



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DRÍZIA SKARLET MEDEIROS DANTAS

COMPORTAMENTO DO SONO EM CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS QUE
FREQUENTAM CRECHE

Cuité - PB

2017

DRÍZIA SKARLET MEDEIROS DANTAS

COMPORTAMENTO DO SONO EM CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS QUE
FREQUENTAM CRECHE

Monografia apresentada à Coordenação do curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina
Dantas Rocha Cerqueira.

Cuité - PB

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

D182c Dantas, Drizia Skarlet Medeiros.

Comportamento da sono em crianças de 0 a 3 anos que frequentam creche. / Drizia Skarlet Medeiros Dantas. – Cuité: CES, 2017.

54 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientadora: Ana Carolina Dantas Cerqueira.

1. Sono. 2. Criança. 3. Creche. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 159.9

DRÍZIA SKARLET MEDEIROS DANTAS

**COMPORTAMENTO DO SONO EM CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS QUE
FREQUENTAM CRECHE**

Monografia apresentada à Coordenação do curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.;

Banca examinadora:

Profa. Dra. Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira
Orientadora – UFCG

Profa. MSc. Carolina Pereira da Cunha Sousa
Membro – UFCG

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira
Membro – UFCG

Cuité – PB, 23 de agosto de 2017

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus, pela dádiva da vida, por ter me iluminado ao longo do caminho, ter me dado paciência, força e coragem de nunca desistir, apesar das dificuldades e momentos de fraqueza, o Senhor nunca me abandonou; a ti entrego, confio e agradeço eternamente.

À minha orientadora, Dra. Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira, obrigada pela paciência, e aos ensinamentos, que foram de suma importância para que mais uma etapa da minha vida acadêmica fosse concluída com sucesso.

Aos meus familiares que de perto ou longe, estiveram sempre na torcida para que tudo desse certo, especialmente a minha mãe Gilvanete de Jesus Medeiros, um anjo que tenho em minha vida, ela que nunca mediu esforços para que eu pudesse da forma mais confortável completar meus estudos, como por exemplo o cuidado em fazer um café e um lanche para que eu pudesse ficar acordada nas madrugadas produzindo; sorte de quem tem a mãe por perto, eu te amo mainha.

Agradeço também aos amigos que me acalentaram durante os stress acadêmicos, como já dizia o ditado: “Mais vale um amigo na praça, do que dinheiro em caixa”.

Por último, não menos importante, todos os Professores e Funcionários da UFCG/CES, que participaram da minha formação, e a diretora da creche onde realizei minha pesquisa, bem como os participantes, meu muito obrigada.

Gratidão.

" Tudo o que dorme é criança de novo.
Talvez porque no sono não se possa fazer
mal, e se não dá conta da vida, o maior
criminoso, o mais fechado egoísta é sagrado,
por uma magia natural, enquanto dorme [...] "
(Fernando Pessoa)

RESUMO

DANTAS, D. S. M. **Comportamento do sono em crianças de 0 a 3 anos que frequentam creche.** Cuité, 2017. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) (Bacharelado em Enfermagem) - Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2017.

Introdução: O sono é essencial para o crescimento e desenvolvimento físico e psicomotor da criança. Investigações recentes tem demonstrado que os problemas de sono estão entre as queixas mais comuns ao longo de toda a infância, fazendo-se importante a realização da avaliação de alterações no comportamento do sono em crianças. **Objetivo:** Caracterizar o padrão de sono em crianças de 0 a 3 anos que frequentam uma creche modelo no interior da Paraíba. **Metodologia:** Trata-se de estudo epidemiológico de caráter transversal onde foram investigadas 47 crianças. Foi utilizado dois instrumentos para realização da coleta de dados, um para triagem de distúrbios do sono em lactentes e primeira infância (0-3 anos) - “Breve Questionário sobre Sono na Infância (BQSI)”, e um Formulário para Caracterização dos participantes. **Resultados:** A grande maioria 44 (93,6%) das crianças do estudo comparecem na creche os 5 dias da semana e 30 (63,8%) delas frequentam a mesma há mais de 6 meses. Quarenta e duas (89,4%) das crianças estudadas foram apontados pelos pais/cuidadores como não tendo um problema se sono. Os índices de co-leito e despertares noturnos foram de 44,7% (21) e 53,2% (25), respectivamente. Considerando os critérios adotados pelo BQSI para caracterizar problema de sono verificou-se que nenhuma criança estudada acorda mais de três vezes por noite, nem tampouco seus despertares duram mais que uma hora; por outro lado 24,3% delas possuem tempo total de sono inferior a nove horas. **Conclusão:** Devido à escassez de estudos sobre o tema, e a negligência dos profissionais sobre a investigação da qualidade do sono das crianças durante a assistência prestada, fica evidente a importância de pesquisar mais sobre o sono infantil, tendo em vista que esse pode ocasionar vários distúrbios que podem vir a prejudicar não só a criança como toda família envolvida.

Descritores: Sono. Criança. Creches.

ABSTRACT

DANTAS, D. S. M. **sleep behavior in children aged 0 to 3 years who Attend daycare.** Cuité, 2017. 58 f. Course Completion Work (Bachelor's Degree in Nursing) - Academic Nursing Unit, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, Cuité-PB, 2017.

Introduction: Sleep is essential for the child's physical and psychomotor growth and development. Recent research has shown that sleep problems are among the most common complaints throughout childhood, making it important to perform the assessment of changes in sleep behavior in children. **Objective:** To characterize the sleep pattern in children from 0 to 3 years who attend a model nursery in the interior of Paraíba. **Methodology:** This is a cross-sectional epidemiological study in which 47 children were investigated. Two instruments were used to perform data collection, one for screening for sleep disorders in infants and early childhood (0-3 years) - " Brief Questionnaire on Sleep in Children (BQSI) ", and a Formulary for Characterization of Sleep participants. **Results:** A majority of the 44 children (93.6%) of the study attended the day care center on the 5th day of the week and 30 (63.8%) of them attended the daycare center for more than 6 months. Forty-two (89.4%) of the children studied were singled out by parents / caregivers as not having a problem if they slept. Co-bed and nocturnal arousal rates were 44.7% (21) and 53.2% (25), respectively. Considering the criteria adopted by the BQSI to characterize the sleep problem, it was verified that no studied child wakes more than three times a night, nor do their awakenings last longer than one hour; On the other hand 2, 4.3% of them have total sleep time less than nine hours. **Conclusion:** Because of the scarcity of studies on the subject and the neglect of professionals in investigating the quality of the children's sleep during care, it is clear that it is important to investigate more about infant sleep, since this can lead to several Disorders that may harm not only the child but also the whole family involved.

Descriptors: Sleep, Child, Day care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos cuidadores participantes do estudo	19
Tabela 2 - Caracterização das crianças participantes do estudo, condições de nascimento e de saúde e frequência à creche	21
Tabela 3 - Caracterização dos hábitos de sono das crianças, segundo os critérios de avaliação do <i>Questionnaire for Infant Sleep Assessment: translation into brazilian portuguese</i> (BISQ)	24

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Critérios para possível identificação de alterações no sono segundo os critérios de avaliação do <i>Questionnaire for Infant Sleep Assessment: translation into brazilian portuguese</i> (BISQ)	27
--	----

LISTA DE SIGLAS

BQSI	Breve Questionário sobre Sono na Infância
CAT	Categorização
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Centro Educacional Em Saúde
CGIAE	Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DASIS	Departamento de Análise de Situação de Saúde
EEG	Eletroencefalograma
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ID	Idade
ISQ	Infant Sleep Questionnaire
MS	Ministério da Saúde
NREM	Non-rapid eye movements
NSQ	Supraquiasmático
PB	Paraíba
PSG	Polissonografia
REM	Rapid eye movements
RN	Recém-Nascido
SMSL	Síndrome da Morte Súbita do Lactente
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCL	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
2 OBJETIVOS	07
3. REVISÃO DA LITERATURA	08
3.1 Fisiologia e Importância do Sono Infantil	08
3.2 Distúrbios do Sono	09
3.3 Avaliação dos Hábitos de Sono	11
3.4 Envolvimento Parental no Sono da Criança	12
3.5 Avaliação do Sono pelos Profissionais de Saúde	13
3.6 Papel do Enfermeiro na Promoção de Sono Saudável	14
4 METODOLOGIA	15
4.1 Tipo de estudo	15
4.2 Local de estudo	15
4.3 População e amostra	16
4.4 Coleta de dados e Instrumentos de Coleta	16
4.5 Análise de dados	18
4.6 Aspectos éticos	18
5 RESULTADOS	19
6 DISCUSSÃO	28
6.1 Caracterização dos cuidadores	28
6.2 Caracterização das crianças	29
6.3 Hábitos de sono das crianças	30

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
-------------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS	36
--------------------------	-----------

APÊNDICES

Apêndice A – Formulário para caracterização dos participantes

Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Apêndice C – Termo de consentimento pós-esclarecido

Apêndice D – Termo de compromisso de divulgação dos resultados

Apêndice E – Termo de compromisso do(s) pesquisador(es)

Apêndice F – Termo de anuência institucional

Apêndice G – Declaração de anuência

ANEXOS

Anexo A – Breve questionário sobre o sono na infância (BQSI)

Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP

1 INTRODUÇÃO

O sono é definido como um estado de consciência reduzida, no qual a atividade musculoesquelética encontra-se diminuída e o metabolismo deprimido (MOSBY, 2013).

O sono infantil é um processo muito complexo que pode ser afetado por diversos fatores: culturais, fisiológicos, parentais, emocionais e cognitivos da própria criança e do próprio sono como, por exemplo, a temperatura do ambiente em que a criança está dormindo, anormalidades respiratórias relacionada ao sono, um machucado por causa de uma queda. Podendo também ser modificado por eventos sociais e emocionais principalmente por episódios estressantes, que podem regular ou perturbar o período de sono, podendo acarretar uma série de consequências para o desenvolvimento da criança (EVELYN, THOMAN e PHD, 2005).

O Recém-Nascido (RN) começa a interagir com o meio desde o parto, apresentando-se na vigésima semana com períodos de inércia e atividade, sendo percebidos pela mãe ainda no útero. Após o nascimento, os ciclos do sono ainda estão em fase progressiva de formação, não sendo motivados pelo dia ou pela noite; só a partir de 2 a 3 anos que a criança apresenta aspectos semelhantes ao sono do adulto (BRUNSCHWING, 2008).

A medida que a criança cresce, ela vai sofrendo modificações gradativamente nos estados de sono-vigília, evoluindo com uma tendência autônoma aprendendo a dormir novamente após acordar. Durante o desenvolvimento infantil, a quantidade de horas de sono é diminuída gradualmente (BRAZELTON; SPARROW, 2009; CORDEIRO 2010). O RN deve dormir de 10/18 horas por dia faseadas em períodos curtos entre 45 minutos e 3 horas. De 3 a 12 meses de idade, elas têm um sono de maior duração pela noite (de 8 a 10 horas seguidas), realizando de 2 a 3 sestas durante o dia. No fim do 1º ano até os 3 anos, dormem de 9 a 10 horas a noite, diminuindo as sestas durante o dia (1 a 3 horas). Com a idade pré-escolar (3 a 5 anos) elas dormem de 9 a 10 horas durante a noite, e é nessa fase onde geralmente acaba as sestas, apesar de estudos mostrarem que 25% das crianças de 5 anos continuam tirando essas sonecas da tarde (MINDELL et al., 2009); podendo as vezes ser realizadas devido a costumes culturais.

O sono é visto como uma ação essencial para o bem-estar biopsicossocial das crianças. Essas devem possuir bons hábitos para que possa ter um sono saudável (WORLD ASSOCIATION OF SLEEP MEDICINE, 2011), como ter um horário determinado para dormir e acordar, manter um local adequado para adormecer, evitar assistir na cama ou ofertar

bebidas ricas em cafeína antes de deitar (MINDELL et al. 2009) permitindo assim, uma adequada reparação e recuperação dos processos neurofisiológicos e corporais, bem como na constituição de memórias (CHOKROVERTY, 2010). Durante a infância um sono adequado é de suma importância para seu crescimento, e desenvolvimento emocional e comportamental, bem como para um bom aprendizado das funções cognitivas, e de atenção; visto que são nos primeiros anos de vida que ocorre o desenvolvimento cerebral, simultaneamente com a neuroplasticidade. Quando as crianças demonstram problemas durante o sono podem afetar negativamente seu desenvolvimento, o desempenho acadêmico, seu comportamento emocional, trazendo também stress para família, interferindo até mesmo no sono dos pais, devido aos inúmeros episódios de despertares noturnos (SADEH, 2004; OWENS, 2008).

A definição dos problemas do sono abrange algumas discussões, sendo difícil ter apenas uma definição (GREGORY; SADEH, 2012), entretanto mostram-se as queixas mais frequentes nas consultas de rotina ao longo da infância, apresentando-se com efeitos que refletem no funcionamento neuropsicológico, e no conforto da criança e dos pais (TREMBLAY, BOIVIN, PETERS, 2012). As alterações do sono afetam de 20 a 30% dos bebês e crianças no geral (OWENS; WITMANS, 2004), podendo ter sua etiologia fisiológica (perturbações respiratórias relacionadas com o sono, parassónias e perturbação de movimentos periódicos dos membros), e as não fisiológicas que são as mais frequentes na primeira infância, como a dificuldade de adormecer e manter o sono (BLUNDEN, 2011).

Para avaliar o sono infantil, deve-se utilizar critérios fidedignos afim de melhores resultados, há diversos métodos de avaliação do sono como a actigrafia, que é um exame executado através de um equipamento similar com um relógio, onde vai identificar os movimentos do corpo, registrando no computador através de um gráfico dos períodos de sono-vigília (TELLES et al., 2011).

O padrão ouro de análise encontra-se na polissonografia (PSG), onde mostra com exatidão os estágios do sono, avaliando a função cerebral, os movimentos oculares, a ativação muscular dentre outros fatores (MARTONI, et al., 2012). Porém esses exames são de alto custo, sendo mais encontrados nas grandes clinicas ou nas especializadas para o sono, não contemplando a população no geral, principalmente as que não tem muitos recursos financeiros.

Neste contexto, ressalta-se a importância dos questionários para avaliar o sono infantil, como ferramenta de triagem, auxiliando na identificação precoce das alterações no comportamento do sono, bem como na monitorização do tratamento, por meio de um

processo simples, de baixo custo, e fácil administração (LEWANDOWSKI, TOLIVER-SOKOL, PALERMO, 2011).

Frente à perspectiva exposta, esse estudo justifica-se pela importância da investigação sobre o sono infantil nas diversas categorias, visto que a literatura é escassa e antiga em relação a temática; considerando que uma das principais queixas nas consultas médicas são sobre a má qualidade do sono nas crianças, sabendo-se que esse é indispensável para um bom desenvolvimento biopsicossocial, podendo causar sérios problemas futuros a essa criança.

2 OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo caracterizar o padrão de comportamento do sono em crianças de 0 a 3 anos que frequentam uma creche modelo no interior da Paraíba.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Fisiologia e importância do Sono

O sono é uma necessidade humana básica que tem função fisiológica natural, acontecendo em ciclos previstos de sono-vigília (estado reversivo), que é determinado através das mudanças no estado de consciência, diminuição da sensibilidade aos estímulos ambientais, de caráter motor e postural próprio, permitindo assim uma adequada reparação e recuperação dos processos neurofisiológicos e corporais, bem como constituir memórias e o aprendizado (GOMES; QUINBONES; ENGELBARDT, 2010; CHOKROVERTY, 2010).

O termo sono, significa repouso, onde ocorre uma diminuição da atividade corporal, seguida pela redução da consciência, é um estado em que não se está acordado nem alerta, com metabolismo lento, apresentando-se imóvel, com atividade e sensibilidade corporal diminuída sendo reversível através de estímulos externos (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2011).

Os períodos sono/vigília são controlados pelo ciclo circadiano, relacionados com a mudança da luz durante o dia e da melatonina liberada pela noite, sendo conduzidos através do núcleo supraquiasmático (NSQ) localizado no hipotálamo, que funciona como um relógio biológico central, responsável pela organização cíclica e temporal do organismo e do sono/vigília, acarretando no início da manutenção do sono (GOMES; QUINBONES; ENGELBARDT, 2010).

A variação de profundidade do sono pelo ciclo circadiano repete-se de forma cíclica ao longo da noite, dividindo-se em dois padrões, o REM (“rapid eye movements”) sendo o mais profundo e que apresenta movimentos oculares rápidos, e o NREM (“non-rapid eye movements”) sem movimentos oculares (SOARES, 2010).

O sono NREM divide-se em quatro estágios de profundidade crescente (I, II, III, e IV), onde apresenta-se em ondas lentas, verificadas através do EEG (eletroencefalograma), é quando o corpo está em repouso, com respiração e frequência cardíaca lentificada. Após as 4 fases citadas, surge o sono REM, completando todo um estágio de sono, nesse estágio demonstra-se acentuada atividade cerebral, com ausência total do tônus muscular, é a fase

mais profunda, onde acontece o real descanso e a maioria dos sonhos, sendo difícil o despertar através de estímulos sensoriais (APARAS, 2008; STORES,2001).

O sono da criança evolui na estrutura e duração desde o período perinatal, sendo aprimorado durante o crescimento até sua fase final de 3 à 5 anos, onde esse ciclo é estabelecido por completo. Logo após o nascimento o RN, apresenta períodos de sono frequentes tendo início na fase REM por 3-4 horas, sendo intercalados com aproximadamente uma hora de despertar. Esse ritmo ocorre de forma contínua durante o dia e a noite. Durante o primeiro mês, o ciclo começa a se adaptar ao período noite-dia com sono noturno mais demorado. No terceiro mês de vida, o sono da criança começa a iniciar na fase NREM, se consolidando geralmente ao sexto mês, apresentando períodos mais longos de sono, sendo dividido por dois períodos ininterruptos de sono não excedendo 6 horas, intercalada apenas por um despertar. Por volta de 9 a 10 meses, o normal é que o lactente durma de 9 à 10 horas durante a noite, e duas sestas de 2 à 3 horas no total por dia. Entre 2-3 anos ocorrem extensos períodos de sono, em média 10 horas durante a noite, e uma ou duas sestas durante o dia, na qual não ultrapassam um total de 2 horas (NUNES, 2002).

Uma criança passa 50% do sono na fase REM, tendo essa fase diminuída gradativamente até chegar aos 20% na fase adulta. Tendo em vista que um ciclo completo de sono em uma criança costuma durar 60 minutos, onde num adulto é de uma média 120 minutos (MARCELLI, 2005).

É durante o sono, que o cérebro trabalha arduamente nas várias fases de registro, codificação e armazenamento. Além da contribuição com o sistema imunitário, participando na recuperação de eventuais lesões do cérebro ou na defesa contra agentes patogênicos. Um bom sono para criança é crucial, pois enquanto se dorme são segregadas hormonas, como a de crescimento (prolactina e cortisol). É durante o sono que o cérebro forma as vias para o aprendizado, formando condições para a fixação e retenção das recordações (SOARES, 2010).

3.2 Distúrbios do Sono

Segundo a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono – *International Classification of Sleep Disorders (ICSD)*, os distúrbios do sono se dividem em oito categorias: insônia, distúrbios respiratórios, hipersônia relacionada ao ritmo circadiano, hipersônia não relacionada ao ritmo circadiano, parassônias, distúrbio do movimento relacionado ao sono, sintomas isolados com variações aparentemente normais e outros distúrbios (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2005).

Os distúrbios primários do sono são classificados em dissônias (estando relacionada com o adormecer e a manutenção do sono) e parassônias (eventos comportamentais ou fisiológicos anormais que interfere no sono, não estando associado à insônia ou sonolência (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2001).

Classificam-se em intrínsecas (caracterizam-se como distúrbios primários, de causas fisiológicas, que demonstram alterações na polissonografia), e as extrínsecas (são mais frequentes, tendo sua origem sob influências externas) (DAVIS; PARKER; MONTGOMERY, 2004).

As dissônias extrínsecas podem ser diagnosticadas através de um histórico detalhado, onde apresenta resistência ao deitar, dificuldade para adormecer, tendo interrupções durante o sono noturno, higiene do sono inadequada, ritmo circadiano alterado. E as dissônias intrínsecas, tem origem biológica (PESSOA, 2008; SHAKANKIRY, 2011).

É comum e normal no primórdio da infância ocorrerem as parassônias, geralmente apresentando um caso temporário e benigno, com tendência a desaparecer durante a puberdade (LABERGE et al., 2000).

Caracterizam-se por eventos comportamentais ou fisiológicos anormais que alteram o sono, onde ocorre manifestações no sistema nervoso autônomo e na atividade muscular/esquelética. Estão associadas durante a fase de adormecimento, durante o sono ou na fase de despertar, como por exemplo o terror noturno, sonambulismo, pesadelos dentre outros (THORPY, 2005).

Simultaneamente, esses distúrbios se desencadeiam, decorrente as modificações durante o desenvolvimento do ciclo sono-vigília da criança, através de fatores internos e externos, como fatores fisiológicos, fatores culturais, sociais, e temperamentais do indivíduo, bem como pela expectativa dos cuidadores (PESSOA, 2008).

Um sono para ser saudável, necessita ser equilibrado, e todos os fatores discutidos anteriormente devem estar em perfeita harmonia. No entanto, esse equilíbrio pode ser rompido com facilidade, podendo gerar consequências de cunho emocional, social e cognitivo a criança (APARAS,2008; THOMAN,2012).

Os padrões de sono-vigília evoluem rapidamente durante o desenvolvimento inicial e são considerados como uma das maiores preocupações relativas ao desenvolvimento ou à saúde nesse período. As pesquisas indicam que 20% a 30% das crianças são identificadas como tendo problemas de sono nos três primeiros anos de vida (SADEH, APUD 2012).

A prevalência de problemas de sono, entretanto, varia conforme o tipo e a idade. Dificuldade para iniciar o sono e o despertar noturno ocorrem em 40% dos bebês recém-nascidos e em 20% a 50% dos pré-escolares, enquanto a resistência de dormir é relatada em 15% a 27% das crianças em idade escolar (Durand, 2008; Owens, 2007). Dados de pesquisa realizada no Brasil por Pires, Vilela, e Câmara (2012) apontam que uma parcela importante de crianças pré-escolares resiste em ir para cama (56%), tem dificuldade de adormecer (30%), antes de adormecer ficam agitados, nervosos ou com medo (22%), acordam várias vezes durante a noite (35%) e ficam sonolentos durante o dia (35%) (SILVARES, et al., APUD, 2014).

3.3 Avaliação dos Hábitos de Sono

O hábito de sono das crianças do Brasil, vem sendo avaliado segundo a prevalência de condições como o co-leito, os despertares noturnos e a média de horas de sono por dia (SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2010).

O co-leito acontece quando a mesma cama é compartilhada com outra pessoa ao longo de toda a noite ou apenas parte dela, ou quando dormem no mesmo quarto em camas separada, no caso das crianças, geralmente o compartilhamento é realizado pela genitora. Há diversos estudos que descrevem os aspectos positivos (é um fator que auxilia na prevalência do aleitamento materno) e negativos (pode ser um risco para a Síndrome da Morte Súbita do Lactente SMSL) do co-leito, entretanto é difícil estabelecer se o padrão de sono de determinada criança é bom ou não, devido as diferentes culturas existentes, bem como a influência socioeconômica e climática, todavia, estudos apontam variações entre 6 e

70% nos primeiros 4 anos de vida (SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2008; GEIB,2007).

Os despertares noturnos, como o próprio nome diz, é quando a criança acorda no meio da noite, fato que provoca maior preocupação entre os pais, já que interfere diretamente nos hábitos cotidianos de toda a família alterando o sono dos pais que precisam muitas vezes acordar cedo para trabalhar, aumentando assim o nível de estresse, principalmente quando o evento ocorre repetidas vezes em uma mesma noite (JENNI et al., 2005).

A higiene do sono está relacionada com rotinas apropriadas na hora de dormir, como por exemplo escovar os dentes, receber um beijo dos pais ao deitar, colocar o pijama, deitar-se geralmente na mesma hora todas as noites, e por fim adormecer, esses hábitos ajudam a manter uma boa qualidade de sono. Na higiene do sono também envolve os padrões de sono, como o tempo para adormecer, quantas vezes acorda de noite e a duração desse sono (MINDELL et al., 2008).

3.4 Envolvimento Parental no Sono da Criança

Estudos sobre o impacto de estratégias relacionadas com o envolvimento parental no sono da criança abordam essencialmente: Estratégias como a presença dos pais no momento de adormecer a criança (MINDELL, SADEH, KOHYAMA, HOW, 2010), embala-la (TOUCHEETTE, PETIT, PAQUET, BOVIN, JAPEL, TREMBLAY, MONTPLAISIR, 2005), alimentá-la durante a noite (SIMARD et al., 2008) e partilhar a cama com a criança (OWENS, 2004), têm sido associadas a problemas de sono.

O envolvimento parental tem sido associado a uma má consolidação do sono (TOUCHETTE et al., 2005), a um sono de menor duração, maior dificuldade em adormecer e resistência ao deitar (SIMARD et al., 2008) e despertares noturnos (MINDELL et al., 2010). Para alguns autores, o envolvimento parental é considerado um obstáculo à autorregulação da criança, podendo reduzir a aquisição de competências para se acalmar sozinha (SIMARD et al., 2008). Ao adotarem mais estratégias de conforto, os pais não promovem o desenvolvimento da auto regulação do ciclo sono-vigília das crianças (MORRELL, STEELE, 2003).

Por outro lado, esses comportamentos podem ser vistos de forma positiva quando passam a promover a autonomia da criança, fazendo-a sentir-se independente para adormecer sozinha, tendo assim uma melhor qualidade de sono, conseqüentemente tendo uma redução na duração dos despertares noturnos (MORRELL, CORTINA-BORJA, 2002).

Ademais estes problemas do sono resultam em conseqüências que se propagam também aos pais, devido a relação direta e constante que mantém com as crianças. A qualidade do sono parental é afetada, aumentando assim o estresse, instabilidade no humor, bem como o déficit de produtividade durante o dia (LÉLIS, 2015).

Levando em conta que a conduta dos pais, é um dos fatores que levam a um comportamento inadequado na forma de adormecer da criança, os profissionais de saúde devem orientar os cuidadores afim de tentar fazer com que haja a compreensão da origem do problema, esse que pode estar partindo deles mesmo; deve-se esclarecer todas dúvidas existentes, e passar o devido conhecimento para que possa ser colocado em prática hábitos saudáveis, melhorando assim a qualidade de sono de todos envolvidos (SILVARES; RAFIHI-FERREIRA; PIRES, 2014).

3.5 Avaliação do Sono pelos Profissionais de Saúde

Os problemas relacionados ao sono na infância são geralmente negligenciados pelos profissionais de saúde na prática clínica, devido a limitada formação e informação pelos clínicos (TOUCHETTE et al., 2009; DAVIS et al., 2004).

Existem várias formas para avaliar o sono, devendo-se iniciar durante a anamnese bem detalhada realizada com o familiar/cuidador, na sequência temos a análise objetiva, onde os métodos diagnósticos mais solicitados são a polissonografia e actigrafia, e a avaliação subjetiva, que é utilizada como ferramenta complementar, realizada através de questionários e diários de sono (COSTA, 2014).

A polissonografia (PSG), é o método padrão-ouro, onde um registro poligráfico, é realizado durante toda noite em um laboratório de sono, durante o procedimento são registrados: estágio e continuidade do sono, esforço respiratório, saturação de oxigênio, posição do corpo, eletrocardiograma e movimentos corporais (NEVES 2013; GONDIM et al., 2007).

A actigrafia é uma técnica que avalia o ciclo sono-vigília, por meio de um dispositivo (actígrafo) que é colocado no punho afim de detectar a atividade motora grosseira por 24 horas, podendo ser usado por várias semanas, no conforto de casa, diferentemente da PSG que necessita está em ambiente laboratorial (MORGENTALHER, et al., 2007).

Os questionários do sono constituem uma ferramenta importante para diagnóstico dos distúrbios, na monitorização do tratamento, e nos estudos clínicos. De baixo custo e fácil acessibilidade, são aplicáveis para os pais/cuidadores da criança, registrando padrões, e o comportamento do sono em um curto intervalo de tempo. Seu uso têm sido aumentado expressivamente, nos últimos anos, podemos encontrar para todas as faixas etárias (LEWANDOWSKI, 2011; COSTA, 2014).

3.6 Papel do Enfermeiro na Promoção do Sono Saudável

O enfermeiro assume papel de suma importância na promoção de um sono saudável para as crianças, sendo importante que os profissionais de saúde obtenham o conhecimento do processo fisiológico de maturação do sono, proporcionando a detecção precoce de anormalidades existentes, possibilitando medidas preventiva e curativas (CAMILA, NUNES, 2014; LOPES et al., 2010).

Os profissionais dispõem de inúmeras tecnologias, como instrumentos que avaliam o sono (citadas anteriormente), tendo como finalidade implementações terapêuticas, para que sejam eficazes na promoção de uma boa qualidade de sono. Para que isso aconteça, o enfermeiro precisa fazer uma investigação minuciosa dos dados da vida dessas crianças, bem como as queixas dos familiares, para que se seja possível fazer um planejamento do cuidado capaz de auxiliar os pais com estratégias que propicie o conhecimento necessário para que seja estabelecido rituais de sono saudáveis (GALLAND et al., 2012; CAULFIED, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo epidemiológico de caráter transversal. A escolha por este tipo de modelo de pesquisa, no qual todos os fenômenos estudados foram contemplados em determinado ponto temporal (POLIT; BECK, 2011), está ligada ao caráter exploratório da investigação. Esta estratégia de estudo é especialmente apropriada para descrever fenômenos que necessitam de maior fundamentação.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em uma creche modelo padrão-nacional “Professora Maria Cleonice Ramos de Sena” na cidade de Cuité, localizada no interior do Curimataú Paraibano.

As creches constituem a primeira etapa da educação infantil, comportando crianças de 4 meses à 3 anos completos, objetivando o seu desenvolvimento integral embasados no binômio cuidar/educar, contemplando a promoção dos aspectos físicos, psicológicos, intelectuais e sociais para essa faixa etária, onde a ação da família e da comunidade estão intimamente interligadas na complementação dessa ação realizada pela creche (MEDEIROS, COSTA, SANTOS, 2016). A creche compreende-se em um espaço crescente de qualidade, com profissionais fundamentados em um novo olhar afim de prestar uma assistência de qualidade à essas crianças que ficam em tempo integral (de 8 a 10 horas por dia), onde realizam todos os cuidados necessários (SANTOS et al., 2015).

Ao todo funcionam 5 instituições de Educação Infantil, de domínio público municipal e de domínio privado, que atendem a modalidade creche, sendo 3 rurais e 2 distribuídas em bairros da zona urbana de Cuité, Paraíba.

Dentre as creches supracitadas a escolha da creche Maria Cleonice para o estudo foi motivada pelo fato da mesma constituir modelo padrão-nacional e em virtude do referido serviço possuir convênio com a Universidade Federal de Campina Grande, sendo lá

desenvolvidas atividades práticas do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG campus Cuité.

4.3 População e amostra

Foram estudadas 47 crianças na faixa etária de zero a três anos devidamente matriculadas na creche Maria Cleonice.

Todas as crianças incluídas no estudo tiveram a faixa etária descrita e cujo os pais/cuidadores aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) – (Apêndice B). Foram excluídas as crianças que possuíam alguma condição que fosse potencialmente capaz de interferir no comportamento do sono.

4.4 Coleta de dados e Instrumentos de Coleta

Os dados foram coletados entre dezembro de 2016 a março de 2017, na creche Professora Maria Cleonice Ramos de Sena. Foi solicitado a direção da creche uma listagem com o nome e a data de nascimento de todas as crianças na faixa etária de zero a três anos para o envio das cartas-convite aos pais/cuidadores das crianças elegíveis para o estudo para que os mesmos participassem da pesquisa.

Foram enviados envelopes nominais aos pais/cuidadores elegíveis para o estudo contendo os instrumentos de coleta e duas cópias do TCLE, bem como um comunicado explicitando que a entrega do material devidamente preenchido confirmaria a participação do mesmo na pesquisa, bem como a não entrega significou a recusa. O prazo para devolução foi estipulado em acordo com orientação fornecida pelas Coordenações das instituições, onde houve uma média de 15 dias.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta: o Breve Questionário sobre Sono na Infância (BQSI) – (Anexo A) e um Formulário para Caracterização dos participantes da pesquisa (Apêndice A).

O Breve Questionário sobre Sono na Infância (BQSI), constitui a versão traduzida para o português brasileiro do *Brief Infant Sleep Questionnaire* (BISQ) de autoria de Avi Sadeh. O BISQ constitui um instrumento para triagem de distúrbios do sono em lactentes e

primeira infância (0-3 anos), que possibilita uma triagem efetiva e que maior número de crianças com distúrbios do sono sejam identificadas por profissionais da saúde. A administração do questionário dura de 5 a 10 minutos e as questões estão relacionadas ao sono da criança na última semana.

As perguntas percorrem a seguinte ordem: nome do entrevistado e grau de parentesco, nome, sexo e data de nascimento da criança, ordem do nascimento, como é a organização para dormir, qual a posição que a criança frequentemente dorme, o tempo que passa dormindo durante a noite e o dia, a média de vezes de despertar a noite e quanto tempo permanece acordada ao despertar, quanto tempo leva para adormecer, como adormece e que horas. Por fim questiona-se se os pais consideram o sono da criança como um problema e pede para classifica-lo em muito grave, pouco grave, ou se não considera um problema (NUNES, KAMPPFF, SADEH, 2012).

Alterações no comportamento do sono segundo o BISQ são mensuradas com base nos seguintes critérios: 1) a criança acorda > 3 vezes por noite; 2) os despertares noturnos duram > 1 hora; ou 3) o tempo total de sono é < 9 horas. Algumas técnicas de iniciação do sono e o local onde a criança dorme também são avaliados e parecem desempenhar papel importante na qualidade do sono infantil. Lactentes que adormecem sozinhos no berço e aqueles que dormem no berço em ambiente separado são mais propensas a dormir à noite toda, com menos despertares noturnos (NUNES, KAMPPFF, SADEH, 2012).

Para caracterização dos participantes, foram investigadas as seguintes variáveis de estudo: i) relacionadas aos pais/principal cuidador: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda; ii) relacionadas às crianças: sexo, idade, idade gestacional, peso ao nascer, tipo de parto, adoecimento no último mês, quantos dias frequenta a creche, e a quanto tempo frequenta. Foi indicado no instrumento que os dados fossem, preferencialmente, copiados da Caderneta de Saúde da Criança.

4.5 Análise dos dados

A digitação dos dados foi realizada no *Microsoft Office Excell* 2013 imediatamente após a coleta da informação, através de uma única variável identificadora da criança/cuidador. Após o término da digitação, os dados foram analisados utilizando-se a

estatística descritiva, onde foram utilizados recursos estatísticos do software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0.

4.6 Aspectos Éticos

Do ponto de vista normativo, o projeto está em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, essa que considera o respeito pela dignidade humana e pela devida proteção aos participantes de pesquisas científicas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012).

A justificativa, os objetivos e os procedimentos para a coleta dos dados foram devidamente explicados aos cuidadores das crianças, por meio de comunicado escrito, procedimento após o qual assinaram o termo de consentimento condição necessária para a participação da criança no estudo. Foi oportunizado o livre questionamento por parte dos cuidadores das crianças junto aos proponentes da pesquisa, de modo que eventuais encontros para sanar dúvidas foram prontamente programados para acontecerem na creche. Ficaram garantidos os seguintes direitos: liberdade de não participar da pesquisa ou dela desistir, privacidade e confidencialidade dos dados e anonimato.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) com parecer de número 1.828.815.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos participantes – cuidadores e suas crianças

A amostra foi composta de 47 crianças e seus cuidadores no âmbito da creche modelo Professora Maria Cleonice Ramos de Sena, localizada na cidade de Cuité – PB.

Conforme os dados apresentados na Tabela 1 o universo de cuidadores foi representado em sua quase totalidade por mães 44 (93,6%), sendo as mesmas em maior proporção naturais de Cuité 23 (48,9%). A média de idade dos cuidadores foi de 28 anos, com mínimo de 18 e máximo de 39. Quanto a situação civil 13 (27,7%) eram casados e 15 (31,9%) mantinham união estável. O nível de escolaridade predominante foi o ensino médio completo 19 (40,4%), seguido do ensino fundamental incompleto 7 (14,9%) e médio incompleto 5 (10,6%). Dos cuidadores, 18 (38,3%) possuíam trabalho remunerado, sendo 16 (34%) realizados fora de casa e apenas 8 (17%) no domicílio. A renda familiar foi inferior a um salário mínimo e entre um e dois salários para 18 (38,3%) e 16 (34,4%) participantes, respectivamente.

TABELA 1 – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores participantes do estudo. Cuité-PB, 2017.

Variáveis	Nº	(%)
Naturalidade		
(N=33)		
Cuité	23	48,9 %
Nova Floresta	2	4,3 %
Santa Cruz	1	2,1 %
Picuí	2	4,3 %
Sousa	1	2,1 %
Brasília	1	2,1 %
São Paulo	1	2,1 %
João Pessoa	1	2,1 %
Natal	1	2,1 %
Parentesco com a criança		
(N=47)		
Pai	3	6,4 %

Mãe	44	93,6 %
Sexo		
(N=46)		
Feminino	43	91,5 %
Masculino	3	6,4 %
Idade (anos)		
(N=35)		
< 19	2	4,3 %
20 – 35	30	63,8 %
> 35	3	6,4 %
<i>Média</i>	<i>28 anos</i>	
Estado civil		
(N=41)		
Casado	13	27,7 %
União Estável	15	31,9 %
Solteiro	10	21,3 %
Viúvo	1	2,1 %
Separado	2	4,3 %
Nível de escolaridade		
(N=41)		
Analfabeto	1	2,1 %
Fundamental incompleto	7	14,9 %
Fundamental completo	3	6,4 %
Ensino médio incompleto	5	10,6 %
Ensino médio completo	19	40,4 %
Superior Incompleto	2	4,3 %
Superior Completo	3	6,4 %
Pós-Graduação	1	2,1 %
Trabalho remunerado		
(N=42)		
Trabalha fora de casa	18	38,3 %
Trabalha dentro de casa	16	34,4 %
Sem trabalho remunerado	8	17 %

Renda familiar (salário mínimo)		
(N=42)	18	38,3 %
Menos de um	16	34,4 %
Um a dois	8	17 %
Três a quatro	0	
Cinco a seis	0	
Sete a oito	0	
Nove a dez	0	
Acima de dez	0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Conforme evidenciado na Tabela 2, a média de idade apresentada pelas crianças foi de 21 meses e 27 (57,4%) delas eram do sexo feminino. O peso ao nascer variou de 1765 a 4475g, com média de 3429g e 35 (74,5%) possuíam entre 2500 e 3999g. A proporção de parto cesáreo foi de 31 (66%) e 44 (93,7%) crianças nasceram com 37 semanas ou mais de gestação. Mais da metade da população de crianças 38 (80,9%) tratava-se do filho mais novo, seguido do mais velho com 7 (14,9%).

Em relação à saúde dessas crianças, os cuidadores relataram que 19 (40,4%) ficaram doentes no último mês anterior a entrevista, sendo as principais causas febre 5 (10,6%) e tosse 5 (10,6%). Das crianças amostradas, a maioria 44 (93,6%) compareciam na creche durante os cinco dias da semana e 30 (63,8%) frequentavam creches há seis meses ou mais (Tabela 2).

TABELA 2 – Caracterização das crianças participantes do estudo, condições de nascimento e de saúde e frequência à creche. Cuité-PB, 2017.

Variáveis	N°	%
Idade Cronológica (meses)		
(N=47)		
6 - 12	7	14,9 %
13 - 24	23	49,1 %
27 - 36	17	36,2 %
<i>Média</i>	<i>21 meses</i>	
Sexo		

(N=47)		
Feminino	27	57,4 %
Masculino	20	42,6 %
Peso ao nascer		
(N=47)		
Menos de 2500	4	8,5 %
2500 à 2999	6	12,8 %
3000 à 3999	29	61,7 %
Acima de 4000	8	17 %
<i>Média</i>	3429 kg	
Idade gestacional		
(N=47)		
Menos que 37 semanas	3	6,4 %
Entre 37 à 42 semanas	44	93,6 %
Tipo de parto		
(N=47)		
Normal	15	31,9 %
Fórceps	1	2,1 %
Cesário	31	66 %
Ordem de nascimento da criança		
(N=47)		
Mais velho	7	14,9 %
Do meio	2	4,3 %
Mais novo	38	80,9 %
Problema de saúde no último mês		
(N=47)		
Não	29	61,7 %
Sim	18	38,3 %
Qual problema de saúde		
(N=19)		
Infecção urinária	1	2,1 %

Dor de barriga	1	2,1 %
Congestão nasal	4	8,5 %
Diarreia	1	2,1 %
Febre	5	10,6 %
Tosse	5	10,6 %
Garganta inflamada	2	4,3 %
Dias na semana que frequenta a creche (N=47)		
5 dias por semana	44	93,6 %
Menos de 5 dias por semana	3	6,4 %
Tempo que frequenta a creche (N=47)		
6 meses ou menos	17	36,2 %
Mais de 6 meses	30	63,8 %

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

5.2 Caracterização dos hábitos de sono das crianças

Nesse item abordou-se os hábitos do sono que as crianças do estudo apresentavam, na percepção dos cuidadores segundo o *Questionnaire for Infant Sleep Assessment: translation into brazilian portuguese* (BISQ).

A tabela 3 apresenta os dados relativos aos hábitos de sono das crianças. As principais práticas adotadas no quesito “organização para dormir” foram adormecer na cama dos pais 21 (44,7%), seguida de 17 (36,2%) adoção pelo berço da criança no quarto dos pais. A “posição” preferida pelas crianças para dormir foi o decúbito lateral 35 (74,5%). Quanto as práticas rotineiras desenvolvidas pelos cuidadores para favorecer a iniciação do sono das crianças pode-se citar: adormecer na cama perto dos pais 20 (42,6%), hábito de alimentá-las 17 (36,2%), embalar até adormecer 6 (12,8%), manter a criança no colo 5 (10,6%), deixá-la sozinhas em suas camas 4 (8,5%), podendo os cuidadores referirem o uso de mais de uma prática.

O tempo médio de sono diurno observado para as crianças entre às 7 da manhã e às 7 da noite foi de 2 horas, havendo 1 (2,1%) criança apenas que não dormia durante o dia e 7

(14,9) que dormiam até 7 horas e 30 minutos. No geral, a hora para adormecer era por volta das 20 horas e 30 minutos (média), tendo este valor variação de 19 horas e 30 minutos a 22 horas e 30 minutos. O valor médio de tempo para o sono noturno das crianças foi de aproximadamente 9 horas, com mínimo de 6 horas e máximo de 12 horas, tendo em média 11 horas de sono total. Os despertares noturnos acontecem uma vez em 15 (31,9%) crianças, tendo uma minoria 4 (8,5%) e 6 (12,8%) que acordam duas e três vezes durante a noite respectivamente, permanecendo desperto em sua maioria por 10 minutos, 11 (23,4%) com média de 15 minutos. A maior parte dos cuidadores afirmaram que conseguem fazer a criança adormecer a noite em 30 minutos 19 (40,4%), e 60 minutos 9 (19,1%) com média de 35 minutos, finalizando com a resposta de que 42 (89,4%) dos pais/mães não consideram o sono do filho um problema (Tabela 3).

TABELA 3 – Caracterização dos hábitos de sono das crianças, segundo os critérios de avaliação do *Questionnaire for Infant Sleep Assessment: translation into brazilian portuguese* (BISQ). Cuité-PB, 2017.

Variáveis	Nº	%
Organização para dormir (N=47)		
Berço em um quarto separado	4	8,5 %
Berço no quarto dos pais	17	36,2 %
Na cama dos pais	21	44,7 %
Berço no quarto com irmãos	1	2,1 %
Outro	4	8,5 %
Posição frequente para dormir (N=47)		
Barriga para baixo	8	17 %
De lado	35	74,5 %
De costas	4	8,5 %
Como adormecem (N=47)		
Sendo alimentado	17	36,2 %
Sendo embalado	6	12,8 %
No colo	5	10,6 %

Sozinho na sua cama	4	8,5 %
Na cama perto dos pais	20	42,6 %

Tempo de sono diurno

(N=47)

Não dorme de dia	1	2,1 %
Até 2h	29	61,7 %
2h a 3h	13	27,7 %
Mais de 4h	4	8,5 %

Média 2 horas

Hora em que adormece

(N=47)

Antes de 20h	7	14,9 %
Entre 20h 01min e 22h	35	74,5 %
Entre 22h 01 min e 00h	5	10,6 %

Média 20 horas e 30 minutos

Tempo de sono noturno

(N=47)

Até 6h	1	2,1 %
6h a 8h	5	10,6 %
8h a 10h	34	72,3 %
Mais de 10h	7	14,9 %

Média 9 horas

Tempo total de sono

(N=47)

Maior ou igual a 9h	45	95,7 %
---------------------	----	--------

Média 11 horas

Despertares noturnos

(N=47)

0	22	46,8 %
1	15	31,9 %

2	4	8,5 %
3	6	12,8 %
Quanto tempo permanece acordado		
(N=25)		
Menos de 20 minutos	20	42,6 %
Mais de 20 minutos	5	10,6 %
<i>Média</i>	<i>15 minutos</i>	
Em quanto tempo adormece a noite		
(N=47)		
Menos que 30 minutos	17	36,2 %
Mais que 30 minutos	30	63,8 %
<i>Média</i>	<i>35 minutos</i>	
Problema de sono		
(N=47)		
Um problema muito grave	2	4,3 %
Um problema pouco grave	3	6,4 %
Não considera um problema	42	89,4 %

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

No que diz respeito aos critérios usados para que possa observar alterações no sono das crianças segundo o BISQ, nenhuma criança acorda > 3 vezes por noite; para nenhuma criança os despertares noturnos duram > 1 hora; e para 2 (4,3%) crianças o tempo total de sono é < 9 horas (Gráfico 1).

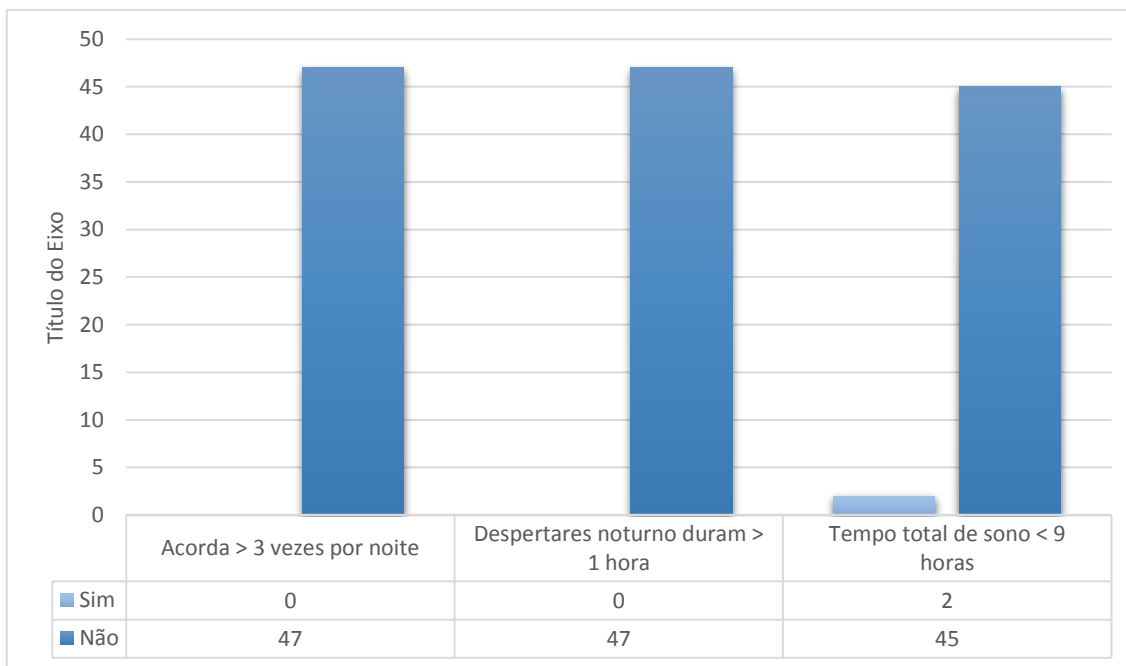


Gráfico 1 – Critérios para possível identificação de alterações no sono segundo os critérios de avaliação do *Questionnaire for Infant Sleep Assessment: translation into brazilian portuguese* (BISQ). Cuité-PB, 2017.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresenta-se a discussão em sequência, conforme os objetivos e os resultados contemplados, que se referem a caracterização dos participantes e aos hábitos de sono das crianças.

6.1 Caracterização dos cuidadores

A maior parte dos integrantes da pesquisa foi do sexo feminino 44 (93,6%), essas sendo as mães das crianças. Desta forma pode-se inferir que na sociedade ainda é a mulher que tem o empoderamento sob a criação do filho (BORSA; NUNES, 2011). As genitoras do estudo, em sua maioria tem idade entre 20 e 35 anos 30 (63,8%), mostrando um ponto positivo, já que o Ministério da Saúde 2010, só considera um fator de risco gestacional as mulheres cuja idade materna é maior que 35 anos. Houve o predomínio da união estável, 28 (59,5%) das mães têm um companheiro, um fator que facilita nas tomadas de decisões diante a criação do filho, visto também que a criança requer um par conjugal para que torne mais fácil a construção de uma imagem positiva das relações afetivas e das interações sociais (SILVA; PICCININI, 2007).

Dezoito (38,3%) mães do presente estudo possuem uma dupla jornada de trabalho, dentro e fora de casa, fazendo-as procurar alguma forma para que possa conciliar o trabalho, o papel de mãe, dona de casa e esposa, tornando-se uma conciliação difícil, não só emocionalmente como também fisicamente em decorrência de suas múltiplas funções (SPINDOLA, SANTOS, 2003). A maioria delas 19 (40,4%) possuem ensino médio completo. O referido grau de instrução pode ser considerado positivo se comparado aos dados do IBGE de 2010 que apontam que o percentual de pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto foi de 50,2% (IBGE, 2016).

Quanto a renda familiar observou-se que 38,3% (18) dos participantes auferiam valor inferior a um salário mínimo. De acordo com Sheares et al (2013) a baixa renda pode contribuir para má qualidade de sono. Jarrin Mcgrath e Quon (2014) e Lélis et al (2014), também apontam que as condições socioeconômicas estão relacionadas com muitos resultados de saúde, inclusive quando se trata da qualidade do sono. Entretanto, de acordo com Bayer et al (2007) os distúrbios do sono afetam as crianças de todas as classes

socioeconômicas, independente de idade, escolaridade, estado civil e trabalho materno. Deste modo, pode-se perceber que os resultados observados sobre as condições econômicas demonstram-se conflitantes.

6.2 Caracterização das crianças

No que diz respeito ao tipo de parto, 66% (31) das crianças estudadas foram nascidas de cesariana. Dados do MS apontam que os partos do tipo cesáreo elevaram-se de 38,0% em 2000 para 52,3% em 2010, sendo este considerado um fator de risco para a prematuridade, o baixo peso ao nascer e as mortalidades neonatal e materna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A maior parte 44 (93,6%) das crianças do estudo compareciam na creche durante os cinco dias da semana e 30 (63,8%) frequentavam creches há seis meses ou mais, um fator positivo para um adequado sono das crianças, devidos aos hábitos atribuídos a mesma, como manter rotinas saudáveis, sabendo-se também que a estimulação advinda da permanência da criança em uma creche apresenta impacto positivo e duradouro no desenvolvimento da mesma, tendo influência sobre a qualidade da educação como um todo (VERISSÍMO, FONSECA, 2003).

O contexto das crianças estudadas na presente investigação representa o perfil de comportamento de sono de crianças institucionalizadas assistidas pela iniciativa pública. Ressaltar este aspecto é relevante pois de acordo com Cerqueira (2016) em estudo realizado no município de Fortaleza que comparava o perfil de sono de crianças de creches públicas e privadas aponta que as aquelas que frequentavam creches privadas tiveram 1,88 vezes mais chances de manifestar alterações no comportamento do sono quando comparadas aquelas que frequentavam creches públicas ($p=0,030$). No estudo de Belísio (2010) realizado com 85 crianças da educação infantil na zona sul da cidade de Natal/RN, foi possível observar que os fatores sociais influenciam no ciclo sono e vigília (CSV), e este ciclo difere quanto ao tipo de escola (pública ou privada). A ausência de estudos sobre a temática possivelmente decorre devido a Constituição Federal ter reconhecido a educação de crianças de zero a seis anos como direito do cidadão e dever do estado apenas em 1988, incluindo assim a creche na Educação Brasileira.

6.3 Hábitos de sono das crianças

Alguns dos distúrbios do sono na criança se origina por meio de comportamentos que podem ser prevenidos e tratados com medidas de higiene do sono que incluem mudanças ambientais e comportamentais dos pais e da criança, para que possa promover um sono de boa qualidade e duração suficiente (MACÊDO, 2014).

Os hábitos de sono se caracterizam como costumes socialmente aprendidos que posteriormente se inserem ao ritmo natural do corpo. Neste sentido a criação de ambientes pelos pais, como o nível de luz, a temperatura, a presença de objetos ou pessoas que despertam os sentidos afetam a capacidade da criança para dormir (GRUBER; CASSOFF; KNAUPER, 2011).

No que diz respeito a caracterização dos hábitos de sono das crianças no presente estudo apenas 4 (8,5%) delas dormiam sozinhas no quarto. Este panorama é semelhante aquele apresentado por Santos, Mota e Matijasevicg (2010) em estudo desenvolvido no interior do Rio Grande do Sul na cidade de Pelotas aonde apenas 6,1% das crianças investigadas dormiam sozinhas. Essa baixa prevalência pode estar relacionada por serem do interior do estado, onde é mais frequente o costume de dormir junto do que em cidades maiores.

Estudos indicam a importância de modificações precoces no sentido de evitar a exposição da criança a longos períodos de sono de má qualidade, ressaltando a importância de estabelecer a promoção da higiene do sono, evitando padrões problemáticos (HALAL; NUNES, 2014). Nesse contexto Tenenbojm et al (2010) ressaltam que, estabelecer horário, rotinas e rituais consistentes para o sono, evitar oferecer alimentação durante a noite, evitar dormir com alguma fonte luminosa durante toda a noite, e destaca ser desejável que a criança habitue-se a adormecer sozinha, sem a presença do cuidador. Na presente investigação as principais intervenções realizadas pelos pais/cuidadores para favorecer/iniciar o sono de suas crianças foram: 42,6% (20) dos pais/cuidadores coloca a criança para adormecer na cama perto dos pais, e 36,2% (17) disseram que ofertam alimentação para que facilite o início do sono. Uma revisão integrativa realizada com objetivo de verificar a influência do contexto familiar sobre os distúrbios do sono em

crianças comprova que os principais hábitos dos pais para que o início do sono da criança seja facilitado é de alimentar as crianças (31%) e manter a presença dos pais (31%) (LÉLIS et al., 2014). Semelhantemente, outro estudo avaliando fatores relacionados a fragmentação do sono em 1741 crianças na faixa etária de cinco a 29 meses mostra que a alimentação noturna é um grande fator associado à fragmentação do sono entre as crianças de cinco meses de idade e a presença dos pais para adormecer associada às dificuldades de sono nas crianças com idade entre um ano e cinco meses e dois anos e cinco meses (TOUCHETTE et al., 2005).

Semelhanças quanto as intervenções dos pais no período noturno foram mencionadas no estudo de DeLeon CW e Karraker KH (2007), dentre as quais, permanecer presente e próximo do filho, alimentar e embalar para criança voltar a dormir foram influenciadores no padrão do sono dos filhos, ocorrendo maiores números de despertares noturnos e uma menor duração de sono à noite, quando comparadas às crianças que adormecem no berço com mínimo de assistência parental.

Quando se considera o hábito da criança dormir junto com os cuidadores/pais, ou seja o co-leito, encontra-se uma grande variação nas taxas em diferentes estudos, retratando distinções culturais e socioeconômicas, bem como as diferenças metodológicas na definição das variáveis e na coleta dos dados. Ao analisar a prevalência do co-leito, em um estudo realizado no Rio Grande do Sul com crianças de 12 meses os autores consideram uma alta prevalência, essa que estava associada à níveis econômicos baixos, à menos escolaridade e idade materna e maior paridade (SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2010). Predomínio equivalente também encontrou-se em outra coorte gaúcha na cidade de Passo Fundo com recém-nascidos (GEIB; NUNES, 2006). As prevalência apontadas são concordantes com a verificada no presente estudo que aponta taxa de 42,6% para o costume supracitado.

Durante o decorrer dos séculos da história, a partilha da cama foi estigmatizada, reprimida, elogiada e reverenciada. Existem controvérsias sobre as vantagens e desvantagens que perduram até hoje, apesar de, nas últimas décadas, pesquisas terem evidenciado que certos riscos estão associados com o co-leito (THOMAN, 2006). Segundo Jenni (2005), a partilha da cama com os cuidadores/pais propende a ser um hábito frequente durante a infância, contudo, termina prejudicando a qualidade de sono da criança, podendo

assim ocasionar ansiedade relacionada com o sono, sonolência diurna, o aumento dos despertares noturnos, dentre outros problemas (LIU, LIU; WANG, 2003).

Contudo os profissionais de saúde devem ser cuidadosos quando o assunto se trata de incentivar ou desaconselhar a prática do co-leito, já que foi observado através de estudos que esse pode oferecer benefícios bem como riscos para um sono adequado das crianças, de acordo com cada particularidade existente. Devendo então passar devidas informações acerca dos riscos e benefícios que o co-leito pode acarretar, permitindo aos cuidadores/pais tirem suas próprias conclusões, tomando assim uma decisão mais consciente (ISSLER et al., 2010).

Questões sobre os despertares noturnos se fazem presentes em alguns instrumentos utilizados para avaliação do sono e/ou distúrbios do sono (BATISTA; NUNES, 2006; NUNES; KAMPPF; SADEH, 2012; SILVA et al., 2013; LOUREIRO et al., 2013; HUANG et al., 2014). O início e a manutenção do sono são fatores importantes, por serem referidos como obstáculos que mais afetam os recém-nascidos, as crianças e os pais, resultando em problemas para dormir e rotineiros despertares à noite, em 20% e 30% das crianças menores de três anos (SADEH et al., 2009). No presente estudo 15 (31,9%) das crianças acordavam ao menos uma vez durante a noite.

Em média as crianças desta pesquisa deitam-se às 20h e 30 minutos com tempo médio de sono noturno de 11 horas. Lisboa (2013) por sua vez aponta que a maioria das crianças costumam ir para cama às 22h, dormindo 9h por noite. De acordo com Januário (2012) e Mendes e Colaboradores (2012), essas crianças dormem menos do que deveriam nesta faixa etária, sendo adequado à essas crianças dormir entre 10 e 11 horas por noite. No entanto Hirshkowitz e Colaboradores (2015), diz que o tempo total de sono apropriado para crianças de 1 a 2 anos de idade não deve ser inferior a 9 horas nem superior a 16 horas. Percebe-se, portanto, que apesar das recomendações entre os autores variarem, ainda assim, o presente estudo foi visto como tendo uma quantidade de sono dentro das faixas de normalidade.

Cerqueira (2016), após ajustes das variáveis do seu estudo, concluiu tempo de sono de mais de duas horas durante o dia e entre seis e oito horas durante a noite, ocasionou 2,5 e 2,65 vezes maiores de chances para que ocorressem alterações no comportamento das crianças estudadas. No presente estudo apenas 1 criança (2,1%) não tinha o hábito de

dormir durante o dia e 29 delas (61,7%) mantiveram horários regulares de até 2 horas de sono diurno.

No contexto dos resultados apontados, o tempo de sono diurno deve ser monitorado para que não seja demasiadamente prolongado, entretanto de acordo com Chokroverty (2010) ressalta-se a sua importância vislumbrando a obtenção de um padrão de sono regular durante o dia, contribuindo para melhorar o sono noturno, principalmente na faixa etária das crianças estudadas, visto que a pouca idade está relacionada a menos exigências escolares e sociais e uma maior influência dos pais em determinar horários para dormir e acordar.

Considerando os pontos discutidos anteriormente, é fundamental ressaltar que ao longo das consultas de puericultura, ou em qualquer outro momento que tenha o contato da criança com o serviço de saúde, é necessário favorecer informações aos cuidadores/pais sobre a adequada quantidade de horas de sono que cada criança deve ter, de acordo com sua idade, para que eles próprios sejam capazes de monitorar e intervir quando necessário em hábitos que auxiliem ao sono saudável (BÉLISO, 2010). Evitando assim os cansaços e as sensações de esgotamento que os pais descrevem devido aos distúrbios do sono de suas crianças, originando também uma gama de sintomas físicos, emocionais e cognitivos que afetam a vida cotidiana bem como as mudanças na rotina da família (GIALLOA et al., 2013).

Revisão integrativa de 30 artigos que contextualizavam o sono pediátrico na atenção primária, destaca este cenário de atenção como fator importante para a administração das dificuldades encontradas em relação ao sono das crianças, apresentando uma alta predominância de problemas no sono pediátrico em cuidados primários, baixa triagem e gestão dos casos, bem como as limitações referente a formação dos profissionais que para que facilitem a identificação de um padrão de sono problemático (HONAKER; MELTZER, 2016).

Informações sobre os ciclos de comportamento do sono infantil, pode ajudar aos cuidadores a reconhecer os hábitos de um sono problemático, podendo assim tomar decisões sobre seus filhos evitando problemas no seu desenvolvimento, o que faz do profissional de saúde e o enfermeiro, principalmente aquele que trabalha com crianças ter um papel único, não só ensinando estratégias adequadas aos pais, mas também ensinando a

teoria desenvolvimentista e crítica de habilidades e pensamento (TSE; HALL, 2007; CARRICK, 2006).

Nesse estudo apenas 5 (10,7%) dos pais/cuidadores referiram que, em sua opinião, suas crianças apresentavam problemas com o sono. Este dado reforça a necessidade de educar pais/cuidadores prestando-lhes informações sobre hábitos de sono saudáveis, vez que este baixo percentual de percepção sobre problemas de sono apontado pelos pais/cuidadores sobre o sono de suas crianças é contrastante com os hábitos de sono inadequados referidos pelos mesmos, o que demonstra uma inabilidade em reconhecer o que seria um comportamento inadequado de sono.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo resulta da necessidade de compreender melhor o comportamento do sono das crianças de 0 a 3 anos de idade. Inicialmente foi escolhido o questionário BISQ-versão brasileira, esse que consiste em um instrumento confiável e válido à língua portuguesa, no Brasil, como uma importante ferramenta para a triagem rápida de problemas de sono em crianças de até 3 anos de idade para fins clínicos e de pesquisa, esse instrumento permitiu analisar e recolher as informações sobre o que os pais/cuidadores pensam sobre o comportamento do sono de suas crianças.

Este estudo tem algumas limitações. O tamanho da amostra é reduzido, pelo que não se poderá generalizar qualquer conhecimento adquirido, apenas criar hipóteses sujeitas a confirmação por estudos futuros. Existiu também alguma dificuldade na aplicação do questionário, devido ao fato de não ter existido uma coleta presencial, houve a ausência de alguns dos dados do questionário, esses que poderiam ter sido checados e evitado de perdê-lo se a coleta não tivesse sido através de envelopes nominais.

Os resultados mostraram que o comportamento do sono das crianças do estudo, segundo a maioria dos pais/cuidadores não é considerado um problema, mesmo visto que os padrões observados na pesquisa não condiz com o que seria um sono saudável segundo a literatura. Esse fato se dá devido à falta de conhecimento pelos pais/cuidadores de como deve ser um comportamento adequado para cada faixa etária.

Percebe-se que o cuidado à criança deve estar focado na manutenção de um estilo de vida saudável, que inclui a higiene do sono, e que a atenção básica apresenta cenário ideal para investigação de tal temática, procedendo uma investigação mais detalhada, completa e compreensiva do comportamento de sono das crianças, devendo ser consideradas alternativas diagnósticas e laboratoriais, bem como a capacitação por parte dos enfermeiro e demais profissionais da saúde para que ocorra uma detecção antecipada de variáveis que possam propiciar o aparecimento de distúrbios do sono, prevenindo assim suas consequências.

REFERÊNCIAS

LEWANDOWSKI, A. S.; TOLIVER-SOKOL, M.; PALERMO, T. M. Evidence-Based Review of Subjective Pediatric Sleep Measures. **Journal of Pediatric Psychology**, v.36, n.7 p.780-93, 2011.

BELÍSIO, A.S. **Influência de fatores sociais sobre o ciclo sono e vigília de crianças na educação infantil**. 2010. 111f. Dissertação. (Mestrado em Psicobiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2010.

BLUNDEN, S. L. Behavioural Sleep Disorders across the Developmental Age Span: An Overview of Causes, Consequences and Treatment Modalities. **Psychology**, v.3, n.3, p.249-256, 2011.

BRASIL. Constituição (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. São Paulo, 13 jun. 2013. n. 12, Seção 1.

BRAZELTON, T. B., SPARROW, J. **-A Criança e o Sono – O Método Brazelton**, 5ª Edição, Lisboa, Editorial Presença, 2009, 90p.

BRUNSCHWING, H. **-Sono**, Lisboa, Edições Pergaminho SA, 2008. 80p. ISBN: 978-972-711-715-4.

CHOKROVERTY S. Overview of sleep & sleep disorders. **Indian J Med Res.**, v.131, p.126-140, 2010.

CORDEIRO, Mário – **“Dormir Tranquilo”**, Lisboa, A Esfera do Livro; 2010. 205 pág. ISBN: 978-989-626-215-0.

DAVIS, K. F.; PARKER, K. P.; MONTGOMERY, G. L. **Sleep in Infants and Young Children**. Part One: Normal Sleep. *J. Pediatr. Health Care*, v.18, p.65-71, 2004^a.

GEIB, L.T.C.; NUNES, M.L. Hábitos de sono relacionados à síndrome da morte súbita do lactente: estudo populacional. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.2, p.415-423, 2006.

GREGORY, A., & SADEH, A. Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. **Sleep Medicine Reviews**, v.16, n.2, p.129-36, 2012.

HALAL, C.S, NUNES, M.L. Education in children's sleep hygiene: which approaches are effective? A systematic review. **J Pediatr**, v.90, n.5, p.449-56, 2014.

HIRSHKOWITZ, M. et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. **Sleep Health**, v.1, p.40-3, 2015.

HONAKER, S.M.; MELTZER, L.J. Sleep in pediatric primary care: A review of the literature. **Sleep Med Rev.**, v.25, p.31-9, 2016.

ISSLER, R.M.S. et al . Coleito no primeiro semestre de vida: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.5, p.942-48, 2010.

JARRIN, D.C.; MCGRATH, J.J.; QUON, E.C. Objective and subjective socioeconomic gradients exist for sleep in children and adolescents. **Health Psychol.**, v.33, n.3, p.301-5, 2014.

LÉLIS, A.LP.A. et al. Influence of the Family contexto on sleep disorders in children. **Rev. Rene**, v.15, n.2, p.343-53, 2014.

M.Martoni, V.Bayon, M.Elbaz, D.Léger. Using actigraphy versus polysomnography in the clinical assessment of chronic insomnia (retrospective analysis of 27 patients). **Presse Med.** v.41, p.95-100, 2012.

MEDEIROS, Eliabe Rodrigues de; COSTA, Alex-sandra Barbosa da; SANTOS, Paula Fernanda Brandão Batista dos. O cuidado à criança na educação infantil: um relato de experiência. **Recien**, São Paulo, v. 16, n. 6, p.32-47, 2016.

MENDONÇA, M. M. **Determinantes Individuais Da Qualidade Do Sono Em Crianças De Idade Pré-Escolar**. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade de Lisboa, Costa de Caparica, p. 64, 2014.

MINDELL JA, TELOFSKI LS, WIEGAND B, KURTZ ES. A nightly bedtime routine: impact on sleep in young children and maternal mood. **Sleep medicine**, v.32, p.599-606, 2009.

MINDELL, J., MELTZER, L. J., CARSKADON, M. A, & CHERVIN, R. D. Developmental aspects of sleep hygiene: findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. **Sleep medicine**, v.10 n.7, p.771–9, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2011.

Mosby's dictionary of medicine, nursing & health professions. 9th ed. Elsevier Inc, Canada. 2013.

NUNES, M. L.; KAMPPF, J. P. R.; SADEH, A. V. BISQ Questionnaire for Infant Sleep Assessment: translation into brazilian portuguese. **Sleep Science**, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 89-91, 2012.

OWENS J. Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. **Prim Care Clin Office Pract**, v.35, p.533-46, 2008.

OWENS, J., & WITMANS, M. Current problems in pediatric and adolescent health care. **Sleep problems** v.34 n.4, p.154–79, 2004.

PESSOA, J. H. L. Distúrbios do sono em crianças. In: FREIRE, L. M. S. **Diagnóstico diferencial em pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap.4, 2008.

POLIT DF, BECK CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

SADEH, A. A brief screening questionnaire for infant sleep problems: validation and findings for na Internet sample. **Pediatrics**, v. 113, p. 570-577, 2004.

SANTOS, I. S.; MOTA, D. M.; MATIJASEVICH, A. Epidemiology of co-sleeping and nighttime waking at 12 months in a birth cohort. **J. Pediatr.**, v.84, n.2, p:114-22, 2010.

TELLES, S., CORRÊA, E., CAVERSAN, B., MATTOS, J., ALVES, R. Significado Clínico da Actigrafia. **Rev Neuroscienc**, v.19 n.1, p.153-161, 2011.

TENENBOJM, E. et al. Causas de insônia nos primeiros anos de vida e repercussão nas mães: atualização. **Rev. paul. pediatr.**, v.28, n.2, p.221-26, 2010.

THOMAN, E. B. Co-sleeping, na ancient practice: issues of the past and presente, and possibilities for the future. **Sleep Med. Rev.**, v.10, p. 407-417, 2006.

THOMAN, Evelyn B.; PHD. **O sono e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial da criança**. Eua: Enciclopédia Sobre O Desenvolvimento na Primeira Infância, 2005. Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development; 2012:i-iii. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/sintese-sono.pdf>. Consultado 25/08/2016.

TOUCHETTE, É.; PETIT, D.; PAQUET, J. et al. Factors associated with fragmented sleep at night across early childhood. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, v.159, n.3, p.242-9, 2005.

World Association of Sleep Medicine, em <http://www.wasmonline.org/>>. Consultada 27/08/2016.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

DADOS DOS CUIDADORES	
1. Idade (anos): _____	2. Naturalidade: _____
3. Sexo: 1 () Feminino 2 () Masculino	
4. Estado civil: 1 () Casada(o) 2 () União estável 3 () Solteira(o) 4 () Viúva(o) 5 () Separada(o)	
5. Escolaridade: 1 () Analfabeto 2 () Fundamental incompleto (menos de nove anos) 3 () Fundamental completo (nove anos completos) 4 () Ensino médio incompleto (menos de doze anos) 5 () Ensino médio completo (doze anos completos) 6 () Superior Incompleto 7 () Superior Completo 8 () Pós-Graduação	
6. Trabalho remunerado 1 () Trabalho fora de casa 2 () Trabalho dentro de casa 3 () Sem trabalho remunerado	
7. Renda familiar (em Salário Mínimo*): 1 () Menos de um 2 () Um a dois 3 () Três a quatro 4 () Cinco a seis 5 () Sete a oito 6 () Nove a dez 7 () Acima de dez	

* Valor do salário mínimo vigente R\$ 880,00

DADOS DAS CRIANÇAS	
8. Data de Nascimento: _____ Meses	9. Idade Cronológica: _____
10. Sexo: 1 () Feminino 2 () Masculino	
<i>Copiar da Caderneta de Saúde da Criança (CSC)</i>	
11. Peso ao nascer: _____ g () Sem informação na CSC () Informado	
12. Idade gestacional ao nascer: _____ semanas () Sem informação na CSC () Informada	

13. Tipo de parto 1 (<input type="checkbox"/>) Normal 2 (<input type="checkbox"/>) Fórceps 3 (<input type="checkbox"/>) Cesário
14. A criança apresentou algum problema de saúde no último mês (febre, dor, tosse, dispneia, congestão nasal, outro): 1 (<input type="checkbox"/>) Não 2 (<input type="checkbox"/>) Sim Especificar: _____
15. Em uma semana normal, quantos dias da semana a criança frequenta a creche?
16. Quanto tempo faz que a criança frequenta a creche?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Drízia Skarlet Medeiros Dantas, estudante de enfermagem, pela Universidade Federal de Campina Grande- CES/Cuité. Estou desenvolvendo uma pesquisa chamada: “**Comportamento do sono em crianças de 0 a 3 anos de idade, que frequentam creche**”. Esta pesquisa tem o objetivo caracterizar o padrão de sono de crianças de 0 a 3 anos que frequentam a creche modelo Professora Maria Cleonice Ramos de Sena. Caso aceite participar, você responderá a dois questionários. Um questionário será específico sobre o padrão de sono da criança na faixa etária de 0 a 3 anos. O outro, conterá perguntas sobre a frequência ou não da criança à creche; dados sociodemográficos e econômicos, como idade, escolaridade, renda; e dados da criança, como peso ao nascer, idade gestacional. O preenchimento dos dois questionários durará aproximadamente 15 minutos, e poderá ser realizado por você mesmo, ou por meio de entrevista.

Informo que o risco relacionado a pesquisa é da dúvida que poderá surgir em relação ao padrão das respostas relativas as condições do sono apresentada pelas crianças, se está dentro do padrão das normalidades; que em contrapartida estarei oferecendo um feedback aos responsáveis sobre a adequação do sono de suas crianças. As informações coletadas somente serão utilizadas para a pesquisa com a finalidade de ser publicada em revistas e/ou em eventos científicos. O benefício da pesquisa é gerar base para o entendimento do comportamento do sono infantil em crianças brasileiras, com características específicas, na faixa etária de 0 a 3 anos.

Você tem a liberdade de recusar ou de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que tenha nenhum prejuízo. Não será oferecida ajuda de custo, nem cobrado nada para que você participe. Seu nome nem o de sua criança serão divulgados, nem qualquer informação que permita identificar vocês.

Gostaria de dizer que a sua participação é muito importante, e que os resultados desta pesquisa servirão para melhorar o cuidado realizado tanto pelo enfermeiro quanto pela equipe de profissionais que trabalham junto às crianças em creches, podendo assim ter um avanço na atenção aos problemas que podem ser causados por um sono infantil inadequado. Esse termo de consentimento livre e esclarecido será composto por duas

cópias, uma ficará comigo que sou a pesquisadora e a outra com você (mãe, pai ou responsável) que irá participar da pesquisa.

Caso o participante queira, poderá pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

- Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
 Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Caso sinta-se prejudicado(a) por participar desta pesquisa, deixo nome completo, endereço e telefone para contato:

Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira. Rua Sítio Olho D'água da Bica, s/n, Centro. Cuité, Paraíba. CEP: 58175-000. Telefone: (83) 3372-1900/ 3372-1916. E-mail: anacarolina.ufcg@gmail.com.

OU

Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP, do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, CEP: 58401 – 490, Campina Grande-PB, Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br; Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande.

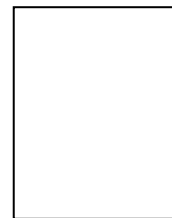
Cuité- PB, ____ de _____ de 2016.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Cuité, ____ de _____ de _____



Assinatura do sujeito da pesquisa ou representante

Digital (Se analfabeto)

Testemunha

Assinatura do pesquisador
(Carimbo ou nome legível)

APÊNDICE D – Termo de compromisso de divulgação dos resultados**Termo de Compromisso de divulgação dos resultados**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “Comportamento do sono em crianças de 0 a 3 anos que frequentam creche” assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cuité, 23 de setembro de 2016.


Orientadora


Orientando

APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “Comportamento Do Sono Em Crianças De 0 a 3 Anos Que Frequentam Creche” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, 22 de Setembro de 2016.

Ana Carolina Dantas Rocha

Orientadora

Drízia Skarlet Medeiros Dantas

Orientando

APÊNDICE F - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES
Diretor do Campus Cuité/ UFCG
Rua.: Sítio Olho D'água da Bica s/n, Centro.
CEP.: 58175 – 000, Tel.: 3372– 1900/3372-1916

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, Ramilton Marinho Costa, Diretor do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “Comportamento Do Sono Em Crianças De 0 a 3 Anos Que Frequentam Creche” que ocorrerá na creche “Professora Maria Cleonice Ramos de Sena” localizada no município de Cuité-PB, durante o período de dezembro/2016 a março/2017, sendo realizada pela graduanda Drízia Skarlet Medeiros Dantas, sob matrícula 516120640, RG: 3783622, CPF: 067401234-89, tendo como pesquisadora coordenadora Profa. Dra. Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira.

Cuité, 23 de setembro de 2016

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ramilton Marinho Costa', is written over a circular official stamp. The stamp contains the text 'UFCG', 'Ramilton Marinho Costa', 'Diretor do CES', and 'Mat. SIAPE 33729b'.

Diretor da Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité-PB

APÊNDICE G – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

CRECHE MUNICIPAL DE CUITÉ -PB
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO
Rua.: 7 de Setembro, Bairro São José.
CEP.: 58107 – 670

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Eu, Ariclê Souza de Azevedo, Diretora da creche “Professora Maria Cleonice Ramos de Sena”, localizada no município de Cuité-PB, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “Comportamento do sono em crianças de 0 a 3 anos que frequentam creche”, que será realizada no período de dezembro/2016 à março/2017 tendo como pesquisadora coordenadora Profa. Dra. Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira.

Cuité, 29 de Setembro de 2016.

Ariclê Souza de Azevedo
Coordenadora da Creche Professora Maria Cleonice Ramos de Sena

ANEXO A - Breve Questionário sobre Sono na Infância (BQSI).

<p>Por favor, marque apenas uma opção quando você responder às questões que apresentam mais de uma opção de resposta!</p>
<p>Nome do entrevistado: _____ Data ____/____/____</p>
<p>Parentesco do entrevistado: () Pai () Mãe () Avó/Avô () Outro (especificar) _____</p>
<p>Nome da criança: _____ Data de nascimento ____/____/____ Sexo: () Feminino () Masculino</p>
<p>Ordem de nascimento da criança: () Mais velho () Do meio () Mais novo</p> <p>Organização para dormir: () Berço em um quarto separado () Berço no quarto dos pais () Na cama dos pais () Berço no quarto com irmãos () Outro (especificar): _____</p>
<p>Em que posição seu (sua) filho (a) dorme na maior parte das vezes? () Barriga para baixo () De lado () De costas</p>
<p>Quanto tempo seu (sua) filho (a) passa dormindo durante a NOITE (entre 7 da noite e 7 da manhã)? Horas: _____ Minutos: _____</p>
<p>Quanto tempo seu (sua) filho (a) passa dormindo durante o DIA (entre 7 da manhã e 7 da noite)? Horas: _____ Minutos: _____</p>
<p>Média de vezes que seu (sua) filho (a) acorda por noite: _____</p>
<p>Durante a noite (entre 10 da noite e 6 da manhã) quanto tempo seu (sua) filho(a) permanece acordado(a)? Horas: _____ Minutos: _____</p>
<p>Quanto tempo você leva para fazer seu (sua) filho (a) adormecer à noite? Horas: _____ Minutos: _____</p>

Como seu bebê dorme?

- Sendo alimentado
- Sendo embalado
- No colo
- Sozinho na sua cama
- Na cama perto dos pais

A que horas normalmente seu (sua) filho (a) adormece à noite?

Horas: _____ Minutos: _____

Você considera o sono do (da) seu (sua) filho(a) um problema?

- Um problema muito grave
- Um problema pouco grave
- Não considera um problema

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



FEDERAL DE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** COMPORTAMENTO DO SONO EM CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS QUE FREQUENTAM CRECHE**Pesquisador:** Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 61407216.2.0000.5182**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 1.828.815**Apresentação do Projeto:**

É uma pesquisa a ser realizada com pais e/ou responsáveis por crianças de 0 a 3 anos para entender o padrão de sono dessas crianças. A pesquisa será realizada em Cuité - PB.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o padrão de sono em crianças de 0 a 3 anos que frequentam uma creche modelo no interior da Paraíba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios superam os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa interessante e poderia até ser uma pesquisa multicêntrica, pois auxiliaria pais e bebês a diminuir os problemas relacionados ao sono.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados.

Recomendações:

Nenhuma

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO / UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.828.815

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acatou o parecer APROVADO do relator em reunião realizada em 21 de novembro de 2016.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_803260.pdf	11/10/2016 14:40:05		Aceito
Outros	INSTRUMENTOSDECOLETA.docx	11/10/2016 14:39:22	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	scan0003.jpg	11/10/2016 14:36:03	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	scan0002.jpg	11/10/2016 14:35:31	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	scan0001.jpg	11/10/2016 14:35:08	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	scan.jpg	11/10/2016 14:34:27	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/10/2016 14:33:21	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCPRONTO.docx	11/10/2016 14:31:00	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito
Folha de Rosto	folhaASSINADA.pdf	11/10/2016 14:29:20	Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO / UNIVERSIDADE
FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.828.815

CAMPINA GRANDE, 21 de Novembro de 2016

Assinado por:
Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br