

**Utilização de dispositivos digitais, tempo de
ecrã e sono em idade escolar:
Estudo comparativo entre população pediátrica com
PHDA e grupo controlo no CHUCB**

Maria João Mendes Pinto Runa

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientadora: Dra. Cristiana Mafalda Mendes Carvalho

Fevereiro de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Maria João Mendes Pinto Runa, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41918 de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 14 /02 /2024

Maria João Runa

Dedicatória

Ao meu avô José.

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora, Dra. Cristiana Carvalho, pela disponibilidade e ajuda na elaboração deste trabalho.

Agradeço à minha família, ao meu namorado e aos meus amigos pelo apoio, carinho e paciência durante todo o curso, especialmente, durante a elaboração desta dissertação.

Resumo

Introdução: A perturbação de hiperatividade e défice de atenção é uma perturbação com prevalência considerável em idades jovens, classicamente associada a utilização desajustada de dispositivos digitais e alterações nos padrões de sono, como pode ser verificado em inúmeros estudos publicados.

Objetivos: Este estudo foi realizado com o intuito de comparar os padrões de utilização de dispositivos digitais, o tempo de ecrã e os hábitos de sono de crianças e adolescentes com perturbação de hiperatividade e défice de atenção com jovens saudáveis sem esse diagnóstico.

Metodologia: Estudo transversal analítico. Os dados foram recolhidos através de dois questionários aplicados a crianças e adolescentes entre os 6 e os 17 anos, no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (Covilhã). O primeiro grupo é constituído por jovens que cumprem os critérios de diagnóstico para perturbação de hiperatividade e défice de atenção e o segundo grupo por jovens sem perturbação. A análise estatística foi realizada com recurso ao software *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 28.0.0.0, considerando um nível de significância de 0,05 para a análise estatística inferencial.

Resultados: O estudo foi integrado por 105 jovens, 37 (35,2%) com perturbação de hiperatividade e défice de atenção e 68 (64,8%) sem patologia, considerados como grupo controlo. A maioria dos jovens participantes nesta investigação utiliza dispositivos digitais diariamente (82,9%), maioritariamente o telemóvel (91,4%), não cumprindo a recomendação de evitar o uso nos 30 a 60 minutos antes de adormecer (58,1%). Foi concluído que aproximadamente uma em cada quatro crianças e adolescentes, neste estudo, apresentam problemas de sono (24,1%), com maior prevalência nos jovens com perturbação de hiperatividade e défice de atenção (37,5%).

Conclusão: Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, entre os dois grupos estudados, no que diz respeito aos hábitos de utilização de dispositivos digitais ou de higiene do sono. A obtenção de dados por auto-reporte e o número reduzido de participantes no estudo pode ser considerado uma limitação.

Palavras-chave

PHDA; Pediatria; Dispositivos digitais; Tempo de ecrã; Sono

Abstract

Introduction: Attention deficit hyperactivity disorder is a condition with considerable prevalence at young ages, classically associated with inappropriate use of digital devices and changes in sleep patterns, as can be seen in numerous published studies.

Objectives: This research aimed to compare the usage patterns of digital devices, screen time and sleep habits between children and adolescents diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and healthy youths without such a diagnosis.

Methodology: Analytical cross-sectional study. The data were collected through two questionnaires applied to children and adolescents between the ages of 6 and 17 years, at the Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (Covilhã). The first group consists of young people who meet the diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder and the second group is composed by youths without the disorder. Statistical analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences software, version 28.0.0.0, considering a significance level of 0.05 for inferential statistical analysis.

Results: The study included 105 participants, 37 (35,2%) with attention deficit hyperactivity disorder and 68 (64,8%) without pathology, considered as a control group. The majority of youths participating in this investigation uses digital devices daily (82,9%), mostly cell phones (91,4%), not complying with the recommendation to avoid using them 30 to 60 minutes before falling asleep (58,1%). It was concluded that 24,1% of the children and adolescents in this study have sleep problems, and those with ADHD have a bigger prevalence (37,5%).

Conclusion: It was found that there are no statistically significant differences between the two groups studied regarding habits of using digital devices or sleep hygiene. The reliance on self-report data and the limited number of participants in the study can be considered a limitation.

Keywords

ADHD; Pediatrics; Digital; Screen time; Sleep

Índice

Capítulo 1 -Introdução	1
1.1 PHDA	1
1.1.1 PHDA e sono	2
1.1.2 PHDA e dispositivos digitais	3
1.2 Objetivos	4
Capítulo 2 – Metodologia de Investigação	5
2.1 Descrição do estudo	5
2.2 Procedimentos de recolha de informação	5
2.3 Participantes e critérios de inclusão e de exclusão	5
2.4 Instrumentos e variáveis em estudo	7
2.5 Análise estatística	8
Capítulo 3 - Resultados	10
3.1 Caracterização da amostra	10
3.2 Utilização de dispositivos digitais	12
3.3 <i>Children´s Sleep Habits Questionnaire</i>	18
Capítulo 4 - Discussão	22
Capítulo 5 - Conclusão	24
5.1 Limitações do estudo	24
Bibliografia	26
Anexos	30

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição dos participantes do estudo por cada grupo	6
Figura 2 - Tratamento farmacológico realizado pelos indivíduos do grupo com PHDA	11

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Média de idades dos jovens participantes no estudo	10
Tabela 2 - Distribuição de acordo com o sexo biológico dos participantes do estudo	10
Tabela 3 - Média de idades dos cuidadores dos participantes do estudo	11
Tabela 4 - Utilização de dispositivos digitais	12
Tabela 5 - Dispositivo digital próprio	13
Tabela 6 - Dispositivos digitais presentes no quarto da criança/adolescente	13
Tabela 7 - Atividades preferenciais dos jovens quando utilizam dispositivos digitais	14
Tabela 8 - Utilização diária de dispositivos digitais	15
Tabela 9 - Horas de utilização nos dias úteis	15
Tabela 10 - Horas de utilização nos fins de semana, férias e feriados	15
Tabela 11 - Tempo contínuo de utilização de dispositivos digitais	16
Tabela 12 - Supervisão sobre a utilização dos dispositivos digitais	16
Tabela 13 - Limitação ao tempo de utilização dos dispositivos digitais	16
Tabela 14 - Utilização de dispositivos digitais <1 hora antes de adormecer	17
Tabela 15 - Utilização de dispositivos digitais após ir para a cama	17
Tabela 16 - Perceção dos cuidadores sobre se o tempo de utilização é motivo de conflito	18
Tabela 17 - Perceção dos cuidadores sobre se o tipo de utilização é motivo de conflito	18
Tabela 18 - Perceção dos cuidadores sobre o impacto negativo decorrente da utilização de dispositivos digitais	18
Tabela 19 - Inferência sobre a perceção dos cuidadores relativamente aos hábitos de sono dos jovens	19
Tabela 20 - Resultados do <i>Children's Sleep Habits Questionnaire</i>	20
Tabela 21 - Quantificação do tempo que os jovens passam acordados durante a interrupção noturna do sono	20
Tabela 22 - Resultados do cálculo do score do <i>Children's Sleep Habits Questionnaire</i>	21
Tabela 23 - Distinção dos jovens que apresentam problemas do sono considerando a pontuação obtida no CSHQ	21

Lista de Acrónimos

PHDA	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition
CHUCB	Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
CSHQ	<i>Children's Sleep Habits Questionnaire</i>

Capítulo 1

Introdução

1.1 PHDA

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é uma das perturbações do neurodesenvolvimento mais frequentemente diagnosticadas em idade pediátrica, com uma prevalência estimada em mais de 5% em todo o mundo (1,2).

Esta patologia apresenta um impacto significativo na qualidade de vida destas crianças e jovens, famílias, educadores e conviventes, pela sua disrupção a nível social, académico e nas atividades e exigências do dia a dia (3).

Considerando os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition (DSM-V)*, e sabendo que existe muita variabilidade de sintomas inerentes a esta patologia, a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é essencialmente caracterizada pela existência de um padrão persistente de inatenção e/ ou hiperatividade-impulsividade, que surge antes dos 12 anos e que está presente no mínimo durante 6 meses, tendo impacto negativo a nível académico, social e pessoal (4).

Existem vários sintomas que se enquadram num contexto de défice de atenção, por exemplo mostrar-se distraído por estímulos supérfluos, esquecer de realizar atividades comuns da vida diária, apresentar dificuldades na organização de tarefas e perder objetos necessários a certas atividades (4).

A hiperatividade manifesta-se através de atividade motora excessiva em momentos inoportunos, como por exemplo não conseguir permanecer sentado durante o período de atividades escolares ou à refeição. A impulsividade, por sua vez, é notória quando o indivíduo se mostra visivelmente incomodado por ter de aguardar a sua vez ou interrompe frequentemente as conversas, entre outras manifestações (4).

Esta perturbação do neurodesenvolvimento pode ser identificada através da observação de sintomas comportamentais, recolha da história clínica, avaliação do contexto pessoal, social e escolar e dialogando com a criança, de forma a perceber a sua própria perspetiva, bem como com os cuidadores. Esta avaliação deve ser completada com outros instrumentos, como a *Escala de Conners*, que pode ser dirigida aos pais/representantes legais ou aos professores (1).

Tendo esta patologia uma prevalência considerável e grandes repercussões para a criança ou adolescente, é de extrema importância identificá-la e geri-la da melhor forma possível.

Atualmente, o consenso que existe é que o tratamento para a perturbação de hiperatividade e déficit de atenção deve ser multimodal, incorporando tanto abordagens farmacológicas como não farmacológicas. Este tratamento deve ser individualizado e adaptado a cada paciente, considerando a sua idade, a gravidade do distúrbio, a presença de comorbilidades e o suporte familiar (1,5).

No que diz respeito ao tratamento farmacológico, os fármacos mais estudados e utilizados são os fármacos psicoestimulantes, com grande destaque para o metilfenidato, seguido pela lisdexanfetamina. Como segunda linha de tratamento, podem ser utilizados fármacos não psicoestimulantes, nomeadamente a atomoxetina (5). Os fármacos psicoestimulantes apresentam inúmeros efeitos secundários, particularmente associados ao sono, tais como insónias e um tempo de latência para iniciar o sono superior a 30 minutos (6).

A terapêutica não farmacológica mais utilizada é a terapia cognitivo-comportamental, que pode ser centrada na família ou no doente, dependendo da idade da criança. Esta terapia tem efeitos positivos a nível comportamental, de relação com os pares e com a família, bem como na realização das atividades da vida diária (1).

As doenças de neurodesenvolvimento podem levar a alterações de estilo de vida e alguns estudos mostraram que as crianças com o diagnóstico de PHDA tendem a não cumprir as horas de sono recomendadas e apresentam maior risco de uso problemático da tecnologia, em relação a crianças que não apresentam este distúrbio (3,7,8,9,10,11,12,13,14).

1.1.1 PHDA e sono

Ter uma boa higiene de sono é de extrema importância para o desenvolvimento físico, cognitivo, comportamental e social das crianças e dos adolescentes (15,16,17). As recomendações atuais para a população pediátrica são de 9 a 12h de sono por dia, para crianças entre os 6 e os 12 anos, e 8 a 10 horas de sono por dia para adolescentes entre os 13 e os 18 anos (18,19). No entanto, as alterações dos padrões de sono, como o número de horas de sono e o tempo demorado até adormecer, afetam uma percentagem muito significativa de crianças e adolescentes em todo o mundo (20).

Cerca de 70% dos jovens com PHDA apresentam problemas relacionados com o sono, nomeadamente resistência na hora de deitar e em iniciar o sono. Além disso, esses jovens costumam ter uma duração de sono inferior à recomendada, destacando-se essa tendência no sexo feminino (13). Estas alterações relacionam-se com o tratamento farmacológico

utilizado para o controlo da perturbação, nomeadamente os fármacos psicoestimulantes, que demonstraram aumentar a latência de início do sono e reduzir o tempo total de sono (6).

A redução do tempo e qualidade do sono resulta num aumento da irritabilidade e alterações da função executiva destas crianças, pelo que é de extrema importância a sua regulação (13).

O sono é, em parte, influenciado pela utilização de dispositivos digitais, pelo que medidas que envolvam a diminuição do tempo de ecrã, como a remoção dos ecrãs do quarto e evitar a utilização dos dispositivos imediatamente antes de deitar, trarão inúmeros benefícios para os jovens (9,20).

1.1.2 PHDA e dispositivos digitais

Os avanços tecnológicos levaram a alterações no dia a dia de praticamente todos os indivíduos em países desenvolvidos e a população pediátrica não é exceção. As crianças e os adolescentes utilizam cada vez mais cedo os equipamentos eletrónicos, seja em atividades académicas ou de lazer (21).

Para crianças em idade escolar é recomendado que a utilização de dispositivos digitais tenha duração ≤ 2 horas, seja limitada de forma personalizada e até excluída de algumas circunstâncias, nomeadamente durante o horário de refeição e nos 30 a 60 minutos antes da criança/adolescente se deitar (21,22). Os responsáveis pelas crianças são aconselhados a gerir e monitorizar a utilização dos dispositivos, a instigar a utilização saudável dos mesmos e também a servir de modelo, estando conscientes da sua própria utilização (21,23).

Atualmente, temos conhecimento de que o uso de dispositivos digitais, como televisão, telemóveis e consolas de jogos, sem uma devida restrição, está associado a alterações na qualidade do sono (9,20).

Os jovens com PHDA, pelas características da própria patologia, como a dificuldade na organização e o controlo de impulsos, apresentam, normalmente, mais dificuldade na monitorização e controlo do tempo de utilização de dispositivos digitais (24). Por isso, esta perturbação do neurodesenvolvimento constitui um fator de risco para a utilização problemática dos dispositivos digitais, nomeadamente relacionada com a utilização excessiva da internet, *Gaming Disorder (DSM-V)*, adição a redes sociais e cyberbullying (11,12,14,25).

Inúmeros estudos reportam diferenças na utilização de dispositivos digitais entre crianças e adolescentes com e sem PHDA, particularmente no que diz respeito a uma maior taxa de

utilização de equipamentos eletrónicos, como o computador e as consolas de jogos e um maior tempo de ecrã nos dias úteis, nos jovens com a perturbação (7,8,9,10).

1.2 Objetivos

O presente estudo, realizado no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, pretende analisar os padrões de utilização de dispositivos digitais e de sono em jovens, com idades entre os 6 e os 17 anos, com o diagnóstico de PHDA, comparando-as com um grupo controlo com idades compreendidas no mesmo intervalo. A investigação teve por base a caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo e o foco principal foram questões relacionadas com o tempo de ecrã, o tipo e as circunstâncias de utilização de dispositivos digitais, bem como a perspetiva dos responsáveis pelas crianças. Além disso, o estudo foca ainda os hábitos de sono nesta amostra.

Capítulo 2

Metodologia de Investigação

2.1 Descrição do estudo

O presente estudo apresenta caráter transversal analítico. Os dados foram recolhidos num período de aproximadamente 3 meses após o delineamento do estudo e ponderação das hipóteses.

O trabalho de investigação recebeu parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira (Anexo 1).

O consentimento informado, livre e esclarecido de todos os participantes foi assegurado através do documento referente ao mesmo (Anexo 2).

2.2 Procedimentos de recolha de informação

A recolha de informação foi realizada através da distribuição de dois questionários, um sobre o contexto sociodemográfico dos participantes e os hábitos de utilização dos dispositivos digitais (Anexo 3) e um questionário de hábitos de sono (Anexo 4), adaptado do *Children's Sleep Habits Questionnaire* de Prof. Owens.

O recrutamento dos participantes e a distribuição dos questionários foi realizado em ambiente hospitalar, na consulta externa de pediatria e no serviço de urgência do CHUCB.

A recolha de dados decorreu de setembro de 2023 a dezembro de 2023 e foram obtidas 105 respostas válidas para o questionário de utilização de dispositivos digitais e apenas 79 respostas válidas para o CSHQ.

2.3 Participantes e critérios de inclusão e exclusão

No presente estudo, participaram crianças e adolescentes entre os 6 e os 17 anos.

Num dos grupos em estudo incluem-se crianças e adolescentes com o diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, tendo estes participantes sido selecionados aquando consulta programada de pediatria no CHUCB. O diagnóstico de

PHDA tinha já sido estabelecido com base na história e avaliação clínica em consulta de Pediatria do desenvolvimento, complementada com avaliação psicológica e utilização de questionários comportamentais aplicados aos pais e professores, nomeadamente a Escala de Conners.

O primeiro grupo (PHDA) é constituído por um total de 37 participantes (35,2%) e o grupo de controlo (sem PHDA) perfaz um total de 68 participantes (64,8%), como é apresentado na figura 1.

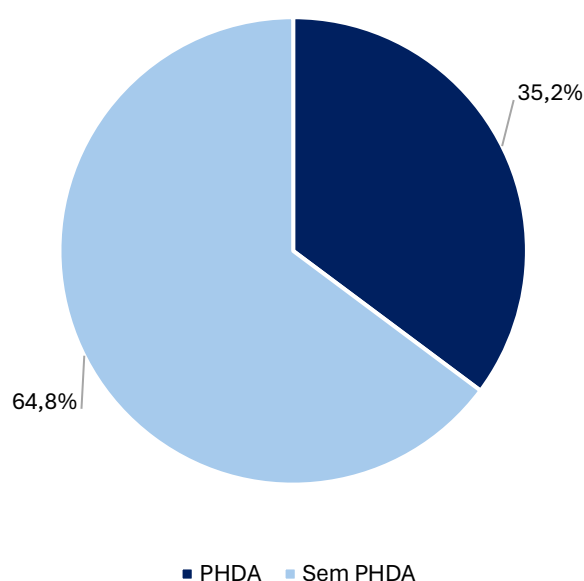


Figura 1 -Distribuição dos participantes do estudo por cada grupo

Na apresentação dos resultados os grupos passarão a designar-se:

- Total (PHDA + Sem PHDA)
- PHDA (Grupo com PHDA)
- Sem PHDA (Grupo controlo)

Foram excluídos do presente trabalho crianças e adolescentes com défice cognitivo e/ou perturbação do espectro do autismo.

2.4 Instrumentos e variáveis em estudo

O primeiro questionário associa os dados sociodemográficos das crianças participantes do estudo e os dados de utilização dos dispositivos digitais.

Deste questionário são consideradas as seguintes variáveis:

Dados sociodemográficos:

- Idade da criança/adolescente
- Sexo da criança/adolescente
- Quem responde ao questionário
- Quem responde ao questionário passa mais tempo com a criança/adolescente
- Idade do cuidador principal
- Situação profissional do cuidador
- Escolaridade do cuidador principal
- Diagnóstico de PHDA
- PHDA sob tratamento farmacológico
- Tratamento farmacológico realizado

Padrão de utilização de dispositivos digitais:

- Dispositivos que a criança/adolescente utiliza
- Dispositivos que a criança/adolescente possui
- Dispositivos presentes no quarto da criança/adolescente
- Atividades preferidas ao utilizar dispositivos digitais
- Utilização diária
- Número médio de horas de uso nos dias úteis
- Número médio de horas de uso durante os fins de semana/férias/feriados
- Supervisão sobre a utilização dos dispositivos
- Limite de tempo de utilização dos dispositivos
- Tempo contínuo máximo de utilização dos dispositivos
- Utilização de dispositivos <1 hora antes de adormecer
- Utilização de dispositivos após ir para a cama
- Tempo de utilização é motivo de conflito
- Tipo de utilização é motivo de conflito
- Impacto negativo na vida da criança/adolescente decorrente da utilização dos dispositivos

O questionário utilizado para a caracterização dos hábitos de sono “Children’s Sleep Habits Questionnaire”, de Prof. Owens, foi utilizado na sua versão abreviada, adaptada e validada para a população portuguesa (26,27,28). O questionário supracitado encontra-se validado para crianças dos 4 aos 10 anos, mas foi utilizado em vários estudos para avaliar os hábitos de sono de jovens com idade até aos 18 anos (29,30).

Cada item é pontuado com um valor de 1 a 3, sendo que o valor 1 corresponde a “raramente”, o valor 2 a “às vezes” e o valor 3 a “habitualmente”, com exceção dos itens 1,2,3,10,11 e 26, cuja pontuação é atribuída de forma inversa. Nos últimos dois itens do questionário a opção “não ficou sonolenta” corresponde a 1 ponto, a opção “ficou muito sonolenta” a 2 pontos e “adormeceu” a 3 pontos (27).

A pontuação final do questionário varia de 33 a 99 e o “cut-off” considerado, para a existência de problemas de sono, foi de 48 pontos, que é considerado o valor mais adaptado à população portuguesa (28).

Do questionário “Children’s Sleep Habits Questionnaire” são consideradas as seguintes variáveis:

- Problema com o sono ou com o adormecer
- Hora de deitar durante a semana
- Hora de deitar durante o fim de semana
- Tempo total de sono diário
- Tempo acordado durante a noite
- Hora de acordar nos dias de semana
- Hora de acordar no fim de semana
- Pontuação total do questionário

2.5 Análise Estatística

A análise estatística foi realizada recorrendo ao software IBM SPSS Statistics, versão 28.0.0.0, considerando um nível de significância de 0,05.

Para a análise estatística descritiva, procedeu-se ao cálculo das frequências relativas e absolutas das variáveis.

No contexto da análise estatística inferencial, para avaliar as variáveis ordinais, foi utilizado o teste T para aquelas que satisfizeram os pressupostos de normalidade (avaliados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov) e igualdade de variâncias (avaliados pelo teste de Levene). Para as variáveis que não cumpriram esses pressupostos, optou-se pelo teste U de Mann-

Whitney. Para a análise das variáveis nominais, foi utilizado o teste do Qui-quadrado e para a quantificação do grau de associação entre as mesmas, foi utilizado o coeficiente de contingência V de Cramer, segundo o critério de Cohen (31):

- $V < 0,1$: associação muito fraca
- $0,1 \leq V < 0,3$: associação fraca
- $0,3 \leq V < 0,5$: associação moderada
- $V \geq 0,5$: associação forte

Capítulo 3

Resultados

3.1 Caracterização da amostra

O presente estudo abrangeu um total de 105 jovens, com média de idade de $11,70 \pm 3,51$ anos (Tabela 1). No que diz respeito à distribuição de acordo com o sexo biológico, 57 respostas correspondem a indivíduos do sexo masculino (54,3%) e 48 do sexo feminino (45,7%) (Tabela 2).

O grupo com PHDA distingue-se da amostra total por apresentar uma distribuição de sexos com predominância para o sexo masculino, uma vez que 64,9% dos indivíduos com PHDA são do sexo masculino e apenas 35,1% do sexo feminino.

Tabela 1- Média de idades dos jovens participantes no estudo

	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	K-S	M-W
		$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	p	p
Idade	104	$11,70 \pm 3,51$	$12,00 \pm 3,64$	$11,54 \pm 3,45$	0,035	0,515

N- N° respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo; K-S – Kolmogorv- Smirnov; M-W – Mann-Whitney; \bar{x} - média; dp- desvio-padrão

Tabela 2 - Distribuição de acordo com o sexo biológico dos participantes do estudo

Sexo biológico	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		n(%)	n(%)	n(%)	p	
Masculino	105	57 (54,3)	24 (64,9)	33 (48,5)	0,108	0,157
Feminino		48 (45,7)	13 (35,1)	35 (51,5)		

N- N° respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo;

Na maioria dos casos, os questionários foram preenchidos pela pessoa que passa mais tempo com a criança/adolescente (97,1%), na sua maioria representados pela mãe ou pelo

pai (95,2%). A idade dos cuidadores está compreendida entre os 24 e os 55 anos, sendo a média de idades de $42,55 \pm 6,10$ anos (Tabela 3). Os dados relativos à escolaridade e emprego revelam que a maior parte dos cuidadores completou o 12º ano (39,8%) ou o ensino superior (34,0%) e que 90,2% dos cuidadores estão empregados, enquanto 9,8% está em situação de desemprego.

Tabela 3 - Média de idades dos cuidadores dos participantes do estudo

	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	K-S	Levene	T
		$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	p	p	p
Idade do cuidador	97	42,55 ± 6,10	41,74 ± 6,55	42,98 ± 5,85	0,200	0,545	0,339

N- N° respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo; K-S – Kolmogorv- Smirnov; T- Teste T; \bar{x} - média; dp- desvio-padrão

Considerando o grupo com o diagnóstico de PHDA, podemos constatar que 81,1% dos jovens realizam tratamento farmacológico para a perturbação. O fármaco maioritariamente utilizado é o metilfenidato, como é possível observar na figura 2.

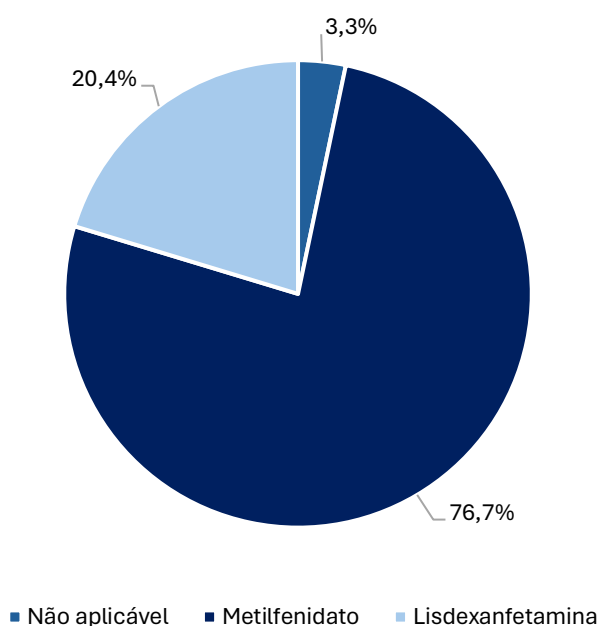


Figura 2 - Tratamento farmacológico realizado pelos indivíduos do grupo com PHDA

3.2 Utilização de dispositivos digitais

Considerando a amostra total, é perceptível que a maioria dos jovens utilizam pelo menos um dispositivo digital, na sua maioria, o telemóvel. Os dados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4- Utilização de dispositivos digitais

Dispositivo	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		n (%)	n (%)	n (%)	p	
Telemóvel	105	96 (91,4)	34 (91,9)	62 (91,2)	0,900	0,012
Tablet	105	26 (24,8)	9 (24,3)	17 (25,0)	0,939	0,007
Computador	105	72 (68,6)	26 (70,3)	46 (67,6)	0,782	0,027
Televisão	105	87 (82,9)	29 (78,4)	58 (85,3)	0,369	0,088
Consola de Jogos	105	22 (21,0)	8 (21,6)	14 (20,6)	0,901	0,012

N- Nº respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo;

Uma considerável percentagem dos jovens incluídos neste estudo possui o seu próprio dispositivo, que na maioria dos casos corresponde ao telemóvel ou ao computador, como se pode observar na Tabela 5. No grupo com PHDA, existe uma menor percentagem de jovens que têm o seu próprio telemóvel (diferença superior a 10%), comparativamente ao grupo controlo, mas tal não se revela estatisticamente significativo.

Tabela 5- Dispositivo digital próprio

Dispositivo próprio	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	p	
Telemóvel	105	73 (69,5)	23 (62,2)	50 (73,5)	0,227	0,118
Tablet	105	22 (21,0)	7 (18,9)	15 (22,1)	0,706	0,037
Computador	105	54 (51,4)	21 (56,8)	33 (48,5)	0,420	0,079
Televisão	105	19 (18,1)	8 (21,6)	11 (16,2)	0,489	0,068
Consola de Jogos	105	20 (19,0)	8 (21,6)	12 (17,6)	0,620	0,048

N- Nº respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo

Os dispositivos que as crianças e adolescentes têm, mais comumente, no próprio quarto são o telemóvel e o computador, como visto na Tabela 6.

Tabela 6 - Dispositivos digitais presentes no quarto da criança/adolescente

Dispositivo no quarto	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	p	
Telemóvel	105	46 (43,8)	17 (45,9)	29 (42,6)	0,745	0,032
Tablet	105	11 (10,5)	3 (8,1)	8 (11,8)	0,559	0,057
Computador	105	39 (37,1)	15 (40,5)	24 (35,3)	0,595	0,052
Televisão	105	26 (24,8)	11 (29,7)	15 (22,1)	0,384	0,085
Consola de Jogos	105	11 (10,5)	5 (13,5)	6 (8,8)	0,453	0,073

N- Nº respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo

As atividades preferidas dos jovens são a visualização de vídeos, ouvir música, jogar videojogos e ver filmes e séries, tal como pode ser verificado na Tabela 7. Os jovens sem PHDA tendem a realizar mais chamadas e videochamadas do que os jovens com a

perturbação, como é demonstrado pela diferença superior a 10%, não sendo, no entanto, significativo.

Tabela 7- Atividades preferenciais dos jovens quando utilizam dispositivos digitais

Atividades preferidas	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	p	
Vídeos	105	71 (67,7)	23 (62,2)	48 (70,6)	0,378	0,086
Música	105	69 (65,7)	23 (62,2)	46 (67,6)	0,572	0,055
Videojogos	105	56 (53,5)	21 (56,8)	35 (51,5)	0,604	0,051
Redes Sociais/ emails/ mensagens	105	30 (28,6)	7 (18,9)	23 (33,8)	0,106	0,158
Chamadas/ videochamadas	105	25 (23,8)	6 (16,2)	19 (27,9)	0,178	0,132
Filmes e séries	105	42 (40,0)	14 (37,8)	28 (41,2)	0,739	0,033
Pesquisa/Investigação/leitura	105	17 (16,2)	6 (16,2)	11 (16,2)	0,996	0,001
Outros	105	3 (2,9)	2 (5,4)	1 (1,5)	0,248	0,113

N- Nº respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo

Uma grande proporção dos jovens utiliza os aparelhos eletrónicos diariamente (82,9%) (Tabela 8), sendo que nos dias úteis, a maioria dos jovens utiliza entre 2 e 4 h (Tabela 9). Durante os fins de semana, férias e feriados, a maior percentagem de utilização também é entre 2 e 4h, verificando-se, no entanto, um aumento importante da percentagem de jovens que utilizam mais de 4h (Tabela 10). O tempo contínuo de utilização é maioritariamente de até 4h (Tabela 11).

Tabela 8- Utilização diária de dispositivos digitais

	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	p	
Utilização diária	105	87 (82,9)	30 (81,1)	57 (83,8)	0,722	0,035

N- Nº respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo

Tabela 9- Horas de utilização nos dias úteis

Horas de utilização nos dias úteis	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		n (%)	n (%)	n (%)	p	
Não aplicável		2 (1,9)	0 (0)	2 (2,9)		
<1h	105	31 (29,5)	11 (29,7)	20 (29,4)	0,714	0,114
2-4h		55 (52,4)	19 (51,4)	36 (52,9)		
>4h		17 (16,2)	7 (18,9)	10 (14,7)		

N- Nº respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo

Tabela 10- Horas de utilização nos fins de semana, férias e feriados

Horas de utilização nos dias não úteis	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		n (%)	n (%)	n (%)	p	
Não aplicável		2 (1,9)	0 (0)	2 (2,9)		
<1h	105	5 (4,8)	3 (8,1)	2 (2,9)	0,468	0,156
2-4h		54 (51,4)	18 (48,6)	36 (52,9)		
>4h		44 (41,9)	16 (43,2)	28 (41,2)		

N- Nº respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo

Tabela 11- Tempo contínuo de utilização de dispositivos digitais

Tempo contínuo de utilização	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		n(%)	n (%)	n (%)	p	
Não aplicável		6 (5,8)	4 (10,8)	2 (3,0)		
<1h	104	39 (37,5)	11 (29,7)	28 (41,8)	0,315	0,185
2-4h		54 (51,9)	20 (54,1)	34 (50,7)		
>4h		5 (4,8)	2 (5,4)	3 (4,5)		

N- Nº respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo

No decorrer da investigação, foi possível verificar que a maioria dos jovens tem acompanhamento na utilização dos dispositivos digitais por parte dos seus responsáveis, uma vez que, 67,6% dos indivíduos que responderam ao questionário afirmaram que o jovem em questão tinha supervisão (Tabela 12) e 74,3% possuía limite de tempo (Tabela 13), aquando da utilização dos dispositivos.

Tabela 12- Supervisão sobre a utilização dos dispositivos digitais

	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	p	
Supervisão	105	71 (67,6)	25 (67,6)	46 (67,6)	0,993	0,001

N- Nº respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo

Tabela 13- Limitação ao tempo de utilização dos dispositivos digitais

	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	p	
Limite de tempo	105	78 (74,3)	28 (75,7)	50 (73,5)	0,810	0,023

N- Nº respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo

A análise do padrão de utilização no período prévio ao sono revela que 58,1% das crianças utiliza os aparelhos menos de 1 hora antes de adormecer (Tabela 14), mas apenas 20% utiliza após ir para a cama (Tabela 15).

Tabela 14 - Utilização de dispositivos digitais <1 hora antes de adormecer

	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	p	
Utiliza dispositivos <1 hora antes de adormecer	105	61 (58,1)	22 (59,5)	39 (57,4)	0,834	0,020

N- Nº respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo

Tabela 15 - Utilização de dispositivos digitais após ir para a cama

	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	p	
Utiliza dispositivos após ir para a cama	105	21 (20,0)	8 (21,6)	13 (19,1)	0,759	0,030

N- Nº respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo

No que diz respeito à problemática da utilização, 44,2% dos representantes dos jovens consideram que o tempo de utilização do dispositivo é um motivo de conflito e 55,8% consideram que não (Tabela 16). Apenas 34,6% acredita que o tipo de utilização gera discórdia, enquanto 65,4% declaram que não há conflito nesse sentido (Tabela 17). No entanto, aproximadamente metade dos pais/representantes (47,6%) considera que os dispositivos têm impacto negativo na vida familiar, académica, pessoal ou social dos jovens, como pode ser constatado na Tabela 18.

Comparando a perceção dos cuidadores dos jovens dos diferentes grupos, existe uma maior noção de conflituosidade pelo tempo e tipo de utilização no grupo com o diagnóstico de PHDA.

Tabela 16- Percepção dos cuidadores sobre se o tempo de utilização é motivo de conflito

	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	p	
Tempo de utilização é motivo de conflito	104	46 (44,2)	21 (56,8)	25 (37,3)	0,056	0,187

N- N° respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo

Tabela 17- Percepção dos cuidadores sobre se o tipo de utilização é motivo de conflito

	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	p	
Tipo de utilização é motivo de conflito	104	36 (34,6)	17 (45,9)	19 (28,4)	0,071	0,177

N- N° respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo

Tabela 18 - Percepção dos cuidadores sobre o impacto negativo decorrente da utilização de dispositivos digitais

	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	p	
Impacto negativo	103	49 (47,6)	19 (51,4)	30 (45,5)	0,565	0,057

N- N° respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo

3.3 Children's Sleep Habits Questionnaire

Analisando os resultados do CSHQ, verificamos que 27,2% dos pais consideram que os filhos têm problemas de sono e que esta percentagem é superior no grupo com PHDA (36,7%) (Tabela 19).

Tabela 19- Inferência sobre a percepção dos cuidadores relativamente aos hábitos de sono dos jovens

	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		Sim n(%)	Sim n(%)	Sim n(%)	p	
Problema de sono	92	25 (27,2)	11 (36,7)	14 (22,6)	0,155	0,148

N- N° respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo

A hora de deitar dos jovens, nos dias úteis, varia entre as 20:30h e as 2:00h, sendo a média 21:59h±52,2 minutos. A hora média de deitar ao fim de semana é 22:58h±59,4 minutos, variando entre as 21:00h e as 2:30h.

A hora de acordar durante a semana é em média às 7:18h±40 minutos, sendo o mínimo às 4:00h e o máximo às 10:00h. Durante o fim de semana, os jovens acordam em média às 9:14h±1:22h, despertando no mínimo às 4:00h e no máximo às 13:00h.

Os jovens com o diagnóstico de PHDA tendem a ir dormir e a acordar mais cedo do que o grupo comparativo.

O tempo total de sono é em média 8:50 horas, no mínimo 6:00h e no máximo 11:00h. Nas crianças entre os 6 e os 12 anos, a média do tempo total de sono é 9:19 horas± 56 minutos e nos adolescentes entre os 13 e os 18 anos a média é 8:19 horas± 49 minutos. As médias dos diferentes grupos são semelhantes, considerando a anterior divisão por faixa etária.

Tabela 20- Resultados do *Children's Sleep Habits Questionnaire*

	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	K-S	Levene	T	M-W
		\bar{x} (horas) ± dp (minutos)	\bar{x} (horas) ± dp (minutos)	\bar{x} (horas) ± dp (minutos)	p	p	p	p
Hora de deitar nos dias úteis	102	21:59 ± 52,2	21:49 ± 47,0	22:04 ± 55,0	<0,001			0,155
Hora de deitar nos fins de semana/férias/feriados	100	22:58 ± 59,4	22:48 ± 60,0	23:04 ± 58,0	0,005			0,377
Hora de acordar nos dias úteis	99	7:18 ± 40,0	7:07 ± 49,0	7:23 ± 34,0	<0,001			0,153
Hora de acordar nos fins de semana/férias/feriados	98	9:14 ± 82	8:59 ± 98,0	9:21 ± 70,0	0,200	0,084	0,200	
Tempo total de sono	97	8:50 ± 60	8:46 ± 52,0	8:52 ± 65,0	0,003			0,511

N- N° respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo; K-S – Kolmogorv- Smirnov; T- Teste T; M-W – Mann-Whitney; ; \bar{x} - média; dp- desvio-padrão

Os jovens, que habitualmente acordam durante o sono, passam em média 13,12±28,94 minutos acordados, correspondendo o valor máximo respondido a 240 minutos. Os jovens com PHDA passam mais tempo acordados, como se verifica na Tabela 21.

Tabela 21- Quantificação do tempo que os jovens passam acordados durante a interrupção noturna do sono

	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	K-S	Levene	T	M-W
		\bar{x} ±dp (minutos)	\bar{x} ±dp (minutos)	\bar{x} ±dp (minutos)	p	p	p	p
Tempo acordado durante a noite	75	13,12 ± 28,94	17,70 ± 46,21	10,54 ± 10,91	<0,001			0,603

N- N° respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo; K-S – Kolmogorv- Smirnov; T- Teste T; M-W – Mann-Whitney; \bar{x} - média; dp- desvio-padrão

O score resultante do CSHQ foi em média 44,44±5,69 pontos. O valor mínimo foi 34 pontos e o máximo 63 pontos (Tabela 22).

Tabela 22-Resultados do cálculo do score do *Children's Sleep Habits Questionnaire*

	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	KS	Levene	T
		$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	$\bar{x} \pm dp$	p	p	p
Score do CSHQ (pontos)	79	44,44 ± 5,69	44,91 ± 6,45	44,24 ± 5,38	0,080	0,061	0,628

N- N° respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo; K-S – Kolmogorv- Smirnov; T- Teste T; \bar{x} - média; dp- desvio-padrão

A maioria pontuou < 48 pontos, e 24,1% dos jovens obtiveram uma pontuação ≥ 48 pontos, o que significa que a maioria das crianças/adolescentes sobre os quais incidiu o questionário não apresentam problemas de sono, mas não é desprezível a quantidade de jovens com problema. No grupo com PHDA, 37,5% dos jovens pontuaram ≥ 48 pontos, uma percentagem superior à observada no grupo controlo, onde 18,2% obteve a mesma pontuação (Tabela 23).

Tabela 23- Distinção dos jovens que apresentam problemas do sono considerando a pontuação obtida no CSHQ

	N	TOTAL	PHDA	SEM PHDA	Qui-quadrado	V de Cramer
		n(%)	n(%)	n(%)	p	
Score <48	79	60 (75,9)	15 (62,5)	45 (81,8)	0,065	0,208
≥48		19 (24,1)	9 (37,5)	10 (18,2)		

N- N° respostas válidas; TOTAL – PHDA+SEM PHDA; PHDA- Grupo com PHDA; SEM PHDA – Grupo controlo

Capítulo 4

Discussão

Existe maior número de casos de perturbação de hiperatividade e défice de atenção diagnosticados em jovens do sexo masculino, como seria de esperar tendo em conta a literatura (2). A maioria das crianças e adolescentes com PHDA, seguidas no CHUCB, realiza terapêutica farmacológica para a perturbação.

A análise estatística inferencial realizada mostra que apesar de existirem diferenças entre os grupos estudados, nenhuma é estatisticamente significativa, com um valor de p consistentemente superior a 0,05 em todos os parâmetros analisados, quer a nível de utilização de dispositivos digitais, quer relativamente aos padrões e higiene do sono.

Quase todos os jovens participantes neste estudo utilizam dispositivos digitais diariamente, com duração superior a 2 horas, e a maioria tem o próprio dispositivo. Atualmente, a tecnologia está amplamente difundida, integrando-se em diversas atividades e sendo introduzida cada vez mais cedo na população pediátrica, seja como forma de entretenimento, instrumento pacificador ou método de aprendizagem. Assim, apesar de no passado terem sido encontradas diferenças na sua utilização em crianças e adolescentes com o diagnóstico de perturbação de hiperatividade e défice de atenção, atualmente, estas diferenças estão dissipadas, tanto pela banalização da utilização da tecnologia, como pelo aumento do número de diagnósticos de PHDA. Existe, no presente, uma maior compreensão e consciencialização da perturbação, o que leva a que o diagnóstico e as intervenções dirigidas sejam cada vez mais precoces e que os pais tenham mais literacia e sistemas de apoio para a promoção de hábitos saudáveis nos jovens com PHDA. Além disso, também se torna mais frequente a possibilidade de acompanhamento personalizado destas crianças e adolescentes nas escolas.

Um estudo realizado em 2019, que comparou os hábitos de estilo de vida de crianças e adolescentes com PHDA e jovens sem a perturbação, mostrou que o grupo com PHDA passava menos tempo a ver televisão, a jogar videojogos e a utilizar o computador, relativamente ao grupo sem PHDA, o que suporta a disparidade dos resultados obtidos no presente estudo, comparativamente com estudos prévios que reforçam que os jovens com PHDA têm padrões de utilização mais problemáticos (3).

Mais de metade dos jovens participantes neste estudo utilizam dispositivos digitais menos de 60 minutos antes de adormecer, não cumprindo assim as recomendações existentes nesse sentido. Ainda assim, a maioria dos cuidadores que respondeu aos questionários assume supervisão da utilização dos dispositivos digitais, deixando a dúvida do que se inclui na considerada supervisão.

Uma percentagem importante dos cuidadores que responderam aos questionários consideram que os dispositivos digitais são um motivo de conflito e podem ter repercussões negativas nos jovens. Algumas recomendações atuais para atenuar este impacto, para a faixa etária estudada nesta dissertação, são de que as crianças a partir dos 5 anos devem utilizar os dispositivos menos de 2 horas por dia e esse tempo já deve incluir as atividades escolares e de aprendizagem (22,24). Os adolescentes não devem comprometer outras atividades essenciais para o desenvolvimento psicossocial e educacional, tais como a atividade física, devido ao uso de tecnologia. O tempo de utilização deve ser fracionado e deve ser estimulada a utilização partilhada, em família ou com amigos (21,24). É importante que os pais supervisionem o conteúdo das atividades tecnológicas e também a segurança da utilização dos dispositivos, uma vez que a incidência do *cyberbullying* e dos distúrbios relacionados com a utilização de dispositivos digitais está em crescendo e a PHDA constitui um fator de risco para esses distúrbios, nomeadamente o *Gaming Disorder* (11,12,14,25).

Neste estudo, verificou-se que a maioria dos jovens participantes, não apresenta, segundo o CSHQ, problemas de sono, parecendo existir uma maior propensão para problemas nesta dimensão nos jovens com PHDA. No entanto, a percentagem de jovens que pontuaram pelo menos 48 (24,1%), evidenciando um maior risco de apresentar problemas de sono, é considerável e deve ser um motivo de reflexão.

O tratamento farmacológico da PHDA é realizado com metilfenidato ou lisdexanfetamina, que são fármacos psicoestimulantes que têm como efeito adverso as alterações na qualidade do sono, o que pode explicar a maior tendência para a existência de alterações do sono encontradas no grupo com PHDA (6).

Através da implementação do CSHQ, verificou-se que, em média, as crianças dos 6 aos 12 anos e os adolescentes dos 13 aos 18 anos cumprem o número de horas de sono recomendado, de 9 a 12 e de 8 a 10 horas de sono por dia, respetivamente (18,19).

O presente trabalho verificou que a percentagem de cuidadores que considera existirem problemas de sono (27,2%) é sobreponível à percentagem de crianças e adolescentes que pontuaram ≥ 48 pontos no CSHQ (24,1%).

Capítulo 5

Conclusão

Este estudo procurou investigar eventuais diferenças entre crianças e adolescentes com e sem PHDA, no que respeita ao tempo de ecrã, uso de dispositivos digitais e sono. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, no âmbito dos objetivos inerentes a este trabalho.

É consensual que, atualmente, os dispositivos digitais são introduzidos cada vez mais precocemente na vida das crianças, e os jovens dedicam uma quantidade excessiva de tempo a olhar para ecrãs. Por conseguinte, torna-se essencial que os cuidadores iniciem, desde cedo, a monitorização destas atividades, não apenas por questões de saúde e estilos de vida, mas também por razões de segurança, considerando as recomendações existentes. Assim, os cuidadores devem começar a olhar para os dispositivos como adjuvantes de aprendizagem e evolução e alterar o seu padrão de utilização, na tentativa de manter um equilíbrio entre o seu uso, a socialização inerente à espécie humana e a necessidade de mobilização, atividade física e resolução de problemas fora da esfera digital.

Futuramente, o aumento da utilização aditiva da internet e o *Gaming Disorder*, especialmente nas crianças e adolescentes com o diagnóstico de PHDA, deve ser um motivo de interesse e preocupação dos pais e dos clínicos.

5.1 Limitações do estudo

Deve ser considerado que a amostra total é constituída por um número diminuído de participantes, existindo desequilíbrio entre os dois grupos.

Adicionalmente, é relevante observar que a maioria dos jovens com PHDA estão medicados para a sua perturbação, o que pode levar a que os seus padrões de comportamento se aproximem dos do grupo controlo, minimizando assim possíveis diferenças.

O método de colheita de dados por preenchimento de questionários de auto-reporte também é um fator de viés, pois o participante pode ser tentado a responder o que acha ser a “resposta correta” em detrimento do que é efetivamente a realidade.

Por outro lado, os dados considerados podem não corresponder à realidade, uma vez que a amplitude de idades dos indivíduos que integram o estudo é grande e os pais podem não ter a noção realista dos hábitos de utilização da tecnologia das crianças mais velhas e adolescentes, nomeadamente as que têm os seus próprios dispositivos. Além disso, os cuidadores podem desconhecer os hábitos e padrões de sono após os adolescentes irem para o quarto, devido à maior independência apresentada com o avançar da idade.

Não se verificou a totalidade de respostas do CSHQ na aceitação dos questionários, uma vez que apenas 79 respostas foram consideradas válidas, o que pode influenciar os resultados obtidos no estudo.

Bibliografía

1. Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: Current concepts and treatments in children and adolescents. *Neuropediatrics*. 2020;51(5):315–35.
2. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2018;5(2):175–86. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)
3. Párraga JL, Pérez BC, López-Martín S, Albert J, MartínFernández-Mayoralas D, Fernández-Perrone AL, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and lifestyle habits in children and adolescents. *Actas Esp Psiquiatr*. 2019;47(4):158–64.
4. American Psychiatric Association. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 2014.
5. Caye A, Swanson JM, Coghill D, Rohde LA. Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2019;24(3):390–408. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41380-018-0116-3>
6. Stein MA, Weiss M, Hlavaty L. ADHD Treatments, Sleep, and Sleep Problems: Complex Associations. *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):509–17.
7. Tong L, Xiong X, Tan H. Attention-deficit/hyperactivity disorder and lifestyle-related behaviors in children. *PLoS One*. 2016;11(9):1–13.
8. Holton KF, Nigg JT. The Association of Lifestyle Factors and ADHD in Children. *J Atten Disord*. 2020;24(11):1511–20.
9. Bourchtein E, Langberg JM, Cusick CN, Breaux RP, Smith ZR, Becker SP. Featured Article: Technology Use and Sleep in Adolescents With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Pediatr Psychol*. 2019;44(5):517–26.
10. Bolic Baric V, Hellberg K, Kjellberg A, Hemmingsson H. Internet Activities During Leisure: A Comparison Between Adolescents With ADHD and Adolescents From the General Population. *J Atten Disord*. 2018;22(12):1131–9.
11. Menéndez-García A, Jiménez-Arroyo A, Rodrigo-Yanguas M, Marín-Vila M, Sánchez-Sánchez F, Roman-Riechmann E, et al. Internet, video game and mobile phone addiction in children and adolescents: A case-control study | Adicción a Internet, videojuegos y teléfonos

móviles en niños y adolescentes: Un estudio de casos y controles. *Adicciones*. 2022;34(3):208–17.

12. Razjouyan K, Khademi M, Dorandish ZY, Davari-Ashtiani R. An investigation into the frequency of addiction to video games in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Fam Med Prim Care* [Internet]. 2020;6(2):169–70. Available from:<http://www.jfmprc.com/article.asp?issn=22494863;year=2017;volume=6;issue=1;spage=169;epage=170;aulast=Faizi>

13. Tandon PS, Sasser T, Gonzalez ES, Whitlock KB, Christakis DA, Stein MA. Physical activity, screen time, and sleep in children with ADHD. *J Phys Act Heal* [Internet]. 2019;16(6):416–22. Available from: <https://doi.org/10.1123/jpah.2018-0215>

14. Kietglaiwansiri T, Chonchaiya W. Pattern of video game use in children with attention-deficit–hyperactivity disorder and typical development. *Pediatr Int*. 2018;60(6):523–8.

15. Matricciani L, Paquet C, Galand B, Short M, Olds T. Children’s sleep and health: A meta-review. *Sleep Med Rev* [Internet]. 2019; Available from: <https://pdf.sciencedirectassets.com>

16. Mason GM, Lokhandwala S, Riggins T, Spencer RMC. Sleep and human cognitive development. *Sleep Med Rev* [Internet]. 2021; Available from: <https://pdf.sciencedirectassets.com/>

17. Bruce ES, Lunt L, McDonagh JE. Sleep in adolescents and young adults. *Clin Med J R Coll Physicians London*. 2017;17(5):424–4228.

18. Sono na criança [Internet]. 2023. Available from: <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-crianca/sono-na-crianca/>

19. Paruthi S, Brooks LJ, Ambrosio CD, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, et al. Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med*. 2016;12(11):1553–61.

20. Hale L, Guan S. Screen Time and Sleep among School-Aged Children and Adolescents: A systematic Literature Review. *Sleep Med Rev*. 2016;637–50.

21. Society CP, Health D, Force T. Digital media: Promoting healthy screen use in school-aged children and adolescents. *Paediatr Child Heal*. 2019;24(6):402–8.

22. Rafael A, Gouveia M, Guimarães Fernandes S, Costa AV, Melo S, Borges S, et al. Exposição a “Tempo de Ecrã” e Psicopatologia na Infância. *Rev Port Psiquiatr e Saúde Ment.* 2020;6(2):54–66.
23. Chassiakos YR, Radesky J, Christakis D, Moreno MA, Cross C, Hill D, et al. Children and adolescents and digital media. *Pediatrics.* 2016;138(5).
24. Ceranoglu TA. Inattention to Problematic Media Use Habits: Interaction Between Digital Media Use and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2018;27(2):183–91. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.11.009>
25. Werling AM, Walitza S, Drechsler R. Impact of the COVID-19 lockdown on screen media use in patients referred for ADHD to child and adolescent psychiatry: an introduction to problematic use of the internet in ADHD and results of a survey. *J Neural Transm* [Internet]. 2021;128(7):1033–43. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02332-0>
26. Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children’s Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep.* 2000;23(8):1043–51.
27. Silva FG, Silva CR, Braga LB, Neto AS. Portuguese Children’s Sleep Habits Questionnaire - validation and cross-cultural comparison. *J Pediatr (Versão em Port* [Internet]. 2014;90(1):78–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpdp.2013.06.008>
28. Parreira AF, Martins A, Ribeiro F, Silva FG. Clinical validation of the portuguese version of the children sleep habits questionnaire (CSHQ-PT) in children with sleep disorder and ADHD. *Acta Médica Portuguesa.* 2019;32(3):195–201.
29. Hashem MM, Yousof SM, Tesen HS, Ahmed AG, Fawzy F, Elsemelawy R, et al. Children sleep habits and their knowledge during COVID - 19 : the impact on quality of life. *Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg* [Internet]. 2023; Available from: <https://doi.org/10.1186/s41983-023-00693-9>
30. Shui AM, Richdale AL, Katz T. Evaluating sleep quality using the CSHQ-Autism. *Sleep Med* [Internet]. 2021;87:69–76. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.08.022>

31. Jacob Cohen. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 1988.

Anexos

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde



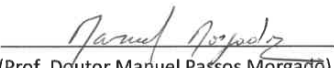
IMPRESSO

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde

Código: CHUCB.IMP.COMET.01

Edição: 5

Revisão: 1

Parecer nº: 36/2023	Data: 03/07/2023
Assunto: Estudo nº 42/2023 - "Utilização de dispositivos digitais, tempo de ecrã e sono em idade escolar: Estudo comparativo entre população pediátrica com PHDA e grupo controlo no CHUCB"	
Membros da CE do CHUCB: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado (Presidente, Farmacêutico) Dra. Ana Paula Torgal Carreira (Vice-Presidente, Assistente Social) Dr. Luís Manuel Ribeiro (Médico) Enf. Maria Gabriela Ramalhinho (Enfermeira) Dra. Maria Teresa Bordalo Santos (Psicóloga) Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro (Jurista) Dr. António Luciano Costa (Teólogo)	<p>Exma. Senhora Investigadora: Maria João Mendes Pinto Runa</p> <p>A Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, em reunião realizada em 03/07/2023 deliberou emitir parecer relativamente à realização do Estudo nº 42/2023 - "Utilização de dispositivos digitais, tempo de ecrã e sono em idade escolar: Estudo comparativo entre população pediátrica com PHDA e grupo controlo no CHUCB"</p> <p>Membros da CES do CHUCB presentes: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado Dra. Ana Paula Torgal Carreira Dra. Maria Teresa Bordalo Santos Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro Dr. António Luciano Costa</p> <p>Parecer: Apreciado o projeto do estudo, foi decidido por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à sua realização.</p> <p>Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados.</p> <p>A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Exmo. Conselho de Administração do CHUCB e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias.</p> <p>O Presidente da Comissão de Ética do CHUCB</p> <p> (Prof. Doutor Manuel Passos Morgado)</p>

Página: 1 de 1



Em resposta ao pedido de autorização de acesso de dados clínicos para o estudo nº 42/2023 “Utilização de dispositivos digitais, tempo de ecrã e sono em idade escolar: estudo comparativo entre população pediátrica com PHDA e grupo controlo no CHUCB” a realizar no CHUCB informo que, dado se tratar de um projeto de investigação com a obrigatoriedade de consentimento livre e informado por todos os intervenientes, não carece de autorização da RAI.


Os intervenientes no processo comprometem-se a destruir os dados recolhidos após a conclusão do estudo.

Data:06/07/2023

EPD





RAI


Dra. Rosa Batestero
Responsável pelo Acesso à Informação
CHUCB, E.P.E.



Anexo 2- Consentimento livre e informado

	Centro Hospitalar e de Saúde da Beira Interior, E.P.E. C.H.U.C.B.	IMPRESSO Consentimento livre e informado Código: CHUCB.IMP.DIVEST.18	Folha: 3	Revisão: 2
<p>Maria João Mendes Pinto Runa, Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema "Utilização de dispositivos digitais, tempo de ecrã e sono em idade escolar: Estudo comparativo entre população pediátrica com PHDA e grupo controlo no CHUC3" vem solicitar a sua colaboração neste estudo.</p> <p>Informo que a sua participação é voluntária e que os dados não serão transmitidos a terceiros sem a sua prévia autorização.</p> <p>Poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo dos dados recolhidos à data e sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHUCB, EPE.</p> <p>Informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.</p> <p>Objetivo do trabalho de investigação: Este trabalho visa comparar a utilização de dispositivos digitais, o tempo de ecrã e os padrões de sono da população pediátrica, entre os 6 e os 17 anos, que apresentam critérios de diagnóstico para Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, com um grupo controlo, com idades compreendidas no mesmo intervalo.</p> <p>Crítérios de Inclusão: Crianças dos 6 aos 17 anos em consulta externa de Pediatria e consulta de urgência no CHUC3</p> <p>Crítérios de exclusão: Crianças e adolescentes com Perturbação do Espectro do Autismo e/ou Défice Intelectual</p> <p>Nome do orientador: Cristiana Matilda Mendes Carvalho</p> <p>Metodologia: Aplicação de um questionário adaptado de "Children's Sleep Habits Questionnaire" e um questionário de hábitos de uso de dispositivos digitais. Análise das características demográficas, hábitos de sono, hábitos de utilização dos dispositivos digitais e presença de PHDA (Crítérios DSM-V).</p> <p>Discriminação dos dados que irá colher: Dados sociodemográficos, dados de saúde (diagnóstico de PHDA) e dados comportamentais (hábitos de sono e de utilização de dispositivos digitais)</p> <p>Local onde o investigador se vai encontrar com o participante, quantas vezes e durante quanto tempo: Cada participante preencherá os questionários na consulta externa de pediatria ou no serviço de urgência pediátrica, num único momento.</p>				
 Página: 1 de 3				

Risco / Benefício da sua participação: Não tem riscos associados

Previsão da duração da participação no estudo: 9 meses

Os dados recolhidos serão mantidos tanto tempo quanto o que a lei determine, independentemente do suporte.

Nº aproximado de participantes: 100

Contacto para esclarecimento de dúvidas: 927374674

Consentimento Informado – Aluno / Investigador

Ao assinar esta página, o investigador está a confirmar o seguinte:

- * Entregou esta informação;
- * Explicou o propósito deste trabalho;
- * Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Maria João Mendes Pinto Runa

Nome do Aluno / Investigador (Legível)

Maria João Runa

6 / 6 / 23

Assinatura do Aluno / Investigador

Data

Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- * Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- * Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- * Informa-se ainda:

O participante dos 6 aos 13 anos tem de ser informado verbalmente, sendo imprescindível a assinatura



pais no consentimento livre e informado;

O participante dos 14 aos 16 anos assina, conjuntamente com os pais, o consentimento livre e informado;

A partir dos 16 anos assina apenas o participante;

* O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Participante (Legível com número do cartão do cidadão ou bilhete de identidade) Representante Legal (Legível com número do cartão do cidadão ou bilhete de identidade)

(Nome do Participante)

(Nome do Representante Legal)

(Assinatura do Participante)

(Assinatura do Representante Legal)

___/___/___

Data



Anexo 3 – Questionário sobre hábitos de utilização de dispositivos digitais e tempo de ecrã



Utilização de dispositivos digitais, tempo de ecrã e sono em idade escolar: Estudo comparativo entre população pediátrica com PHDA e grupo controlo no CHUCB

O presente inquérito constitui uma parte integrante de um Projeto de Investigação realizado no contexto de uma dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. O projeto visa comparar a utilização de dispositivos digitais, o tempo de ecrã e os padrões de sono da população pediátrica, entre os 6 e os 17 anos, que apresentam critérios de diagnóstico para Perturbação de Hiperatividade e défice de Atenção, com um grupo controlo, com idades compreendidas no mesmo intervalo.

Este questionário apresenta duas partes, uma com questões que permitem realizar a caracterização sociodemográfica da criança/adolescente e outra com questões sobre a utilização de dispositivos digitais.

Os dados obtidos através deste inquérito serão utilizados exclusivamente para efeitos deste projeto de Investigação, sendo confidenciais. Foi requisitada e obtida a aprovação da Comissão de ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira, garantindo, em qualquer caso, que a identificação dos participantes nunca será tornada pública.

A sua participação neste estudo é voluntária, pelo que poderá recusar ou desistir da participação a qualquer ponto, sem ter qualquer prejuízo ou consequência.

Este projeto é da responsabilidade de Dra. Cristiana Carvalho e Maria João Runa. Em caso de dúvida pode contactar: a41918@fcsaude.ubi.pt

Ao seleccionar a opção abaixo, declaro que:

Li e compreendi este documento e aceito participar neste projeto de investigação, dando o meu consentimento informado e tendo a garantia que todos os meus dados permanecerão confidenciais.

Li e compreendi este documento, mas não aceito participar neste projeto de investigação.

O responsável pela criança/adolescente:

O investigador:

I-Dados sociodemográficos

1. Iniciais do nome da criança/adolescente: _____
2. Idade da criança/adolescente: _____
3. Data de nascimento: ___/___/____
4. Sexo da criança/adolescente:
 Feminino
 Masculino
5. Quem responde ao questionário?
 Mãe/Pai
 Outro familiar
 Representante legal
6. É quem passa mais tempo com a criança/adolescente?
 Sim
 Não

Em relação ao cuidador principal (caso exista mais do que um cuidador, escolha um):

7. Idade do cuidador principal: _____
8. Situação profissional do cuidador:
 Desempregado
 Empregado
9. Escolaridade do cuidador principal:
 4º ano
 9º ano
 12º ano
 Ensino Superior
 Outro: _____

10. A criança/adolescente tem o diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?

Sim

Não

11. A criança/adolescente realiza tratamento farmacológico para a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?

Sim

Não

12. Qual o tratamento farmacológico utilizado para a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção?

Metilfenidato (*Rubifen, Concerta, Ritalina*)

Lisdexanfetamina (*Elvanse*)

Não aplicável

II – Padrão de utilização de dispositivos digitais

13. Quais os dispositivos que a criança/adolescente utiliza? (Poderá seleccionar resposta múltipla)

Telemóvel

Tablet

Computador

Televisão

Consola de videojogos

Outros: _____

Não aplicável

14. A criança/adolescente tem algum dispositivo digital próprio? Qual?

Telemóvel

Tablet

Computador

Televisão

Consola de Jogos

Outros: _____

Não aplicável

15. Qual/Quais as atividades preferidas da criança ao utilizar dispositivos digitais?

- Vídeos
- Música
- Videojogos
- Redes Sociais/ Emails/ Mensagens
- Chamadas/Videochamadas
- Filmes/Séries
- Pesquisa/ Investigação/ Leitura
- Outros: _____

16. A criança/adolescente utiliza dispositivos digitais diariamente?

- Não
- Sim

17. Qual é o número médio de horas de uso nos dias úteis em que utiliza os dispositivos?

- < 1h
- 2-4 h
- >4h
- Não aplicável

18. Qual é o número médio de horas de uso durante os fins de semana/férias/feriados?

- <1h
- 2-4h
- >4 horas
- Não aplicável

19. A criança/adolescente tem algum tipo de mediação/supervisão sobre a utilização dos dispositivos?

- Sim
- Não

20. A criança/adolescente tem limite de tempo de utilização dos dispositivos?

- Sim
- Não

21. Qual é o tempo contínuo máximo de utilização dos dispositivos digitais pela criança/adolescente?

- <1 hora
- 2-4 horas
- >4 horas
- Não aplicável

22. A criança/adolescente tem algum dispositivo no quarto? Qual?

- Telemóvel
- Tablet
- Computador
- Televisão
- Consola de Jogos
- Outro: _____
- Não aplicável

23. A criança/adolescente utiliza dispositivos digitais <1 hora antes de adormecer?

- Sim
- Não

24. A criança/adolescente utiliza dispositivos digitais após ir para a cama?

- Sim
- Não

25. Considera que o tempo de utilização de dispositivos digitais é motivo de conflito com os pais/familiares/representantes legais?

- Sim
- Não

26. Considera que o tipo de utilização de dispositivos digitais é motivo de conflito com os pais/familiares/representantes legais?

Sim

Não

27. Considera que a utilização de dispositivos sociais tem impacto negativo na vida familiar, académica, pessoal ou social da criança/adolescente?

Sim

Não

Anexo 4 – Questionário de Hábitos de Sono

Questionário de Hábitos de Sono das Crianças

Adaptado do *Children's Sleep Habits Questionnaire*, Prof. Owens, 2000

Versão abreviada

Acha que o seu filho/filha tem algum problema com o sono ou com o adormecer? Sim Não

As afirmações seguintes dizem respeito aos hábitos de sono da criança e possíveis problemas com o sono. Para responder às questões, pense no que aconteceu na semana passada. Se o sono foi diferente do habitual nessa semana por alguma razão (por ter uma otite ou porque a televisão avariou, por exemplo), pense noutra semana recente que considere mais normal. Nas perguntas de escolha múltipla, coloque uma cruz na coluna mais apropriada:

- **HABITUALMENTE:** se o comportamento descrito ocorre 5 ou mais vezes durante a semana
- **ÀS VEZES:** se o comportamento ocorre 2 a 4 vezes durante a semana
- **RARAMENTE:** se o comportamento ocorre apenas 1 vez durante a semana ou nunca acontece

HORA DE DEITAR			
Durante a semana: ____ horas e ____ minutos		No fim de semana: ____ horas e ____ minutos	
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
Deita-se sempre à mesma hora			
Depois de se deitar, demora até 20 minutos a adormecer			
Adormece sozinha na sua própria cama			
Adormece na cama dos pais ou dos irmãos			
Precisa de um dos pais no quarto para adormecer			
"Luta" na hora de deitar (chora, recusa-se a ficar na cama, etc)			
Tem medo de dormir no escuro			
Tem medo de dormir sozinha			

COMPORTAMENTO DURANTE O SONO			
Tempo total de sono diário: ____ horas e ____ minutos (considerando o sono da noite e as sestas)			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
Dorme pouco			
Dorme o que é necessário			
Dorme o mesmo número de horas todos os dias			
Molha a cama à noite (crianças com 4 ou mais anos)			
Fala a dormir			
Tem sono agitado, mexe-se muito a dormir			
Anda a dormir, à noite (sonambulismo)			
Vai para a cama dos pais, irmãos, etc., a meio da noite			

COMPORTAMENTO DURANTE O SONO (continuação)			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
Range os dentes durante o sono			
Ressona alto			
Parece parar de respirar durante o sono			
Ronca ou tem dificuldade em respirar durante o sono			
Tem dificuldade em dormir fora de casa (na casa de familiares, nas férias, etc.)			
Acorda durante a noite a gritar, a suar, inconsolável			
Acorda assustada com pesadelos			

ACORDAR DURANTE A NOITE			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
Acorda uma vez durante a noite			
Acorda mais de uma vez durante a noite			

Quando acorda durante a noite, quanto tempo fica acordada? _____ minutos

ACORDAR DE MANHÃ			
Hora de acordar nos dias de semana: ____ horas e ____ minutos			
Hora de acordar no fim de semana: ____ horas e ____ minutos			
A criança...	Habitualmente (5 a 7 vezes por semana)	Às vezes (2 a 4 vezes por semana)	Raramente (uma vez ou nunca)
De manhã, acorda por si própria			
Acorda mal-humorada			
De manhã, é acordada pelos pais ou irmãos			
Tem dificuldade em sair da cama de manhã			
Demora a ficar bem acordada			
SONOLÊNCIA DURANTE O DIA			
Parece cansada			
Na semana passada, a criança pareceu sonolenta em alguma destas situações?	Não ficou sonolenta	Ficou muito sonolenta	Adorreceu
A ver televisão			
A andar de carro			

Obrigada pela colaboração!