

O AMBIENTE DAS ENFERMIARIAS PEDIÁTRICAS FAVORECE O SONO DAS CRIANÇAS?

DOES THE ENVIRONMENT IN PAEDIATRIC WARDS PROMOTE CHILDREN'S SLEEP?

Lia Oliveira¹, Rosário Ferreira²

1. Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - CHLN, Centro Académico de Medicina de Lisboa

2. Unidade de Pneumologia Pediátrica. Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - CHLN, Centro Académico de Medicina de Lisboa

Acta Pediatr Port 2014;45:82-89

ABSTRACT

Introduction: Hospitalized patients are more vulnerable to sleep problems, due to the illness itself and to medical treatments and the hospital environment. Sleep deprivation is detrimental to recovery. Knowledge of the actual situation in wards is essential in order to identify aspects that need to be changed. The objectives of this study were to characterize sleep conditions in the paediatric wards of a tertiary hospital and to compare the knowledge of doctors and nurses concerning sleep routines during hospitalization.

Methods: A specially designed questionnaire focusing on organization and routines in the wards was applied to 150 health professionals (50 doctors and 100 nurses). Descriptive and comparative analyses were performed (non-parametric tests, $p < 0.05$) using SPSS® v. 19.0 statistical software.

Results: Eighty-one responses were obtained (23 doctors and 58 nurses). Children are attended overnight by a care provider and all bedrooms have television. The presence of toys in bedrooms is mentioned by most respondents (83.5%). About half of respondents (55.8%) indicate that children fall asleep between 8 and 10 pm. Lighting (96.3%) and noise (75.0%) are reported to be reduced during the night. Napping is considered a common practice (90.4%). A significant number of professionals report that there is no time limit for playing (18.4%), going to sleep (13.0%) or turning off electronic devices (32.9%).

The knowledge of doctors and nurses differs significantly regarding several aspects of routines and night schedules.

Conclusions: This study reveals that, although lighting and noise are reduced during the night, there are other sleep disruptors. Differences in knowledge between the two professional groups may reflect a lack of definite rules. It is essential to inform and to educate health professionals concerning the significance of sleep (quantity and quality) during hospitalization.

Keywords: sleep; children; hospitalization.

RESUMO

Introdução: O sono é essencial para a recuperação do estado de saúde, estando os doentes hospitalizados mais vulneráveis a problemas do sono por vários motivos: a própria doença, os profissionais de saúde, o ambiente hospitalar. O conhecimento da realidade vivida nas enfermarias é essencial para a identificação de aspetos passíveis de intervenção. Os objetivos deste estudo foram caracterizar as condições de sono em enfermarias pediátricas de um hospital terciário e comparar, entre médicos e enfermeiros, o conhecimento sobre rotinas de sono em internamento.

Métodos: Foi desenvolvido um questionário focando a organização e rotinas da enfermaria, que foi distribuído por 150 profissionais de saúde. Foi realizada uma análise estatística descritiva e comparativa (testes não-paramétricos, $p < 0,05$), usando o *software* SPSS v.19.0.

Resultados: Foram obtidas 81 respostas. As crianças ficam com um acompanhante durante a noite e todos os quartos têm televisão. A presença de brinquedos nos quartos é referida pela maioria dos profissionais (83,5%). Cerca de metade dos profissionais (55,8%) indica que as crianças adormecem no período entre

as 20h00 e as 22h00 e considera que a luminosidade (96,3%) e o ruído (75,0%) são reduzidos durante a noite. A sesta é considerada um hábito comum (90,4%). Um número significativo de profissionais refere não existir horário limite para brincar (18,4%), para adormecer (13,0%) ou para desligar aparelhos eletrónicos (32,9%). Os conhecimentos de médicos e enfermeiros diferem significativamente em relação a vários aspetos das rotinas e horários noturnos.

Conclusões: Este estudo demonstra que embora exista redução da luz e do ruído durante a noite, existem vários fatores disruptores do sono. A diferença de conhecimentos entre os dois grupos profissionais pode traduzir a ausência de regras definidas. É essencial informar e educar os profissionais de saúde para a importância da qualidade e quantidade de sono durante o internamento.

Palavras-chave: sono; crianças; hospitalização.

INTRODUÇÃO

O sono é um processo biológico dinâmico, complexo e essencial para todos os seres humanos, independentemente da idade, género ou etnia¹. É uma necessidade

básica do organismo, com influência na maturação do sistema nervoso central, bem como no desenvolvimento psicomotor, cognitivo e comportamental das crianças^{2,3}. É um estado de inatividade física, mas reparador, no qual as funções sensoriais ficam reduzidas e os músculos relaxam; também as funções superiores do córtex cerebral e as atividades psíquicas ficam desativadas durante esse período⁴.

As perturbações do sono representam um dos principais problemas comportamentais de crianças e adolescentes, sendo particularmente prevalentes em determinadas populações, como as crianças hospitalizadas^{5, 6}. Neste grupo específico, a insónia inicial ou de conciliação é a perturbação de sono mais frequentemente associada, resultando numa privação de sono importante. Até há alguns anos, a principal consequência conhecida atribuível à privação de sono era o comprometimento das capacidades cognitivas; contudo, sabe-se atualmente que para além da disfunção cognitiva com repercussões na aprendizagem, memória, capacidade de abstração e pensamento criativo⁷, muitos outros domínios são afetados: metabólico, endócrino e imune. Vários estudos epidemiológicos mostram que as pessoas com atividade profissional realizada em turnos, sem períodos regulares de sono, apresentam maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade⁸. As relações intrínsecas destas associações ainda não estão completamente compreendidas; porém, acredita-se no papel fundamental do sistema neuroendócrino⁸: a restrição de sono origina um estado de *stress* metabólico, com ativação do sistema nervoso simpático e aumento do cortisol e catecolaminas séricas. Estas alterações hormonais conduzem a um estado pró-inflamatório, que contribui para a lesão cardiovascular⁸. Também o sistema imunitário fica deprimido com a privação do sono^{8,9}, influenciando a capacidade de recuperação da doença. As intervenções na qualidade e quantidade do sono durante o internamento devem consistir, sobretudo, em medidas não farmacológicas. É essencial a definição de uma hora de silêncio e de redução da luz e a limitação dos cuidados clínicos durante o sono. Além disso, o conforto do doente é fundamental, sendo essencial a avaliação e o alívio da dor. Em determinadas situações específicas e selecionadas, poderão estar recomendados agentes hipnóticos⁵.

As características e condições do sono durante o internamento têm sido alvo de vários estudos, aplicados maioritariamente à população adulta ou a Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Estes estudos revelam que há uma redução dos períodos de sono, bem como um aumento do número de despertares e da sonolência diurna¹⁰. É referido que mais de um terço dos doentes

apresenta insónia^{11,12} e que 50-75% dos doentes hospitalizados necessitam de fármacos hipnóticos ou sedativos para melhorar a qualidade do sono¹³. Na população pediátrica, estes estudos são escassos e referem-se a ambientes restritos e populações muito específicas. Foi identificado apenas um estudo que avaliou a quantidade e qualidade de sono de crianças em internamento hospitalar, fora de UCI, mas num grupo muito específico de doentes com cancro¹⁴.

O objetivo deste estudo é caracterizar as rotinas associadas ao sono durante o internamento de crianças em enfermarias pediátricas e comparar o conhecimento de médicos e enfermeiros relativamente a essas rotinas.

MÉTODOS

Foi distribuído um questionário de resposta fechada, desenvolvido especificamente para o efeito, a 50 médicos e 100 enfermeiros do departamento de pediatria de um hospital universitário de nível III. Foram excluídas as UCI pediátrica e neonatal atendendo às suas características particulares.

As questões incidiram sobre quatro áreas principais, cada uma caracterizada pelas seguintes variáveis:

1 - Organização da enfermaria: número de acompanhantes durante a noite, distribuição das crianças pelos quartos de acordo com a idade e patologia, existência de televisão e brinquedos nos quartos, isolamento sonoro e luminoso relativamente ao exterior.

2 - Horários praticados na enfermaria: limite para brincar, adormecer, desligar aparelhos eletrónicos, acordar.

3 - Rotinas durante a noite: redução da iluminação e ruído, fecho de portas e estores, restrição da circulação, ligar luz de cabeceira ou teto durante deslocações aos quartos, concentração dos cuidados em determinados momentos.

4 - Rotinas durante as sextas: prática habitual, redução da iluminação e ruído, fecho de portas e estores.

A análise estatística foi realizada recorrendo ao *software* estatístico SPSS® v.19.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Na análise descritiva as variáveis foram expressas em valor absoluto e em percentagem. Para a estatística comparativa entre os conhecimentos de médicos e enfermeiros foram aplicados testes não-paramétricos (Qui-quadrado de Pearson). O nível de significância estabelecido foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dos 150 questionários distribuídos, foram obtidas 81 res-

postas: 23 médicos (37% do total de médicos dos serviços de pediatria médica e cirurgia pediátrica, excluindo UCI) e 58 enfermeiros (47% do total de enfermeiros dos serviços de pediatria médica e cirurgia pediátrica, excluindo UCI) de cinco enfermarias. Dos profissionais que responderam ao questionário, 66,7% (n=54) realizam turnos noturnos nas unidades: nove médicos e 45 enfermeiros ($p<0,001$). Em todas as enfermarias, durante a noite, apenas permanece um acompanhante por criança. Todos os quartos, incluindo os de berços, têm televisão. No que respeita às características gerais e organização da enfermaria (Tabela 1), cerca de um terço dos profissionais de saúde refere que as crianças são distribuídas nos quartos de acordo com a idade, com 65,4% a considerar que a organização dos quartos respeita a situação/gravidade clínica; uma maior percentagem de médicos considera este último aspeto importante na distribuição das crianças ($p=0,015$).

Relativamente à redução do ruído durante a noite, cerca de um quarto dos médicos (26,1%) afirma desconhecer tal realidade, com apenas um enfermeiro (1,8%) a apresentar a mesma opinião ($p=0,002$). A maioria dos enfermeiros (73,7%) refere que as portas dos quartos não são fechadas durante a noite, enquanto cerca de metade dos médicos (52,2%) responde afirmativamente ($p<0,001$). Relativamente ao fecho dos estores no período noturno, a maioria dos enfermeiros responde afirmativamente (77,2%) e 28,6% dos médicos desconhece esse aspeto ($p=0,001$). De acordo com a maioria dos profissionais, a circulação durante a noite fica restringida nas enfermarias ($p=0,029$). Quanto à utilização da luz de cabeceira do doente durante a prestação de cuidados, a maioria dos médicos responde afirmativamente, ao passo que cerca de metade dos enfermeiros refere fazê-lo apenas esporadicamente ($p=0,038$).

Tabela 1. Características gerais e organização da enfermaria

| Características da enfermaria | Sim n (%) | Não n (%) | Não sei / Por vezes n (%) | p* |
|---|--|--|------------------------------------|-------|
| | Médicos n (%) Enfermeiros n (%) | Médicos n (%) Enfermeiros n (%) | Médicos n (%) Enfermeiros n (%) | |
| Crianças distribuídas de acordo com idade (n=78) | 25 (32,1%) 9 (40,9%) 16 (28,6%) | 53 (67,9%) 13 (59,1%) 40 (71,4%) | -- | 0,293 |
| Crianças distribuídas de acordo com situação clínica (n=78) | 51 (65,4%) 19 (86,4%) 32 (57,1%) | 27 (34,6%) 3 (13,6%) 24 (42,9%) | -- | 0,015 |
| Existência de brinquedos no quarto (n=79) | 66 (83,5%) 15 (68,2%) 51 (89,5%) | 9 (11,4%) 3 (13,6%) 6 (10,5%) | 4 (5,1%) 4 (18,2%) 0 (0,0%) | 0,003 |
| Bom isolamento sonoro e luminoso do exterior (n=80) | 53 (66,3%) 15 (65,2%) 38 (66,7%) | 24 (30,9%) 6 (26,1%) 18 (31,6%) | 3 (3,8%) 2 (8,7%) 1 (1,8%) | 0,321 |

*Comparação entre os conhecimentos dos médicos e dos enfermeiros. Teste Qui-quadrado de Pearson, $p<0,05$.

A presença de brinquedos nos quartos é referida por 83,5% dos profissionais, salientando-se o facto de quatro (18,2%) médicos desconhecerem tal aspeto ($p=0,003$). Globalmente, a opinião acerca do bom isolamento sonoro e luminoso das enfermarias relativamente ao exterior é favorável, sem diferenças entre os profissionais ($p=0,321$).

Nas rotinas noturnas (Tabela 2), verifica-se consenso nas respostas dos dois grupos de profissionais relativamente à redução da iluminação durante a noite ($p=0,193$), à utilização da luz do teto na prestação de cuidados durante o período noturno ($p=0,708$) e ao facto de concentrar as ações de cuidados num determinado período ($p=0,081$).

A sesta (Tabela 3) é considerada um hábito comum pela maioria dos profissionais; destaca-se o facto de cerca de um quarto dos médicos (26,1%) não ter conhecimento sobre essa matéria, enquanto 87,7% dos enfermeiros consideram este hábito frequente ($p=0,009$). Não é consensual a redução da iluminação, uma vez que cerca de um terço (33,6%) dos médicos desconhece essa atitude; por seu lado, a maioria dos enfermeiros (59,6%) refere tratar-se de um comportamento frequente ($p<0,001$). No que se refere ao silêncio durante esse período de descanso, as opiniões divergem, com 35,0% dos médicos a desconhecer tal aspeto e 72,4% dos enfermeiros a referir não existir redução do ruído no período da sesta ($p<0,001$).

Tabela 2. Condições gerais da enfermaria durante o sono noturno

| Condições durante o sono noturno | Sim n (%) | Não n (%) | Não sei / Por vezes n (%) | p* |
|--|---|--|---|--------|
| | Médicos n (%) Enfermeiros n (%) | Médicos n (%) Enfermeiros n (%) | Médicos n (%) Enfermeiros n (%) | |
| Redução da iluminação (n=80) | 77 (96,3%) 22 (95,7%) 55 (96,5%) | 2 (2,5%) 0 (0,0%) 2 (3,5%) | 1 (1,2%) 1 (4,3%) 0 (0,0%) | 0,193 |
| Redução do ruído (n=80) | 60 (75,0%) 15 (65,2%) 45 (78,9%) | 13 (16,2%) 2 (8,7%) 11 (19,3%) | 7 (8,8%) 6 (26,1%) 1 (1,8%) | 0,002 |
| As portas são fechadas (n=80) | 59 (75,6%) 12 (52,2%) 12 (21,1%) | 11 (14,1%) 4 (17,4%) 42 (73,7%) | 8 (10,3%) 7 (30,4%) 3 (5,3%) | <0,001 |
| Os estores são fechados (n=78) | 59 (75,6%) 15 (71,4%) 44 (77,2%) | 11 (14,1%) 0 (0,0%) 11 (19,3%) | 8 (10,3%) 6 (28,6%) 2 (3,5%) | 0,001 |
| Restrição da circulação (n=79) | 63 (79,8%) 17 (73,9%) 46 (82,1%) | 11 (13,9%) 2 (8,7%) 9 (16,1%) | 5 (6,3%) 4 (17,4%) 1 (1,8%) | 0,029 |
| Ligar a luz da cabeceira nos cuidados (n=73) | 42 (51,9%) 15 (83,3%) 27 (49,1%) | 1 (1,2%) 0 (0,0%) 1 (1,8%) | 30 (37%) 3 (16,7%) 27 (49,1%) | 0,038 |
| Ligar a luz do teto nos cuidados (n=73) | 2 (2,7%) 0 (0,0%) 2 (3,6%) | 15 (20,6%) 4 (22,2%) 11 (20,0%) | 56 (76,7%) 14 (77,8%) 42 (76,4%) | 0,708 |
| Concentrar as ações de cuidados (n=72) | 46 (56,8%) 14 (87,5%) 32 (57,1%) | 10 (12,3%) 1 (6,3%) 9 (16,1%) | 16 (19,8%) 1 (6,3%) 15 (26,8%) | 0,081 |

*Comparação entre os conhecimentos dos médicos e dos enfermeiros. Teste Qui-quadrado de Pearson, $p < 0,05$.

Relativamente ao fecho de portas e estores, a maioria dos médicos responde afirmativamente, ao contrário dos enfermeiros ($p < 0,001$).

Na Tabela 4, referente aos horários praticados nas enfermarias, verifica-se que 40,0% dos médicos desconhece se existe horário limite para brincar, enquanto metade dos enfermeiros refere que este momento ocorre no período entre as 20h00 e as 22h00 ($p = 0,014$). Quanto à hora de adormecer, a maior parte dos profissionais refere o período entre as 20h00 e as 22h00; 25,0% dos médicos consideram não existir horário definido para tal ocorrência e 8,8% dos enfermeiros têm a mesma opinião ($p = 0,034$). Em relação ao período indicado para desligar os aparelhos eletrónicos, a maioria dos médicos (63,6%) considera, mais uma vez, não existir horário definido; por sua vez, cerca de metade dos enfermeiros (49,1%) considera que corresponde ao período entre as 20h00 e as 22h00 ($p < 0,001$).

Relativamente ao acordar (Tabelas 5 e 6), 57,3% dos pro-

fissionais considera que este é espontâneo ($p = 0,002$). Considerando aqueles que responderam que o acordar é despoletado pelos cuidados, este acontece no período entre as 8h00 e as 10h00 ($p = 0,782$).

DISCUSSÃO

Este estudo demonstra que, ainda que existam alguns cuidados com a preservação do sono em enfermarias pediátricas, as rotinas não são uniformes nem estão claramente estabelecidas.

O internamento determina, por si só, uma alteração do ambiente que é perturbadora do sono. Em crianças hospitalizadas, é esperada maior dificuldade no início e manutenção do sono devido a fatores ambientais e médicos relacionados com a hospitalização, tais como a dor, a ansiedade e a manipulação do doente.

Um estudo⁵, que incluiu três hospitais pediátricos (9440

crianças), revelou que 3-6% das crianças hospitalizadas são medicadas com diversos fármacos não aprovados em idade pediátrica, de forma a resolver distúrbios de sono durante o internamento. Contudo, e dada a inexistência de indicações pediátricas para a maior parte dos fármacos hipnóticos utilizados, a primeira abordagem no tratamento da perturbação do sono em pediatria deve consistir em medidas não farmacológicas⁵. A criação de condições favoráveis ao estabelecimento de um sono reparador é fundamental como parte do plano de recuperação da criança doente.

A maioria dos profissionais considera que, nas enfermarias incluídas neste estudo, as crianças não são distribuídas de acordo com a idade, o que possibilita a coabitação de crianças de diferentes grupos etários, com hábitos e necessidades de sono díspares, dificultando o estabelecimento de horários adequados. Este deverá ser um dos aspetos a rever, dado que as necessidades de sono variam com a faixa etária⁴. Ainda que não uniformemente, a maioria dos profissionais também considera que a distribuição das crianças pelos quartos deve respeitar a situação clínica, permitindo níveis semelhantes de monitorização; este aspeto poderá minimizar a

Tabela 3. Condições gerais da enfermaria durante a sesta

| Condições de sono durante a sesta | Sim n (%) | Não n (%) | Não sei / Por vezes n (%) | p* |
|--|---|--|---|--------|
| | Médicos n (%) Enfermeiros n (%) | Médicos n (%) Enfermeiros n (%) | Médicos n (%) Enfermeiros n (%) | |
| É frequente as crianças dormirem a sesta? (n=80) | 66 (82,5%) 16 (69,6%) 50 (87,7%) | 6 (7,5%) 1 (4,3%) 5 (8,8%) | 8 (10,0%) 6 (26,1%) 2 (3,5%) | 0,009 |
| Redução da iluminação (n=76) | 43 (56,6%) 9 (47,4%) 34 (59,6%) | 26 (34,2%) 4 (21,1%) 22 (38,6%) | 7 (9,2%) 6 (31,6%) 1 (1,8%) | <0,001 |
| Redução do ruído (n=78) | 21 (26,9%) 5 (25,0%) 16 (27,6%) | 50 (64,1%) 8 (40,0%) 42 (72,4%) | 7 (9,0%) 7 (35,0%) 0 (0,0%) | <0,001 |
| As portas são fechadas (n=76) | 26 (34,2%) 10 (52,6%) 16 (28,1%) | 47 (61,9%) 6 (31,6%) 41 (71,9%) | 3 (3,9%) 3 (15,8%) 0 (0,0%) | <0,001 |
| Os estores são fechados (n=76) | 33 (43,4%) 11 (57,9%) 22 (38,6%) | 35 (46,1%) 2 (10,5%) 33 (57,9%) | 8 (10,5%) 6 (31,6%) 2 (3,5%) | <0,001 |

*Comparação entre os conhecimentos dos médicos e dos enfermeiros. Teste Qui-quadrado de Pearson, p<0,05.

Tabela 4. Horários de algumas rotinas na enfermaria

| Horários na enfermaria | < 20h n (%) | 20 – 22h n (%) | > 22h n (%) | S/ horário n (%) | p* |
|---------------------------------------|---|---|--|---|--------|
| | Médicos n (%) Enfermeiros n (%) | Médicos n (%) Enfermeiros n (%) | Médicos n (%) Enfermeiros n (%) | Médicos n (%) Enfermeiros n (%) | |
| Limite para brincar (n=76) | 0 (0,0%) 0 (0,0%) 0 (0,0%) | 34 (44,7%) 6 (30,0%) 28 (50,0%) | 28 (36,9%) 6 (30,0%) 22 (39,3%) | 14 (18,4%) 8 (40,0%) 6 (10,7%) | 0,014 |
| Adormecer (n=77) | 0 (0,0%) 0 (0,0%) 0 (0,0%) | 43 (55,8%) 10 (50,0%) 33 (57,9%) | 24 (31,2%) 5 (25,0%) 19 (33,3%) | 10 (13,0%) 5 (25,0%) 5 (8,8%) | 0,034 |
| Desligar aparelhos eletrónicos (n=76) | 1 (1,3%) 0 (0,0%) 1 (1,8%) | 32 (42,1%) 4 (18,2%) 28 (49,1%) | 18 (23,7%) 1 (4,5%) 17 (29,8%) | 25 (32,9%) 14 (63,6%) 11 (19,3%) | <0,001 |

*Comparação entre os conhecimentos dos médicos e dos enfermeiros. Teste Qui-quadrado de Pearson, p<0,05.

interrupção do sono por cuidados alheios. Idealmente, as crianças deveriam ser distribuídas de acordo com a idade e com a gravidade da sua situação clínica.

Os ritmos circadianos são gerados internamente^{15,16}, necessitando de regulação por elementos exógenos, sendo a luz o mais importante. A manutenção do ritmo sono-vigília, fundamental em numerosos processos associados ao sono, implica variabilidade na intensidade luminosa, que deve ser rigorosamente controlada¹⁷.

concentrá-los em curtos períodos de tempo e realizando apenas os que são absolutamente necessários durante os períodos de sono, permite preservar o descanso sem prejuízo assistencial. Ainda que não tenham sido avaliados neste trabalho, vários procedimentos médicos e cuidados de enfermagem (mudanças de fralda, mudanças de decúbito, colheita de material para exames, exame físico) não são emergentes, podendo ser realizados durante o período de vigília, preservando os períodos de sono.

Tabela 5. Despertar na enfermaria

| O acordar | Para cuidados n (%) | Espontaneamente n (%) | p* |
|---------------------------------|--|---|-------|
| | Médicos n (%) Enfermeiros n (%) | Médicos n (%) Enfermeiros n (%) | |
| Como acordam as crianças (n=75) | 32 (42,7%) 2 (11,1%) 30 (52,6%) | 43 (57,3%) 16 (88,9%) 27 (47,4%) | 0,002 |

*Comparação entre os conhecimentos dos médicos e dos enfermeiros. Teste Qui-quadrado de Pearson, $p < 0,05$.

Tabela 6. Horários de acordar para os cuidados de enfermagem

| Horário do acordar para os cuidados | < 08h (n=32) | 08 – 10h (n=32) | >10h (n=32) | p* |
|-------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|----|
| | n (%) | 5 (15,6%) | 26 (81,3%) | |
| Médicos n (%) | 0 (0,0%) | 2 (100,0%) | 0 (0,0%) | |
| Enfermeiros n (%) | 5 (16,7%) | 24 (80,0%) | 1 (3,3%) | |

*Comparação entre os conhecimentos dos médicos e dos enfermeiros. Teste Qui-quadrado de Pearson, $p < 0,05$.

Quando questionados sobre as atitudes determinantes de interrupção do sono, a maior parte dos profissionais reconhece que existe diminuição da intensidade luminosa durante a noite. Na deslocação aos quartos, a maioria refere ligar esporadicamente a luz do teto, com cerca de metade dos enfermeiros a utilizar esporadicamente a luz de cabeceira; este comportamento interfere com a normal regulação do sono pela luz. Embora a luminosidade seja essencial para a prestação de determinados cuidados à criança, as restantes coabitantes do quarto veem o seu sono ser também interrompido quando se utiliza a luz do teto, o que seria potencialmente evitável se fosse utilizada a luz de cabeceira do doente.

Sendo o sono uma necessidade humana básica, com influência na recuperação da doença, os cuidados prestados durante o internamento deverão considerar e promover condições próprias para períodos de sono e repouso tranquilos e ininterruptos⁴. A manipulação da criança cria ansiedade, dificultando o processo de reconciliação do sono uma vez terminados os cuidados⁴. A adoção de um plano estruturado de prestação de cuidados, procurando

A realização de cuidados em horários fixos e inflexíveis, e sem que sejam tomadas medidas que minimizem o som e ruído, amplia e agrava significativamente a interferência sobre o sono. A maioria dos profissionais de saúde afirma concentrar as suas ações de cuidados num determinado período da noite; quando analisamos separadamente médicos e enfermeiros, são estes últimos que menos referem concentrar os cuidados. Esta diferença encontrada entre os dois grupos profissionais poderá refletir uma maior sensibilização dos médicos para estes assuntos ou, mais provavelmente, um maior desconhecimento da realidade, já que são os enfermeiros que mais tempo permanecem na enfermaria durante a noite e que, consequentemente, aí prestam mais cuidados durante esse período. Um estudo¹⁴ que avaliou a circulação de pessoas em enfermarias, determinou um intervalo de três a vinte e duas entradas e saídas de profissionais e acompanhantes nos quartos durante um turno de oito horas, sugerindo que as atividades da enfermaria decorrem ao longo de toda a noite. No presente estudo, a maioria dos profissionais considera que existe restrição de passagem a pessoas

estranhas ao serviço durante o período noturno; contudo, não foi avaliado o número de vezes que os profissionais das unidades entram nos quartos/enfermarias durante a noite, não sendo possível objetivar esse dado.

O ambiente hospitalar tem, inerentemente, fatores disruptores do sono (como os alarmes dos monitores, luzes intensas), aos quais se associam outros fatores externos e dispensáveis (por exemplo, televisão e outros aparelhos eletrónicos, telemóveis). Este estudo permitiu constatar que todos os quartos têm televisão, com cerca de um terço dos profissionais de saúde a referir não existir limite de horário para desligar os aparelhos eletrónicos; esta decisão fica ao arbítrio dos pais ou mesmo das crianças mais velhas.

As sesta, frequentes até cerca dos quatro anos de idade, dependem das necessidades individuais de cada criança, tendo como pretensão completar o sono noturno e restaurar o bem-estar físico⁴. A maioria dos profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, considera a sesta um hábito frequente. Durante este período, a maioria dos profissionais refere existir uma redução da iluminação; contudo, a maioria considera não existir redução do ruído, não sendo as portas fechadas nem os estores corridos, o que poderá minimizar o objetivo reparador deste período de sono.

A duração adequada dos períodos de sono não está claramente definida, sendo variável de indivíduo para indivíduo e dependendo da situação⁷. Determinou-se que crianças hospitalizadas com idades compreendidas entre os três e os oito anos perdem 20% a 25% do tempo de sono expectável, devido, principalmente, ao aumento do período de latência do sono^{18,19}. Outros estudos^{20,21} demonstraram um horário de deitar mais tardio, o que parece estar de acordo com os nossos dados. Embora a maioria dos profissionais refira que as crianças adormecem no período entre as 20h00 e as 22h00, cerca de um terço dos enfermeiros considera que este momento apenas ocorre após as 22h00, com um quarto dos médicos a afirmar não existir horário. Por seu lado, o despertar não é tão consensual, sendo as respostas muito díspares, com a maioria dos médicos a referir que este ocorre espontaneamente, enquanto a maioria dos enfermeiros considera que este momento é despoletado pela prestação de cuidados (maioritariamente no período entre as 8h00 e as 10h00). Esta discrepância revela diferentes conhecimentos sobre as rotinas de internamento, mas claramente existe um horário de adormecer tardio com uma hora de despertar precoce. Sendo mais difícil e problemático prolongar o sono durante a manhã, pela necessidade de observação e administração de terapêutica ou realização de exames complementares de diagnóstico, é desejável que seja realizada maior intervenção sobre a hora de adormecer, de modo que a sua antecipação permita maior número de horas de sono.

Este estudo apresenta diversas limitações: ainda que todos os inquéritos tenham sido realizados em enfermarias, as características destas são muito diferentes, quer ao nível de monitorização, com conseqüente variação na existência de alarmes e no nível de cuidados, quer no número de doentes por quarto. Também o facto de serem os enfermeiros a permanecer durante maiores períodos nas enfermarias poderá conferir-lhes alguma vantagem em termos de conhecimentos de rotinas noturnas. Não foi avaliada a opinião de doentes e acompanhantes sobre as condições de sono no internamento, nem a diferença nos hábitos do sono de cada criança relativamente ao domicílio, o que, a ser feito num estudo futuro, poderá dar um contributo significativo para a adoção de medidas protetoras. As respostas obtidas são subjetivas e eventualmente influenciáveis pelas convicções do inquirido, sendo importante objetivar estes dados através, por exemplo, da medição real dos níveis de ruído e de luminosidade.

Este estudo revela que existem vários fatores de disrupção do sono nas enfermarias pediátricas aos quais nem todos os profissionais estão atentos. As discordâncias de conhecimentos entre médicos e enfermeiros demonstram a ausência de rotinas claramente definidas para minimizar a perturbação de sono por elementos exógenos (ruído, luminosidade, interrupção para cuidados).

Curiosamente, ainda que sejam os médicos que revelam maior desconhecimento sobre as rotinas associadas ao sono, são os enfermeiros que aparentemente adotam atitudes menos protetoras do sono, o que evidencia a necessidade premente de ações de formação para todos os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados prestados à criança internada.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem a todos os médicos e enfermeiros que contribuíram para este estudo, através da resposta aos questionários.

CORRESPONDÊNCIA

Lia Oliveira
lcfoliveira@gmail.com

Recebido: 01/05/2013

Aceite: 30/12/2013

REFERÊNCIAS

1. Young JS, Bourgeois JA, Hilty DM, Hardin KA. Sleep in hospitalized medical patients, Part 1: Factors affecting sleep. *J Hosp Med* 2008;3:473-482.
2. Ednick M, Cohen AP, McPhail GL, Beebe D, Simakajornboon N, Amin RS. A review of the effects of sleep during the first year of life on cognitive, psychomotor, and temperament development. *Sleep* 2009;32:1449-1458.
3. Dinges DF. The state of sleep deprivation: from functional biology to functional consequences. *Sleep Med Rev* 2006;10:303-305.
4. Paiva MB, Sousa CA, Soares E. Uma viagem pelo sono da criança internada em unidade de terapia intensiva pediátrica. *R Enferm UERJ* 2004;12:321-327.
5. Meltzer LJ, Mindell JA, Owens JA, Byars KC. Use of sleep medications in hospitalized pediatric patients. *Pediatrics* 2007;119:1047-1055.
6. Linder LA, Christian BJ. Characteristics of the nighttime hospital bedside care environment (sound, light and temperature) for children with cancer. *Cancer Nurs* 2011;34:176-184.
7. AlDabal L, BaHammam AS. Metabolic, endocrine, and immune consequences of sleep deprivation. *Open Resp Med J* 2011;5:31-43.
8. Faraut B, Boudjeltia KZ, Vanhamme L, Kerkhofs M. Immune, inflammatory and cardiovascular consequences of sleep restriction and recovery. *Sleep Med Rev* 2012;16:137-149.
9. Spiegel K, Sheridan JF, Van Cauter E. Effect of sleep deprivation on response to immunization. *JAMA* 2002;288:1471-1472.
10. Redeker NS. Sleep in acute care settings: an integrative review. *J Nurs Scholarsh* 2000;32:31-38.
11. Meissner HH, Riemer A, Santiago SM, Stein M, Goldman MD, Williams AJ. Failure of physician documentation of sleep complaints in hospitalized patients. *West J Med* 1998;169:146-149.
12. Southwell MT, Wistow G. Sleep in hospitals at night: are patients needs being met? *J Adv Nurs* 1995;21:1101-1109.
13. Noble T, Spiroulas M, White JM. Determinants of benzodiazepine prescribing and administration in a public hospital. *Pharmacopsychiatry* 1993;26:11-14.
14. Hinds PS, Hockenberry M, Rai SN, Zhang L, Razzouk BI, McCarthy K, et al. Nocturnal awakenings, sleep environment interruptions and fatigue in hospitalized children with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2007;34:393-402.
15. Menna-Barreto L, Wey D. Ontogénese do sistema de temporização – A construção e as reformas dos ritmos biológicos ao longo da vida. *Psicol USP* 2007;18:133-153.
16. Mendes LR, Fernandes A, Garcia FT. Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar. *Acta Pediatr Port* 2004;35:341-347.
17. Rivkees SA. Developing circadian rhythmicity in infants. *Pediatrics* 2003;112:373-381.
18. Hagemann V. Night sleep of children in a hospital. Part I: Sleep duration. *Matern Child Nurs J* 1981;10:1-13.
19. Hagemann V. Night sleep of children in a hospital. Part II: Sleep duration. *Matern Child Nurs J* 1981;10:127-142.
20. White MA, Powell GM, Alexander D, Williams PD, Conlon M. Distress and self-soothing bedtime behaviours in hospitalized children with non-rooming-in parents. *Matern Child Nurs J* 1988;17:67-77.
21. White MA, Williams PD, Alexander DJ, Powell-Cope GM, Conlon M. Sleep onset latency and distress in hospitalized children. *Nurs Res* 1990;39:134-139.