, e com base nas perceções paternas e maternas, que a maioria das crianças tende a apresentar alguma dificuldade que se relaciona com o sono especialmente no que se refere ao início do adormecimento ou a insónia comportamental. Quanto aos hábitos e rotinas facilitadoras de sono, de um modo geral, os resultados indicam que pais e mães procuram oferecer às crianças um ambiente calmo, com atividades prévias de adormecimento que sejam tranquilas e relaxantes, destacando-se como atividade principal o hábito de contar histórias. De acordo com este estudo foi também possível concluir que a maioria das crianças passa pela cama dos pais, quer no início do adormecimento, quer quando ocorrem despertares noturnos, como estratégia facilitadora do sono, estas perceções estão conforme o apresentado na literatura.

Por fim, podemos também referir, que obtivemos concordância nas perceções apresentadas por pais, mães e educadores de infância quanto ao período da sesta em contexto Pré-escolar. A larga maioria das respostas obtidas indicam que esta atividade deve ser oferecida às crianças, tendo em conta as suas necessidades individuais, realçando-se que devem ser igualmente atendidas as necessidades e ritmos individuais das famílias. Embora concordantes verificamos algumas incoerências, principalmente nas respostas sugeridas pelos educadores de infância, uma vez que importando realçar o

respeito pelas necessidades das crianças, a maioria está vinculada a uma regra que muda a resposta de acordo com a faixa etária ou ainda na rede pública onde os educadores não conseguem dar esta resposta apontando questões físicas dos espaços Pré-escolares e questões ideológicas subjacente ao próprio contexto educativo. No que concerne às consequências destas práticas obtivemos resultados conforme os sugeridos pela literatura: a manutenção da sesta deve ser avaliada tendo em conta a necessidade individual da criança, uma vez que muitas crianças podem sofrer consequências pela privação da sesta, apresentando-se sonolentas, cansadas, irritadas ou ainda apresentando dificuldades nos períodos dedicados à alimentação, por um lado proporcionar sesta a crianças que podem já não necessitar desses períodos foi consistentemente apontado com atrasos no início do sono da noite.

Tendo em conta a importância do sono infantil crê-se que o período das sesta enquanto resposta a ser oferecida em contexto Pré-escolar necessita de maior avaliação e compreensão quer das características inerentes à criança quer da forma como este contexto está a responder às necessidades da própria família, uma vez que em termos de saúde, há uma preocupação crescente com o facto das crianças do nosso tempo estarem a dormir menos do que necessitam, e de que muitas delas possam estar a ser cronicamente privadas de sono.

É fundamental que os profissionais sejam sensíveis ao impacto que o sono insuficiente ou de má qualidade pode ter sobre o desenvolvimento infantil, reconhecendo o nível de fadiga das crianças durante o dia identificando os fatores que poderiam facilitar o sono das crianças, (Sadeh, 2003), realçando-se a importância de pensar em educar crianças pequenas sobre a importância do sono, disponibilizando-se recursos que sejam facilmente acessíveis aos pais, para que métodos de prevenção e de intervenção precoce possam ser implementados o mais cedo possível e sobretudo provendo relação positiva de confiança e de partilha entre educadores e pais de forma a identificar atempadamente problemas de sono das crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acebo, C., Sadeh, A., Seifer, R., Tzischinsky, O., Hafer, A. & Carskadon, M. (2005). Sleep/wake patterns derived from activity monitoring and maternal report for healthy 1- to 5-year-old children. *Sleep*, 28(12), 1568-77.
- American Academy of Sleep Medicine. (2007). *ICSD-2 - The International Classification of Sleep Disorders, 2nd ed.: Diagnostic and Coding Manual*. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine.
- Barclay, N. & Gregory, A. (2013). Quantitative genetic research on sleep: A review of normal sleep, sleep disturbances and associated emotional, behavioural, and health-related difficulties. *Sleep medicine reviews*, 17(1), 29-40.
- Bates, J., Viken, R., Alexander, D., Beyers J. & Stockton L. (2002). Sleep and adjustment in preschool children: sleep diary reports by mothers relate to behavior reports by teachers. *Child Development* 73 (1), 62-74.
- Bear, M., Conners, B. & Paradiso, M. (2001). *Neuroscience: exploring the Brain* (2ª ed.). USA: Lippincott Williams & Wilkin.
- Belenky, G., Wesensten, N., Thorne, D., Thomas, M., Sing, H., Redmond, D., Russo, M. & Balkin, T. (2003). Patterns of performance degradation and restoration during sleep restriction and subsequent recovery: a sleep dose-response study. *Journal Sleep*, 12(1), 1-12.
- Blair, P., Humphreys, J., Gringas, P., Scott, N., Edmond, A., Henderson, J. & Fleming, P. (2012). Childhood Sleep Duration and Associated Demographic Characteristics in an English Cohort. *Sleep*, 35(3), 353-60.
- Blum, N. & Carey, W. (1996). Sleep problems among infants and young children. *Pediatr Rev*, 17(3), 87-92.
- Bordeleau, S., Bernier, A., & Carrier, J. (2012). Longitudinal Associations Between the Quality of Parent–Child Interactions and children’s sleep at preschool age. *Journal of Family Psychology*, 26(2), 254–62.

- Braun, V. & Clarke, V. (2012). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners. Companion. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/256089360_Successful_Qualitative_Research_A_Practical_Guide_for_Beginners
- Brazelton, T. & Sparrow, J. (2003). *A Criança dos 3 aos 6 anos – O desenvolvimento emocional e do comportamento*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brown R., Basheer R., MacKenna J. & Streker R. (2012). Control of Sleep and Wakefulness. *Physiological Reviews*, 92(3), 1087-187.
- Burnham, M. (2002). *Sleep disorders. Handbook of Preschool Mental Health, Second Edition: development, disorders and treatment*. New York: Guilford Press.
- Cairns (2014). Changes in Sleep Duration, Timing, and Quality as Children Transition to Kindergarten *Behav Sleep Med*, 12(6), 507-16.
- Calhoun et al. (2014). Insomnia symptoms, objective sleep duration and hypothalamic-pituitary-adrenal activity in children. *Pubmed*, 44(5), 493-500.
- Carskadon, M. & Rechtschaffen, W., (2005). Normal Human Sleep: An Overview. In M.H. Kryger, T. Roth, & W.C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine*, 5th edition, (pp 16-26). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Cireli, C. & Tonini, G. (2008). Is sleep essential? *Journal PLOS*.
- Challamel M., (2006). *Estados de vigília e desenvolvimento psicossocial e emocional. Comentários sobre os textos de Anders, Thoman e Holditch-Davis*. Enciclopédia da sobre o Desenvolvimento da Primeira Infância. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/sono/segundo-especialistas/estados-de-vigilia-e-desenvolvimento-psicossocial-e-emocional-comentarios>
- Chung-Park, M. (2012). Knowledge, opinions, and practices of infant sleep position among parents. *Military Medicine*, 177(2), 235–239.

- Colten, H. & Altevogt, B. (2006). *Sleep Disorders and Sleep Deprivation*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Curcio, G., Ferrara, M. & Gennaro, L. (2006). Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Medicine Reviews*, 10(5), 323-37.
- Czeisler, C., Duffy, J., Aeschbach D. & Changa, A. (2015). Evening use of light-emitting e Readers negatively affects sleep, circadian timing, and next-morning alertness. *PNAS*, 112 (4), 1232 – 1237.
- Ednick, M., Cohen, A. & McPhail, G., (2009). A Review of the Effects of Sleep During the First Year of Life on Cognitive, Psychomotor, and Temperament Development. *SLEEP*, 32(11), 1449 – 1458.
- El-Sheikh, M., Buckhalt, J. A., Mark Cummings, E., & Keller, P. (2007). Sleep disruptions and emotional insecurity are pathways of risk for children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (1), 88-96.
- El-Sheikh. M., Buckhalt. J., Mize. J. & Acebo, C. (2006). Marital conflict and disruption of children's sleep. *Child Development*, 77(1), 31-43.
- France, K. (2004). Services and Programs Proven to be Effective in Managing Pediatric Sleep Disturbances and Disorders, and Their Impact on the Social and Emotional Development of Young Children. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1-8.
- Fukuda K. & Asaoka S. (2004). Delayed bedtime of nursery school children, caused by the obligatory nap, lasts during the elementary school period. *Sleep and Biological Rhythms*, *Sleep Biol Rhythms*, 2(2), 129.
- Galland, B., Taylor, B., Elder, D., & Herbison, P. (2012). Normal sleep patterns in infants and children: a systematic review of observational studies. *Sleep medicine reviews*, 16(3), 213-22.
- Gais, S., Lucas, B. & Born, J. (2000). Sleep after learning aids memory recall. *CSH Press*, 13, 259-262

- Gomes, M., Quinhones, M. & Engelhardt, E. (2010). Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. *Rev Bras Neurol*, 46 (1), 5-15.
- Gorgoni, M., Dátri, A., Rossini, P., Ferlazzo F., and Gennaro, K. (2013). Is Sleep Essential for Neural Plasticity in Humans, and How Does It Affect Motor and Cognitive Recovery? *Neural Plasticity*, 1-13.
- Gozal D., GulliverT., O'Brien L., & Montgomery-Downs .(2004). Polysomnographic Characteristics in Normal Preschool and Early School-Aged. *ChildrenAdvertising Disclaimer.Pediatrics*, 117(3), 741-53.
- Grahm, M. (2000). *Sleep needs, patterns, and difficulties of adolescents. Summary of a workshop*. Washington: National Academy Press.
- Hale, L., Berger, L. M., LeBourgeois, M. K., & Brooks-Gunn, J. (2011). A longitudinal study of preschoolers' language-based bedtime routines, sleep duration, and well-being. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 423-33.
- Hayes, M., Parker, K., Sallinen, B. & Davare, A. (2010). Bedsharing, temperament, and sleep disturbance in early childhood. *Sleep*, 24(6), 657-62.
- Hernandez, P. & Ted, A. (2011). A Molecular Basis for Interactions Between Sleep and Memory. *Sleep Medicine Clinics*, 6(1), 71-84.
- Hoban, T. & Cherwin, R. (2004). Distúrbios do sono em crianças pequenas: impactos sobre o desenvolvimento socio emocional e opções de tratamento. *Enciclopédia sobre desenvolvimento na primeira infância*, 1-4.
- Howard, B. & Wong, J. (2001). Sleep disorders. *Pediatric in review*,22 (10), 1-17.
- Hublin, C. & Kaprio, J. (2003). Genetic aspects and genetic epidemiology of parasomnias. *Sleep medicine reviews*, 7(5), 413-21.
- Inglis, J. *et al.* (2013). Napping and preschoolers: Staff beliefs and experiences in early childhood centres. *Queensland University of Technology* , 11(32), 4.

- Iglowstein, I., Jenni, G., Molinari, L. and Largo, R., (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: Reference values and generational trends. *Pediatrics*, 112(6), 1463-4.
- Iwata, S., Iwata, O., Lemura, A., Isawaki, M. & Matsuishi, T. (2011). Determinants of sleep patterns in healthy Japanese 5-year-old children. *International Journal Developmental Neuroscience*, 29(1), 57-62.
- Jenni, O. & O'Connor, B. (2005). Children's sleep: an interplay between culture and biology. *Pediatrics*, 115(1 Suppl), 204-16.
- Johnson, N., & McMahon, C. (2008). Preschoolers' sleep behaviour: associations with parental hardiness, sleep-related cognitions and bedtime interactions. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(7), 765–73.
- Karen et al., (2001). International Child Care Practices Study: infant sleeping environment *Early Human Development*, 62 (1), 43-55.
- Katarina, S., Swanson, M., & Trevathan, G. (1987). Persistence of sleep disturbances in preschool children. *Journal of Pediatrics*, 110, 642-646.
- Kitzinger, C. (2000). Doing feminist conversation analysis. *Sage Journal*, 10(2), 163-193.
- Kuhn B. & Elliott A. (2003) Treatment efficacy in behavioral pediatric sleep medicine. *Journal of Psychosomatic Research* ,54 (6), 587-597.
- Kurdziel, L. Duclos, K. & Spencer, R. (2013). Sleep spindles in midday naps enhance learning in preschool children. *PNAS*, 110 (43), 17267 – 17272.
- Kushnir, J. & Sadeh A. (2011). Sleep of preschool children with night-time fears. *Sleep Medicine Reviews*, 12(9), 870-4.
- Laberge, L., Tremblay R., Vitaro F. & Montplaisir, J. (2000). Development of Parasomnias From Childhood to Early Adolescence. *Getway Journal*, 106 (1), 288–289.
- Lam, P., Hiscock, H. & Wake, M. (2003). Outcomes of infant sleep problems: a longitudinal study of sleep, behavior, and maternal well-being. *Pediatrics*, 111 (3), 203 –207.

- Magee, C., Robinson L. & Keane C. (2017). Sleep quality subtypes predict health-related quality of life in children. *Sleep Medicine*, 35, 67–73.
- McDowall, P., Galland, B., Campbell, A. & Elder, D. (2016). Parent knowledge of children's sleep: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 31, 39-47.
- McCarley, R. & Sinton, C. (2008). Neurobiology of sleep and wakefulness. *Scholarpedia*, 3(4), 3313.
- Marriott, A., Staton S., Thorp, K. & Smith S. (2013). How do Current Sleep Practices in Early Education and Care Settings Reflect Current Knowledge About Good Sleep Habits and Environments? *Conference: Conference: 25th ASM of Australasian Sleep Association and Australasian Sleep Technologists Association, At Brisbane Australia, Volume: Sleep and Biological Rhythms, 11 (S2)*, 15-16.
- Matricciani, L. (2012). In search of lost sleep: Secular trends in the sleep time of school-aged children and adolescents. *Sleep medicine Reviews*, 16(3), 203-11.
- Meltzer L. (2010). Clinical Management of Behavioral Insomnia of Childhood: Treatment of Bedtime Problems and Night Wakings in Young Children. *Behavioral Sleep Medicine*, 8(3), 172-89.
- Mendes, R. (2008). A Criança, o sono e a Escola. *Revista referência*, II (7), 7-19.
- Middlemiss, W., Yaure, R. & Huey, E. (2015) Translating research-based knowledge about infant sleep into practice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 27(6), 328–337.
- Mindell, J., Li, A., Sadeh, A., Kwon, R., & Goh, D. (2015). Bedtime Routines for Young Children: A Dose-Dependent Association with Sleep Outcomes. *Sleep*, 38, 717 –722.
- Mindell, J., Sadeh, A., Kohyama, J. & How, T. (2010). Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: a cross-cultural comparison. *Sleep medicine*, 11(4), 393–9.
- Mindell J., & Owens J. (2010). *A Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems*. Nova York: Wolters Kluwer.

- Mindell, J., Sadeh, A., Wiegand, B., How, T., & Goh, D. Y. (2010). Cross-cultural differences in infant and toddler sleep. *Sleep medicine, 11*(3), 274-280.
- Mindell J., Sadeh, A., Kohyama J. & How T. (2010). Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: A cross-cultural comparison. *Sleep Medicine Review, 11*(4), 393-9.
- Mindell, J., Telofski, L., Wiegand, B. & Kurtz, E. (2009). A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood. *Sleep, 32* (5), 599.
- Mindell, J., Kuhn, B., Lewin, D., Meltzer, L. & Sadeh, A. (2006). A Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep, 29*(10), 1263-76.
- Mindell, J., Meltzer, L., Carskadon, M. & Chervin, R. (2009). Developmental aspects of sleep hygiene. Findings from the 2004 National Sleep Foundation's Sleep in America Poll. *Sleep Medicine, 10*(7), 771-9.
- Mindell, J. & Meltzer, L., (2006). Sleep and Sleep Disorders in Children and Adolescents. *Psichiatric Clinics, 29*(4), 1059-76.
- Mindell, J. (2005). *Sleeping Through the Night, Revised Edition: How Infants, Toddlers, and Their Parents Can Get a Good Night's Sleep*. London: Harper Collins Publishers.
- Mindell, J. & Owens, J. (2003). Medication Use in the Treatment of Pediatric Insomnia: Results of a Survey of Community-Based Pediatricians. *Gatway Journal, 11* (5), 628-35.
- Morgan, D. (1997). *The Focus Group Guidebook*. Sage Publications.
- Morrell, J., & Cortina-Borja, M. (2002). The developmental change in strategies parents employ to settle young children to sleep, and their relationship to infant sleeping problems, as assessed by a new questionnaire: the Parental Interactive Bedtime Behaviour Scale. *Infant and Child Development, 11*(1), 17-41.
- Morrell, J. (1999). The role of maternal cognitions in infant sleep problems as assessed by a new instrument, the maternal cognitions about infant sleep questionnaire. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 40*(2), 247- 258.

- Nunes, M. (2002). Distúrbios do sono. *Jornal Pediatrico*, 78 (Supl.1), S63 – S72.
- Owens, J., Jones, C. & Nash, R. (2011). Caregivers' Knowledge, Behavior, and Attitudes Regarding Healthy Sleep in Young Children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7(4), 345-50.
- Owens, J., Sangal, R., Sutton, V., Baken, R., Allen, A. & Kelsey, D. (2009). Subjective and objective measures of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Sleep medicine*, 10(4), 446-56.
- Owens, J., (2008). Classification and Epidemiology of Childhood Sleep Disorders. *Primary Care: Clinics in office practice*, 35(3), 533-46.
- Owens, J. (2007). Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Sleep Medicine Clinics*, 35(3), 533-46.
- Owens, J. (2005). Introduction: Culture and Sleep in Children. *Pediatrics*, 115 (1), 115-201.
- Owens, J. (2004). Sleep in children: Cross - cultural perspectives. *Sleep and Biological Rhythms*, 2, 165 – 173.
- Owens, J. & Witmans, M. (2004). Sleep Problems. Current Problems. *Pediatric & Adolescent Health Care*, 34 (4), 154-179.
- McDowall, P., Galland, B., Campbell A. & Dawn, E. (2017). Parent knowledge of children's sleep: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 31, 39-47.
- Pattinson et al, (2014). Emotional Climate and Behavioral Management during Sleep Time in Early Childhood Education Settings. *Early Childhood Research Quarterly, Journal*, 29(4), 660-668.
- Planalp, E. & Braungart-Rieker, J. (2016). Determinants of father involvement with young children: Evidence from the early childhood longitudinal study –birth cohort. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 135-46.

- Petit, D., Montplaisir, J., Lavigne, G., Pennestri, M. & Dauvilieres Y., (2007). Periodic leg movements during sleep and wakefulness in narcolepsy. *Journal of Sleep research*, 16(3), 333-9.
- Petit, D., Touchette, E., Tremblay, R., Boivin, M. & Montplaisir, J. (2006). Dyssomnias and parasomnias in early childhood. *Pediatrics*, 119(5), 1016-1025.
- Planalp, E. & Braungart-Rieker, J. (2016). Determinants of father involvement with young children: Evidence from the early childhood longitudinal study–birth cohort. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 135-46.
- Ramchandani, P., Wiggs, L., Webb, V. & Stores, G. (2000); A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children. *The BMJ*, 320, 209.
- Russo, P., Bruni O., Lucidi F., Ferri R. & Violani C. (2007). Sleep habits and circadian preference in Italian children and adolescents. *Journal of Sleep Research*, 16(2), 163-9.
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep medicine reviews*, 14(2), 89-96.
- Sadeh A., Mindell J., Luedtke K., & Wiegand B. (2008). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *Journal of sleep research*, 18(1), 60-73.
- Sadeh, A., Flint-Ofir, E., Tirosh, T., & Tikotzky, L. (2007). Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 74–87.
- Sadeh, A. (2005). Cognitive – behavioral treatment for childhood sleep disorders. *Clinical Psychology Review*, 25 (5), 612-628.
- Sadeh, A., Gruber, R. & Raviv, A. (2003). The effects of sleep restriction and extension on school-age children: What a difference an hour makes. *Child Development*, 74(2), 444-55.
- Sadeh, A., Gruber, R. & Raviv, A. (2002). A Sleep, neurobehavioral functioning and behavior problems in school-age children. *Child Development*, 73(2), 405-417,

- Sadeh A., Tikotzky L. & Scher A. (2000). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14(2), 89-96.
- Salavessa, M. & Vilarica, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Dossier: saúde mental infantil*, 25 (5), 84-91.
- Salzarulo, P. & Ficca, G. (2002). *Awakening and sleep-waking cycle across development*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Salzarulo, P. (2006). Sleeping Behaviour and Its Impact on Child Psychosocial Development. *Enciclopedia on Early Childhood development*, 1-5.
- Sheldon, S., Owens J., Babcock, D., Blumer, J.; Chervin R., Ferber, R., Goetting, Glaze D., Ivanenko A., Mindell, J., Marsha Rappley M., Rosen C, Sheldon S. (2005). The Use of Pharmacotherapy in the Treatment of Pediatric Insomnia in Primary Care: Rational Approaches. A Consensus Meeting Summary. *Journal of clinical Sleep medicine*, 1(1), 49-59.
- Sheldon, S., Spire, J. & Levy, H. (1992) *Pediatric sleep medicine*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Simard, V., Nielsen, T., Tremblay, R., Boivin, M., & Montplaisir, J. (2008). Longitudinal Study of Preschool Sleep Disturbance. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 162(4), 360–367.
- Sinclair D., Staton S., Smith S., Pattinson C., Marriott A., & Thorpe K. (2015). What parents want: parent preference regarding sleep for their preschool child when attending early care and education. *Sleep Health Journal of the National Sleep Foundation*, 2 (1). 12-18.
- Siren-Tiusanen, H. & Robinson, H. (2001). Nap Schedules and Sleep Practices in Infant Toddler Groups. *Early Childhood Research Quarterly*, 16 (4), 453-474.
- Sitnick, S., Goodlin-Jones, B., Tang, K., Liu, J. & Anders, T. (2008). The Children's Sleep Habits Questionnaire in toddlers and preschool children. *Dev Behav Pediatr*, 29(2), 82-88.

- Staton, S., Marriott, A., Pattinson, C., Smith, S., Sinclair, D., & Thorpe, K. (2016). Supporting sleep in early care and education: an assessment of observed sleep times using a sleep practices optimality. *Journal of the National Sleep Foundation*, 2(1):30-34.
- Staton, S., Marriott, A., Pattinson, C., Smith, S., Sinclair, D., & Thorpe, K. (2015). Supporting sleep in early care and education: an assessment of observed sleep times using a sleep practices optimality index. *Sleep Health*, 2(1):30-34.
- Staton, S., Smith, S., & Thorpe, K. (2015). “Do I really need a nap?”: The role of sleep science in informing sleep practices in early childhood education and care settings *APA Journal*, 1(1), 32-44.
- Stepanski, E. & Wyatt, J. (2003). Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 7(3), 215-25.
- Teti, D., Kim, B.-R., Mayer, G., & Counterline, M. (2010). Maternal emotional availability at bedtime predicts infant sleep quality. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 307–15.
- Tikotzky, L., & Shaashua, L. (2012). Infant sleep and early parental sleep-related cognitions predict sleep in pre-school children. *Sleep medicine*, 13(2), 185-192.
- Tikotzky L, Sadeh A. (2001); Sleep patterns and sleep disruptions in kindergarten children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (4), 581-591.
- Tinuper P., Provini F. Bisuli F., Vignatelli, L. & Plazzi G, (2007). Movement disorders in sleep: Guidelines for differentiating epileptic from non-epileptic motor phenomena arising from sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 11(4), 255-67.
- Thoman E. (2005). Sleep-wake states as a context for assessment, as components of assessment, and as assessment. In: Singer LT, Zeskind PS, eds. *Behavioral assessment of the infant*. New York, NY: Guilford Press; (pp.125-148).
- Thorpe, K., Sinclair, D., Smith, S., Staton S. & Pattison, C. (2014). Emotional Climate and Behavioral Management during Sleep Time in Early Childhood Education Settings. *Early Childhood Research Quarterly*, 29 (4), 660-668.

- Tononi, G. & Cirelli, C., (2014). Enhancement of sleep slow waves: underlying mechanisms and practical consequences. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 28, 1-17.
- Touchette, É., Petit, D., Tremblay, R. & Montplaisir, J. (2009). Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias: *New perspectives. Sleep medicine reviews*, 13 (5), 355-361.
- Touchette, E., Petit, D., Séguin, J., Boivin, M., Tremblay, R. & Montplaisir, J. (2007). Associations between sleep duration patterns and behavioral/cognitive functioning at school entry. *Sleep*, 30(9), 1213-1219.
- Touchette, É., Petit, D., Paquet, J., Boivin, M., Japel, C., Tremblay, R. E., & Montplaisir, J. (2005). Factors associated with fragmented sleep at night across early childhood. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 159(3), 242-9.
- Trejos, M., Olives, P., Perez, P. & Ribeiro, M. (2014). An integral approach to insomnia in primary care: Non-pharmacological and phytotherapy measures compared to standard treatment. *Pub med*, 47(6):351-8.
- Turnbul K., Reid G. & Morton B. (2013). Behavioral Sleep Problems and their Potential Impact on Developing Executive Function in Children. *Sleep*, 36(7), 1077-1084.
- Tikotzky, L., & Shaashua, L. (2012). Infant sleep and early parental sleep-related cognitions predict sleep in pre-school children. *Sleep medicine*, 13(2), 185-192.
- Tikotzky L, Sadeh A. (2001); Sleep patterns and sleep disruptions in kindergarten children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 581-591.
- Tinuper, P., Provini, F. Bisuli, F., Vignatelli, L. & Plazzi G. (2007). Movement disorders in sleep: Guidelines for differentiating epileptic from non-epileptic motor phenomena arising from sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 11(4), 255-67.
- Thoman E., (2005). Sleep-wake states as a context for assessment, as components of assessment, and as assessment. In: *Singer LT, Zeskind PS, eds. Behavioral assessment of the infant*. New York, NY: Guilford Press; (pp.125-148).
- Weiss, M. (2010). Sleep Problems in the Child with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Springer Link*, 37(6), 637-46.

- Weiss, S. & Garbutt, A. (2010). Pharmacotherapy in pediatric sleep disorders. *Pmc news*, 21(3), 508-21.
- Wiggs, L. & France K. (2000). Behavioural treatments for sleep problems in children and adolescents, physical illness, psychological problems or intellectual disabilities. *Sleep Medicine Reviews*, 4(3), 299-314.
- Williams, S. & Horst, J. (2014). Goodnight book: sleep consolidation improves word learning via storybooks. *Frontiers in psychology*, 5, 184.
- Worthman, C. (2008). *Development cultural ecology of sleep*. Oxford: Oxford Scholarship Online.
- Van Dongen, H., Maislin G., Mullington, D. (2003). The Cumulative Cost of Additional Wakefulness: Dose-Response Effects on Neurobehavioral Functions and Sleep Physiology From Chronic Sleep Restriction and Total Sleep Deprivation. *Sleep*, 26(2), 117-26.
- Zhang, J., Li, A. & Fok, T. (2010). Roles of Parental Sleep/Wake Patterns, Socioeconomic Status, and Daytime Activities in the Sleep/Wake Patterns of Children. *The Journal of pediatrics*, 156(4), 606-12.
- Zee, P. & Turek, F. (2006). Everywhere and in Both Directions. *The JAMA network*, 1686-1688.
- Zuckerman, B., Stevenson, J., Bailey V. (1987). Sleep Problems in Early Childhood: Continuities, Predictive Factors, and Behavioral Correlates. *Pediatrics*, 80(5), 664-71.