UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

RENATHA EL RAFIHI-FERREIRA

**Intervenção Comportamental para Problemas de Sono
na Infância**

São Paulo
2015

RENATHA EL RAFIHI-FERREIRA

Intervenção Comportamental para Problemas de Sono na Infância

(Versão corrigida)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Edwiges Ferreira de Mattos
Silvares

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Laura Nogueira Pires

São Paulo

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Rafihi-Ferreira, Renatha El.

Intervenção comportamental para problemas de sono na infância / ,
Renatha El Rafihi-Ferreira; orientadora Edwiges Ferreira de Mattos Silves.
-- São Paulo, 2015.

171 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de
Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade
de São Paulo.

1. Crianças 2. Sono 3. Insônia 4. Tratamento comportamental 5.
Comportamento I. Título.

HQ767.8

Nome: Rafihi-Ferreira, Renatha

Título: Intervenção Comportamental para Problemas de Sono na Infância

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Psicologia Clínica.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Acredito que uma tese não é realizada apenas pela busca do pesquisador ao título de doutor, mas pela importância do tema abordado, dos participantes envolvidos, dos mentores que guiam o processo e pelas pessoas que compartilham momentos que marcam e são cruciais nesta etapa tão importante que é o doutorado. A todos quero dizer sinceramente: obrigada!

À Professora Doutora Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras, obrigada por ter me aceitado, por ter acreditado em mim, me incentivando e motivando em momentos cruciais do doutorado. Por criar e proporcionar todas as condições necessárias para que esta tese fosse realizada da melhor forma possível e por ter me aconselhado nestes momentos de tanta dedicação. Vivi, seus conselhos e ensinamentos estarão presentes em todo o meu caminho.

À Professora Doutora Maria Laura Nogueira Pires, que me apresentou o tema e acompanhou cada etapa até a conclusão deste trabalho. Esteve presente passo a passo na minha carreira de pesquisadora, presenciou minhas fraquezas e inseguranças e acreditou no meu potencial, sempre me motivando para a evolução. Com você aprendi habilidades essenciais para minha carreira e vida. Se hoje eu posso ser uma pesquisadora independente e andar com minhas próprias pernas, muito se deve a você. Sou muito grata por tudo, muito obrigada. Vou levar sempre seus ensinamentos comigo. Professora que tem capacidade profissional ímpar, a qual sempre vou admirar e ter como modelo de pesquisadora.

A equipe do Projeto Enurese e ASEBA, em especial à Vivi, à Marina Monzani da Rocha, à Deisy Emerich e à Rafaela Ferrari, pela ajuda, pelos momentos compartilhados e pelo apoio.

A equipe LAPSS, em especial à Laurinha, à Rafaela Câmara e à Débora Aquino, pelo apoio, pelos maravilhosos momentos compartilhados e pelo aprendizado que tive com cada membro dessa equipe. Pelos lindos trabalhos que fizemos em equipe. Por sermos uma equipe! Sou muito grata a todos vocês, muito obrigada!

Aos Professores Doutores, Francisco Baptista Assumpção Junior e Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira, pelas contribuições na Banca de Qualificação.

Aos participantes desta pesquisa, sem os quais este estudo não ocorreria. Aprendi de forma singular com cada um.

Ao Vinicius David, pelo auxílio estatístico e paciência. Muito obrigada!

Ao Professor Paul Gringas e à Rebecca Martyn, por terem me recebido e me acolhido tão bem durante meu estágio de doutorado sanduíche, no qual tive proveitosos aprendizados.

Às Professoras Doutoras, Maria Rita Zoega Soares e Maria Cristina Miyazaky, pelo incentivo desde minha entrada no doutorado, pelo apoio e mediação em todo este processo. À minha amiga e primeira orientadora, Professora Doutora Sílvia Aparecida Fornazari: nunca vou me esquecer de você. Tudo isso é fruto da semente que você plantou em mim. Muito obrigada por me apoiar em todos os momentos. Carrego seus ensinamentos sempre comigo. Obrigada, professoras, também pela importância que tiveram em minha formação.

Aos meus pais, Leila e Antônio, por sempre acreditarem em mim, me incentivarem e por criarem todas as condições possíveis para que eu concluísse os meus estudos. O apoio e o reconhecimento de vocês foram essenciais em toda esta fase. Muito obrigada! Sempre serão meus eternos modelos. Mãe, para mim você sempre será minha heroína. Eterna gratidão pelo seu amor e apoio em todos os momentos da minha vida. Também agradeço à minha irmã Danniela e ao Carlinhos, por sempre me valorizarem, me apoiarem e estarem sempre presentes na minha vida.

Às minhas amigas Rafaela Ferrari e Deisy Emerich, que acompanharam bem de perto todo o desenrolar da minha tese e do doutorado. À minha amiga Rafinha e a meus amigos Wagner Silva e Rafael Alcântara, pelos conselhos e apoio que me passavam sempre tanta segurança.

À minha amiga Natália Mendes, por ter me apoiado antes da minha entrada no doutorado, na realização das provas de seleção e em muitas etapas deste processo. Seu apoio foi fundamental. Muito obrigada!

À Ana Flávia Bonini, por sempre acreditar em mim, me apoiar e me acompanhar nessas etapas tão importantes. Pela paciência em acolher minha angústia, minha ansiedade, por ter os melhores conselhos e me acalmar com muito carinho. Obrigada, obrigada, obrigada!

Ao meu muito especial, e irmão por escolha, meu amigo Felipe Alckmin-Carvalho, não tenho palavras para descrever o quanto você foi importante em toda esta etapa. Durante esses três anos você esteve presente em todas as minhas angústias e alegrias, tanto profissionais como pessoais. Riu e chorou comigo, me acolheu e me deu bronca. Com você tenho trocas imensas. Obrigada por estar sempre presente em todo este período. Foi no doutorado que eu conheci você, tornando-se um amigo que quero ter eternamente na minha vida.

A todos os membros desta Banca de Defesa que aceitaram estar comigo neste momento tão importante. Aos Doutores, Edwiges Ferreira de Mattos Silves, Maria Laura Nogueira Pires, Francisco Baptista Assumpção Junior, Márcia Helena da Silva Melo

Bertolla, Márcia Lurdes de Cacia Pradella-Hallinan, Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira, Sonia Beatriz Meyer, Helena Rinaldi Rosa, Marina Monzani da Rocha, Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela concessão da bolsa de doutorado, permitindo que eu me dedicasse com tanto afinho à realização deste estudo.

A todos, meus sinceros agradecimentos.

Obrigada!

RESUMO

Rafihi-Ferreira, R. (2015). *Intervenção Comportamental para Problemas de Sono na Infância*. 175f. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Problemas no momento de dormir e frequentes despertares noturnos são comuns em crianças, afetando 20% a 30% da população infantil. Tais dificuldades com o sono podem afetar aspectos comportamentais da criança, além de prejudicar o sono, o humor e a funcionalidade diurna de seus cuidadores. Apesar da importância do sono para a saúde infantil, há uma carência de estudos sobre o tema no cenário nacional. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a eficácia de uma intervenção comportamental para insônia infantil por meio de um programa dirigido aos pais. Participaram 62 pais de crianças de um a cinco anos de idade que apresentavam problemas de ordem comportamental relacionados ao sono. Os participantes foram randomizados em bloco de oito para os grupos de intervenção e controle. O programa de intervenção foi composto por cinco sessões nas quais os pais receberam educação sobre o sono da criança, orientações sobre o estabelecimento de horários e rotina para dormir e quanto ao uso de técnicas (extinção e reforço positivo) para a melhoria do momento de dormir e redução de despertares noturnos. Os participantes foram avaliados em quatro etapas – pré-intervenção, pós-intervenção, seguimento de um e seis meses – por meio dos instrumentos *Escala UNESP de Hábitos e Higiene do Sono - Versão Crianças*, *Escala de Distúrbios do Sono para Crianças e Adolescentes*, *Inventário de Comportamentos para Crianças entre 1½ a 5 anos (CBCL)*, *Inventário de Autoavaliação para adultos de 18 a 59 anos (ASR)*, *Diário de Sono*, *Diário de Comportamento* e *Actigrafia*. Os resultados deste estudo demonstraram que depois da intervenção houve melhora ($p < 0,05$) nas variáveis do sono, tais como horário para dormir, latência para início do sono, despertares, duração total, bem como nos comportamentos das crianças no momento de dormir, avaliados por medidas subjetivas, como dormir com os pais e resistência a ir para a cama. Também houve melhora na latência para início do sono das crianças e na latência, eficiência e despertares de suas mães por actigrafia. Além da melhora na qualidade do sono, foi observada melhora detectável nos problemas de comportamento externalizante, internalizante e total de problemas de comportamento das crianças avaliados pelo CBCL, e um menor número de mães com pontuações clínicas no ASR. Conclui-se que a intervenção comportamental para insônia infantil, por meio de orientação para pais, é eficaz na melhora da qualidade de sono e nos comportamentos diurnos das crianças, além de trazer benefícios no sono e nos comportamentos de suas mães. Tais resultados apontam para a necessidade de disseminação desse conhecimento no Brasil, a partir da possibilidade de aplicação desse protocolo em clínicas-escolas de psicologia.

Palavras-chave: Crianças. Sono. Insônia. Tratamento Comportamental. Comportamento.

ABSTRACT

Rafihi-Ferreira, R. (2015). *Behavioral Intervention for Sleep Problems in Childhood*. 175f. PhD Thesis, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Problems when they sleep and frequent awakenings are common in children. They affect approximately 20 % to 30 % of the child population. These problems, classified as behavioral childhood insomnia, can affect behavioral, emotional and educational aspects of the child, in addition to affecting sleep, mood and daytime functionality of their caregivers. Despite the importance of sleep for and on children's health, there is a lack of studies on this topic on the national scene. The present study aimed to evaluate the efficacy of a behavioral intervention for childhood insomnia through a program aimed at parents. Sixty-two parents of children 1-5 years of age who have behavioral problems related to sleep participated. Participants were randomized into two groups: intervention and control. The intervention program consisted of five sessions in which parents received training on child sleep, guidelines on establishing schedules and bedtime routines and how the use of techniques (extinction and positive reinforcement) to improve the time to sleep and reduced nighttime awakenings. Participants were evaluated in four stages – pre-intervention, post-intervention, follow-up at one and six month intervals – through the instruments Escala UNESP de Hábitos e Higiene do Sono – Versão Crianças, Escala de Distúrbios do Sono para Crianças e Adolescentes, Child Behavior Checklist 1½ to 5 years (CBCL), Adult Self Report (ASR), sleep and behavior diaries and actigraphy. The results of this study demonstrated that post intervention, there are improvements ($p < 0.05$) of sleep variables, such as bedtime schedule, sleep latency, awakenings, time sleep total, and in behaviors at bedtime, like co-sleeping and resistance to go to bed, in children, evaluated by subjective measures and improvement in latency to sleep in children and latency, efficiency and awakenings of their mothers for actigraphy. Besides the improvement in sleep quality, we also noted a detectable improvement at behavior problems externalizing, internalizing and total behavior problems of children evaluated by CBCL and smaller number of mothers with clinical scores by ASR. Behavioral interventions for insomnia to childhood, through parental guidance, is effective in improving the quality of sleep and daytime behavior in children and brings benefits to sleep and behavior in our female caregivers. These results indicate the need to disseminate this knowledge in Brazil from the opportunity to apply this protocol in schools of clinical psychology.

Keywords: Children. Sleep. Insomnia. Behavioral treatment. Behavior.

RESUMÉ

Rafihi-Ferreira, R. (2015). *Intervention comportementale aux problèmes de sommeil chez les enfants*. 175f. Thèse de doctorat, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Des problèmes surgissent lorsque les enfants dorment et éprouvent des réveils fréquents. Ceci touche environ 20% à 30% des enfants de la population étudiée. Ces difficultés liées au sommeil peuvent affecter les aspects comportementaux de l'enfant, en plus d'affecter le sommeil, l'humeur et la fonctionnalité journalière de leurs soignants. Malgré l'importance du sommeil pour la santé des enfants, il y a un manque d'études sur le sujet sur la scène nationale. Notre recherche visait à évaluer l'efficacité d'une intervention comportementale pour les enfants de l'insomnie grâce à un programme destiné aux parents et aux soignants. Soixante-deux parents d'enfants de 1-5 ans qui ont des problèmes de comportement liés au sommeil ont participé à l'étude. Les participants ont été sélectionnés en bloc pour les huit groupes d'intervention et témoin. Le programme d'intervention composé de cinq sessions visait les parents qui ont suivi une formation sur le sommeil des enfants, des lignes directrices sur l'établissement des horaires et la routine pour le sommeil et pour l'utilisation de techniques (extinction et le renforcement positif) pour améliorer le temps de dormir et la réduction des réveils nocturnes. Les participants ont été évalués en quatre étapes – avant l'intervention, après l'intervention de suivi d'un et six mois d'espace – en utilisant les instruments d'échelle d'habitudes UNESP et Hygiène Sleep-version pour enfants, des troubles du sommeil échelle pour enfants et des adolescents, inventaire Comportements des enfants entre 1½ à 5 ans (CBCL), Inventaire auto-évaluation pour les adultes de 18 à 59 ans (ASR), agendas de sommeil et actographie ainsi que le comportement. Les résultats ont montré qu'il y avait une amélioration après l'intervention ($p < 0,05$) dans les variables du sommeil tels que l'heure du coucher, la latence d'apparition du sommeil, réveils, durée totale, ainsi que les comportements au coucher, comme dormir avec les parents et la résistance à aller au lit, les enfants, évalués par des mesures subjectives et l'amélioration de la latence au début du sommeil des enfants et le temps de latence, l'efficacité et réveils de leurs mères par actographie. Outre l'amélioration de la qualité du sommeil, l'amélioration a été observée dans les problèmes détectables de comportements d'extériorisation, l'internalisation et le total des problèmes de comportement des enfants évalués par le CBCL et moins de mères avec des résultats cliniques dans l'ASR. L'intervention comportementale au niveau de l'insomnie infantile, à travers les conseils aux parents, est efficace pour améliorer la qualité du comportement du sommeil et la journée des enfants. Elle apporte des avantages quant au sommeil et au comportement des mères. Ces résultats soulignent la nécessité de diffuser ces connaissances au Brésil afin d'utiliser ce protocole dans les facultés de psychologie clinique.

Mots-clés: Enfants. Le sommeil. Insomnie. Le traitement de comportement. Comportement.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo dos participantes no decorrer do estudo _____	44
Figura 2 - Diferença entre os grupos quanto às pontuações no Índice Composto de Distúrbios de Sono _____	67
Figura 3 - Horário de deitar no decorrer do estudo _____	69
Figura 4 - Horário de levantar no decorrer do estudo _____	70
Figura 5 - Latência para início do sono no decorrer do estudo _____	71
Figura 6 - Número de despertar por noite no decorrer do estudo _____	72
Figura 7 - Duração total do sono no decorrer do estudo _____	72
Figura 8 - Frequência de noites com despertar noturno no decorrer do estudo _____	73
Figura 9 - Frequência de resistência a ir para a cama no decorrer do estudo _____	74
Figura 10 - Frequência de dormir com os pais no decorrer do estudo _____	75
Figura 11 - Frequência do comportamento de vocalizar que interfere no sono das crianças de ambos os grupos _____	76
Figura 12 - Frequência do comportamento de sair da cama que interfere no sono das crianças de ambos os grupos _____	76
Figura 13 - Frequência do comportamento de ficarem sentadas na cama que interfere no sono das crianças de ambos os grupos _____	77
Figura 14 - Frequência do comportamento de permanecerem deitadas na cama que interfere no sono das crianças de ambos os grupos _____	78
Figura 15 - Frequência das respostas dos cuidadores frente ao comportamento de vocalizar das crianças em ambos os grupos _____	79
Figura 16 - Frequência das respostas dos cuidadores frente ao comportamento de sair da cama das crianças em ambos os grupos _____	81
Figura 17 - Frequência das respostas dos cuidadores frente ao comportamento de ficarem sentadas na cama das crianças em ambos os grupos _____	83
Figura 18 - Frequência das respostas dos cuidadores frente ao comportamento das crianças de permanecerem deitadas na cama em ambos os grupos _____	84
Figura 19 - Variáveis do sono das crianças de ambos os grupos avaliadas por Actigrafia _____	87

Figura 20 - Representação gráfica por meio de registro actígrafo de crianças	88
Figura 21 - Diferença entre os grupos quanto às pontuações dos comportamentos avaliados pelo CBCL	91
Figura 22 - Variáveis do sono das mães de ambos os grupos avaliadas por Actigrafia	93
Figura 23 - Representação gráfica por meio de registro actígrafo das mães	94
Figura 24 - Horário de ir deitar de todas as crianças submetidas à intervenção	106
Figura 25 - Horário de levantar de todas as crianças submetidas à intervenção	107
Figura 26 - Latência para início do sono de todas as crianças submetidas à intervenção	107
Figura 27 - Número de despertar por noite de todas as crianças submetidas à intervenção	108
Figura 28 - Duração total do sono de todas as crianças submetidas à intervenção	109
Figura 29 - Frequência de noites com despertar de todas as crianças submetidas à intervenção	109
Figura 30 - Frequência de resistência a ir para a cama de todas as crianças submetidas à intervenção	110
Figura 31 - Frequência de dormir com os pais de todas as crianças submetidas à intervenção	111
Figura 32 - Frequência de comportamentos de vocalizar que interfere no sono de todas as crianças submetidas à intervenção	112
Figura 33 - Frequência de comportamentos de sair da cama que interfere no sono de todas as crianças submetidas à intervenção	112
Figura 34 - Frequência de comportamento de ficarem sentadas na cama que interfere no sono de todas as crianças submetidas à intervenção	113
Figura 35 - Frequência de comportamento de permanecerem deitadas na cama que interfere no sono de todas as crianças submetidas à intervenção	113
Figura 36 - Frequência de respostas dos cuidadores frente ao comportamento de vocalizar de todas as crianças	114
Figura 37 - Frequência de respostas dos cuidadores frente ao comportamento de sair da cama de todas as crianças	115
Figura 38 - Frequência de respostas dos cuidadores frente ao comportamento de ficarem sentadas na cama de todas as crianças	116

Figura 39 - Frequência de respostas dos cuidadores frente ao comportamento de permanecerem deitadas na cama de todas as crianças _____ 117

Figura 40 - Variáveis do sono de todas as crianças avaliadas por Actigrafia _____ 119

Figura 41 - Variáveis do sono de todas as mães avaliadas por Actigrafia _____ 122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição das Sessões de Orientação Parental para Problemas de Sono na Infância _____ 46

Quadro 2- Índice Composto de Distúrbios de Sono _____ 49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes _____	52
Tabela 2 - Hábitos e rotina das crianças antes de dormir _____	55
Tabela 3 - Componentes da rotina pré-sono da criança _____	61
Tabela 4 - Padrões de sono das crianças a partir da Escala DIMS _____	63
Tabela 5 - Principais características do sono das crianças a partir do Índice Composto de Distúrbios de Sono _____	66
Tabela 6 - Variáveis do sono das crianças avaliadas por Diários de Sono _____	68
Tabela 7 - Variáveis do sono das crianças avaliadas por Actigrafia _____	86
Tabela 8 - Problemas de comportamento das crianças avaliados pelo CBCL _____	89
Tabela 9 - Variáveis do sono das mães avaliadas por Actigrafia _____	92
Tabela 10 - Problemas de comportamento das mães avaliados pelo ASR _____	96
Tabela 11 - Hábitos e rotina de todas as crianças _____	99
Tabela 12 - Componentes da rotina pré-sono de todas as crianças _____	102
Tabela 13 - Padrões de sono de todas as crianças a partir da Escala DIMS _____	103
Tabela 14 - Principais características do sono de todas as crianças a partir do Índice Composto de Distúrbios de Sono _____	104
Tabela 15 - Variáveis do sono de todas as crianças avaliadas por Diário de Sono _____	105
Tabela 16 - Variáveis do sono de todas as crianças avaliadas por Actigrafia _____	118
Tabela 17 - Problemas de comportamento de todas as crianças, avaliados pelo CBCL _____	120
Tabela 18 - Variáveis do sono de todas as mães avaliadas por Actigrafia _____	121
Tabela 19 - Problemas de comportamento de todas as mães avaliados pelo ASR _____	123
Tabela 20 - Respostas das mães ao Inventário de Satisfação com a Intervenção _____	124

LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ASR	Inventário de Autoavaliação para adultos de 18 a 59 anos
CBCL	Inventário de Comportamentos para Crianças entre 1½ a 5 anos
CSHQ	Children's Sleep Habits Questionnaire
DIMS	Escala Dificuldade de Iniciar e Manter o Sono
PoMs.	Profile of Mood states
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNESP	Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 PROBLEMAS DE SONO NA INFÂNCIA: PREVALÊNCIA, DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA	19
1.1.1 Problemas no momento de dormir	19
1.1.2 Despertares noturnos	20
1.1.3 Insônia	21
1.2 CONSEQUÊNCIAS DOS PROBLEMAS DE SONO	22
1.3 TRATAMENTO COMPORTAMENTAL PARA PROBLEMAS DE SONO NA INFÂNCIA	23
1.3.1 Higiene do sono	24
1.3.2 Rotinas pré-sono	25
1.3.3 Extinção	26
1.3.4 Reforço positivo	28
1.4 EFICÁCIA DOS TRATAMENTOS COMPORTAMENTAIS	29
1.5 TRABALHOS NO BRASIL	32
2 JUSTIFICATIVA	34
3 OBJETIVOS E HIPÓTESES	35
3.1 OBJETIVO GERAL	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
3.3 HIPÓTESES	35
4 MÉTODO	37
4.1 DELINEAMENTO	37
4.2 ASPECTOS ÉTICOS	37
4.3 PARTICIPANTES	38
4.4 LOCAL	38
4.5 INSTRUMENTOS	39
4.6 PROCEDIMENTO	43
4.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS	48

5 RESULTADOS	51
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES	51
5.2 HISTÓRICO DE INTERVENÇÕES ANTERIORES À PESQUISA	53
5.3 AVALIAÇÃO DO GRUPO CONTROLE VS. GRUPO INTERVENÇÃO	54
5.3.1 Características do sono das crianças avaliadas por medida subjetiva (questionários e diários)	54
5.3.1.1 Hábitos e rotina das crianças antes de dormir	54
5.3.1.2 Padrões de sono das crianças avaliados por questionários	62
5.3.1.3 Variáveis do sono das crianças avaliadas por Diários de Sono	68
5.3.1.4 Comportamentos das crianças no momento de dormir e/ou quando despertam à noite	73
5.3.1.5 Comportamento dos cuidadores frente às respostas das crianças no momento de dormir	78
5.3.2 Características do sono das crianças avaliadas por medida objetiva (Actigrafia)	85
5.3.3 Problemas de comportamentos das crianças avaliados pelo CBCL	88
5.3.4 Características do sono nas mães avaliadas por medida objetiva (Actigrafia)	92
5.3.5 Problemas de comportamentos das mães avaliadas pelo ASR	95
5.4 AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS DE TODOS OS PARTICIPANTES	97
5.4.1 Características do sono de todas as crianças avaliadas por medida subjetiva (questionários e diários)	98
5.4.1.1 Hábitos e rotina de todas as crianças antes de dormir	98
5.4.1.2 Padrões de sono de todas as crianças avaliados por questionários	102
5.4.1.3 Variáveis do sono de todas as crianças avaliadas por Diários de Sono	105
5.4.1.4 Comportamentos de todas as crianças no momento de dormir e/ou quando despertam à noite	110
5.4.1.5 Comportamentos de todos os cuidadores frente às respostas das crianças no momento de dormir	114
5.4.2 Características do sono de todas as crianças avaliadas por medida objetiva (Actigrafia)	118
5.4.3 Problemas de comportamentos de todas as crianças avaliados pelo CBCL	119
5.4.4 Características do sono de todas as mães avaliadas por medida objetiva (Actigrafia)	121
5.4.5 Problemas de comportamentos de todas as mães avaliadas pelo ASR	122
5.5 SATISFAÇÃO MATERNA COM A INTERVENÇÃO	124
6 DISCUSSÃO	126
6.1 LIMITAÇÕES	141
6.2 FUTURAS INVESTIGAÇÕES	142
7 CONCLUSÃO	143

REFERÊNCIAS	145
ANEXOS	154
ANEXO I – Parecer de aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo	155
ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	158
ANEXO III – Roteiro para Entrevista Inicial	161
ANEXO IV – Diário de Sono	164
ANEXO V – Diário de Comportamentos	165
ANEXO VI – Escala UNESP de Hábitos e Higiene do Sono - Versão Crianças	166
ANEXO VII – Escala de Distúrbios do Sono para Crianças e Adolescentes	169
ANEXO VIII – Inventário de Satisfação da Intervenção	170

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problemas de sono na infância: prevalência, definição e etiologia

Os problemas de sono mais frequentes são as dificuldades de iniciar e manter o sono. Em crianças pequenas essas queixas são referidas como problemas no momento de dormir (*bedtime problems*) e despertares noturnos (*night wakings*) (Meltzer & Mindell, 2014). Estudiosos (Mindell & Moore, 2014; Mindell, Kuhn, Lewin, Meltzer & Sadeh, 2006) apontam que 20% a 30% das crianças até três anos de idade apresentam essas queixas e que grande parte (84%) destas crianças permanece com tais queixas aos três anos de idade (Sadeh, Gruber & Raviv, 2002). Além disso, a prevalência de problemas de sono varia conforme a idade. De modo geral, a dificuldade para iniciar o sono e o despertar noturno ocorrem em 40% dos bebês recém-nascidos e em 20% a 50% dos pré-escolares. Já a resistência a dormir é relatada em 15% a 27% das crianças em idade escolar (Durand, 2008; Owens, 2007).

A prevalência no Brasil acompanha os registros internacionais. Um estudo nacional desenvolvido por Pires, Vilela e Câmara (2012) aponta que uma a cada duas crianças apresenta dificuldade para adormecer e uma a cada três desperta várias vezes durante a noite e se mostra sonolenta durante o dia.

1.1.1 Problemas no momento de dormir

Os problemas no momento de dormir ocorrem em 10% a 30% das crianças em idade pré-escolar (Sadeh, Mindell, Luedtke & Wiegand, 2009). Esses problemas são caracterizados pela resistência a ir para a cama, permanecer nela ou se negar a participar da rotina pré-sono. Assim, é frequente as crianças relatarem para ir para a cama ou atrasar esse momento com repetidas requisições (mais uma história, um beijo a mais etc.) (Durand, 2008; Moore, 2010; Owens, 2007).

Os problemas no momento de dormir iniciam quando as crianças buscam independência e testam os limites de seus cuidadores, o que é extremamente comum durante o desenvolvimento da criança. Contudo, à noite, muitos pais encontram dificuldades no manejo de tais comportamentos, resultando em inconsistências na rotina pré-sono e no estabelecimento de limites. Consequentemente, os problemas no momento de dormir emergem (Mindell & Moore, 2014).

1.1.2 Despertares noturnos

Os frequentes despertares noturnos são observados em 25% a 50% das crianças pequenas (Sadeh et al., 2009) e são mais comumente encontrados em crianças de seis meses a três anos de idade.

Os despertares noturnos apresentam uma estreita relação com a forma como a criança aprendeu a adormecer, isto é, as condições às quais o início do sono foi associado (Mindell & Moore, 2014). Desta forma, os despertares noturnos frequentes são, muitas vezes, resultado de associações inapropriadas com o sono, tais como fatores externos como colo, mamadeira, televisão e presença dos pais antes de dormir. Sadeh et al. (2009) reportam que a presença parental é o mais comum preditor de despertares noturnos. Assim, crianças que adormecem com contato físico ou envolvimento parental ativo têm maior probabilidade de precisarem de ajuda para voltar a dormir após os despertares que normalmente acontecem durante a noite (Durand, 2008; Moore, 2010; Owens, 2007). Em muitos casos, quando o início do sono está associado à presença parental, muitos cuidadores optam pela prática de *co-sleeping*, isto é, dormir com suas crianças no mesmo espaço, o que fortalece a associação do sono com a presença parental.

É importante salientar que os despertares durante a noite fazem parte da arquitetura normal do sono e ocorrem sempre ao fim de cada ciclo de sono. Desta forma, são também vivenciados por outras crianças. Contudo, ao permanecer acordada e sinalizar isso por meio de choros, solicitações ou saídas da cama, a criança retrata uma falta de habilidade de adormecer independentemente (Kuhn, 2014; Mindell & Moore, 2014).

1.1.3 Insônia

Quando relatados por cuidadores, com frequência de pelo menos três vezes na semana, os problemas no momento de dormir, os despertares durante a noite e a falta de habilidade para adormecer de modo independente, são referidos pela Classificação Internacional de Distúrbios de Sono (2014) sob a categoria de diagnóstico de Insônia Crônica. A terceira edição da Classificação Internacional de Distúrbios de Sono (2014) não mais separa a insônia em categorias diagnósticas distintas. Assim, de acordo com esta edição a insônia é caracterizada por dificuldades no início e manutenção do sono, com significativos prejuízos diurnos.

Entre crianças pequenas a insônia se manifesta quando há dificuldade de adormecer ao ser colocada na cama, resistência em ir para cama, latência para início de sono maior de 20 minutos ou dificuldade de permanecer dormindo ao longo da noite, despertando várias vezes e resistindo a voltar a dormir. Dentro deste diagnóstico mais amplo, há três subtipos de insônia na infância, (Classificação Internacional de Distúrbios de Sono, 2014; Moore, 2010; Owens, 2007): insônia de associação para iniciar o sono, insônia por dificuldades de imposição de limites ou o subtipo misto, isto é a combinação entre elas.

A insônia do tipo de associação tipicamente se manifesta com despertares noturnos frequentes, e é comumente resultado de associações inapropriadas com o sono. Já a insônia do tipo dificuldades de imposição de limites é caracterizada pelos problemas no momento de dormir, como os protestos e a resistência a ir para a cama (Tikotzky & Sadeh, 2010). A combinação entre elas é bastante comum e podem estar associadas, uma vez que os problemas no momento de dormir levam a um tempo maior para a rotina pré-sono, aumentando o tempo para o início do sono. Os cuidadores muitas vezes fazem de tudo para a criança adormecer rapidamente, e na tentativa podem estabelecer limites inconsistentes que acabam facilitando associações negativas para o início do sono (Mindell & Moore, 2014).

A etiologia dos problemas de sono na infância é multifatorial e representa uma complexa interação entre comportamentos intrafamiliares, fatores culturais, fatores ambientais, fatores biológicos, circadianos e de desenvolvimento neurológico (Durand,

2008; Mindell et al., 2006; Owens, 2004; Pires & Pradella-Hallinan, 2008; Potasz et al., 2008).

Os problemas no momento de dormir e os despertares noturnos em crianças podem ser vistos como similares ao modelo psicofisiológico da insônia em adultos, envolvendo fatores de predisposição, precipitação e perpetuação. Os fatores de predisposição referem-se a perturbações no ritmo circadiano e homeostático que formam o substrato neurobiológico sobre o qual esses problemas de sono são impostos. Os fatores precipitantes e perpetuantes são inúmeros, incluindo questões médicas, situações ambientais e relações parentais (Mindell et al., 2006; Reid, Huntley & Lewin, 2009).

1.2 Consequências dos problemas de sono

A má qualidade de sono pode prejudicar o funcionamento diurno e afetar aspectos comportamentais, cognitivos, emocionais e escolares da criança (Meltzer, 2010; Moore, 2010). O comprometimento do sono na infância está associado à irritabilidade, agressividade, impulsividade, baixa tolerância à frustração, ansiedade, depressão, hiperatividade, labilidade emocional, desatenção e estresse familiar (Fallone, Owens & Deane, 2002; Nunes & Cavalcante, 2005; Owens, 2007).

Estudos (Blunden & Chervin, 2008; Blunden & Chervin, 2010; Byars, Yeomans-Maldonado & Noll, 2011; Cortesi, Giannotti & Ottaviano, 1999; Hall, Zubrick, Silburn, Parsons & Kurinczuk, 2007; Scher, Zukerman & Epstein, 2005; Stein, Mendelsohn, Obermeyer, Amromin & Benca, 2001) que investigaram a associação entre qualidade de sono (*Children's Sleep Habits Questionnaire [CSHQ]*, *Sleep Behavior Questionnaire*, *Child Sleep Questionnaire*, *Sleep Questionnaire*, *Sleep Disorder Scale for children*) e medidas de comportamento, avaliadas pelo *Child Behavior Checklist (CBCL)*, demonstraram associações entre insônia e problemas externalizantes e internalizantes em crianças. Além do impacto na vida da criança, problemas de sono prejudicam o sono dos pais, afetando o humor e a funcionalidade diurna da família (Moore, 2010). Além disso, os pais podem sentir-se frustrados e fadigados com a situação, resultando em prejuízos na relação parental, depressão materna e insatisfação familiar (Kuhn, 2014).

Um fator preocupante é que os problemas de sono na infância podem persistir. Scher et al. (2005) encontraram associações entre dificuldades com o sono no primeiro ano de vida e posteriores problemas de comportamento aos três e quatro anos. Ainda nesse contexto, Hall et al. (2007) apontaram que escores mais altos de problemas de sono aos três anos foram preditores de comportamento agressivo aos quatro anos. Tikotzky e Sadeh (2010) indicam que problemas de sono na infância podem durar até a vida adulta.

Em um estudo longitudinal, Gregory, Ende, Willis e Verhulst (2008) examinaram associações entre problemas de sono durante a infância, por meio de respostas às questões do instrumento CBCL, e subsequentes dificuldades emocionais e comportamentais acessadas por meio do instrumento *Young Adult Self-Report*. Os resultados demonstraram que crianças e adolescentes que dormiam menor quantidade de horas durante a fase de desenvolvimento, na idade adulta apresentaram comprometimento nas escalas de ansiedade / depressão (OR = 1,43; IC 95%, 1,07-1,90, P = . 01) e na escala de comportamento agressivo (OR: 1,51; IC 95%, 1,13-2,02, P = . 005). Os autores apontam que dificuldades relacionadas ao sono na infância podem constituir indicadores de risco de dificuldades cognitivas e comportamentais na vida adulta. Portanto, o tratamento da insônia na infância é essencial não só para melhorar o sono, mas também para tratar e prevenir prejuízos comportamentais e cognitivos.

1.3 Tratamento comportamental para problemas de sono na infância

Intervenções para problemas de sono em crianças consistem principalmente em uma capacitação com pais, com estratégias que incorporem técnicas comportamentais baseadas no princípio de aprendizagem operante. O condicionamento operante é um processo no qual um comportamento é modelado e mantido por suas consequências. Assim, um comportamento que é reforçado irá aumentar em frequência, enquanto um comportamento que é ignorado vai diminuir em frequência (Ferster & Skinner, 1957). Tais técnicas no contexto da insônia infantil incluem educação parental sobre o sono da criança, com informações também sobre higiene do sono, estabelecimento de rotinas

pré-sono, extinção e reforço positivo. A capacitação envolve um treino terapêutico para os pais se tornarem agentes ativos na mudança de comportamento de suas crianças (Mindell et al., 2006).

Antes de programar a intervenção é essencial identificar a função operante dos comportamentos inadequados da criança, bem como a contingência de reforço (positivo ou negativo) que mantém esses comportamentos. O conhecimento sobre a interação pais e filhos pode levar à identificação da função operante do comportamento inadequado da criança (Didden, Sigafos & Lancioni, 2011).

Como os problemas no momento de dormir e os despertares noturnos geralmente estão associados, as estratégias de tratamento são as mesmas, uma vez que o alvo é o processo de iniciar o sono, que ocorre não só no momento de dormir como também após a criança despertar durante a noite. Desta forma, os resultados das estratégias para o início do sono são generalizadas também para quando a criança desperta. Essa generalização já foi relatada nos estudos de Burnham, Goodlin-Jones, Gaylor e Anders (2002) e Mindell e Durand (1993).

A seguir, serão apresentadas as técnicas de intervenção utilizadas pela abordagem comportamental.

1.3.1 Higiene do sono

O foco da educação parental é no estabelecimento de hábitos que favorecem uma boa qualidade de sono. Para isso, três aspectos são fundamentais: ambiente, horário e atividades prévias ao sono. Os pais são orientados quanto aos hábitos e estímulos ambientais que podem desfavorecer o sono. Assim, são alertados a levar a criança ainda acordada para o berço/cama, a estabelecer horários e rotinas pré-sono, a não fornecer alimentos que contenham cafeína à noite, a manter uma temperatura agradável no ambiente de dormir e a reduzir os níveis de luz e ruído durante a noite (Mindell, Meltzer, Carskadon & Chervin, 2009).

1.3.2 Rotinas pré-sono

Rotinas pré-sono envolvem um conjunto de atividades tranquilas que direcionam a criança para o momento de dormir. Os pais são orientados a estabelecer atividades relaxantes que devem ocorrer todas as noites em uma mesma ordem, em um período de 30 a 40 minutos. Essas atividades podem incluir, por exemplo, banho, livro de história, oração e cama. A escolha das atividades também deve respeitar a cultura familiar em que a criança está inserida. A ordem ideal das atividades deve mover-se progressivamente para o ambiente em que a criança deve dormir (Meltzer & Mindell, 2011).

Para o estabelecimento de rotina, os pais são orientados quanto à utilização da técnica do reforço positivo para ensinar a criança comportamentos apropriados em relação ao sono. A rotina pré-sono deve ser programada por meio de comportamentos antecedentes que indicam o momento de dormir, como escovar os dentes, vestir o pijama, ir para o quarto, deitar, escutar uma história ou cantiga e relaxar.

No momento de estabelecer a rotina, é importante que a amamentação da criança ocorra no início da rotina, de forma a evitar que a criança adormeça mamando e associe o sono com o peito da mãe, com a mamadeira ou com o leite. Outro aspecto importante é evitar o uso de eletrônicos de 30 a 60 minutos antes do momento de dormir (Mindell & Moore, 2014).

Os pais são orientados a reforçar (por meio de atenção, carinho, elogios, brinquedos etc.) os comportamentos adequados da criança (ficar quieto, não chorar, permanecer na cama) na rotina pré-sono e momentos antes de dormir (Didden et al., 2011; Kuhn, 2011). Neste sentido, os pais são alertados a não reforçar comportamentos inadequados da criança (chorar, protestar). Os reforçadores devem ser contingentes aos comportamentos apropriados durante a noite (Didden et al., 2011; Kuhn, 2011).

Uma vez que a rotina pré-sono é estabelecida, os pais são orientados quanto ao estabelecimento de horários para dormir, de modo que, quando necessário, o horário de dormir é reprogramado gradualmente. O horário em que a criança está acostumada a dormir deve ser levado em conta, uma vez que colocar a criança em um horário muito anterior ao que ela está acostumada a dormir pode provocar resistência ao momento de dormir, bem como dificuldade de adormecer. Orienta-se colocar a criança na cama no

horário em que ela está acostumada a dormir e depois reduzir gradualmente o horário para aquele desejado. Por exemplo, se a criança dorme às 21 horas, deve-se colocá-la às 21 horas na cama, e depois reduzir 15 minutos (20h45min) deste horário a cada 3-4 noites. Os horários devem ser consistentes, tanto nos dias úteis quanto nos finais de semana (Meltzer & Mindell, 2011).

1.3.3 Extinção

A Academia Americana de Medicina do Sono (2005) indica a técnica de extinção para o tratamento de problemas de sono na infância. Neste contexto, o objetivo da técnica é extinguir comportamentos aprendidos indesejáveis por meio da remoção dos reforços que mantêm o comportamento. Desta forma, os pais são orientados a ignorar os protestos (choro, birra) da criança no momento de dormir e quando desperta durante a noite. A extinção visa permitir que a criança desenvolva habilidades para adormecer sozinha, sem a ajuda dos pais (Hill, 2011). A técnica pode ser aplicada de forma sistemática ou gradual.

Os primeiros estudos que foram realizados para problemas no momento de dormir na infância utilizaram a técnica de extinção sistemática. Não há nenhuma contraindicação para o uso desta técnica. No entanto, antes de iniciar um procedimento de extinção, deve ser avaliado qualquer fator somático, neurológico ou outro que possa ser responsável pelos problemas relacionados ao dormir. O uso da técnica de extinção em crianças com transtornos de ansiedade e em pais com doença mental deve ser avaliado com critério pelo profissional responsável (Didden et al., 2011).

A extinção sistemática consiste em colocar a criança na cama, na hora designada, e ignorar seus protestos (choros, solicitações e birras) até o horário designado para a criança acordar. Exceções para não ignorar o comportamento inadequado da criança incluem situações em que a criança pode se machucar ou quando a criança está doente. O maior obstáculo na execução da técnica é a inconsistência parental. Se os pais fornecerem atenção para a criança depois de determinado tempo ou de vez em quando, reforçarão intermitentemente o comportamento inadequado da criança, de forma que ela aprenderá a chorar mais nas próximas ocasiões.

Esse procedimento configura-se como uma técnica muito estressante para os pais. Muitos não são capazes de ignorar os protestos por tempo suficiente para que a intervenção seja eficaz. Por essa razão, alguns estudos passaram a utilizar uma variação da técnica de extinção sistemática, que é denominada de extinção na presença dos pais. Nessa variação, os pais permanecem no quarto ou próximos à criança e passam a ignorar apenas seu comportamento inadequado (Mindell et al., 2006).

Outra variação do procedimento de extinção é denominada extinção gradual. Esta técnica é contraindicada para crianças com transtornos graves de ansiedade, crianças que já sofreram abusos e negligência e crianças com problemas cardíacos (Meltzer & Mindell, 2011).

Nesta variação, os pais são instruídos a ignorar os protestos da criança por períodos específicos (horário fixo – a cada 5 minutos ou horários progressivos, aumentando gradualmente o tempo de verificação), de forma que são permitidas algumas verificações durante a noite. A duração e o intervalo entre as verificações são adaptados de acordo com a idade e temperamento da criança, e também com a capacidade de tolerância dos pais frente aos protestos da criança. Os pais são orientados a minimizar as interações com a criança durante as verificações, pois a atenção pode reforçar o comportamento inadequado da criança. Esse procedimento tem como vantagem a verificação da criança, o que muitas vezes serve de conforto e segurança para os pais (Meltzer & Mindell, 2011).

Os pais são alertados sobre a importância da consistência parental, inclusive quando ocorre a “explosão da extinção”, que se refere ao aumento da frequência do comportamento problema após este ser ignorado. A explosão da extinção ocorre logo após a emissão de um comportamento não mais reforçado, consistindo no aumento da intensidade e frequência do comportamento indesejável. Assim, após os pais ignorarem os choros e protestos da criança, o comportamento de chorar e protestar se intensificam (Reid et al., 2009). Nesta ocasião, é frequente os pais ficarem preocupados com a gravidade dos comportamentos (choros e protestos) e verificarem se a criança está bem. Desse modo, muitas vezes acabam dando atenção e reforçando intermitentemente o comportamento de protesto da criança. O reforço intermitente dificulta o processo de extinção, tornando o processo mais lento (Didden et al., 2011; Ronen, 1991).

Apesar de a extinção ter o objetivo de reduzir comportamentos (choro, birras) que interferem no início do sono, ela não ensina ou reforça comportamentos pré-sono

que são apropriados. Assim, o reforço positivo torna-se essencial como técnica complementar à extinção (Kuhn, 2014).

1.3.4 Reforço positivo

O reforço positivo refere-se à consequência que aumenta a probabilidade de ocorrência do comportamento. Ele é utilizado em conjunto com o procedimento de extinção para intervir nos problemas relacionados à hora de dormir e aos frequentes despertares noturnos. Essa técnica é complementar à extinção e tem como objetivo ensinar à criança comportamentos apropriados em relação ao sono. O reforço positivo é utilizado também no estabelecimento de rotinas pré-sono, como escovar os dentes, colocar pijama, ir para o quarto, deitar, escutar uma história, relaxar (Kuhn, 2011).

Na execução da técnica, os pais são orientados a reforçar os comportamentos adequados do filho (ficar quieto, não chorar, permanecer na cama), de modo que os reforços nunca podem ocorrer após a criança emitir comportamentos inapropriados. Antes de reforçar a criança é fundamental que os pais conheçam o que é reforçador para o filho e programem seus reforços considerando consequências que aumentem a frequência do comportamento apropriado da criança. A escolha do reforço deve respeitar a singularidade da criança, que pode variar conforme a idade. Em crianças mais velhas o reforço pode ocorrer no dia seguinte, por meio de atividades e objetos de escolha da criança.

Muitas vezes carinho e atenção são reforços positivos; em outras ocasiões, podem ser utilizados brinquedos, livros infantis, atividades diferentes, doces etc. Em uma intervenção bem sucedida, a criança deve associar os reforçadores com seus comportamentos apropriados durante a noite (Didden et al., 2011).

1.4 Eficácia dos tratamentos comportamentais

São várias as evidências que demonstram a efetividade das abordagens comportamentais na prevenção e no tratamento dos problemas de sono na infância. A revisão realizada por Mindell et al. (2006) apontou a eficácia dos tratamentos comportamentais para problemas no momento de dormir e frequentes despertares noturnos em crianças pequenas, salientando melhora no sono da maioria das crianças (80%) dos estudos revisados, com tais resultados mantidos após três a seis meses do término do tratamento.

Uma recente revisão sistemática (Meltzer & Mindell, 2014) teve o objetivo de avaliar e quantificar a evidência das intervenções comportamentais para insônia pediátrica, a partir da meta-análise de 16 estudos controlados, sendo 12 estudos com 1874 crianças típicas na faixa etária entre zero e cinco anos. As análises consideraram as variáveis “latência para início do sono”, “despertares noturnos” e “eficiência do sono”. Os resultados desta revisão demonstraram moderado nível de evidência para o tratamento comportamental para insônia em crianças pequenas e em idade pré-escolar.

Um estudo de revisão realizado por um grupo assessor (Morgenthaler et al., 2006) da Academia Americana de Medicina do Sono aponta que intervenções comportamentais como as técnicas de extinção, estabelecimento de rotinas, educação preventiva aos pais e hábitos de higiene do sono são classificadas como terapias efetivas em problemas relacionados ao deitar e despertar durante a noite, produzindo melhora em padrões de sono.

A extinção é considerada um dos primeiros métodos comportamentais desenvolvidos e validados para o tratamento da insônia em crianças (Mindell et al., 2006), e sua eficácia é relatada em vários estudos (Hill, 2011; Moore, 2010; Morgenthaler et al., 2006; Paine & Gradisar, 2011; Tikotzky & Sadeh, 2010).

Estudos (Adams & Rickert, 1989; Reid, Walter & O’leary, 1999; Rickert & Johnson, 1988; Sadeh, 1994) apontam a efetividade da utilização individualizada da extinção, de modo que todas as variações da extinção (sistemática, gradual e com presença parental) mostraram êxito. No entanto, a extinção gradual e a extinção na presença dos pais recebem maior adesão por parte dos pais e menos estresse em sua execução (Rafihi-Ferreira, Pires & Silveiras, 2014).

O estudo de Rickert e Johnson (1988) avaliou a eficácia da intervenção comportamental sobre os despertares noturnos de crianças, comparando três condições: extinção sistemática, despertar programado e condição controle. Os resultados demonstraram que as técnicas de extinção sistemática e despertar programado reduziram significativamente os despertares noturnos e choros, em comparação à condição controle. Os resultados foram mantidos por seis semanas após o término do tratamento. Apesar de as duas técnicas mostrarem-se efetivas, a extinção sistemática apresentou resultados mais rápidos de melhora, se comparada à condição do despertar programado.

Na pesquisa de Pritchard e Appleton (1988), comparada à condição controle, a extinção gradual em conjunto com o estabelecimento de rotina levou a melhoras nos problemas relacionados ao momento de dormir e ao despertar noturno ($p < 0,001$). As melhoras foram observadas desde a primeira semana de intervenção. Os resultados foram mantidos no *follow-up* que ocorreu três meses após o término da intervenção.

Adams e Rickert (1989) compararam a extinção gradual, o estabelecimento de rotinas e a condição controle. Os resultados demonstraram que a intervenção, tanto com a extinção quanto com o estabelecimento de rotina, foi eficaz em reduzir birras no momento de dormir. Os resultados foram mantidos após seis semanas.

O estudo de Seymour, Brock, During e Poole (1989) comparou a condição controle com a intervenção de estabelecimento de rotina e extinção sistemática por meio de instrução escrita e instrução verbal. Os resultados demonstraram que, comparadas ao grupo controle, tanto a instrução verbal quanto a instrução escrita foram eficazes na redução de despertares noturnos, birras e solicitações de atenção no momento de dormir. Tais resultados foram mantidos por três meses. Contudo, não houve diferenças significativas entre as instruções verbais e escritas.

Reid et al. (1999) avaliaram os efeitos da extinção sistemática vs. extinção gradual vs. condição controle em crianças com problemas no momento de dormir e que despertam durante a noite. Os resultados demonstraram efetividade em ambos os tipos de extinção em comparação à condição controle. Tais resultados foram mantidos por dois meses. Contudo, não houve diferenças significativas entre extinção sistemática e gradual. A extinção gradual teve maior adesão dos pais e menos estresse durante os despertares noturnos.

Comparado ao grupo controle, a intervenção comportamental com educação parental e o estabelecimento de rotina em conjunto com a extinção com presença parental reduziu significativamente os problemas de sono (acomodação e despertares) nas crianças do grupo intervenção por um período de dois meses ($p=0,005$), na pesquisa de Hiscock e Wake (2002). O programa de intervenção foi efetivo também no estudo de Hiscock, Bayer, Hampton, Ukoumunne e Wake (2008), em que os pais recebiam educação parental em material escrito com instruções sobre extinção gradual, extinção na presença parental e estabelecimento de rotina para o manejo de problemas de acomodação e despertares em crianças.

Mindell et al. (2006) salientam que a extinção é eficaz na eliminação de comportamentos referentes aos problemas no momento de dormir e de despertares noturnos, e o reforço positivo é eficaz no desenvolvimento de comportamentos adequados para o momento de dormir. Dessa forma, a combinação entre extinção e reforço positivo mostra-se eficaz no tratamento comportamental da insônia infantil (Mindell & Durand, 1993; Mindell et al., 2006; Moore, Meltzer & Mindell, 2008).

Embora muitos estudos incluíssem a importância da rotina pré-sono e da educação parental sobre o sono da criança, estes aspectos são menos abordados se comparados à técnica de extinção. Estudos (Adams & Rickert, 1989; James-Roberts et al., 2001; Kerr, Jowett & Smith, 1996; Mindell et al., 2009; Mindell et al., 2011a, 2011b; Pinilla & Birch, 1993) apontam que a educação parental e o estabelecimento de rotinas como única ferramenta de intervenção também são eficazes para a melhora dos problemas no momento de dormir e nos despertares noturnos. Na pesquisa de Mindell et al. (2009), o estabelecimento de rotinas para dormir resultou em reduções significativas nos problemas de sono das crianças. Foram observadas melhoras ($p<0,001$) na latência para início do sono e na duração/número de despertares noturnos.

Estudiosos (Moore, 2010; Nunes & Cavalcanti, 2005; Tikotzky & Sadeh, 2010) apontam que intervenções comportamentais, administradas pelos pais, são efetivas em curto e longo prazo para o manejo da insônia em crianças. Quanto ao formato da intervenção, a revisão da literatura de Mindell et al. (2006) aponta resultados positivos, tanto com instrução verbal quanto com material escrito. É importante salientar que intervenções que utilizam material escrito – como manuais e cartilhas – permitem que os pais ou cuidadores revisem os conteúdos abordados na intervenção a qualquer

momento. Outra importante consideração sobre o formato das sessões refere-se a intervenções em grupo e individuais. Ambas demonstraram resultados favoráveis em estudos (Mindell et al., 2006; Reid et al., 1999; Schlarb, Velten-Schurian, Poets & Hautzinger, 2011) com problemas de sono em crianças.

O tratamento para insônia na infância é benéfico para a melhora nos padrões do sono e para condições que têm influência direta do sono, como aprendizagem, agressividade, humor e comportamento da criança (Mindell et al., 2006). A literatura (Mindell et al., 2006; Morgenthaler et al., 2006; Schlarb et al., 2011) aponta a necessidade de pesquisas que avaliem o impacto da intervenção no comportamento e humor da criança, no sono e no comportamento dos cuidadores, bem como a utilização de medidas objetivas (como os actígrafos) para a avaliação dos padrões de sono.

1.5 Trabalhos no Brasil

Apesar da importância do sono para a saúde infantil, uma recente revisão do assunto revela a carência de estudos sobre o tema no cenário nacional (Pereira, Teixeira & Louzada, 2010).

Estudos sobre problemas de sono na infância de ordem comportamental, isto é, com etiologia não associada a problemas orgânicos, ainda são incipientes. Neste contexto, Pires et al. (2012) desenvolveram uma medida que investiga os hábitos, a rotina de sono da criança, a frequência de problemas comportamentais associados ao sono, além de coletarem dados de prevalência. Há também pesquisas em desenvolvimento por Pires, Câmara, Pinheiro, Rafihi-Ferreira e Silvaes que vêm estudando a influência do ambiente, contexto familiar e cognição materna no sono da criança.

Quanto a pesquisas relacionadas a tratamento, estratégias comportamentais e higiene do sono, há diversas publicações de estudos teóricos e de revisão (Ferreira, Soares & Pires, 2010; Halal & Nunes, 2014; Nunes & Cavalcante, 2005; Pradella-Hallinan & Moreira, 2008; Rafihi-Ferreira, Pires & Silvaes, 2014; Rafihi-Ferreira, Soares, Vilela, Moschioni & Pires, 2014) no Brasil. Contudo, inexitem no cenário nacional publicações com estudos randomizados de intervenção comportamental para problemas de sono em

crianças. Dada a importância de intervenções na redução e prevenção de riscos à saúde na população infantil, o presente estudo tem como objetivo avaliar a eficácia da intervenção comportamental para insônia infantil por meio de um programa dirigido aos pais.

2 JUSTIFICATIVA

A desorganização dos padrões de sono pode prejudicar a aprendizagem, a memória, induzir alterações no humor e no comportamento, assim como afetar adversamente o desenvolvimento social e psicológico da criança. Problemas de sono na infância também prejudicam o sono dos cuidadores, afetando a funcionalidade diurna da família (Moore, 2010; Owens, 2007). Há evidências de que problemas de sono na infância podem resultar em comprometimento comportamental e cognitivo na vida adulta (Gregory et al., 2008). Além desses fatores, deve-se considerar que ainda há poucos estudos clínicos randomizados que utilizam a intervenção comportamental para o manejo da insônia. Portanto, um estudo com esse delineamento poderá contribuir com dados de pesquisa para futuros estudos de revisão que utilizem como técnica de análise de dados as meta-análises. Tal delineamento como intervenção poderá ser transposto para outros contextos que abrangem programas amplos de saúde, e também ser utilizado em contextos de clínicas-escolas. Considerando esses aspectos, justifica-se a necessidade de estudos de intervenções direcionadas à qualidade de sono em crianças com dificuldades relacionadas ao sono.

3 OBJETIVOS E HIPÓTESES

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a eficácia da intervenção comportamental para insônia infantil.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Avaliar os padrões de sono das crianças e de suas mães.
- b) Avaliar os comportamentos das crianças e de suas mães.
- c) Avaliar a eficácia do programa nos padrões de sono das crianças.
- d) Avaliar o impacto da intervenção nos comportamentos das crianças e nos comportamentos e sono materno.
- e) Verificar a satisfação materna frente ao programa de intervenção.

3.3 Hipóteses

- a) Crianças que receberem a intervenção comportamental terão melhor qualidade de sono – caracterizada por menor tempo para adormecer independentemente e sem protestar, maior tempo total de sono e redução nos despertares noturnos – do que as crianças que permanecerem na lista de espera (controle).
- b) As crianças participantes da intervenção comportamental terão menores problemas de comportamento do que as crianças controle.
- c) Os cuidadores das crianças que participarem da intervenção terão melhor qualidade de sono – caracterizada por menor latência de início de sono, maior

tempo total de sono, redução nos despertares noturnos e melhor eficiência do sono – do que os cuidadores das crianças que permanecerem na lista de espera (controle).

- d) Os cuidadores das crianças que participarem da intervenção terão menores problemas de comportamento do que os cuidadores das crianças que permanecerem na lista de espera (controle).

4 MÉTODO

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo randomizado controlado (grupo intervenção vs. lista de espera) que ocorre em quatro etapas (pré-intervenção, intervenção, pós-intervenção e período de seguimento). As variáveis primárias a serem analisadas incluem os padrões do sono das crianças, caracterizados por número de despertares, duração total do sono e tempo que a criança leva para adormecer independentemente e sem protestar. As variáveis secundárias incluem os padrões de sono do cuidador principal (duração total do sono, despertares, eficiência do sono e latência para início do sono), os comportamentos da criança e do cuidador e a satisfação do cuidador frente ao programa de intervenção.

4.2 Aspectos éticos

Para os pais participantes da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo II).

O projeto de pesquisa (número CAAE: 05160812.2.0000.5561) apresentou todos os cuidados éticos supracitados, o que resultou no parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP), aprovado em 05/11/2012 (Anexo I).

4.3 Participantes

O número de participantes foi estipulado por meio do cálculo do tamanho da amostra, a fim de o estudo alcançar o poder de encontrar diferença entre os grupos.

Participaram deste estudo 62 crianças, que preencheram os critérios de inclusão mencionados a seguir.

- Pais/cuidadores de crianças de um a cinco anos de idade que apresentam problemas de ordem comportamental relacionados ao sono (insônia de associação, insônia por dificuldades de imposição de limites e a combinação entre elas). A criança deve apresentar alguma das seguintes características citadas a seguir, numa frequência de pelo menos três vezes na semana:
 - A criança demora cerca de 30 minutos ou mais para adormecer;
 - A criança resiste e/ou protesta ir para a cama;
 - A criança desperta durante a noite;
 - A criança só dorme na presença dos pais.

Os critérios de exclusão do estudo referem-se a: crianças fora da faixa etária entre um e cinco anos; crianças com comprometimento neurológico; crianças com diagnóstico psiquiátrico; crianças cujos problemas de sono forem decorrentes de condições fisiológicas e crianças cujos cuidadores não podiam comparecer as sessões presenciais. Os critérios de exclusão foram aplicados antes da atribuição aleatória para os grupos.

4.4 Local

Clínicas-escolas dos seguintes centros: Universidade de São Paulo (USP); Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), Campus Assis; Universidade Estadual de Londrina (UEL).

4.5 Instrumentos

Roteiro para Entrevista Inicial (Anexo III): o roteiro foi elaborado para o direcionamento da entrevista inicial. Compreende as seguintes informações sobre a criança: idade, sexo, data de nascimento, histórico médico e psiquiátrico e informações sobre o sono da criança, questionando as preocupações dos cuidadores frente aos problemas de sono da criança e o que já tentaram fazer para solucionar tais problemas. O roteiro também compreende informações sobre os pais, como: idade, escolaridade, ocupação, quantas pessoas moram na casa e histórico familiar de sono.

Diário de Sono (Anexo IV): os diários de sono foram elaborados com o objetivo de registrar os horários em que o participante dormiu e despertou, estimativa de quanto tempo demorou a adormecer e o número dos despertares ao longo da noite. Os diários foram realizados durante todo o período de estudo.

Diário de Comportamentos (Anexo V): os diários de comportamentos foram elaborados de forma que os pais registrem os comportamentos das crianças ao deitarem e ao despertarem durante a noite, bem como os seus próprios comportamentos ao lidarem com a situação. O Diário de Comportamentos registra também a frequência dos comportamentos da criança no momento de dormir e ao despertar durante a noite. Isso ajuda a determinar a extensão e a natureza dos problemas de comportamentos associados ao sono, como também os comportamentos relacionados à relação pais-crianças, daí a importância de sua inclusão no presente estudo.

Escala UNESP de Hábitos e Higiene do Sono - Versão Crianças (Anexo VI): trata-se de um instrumento com questões fechadas que buscam avaliar as características do sono de crianças, respondidas pelo cuidador, elaborado por Pires et al. (2012). A escala é composta de questões iniciais sobre os horários habituais de sono da criança e de uma seção chamada Hábitos de Higiene do Sono, com 16 questões (pontuadas numa escala de frequência) que avaliam indicadores sobre: a rotina do sono (conjunto de atividades que precedem o horário de dormir); alerta fisiológico (conjunto de hábitos diurnos que promoveriam estado de excitação ou desconforto físico antes do horário de

dormir); aspecto cognitivo/emocional (engloba indicadores de regulação e bem-estar emocional pré-sono); e conforto do ambiente de dormir. A escala ainda conta com itens suplementares que avaliam a presença de dificuldades para dormir e sonolência diurna (anotados numa escala de frequência). A confiabilidade da seção Hábitos de Higiene do Sono foi estimada por meio do coeficiente Alfa de Cronbach numa amostra composta por pré-escolares e escolares, resultando num valor de 0,68, o que assegura sua confiabilidade.

Escala de Distúrbios do Sono para Crianças e Adolescentes (Anexo VII): trata-se de um instrumento com questões fechadas de autopreenchimento, elaborado por Bruni et al. (1996). Este instrumento foi traduzido e adaptado para o português do Brasil por Ferreira, Carvalho, Ruotolo, Morais, Prado e Prado (2009), apresentando consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala total com valor de 0,78 e variações das subescalas com valor de 0,55 a 0,82. É composto por itens referentes aos comportamentos relacionados ao sono de crianças e medem diferentes problemas de sono (dificuldades de iniciar e manter o sono; transtornos de transição sono-vigília, qualidade do sono, despertares noturnos, movimentos anormais durante o sono, problemas respiratórios durante o sono, parassonias, sintomas matutinos e sonolência excessiva diurna). Cada item é anotado numa escala que varia de 1 a 5 (1=nunca; 5=sempre). Neste instrumento, os problemas de sono são divididos em seis fatores que compreendem os problemas de sono na infância: 1) Parassonias; 2) Dificuldades de iniciar e manter o sono; 3) Problemas respiratórios durante o sono; 4) Sonolência excessiva diurna; 5) Hiperidrose durante o sono; 6) Sono não restaurador. No presente trabalho focou-se nas questões que compreendiam as dificuldades de iniciar e manter o sono (DIMS), que abordam questões como duração do sono, latência para início do sono, relutar para ir para cama, dificuldade de adormecer, despertares noturnos e dificuldade de adormecer após os despertares noturnos. Para esse fator os escores variam de 6 a 23, de forma que, quanto maior o escore, mais frequentemente a criança apresentou dificuldades relacionadas a iniciar e manter o sono (Romeo, Bruni, Brogna et al., 2013).

Actigrafia: o actígrafo, um monitor de atividade motora, é um instrumento equipado com um acelerômetro. Tem a forma e o tamanho de um relógio, é usado no

pulso e se destina a medir indiretamente o sono por meio da quantificação e análise da atividade motora, fornecendo as seguintes medidas: 1) horário e tempo total de sono; 2) latência para o início do sono; 3) duração dos despertares noturnos; 4) número de despertares noturnos; 5) eficiência do sono (Souza, Benedito-Silva, Pires, Poyares, Tufik & Calil, 2003). O modelo de actígrafo utilizado foi o AW-64 (Mini-Mitter CO, INC) e os registros foram analisados por meio de um software especializado (ACTIWARE-SLEEP, v. 5.0). Para a análise de Actigrafia foram considerados apenas os participantes que tinham registros de no mínimo cinco noites em cada etapa (pré, intervenção, pós e seguimento). Desta forma, foram excluídos os participantes com registros incompletos e com ausência de registros nas etapas pré, pós ou seguimento. Por essa técnica superestimar os despertares noturnos e subestimar o tempo de sono, devido ao aumento da atividade motora das crianças pequenas durante o sono (Bélanger, Bernier, Paquet, Simard & Carrier, 2013; Sitnick, Goodlin-Jones & Anders, 2008), os registros foram analisados com limiar alto (=80) para identificação de despertares, que é mais apropriado para crianças nessa idade. Os registros das mães foram analisados com limiar médio (=40). O aparelho foi usado no pulso não dominante, somente durante a noite. O actígrafo foi utilizado durante todo o período do estudo, tanto nas crianças como em suas mães.

Inventário de Comportamentos para Crianças entre 1½ a 5 anos (CBCL):

trata-se de um instrumento desenvolvido por Achenbach e Rescorla (2000) destinado a obter taxas padronizadas de problemas comportamentais de crianças a partir do relato dos pais. Essa versão avalia as seguintes síndromes: Reatividade Emocional, Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas de Atenção, Comportamento Agressivo e Problemas de Sono. A versão brasileira do CBCL/1,5-5 apresenta bons índices de confiabilidade, avaliados em uma amostra não probabilística de 157 mães. A análise teste-reteste resultou em coeficientes de correlação intraclass elevados nas escalas Internalizante (0,99), Externalizante (0,99) e Total de Problemas (0,98). Os valores de consistência interna (Alfa de Cronbach) variam de 0,69 (Problemas Somáticos) a 0,94 (Total de Problemas) (Pires, Silvares, Rafihi-Ferreira, Rocha, Fernandes & Melo, 2014). Por meio da análise dos itens dessas síndromes, obtém-se também uma caracterização da criança quanto a seu *Funcionamento Global* (clínico e não clínico) e nos perfis *Internalizante* e *Externalizante*. A avaliação do instrumento é

computadorizada, realizada por meio de software específico. Como até o momento não foram realizados estudos psicométricos conclusivos no Brasil, para fins de avaliação e comparação, foi utilizada a amostra normativa americana. Os valores para análise dos escores T em total de Problemas de Comportamento, Perfil Internalizante e Perfil Externalizante são: clínico, com escores iguais ou superiores a 60; e não clínico, com escores inferiores a 60. Para as síndromes, os escores clínico, iguais ou superiores a 65; e não clínico, com escores inferiores a 65. Para este estudo foram considerados o total de problemas de comportamento, problemas externalizantes, problemas internalizantes e problemas de sono.

Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos (ASR): trata-se da versão brasileira do *Adult Self-Report (ASR)* (Achenbach & Rescorla, 2003). Este instrumento avalia o funcionamento adaptativo e problemas de comportamento em adultos. É dividido em três partes: funcionamento adaptativo (escalas - amigos, parceiro/cônjuge, família, trabalhos e educação); problemas de comportamento (escalas - síndromes ansiedade/depressão, retraimento, queixas somáticas, problemas com o pensamento, problemas de atenção, comportamento agressivo, violação de regras e comportamento intrusivo); e abuso de substâncias. Esse instrumento foi traduzido para o português do Brasil por Rocha, Silva e Silhares (2010) e mostrou-se confiável, apresentando consistência interna (Alfa de Cronbach) com valor acima de 0,6. No presente estudo, os valores alfas das diferentes síndromes variaram entre 0,6 e 0,8. Para este estudo foram considerados o total de problemas de comportamento, problemas externalizantes, problemas internalizantes, a variável de relacionamento conjugal e a variável da média do funcionamento adaptativo. Como até o momento não foram realizados estudos psicométricos conclusivos no Brasil, para fins de avaliação e comparação, foi utilizada a amostra normativa americana. Os valores para análise dos escores T em total de Problemas de Comportamento, Perfil Internalizante e Perfil Externalizante são: clínico, com escores iguais ou superiores a 60; e não clínicos, com escores inferiores a 60. Para as variáveis “relacionamento conjugal” e “funcionamento adaptativo”, são: clínico, com escores iguais ou inferiores a 35; e não clínicos, com escores superiores a 36.

Inventário de Satisfação da Intervenção (Anexo VIII): trata-se de um instrumento, elaborado pela pesquisadora para este estudo, composto por 11 questões. Destas, há nove questões fechadas referentes à aceitação e satisfação dos cuidadores frente ao programa de intervenção e sobre o impacto da intervenção na qualidade de interação criança-cuidador, ajustamento familiar e comportamento infantil. Há também duas questões abertas que questionam o cuidador sobre qual parte do programa ele mais gostou e o que poderia ser modificado.

4.6 Procedimento

O recrutamento de participantes para pesquisa realizou-se a partir da divulgação do atendimento para Insônia Infantil por meio de entrevistas concedidas em rádio, jornal e TV. Além disso, também foram colados cartazes nas clínicas-escolas onde foram realizados os atendimentos.

Como resultado de divulgação, os interessados entraram em contato em busca de atendimento. A pesquisadora foi a responsável pelo cadastro dos participantes, atendendo aos telefonemas, retornando ligações e fazendo o cadastro propriamente dito. Os indivíduos que atendiam ao critério de inclusão eram cadastrados pela pesquisadora.

Os participantes que atenderam aos critérios de inclusão mencionados anteriormente foram numerados por ordem de ligação (chegada) e randomizados, a partir de blocos de oito participantes, para os grupos controle (lista de espera) e intervenção.

A pesquisa compreendeu quatro etapas. Na primeira etapa foram realizadas as entrevistas iniciais e avaliações. Na segunda etapa ocorreu a aplicação das intervenções e, na terceira etapa, as reavaliações. A quarta etapa implicou reavaliações após um mês e após seis meses do término da intervenção. Para o grupo controle houve duas etapas adicionais, isto é, após a reavaliação no seguimento de um mês, o grupo controle foi submetido a intervenção e, concluída a intervenção, reavaliado novamente.

A Figura 1, a seguir, descreve o fluxo dos participantes em cada uma das etapas do estudo:

Figura 1 - Fluxo dos participantes no decorrer do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

Como pode ser observado na Figura 1, alguns participantes foram excluídos da pesquisa por não atenderem aos critérios de inclusão. A esses, a pesquisadora deu assistência por meio de orientações, no entanto, não incluiu seus dados no presente estudo. Os que atenderam ao critério de inclusão foram distribuídos em blocos de oito participantes, aleatoriamente, para os grupos controle e intervenção. As etapas que compreendem a pesquisa estão descritas a seguir.

1º etapa – Pré-intervenção (Avaliação)

A avaliação dos 62 participantes (31 do grupo controle e 31 do grupo intervenção) da pesquisa se deu através de uma avaliação individual, por meio de um *Roteiro para Entrevista Inicial* com a mãe de cada criança. Nesta ocasião, a mãe foi instruída, pela pesquisadora, a responder os questionários (*Escala UNESP de Hábitos e Higiene do Sono - Versão Crianças*, *Escala de Distúrbios do Sono para Crianças e*

Adolescentes, CBCL, ASR), a completar os diários (*Diário de Sono e Diário de Comportamentos*) e quanto ao uso dos aparelhos de Actigrafia. A avaliação teve duração de aproximadamente 60 minutos. Os participantes do grupo controle foram instruídos a completar os diários e a usar os actígrafos até serem chamados para a intervenção. Já os participantes do grupo intervenção foram instruídos a usar o actígrafo e a completar os diários por sete dias, e na próxima semana já iniciaram a intervenção.

2º etapa – Intervenção

Grupo Intervenção

A segunda etapa compreendeu o programa de intervenção, sendo que 31 participantes do grupo intervenção a concluíram.

O programa de intervenção foi composto por cinco sessões com duração de 60 minutos. As sessões foram individuais, conduzidas pela pesquisadora com o cuidador principal da criança participante. As três primeiras sessões foram realizadas semanalmente e as duas sessões finais foram quinzenais. Os participantes compareceram com no mínimo 80% de frequência, o que corresponde a quatro sessões e apenas uma falta. O registro em diários e actígrafos foram realizados durante toda a etapa da intervenção. No início das sessões, os dados obtidos pelos diários foram discutidos. Em seguida, os pais/cuidadores receberam informações sobre o sono da criança, orientações sobre o estabelecimento de horários e rotina para dormir e quanto ao uso das técnicas de extinção e reforço positivo para a melhora do momento de dormir e a redução de despertares noturnos da criança. A descrição das sessões está apresentada no Quadro 1.

Sessões	Descrição dos conteúdos abordados durante as sessões
1	<p>1) Verificação e discussão acerca dos diários (de sono e de comportamentos): verificação dos comportamentos dos pais/cuidadores frente às respostas da criança no momento de dormir e nos despertares noturnos.</p> <p>2) Informações sobre sono e desenvolvimento da criança e horários e rotinas para dormir.</p> <p>3) Educação parental sobre sono e desenvolvimento da criança: informações acerca das mudanças necessárias no sono das crianças nos primeiros anos de vida. Estabelecimento de horários e rotinas para dormir: informações sobre o padrão consistente de sono e horário adequado à idade para dormir e acordar. Discussão sobre a utilização do reforço positivo em atividades prévias ao sono.</p>
2	<p>1) Revisão dos diários.</p> <p>2) Discussão sobre os progressos familiares desde a última sessão.</p> <p>3) Informações sobre extinção para problemas no momento de dormir e despertares noturnos.</p> <p>3) Implementação da extinção: os cuidadores são informados sobre dois tipos de extinção.</p> <p>a) Extinção Gradual: após concluir a rotina para dormir, os cuidadores devem colocar o bebê/criança acordado(a) no berço/cama e sair do quarto, voltando para verificar a criança em um breve período (por exemplo, a cada 3 minutos, depois a cada 5 minutos, a cada 7 minutos e assim sucessivamente), mantendo o mínimo de contato e interação.</p> <p>b) Extinção na presença dos pais: após concluir a rotina para dormir, os cuidadores devem colocar a criança acordada no berço/cama e ficar próximo ao berço até a criança adormecer, após alguns dias o cuidador se distancia do berço/cama e permanece entre o berço/cama e a porta, gradualmente o cuidador vai se distanciando no decorrer dos dias, até sair do quarto.</p>
3	<p>1) Revisão dos diários.</p> <p>2) Discussão sobre os progressos familiares desde a última sessão.</p> <p>3) Apoio aos cuidadores frente às dificuldades na adesão ao programa de intervenção.</p>
4	<p>1) Revisão dos diários.</p> <p>2) Discussão sobre os progressos familiares desde a última sessão.</p> <p>3) Apoio aos cuidadores frente às barreiras na adesão ao programa de intervenção.</p>
5	<p>1) Revisão dos diários.</p> <p>2) Discussão sobre os progressos familiares desde a última sessão.</p> <p>3) Apoio aos cuidadores frente às barreiras na adesão ao programa de intervenção.</p> <p>4) Educação aos pais sobre situações que podem levar ao retorno dos problemas de sono na criança: algumas circunstâncias na vida da criança, bem como períodos de transição (férias, nascimento de irmãozinho, interrupção do uso de chupeta etc.), podem resultar no retorno de problemas de sono. Contudo o foco na manutenção de regras e consistência parental previnem o desenvolvimento e o retorno dos problemas de sono.</p>

Quadro 1 – Descrição das Sessões de Orientação Parental para Problemas de Sono na Infância

Fonte: Dados da pesquisa.

Grupo Controle (Lista de Espera)

Os 31 participantes do grupo lista de espera concluíram esta etapa, realizando as anotações nos Diários de Sono e de Comportamentos e utilizando os actígrafos. Durante esse período, a pesquisadora entrava em contato semanal via telefone com esses participantes, questionando-os sobre os registros nos diários.

3ª etapa – Pós-Intervenção

Após uma semana do término do período de intervenção, os participantes de ambos os grupos foram avaliados por meio dos mesmos instrumentos aplicados na etapa inicial e os participantes do grupo intervenção também responderam ao *Inventário de Satisfação da Intervenção*.

4ª etapa – Períodos de Seguimento

Os períodos de seguimento compreendem um e seis meses pós-intervenção e têm como objetivo avaliar a manutenção dos efeitos da intervenção.

Grupo Intervenção

Após um e seis meses do término da intervenção, os 31 participantes do grupo intervenção foram reavaliados.

Grupo Controle

Os participantes (n=31) deste grupo também foram reavaliados pelos mesmos instrumentos da etapa inicial após um mês do período de intervenção do outro grupo. Após essa avaliação, cinco mães do grupo controle declinaram a participação no estudo por não poderem comparecer às sessões presenciais. Os demais 26 participantes do grupo controle foram submetidos à mesma intervenção comportamental oferecida ao outro grupo.

Após uma semana do término das cinco sessões de intervenção para o grupo controle, esses 26 participantes foram reavaliados pelos mesmos instrumentos da etapa inicial e também responderam ao *Inventário de Satisfação da Intervenção*.

4.7 Análise dos resultados

Foram realizadas análises descritivas (proporções, médias, desvio-padrão) das características sociodemográficas dos participantes, padrões de sono das crianças e os problemas de comportamento da criança e da mãe, durante as etapas da pesquisa, bem como a verificação da satisfação materna frente ao programa de intervenção.

Quanto às suas características sociodemográficas, os participantes foram avaliados por meio dos dados fornecidos em entrevista (idade e sexo da criança; idade, estado civil e escolaridade da mãe; estrato social), conforme o *Critério de Classificação Socioeconômica Brasil* (ABEP, 2012). Os dados sociodemográficos dos grupos controle e intervenção (idades da criança e dos pais) foram comparados por meio do teste t de Student não pareado (variável contínua), e diferenças entre proporções no que se refere a estrato social parental, nível de instrução parental e estado civil foram analisadas usando o teste Z.

Os padrões de sono das crianças, bem como seus hábitos e rotinas, foram avaliados por meio dos questionários (*Escala UNESP de Hábitos e Higiene do Sono - Versão Crianças*, *Escala de Distúrbios do Sono para Crianças e Adolescentes*) e Diários de Sono. O sono da criança e de sua mãe também foi avaliado por meio da Actigrafia. Além disso, para avaliar os padrões de sono das crianças (resistir à cama, tempo para adormecer, despertar noturno, dormir apenas na presença dos pais) foram reunidos os dados fornecidos pelos instrumentos (*Escala UNESP de Hábitos e Higiene do Sono - Versão Crianças* e *Escala de Distúrbios do Sono para Crianças e Adolescentes*) e organizados em um *Índice Composto de Distúrbios de Sono* (adaptado do estudo de Richman & Graham, 1971), de forma a contemplar as principais variáveis e obter uma pontuação total. O índice compreende as variáveis “resistir a ir para a cama”, “tempo para adormecer”, “despertares noturnos” e “dormir com os pais”, fornecendo uma pontuação que varia de 0 a 12, de maneira que, quanto maior a pontuação, maior o problema de sono, conforme descrito no Quadro 2 a seguir.

RESISTE IR PARA A CAMA			
ÍNDICE	0	1	2
FREQUÊNCIA	0 a 1x por semana	2x por semana	3x ou mais por semana
DURAÇÃO	Menos de 15 minutos	15 – 30 minutos	> 30 MINUTOS
DESPERTARES NOTURNOS			
FREQUÊNCIA POR SEMANA	0 – 1 dia por semana	2 dias por semana	3 ou mais dias por semana
FREQUÊNCIA POR NOITE	0 – 1x por noite	2x por noite	≥ 3x por noite
DORMIR COM OS PAIS			
ÍNDICE	0	2	4
FREQUÊNCIA	0	1-2x	≥ 3x

Quadro 2 - Índice Composto de Distúrbios de Sono

Fonte: Elaborado pela autora.

Os comportamentos das crianças e de seus cuidadores no momento de dormir foram avaliados pelos Diários de Comportamentos.

As variáveis relativas às avaliações do sono e outros comportamentos das crianças, medidas por meio de inventários, questionários, diários e actigrafia, foram comparadas por meio da análise de variância de duas vias para medidas repetidas (Fator Grupo: intervenção e controle; Fator Tempo: pré-tratamento, pós-tratamento, um mês de seguimento, seis meses de seguimento). Como havia crianças irmãs, optou-se pela utilização de um modelo misto e a mãe foi colocada como uma variável aleatória. Além do efeito aleatório, o modelo foi composto pelos efeitos principais dos fatores grupo, momento do tratamento, além de sua interação e das covariáveis *Critério Brasil* e ASR total pré da mãe.

Para avaliar a mudança nos despertares durante a noite, medida por meio dos Diários de Sono, primeiramente fez-se uma transformação dos dados. Foi feita uma recategorização para torná-los binários, tendo apenas duas variáveis-resposta possíveis: acordou ou não acordou durante a noite nos diferentes períodos.

Para avaliar as variáveis referentes ao ASR em relação aos preditores estabelecidos, foi utilizada uma análise de variância mista, com o Grupo como fator

interssujeitos e o Tempo como fator intrassujeitos. Manteve-se a estrutura de correlação não estruturada para as medidas repetidas.

Em relação aos dados de Actigrafia das mães, o número reduzido de mães, mesmo em comparação ao número de crianças com Actigrafia, torna mais seguro o uso de testes não paramétricos. Assim, optou-se por fazer apenas as comparações pré e pós nos dois grupos, através do teste de Wilcoxon.

As análises foram feitas no SPSS 20.0 e admitiu-se nível de significância de 0,05 para todas as comparações, com as correções (Sidak), quando aplicáveis.

Para a amostra total, os dados também foram analisados e comparados considerando o período pré e pós-intervenção. Comparações entre os dois grupos foram realizadas por meio do teste t e pelo cálculo da magnitude do efeito. A magnitude do efeito, expressa como d , foi estimada como a diferença entre as médias dos grupos pré e pós-intervenção dividida pelo desvio-padrão comum. Convencionalmente, um valor de $d=0,20$ representa uma magnitude de efeito pequeno, $d=0,50$ indica magnitude média e $d=0,80$ indica uma magnitude de efeito elevada (Cohen, 1988).

5 RESULTADOS

Os resultados foram divididos em:

- 1) Características sociodemográficas dos participantes.
- 2) Histórico de intervenções anteriores à pesquisa.
- 3) Avaliação grupo controle vs. grupo intervenção: a) Características do sono das crianças avaliadas por medidas subjetivas; b) Características do sono das crianças avaliadas por medida objetiva (Actigrafia); c) Problemas de comportamento das crianças avaliados pelo CBCL; d) Características do sono das mães avaliadas por medida objetiva (Actigrafia); e) Problemas de comportamento das mães avaliados pelo ASR.
- 4) Avaliação pré e pós-intervenção de todos os participantes: a) Características do sono de todas as crianças submetidas à intervenção, avaliadas por medidas subjetivas; b) Características do sono de todas as crianças submetidas à intervenção, avaliadas por medida objetiva (Actigrafia); c) Problemas de comportamento, avaliados pelo CBCL, de todas as crianças submetidas à intervenção; d) Características do sono de todas as mães que participaram da intervenção, avaliadas por medida objetiva (Actigrafia); e) Problemas de comportamento de todas as mães que participaram da intervenção, avaliados pelo ASR.
- 5) Satisfação materna com a intervenção.

5.1 Características sociodemográficas dos participantes

Na Tabela 1 pode-se verificar as principais características sociodemográficas dos 62 participantes.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes

CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA	G. CONTROLE N=31	G. INTERVENÇÃO N=31	t	TOTAL N=62
Idade M(DP)	2,1(1,2)	2,5(1,4)	1,20	2,3(1,3)
Z				
Idade N(%)				
12 – 42 meses (1 - 3½ anos)	23(74%)	22(71%)	0,28	45(73%)
N(%)	08(26%)	09(29%)	0,28	17(27%)
43 – 60 meses (3½ - 5 anos)				
N(%)				
Sexo N(%)				
Masculino	16(52%)	18(58%)	0,51	34(55%)
Feminino	15(48%)	13(42%)	0,51	28(45%)
CARACTERÍSTICAS DA MÃE	G. CONTROLE N=28	G. INTERVENÇÃO N=26	t	TOTAL N=54
Idade M(DP)	34,42(6,0)	32,15(5,2)	1,47	33,3(5,7)
Z				
Idade N(%)				
20 - 29 anos N(%)	7(25%)	7(27%)	0,16	14(26%)
30 – 39 anos N(%)	16(57%)	17(65%)	0,62	33(61%)
40 – 49 anos N(%)	5(18%)	2(8%)	1,11	7(13%)
Estado civil N(%)				
Solteira	1(3%)	2(8%)	0,6	3(6%)
Casada	24(86%)	21(81%)	0,48	45(83%)
Separada	3(11%)	3(11%)	0,09	6(11%)
Escolaridade N(%)				
Superior	14(50%)	20(77%)	2,04*	34(63%)
Médio	11(39%)	6(23%)	1,28	17(31%)
Fundamental	3(11%)	-	1,71	3(6%)
Estrato Social N(%)				
Alto (A1, A2, B1)	5(18%)	14(54%)	2,76*	19(35%)
Médio (B2, C1)	18(64%)	11(42%)	1,61	29(54%)
Baixo (C2, D, E)	5(18%)	1(4%)	1,63	6(11%)

*p<0,05

Fonte: Dados da pesquisa.

Pode-se observar, na Tabela 1, que a faixa etária entre 1 ano e 3½ foi mais frequente nas crianças, tanto no grupo controle quanto no grupo intervenção. A idade das mães variou entre 20 e 46 anos, sendo que em ambos os grupos a maioria das mães se encontrava casada e na faixa etária de 30 a 39 anos. Não houve diferença detectável entre os grupos em relação à idade (das crianças e das mães), sexo da criança e estado civil das mães. Contudo, as mães do grupo intervenção possuíam maior nível de escolaridade e nível econômico, comparadas às mães do outro grupo.

5.2 Histórico de intervenções anteriores à pesquisa

Durante a entrevista inicial, as participantes relataram para pesquisadora sobre a procura por ajuda, anterior ao recrutamento do presente estudo, para resolver a queixa de problema de sono da criança. Antes de procurarem o estudo, 38,7% (n=12) das mães do grupo intervenção e 35,5% (n=11) das mães do grupo controle buscaram auxílio médico para tratarem o problema de sono dos filhos. No grupo intervenção, das 12 crianças que buscaram auxílio médico, somente duas (6,5%) receberam no passado tratamento farmacológico, sendo 3,2% (n=1) com Ritalina e 3,2% (n=1) com antialérgico. No grupo controle, das 11 crianças que foram ao médico, cinco (16,1%) receberam tratamento farmacológico: 6,5% (n=2) com Neuléptil (periciazina), 3,2% (n=1) com Risperidona, 3,2% (n=1) com antialérgico e 3,2% (n=1) com Calman (passiflora, crataegus oxyacantha e salix alba).

No momento do recrutamento do estudo, nenhuma criança de ambos os grupos fazia uso de medicação. Antes do estudo, nenhum cuidador em ambos os grupos buscou auxílio com profissional de psicologia para tratar a queixa da criança; 6,5% (n=2) em cada grupo buscaram práticas alternativas como massagem e homeopatia; 16,1% (n=5) do grupo intervenção e 3,2% (n=1) do grupo controle buscaram ajuda por meio de informações em livros e internet sobre qualidade de sono de crianças; e 38,7% (n=12) do grupo intervenção e 51,6% (n=16) do grupo controle nunca procuraram nenhum tipo de auxílio para resolver a queixa.

5.3 Avaliação do Grupo Controle vs. Grupo Intervenção

5.3.1 Características do sono das crianças avaliadas por medida subjetiva (questionários e diários)

5.3.1.1 Hábitos e rotina das crianças antes de dormir

A Tabela 2 apresenta os hábitos e rotinas das crianças antes de dormir, coletados por meio da *Escala UNESP de Hábitos e Higiene do Sono - Versão Crianças* durante as diferentes etapas da pesquisa.

Tabela 2 – Hábitos e rotina das crianças antes de dormir

VARIÁVEL	PERÍODO						
	PRÉ		PÓS		1 MÊS		6 MESES
	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	I N=31
Rotina pré-sono							
Nunca	5(16,1%)	4(12,9%)	5(16,1%)	0(0%)	6(19,4%)	0(0%)	0(0%)
1 ou 2 vezes/semana	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
3 ou 4 vezes/semana	2(6,5%)	4(12,9%)	2(6,5%)	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	0(0%)
5 ou 6 vezes/semana	0(0%)	2(6,5%)	1(3,2%)	5(16,1%)	1(3,2%)	5(16,1%)	4(12,9%)
Todos os dias	24(77,4%)	21(67,7%)	23(74,2%)	26(83,9%)	23(74,2%)	26(83,9%)	27(87,1%)
Atividades vigorosas							
Nunca	4(12,9%)	4(12,9%)	4(12,9%)	13(41,9%)	4(12,9%)	14(45,2%)	12(38,7%)
1 ou 2 vezes/semana	0(0%)	0(0%)	0(0%)	8(25,8%)	0(0%)	8(25,8%)	7(22,6%)
3 ou 4 vezes/semana	0(0%)	4(12,9%)	0(0%)	5(16,1%)	0(0%)	3(9,7%)	5(16,1%)
5 ou 6 vezes/semana	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	3(9,7%)	3(9,7%)
Todos os dias	27(87,1%)	23(74,2%)	27(87,1%)	4(12,9%)	27(87,1%)	3(9,7%)	4(12,9%)
TV, videogame, DVD							
Nunca	3(9,7%)	5(16,1%)	3(9,7%)	14(45,2%)	3(9,7%)	12(38,7%)	10(32,3%)
1 ou 2 vezes/semana	0(0%)	0(0%)	0(0%)	6(19,4%)	0(0%)	7(22,6%)	6(19,4%)
3 ou 4 vezes/semana	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	4(12,9%)	1(3,2%)	4(12,9%)	5(16,1%)
5 ou 6 vezes/semana	1(3,2%)	0(0%)	1(3,2%)	2(6,5%)	1(3,2%)	3(9,7%)	5(16,1%)
Todos os dias	26(83,9%)	25(80,6%)	26(83,9%)	5(16,1%)	26(83,9%)	5(16,1%)	5(16,1%)
Dorme no horário							
Todos os dias	8(25,8%)	10(32,3%)	8(25,8%)	13(41,9%)	7(22,6%)	11(35,5%)	9(29%)
5 ou 6 vezes/semana	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	3(9,7%)	1(3,2%)	5(16,1%)	4(12,9%)
3 ou 4 vezes/semana	1(3,2%)	4(12,9%)	1(3,2%)	5(16,1%)	1(3,2%)	3(9,7%)	9(29%)
1 ou 2 vezes/semana	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	8(25,8%)	0(0%)	9(29%)	4(12,9%)
Nunca	21(67,7%)	15(48,4%)	21(67,7%)	2(6,5%)	22(71%)	3(9,7%)	5(16,1%)
Acorda no horário							
Todos os dias	11(35,5%)	14(45,2%)	11(35,5%)	17(54,8%)	11(35,5%)	15(48,4%)	13(41,9%)
5 ou 6 vezes/semana	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	3(9,7%)	1(3,2%)	4(12,9%)	5(16,1%)
3 ou 4 vezes/semana	1(3,2%)	3(9,7%)	1(3,2%)	4(12,9%)	1(3,2%)	3(9,7%)	7(22,6%)
1 ou 2 vezes/semana	1(3,2%)	2(6,5%)	1(3,2%)	5(16,1%)	1(3,2%)	5(16,1%)	1(3,2%)
Nunca	17(54,8%)	11(35,5%)	17(54,8%)	2(6,5%)	17(54,8%)	4(12,9%)	5(16,1%)

VARIÁVEL	PERÍODO						
	PRÉ		PÓS		1 MÊS		6 MESES
	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	I N=31
Ingere cafeína							
Nunca	24(77,4%)	25(80,6%)	25(80,6%)	25(80,6%)	24(77,4%)	26(83,9%)	28(90,3%)
1 ou 2 vezes/semana	2(6,5%)	1(3,2%)	1(3,2%)	4(12,9%)	2(6,5%)	3(9,7%)	1(3,2%)
3 ou 4 vezes/semana	2(6,5%)	2(6,5%)	2(6,5%)	1(3,2%)	2(6,5%)	1(3,2%)	1(3,2%)
5 ou 6 vezes/semana	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Todos os dias	3(9,7%)	3(9,7%)	3(9,7%)	1(3,2%)	3(9,7%)	1(3,2%)	1(3,2%)
Líquido em excesso							
Nunca	13(41,9%)	13(41,9%)	13(41,9%)	17(54,8%)	13(41,9%)	18(58,1%)	18(58,1%)
1 ou 2 vezes/semana	0(0%)	2(6,5%)	0(0%)	7(22,6%)	0(0%)	6(19,4%)	9(29%)
3 ou 4 vezes/semana	4(12,9%)	3(9,7%)	4(12,9%)	4(12,9%)	4(12,9%)	4(12,9%)	3(9,7%)
5 ou 6 vezes/semana	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)
Todos os dias	14(45,2%)	13(41,9%)	14(45,2%)	3(9,7%)	14(45,2%)	2(6,5%)	1(3,2%)
Dorme com fome							
Nunca	27(87,1%)	28(90,3%)	27(87,1%)	25(80,6%)	27(87,1%)	24(77,4%)	25(80,6%)
1 ou 2 vezes/semana	2(6,5%)	1(3,2%)	2(6,5%)	5(16,1%)	2(6,5%)	6(19,4%)	4(12,9%)
3 ou 4 vezes/semana	1(3,2%)	0(0%)	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)
5 ou 6 vezes/semana	1(3,2%)	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	1(3,2%)
Todos os dias	0(0%)	2(6,5%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Soneca no começo da noite							
Nunca	24(77,4%)	24(77,4%)	25(80,6%)	24(77,4%)	25(80,6%)	23(74,2%)	28(90,3%)
1 ou 2 vezes/semana	0(0%)	2(6,5%)	0(0%)	4(12,9%)	0(0%)	5(16,1%)	0(0%)
3 ou 4 vezes/semana	2(6,5%)	2(6,5%)	1(3,2%)	1(3,2%)	2(6,5%)	1(3,2%)	0(0%)
5 ou 6 vezes/semana	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(3,2%)
Todos os dias	5(16,1%)	3(9,7%)	5(16,1%)	2(6,5%)	4(12,9%)	2(6,5%)	2(6,5%)
Dores							
Nunca	26(83,9%)	26(83,9%)	26(83,9%)	27(87,1%)	26(83,9%)	27(87,1%)	26(83,9%)
1 ou 2 vezes/semana	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	4(12,9%)	2(6,5%)	3(9,7%)	4(12,9%)
3 ou 4 vezes/semana	3(9,7%)	2(6,5%)	3(9,7%)	0(0%)	2(6,5%)	0(0%)	1(3,2%)
5 ou 6 vezes/semana	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(3,2%)	1(3,2%)	0(0%)
Todos os dias	1(3,2%)	2(6,5%)	1(3,2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)

VARIÁVEL	PERÍODO						
	PRÉ		PÓS		1 MÊS		6 MESES
	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	I N=31
Emoções fortes							
Nunca	15(48,4%)	17(54,8%)	16(51,6%)	24(77,4%)	14(45,2%)	22(71%)	26(83,9%)
1 ou 2 vezes/semana	1(3,2%)	1(3,2%)	0(0%)	4(12,9%)	1(3,2%)	6(19,4%)	2(6,5%)
3 ou 4 vezes/semana	1(3,2%)	2(6,5%)	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	2(6,5%)	2(6,5%)
5 ou 6 vezes/semana	1(3,2%)	2(6,5%)	1(3,2%)	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	0(0%)
Todos os dias	13(41,9%)	9(29%)	13(41,9%)	2(6,5%)	14(45,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)
Aparência preocupada							
Nunca	27(87,1%)	26(83,9%)	27(87,1%)	29(93,5%)	27(87,1%)	28(90,3%)	29(93,5%)
1 ou 2 vezes/semana	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	2(6,5%)	0(0%)	2(6,5%)	2(6,5%)
3 ou 4 vezes/semana	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)
5 ou 6 vezes/semana	0(0%)	3(9,7%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Todos os dias	4(12,9%)	0(0%)	4(12,9%)	0(0%)	4(12,9%)	0(0%)	0(0%)
Divide a cama							
Nunca	19(61,3%)	14(45,2%)	19(61,3%)	28(90,3%)	19(61,3%)	25(80,6%)	24(77,4%)
1 ou 2 vezes/semana	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	2(6,5%)
3 ou 4 vezes/semana	1(3,2%)	2(6,5%)	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	4(12,9%)	3(9,7%)
5 ou 6 vezes/semana	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Todos os dias	11(35,5%)	15(48,4%)	11(35,5%)	2(6,5%)	11(35,5%)	2(6,5%)	2(6,5%)
Divide o quarto							
Nunca	7(22,6%)	9(29%)	7(22,6%)	18(58,1%)	7(22,6%)	16(51,6%)	18(58,1%)
1 ou 2 vezes/semana	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
3 ou 4 vezes/semana	1(3,2%)	2(6,5%)	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)
5 ou 6 vezes/semana	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	1(3,2%)	1(3,2%)
Todos os dias	23(74,2%)	18(58,1%)	23(74,2%)	11(35,5%)	23(74,2%)	13(41,9%)	11(35,5%)
Desconforto: quarto, cama							
Nunca	31(100%)	26(83,9%)	31(100%)	31(100%)	31(100%)	31(100%)	31(100%)
1 ou 2 vezes/semana	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
3 ou 4 vezes/semana	0(0%)	2(6,5%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
5 ou 6 vezes/semana	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Todos os dias	0(0%)	3(9,7%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)

VARIÁVEL	PERÍODO						
	PRÉ		PÓS		1 MÊS		6 MESES
	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	I N=31
Dorme independentemente							
Todos os dias	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	12(38,7%)	1(3,2%)	10(32,3%)	13(41,9%)
5 ou 6 vezes/semana	0(0%)	0(0%)	0(0%)	5(16,1%)	1(3,2%)	5(16,1%)	4(12,9%)
3 ou 4 vezes/semana	0(0%)	0(0%)	0(0%)	6(19,4%)	0(0%)	7(22,6%)	6(19,4%)
1 ou 2 vezes/semana	0(0%)	0(0%)	0(0%)	3(9,7%)	0(0%)	4(12,9%)	2(6,5%)
Nunca	30(96,8%)	30(96,8%)	30(96,8%)	5(16,1%)	29(93,5%)	5(16,1%)	6(19,4%)
Adormece em outro lugar							
Nunca	9(29%)	9(29%)	9(29%)	18(58,1%)	10(32,3%)	18(58,1%)	19(61,3%)
1 ou 2 vezes/semana	1(3,2%)	0(0%)	2(6,5%)	8(25,8%)	2(6,5%)	8(25,8%)	5(16,1%)
3 ou 4 vezes/semana	1(3,2%)	2(6,5%)	1(3,2%)	4(12,9%)	0(0%)	4(12,9%)	2(6,5%)
5 ou 6 vezes/semana	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	2(6,5%)
Todos os dias	20(64,5%)	19(61,3%)	19(61,3%)	1(3,2%)	19(61,3%)	1(3,2%)	3(9,7%)
Desperta e pede atenção							
Nunca	2(6,5%)	1(3,2%)	2(6,5%)	14(45,2%)	2(6,5%)	13(41,9%)	14(45,2%)
1 ou 2 vezes/semana	0(0%)	0(0%)	1(3,2%)	11(35,5%)	1(3,2%)	11(35,5%)	10(32,3%)
3 ou 4 vezes/semana	1(3,2%)	4(12,9%)	1(3,2%)	3(9,7%)	1(3,2%)	4(12,9%)	2(6,5%)
5 ou 6 vezes/semana	1(3,2%)	0(0%)	1(3,2%)	2(6,5%)	1(3,2%)	2(6,5%)	4(12,9%)
Todos os dias	27(87,1%)	26(83,9%)	26(83,9%)	1(3,2%)	26(83,9%)	1(3,2%)	1(3,2%)
Desperta e procura os pais							
Nunca	6(19,4%)	1(3,2%)	6(19,4%)	23(74,2%)	7(22,6%)	21(67,7%)	20(64,5%)
1 ou 2 vezes/semana	0(0%)	2(6,5%)	1(3,2%)	6(19,4%)	1(3,2%)	8(25,8%)	6(19,4%)
3 ou 4 vezes/semana	1(3,2%)	4(12,9%)	1(3,2%)	2(6,5%)	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)
5 ou 6 vezes/semana	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	3(9,7%)
Todos os dias	23(74,2%)	23(74,2%)	22(71%)	0(0%)	21(67,7%)	1(3,2%)	1(3,2%)
Acorda cansada							
Nunca	18(58,1%)	9(29%)	18(58,1%)	27(87,1%)	19(61,3%)	27(87,1%)	26(83,9%)
1 ou 2 vezes/semana	0(0%)	2(6,5%)	0(0%)	2(6,5%)	0(0%)	2(6,5%)	0(0%)
3 ou 4 vezes/semana	1(3,2%)	7(22,6%)	1(3,2%)	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	3(9,7%)
5 ou 6 vezes/semana	0(0%)	3(9,7%)	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	1(3,2%)	1(3,2%)
Todos os dias	12(38,7%)	10(32,3%)	12(38,7%)	1(3,2%)	11(35,5%)	1(3,2%)	1(3,2%)

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da Tabela 2 é possível observar que no período de avaliação, ou seja, antes da intervenção, as mães relataram que a maior parte das crianças em ambos os grupos apresentava rotina pré-sono. Contudo, relataram que a maioria dos participantes dos dois grupos sempre praticava atividades vigorosas antes de dormir e assistia à TV ou jogava videogame. Cerca de metade das crianças do grupo intervenção e a maioria do grupo controle não dormiam no horário estabelecido e um número considerável de crianças não tinha horário para acordar.

Poucas crianças em ambos os grupos ingeriam bebidas com cafeína. No entanto, cerca de 40% em ambos os grupos bebiam líquido em excesso antes de dormir. Segundo o relato das mães, a maioria das crianças não dormia com fome e poucas tiravam cochilos no começo da noite. Poucas mães relataram que o filho sentia dor momentos antes de dormir ou que tinham aparência de preocupação. Entretanto, aproximadamente 30% do grupo intervenção e 40% do grupo controle sentiam emoções fortes, como raiva, medo ou ansiedade na hora de ir para cama.

Grande parte das crianças em ambos os grupos dormia com os pais. A maior parte das mães dos dois grupos relatou que dormia no mesmo quarto que as crianças, sendo que quase metade do grupo intervenção e 35% do grupo controle compartilhavam a cama. Destas crianças, todas tinham cama própria, contudo dormiam com os cuidadores.

Quase todas as mães relataram ambiente confortável, incluindo quarto, cama e travesseiro. Cinco (n=5) mães do grupo intervenção relataram certo desconforto no ambiente de dormir.

Antes da intervenção, a maioria das mães relatou que seus filhos não dormiam independentemente. Apenas uma criança em cada grupo dormia sem o auxílio dos cuidadores. Conforme a Tabela 2 demonstra, cerca de 60% das crianças em ambos os grupos adormeciam em outro lugar antes de irem ou serem colocadas na cama. Mais de 80% das crianças em ambos os grupos despertavam à noite e solicitavam atenção, e aproximadamente 75% procuravam a cama dos pais. Mais de 30% das mães relataram que seus filhos acordavam com aparência cansada no outro dia.

Depois de concluída a intervenção e no período de seguimento todas as crianças do grupo intervenção tinham rotina pré-sono e aproximadamente 5 do grupo controle não tinham. Comparadas às crianças do grupo controle, nos períodos pós e de seguimento, as crianças do grupo intervenção reduziram as atividades vigorosas, bem

como TV e videogame antes de dormir. Como demonstra a Tabela 2, no grupo intervenção aumentou o número de crianças que dormiam no horário estabelecido e acordavam no mesmo horário. Já o grupo controle manteve as mesmas proporções da fase inicial.

No período posterior à intervenção, poucas crianças ingeriam cafeína e tiravam soneca no começo da noite. No entanto, comparado ao grupo controle, reduziu o número de crianças do grupo intervenção que ingeriam líquido em excesso antes de dormir ou que dormiam com fome.

Neste período houve também poucos relatos das mães em ambos os grupos sobre dores ou aparência de preocupação das crianças no momento de dormir. Emoções fortes, como raiva, medo e ansiedade antes de dormir diminuíram no grupo intervenção; em contrapartida, foram mantidas no grupo controle nos períodos pós e de seguimento.

Segundo o relato das mães, diminuiu a prática de dormir com os pais no grupo intervenção, seja compartilhando a mesma cama ou o mesmo quarto. O grupo controle manteve as mesmas proporções da fase inicial. Nas fases pós e de seguimento, todas as mães relataram conforto no quarto, cama e travesseiro da criança.

Depois de concluída a intervenção e no período de seguimento, comparado ao grupo controle, houve um aumento de crianças do grupo intervenção que passaram a dormir independentemente e adormecer em sua própria cama, e um decréscimo de despertares noturnos com solicitações de atenção e procura pelos pais. Houve uma redução, também, de crianças do grupo intervenção que acordavam com aspecto cansado.

A Tabela 3 apresenta os componentes da rotina pré-sono das crianças, coletados por meio da *Escala UNESP de Hábitos e Higiene do Sono – Versão Crianças*.

Tabela 3 - Componentes da rotina pré-sono da criança

COMPONENTES DE ROTINA	PRÉ		PÓS		1 MÊS		6 MESES
	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	I N=31
Banho/ Escovar dentes	10 (32,3%)	20 (64,5%)	11 (35,5%)	27 (87,1%)	11 (35,5%)	27 (87,1%)	27 (87,1%)
Conversar sobre o dia	3 (9,7%)	4 (12,9%)	3 (9,7%)	15 (48,4%)	3 (9,7%)	15 (48,4%)	15 (48,4%)
Mamadeira	15 (48,4%)	15 (48,4%)	16 (51,6%)	15 (48,4%)	16 (51,6%)	15 (48,4%)	15 (48,4%)
Lanche leve	4 (12,9%)	2 (6,5%)	4 (12,9%)	2 (6,5%)	4 (12,9%)	2 (6,5%)	2 (6,5%)
Música relaxante	5 (16,1%)	0 (0%)	5 (16,1%)	0 (0%)	5 (16,1%)	0 (0%)	0 (0%)
Histórias	8 (25,8%)	4 (12,9%)	8 (25,8%)	10 (32,3%)	8 (25,8%)	10 (32,3%)	10 (32,3%)
Orações	7 (22,6%)	8 (25,8%)	7 (22,6%)	13 (41,9%)	7 (22,6%)	13 (41,9%)	13 (41,9%)
Embalo	4 (12,9%)	2 (6,5%)	4 (12,9%)	0 (0%)	4 (12,9%)	0 (0%)	0 (0%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme apresentado na Tabela 3, no período pré-tratamento, tomar banho e escovar os dentes era um componente frequente de rotina pré-sono na maior parte do grupo intervenção e em um terço do grupo controle. Mamar na mamadeira antes de dormir fazia parte da rotina pré-sono de metade das crianças da pesquisa. Poucas crianças de ambos os grupos conversavam sobre o dia momentos antes de dormir ou faziam um lanche leve. Histórias e músicas relaxantes eram mais frequentes no grupo controle. Pouco mais de 20% das crianças em ambos os grupos tinham a oração como componente de rotina pré-sono. Algumas crianças eram embaladas para dormir.

Após a intervenção, aumentou o número de crianças do grupo intervenção que passaram a tomar banho/escovar os dentes, conversar sobre o dia, escutar histórias e fazer orações como componentes de rotina pré-sono. As crianças continuaram tendo a mamadeira como componente de rotina, contudo, a mamadeira era dada no início da rotina e não mais no final, como no período pré-tratamento. As crianças que eram embaladas para dormir na etapa inicial deixaram de ser embaladas nas etapas posteriores à intervenção. As crianças do grupo controle mantiveram os mesmos componentes de rotina da etapa inicial, ou seja, não houve mudanças no período de lista de espera.

5.3.1.2 Padrões de sono das crianças avaliados por questionários

Informações sobre os padrões de sono das crianças no que se refere à duração total, latência para início do sono, resistência a ir para a cama, dificuldade de adormecer, despertares noturnos e dificuldade de retornar ao sono ao despertar à noite foram coletados por meio da *Escala de Distúrbios do Sono para Crianças e Adolescentes*. A Tabela 4 demonstra esses padrões por meio de proporções e média da escala *Dificuldade de Iniciar e Manter o Sono (DIMS)*, para os dois grupos nas diferentes etapas da pesquisa.

Tabela 4 - Padrões de sono das crianças a partir da Escala DIMS

VARIÁVEL	PERÍODO							
	PRÉ		PÓS		1 MÊS		6 MESES	ANOVA
	C	I	C	I	C	I	I	F
	N=31	N=31	N=31	N=31	N=31	N=31	N=31	
Duração								
1. 9-11horas	4(12,9%)	7(22,6%)	5(16,1%)	24(77,4%)	5(16,1%)	24(77,4%)	20(64,5%)	
2. 8-9 horas	6(19,4%)	8(25,8%)	6(19,4%)	6(19,4%)	7(22,6%)	5(16,1%)	9(29%)	
3. 7-8 horas	9(29%)	6(19,4%)	8(25,8%)	1(3,2%)	7(22,6%)	2(6,5%)	2(6,5%)	
4. 5-7 horas	9(29%)	8(25,8%)	9(29%)	0(0%)	9(29%)	0(0%)	0(0%)	
5. <5 horas	3(9,7%)	2(6,5%)	3(9,7%)	0(0%)	3(9,7%)	0(0%)	0(0%)	
Latência								
1.<15 min	2(6,5%)	2(6,5%)	3(9,7%)	11(35,5%)	4(12,9%)	14(45,2%)	11(35,5%)	
2.15-30 min	3(9,7%)	7(22,6%)	2(6,5%)	15(48,4%)	2(6,5%)	13(41,9%)	15(48,4%)	
3.30-45 min	7(22,6%)	5(16,1%)	7(22,6%)	2(6,5%)	6(19,4%)	2(6,5%)	3(9,7%)	
4.45-60 min	3(9,7%)	7(22,6%)	3(9,7%)	2(6,5%)	3(9,7%)	1(3,2%)	1(3,2%)	
5.>60 min	16(51,6%)	10(32,3%)	16(51,6%)	1(3,2%)	16(51,6%)	1(3,2%)	1(3,2%)	
Resistência								
1.Nunca	3(9,7%)	1(3,2%)	3(9,7%)	10(32,3%)	3(9,7%)	9(29%)	7(22,6%)	
2.1-2/mês	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	9(29%)	1(3,2%)	12(38,7%)	12(38,7%)	
3.1-2/sem	3(9,7%)	6(19,4%)	3(9,7%)	5(16,1%)	3(9,7%)	5(16,1%)	6(19,4%)	
4.3-5/sem	1(3,2%)	4(12,9%)	1(3,2%)	4(12,9%)	2(6,5%)	2(6,5%)	4(12,9%)	
5.Todos os dias	23(74,2%)	19(61,3%)	23(74,2%)	3(9,7%)	22(71%)	3(9,7%)	2(6,5%)	
Dificuldade adormecer								
1.Nunca	2(6,5%)	1(3,2%)	2(6,5%)	11(35,5%)	2(6,5%)	7(22,6%)	8(25,8%)	
2.1-2/mês	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	12(38,7%)	1(3,2%)	16(51,6%)	11(35,5%)	
3.1-2/sem	2(6,5%)	3(9,7%)	2(6,5%)	5(16,1%)	2(6,5%)	5(16,1%)	10(32,3%)	
4.3-5/sem	0(0%)	5(16,1%)	0(0%)	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	0(0%)	
5.Todos os dias	26(83,9%)	21(67,7%)	26(83,9%)	2(6,5%)	25(80,6%)	2(6,5%)	2(6,5%)	
Despertares								
1.Nunca	2(6,5%)	2(6,5%)	3(9,7%)	15(48,4%)	3(9,7%)	14(45,2%)	14(45,2%)	
2.1-2/mês	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	9(29%)	0(0%)	11(35,5%)	12(38,7%)	
3.1-2/sem	0(0%)	4(12,9%)	0(0%)	6(19,4%)	0(0%)	5(16,1%)	4(12,9%)	
4.3-5/sem	1(3,2%)	2(6,5%)	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	1(3,2%)	
5.Todos os dias	28(90,3%)	22(71%)	27(87,1%)	0(0%)	27(87,1%)	0(0%)	0(0%)	

VARIÁVEL	PERÍODO							ANOVA <i>F</i>
	PRÉ		PÓS		1 MÊS		6 MESES	
	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	I N=31	
<i>Dificuldade retornar ao sono</i>								
1.Nunca	4(12,9%)	2(6,5%)	5(16,1%)	19(61,3%)	5(16,1%)	16(51,6%)	19(61,3%)	
2.1-2/mês	0(0%)	2(6,5%)	0(0%)	11(35,5%)	0(0%)	13(41,9%)	10(32,3%)	
3.1-2/sem	0(0%)	7(22,6%)	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	1(3,2%)	1(3,2%)	
4.3-5/sem	0(0%)	1(3,2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	
5.Todos os dias	27(87,1%)	19(61,3%)	26(83,9%)	0(0%)	26(83,9%)	1(3,2%)	1(3,2%)	
DIMS M(DP)	24,94(3,88)	23,26(3,52)	24,58(4,35)	10,84(3,98)	24,42(4,39)	10,94(3,86)	11,26(3,68)	80,1**

*p<0,05 **p<0,001

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme se pode observar na Tabela 4, no período de avaliação inicial metade do grupo intervenção e a maior parte do grupo controle dormiam menos de 8 horas por noite. A maioria das crianças de ambos os grupos demorava mais de 30 minutos para adormecer, frequentemente resistia à cama e tinha dificuldades em adormecer, despertando frequentemente à noite e encontrando dificuldade de retornar ao sono.

Após a intervenção, isto é, no período pós e nos de seguimentos a maior parte do grupo intervenção passou a dormir mais de 8 horas por noite e a adormecer em menos de 30 minutos, tendo menos dificuldade de adormecer e resistindo menos à cama. A maioria dessas crianças passou a não ter mais despertares noturnos toda semana, apresentando menos dificuldades em retornar ao sono. As crianças do grupo controle mantiveram proporções similares às da etapa inicial.

Comparado ao grupo controle, o escore médio da escala DIMS no grupo intervenção reduziu de forma detectável no período posterior à intervenção, mantendo médias similares nos períodos de seguimento. Em contrapartida, o grupo controle permaneceu com escore alto durante todas as fases da pesquisa.

Informações reunidas com os instrumentos *Escala de Distúrbios do Sono para Crianças e Adolescentes* e *Escala UNESP de Hábitos e Higiene do Sono - Versão Crianças* foram organizadas em um Índice Composto de Distúrbios de Sono, a fim de avaliar as principais variáveis do sono dos participantes. Essas variáveis estão apresentadas na Tabela 5, que apresenta as características de sono das crianças participantes durante as etapas da pesquisa, com proporções e escores médios.

Tabela 5 - Principais características do sono das crianças a partir do Índice Composto de Distúrbios de Sono

VARIÁVEL	PERÍODO						
	PRÉ		PÓS		1 MÊS		6 MESES
	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	I N=31
Resiste ir para a cama							
0 - 1x na semana	4(13%)	3(10%)	5(16%)	18(58%)	5(16%)	18(58%)	18(58%)
2x na semana	3(10%)	7(22%)	2(7%)	7(23%)	2(7%)	9(29%)	8(25,8%)
3x ou mais na semana	24(77%)	21(68%)	24(77%)	6(19%)	24(77%)	4(13%)	5(16,2%)
Tempo adormecer							
≤15 minutos	2(6%)	1(3%)	3(10%)	13(42%)	4(13%)	15(48%)	13(41,9%)
15-30 minutos	3(10%)	4(13%)	2(6%)	14(45%)	2(6%)	12(39%)	13(41,9%)
≥30 minutos	26(84%)	26(84%)	26(84%)	4(13%)	25(81%)	4(13%)	5(16,2%)
Despertares noturnos							
0 - 1x na semana	2(7%)	2(6%)	2(7%)	22(71%)	1(3%)	22(71%)	25(80,6%)
2x na semana	1(3%)	3(9%)	2(6%)	9(29%)	2(7%)	8(26%)	5(16,1%)
3x ou mais na semana	28(90%)	26(85%)	27(87%)	-	28(90%)	1(3%)	1(3%)
Nº de despertares							
0 - 1x na noite	2(7%)	2(6%)	3(10%)	24(78%)	2(7%)	25(81%)	26(84%)
2x na noite	1(3%)	4(13%)	1(3%)	6(19%)	1(3%)	5(16%)	4(13%)
3x ou mais na noite	28(90%)	25(81%)	27(87%)	1(3%)	28(90%)	1(3%)	1(3%)
Dormir com os pais							
0 - 1x semana	3(10%)	4(13%)	4(13%)	27(87%)	3(10%)	24(78%)	26(84%)
2x semana	9(29%)	9(29%)	8(26%)	3(10%)	9(29%)	6(19%)	4(13%)
3x ou mais na semana	19(61%)	18(58%)	19(61%)	1(3%)	19(61%)	1(3%)	1(3%)
							ANOVA
	M(DP)		M(DP)		M(DP)	M(DP)	F
Índice Composto de Distúrbios de Sono	10,1(1,6)	9,8(2,0)	9,9(2,3)	2,2(2,2)	10(2,3)	2,2(2,3)	2,1(2,4)
							103,64**

*p<0,05 **p<0,001

Fonte: Dados da pesquisa.

Pode-se observar, na Tabela 5, que a maior parte dos participantes de ambos os grupos na fase de avaliação (pré-intervenção) resistia a ir para a cama, demorava 30 minutos ou mais para adormecer e despertava frequentemente durante a noite ao menos três vezes na semana. Dormir com os pais, duas vezes ou mais na semana, também foi frequente nos dois grupos.

Após o tratamento, grande parte das crianças do grupo intervenção resistia pouco a ir para a cama, demorava menos de meia hora para adormecer, despertava pouco e não dormia frequentemente com seus pais. Tais características foram similares nos períodos de seguimento. A má qualidade de sono permaneceu frequente no grupo controle durante as reavaliações de pós-intervenção e período de um mês de seguimento.

Considerando as médias e desvio-padrão da pontuação total do *Índice Composto de Distúrbios de Sono*, durante os períodos pré, pós, seguimento de um mês e seis meses, pode-se notar que as crianças do grupo intervenção, comparadas às crianças do grupo controle, demonstraram melhora nos problemas de sono nas etapas pós-tratamento e de seguimento.

A Figura 2 demonstra a diferença entre os grupos quanto à pontuação do *Índice Composto de Distúrbios de Sono*, durante as etapas da pesquisa.

Figura 2 - Diferença entre os grupos quanto às pontuações no Índice Composto de Distúrbios de Sono

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se uma redução da pontuação total do *Índice Composto de Distúrbios de Sono* após o grupo ter sido submetido à intervenção. As pontuações foram mantidas também no período de seguimento de um e seis meses. Nas etapas pós-tratamento e seguimento um mês, o grupo controle manteve pontuações semelhantes das do período de avaliação, o que diferiu do outro grupo.

5.3.1.3 Variáveis do sono das crianças avaliadas por Diários de Sono

As características do sono das crianças, tais como horário de deitar e levantar, latência para início do sono, número de despertares por noite e duração total do sono estão apresentadas na Tabela 6, que traz os escores médios das quatro etapas da pesquisa (pré, pós, um mês e seis meses de seguimento).

Tabela 6 - Variáveis do sono das crianças avaliadas por Diários de Sono

VARIÁVEL	PERÍODO							ANOVA <i>F</i>
	PRÉ M(DP)		PÓS M(DP)		1 MÊS M(DP)		6 MESES M(DP)	
	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	I N=31	
Horário de deitar (decimal)	22,6 (1,9)	22,5 (1,6)	22,7 (1,5)	21,9 (1,3)	22,7 (1,7)	21,9 (1,2)	21,8 (1,2)	7,58**
Horário levantar (decimal)	7,9 (1,3)	8,5 (1,0)	8,0 (1,2)	8,2 (0,9)	8,0 (1,2)	8,1 (1,0)	8,1 (0,9)	3,17*
Latência (minutos)	58,9 (32,4)	40,8 (27,0)	59,8 (31,3)	18,5 (14,2)	59,7 (34,5)	18,2 (13,4)	17,3 (10,4)	9,25**
Número despertares/noite	2,7 (1,7)	2,2 (1,2)	2,7 (1,5)	0,1 (0,3)	2,4 (1,6)	0,1(0,2)	0,1 (0,2)	32,15**
Duração total de sono (horas/decimal)	9,2 (1,3)	9,8 (1,0)	9,3 (1,1)	10,3 (1,2)	9,3 (1,3)	10,1 (1,2)	10,2 (1,2)	1,32

*p ≤ 0,05 **p ≤ 0,001

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme demonstrado na Tabela 6, no período inicial, o horário de deitar das crianças em ambos os grupos era relativamente tarde. As crianças demoravam a

adormecer e despertavam frequentemente à noite. Após a orientação parental, comparado ao grupo controle, o grupo intervenção passou a dormir mais cedo, reduziu a latência para início do sono, aumentou o tempo total do sono e passou a despertar menos frequentemente à noite.

A partir da análise estatística foi observada diferença entre os grupos nos períodos posteriores à intervenção em relação ao horário de dormir e de acordar, latência para início do sono e despertares. Tais resultados indicam que as crianças que passaram pela intervenção passaram a dormir e acordar mais cedo, a adormecer mais rapidamente e a despertar menos. Apesar da média da duração total do sono aumentar no grupo intervenção, não foram observadas diferenças detectáveis nessa variável.

As características do sono (horário de deitar e levantar em decimal, latência para início do sono em minutos, número de despertares por noite, duração total do sono em horas/decimal e número de noites com despertares em frequência), no decorrer de todo período de intervenção, estão demonstradas nas figuras a seguir. Os gráficos apresentam os escores médios dos períodos pré, durante as cinco sessões de intervenção, pós-tratamento e seguimento, para os dois grupos.

Figura 3 - Horário de deitar no decorrer do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

Durante a etapa pré-tratamento, o horário médio de ir deitar das crianças em ambos os grupos era próximo às 22h30min. O grupo intervenção dormia um pouco mais cedo, por volta das 22h28min e o grupo controle por volta das 22h40min. Na primeira

semana de intervenção as crianças do grupo intervenção dormiam um pouco mais tarde, em média por volta das 22h50min, e depois este horário foi variando e reduzindo, de modo que no período pós e nos períodos de seguimento essas crianças passaram a dormir um pouco antes das 22 horas. O grupo controle apresentou uma variação de horários menor no decorrer do estudo, permanecendo com horários similares aos apresentados na etapa inicial. Desta forma, observa-se na Figura 3 que as crianças submetidas à intervenção passaram a dormir mais cedo do que as crianças que permaneceram na lista de espera.

Figura 4 - Horário de levantar no decorrer do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme a Figura 4 apresenta, pode-se perceber que no período de avaliação as crianças do grupo intervenção acordavam um pouco mais tarde que as crianças do grupo controle e que o horário de acordar durante a intervenção foi se antecipando, de forma que nos períodos pós e de seguimento as crianças passaram a acordar um pouco mais cedo. No grupo controle a variação foi um pouco menor, de modo que nas últimas etapas as crianças acordavam um pouco mais tarde.

Figura 5 - Latência para início do sono no decorrer do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 5 mostra o tempo médio (em minutos) que as crianças demoravam para adormecer. Observa-se que a latência para início do sono na etapa de avaliação pré-tratamento foi maior para o grupo controle. Por outro lado, o tempo para adormecer foi reduzindo gradualmente no grupo intervenção no decorrer das sessões, de modo que depois de concluída a intervenção e nos períodos de seguimento de um e seis meses, as crianças demoravam menos de 20 minutos para dormir. Em contrapartida, o grupo controle manteve médias altas, isto é, latência de aproximadamente 60 minutos, durante todas as etapas da pesquisa. Os dados indicam que as crianças cujos cuidadores passaram pela orientação parental apresentaram menor latência do sono no decorrer do estudo e nos períodos pós e de seguimento que as crianças cujos pais permaneceram na lista de espera.

Figura 6 - Número de despertar por noite no decorrer do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da Figura 6 é possível observar o número de vezes que a criança despertava durante a noite no decorrer da pesquisa. As crianças de ambos os grupos despertavam em média de duas a três vezes por noite no período de avaliação. Contudo, diferentemente das crianças controle que continuaram a despertar de duas a três vezes por noite, as crianças do grupo intervenção reduziram o número de despertares por noite, de modo que no final da intervenção e nos períodos de seguimento quase não mais despertavam.

Figura 7 - Duração total do sono no decorrer do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

Como demonstrado na Figura 7, todas as crianças dormiam cerca de 9 horas por noite. No entanto, as crianças que foram submetidas à intervenção aumentaram gradualmente o tempo total de sono, chegando às últimas etapas da pesquisa com duração total do sono de um pouco mais de 10 horas. As crianças controle permaneceram com duração similar à da etapa inicial.

Figura 8 - Frequência de noites com despertar noturno no decorrer do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

A frequência do número de noites que a criança despertava em cada etapa do estudo está apresentada na Figura 8, que demonstra frequência alta de noites com despertares na etapa inicial. Para o grupo intervenção essa frequência foi reduzindo gradualmente à medida que os pais eram expostos à intervenção, de modo que nas últimas etapas da pesquisa a frequência de despertares foi muito baixa para o grupo intervenção, mas continuou alta para o grupo controle.

5.3.1.4 Comportamentos das crianças no momento de dormir e/ou quando despertam à noite

As frequências dos comportamentos das crianças que ocorrem no momento de dormir e ao despertar à noite, avaliadas por meio de Diários de Comportamento, estão

apresentadas nas figuras a seguir, que demonstram a evolução da ocorrência desses comportamentos para os dois grupos no decorrer do estudo.

Figura 9 - Frequência de resistência a ir para a cama no decorrer do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 9 apresenta a frequência de dias em que a criança resistia a ir para a cama nas diferentes etapas do estudo. No período inicial, as crianças frequentemente resistiam. Contudo, no decorrer do estudo, as crianças cujos pais passaram pela orientação parental passaram a resistir menos frequentemente a ir para a cama, comparada às crianças controle. Nas etapas finais do estudo, pode-se perceber uma grande diferença na frequência de resistência a ir para cama entre os grupos.

Figura 10 - Frequência de dormir com os pais no decorrer do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 10 mostra a frequência em que as crianças dormiam com os pais nas diferentes etapas da pesquisa. No período pré-tratamento, as crianças de ambos os grupos dormiam frequentemente com seus pais. No decorrer da intervenção e ao final dela esta frequência reduziu substancialmente, chegando a uma frequência muito baixa nas últimas etapas da pesquisa para as crianças que foram submetidas à intervenção. Para as crianças controle, a frequência de dormir com os pais continuou alta em todas as etapas do estudo.

Para melhor especificar os comportamentos das crianças que podem interferir no sono, os comportamentos foram categorizados em grupos de ações. Tais comportamentos referem-se a qualquer ação da criança que ocorreu após a rotina pré-sono e ao momento estabelecido para dormir. Os comportamentos foram divididos nas seguintes categorias: vocalizar (qualquer vocalização audível vinda da criança, como cantar, rir, chorar, falar, gritar, fazer pedidos, com a exclusão de espirros, tosse ou bocejos); sair da cama; ficar sentada na cama; permanecer deitada. Tais categorias serão apresentadas nas figuras a seguir.

Figura 11 - Frequência do comportamento de vocalizar que interfere no sono das crianças de ambos os grupos

Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 11 apresenta a frequência de comportamentos de vocalização das crianças de ambos os grupos após o momento estabelecido para dormir, nas diferentes etapas do estudo. Vocalizar aparece em frequência alta nas primeiras etapas em ambos os grupos. Contudo, diferentemente do grupo controle, a frequência abaixa substancialmente e gradualmente para o grupo intervenção.

Figura 12 - Frequência do comportamento de sair da cama que interfere no sono das crianças de ambos os grupos

Fonte: Dados da pesquisa.

O comportamento de sair da cama com suas respectivas frequências no decorrer da pesquisa está demonstrado na Figura 12, que aponta uma frequência acima de 50% na fase inicial para os dois grupos. No grupo intervenção a frequência aumentou na primeira semana e depois reduziu substancialmente até as etapas finais do estudo. Apesar da frequência do grupo controle ter reduzido um pouco com o passar do tempo, a variação de média foi muito pequena, comparada ao grupo intervenção.

Figura 13 - Frequência do comportamento de ficar sentado na cama que interfere no sono das crianças de ambos os grupos

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme a Figura 13 demonstra, a frequência do comportamento de ficar sentado na cama era maior no grupo intervenção no início do estudo, ficando mais frequente na segunda sessão e reduzindo gradualmente no decorrer das sessões, atingindo uma frequência baixa nas últimas etapas. Em contrapartida, a frequência no grupo controle variou pouco, tendo um pequeno aumento nas etapas finais da pesquisa.

Figura 14 - Frequência do comportamento de permanecer deitado na cama que interfere no sono das crianças de ambos os grupos

Fonte: Dados da pesquisa.

Como demonstrado na Figura 14, na etapa inicial os grupos apresentavam frequência baixa de comportamento de permanecer deitado na cama. O grupo intervenção reduziu um pouco mais a frequência na primeira sessão e depois passou a aumentar, atingindo frequências mais altas nas últimas etapas. O grupo controle variou pouco no decorrer do estudo, tendo frequência similar à da etapa inicial.

Pode-se observar nas figuras 11, 12, 13 e 14 que houve uma pequena piora do comportamento que interfere no sono, para depois haver melhora no decorrer da intervenção. O grupo controle, de forma geral, manteve médias similares em todo o período em que permaneceu na lista de espera.

5.3.1.5 Comportamento dos cuidadores frente às respostas das crianças no momento de dormir

Os comportamentos das crianças e dos cuidadores no momento de dormir, coletados por meio do Diário de Comportamentos, foram organizados, categorizados e distribuídos em frequências. Os comportamentos dos cuidadores referem-se às respostas que os pais apresentaram perante o comportamento da criança no momento de dormir e no despertar noturno. Tais comportamentos foram classificados como

contato físico, vocalização (som audível do cuidador direcionado diretamente à criança), comportamento de ignorar e comportamento de elogiar. As figuras a seguir apresentam a ocorrência desses comportamentos entre crianças e pais paralelamente, para ambos os grupos, no decorrer da pesquisa.

Figura 15 - Frequência das respostas dos cuidadores frente ao comportamento de vocalizar das crianças em ambos os grupos

Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 15 apresenta os diferentes comportamentos dos cuidadores frente ao comportamento de vocalizar da criança no momento de dormir e/ou ao acordar no meio da noite, para os dois grupos. Na fase inicial, o contato físico e a vocalização do cuidador frente ao comportamento de vocalizar da criança eram frequentes em ambos os grupos, bem como a ausência dos comportamentos de ignorar e elogiar. À medida que as orientações iniciaram, o contato físico e a vocalização dos cuidadores reduziram e a frequência do comportamento de vocalizar da criança também diminuiu no grupo intervenção. O comportamento de ignorar dos pais foi mais frequente nas três primeiras sessões, quando o comportamento de vocalizar da criança começou a reduzir substancialmente até o final das sessões. A partir da terceira sessão os pais passaram elogiar suas crianças com mais frequência quando esta permanecia na cama, enquanto neste mesmo período o comportamento de sair da cama da criança decrescia. Em contrapartida, no grupo controle não houve comportamento de ignorar e elogiar as crianças e o contato físico e as vocalizações dos cuidadores, bem como o comportamento de vocalizar das crianças continuaram frequentes em todas as etapas da pesquisa.

Os gráficos das médias do comportamento de sair da cama das crianças e os comportamentos dos pais frente a essa situação estão demonstrados na Figura 16. Na fase inicial, diante do comportamento de sair da cama, em ambos os grupos, os pais frequentemente tinham contato físico com a criança e vocalizações e ausência do comportamento de ignorar e elogiar. O grupo controle manteve a mesma frequência de comportamento da fase inicial em todo período que permaneceu na lista de espera e as crianças frequentemente continuavam a sair da cama. No grupo intervenção, a frequência do comportamento de sair da cama das crianças começou a reduzir a partir da segunda sessão, decrescendo gradualmente e substancialmente até as últimas etapas de intervenção, de modo que as crianças quase não mais saíam das camas no período posterior ao tratamento. Paralelamente a essa mudança de comportamento das crianças, com a intervenção, os pais passaram a reduzir o contato físico e a vocalização e aumentar o comportamento de ignorar o comportamento da criança de sair da cama e elogiar quando esta permanecia na cama. Tais mudanças podem ser observadas nos gráficos da Figura 16.

Figura 16 - Frequência das respostas dos cuidadores frente ao comportamento de sair da cama das crianças em ambos os grupos

Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 17, a seguir, mostra as frequências do comportamento de ficar sentado na cama das crianças de ambos os grupos, e os comportamentos dos pais com essa situação. Durante o período pré-tratamento, as crianças do grupo intervenção ficavam mais frequentemente sentadas na cama do que as crianças do grupo controle. Contudo, com o decorrer da intervenção, os pais do grupo intervenção passaram a reduzir o contato físico e a vocalização, a aumentar o comportamento de ignorar comportamentos contrários ao adormecer e a elogiar a criança quando esta se comportava a favor da rotina pré-sono. Assim, a partir da segunda sessão, o comportamento de ficar sentado na cama começou a diminuir, de forma que as crianças quase não mais ficavam sentadas na cama ao fim da intervenção. Os comportamentos dos pais e das crianças do grupo controle permaneceram com médias similares às do período inicial.

Figura 17 - Frequência das respostas dos cuidadores frente ao comportamento de ficar sentado na cama das crianças em ambos os grupos

Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 18 - Frequência das respostas dos cuidadores frente ao comportamento das crianças de permanecer deitado na cama em ambos os grupos

Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 18 demonstra as médias dos comportamentos dos pais e do comportamento das crianças de permanecerem deitadas. No período inicial, todas as crianças quase não permaneciam deitadas quando era estabelecido o momento de dormir. Além disso, os pais frequentemente tinham contato físico e vocalizações com as crianças, e não ignoravam nem elogiavam seus comportamentos. Os pais que tiveram orientação parental passaram a ignorar os comportamentos inadequados da criança e, a partir da terceira sessão, passaram a elogiar os comportamentos adequados para o sono, além de reduzirem a frequência das vocalizações e do contato físico com os filhos. Consequentemente, o comportamento de permanecer deitado das crianças aumentou a partir da segunda sessão, de modo que ao fim das sessões as crianças passaram a permanecer deitadas mais frequentemente no momento de dormir. Ao contrário do grupo intervenção, as crianças controles e os pais controles continuaram com a frequência de comportamentos similares aos da etapa inicial.

De modo geral, houve mudanças substanciais na frequência dos comportamentos das crianças e pais do grupo intervenção. Com as orientações, os pais reduziram a frequência de contato físico e vocalização com a criança no momento de dormir; passaram a ignorar os comportamentos inadequados e a elogiar os comportamentos adequados para o sono. Paralelamente, os comportamentos de vocalização, sair da cama e ficarem sentadas na cama reduziram e as crianças passaram a permanecer deitadas na cama mais frequentemente no momento de dormir. Por outro lado, o grupo controle manteve médias de frequência similares às da etapa inicial em todo o período de espera, isto é, com frequência alta de vocalização e sair da cama, frequência considerável de ficarem sentadas na cama e baixa frequência de permanecerem deitadas na cama. Os pais pouco ignoravam e elogiavam, além de manterem contato físico e vocalizações frequentes com as crianças.

5.3.2 Características do sono das crianças avaliadas por medida objetiva (Actigrafia)

Aproximadamente um terço das crianças da pesquisa utilizou a actigrafia corretamente, sendo 7 do grupo controle e 13 do grupo intervenção. A Tabela 7

apresenta as principais variáveis do sono das crianças de ambos os grupos, avaliados por Actigrafia, durante as etapas da pesquisa.

Tabela 7 - Variáveis do sono das crianças avaliadas por Actigrafia

VARIÁVEL	PERÍODO						ANOVA	
	PRÉ		PÓS		1 MÊS		6 MESES	F
	C (N=7)	I (N=13)	C (N=7)	I (N=13)	C (N=7)	I (N=13)	I (N=13)	
Latência (minutos)	3,0 (1,4)	3,5 (1,2)	4,9 (2,2)	2,2 (0,8)	3,1 (1,8)	2,4 (1,6)	3,3 (1,7)	10,68**
Eficiência sono (%)	83,6 (5,3)	86,4 (3,9)	85,6 (3,6)	86,8 (4,8)	84,6 (5,0)	87,6 (4,8)	90,9 (2,8)	0,51
Tempo Acordado (minutos)	84,8 (30,4)	74,3 (25,6)	69,0 (23,0)	69,9 (27,5)	71,9 (23,9)	66,1 (27,5)	46,2 (16,8)	0,82
Tempo total de sono (minutos)	454,6 (59,6)	514,1 (25,8)	462,1 (49,2)	492,1 (50,3)	436,3 (55,2)	504,2 (43,1)	523,4 (33,9)	0,52

p=0,001**

Fonte: Dados da pesquisa.

Percebe-se, na Tabela 7, que a latência para início do sono foi inferior a 10 minutos em todos os momentos da pesquisa. A eficiência variou pouco entre os grupos, apresentando o grupo controle eficiência inferior a 85% apenas no período pré-tratamento. O tempo acordado foi maior que uma hora por noite e o tempo total de sono menor que nove horas em todas as etapas da pesquisa.

Os resultados a partir de medida objetiva mostraram menores variações do que os dados subjetivos. Comparado ao grupo controle, o grupo intervenção apresentou redução estatisticamente detectável na latência para início do sono após o tratamento. Nas outras variáveis não houve diferenças detectáveis. Esses dados indicam que, com a intervenção, houve melhora da latência para o início do sono dos participantes.

As figuras a seguir apresentam os escores médios das variáveis do sono avaliadas por Actigrafia no decorrer do estudo, para os grupos intervenção e controle.

Figura 19 - Variáveis do sono das crianças de ambos os grupos avaliadas por Actigrafia

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se na Figura 19 que, comparada ao período pré, a latência para início do sono reduziu no grupo intervenção após o término do tratamento e aumentou no grupo controle no período pós, enquanto o grupo manteve-se em lista de espera. A eficiência do sono não apresentou muitas variações no decorrer das sessões de ambos os grupos, tendo um pequeno aumento no período pós para o grupo intervenção, com um posterior aumento gradual nos períodos de um e seis meses de seguimento. Já no grupo controle, apesar de ter um pequeno aumento no período pós, houve redução no período de seguimento de um mês. No grupo intervenção, o tempo acordado reduziu no pós-tratamento e continuou diminuindo no período de seguimento, com uma redução substancial no período de seguimento de seis meses. No outro grupo, os despertares também reduziram no período pós, porém teve um posterior aumento no seguimento de um mês. Por fim, o tempo total de sono para o grupo intervenção reduziu no período pós, porém foi aumentando nos períodos de seguimento. Em contrapartida, no grupo controle houve um aumento no período pós com posterior redução no período de seguimento.

A Figura 20 a seguir apresenta o registro de Actigrafia de duas crianças, uma do grupo controle e uma do grupo intervenção, nas etapas pré, pós e de seguimento de um

mês. O espaço pintado em azul refere-se o momento noturno que o participante permaneceu na cama. Os riscos em preto representam os movimentos durante a noite, de modo que os riscos contínuos podem ser interpretados como momento acordado.

Figura 20 - Representação gráfica por meio de registro actígrafo de crianças

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da Figura 20 pode-se perceber que na etapa pré-tratamento ambos os participantes apresentavam movimentos contínuos. Contudo, depois do tratamento, os riscos pretos do participante do grupo intervenção foram menos persistentes, indicando que a criança do grupo intervenção apresentou menor tempo acordada do que a criança controle.

5.3.3 Problemas de comportamentos das crianças avaliados pelo CBCL

A Tabela 8 apresenta a proporção das crianças quanto aos problemas de comportamento avaliados pelo CBCL e os escores médios do instrumento no decorrer da pesquisa.

Tabela 8 - Problemas de comportamento das crianças avaliados pelo CBCL

VARIÁVEL	PERÍODO							ANOVA F
	PRÉ		PÓS		1 MÊS		6 MESES	
	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	C N=31	I N=31	I N=31	
CBCL EXT M (DP)	60,1 (11,3)	59,7 (10)	59,6 (11,6)	52,8 (8,3)	60,5 (11,8)	52,6 (8,8)	50,5 (9,2)	10,17**
Não clínico	16 (51%)	14 (45%)	17 (55%)	24 (77%)	15 (48%)	24 (77%)	26 (83,9%)	
Clínico	15 (49%)	17 (55%)	14 (45%)	7 (23%)	16 (52%)	7 (23%)	5 (16,1%)	
CBCL INT M (DP)	57,7 (10,4)	59,4 (10)	57,7 (10,8)	51 (10,1)	58,9 (10,8)	49,8 (10,7)	49,4 (10,5)	20,86**
Não clínico	14 (45%)	14 (45%)	14(45%)	24 (77%)	12 (39%)	25 (81%)	28 (90,3%)	
Clínico	17 (55%)	17 (55%)	17(55%)	7 (23%)	19 (61%)	6 (19%)	3 (9,7%)	
CBCL TOTAL M (DP)	62,3 (10,2)	62,7 (9,5)	61,8(10,9)	52,6 (8,7)	62,8 (11)	52 (8,9)	50,5 (9,6)	22,71**
Não clínico	10 (32%)	11 (36%)	10(32%)	25 (81%)	8 (26%)	25 (81%)	26 (83,9%)	
Clínico	21 (68%)	20 (64%)	21(68%)	6 (19%)	23 (74%)	6 (19%)	5 (16,1%)	
CBCL P. SONO M (DP)	82 (11,2)	77,1 (13)	80,3(12,7)	54,7 (6,2%)	80,3 (12,9)	55,5 (6,4)	55,8 (6,7)	30,74**
Não clínico	3 (10%)	8 (26%)	4 (13%)	29 (94%)	4 (13%)	29 (94%)	28 (90,3%)	
Clínico	28 (90%)	23 (74%)	27 (87%)	2 (6%)	27 (87%)	2 (6%)	3 (9,7%)	

*p<0,05 **p<0,001

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se na Tabela 8 que, durante a avaliação (pré-intervenção), uma frequência alta de crianças de ambos os grupos apresentaram problemas de comportamento, avaliados pelo CBCL. Mais de 50% destas crianças tiveram escores clínicos para problemas internalizantes, total de problemas de comportamento e problemas de sono. E mais da metade dos participantes do grupo intervenção teve escore clínico também para problemas externalizantes.

Após a intervenção, mais de 70% das crianças do grupo intervenção apresentaram escores abaixo de 60, ou seja, foram caracterizadas com pontuação não clínica para os problemas externalizantes, internalizantes e total de problemas de comportamento, e mais de 90% pontuaram abaixo de 64, que classifica como não clínica para problemas de sono. Os escores que identificam problemas de comportamento, principalmente os problemas internalizantes, total de problemas de comportamento e problemas de sono foram frequentes nas crianças do grupo controle também durante todo o período de lista de espera.

Comparadas às crianças do grupo controle, as crianças que passaram pela intervenção demonstraram melhora ($p < 0,05$) de comportamentos nas etapas pós-tratamento e seguimento de um e seis meses. A Figura 21 demonstra a diferença entre os grupos quanto aos escores de problemas externalizantes, internalizantes, total de problemas de comportamento e problemas de sono, avaliados pelo CBCL.

Figura 21 - Diferença entre os grupos quanto às pontuações dos comportamentos avaliados pelo CBCL

Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados demonstram diferença detectável entre os grupos, de maneira que o grupo intervenção teve diminuições nas médias das pontuações dos comportamentos externalizantes, internalizantes, total de problemas de comportamento e problemas de sono, avaliados pelo CBCL, na etapa pós-intervenção, e essas pontuações foram mantidas nos períodos de seguimento de um e seis meses. Já o grupo controle continuou com pontuações semelhantes às do período inicial nas etapas pós-intervenção e seguimento.

Considerando as análises de comparação entre o grupo controle vs. grupo clínico em relação aos resultados do DIMS, Composite e do CBCL, pode-se observar que os resultados foram homogêneos em todas as análises. Todas as variáveis apresentaram interação entre o momento e o grupo ($p < 0,001$ em todas as variáveis) e a comparação dos pares mostrou diferença do momento pré-tratamento para os demais momentos no grupo intervenção, além de nenhuma diferença ter sido verificada entre os momentos distintos no grupo controle. Tais resultados apontam que as crianças que participaram da intervenção para problemas comportamentais de sono tiveram melhoras nos padrões de sono, nos comportamentos diurnos logo após a intervenção e depois de um e seis meses, comparadas às crianças controle.

5.3.4 Características do sono nas mães avaliadas por medida objetiva (Actigrafia)

A Actigrafia foi utilizada corretamente por 16 mães (7 do grupo controle e 9 do grupo intervenção) nos períodos pré e pós-intervenção. No entanto, no período de seguimento, poucas mães utilizaram corretamente a Actigrafia. Por essa razão, para os testes estatísticos foram utilizados apenas os períodos pré e pós-tratamento. As principais variáveis dos registros de Actigrafia analisadas estão apresentadas na Tabela 9.

Tabela 9 - Variáveis do sono das mães avaliadas por Actigrafia

VARIÁVEL	PERÍODO				
	PRÉ		PÓS		Z
	C (N=7)	I (N=9)	C (N=7)	I (N=9)	
Latência (minutos)	6,8 (5,0)	7,5 (6,1)	6,3 (2,5)	4,2 (1,6)	1,48
Eficiência do sono (%)	78,5 (8,2)	82,2 (5,1)	82,9 (5,1)	85,4 (3,4)	2,66*
Tempo acordado (minutos)	84,7 (29,8)	76,1 (26,3)	65,8 (26,0)	61,2 (15,8)	2,19*
Tempo total sono (minutos)	370,3 (70,5)	410,5 (27,8)	390,3 (31,3)	430,8 (36,3)	1,00

* $p < 0,05$

Fonte: Dados da pesquisa.

Como pode ser verificado na Tabela 9, foram observadas diferenças no grupo intervenção apenas nas variáveis “eficiência do sono” e “tempo acordado”. Os valores de tempo acordado pré-intervenção tenderam a ser maiores do que o pós e os valores de eficiência pós foram sempre superiores aos de eficiência pré. Esses resultados indicam que, comparadas às mães controle, as mães que participaram da intervenção tiveram melhoras na eficiência do sono e redução de tempo acordadas (despertares).

A Figura 22 demonstra as variáveis do sono das mães de ambos os grupos avaliadas por Actigrafia, considerando as médias de todos os períodos no decorrer do estudo.

Figura 22 - Variáveis do sono das mães de ambos os grupos avaliadas por Actigrafia

Fonte: Dados da pesquisa.

Percebe-se, a partir da Figura 22, que a latência para início do sono diminuiu no período posterior ao tratamento e ainda mais nos períodos de seguimento para o grupo intervenção. O grupo controle continuou com média similar à da etapa inicial, tendo um aumento na latência para início do sono no período de seguimento. Comparada à etapa

inicial, a eficiência do sono aumentou para os dois grupos no período pós. Contudo, o grupo intervenção manteve o aumento nos períodos de seguimento e no grupo controle a eficiência reduziu no período de seguimento. O tempo acordado reduziu no decorrer da intervenção para os dois grupos. No entanto, o grupo intervenção manteve médias similares às do período pós durante o seguimento, enquanto os despertares aumentaram para o grupo controle no período de seguimento. Da mesma forma, o tempo total de sono para os dois grupos aumentou no período pós-tratamento e diminuiu um pouco no período de seguimento de um mês. No entanto, para o grupo intervenção, o tempo total de sono aumentou substancialmente no período de seguimento de seis meses.

A seguir, está apresentada uma representação gráfica do registro de Actigrafia de duas mães (uma de cada grupo) nas etapas pré, pós e de *follow-up* um mês.

Figura 23 - Representação gráfica por meio de registro actígrafo das mães

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Figura 23 pode-se observar que após a orientação parental a mãe do grupo intervenção apresentou menores movimentos, representados por menos riscos contínuos, sugerindo menor tempo acordada do que a mãe controle.

5.3.5 Problemas de comportamentos das mães avaliadas pelo ASR

A Tabela 10 apresenta os escores médios dos problemas de comportamento materno avaliados pelo *ASR* no decorrer da pesquisa, considerando problemas de comportamento externalizantes, problemas de comportamento internalizante, total de problemas de comportamento e as variáveis funcionamento adaptativo e relacionamento conjugal, bem como a proporção de mães com escores classificados como não clínicos e clínicos.

Tabela 10 - Problemas de comportamento das mães avaliados pelo ASR

VARIÁVEL	PERÍODO							ANOVA <i>F</i>
	PRÉ		PÓS		1 MÊS		6 MESES	
	C N=28	I N=26	C N=28	I N=26	C N=28	I N=26	I N=26	
ASR EXT	57,3 (9,3)	55,9 (7,5)	57 (9,6)	55,5 (8,5)	58,5 (9,3)	54,6 (9,3)	54,8 (9,3)	2,6
Não clínico	16 (57%)	18 (69%)	16 (57%)	18 (69%)	14 (50%)	18 (69%)	17 (54,8%)	
Clínico	12 (43%)	8 (31%)	12 (43%)	8 (31%)	14 (50%)	8 (31%)	9 (29%)	
ASR INT	62,5 (9,1)	62,9 (10,7)	62,3 (9,3)	60,8 (11,7)	62,9 (9,9)	59,4 (13,3)	59,2(12,1)	3,32*
Não clínico	11(39%)	11(42%)	11 (39%)	15 (58%)	10 (36%)	15 (58%)	17 (54,8%)	
Clínico	17 (61%)	15 (58%)	17 (61%)	11 (42%)	18 (64%)	11 (42%)	9 (29%)	
ASR TOTAL	58,7 (8,4)	58 (8,6)	58,5 (8,6)	56,3 (9,8)	59,2 (8,7)	55,5 (11,2)	55,3 (10,2)	3,21*
Não clínico	14 (50%)	15 (58%)	14 (50%)	19 (73%)	12 (43%)	19 (73%)	18 (69,2%)	
Clínico	14 (50%)	11 (42%)	14 (50%)	7 (27%)	16 (57%)	7 (27%)	8 (30,8%)	
ASR FUNC. ADAPTATIVO	44,5 (8,8)	44,6 (8,0)	44,5 (8,7)	43 (7,8)	43,7 (9,3)	43,9 (8,4)	44,1 (8,4)	3,34*
Não clínico	23 (82%)	22 (85%)	23 (82%)	23 (88%)	22 (79%)	23 (88%)	23 (88,5%)	
Clínico	5 (18%)	4 (15%)	5 (18%)	3 (12%)	6 (21%)	3 (12%)	3 (11,5%)	
								<i>F</i>
ASR REL. CONJUGAL	47 (10)	44,6 (8,2)	47 (10)	42,5 (9,5)	46,5 (10,7)	43,3 (8,8)	43,1 (8,6)	1,92
Não clínico	19 (68%)	19 (73%)	19 (68%)	19 (73%)	18 (64%)	20 (77%)	20 (76,9%)	
Clínico	6 (21%)	3 (12%)	6 (21%)	4 (16%)	7 (25%)	3 (12%)	3 (11,5%)	
N/C	3 (11%)	4 (15%)	3 (11%)	3 (11%)	3 (11%)	3 (11%)	3 (11,5%)	

*p<0,05

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação aos problemas de comportamento das mães avaliados pelo ASR, observa-se na Tabela 10 que os escores de problemas de comportamento internalizantes foram frequentes nas mães de ambos os grupos durante a etapa de avaliação. Tanto no grupo controle quanto no grupo intervenção poucas mães tiveram escores clínicos para problemas conjugais. Comparadas às mães controle, um número considerável de mães deixaram de ter escores clínicos para problemas de comportamento (internalizante e total), depois de concluída a intervenção.

Com as análises realizadas com os escores médios do ASR ao longo das etapas da pesquisa, pode-se perceber que os grupos diferiram nas pontuações dos itens comportamento internalizante, total de problemas de comportamento e funcionamento adaptativo no período pós-intervenção e nos períodos de seguimento. Contudo, as comparações dos pares dentro dos grupos não apontaram diferenças entre os momentos após as correções de SIDAK. Houve apenas uma tendência de diferença no grupo intervenção entre os momentos pré e seis meses (ASR internalizante: $p=0,07$; ASR total: $p=0,063$). Esses dados indicam que as mães que foram submetidas à intervenção apresentaram uma tendência de melhora no escore total de problemas de comportamentos e comportamentos internalizantes na etapa após seis meses.

Não houve diferenças estatisticamente detectáveis entre os grupos nas demais variáveis (comportamento externalizante e relacionamento conjugal) analisadas a partir do ASR, durante as etapas da pesquisa.

Tais resultados indicam que as mães que foram submetidas à intervenção apresentaram uma tendência de melhora no escore de total de problemas de comportamento e comportamentos internalizantes no período de seguimento de seis meses.

Análises considerando o total de participantes que foram submetidos à intervenção também foram realizadas, apresentadas a seguir.

5.4 Avaliação pré e pós de todos os participantes

Neste estudo, 57 crianças (31 do grupo intervenção e 26 do grupo controle) e 49 mães (26 do grupo intervenção e 23 do grupo controle) participantes concluíram a

intervenção. Esses participantes foram reavaliados pelos mesmos instrumentos da etapa de avaliação e responderam ao *Inventário de Satisfação da Intervenção*.

5.4.1 Características do sono de todas as crianças avaliadas por medida subjetiva (questionários e diários)

5.4.1.1 Hábitos e rotina de todas as crianças antes de dormir

A Tabela 11 apresenta a comparação entre os hábitos e rotina de todas as crianças antes e depois de serem submetidas à intervenção.

Tabela 11 - Hábitos e rotina de todas as crianças antes de dormir

VARIÁVEIS	PRÉ N=57	PÓS N=57
Rotina pré-sono		
Nunca	7 (12,3%)	0 (0%)
1 ou 2 vezes / semana	0 (0%)	1 (1,8%)
3 ou 4 vezes / semana	4 (7%)	1 (1,8%)
5 ou 6 vezes /semana	2 (3,5%)	6 (10,5%)
Todos os dias	44 (77,2%)	49 (86%)
Atividades vigorosas		
Nunca	8 (14%)	30 (52,6%)
1 ou 2 vezes / semana	0 (0%)	11 (19,3%)
3 ou 4 vezes / semana	4 (7%)	8 (14%)
5 ou 6 vezes /semana	0 (0%)	1 (1,8%)
Todos os dias	45 (78,9%)	7 (12,3%)
TV, videogame, DVD		
Nunca	7 (12,3%)	31 (54,4%)
1 ou 2 vezes / semana	0 (0%)	9 (15,8%)
3 ou 4 vezes / semana	2 (3,5%)	8 (14%)
5 ou 6 vezes /semana	1 (1,8%)	4 (7%)
Todos os dias	47 (82,5%)	5 (8,8%)
Dorme no horário		
Todos os dias	15 (26,3%)	28 (49,1%)
5 ou 6 vezes /semana	1 (1,8%)	9 (15,8%)
3 ou 4 vezes / semana	5 (8,8%)	6 (10,5%)
1 ou 2 vezes / semana	0 (0%)	9 (15,8%)
Nunca	36 (63,2%)	5 (8,8%)
Acorda no horário		
Todos os dias	24 (42,1%)	35 (61,4%)
5 ou 6 vezes /semana	2 (3,5%)	7 (12,3%)
3 ou 4 vezes / semana	4 (7%)	5 (8,8%)
1 ou 2 vezes / semana	3 (5,3%)	6 (10,5%)
Nunca	24 (42,1%)	4 (7%)
Ingere cafeína		
Nunca	45 (78,9%)	48 (84,2%)
1 ou 2 vezes / semana	2 (3,5%)	7 (12,3%)
3 ou 4 vezes / semana	4 (7%)	2 (3,5%)
5 ou 6 vezes /semana	0 (0%)	0 (0%)
Todos os dias	6 (10,5%)	0 (0%)
Líquido em excesso		
Nunca	24 (42,1%)	35 (61,4%)
1 ou 2 vezes / semana	2 (3,5%)	12 (21,1%)
3 ou 4 vezes / semana	6 (10,5%)	5 (8,8%)
5 ou 6 vezes /semana	0 (0%)	0 (0%)
Todos os dias	25 (43,9%)	5 (8,8%)
Dorme com fome		
Nunca	51 (89,5%)	51 (89,5%)
1 ou 2 vezes / semana	2 (3,5%)	5 (8,8%)
3 ou 4 vezes / semana	1 (1,8%)	1 (1,8%)
5 ou 6 vezes /semana	1 (1,8%)	0 (0%)
Todos os dias	2 (3,5%)	0 (0%)
Soneca no começo da noite		
Nunca	46 (80,7%)	48 (84,2%)
1 ou 2 vezes / semana	2 (3,5%)	6 (10,5%)
3 ou 4 vezes / semana	4 (7%)	1 (1,8%)
5 ou 6 vezes /semana	0 (0%)	0 (0%)
Todos os dias	5 (8,8%)	2 (3,5%)

VARIÁVEIS	PRÉ N=57	PÓS N=57
Dores		
Nunca	48 (84,2%)	53 (93%)
1 ou 2 vezes / semana	2 (3,5%)	4 (7%)
3 ou 4 vezes / semana	3 (5,3%)	0 (0%)
5 ou 6 vezes /semana	0 (0%)	0 (0%)
Todos os dias	4 (7%)	0 (0%)
Emoções fortes		
Nunca	30 (52,6%)	47 (82,5%)
1 ou 2 vezes / semana	2 (3,5%)	4 (7%)
3 ou 4 vezes / semana	2 (3,5%)	3 (5,3%)
5 ou 6 vezes /semana	3 (5,3%)	0 (0%)
Todos os dias	20 (35,1%)	3 (5,3%)
Aparência preocupada		
Nunca	49 (86%)	55 (96,5%)
1 ou 2 vezes / semana	1 (1,8%)	2 (3,5%)
3 ou 4 vezes / semana	1 (1,8%)	0 (0%)
5 ou 6 vezes /semana	3 (5,3%)	0 (0%)
Todos os dias	3 (5,3%)	0 (0%)
Divide a cama		
Nunca	30 (52,6%)	52 (91,2%)
1 ou 2 vezes / semana	0 (0%)	2 (3,5%)
3 ou 4 vezes / semana	3 (5,3%)	1 (1,8%)
5 ou 6 vezes /semana	0 (0%)	0 (0%)
Todos os dias	24 (42,1%)	2 (3,5%)
Divide o quarto		
Nunca	14 (24,6%)	32 (56,1%)
1 ou 2 vezes / semana	1 (1,8%)	1 (1,8%)
3 ou 4 vezes / semana	33 (5,3%)	1 (1,8%)
5 ou 6 vezes /semana	1 (1,8%)	1 (1,8%)
Todos os dias	38 (66,7%)	22 (38,2%)
Desconforto: quarto, cama		
Nunca	53 (93%)	57 (100%)
1 ou 2 vezes / semana	0 (0%)	0 (0%)
3 ou 4 vezes / semana	2 (3,5%)	0 (0%)
5 ou 6 vezes /semana	0 (0%)	0 (0%)
Todos os dias	2 (3,5%)	0 (0%)
Dorme independentemente		
Todos os dias	2 (3,5%)	19 (33,3%)
5 ou 6 vezes /semana	0 (0%)	11 (19,3%)
3 ou 4 vezes / semana	0 (0%)	11 (19,3%)
1 ou 2 vezes / semana	0 (0%)	2 (3,5%)
Nunca	55 (96,5%)	14 (24,6%)
Adormece em outro lugar		
Nunca	18 (31,6%)	36 (63,2%)
1 ou 2 vezes / semana	1 (1,8%)	12 (21,1%)
3 ou 4 vezes / semana	2 (3,5%)	5 (8,8%)
5 ou 6 vezes /semana	0 (0%)	0 (0%)
Todos os dias	36 (63,2%)	4 (7%)
Desperta e pede atenção		
Nunca	2 (3,5%)	26 (45,6%)
1 ou 2 vezes / semana	0 (0%)	20 (35,1%)
3 ou 4 vezes / semana	5 (8,8%)	6 (10,5%)
5 ou 6 vezes /semana	1 (1,8%)	33 (5,3%)
Todos os dias	49 (86%)	2 (3,5%)

VARIÁVEIS	PRÉ N=57	PÓS N=57
Desperta e procura os pais		
Nunca	5 (8,8%)	38 (66,7%)
1 ou 2 vezes / semana	2 (3,5%)	14 (24,6%)
3 ou 4 vezes / semana	5 (8,8%)	33 (5,3%)
5 ou 6 vezes /semana	2 (3,5%)	0 (0%)
Todos os dias	43 (75,4%)	2 (3,5%)
Acorda cansada		
Nunca	24 (42,1%)	49 (86%)
1 ou 2 vezes / semana	2 (3,5%)	5 (8,8%)
3 ou 4 vezes / semana	8 (14%)	0 (0%)
5 ou 6 vezes /semana	3 (5,3%)	1 (1,8%)
Todos os dias	20 (35,1%)	2 (3,5%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Segundo o relato das mães durante a fase de avaliação, poucas crianças não tinham rotina pré-sono. A maior parte das crianças frequentemente praticava atividades vigorosas, assistia à TV ou jogava videogame antes de dormir e não dormia no horário estabelecido. Pouco mais de 20% dos participantes não acordavam no horário.

Mais de 40% das crianças tomavam líquidos em excesso momentos antes de dormir. Poucas ingeriam cafeína, dormiam com fome, tinham aparência de preocupada, reclamavam de dores e tiravam soneca no começo da noite. Aproximadamente 40% sentiam frequentemente (3 ou mais vezes na semana) emoções fortes como raiva, medo e ansiedade ao ir para cama.

A maioria das crianças dormia em ambiente confortável, dividia o quarto e pouco mais de 40% compartilhava a cama com seus cuidadores. Quase todas as crianças não dormiam independentemente, sendo que mais da metade dessas crianças adormecia em outro lugar antes de ir ou ser colocada na cama. Grande parte das crianças participantes despertava frequentemente à noite e solicitava atenção ou procurava os pais. Pouco mais de 30% das mães relataram que seus filhos acordavam com aparência cansada.

Depois de concluída a intervenção, as poucas crianças que não tinham rotina pré-sono passaram a ter. Mais da metade das crianças deixou de praticar frequentemente atividades vigorosas e assistir à TV/videogame antes de dormir. As mães relataram que após a intervenção seus filhos dormiam e acordavam no horário estabelecido.

Conforme apresentado na Tabela 11, depois da intervenção, reduziu o número de crianças que ingeriam cafeína, tomavam líquido em excesso antes de dormir, dormiam com fome, tinham aparência preocupada e tiravam cochilos no começo da noite. A

maioria das crianças deixou de ter emoções fortes como raiva, medo e ansiedade ao ir para a cama.

A maior parte das crianças deixou de compartilhar a cama com seus cuidadores e mais da metade das crianças começou a dormir em seu próprio quarto. Um maior número de crianças passou a dormir independentemente e adormecer em sua própria cama. O número de despertares com solicitações de atenção e a aparência de cansaço pela manhã também diminuiu bastante após a intervenção.

A Tabela 12 apresenta os componentes de rotina pré e após orientação parental.

Tabela 12 - Componentes da rotina pré-sono de todas as crianças

COMPONENTES DA ROTINA	PRÉ N=57	PÓS N=57
Banho/Escovar dentes	30 (52,6%)	47 (82,5%)
Conversar sobre o dia	6 (10,5%)	17 (29,8%)
Mamadeira	30 (52,6%)	14 (24,6%)
Lanche leve	5 (8,8%)	9 (15,8%)
Música relaxante	3 (5,3%)	4 (7%)
Histórias	11 (19,3%)	18 (31,6%)
Orações	14 (24,6%)	20 (35,1%)
Embaló	6 (10,5%)	4 (7%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme se observa na Tabela 12, no período de avaliação, os componentes de rotina mais comuns foram o banho/escovar os dentes e a mamadeira. Depois da orientação parental, mais crianças passaram aderir ao banho/escovar os dentes antes de dormir, fazer orações, ouvir histórias e conversar sobre o dia. O uso da mamadeira diminuiu no período pós-tratamento, e as crianças que continuaram a tomar mamadeira antes de dormir passaram a mamar no início da rotina, não mais no final.

5.4.1.2 Padrões de sono de todas as crianças avaliados por questionários

Os padrões de sono avaliados pela escala DIMS do instrumento *Escala de Distúrbios do Sono para Crianças e Adolescentes* estão apresentados na Tabela 13, considerando os momentos pré e pós-intervenção de todas as crianças que participaram da intervenção.

Tabela 13 - Padrões de sono de todas as crianças a partir da Escala DIMS

VARIÁVEIS	PRÉ (N=57)	PÓS (N=57)		
Duração				
1. 9-11horas	10 (17,5%)	45 (78,9%)		
2. 8-9 horas	15 (26,3%)	10 (17,5%)		
3. 7-8 horas	12 (21,1%)	1 (1,8%)		
4. 5-7 horas	16 (28,1%)	1 (1,8%)		
5. <5 horas	4 (7%)	0 (0%)		
Latência				
1. <15 min	5 (8,8%)	24 (42,1%)		
2. 15-30 min	8 (14%)	23 (40,4%)		
3. 30-45 min	10 (17,5%)	5 (8,8%)		
4. 45-60 min	9 (15,8%)	2 (3,5%)		
5. >60 min	25 (43,9%)	3 (5,3%)		
Resistência				
1. Nunca	3 (5,3%)	23 (40,4%)		
2. 1-2/mês	2 (3,5%)	13 (22,8%)		
3. 1-2/sem	8 (14%)	10 (17,5%)		
4. 3-5/sem	6 (10,5%)	5 (8,8%)		
5. Todos os dias	38 (66,7%)	6 (10,5%)		
Dificuldade de adormecer				
1. Nunca	2 (3,5%)	23 (40,4%)		
2. 1-2/mês	2 (3,5%)	18 (31,6%)		
3. 1-2/sem	5 (8,8%)	11 (19,3%)		
4. 3-5/sem	6 (10,5%)	1 (1,8%)		
5. Todos os dias	42 (73,7%)	4 (7%)		
Despertares noturnos				
1. Nunca	3 (5,3%)	26 (45,6%)		
2. 1-2/mês	1 (1,8%)	17 (29,8%)		
3. 1-2/sem	4 (7%)	11 (19,3%)		
4. 3-5/sem	3 (5,3%)	2 (3,5%)		
5. Todos os dias	46 (80,7%)	1 (1,8%)		
Dificuldade de retornar ao sono				
1. Nunca	5 (8,8%)	35 (61,4%)		
2. 1-2/mês	2 (3,5%)	17 (29,8%)		
3. 1-2/sem	7 (12,3%)	4 (7%)		
4. 3-5/sem	1 (1,8%)	0 (0%)		
5. Todos os dias	42 (73,7%)	1 (1,8%)		
			t	d
DIMS M(DP)	23,84 (4,39)	10,82 (4,85)	15,02*	2,81

*p<0,05

Fonte: Dados da pesquisa.

Na etapa de avaliação, menos da metade das crianças dormiam menos de 8 horas por noite. A maioria demorava mais de 30 minutos para adormecer, resistia frequentemente à cama e apresentava dificuldades em adormecer, além de despertar frequentemente à noite, apresentando dificuldades de retornar ao sono. Após a orientação parental, a maior parte das crianças passou a dormir mais de 9 horas por noite, a demorar menos de 30 minutos para adormecer, a resistir menos à cama e a adormecer com maior facilidade. Os despertares noturnos ficaram menos frequentes e menor a dificuldade de retornar ao sono.

Como demonstrado na Tabela 13, o escore médio da escala DIMS reduziu, com valor *d* alto, indicando que a diferença entre os escores médios dos períodos pré e pós são muito substanciais.

As principais características do sono das crianças estão apresentadas na Tabela 14, que apresenta a proporção dos padrões de sono de todas as crianças e os escores médios da pontuação do *Índice Composto de Distúrbios de Sono*, considerando antes e após serem submetidas à intervenção.

Tabela 14 - Principais características do sono de todas as crianças a partir do Índice Composto de Distúrbios de Sono

CARACTERÍSTICAS	PRÉ (n=57)	PÓS (n=57)		
<i>Resiste ir para a cama</i>				
0 - 1x semana	7 (12%)	34 (60%)		
2x na semana	8 (14%)	14 (24%)		
3x ou mais na semana	42 (74%)	9 (16%)		
<i>Tempo adormecer</i>				
≤15 minutos	3 (5%)	31 (54%)		
15-30 minutos	6 (11%)	17 (30%)		
≥30 minutos	48 (84%)	9 (16%)		
<i>Despertares noturnos</i>				
0 - 1x na semana	3 (5%)	39 (68%)		
2x na semana	4 (7%)	17 (30%)		
3x ou mais na semana	50 (88%)	1 (2%)		
<i>Nº despertares</i>				
0 - 1x na noite	3 (5%)	44 (77%)		
2x na noite	5 (9%)	11 (19%)		
3x ou mais na noite	49 (86%)	2 (4%)		
<i>Dormir com os pais</i>				
0 - 1x na semana	6 (10%)	52 (91%)		
2x na semana	17 (30%)	3 (5%)		
3x ou mais na semana	34 (60%)	2 (4%)		
	M(DP)	M(DP)	t	d
<i>Índice Composto de Distúrbios de Sono</i>	10,0 (1,8)	2,0 (2,4)	23,1*	3,7

*p<0,05

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se na Tabela 14 que, durante a etapa de avaliação, a maior parte das crianças resistia a ir para a cama, demorava mais de 30 minutos para adormecer, despertava três vezes ou mais durante a noite em pelo menos três dias da semana e dormia com os pais. Após os cuidadores terem recebido as orientações, a maior parte das crianças pouco dormia com seus pais e despertava menos durante a noite. Um pouco mais da metade destas crianças adormecia em menos de 15 minutos e resistia pouco a ir para a cama.

Como pode ser observada na Tabela 14, a análise estatística demonstrou melhora ($p < 0,05$) na pontuação total do *Índice Composto de Distúrbios de Sono* após os participantes serem submetidos à intervenção, resultando em valor de magnitude de efeito elevado ($d = 3,7$), o que aponta que a diferença entre as pontuações dos períodos pré e pós são bastante substanciais.

5.4.1.3 Variáveis do sono de todas as crianças avaliadas por Diários de Sono

A Tabela 15 apresenta as variáveis de sono das crianças avaliadas por Diários de Sono no período pré e pós de todos os participantes submetidos à intervenção.

Tabela 15 - Variáveis do sono de todas as crianças avaliadas por Diário de Sono

VARIÁVEIS	PRÉ (n=57)	PÓS (n=57)	t	d
Horário de deitar (decimal)	22,66 (1,64)	21,81 (1,23)	3,13*	0,58
Horário de levantar (decimal)	8,26 (1,16)	8,07 (1,05)	0,91	-
Latência (minutos)	50,14 (31,84)	18,18 (18,04)	6,59*	1,23
Despertares/noite	2,38 (1,31)	0,17 (0,46)	12,01*	2,25
Duração total sono (horas/decimal)	9,54(1,22)	10,22(1,08)	3,15*	0,59

* $p < 0,05$

Fonte: Dados da pesquisa.

Como pode ser observado na Tabela 15, após a intervenção as crianças passaram a dormir mais cedo, a adormecer mais rápido, a ter menos despertares por noite e a terem maior duração do sono. Para esses fatores, a análise estatística demonstrou

valores *d* de médios a altos, demonstrando que há uma diferença substancial entre as médias dos dois momentos (pré e pós).

Os registros dos diários de sono com as variáveis “horários de dormir e acordar”, “latência para início do sono”, “despertares noturnos”, “duração total do sono”, “resistência a ir para a cama”, “frequência de noites com despertares” e “dormir com os pais”, considerando todas as crianças submetidas à intervenção no decorrer das sessões e depois de concluído o tratamento, estão apresentados nas figuras a seguir.

Figura 24 - Horário de deitar de todas as crianças submetidas à intervenção no decorrer do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 24 demonstra os horários em que as crianças iam dormir antes, durante e depois da intervenção, mostrando que o horário de ir para a cama reduziu gradualmente no decorrer das sessões. Na etapa inicial as crianças iam dormir por volta das 22h30min, e depois de concluída a intervenção passaram a dormir em média antes das 22 horas.

Figura 25 - Horário de levantar de todas as crianças submetidas à intervenção no decorrer do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

O horário de levantar das crianças durante o processo de intervenção está apresentado na Figura 25, que demonstra que não houve grandes mudanças no decorrer das etapas. Antes da intervenção as crianças acordavam em média por volta das 08h15min e após a intervenção por volta das 08h04min, tendo pouca mudança em relação ao horário de acordar.

Figura 26 - Latência para início do sono de todas as crianças submetidas à intervenção no decorrer do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 26 apresenta o tempo em minutos que as crianças levavam para adormecer antes, durante e depois de concluída a intervenção. Como demonstrado na Figura 26, a latência de início do sono reduziu gradualmente e substancialmente no decorrer das sessões, de modo que as crianças demoravam em média 50 minutos para dormir antes de seus pais serem submetidos à orientação parental e passaram a adormecer em menos de 20 minutos depois de concluídas as sessões.

Figura 27 - Número de despertar por noite de todas as crianças submetidas à intervenção no decorrer do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

O número de despertares por noite está apresentado na Figura 27, que revela que antes da intervenção as crianças acordavam cerca de duas a três vezes por noite. No decorrer das sessões o número de despertares foi reduzindo, de tal modo que após a intervenção as crianças quase não mais despertavam à noite.

Figura 28 - Duração total do sono de todas as crianças submetidas à intervenção no decorrer do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

Como pode ser observado na Figura 28, que apresenta a duração total do sono nas diferentes etapas da pesquisa, o tempo total do sono das crianças aumentou no decorrer das sessões. Comparado à etapa inicial, o tempo total de sono das crianças aumentou em média 40 minutos ao término da intervenção.

Figura 29 - Frequência de noites com despertar noturno de todas as crianças submetidas à intervenção no decorrer do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

A média do número de noites com despertar noturno em cada etapa do estudo está apresentada na Figura 29, que demonstra uma frequência alta de noites com despertares antes de iniciar a intervenção. Ao passo que as sessões foram ocorrendo, a frequência de noites com despertares foi diminuindo, atingindo uma frequência baixa após o encerramento das sessões.

5.4.1.4 Comportamentos de todas as crianças no momento de dormir e/ou quando despertam à noite

As figuras a seguir expõem a frequência de comportamentos das crianças relacionados ao momento de dormir, coletados a partir dos Diários de Comportamentos.

Figura 30 - Frequência de resistência a ir para a cama de todas as crianças submetidas à intervenção no decorrer do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

A frequência da resistência a ir para a cama no decorrer da pesquisa está apresentada na Figura 30. Antes da intervenção as crianças frequentemente resistiam a ir para a cama, contudo, com o decorrer das sessões, as crianças passaram a resistir menos, e ao final resistiam à cama com frequência muito baixa.

Figura 31 - Frequência de dormir com os pais de todas as crianças submetidas à intervenção no decorrer do estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 31 apresenta a frequência de noites em que as crianças dormiam com seus pais em cada etapa da pesquisa. No período pré-tratamento as crianças dormiam frequentemente com seus pais. A frequência foi reduzindo substancialmente no decorrer das sessões, de modo que, ao final da intervenção, as crianças quase não mais dormiam com seus pais.

As categorias de comportamentos que interferem no sono depois de estabelecido o momento de dormir, em todas as crianças antes e depois da intervenção, estão apresentadas nas figuras a seguir.

Figura 32 - Frequência de comportamentos de vocalizar que interfere no sono de todas as crianças submetidas à intervenção

Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 32 demonstra o comportamento de vocalizar das crianças no decorrer do estudo. A ocorrência do comportamento decresceu gradualmente e substancialmente com o passar das sessões.

Figura 33 - Frequência de comportamentos de sair da cama que interfere no sono de todas as crianças submetidas à intervenção

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme demonstra a Figura 33, houve uma redução na frequência de comportamentos de sair da cama no momento de dormir com o decorrer das sessões de intervenção.

Figura 34 - Frequência de comportamento de ficar sentado na cama que interfere no sono de todas as crianças submetidas à intervenção

Fonte: Dados da pesquisa.

Como pode ser observado na Figura 34, o comportamento de ficar sentado na cama no momento de dormir aumentou um pouco na primeira sessão e reduziu gradualmente no decorrer das sessões, atingindo uma frequência baixa.

Figura 35 - Frequência de comportamento de permanecer deitado na cama que interfere no sono de todas as crianças submetidas à intervenção

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme a Figura 35 demonstra, na fase pré-tratamento as crianças pouco permaneciam deitadas na cama. Na primeira sessão essa frequência foi reduzida mais um pouco e, a partir da segunda sessão, a ocorrência deste comportamento foi aumentando, atingindo uma frequência alta no período final das sessões.

5.4.1.5 Comportamentos de todos os cuidadores frente às respostas das crianças no momento de dormir

Os comportamentos dos cuidadores frente às respostas das crianças ao momento de dormir ou quando acordam durante a noite estão expostos nas figuras a seguir, que demonstram a frequência dos comportamentos das crianças e de seus pais no decorrer da intervenção.

Figura 36 - Frequência de respostas dos cuidadores frente ao comportamento de vocalizar de todas as crianças submetidas a intervenção

Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 36 apresenta a frequência dos comportamentos de todos os cuidadores frente ao comportamento de vocalizar da criança. O comportamento de vocalizar das crianças era muito frequente antes da intervenção, bem como o contato físico e os comportamentos de vocalizar dos pais direcionados aos filhos. Os comportamentos de

elogiar e ignorar eram inexistentes na primeira etapa. Ao iniciar a intervenção, os cuidadores modificaram seus comportamentos, reduziram a frequência de comportamentos de vocalizações e contato físico com a criança no momento de dormir, e passaram a ignorar os comportamentos inadequados e a elogiar os adequados. Em paralelo a essas mudanças, os comportamentos de vocalizar da criança também decresceram. Percebe-se a queda da frequência desses comportamentos na terceira sessão, quando os pais passaram a ter mais comportamentos de ignorar e elogiar e menos comportamentos de vocalizar e contato físico.

Figura 37 - Frequência de respostas dos cuidadores frente ao comportamento de sair da cama de todas as crianças submetidas a intervenção

Fonte: Dados da pesquisa.

Como demonstrado na Figura 37, o comportamento de sair da cama era mais frequente na etapa inicial, apresentando um decréscimo na frequência a partir da segunda sessão, chegando a uma frequência baixa na última sessão e na etapa posterior ao tratamento. Junto às mudanças do comportamento da criança, a Figura 37 demonstra as modificações das respostas dos pais, que apresentaram uma redução gradual a partir da primeira sessão nos comportamentos de vocalizar e contato físico e aumento do

comportamento de ignorar as respostas inadequadas. Os pais passaram elogiar os comportamentos adequados da criança com maior frequência a partir da terceira sessão.

Figura 38 - Frequência de respostas dos cuidadores frente ao comportamento de ficar sentado na cama de todas as crianças submetidas a intervenção

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se na Figura 38 que o comportamento das crianças de ficar sentado na cama era mais frequente nas duas primeiras etapas e começou a reduzir gradualmente com o decorrer das sessões, ficando quase inexistente nas duas últimas etapas. Em paralelo, a mudança na frequência dos comportamentos dos pais é visível na Figura 38, que demonstra redução de vocalização e contato físico com a criança no momento de dormir e aumento dos comportamentos de ignorar e de elogiar, com a intervenção.

Figura 39 - Frequência de respostas dos cuidadores frente ao comportamento de permanecer deitado na cama de todas as crianças submetidas a intervenção

Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 39 demonstra as respostas dos pais durante a intervenção e o comportamento de permanecerem deitadas das crianças. À medida que o comportamento de ignorar respostas inadequadas e elogiar respostas adequadas aumentou e o contato físico e o comportamento de vocalizar dos pais reduziram, houve um aumento, a partir da segunda sessão, do comportamento de permanecer deitado das crianças no momento de dormir.

De maneira geral, observa-se nas Figuras 36 a 39 como a mudança no comportamento dos pais pode afetar o comportamento das crianças. Com a intervenção houve um aumento no comportamento de ignorar comportamentos inadequados para o sono e reforçar por meio do elogio respostas adequadas para o sono, bem como uma redução dos comportamentos de vocalizar e de contato físico por parte dos pais. Consequentemente, os comportamentos das crianças de sair da cama, vocalizar e ficar sentado na cama reduziram, e o comportamento de permanecer deitado no momento de dormir ficou mais frequente.

5.4.2 Características do sono de todas as crianças avaliadas por medida objetiva (Actigrafia)

A Tabela 16 apresenta as principais variáveis do sono de todas as crianças submetidas à intervenção, avaliadas por Actigrafia, antes e depois do tratamento. Das 57 crianças que passaram pela intervenção, apenas 14 utilizaram corretamente o actígrafo.

Tabela 16 - Variáveis do sono de todas as crianças avaliadas por Actigrafia

VARIÁVEIS	PRÉ (N=14)	PÓS (N=14)	t	d
Latência (minutos)	3,5 (1,2)	2,3 (1,1)	2,82*	1,06
Eficiência do sono (%)	86,3 (3,7)	86,6 (4,5)	0,20	-
Tempo acordado (minutos)	74 (24,8)	71,2 (25,7)	0,29	-
Tempo total sono (minutos)	507,1 (30,9)	491,9 (48,0)	0,98	-

*p<0,05

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da Tabela 16, percebe-se que a qualidade do sono das crianças antes da intervenção era considerada boa, com latência de início de sono pequena, eficiência do sono superior a 85% e tempo total do sono superior a 8 horas de sono. Apesar disso, a latência para início do sono reduziu de forma detectável após a intervenção, com valor de *d* alto. Não houve diferenças estatísticas nas outras variáveis apontadas na Tabela 16 nos períodos pré e pós-intervenção.

A Figura 40, a seguir, demonstra as variáveis do sono das crianças avaliadas por Actigrafia no decorrer das sessões de intervenção.

Figura 40 - Variáveis do sono de todas as crianças avaliadas por Actigrafia

Fonte: Dados da pesquisa.

Como demonstrado na Figura 40, com o decorrer da intervenção houve uma redução na latência para início do sono. Houve pouca variação nas demais variáveis, tendo um pequeno aumento na eficiência do sono e pequena redução no tempo acordadas e tempo total de sono.

5.4.3 Problemas de comportamentos de todas as crianças avaliados pelo CBCL

A Tabela 17 mostra os problemas de comportamento de todas as crianças antes e após serem submetidas à intervenção, avaliados pelo CBCL a partir de escores médios e proporções.

Tabela 17 - Problemas de comportamento de todas as crianças, avaliados pelo CBCL

	PRÉ (N=57)	PÓS (N=57)	t	d
CBCL EXT	59,2 (10,4)	51,1 (9,4)	7,3*	0,8
Não clínico	28 (49%)	47 (82%)		
Clínico	29 (51%)	10 (18%)		
CBCL INT	58,5 (10,3)	50,2 (10,6)	7,2*	0,8
Não clínico	26 (46%)	44 (77%)		
Clínico	31 (54%)	13 (23%)		
CBCL TOTAL	62,0 (10,0)	51,1 (10,2)	9,3*	1,1
Não clínico	19 (33%)	46 (81%)		
Clínico	38 (67%)	11 (19%)		
CBCL SONO	79,0 (12,6)	55,5 (7,8)	13,3*	2,2
Não clínico	10 (17%)	54 (95%)		
Clínico	47 (83%)	3 (5%)		

*p<0,05

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação aos comportamentos das crianças avaliados pelo CBCL, observa-se na Tabela 17 que, antes da intervenção, cerca de metade das crianças apresentava pontuação clínica para problemas de comportamento internalizante e externalizante, e a maioria delas apresentava pontuações clínicas para total de problemas de comportamento e problemas de sono. Depois da intervenção, a maioria das crianças teve pontuações classificadas como não clínicas em comportamentos externalizantes, internalizantes, problemas de sono e total de problemas de comportamento pelo CBCL.

Os resultados de análise estatística, considerando o período anterior e posterior ao tratamento, demonstraram melhora ($p<0,05$) nos comportamentos das crianças (problemas de sono, total de problemas de comportamento, problemas de comportamento externalizantes e internalizantes – CBCL) após estas serem submetidas à intervenção. Pode-se notar na Tabela 17 que os valores de magnitude de efeito foram elevados (valores de d entre 0,8 e 2,2), indicando que a diferença entre os escores médios entre os períodos são bastante substanciais.

5.4.4 Características do sono de todas as mães avaliadas por medida objetiva (Actigrafia)

A Tabela 18 apresenta as variáveis de sono de todas as mães que foram submetidas à intervenção e que utilizaram o actígrafo nos momentos pré e pós. Das 49 mães que passaram pela intervenção, apenas 14 utilizaram corretamente o actígrafo.

Tabela 18 - Variáveis do sono de todas as mães avaliadas por Actigrafia

VARIÁVEIS	PRÉ (N=14)	PÓS (N=14)	t	d
Latência (minutos)	8,3 (6,4)	4,1 (1,5)	2,38*	0,9
Eficiência do sono (%)	81,0 (5,9)	84,6 (3,6)	1,93	-
Tempo acordado (minutos)	78,8 (25,1)	65,1 (17,2)	1,68	-
Tempo total sono (minutos)	401,3 (37,9)	428,8 (43,4)	1,78	-

*p<0,05

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme a Tabela 18 demonstra, após a intervenção houve uma redução detectável na latência para início do sono, com valor *d* alto, o que indica que a diferença entre as médias dos momentos pré e pós é substancial. Em relação às outras variáveis, a análise estatística não demonstrou diferenças entre os momentos pré e pós.

A Figura 41, a seguir, mostra os gráficos das médias das variáveis de sono, avaliadas por Actigrafia, no decorrer das sessões de intervenção de todas as mães. Os gráficos revelam um pequeno aumento na latência para início do sono e no tempo acordadas na primeira sessão, e posterior redução em ambos no decorrer das sessões. A eficiência do sono e o tempo total de sono não demonstraram muitas variações, tendo um aumento muito pequeno em ambos no final das sessões.

Figura 41 - Variáveis do sono de todas as mães avaliadas por Actigrafia

Fonte: Dados da pesquisa.

5.4.5 Problemas de comportamentos de todas as mães avaliadas pelo ASR

A Tabela 19 apresenta os escores médios e proporções quanto aos comportamentos maternos e variáveis como “relacionamento conjugal” e “funcionamento adaptativo”, avaliados pelo ASR, de todas as mães que foram submetidas à intervenção.

Tabela 19 - Problemas de comportamento de todas as mães avaliados pelo ASR

	PRÉ (N=49)	PÓS (N=49)	t	d
ASR EXT	56,4 (8,3)	54,5 (8,3)	2,1*	0,2
Não clínico	31(63%)	34(70%)		
Clínico	18(37%)	15(30%)		
ASR INT	62,8(10,6)	58,9(11,6)	3,2*	0,3
Não clínico	20(41%)	27(55%)		
Clínico	29(59%)	22 (45%)		
ASR TOTAL	58,2(8,8)	54,9(9,5)	3,5*	0,4
Não clínico	26(53%)	36(74%)		
Clínico	23(47%)	13(26%)		
ASR REL. CONJUGAL	45,2(9,7)	45,3(9,9)	0,1	-
Não clínico	33(68%)	37(76%)		
Clínico	10(20%)	7(14%)		
N/C	6(12%)	5(10%)		
ASR FUNC. ADAPTATIVO	44,2(8,6)	44,8(8,7)	0,7	-
Não clínico	40(82%)	43(88%)		
Clínico	9(18%)	6(12%)		

*= $p < 0,05$ **Fonte:** Dados da pesquisa.

Percebe-se, por meio da Tabela 19, que na etapa de avaliação o comportamento internalizante foi o mais frequente entre as mães; mais de metade delas foi classificada com pontuações clínicas para problemas de comportamento internalizante. Após a intervenção, um número considerável de mães deixou de ser classificado como clínico para problemas de comportamento.

Em contrapartida aos resultados encontrados nos padrões de sono e nos comportamentos das crianças, apesar das pontuações dos problemas de comportamento das mães (externalizante, internalizante e total de problemas de comportamento) reduzirem de modo detectável ($p < 0,05$), após a intervenção, a análise estatística revelou uma magnitude de efeito pequena (valor de d entre 0,2 e 0,4). Isso demonstra uma sobreposição grande, isto é, a diferença entre as pontuações do período pré e pós é pouco notável.

5.5 Satisfação materna com a intervenção

Todas as mães das crianças que participaram da intervenção responderam ao *Inventário de Satisfação da Intervenção*. As respostas dadas ao instrumento estão apresentadas na Tabela 20.

Tabela 20 - Respostas das mães ao Inventário de Satisfação com a Intervenção

VARIÁVEIS	G. INTER (N=31)	G. CONTROL (N=26)	TOTAL (N=57)
Aprendi com a intervenção (algumas, várias, muitas coisas)	31 (100%)	26 (100%)	57 (100%)
Relacionamento com filho(a) após a intervenção (pouco e muito melhor)	24 (78%)	20 (77%)	44 (77%)
Problemas de sono da criança após a intervenção (pouco e muito melhor)	30 (97%)	25 (96%)	55 (96%)
Problemas de comportamento da criança após a intervenção (ajudou um pouco e muito)	30 (97%)	24 (92%)	54 (95%)
Problemas gerais, não relacionados à criança (ajudou um pouco e muito)	25 (81%)	23 (88%)	48 (85%)
Dificuldades em aplicar a intervenção (um pouco e muita dificuldade)	20 (65%)	9 (35%)	29 (51%)
Intervenção para problemas de sono (adequado, bom, muito bom)	31 (100%)	26 (100%)	57 (100%)
Número de sessões (suficiente, muito suficiente)	30 (97%)	26 (100%)	56 (98%)
Sentimento geral sobre a intervenção (gostei, gostei muito)	31 (100%)	26 (100%)	57 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 20, pode-se notar que todas as mães (de ambos os grupos) relataram ter aprendido e considerado os atendimentos satisfatórios e terem um sentimento positivo em relação à intervenção. A maioria delas apontou que após o tratamento houve melhora nos problemas de sono e de comportamento dos filhos, e grande parte salientou que a intervenção ajudou também com problemas gerais não relacionados à criança, como relacionamento conjugal, redução de estresse e organização do ambiente familiar. Muitas cuidadoras indicaram que o relacionamento com a criança melhorou após aplicarem as orientações. A maior parte delas considerou o

número de sessões suficientes, porém metade delas relatou ter dificuldade em aplicar a intervenção. É interessante notar que a maioria das mães que disseram ter dificuldades estava no grupo intervenção, tendo um menor número de mães com dificuldades no grupo controle. Outra questão que merece destaque é que apesar de as mães do grupo intervenção terem maior escolaridade e estrato social, foram essas que relataram maior dificuldade em aplicar as orientações.

Quanto às questões abertas, das 57 mães que participaram da intervenção, 72% (22 mães do grupo intervenção e 19 mães do grupo controle) relataram que gostaram da intervenção completa; para 14% (4 mães de cada grupo), o que mais gostaram foi o fato de o tratamento ser individualizado; e outras 14% (5 mães do grupo intervenção e 3 mães do grupo controle) gostaram principalmente das rotinas pré-sono.

Quando questionadas sobre o que modificariam na intervenção, 65% (20 mães do grupo intervenção e 17 mães do grupo controle) não modificariam nada, 23% (7 do grupo intervenção e 6 do grupo controle) ofereceriam as orientações e os registros a distância por telefone/e-mail, pois relataram que muitas vezes torna-se um problema comparecer à sessão presencial e 12% (4 mães do grupo intervenção e 3 do grupo controle) reportaram que deveria ser obrigatória a participação dos demais (pai, avós) que também compartilham os cuidados da criança.

6 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia da intervenção comportamental para insônia infantil por meio de um estudo randomizado controlado – um programa dirigido aos pais para averiguar os efeitos da intervenção nos comportamentos das crianças e no sono e comportamentos de suas mães. As contribuições adicionais desta pesquisa referem-se ao fato de que no Brasil não havia estudos randomizados controlados que avaliassem a intervenção por meio de orientação para pais, o que inclui o estabelecimento de rotinas pré-sono, técnicas de extinção e reforço positivo para o manejo de problemas de sono em crianças em idade pré-escolar. Ou, ainda, estudos que verificassem os efeitos nos comportamentos das crianças e no sono e comportamentos maternos. Além disso, o conjunto específico de instrumentos para avaliação não foram antes utilizados em outros estudos publicados.

Os resultados deste estudo sugerem que a intervenção comportamental por meio de orientação para pais é eficaz para problemas no momento de dormir e despertares noturnos em crianças com idade entre um e cinco anos. Foram encontradas mudanças nos hábitos, rotinas, horários e padrões de sono, avaliadas por medidas subjetivas, das crianças após suas mães receberem orientações para o manejo da insônia infantil.

Assistir à TV/jogar videogame era um hábito bastante frequente nas crianças da presente amostra durante a etapa de avaliação. Contudo, quando os pais receberam orientação parental, grande parte das crianças deixou de assistir à TV ou jogar videogame no momento de dormir. Ficar exposto à TV antes de dormir pode interferir nos padrões de sono, muitas vezes deixando a criança alerta e ativa, uma vez que a exposição à luz da TV tem associação com baixa concentração de melatonina (Salti, Tarquini, Stagi et al., 2006), que interfere no adormecer. O estudo de Mistry, Minkovitz, Strobino e Borzekowski (2007), que teve como objetivo investigar a relação entre exposição à TV nos primeiros anos de vida e problemas de comportamento aos cinco anos de idade, indicou que o comportamento de assistir à televisão por mais de duas horas ao dia na primeira infância e na idade pré-escolar está associado com maiores problemas de sono, problemas de atenção, comportamento agressivo e comportamentos

de externalização, avaliados pelo CBCL. Esse estudo indicou ainda que a presença da TV no quarto da criança em 5,5 anos de idade foi, em geral, associada a problemas comportamentais e redução de habilidades sociais. Considerando os prejuízos da exposição à TV, a presente intervenção conseguiu resultados benéficos, uma vez que houve decréscimo desse hábito apenas para as crianças que participaram da intervenção.

A rotina do sono tem o objetivo de desenvolver associações entre hábitos positivos, ou seja, um conjunto de atividades tranquilas que direcionam a criança para o momento de dormir e o rápido adormecer. Na presente pesquisa, apesar de a maioria das crianças já apresentar uma rotina pré-sono antes da intervenção, os participantes cujos pais participaram da orientação passaram a ter uma rotina mais consistente, deixaram de ser embaladas antes de dormir e de adormecer mamando. As crianças que continuaram mamando passaram a mamar no início da rotina e não mais no final, como na etapa inicial. Dormir sendo embalada ou mamando fortalece associações inapropriadas para o sono; uma vez que esses componentes não estejam mais associados ao adormecer, a criança necessita desenvolver habilidades para dormir independentemente. Além disso, com a intervenção, mais crianças passaram a incluir em sua rotina o banho/escovar os dentes, conversar sobre o dia e escutar histórias antes de dormir. Segundo Mindell, Telofski, Wiegand et al. (2009), o banho como componente da rotina pré-sono pode afetar a temperatura corporal e consequentemente melhorar o sono. A inclusão do banho na rotina foi relatada no estudo de Mindell, Telofski, Wiegand et al. (2009), apresentando resultados favoráveis. A inclusão de histórias antes de dormir, além de ser um componente positivo de associação para início de sono, incentiva uma prática cultural importante para a educação da criança. Esse estudo corrobora estudos anteriores (Adam & Rickert, 1989; Mindell, Meltzer, Carskadon et al., 2009; Mindell, Telofski, Wiegand et al., 2009), que já relataram a importância do estabelecimento de rotinas na melhora dos padrões de sono das crianças.

De acordo com os resultados de medidas subjetivas, após a intervenção as crianças passaram a dormir mais cedo, a dormir em menor frequência com seus pais, além de apresentarem melhora nos padrões de sono, caracterizada por menor tempo para adormecer independentemente e sem protestar, maior tempo total de sono e redução nos despertares noturnos.

Em relação ao horário de ir para a cama, observou-se que na terceira sessão as crianças iam dormir por volta das 21h50min, contudo, este horário não foi mantido nas etapas seguintes. Este fato pode ser decorrente dos hábitos e rotina da família, ou seja, do momento que o cuidador está disponível para acompanhar a rotina pré-sono da criança. Apesar de as crianças passarem a dormir mais cedo, dormir um pouco antes das 22 horas ainda é considerado tarde para crianças na faixa etária pré-escolar. O estudo de Crabtree, Korhonenb, Montgomery-Downs, Jones, O'Brien e Gozala (2005) aponta que crianças pequenas e pré-escolares dormem menor quantidade de horas de sono devido ao horário tardio de dormir, depois das 21 horas. Na pesquisa de Mindell, Meltzer, Carskadon et al. (2009), dormir depois das 21 horas teve associação com maior latência de início de sono e menor tempo total de sono. Desta forma, os autores salientam a importância de ir para cama antes das 21 horas.

Pesquisas (Mindell, Sadeh, Kwon & Goh, 2013; Mindell, Sadeh, Wiegand, How & Goh, 2010) que avaliaram as características de sono em diferentes países em crianças pequenas e pré-escolares, apontam que comparadas às crianças de países de origem predominantemente caucasianas, crianças de origem asiática dormem mais tarde (20,15 a 20,42 vs. 21,44 a 21,85), têm menor duração de sono noturno (10,0 a 10,54 vs. 9,19 a 9,44) e dormem em maior frequência com os pais (aproximadamente 21% vs. 90%). Desta forma, ao comparar os horários das crianças da presente amostra, mesmo depois da intervenção, observa-se que as médias de horário para dormir (21,81 a 21,99) estão mais próximas de países e/ou regiões de pessoas asiáticas do que das predominantemente caucasianas. Tais comparações nos permite sugerir que os horários de dormir influenciam a quantidade de horas de sono e que essas são influenciadas pela cultura, tais como os hábitos e rotinas da família. O horário de ir para cama das crianças que dormem com os pais tendem acompanhar a rotina do adulto.

As análises de medidas subjetivas que consideraram todos os participantes em períodos pré e pós apontaram que, depois da orientação parental, a média do tempo total do sono das crianças aumentou (de menos de dez horas para mais de dez horas), bem como aumentou o número de crianças que passaram a dormir mais do que nove horas por noite. O tempo total de sono da criança varia de acordo com a idade. Segundo a *National Sleep Foundation* (2004), para as idades entre um e três anos a quantidade total de sono é de 12 a 14 horas, e para crianças de três a cinco anos, de 11 a 13 horas. Ao considerar o sono noturno, de acordo com estudiosos da área (Ferber, 2006;

Iglowstein, Oskar, Jenni, Molinari & Largo, 2003; Nunes, 2002; Sheldon, 2014), a duração do sono noturno para essa faixa etária varia aproximadamente entre 9 e 11 horas.

Em comparação com outro estudo brasileiro (Pires et al., 2012), que indica que cerca de 60% das crianças pré-escolares dormem de 9 a 11 horas, a quantidade de horas de sono na etapa pré-tratamento era baixa, e após a intervenção ficou próxima e corroborando os dados do estudo de Pires et al. (2012). Comparada a outras culturas, a quantidade de horas de sono noturno das crianças que passaram pela intervenção ficou mais próxima das crianças de origem caucasiana, ao passo que a duração do sono noturno da etapa inicial e das crianças controle ficaram mais próximas das crianças de origem asiática. Tais alterações podem ser decorrentes das orientações que ressaltaram a importância das crianças terem seus próprios hábitos e rotinas e não compartilharem os horários e rotinas do adulto, o que pode ter contribuído para as crianças irem dormir mais cedo e conseqüentemente terem maior duração do sono. Na etapa inicial deste estudo era comum a prática de dormir com os pais, o que se aproxima da cultura asiática, que aumenta a probabilidade das crianças compartilharem as rotinas dos cuidadores e dormirem mais tarde, tendo como consequência a duração de sono reduzida.

Quanto às demais variáveis do sono, avaliada por medidas subjetivas, houve redução na latência para início do sono e número de despertares noturnos após o tratamento. A maior parte das crianças passou a adormecer em menos de 30 minutos, resistir menos à cama, despertar menos, além de grande parte passar a dormir independentemente, isto é, aquelas que dormiam apenas na presença dos pais ou compartilhavam cama por dificuldade em adormecer passaram a dormir sem a necessidade de o cuidador estar presente.

A prática de dormir com os pais teve destaque na presente amostra durante o período de avaliação. Sobre este aspecto, estudiosos (Ferber, 2006; Owens & Mindell, 2005; Sadeh, Tikotzky & Scher, 2010) apontam que, independente da cultura, alguns pais ficam mais tranquilos ao dormir junto com suas crianças durante a noite por estarem por perto caso elas precisem de ajuda. Em contrapartida, os autores indicam que algumas desvantagens podem estar associadas a essa prática. Ao dividir a cama, pais e filhos podem despertar mais, demorar mais para dormir, além de as crianças dormirem tarde em decorrência da rotina parental. Mindell, Sadeh, Kohyama e How (2010) indicam que o compartilhamento da cama está associado com maior número de

despertares e menor quantidade de horas de sono. Além disso, a criança pode associar o início do sono com a presença dos pais e só conseguir adormecer na presença destes, tendo dificuldade em dormir sozinha.

Na presente pesquisa, essa prática foi reduzida após a implementação da intervenção, o que sugere que a presença do cuidador poderia estar associada com o início do sono e que a intervenção foi efetiva para a criança dormir independentemente. Sadeh et al. (2010) enfatizam que dormir independentemente, ou seja, autoacomodar-se é o componente principal para o melhor desenvolvimento dos padrões de sono, resultando em decréscimo de problemas de sono e aumento da consolidação do sono.

Ao deixar de compartilhar a cama e também as rotinas dos adultos, as crianças passam a dormir mais cedo, despertar menos e ter maior quantidade de sono noturno (Mindell, Sadeh, Kohyama et al., 2010; Sadeh et al., 2010). Ao comparar com estudos (Mindell et al., 2013; Mindell, Sadeh, Wiegand et al., 2010) que avaliaram outras culturas, na etapa de avaliação, as crianças da presente amostra dormiam mais frequentemente com seus pais do que as crianças caucasianas, e menos frequentemente do que as crianças asiáticas. Depois de concluído o tratamento, os participantes deste estudo dormiam mais frequentemente em quarto próprio, aproximando-se mais dos dados das crianças de origem caucasiana. Esse aspecto merece atenção, pois na cultura asiática as crianças dormem com seus pais não necessariamente porque apresentam dificuldades de adormecer, isto é, devido a uma insônia de associação. Na presente pesquisa, com as orientações os pais puderam compreender a importância de a criança desenvolver habilidades para adormecer independentemente, e muitas crianças, depois disso, deixaram de dormir compartilhando o quarto ou cama, o que indica que a prática de dormir com os pais era mantida devido à insônia de associação e não devido à prática cultural observada nos países asiáticos.

Comparadas às crianças do grupo controle, as crianças do grupo intervenção tiveram um decréscimo detectável na pontuação total da escala DIMS e do *Índice Composto de Distúrbios de Sono*, o que indicou melhora nos padrões de sono (latência para início de sono, resistência a ir para a cama, despertares noturnos e dormir com os pais) depois de concluída a intervenção. Tais resultados foram mantidos na etapa de seguimento de um e seis meses. As crianças do grupo controle não apresentaram mudanças detectáveis nos padrões de sono enquanto encontravam-se em lista de espera, o que sugere que não houve mudanças com a passagem do tempo. Contudo, após

serem submetidas à intervenção apresentaram melhoras nos padrões de sono. Considerando a análise geral pré e pós-intervenção, a análise estatística revelou melhora no sono das crianças com um valor de d elevado, o que sugeriu uma diferença substancial entre os períodos.

Além disso, a percepção materna sobre a qualidade do sono da criança foi positiva, a maior parte das mães relatou melhora na qualidade de sono de seus filhos depois de concluída a intervenção. Os dados deste estudo corroboram resultados de pesquisas recentes (Mindell, Telofski, Wiegand & Kurtz, 2009; Mindell, Mond, Sadeh, Telofski, Kulkarni & Gunn, 2011a, 2011b; Paine & Gradisar, 2011) e revisões internacionais sobre o tema (Meltzer & Mindell, 2014; Mindell et al., 2006; Morgenthaler et al., 2006), que salientam a eficácia da intervenção comportamental para insônia infantil.

Os resultados a partir de medida objetiva mostraram menores variações do que os dados subjetivos. Foi observada uma redução estatisticamente detectável na latência para início do sono após a intervenção. Nas outras variáveis não houve diferenças estatisticamente detectáveis. No entanto, no seguimento de seis meses houve uma redução substancial no tempo acordado, bem como um aumento na eficiência do sono e duração deste. A redução da latência para início do sono também foi detectada na análise posterior, considerando os períodos pré e pós de todos participantes.

Diferentemente dos dados de medidas subjetivas, a latência para início do sono, por Actigrafia, foi menor que 10 minutos em todas as etapas. Esse resultado pode ser justificado pelo fato de que no Diário de Sono e nos questionários são reportados o tempo que a criança leva para adormecer, considerando o momento estabelecido para dormir, e a resistência que a criança apresenta até se acomodar e pegar no sono. No actígrafo, a latência é calculada pelo tempo que a criança realmente se acomoda e de fato para de se movimentar, ou seja, depois de toda resistência e movimentação. No entanto, a ausência de movimento é apenas um parâmetro, não garantindo de fato que a criança entrou no sono.

Em contraste com os dados reportados pelas mães, o tempo total de sono durante as etapas foi menor que 9 horas e os despertares (tempo acordado) foram maiores, em média com duração de mais de uma hora. Estudiosos (Bélanger et al., 2013; Sitnick et al., 2008) apontam que o tempo acordado (despertares) não representa um indicador válido quando acessado por Actigrafia em pré-escolares, uma vez que crianças nessa

faixa etária mudam de posição frequentemente, de modo que o actígrafo pode detectar tais movimentos como despertares, quando de fato a criança está dormindo. Para transpor essa lacuna, os dados de Actigrafia deste estudo foram analisados em alta sensibilidade, que é mais indicado para crianças nesta faixa etária. Apesar do estudo de Bélanger et al. (2013) apontar para a utilização do limiar alto (80) como seguro para análise das variáveis de sono medidas por Actigrafia em pré-escolares, os pesquisadores apontam a necessidade de mais estudos para validar a capacidade de detectar despertares em populações pediátricas com dificuldades com o sono. Alguns autores (Bélanger, Simard, Bernier & Carrier, 2014), em pesquisa posterior, avaliaram apenas as variáveis “eficiência” e “duração total do sono” em crianças pré-escolares. Dessa forma, no que se refere a despertares, esta questão continua em aberto, devendo ser considerada. Assim, esse aspecto pode ter influenciado na diferença entre o relato parental e a Actigrafia quanto aos despertares.

Outra questão que deve ser levada em consideração é que diferentemente das medidas subjetivas, em que foi possível ter acesso a todos os participantes, apenas um terço destes utilizou de fato a Actigrafia. Essa proporção pode também ter influenciado nos resultados. Na presente pesquisa houve resistência na utilização do actígrafo, que foi usado de forma irregular. Sobre esse aspecto, em consonância com essa amostra, autores (Simard, Bernier, Belanger & Carrier, 2013) já relataram a dificuldade de crianças pequenas na adesão à utilização de actígrafos durante a noite.

Considerando tais resultados, nota-se que o comportamento da criança durante a noite mudou com a intervenção, uma vez que as medidas subjetivas reportam o que os pais conseguem registrar à noite, geralmente identificadas quando a criança busca atenção por meio de protestos, choros e solicitações. Depois da intervenção, os registros de resistência no momento de dormir e despertares diminuíram, o que possivelmente demonstra que as crianças não mais chamavam seus pais e tornaram-se mais independentes no momento de dormir.

Sobre os comportamentos dos pais, Mindell, Sadeh, Kohyama et al. (2010) salientam que os melhores preditores de qualidade do sono infantil estão ligados aos comportamentos parentais na hora de dormir e durante a noite. No presente estudo, os pais foram orientados a modificar seus comportamentos frente aos comportamentos inadequados da criança no momento de dormir. No decorrer da intervenção, os pais reduziram o contato físico e a vocalização direcionada à criança, passaram a ignorar os

comportamentos inadequados e a reforçar por meio do elogio os adequados. Paralelamente à modificação das respostas dos pais, os comportamentos de sair da cama, de vocalizar e de ficarem sentadas na cama reduziram, e aumentou o comportamento de permanecerem deitadas. A paralela mudança de comportamento dos pais somada ao aumento de comportamento de ficarem deitadas e adormecerem independentemente, bem como a melhora dos padrões de sono das crianças na presente pesquisa, vão ao encontro do que Sadeh et al. (2010) enfatizam sobre a associação entre o mínimo de envolvimento parental durante a noite e melhor qualidade de sono na infância.

Esses resultados evidenciam que a intervenção para problemas de sono infantil deve envolver a relação entre pais e filhos. A forma de interação dessa relação muitas vezes associa-se com o desenvolvimento de tais dificuldades, e a melhora nessa relação pode favorecer comportamentos adequados nas crianças. Sobre isso, Owens e Mindell (2011) apontam que o desenvolvimento da insônia infantil pode ter como uma de suas causas fatores específicos dos pais, como estilo parental permissivo, estilos de disciplina inconsistente entre os pais, bem como expectativas irrealistas por parte dos cuidadores.

Sabe-se que as dificuldades comportamentais relacionadas ao sono podem ser compreendidas através da teoria do condicionamento operante (Didden et al., 2011). Durante o desenvolvimento, muitas crianças apresentam comportamentos inadequados em relação ao sono. Esses comportamentos podem ser descritos como: resistir a ir para cama no momento de dormir, chorar, fazer birra momentos antes de dormir, despertar durante a noite chorando e buscando frequentemente o auxílio dos cuidadores. Tais comportamentos, característicos da insônia infantil, muitas vezes são seguidos por atenção dos pais. A atenção dos pais são reforços positivos e fortalecem esses comportamentos inadequados da criança.

Os comportamentos inadequados da criança no momento de dormir também são reforçados negativamente. Isso ocorre quando dormir sozinha é aversivo para a criança e, ao emitir os comportamentos inadequados, ela consegue fugir dessa situação. Assim, os comportamentos inadequados da criança são mantidos tanto por reforço positivo (por meio de colo, embalo e outras formas de atenção dos pais) quanto por reforço negativo (evitar ou fugir da situação de dormir sozinha) (Ferreira, Soares & Pires, 2012; Meltzer, 2010). O comportamento dos pais é uma questão fundamental que mantém esse quadro. Comportamentos relacionados a dar atenção e embalar a criança também

são reforçados negativamente. O choro da criança funciona como um estímulo discriminativo aversivo, na presença do qual os comportamentos de embalar e dar atenção são reforçados negativamente (fuga) pela retirada do estímulo aversivo (choro) (Ferreira et al., 2012).

Skinner (1953/1998) enfatiza que esquemas de reforço são eficazes para consolidar uma resposta. Por outro lado, quando não houver reforço após a emissão de determinada resposta, esse comportamento tende a diminuir em frequência, que é o processo de extinção. Assim ocorre quando a criança não recebe atenção após emitir o comportamento de chorar, pois, se comportamentos inadequados são operantes, sua frequência pode ser reduzida pela remoção do reforço. Esta teoria elucida porque a extinção mostra-se efetiva para reduzir comportamentos inadequados no momento de dormir e nos despertares noturnos.

Dessa forma, com a intervenção, os pais compreendem que seus comportamentos muitas vezes mantêm os problemas de sono de seus filhos, e assim são orientados a modificar tais comportamentos. À medida que as mudanças ocorrem, os pais passam a lidar de forma diferente com o problema da criança, tornando-a mais independente. Assim, além de melhorar os comportamentos no momento de dormir e conseqüentemente os padrões de sono, esse fator pode contribuir para a melhora dos comportamentos diurnos da criança e de seus cuidadores.

Além da melhora na qualidade de sono das crianças, os resultados desta pesquisa demonstraram também melhora no comportamento infantil. Comparado ao grupo controle, tanto na etapa pós-tratamento como no seguimento de um mês, os participantes do grupo intervenção apresentaram redução detectável nas pontuações do CBCL (problemas de comportamento externalizante, problemas de comportamento internalizante, total de problemas de comportamento e problemas de sono). Além disso, após ser submetida à intervenção, a maioria das crianças passou a ser classificada como não clínica nestes domínios do CBCL. Houve melhora nas pontuações do CBCL também na avaliação que considerou todos os participantes submetidos ao tratamento, isto é, na análise pré e pós geral. Os problemas de comportamentos do grupo controle não melhoraram quando estes se encontravam no período de espera, o que pode indicar que não melhoraram em decorrência da passagem do tempo. Entretanto, após serem submetidos à intervenção, os resultados foram satisfatórios. A análise pré e pós geral revelou um valor de *d* elevado, indicando que as pontuações entre os períodos tiveram

uma diferença considerável. A melhora nos comportamentos diurnos das crianças foi relatada pela maioria das mães, que salientou que após a intervenção a relação com seus filhos melhorou, junto com a melhora dos comportamentos destes durante o dia. Estes dados podem sugerir que a qualidade de sono pode interferir no comportamento das crianças. Tais resultados são consistentes com a crescente evidência de que perturbações no sono podem ser prejudiciais ao comportamento de crianças.

Vários estudos já apontaram associação entre problemas de sono e problemas no perfil internalizante e/ou externalizante (Blunden & Chervin, 2008; Gregory et al., 2008; Hall et al., 2007; Scher et al., 2005; Sourander, 2001; Shang, Gau & Soong, 2006; Stein et al., 2001; Storch, Murphy, Lack, Geffken, Jacob & Goodman, 2008). Um estudo nacional (Rafih-Ferreira, Silveiras, Pires, Assumpção-Jr & Moura, 2014) sobre o tema investigou de forma preliminar as relações entre problemas internalizantes e externalizantes e problemas de sono em 83 crianças da faixa pré-escolar, avaliadas por suas mães através do CBCL. As análises revelaram uma possível associação entre problemas de sono e de comportamento, uma vez que os escores internalizantes e externalizantes foram mais altos nas crianças que apresentavam problemas de sono, o que indica que crianças com dificuldades com o sono têm maiores chances de apresentar pontuações altas nas síndromes que compõem o perfil internalizante e externalizante do instrumento CBCL pré-escolar.

A possível associação entre problemas de sono e problemas de comportamento elucida a importância do tratamento para insônia infantil, mostrando uma contribuição na melhora dos comportamentos diurnos das crianças. Isso foi demonstrado nos resultados da presente pesquisa, corroborando estudos anteriores com delineamento randomizado. Pinilla e Birch (1993) avaliaram o temperamento da criança por meio do instrumento *Bate's Infant Characteristics Questionnaire* e, comparados ao grupo controle, os resultados demonstraram que, após a intervenção, os pais relataram que o comportamento de suas crianças era mais previsível, de modo que os pais tinham um maior controle sobre seus filhos. Seymour, Brock, During e Poole (1989) apontaram que 73% dos pais reportaram mudanças positivas no comportamento diurno de suas crianças após serem submetidos ao tratamento comportamental para insônia.

Para Mindell et al. (2006), um fator provável para esta mudança é o aumento na quantidade e qualidade de sono que as crianças e seus pais experimentam após um tratamento efetivo. Outro fator que merece evidência é que a intervenção envolve

modificações dos comportamentos dos pais e do ambiente, e consequentemente interfere nas respostas das crianças. A consistência do comportamento dos pais no momento de dormir, por meio de estabelecimentos de limites e modificação do ambiente, por meio de rotinas, pode ser generalizada também para os comportamentos durante o dia.

Quanto ao sono das mães, para aquelas que participaram da intervenção, os resultados demonstraram melhora na eficiência do sono e redução de tempo acordadas na análise controle vs. intervenção, e melhora na latência para início do sono na análise pré e pós. Esses dados indicam que, com a intervenção, as mães apresentaram melhoras nos padrões de sono. Resultados similares foram encontrados nos estudos de Mindell et al. (2011a) e Mindell et al. (2011b), que avaliaram o sono das mães por meio do *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)* e sugeriram que a intervenção comportamental para insônia via internet produziu melhoras no sono das mães participantes.

Em relação aos comportamentos maternos avaliados pelo ASR, de maneira geral não houve um número elevado de mães classificadas como clínicas nos itens avaliados. Contudo, entre estes, houve maior número de classificações clínicas nos problemas de comportamento internalizante e total de problemas de comportamento em ambos os grupos. Entretanto, após o tratamento, um número considerável de mães deixaram de ter escores clínicos para problemas de comportamento. O grupo intervenção apresentou uma tendência de melhora nesses domínios. Esses resultados foram mantidos também no período de seguimento. Ao considerar a avaliação pré e pós de todos os participantes, a análise estatística demonstrou diferença detectável nos domínios de problemas de comportamento externalizante, internalizante e total de problemas de comportamento entre o período de avaliação e depois do término do tratamento. No entanto, o valor de d foi pequeno nesses itens, o que pode indicar uma diferença pouco notável nas pontuações entre os períodos.

Boa parte das mães considerou que a intervenção ajudou em outras questões não relacionadas às crianças, como estresse, relacionamento conjugal e organização do ambiente. A percepção materna sobre comportamentos não relacionados à criança vai ao encontro com a hipótese de que a qualidade de sono infantil pode influenciar nos comportamentos maternos, no humor materno e na relação conjugal. Contudo, na presente pesquisa, apesar de as mães relatarem melhoras no relacionamento, poucas foram classificadas como clínicas para problemas no relacionamento conjugal, pela

avaliação do ASR. Uma hipótese para este dado é que talvez o ASR não seja uma medida sensível para avaliar o relacionamento conjugal de forma complexa.

Outros estudos de intervenção comportamental para insônia infantil também avaliaram o comportamento da mãe. O foco na mãe provavelmente ocorre porque na maioria das famílias é a mãe quem assume os principais cuidados com a criança, especialmente no momento de dormir e durante os despertares noturnos. Não há estudos publicados que utilizaram o ASR para avaliar os comportamentos maternos relacionados com a insônia em crianças. No entanto, outros instrumentos foram utilizados para avaliar o humor materno. Condizentes com os resultados desta pesquisa, que demonstraram maior comprometimento de problemas internalizantes nas mães durante a avaliação, os demais estudos encontraram presença de depressão associada à insônia infantil e redução desta após a intervenção. Nos estudos de Pritchard e Appleton (1988) e Scott e Richards (1990), a intervenção comportamental resultou em melhoras no estado mental da mãe, avaliado por meio do instrumento *General Health Questionnaire*. Os sintomas de depressão materna, avaliados pelo instrumento *Edinburgh Pós-natal Depression Scale*, também demonstraram redução significativa nas pesquisas de Hiscock e Wake (2002) e Hiscock et al. (2008). Nos estudos de Mindell et al. (2009) e Mindell et al. (2011a), a intervenção com o estabelecimento de rotinas levou a resultados favoráveis no humor das mães, avaliado pelo instrumento *Profile of Mood states (PoMs.)*.

De acordo com Sadeh et al. (2010), os problemas de comportamento dos pais, bem como problemas cognitivos e emocionais destes, podem contribuir para comportamentos parentais dependentes, isto é, contato físico excessivo e pouco incentivo da autonomia infantil na hora do sono, influenciando a qualidade do sono da criança. Os autores sugerem que comportamentos parentais que incentivam a independência da criança, com assistência mínima no momento de dormir, estão associados com maior consolidação do sono infantil, em contraste com a excessiva assistência e o envolvimento parental na hora do sono, que estão associados ao aumento de despertares à noite. Tal aspecto foi observado na presente pesquisa, ao demonstrar que as orientações encorajaram os pais no desenvolvimento da independência da criança no momento de dormir e, conseqüentemente, houve melhora no sono da criança.

Deste modo, Sadeh et al. (2010) enfatizam que comportamentos parentais e sono infantil envolvem uma relação bidirecional e dinâmica, de modo que a má qualidade de

sono infantil pode ser influenciada por comportamentos parentais ao mesmo tempo em que constitui um estressor familiar e um fator de risco para depressão materna. Considerando a forte associação entre distúrbios de sono e risco para depressão materna, é possível que a redução dos sintomas de depressão e estresse decorra da melhoria dos padrões de sono materno após a intervenção (Mindell et al., 2006).

Todas as mães da presente pesquisa relataram ter aprendido com a intervenção e possuir sentimentos positivos em relação a esta. A satisfação com o tratamento comportamental também foi observada em dois estudos. No estudo de Reid et al. (1999) as mães relataram satisfação e que recomendariam a técnica de extinção para outras mães cujos filhos apresentam dificuldades com o sono. No estudo de Mindell et al. (2011b), após um ano do término do tratamento, as mães relataram que as técnicas aprendidas na intervenção foram úteis e grande parte delas relatou continuar a utilizar o estabelecimento de rotina com suas crianças.

Um número considerável de mães relatou dificuldade na aplicação da intervenção. Tais dificuldades podem ser decorrentes da denominada “*extinction burst*”, isto é à “explosão” de repostas que ocorrem no início do procedimento de extinção. A frequência e gravidade dos comportamentos inadequados na hora de dormir da criança aumentam substancialmente durante as primeiras noites do tratamento. Quando um comportamento inadequado é ignorado, a tendência é um aumento acentuado na frequência deste comportamento, antes da redução. Assim, após as mães ignorarem os choros e protestos do filho, o comportamento de chorar e protestar se intensificaram. Este fato faz com que muitas mães deem atenção à criança na tentativa de cessar os protestos, e neste momento ocorre o reforçamento intermitente, que prejudica a rápida extinção da resposta inadequada.

O reforçamento intermitente pode ocorrer pela dificuldade de os pais suportarem a aversividade do aumento da frequência do comportamento inadequado, ou pelos pais, apesar de serem alertados sobre a explosão da extinção, interpretarem essa condição como evidência de que o tratamento não está funcionando. Contudo, apesar da aversividade da “*extinction burst*”, estudiosos (Didden et al., 2011; Kuhn, 2014; Reid et al., 2009) apontam a sua ocorrência como um sinal da eficácia do procedimento, e não de sua ineficácia, por ser um sinal de que a criança está consciente da mudança de contingência e demonstrar uma consequente alteração no comportamento.

Kuhn (2014) aponta que a “*extinção burst*” é possivelmente um fator responsável pela dificuldade de adesão às intervenções, bem como pelo abandono do tratamento. Frente a esse aspecto, a autora aponta a importância de questionar e conhecer a tolerância dos cuidadores frente aos choros/protestos da criança. Considerando a aversividade do choro e o quanto isso pode influenciar a resposta dos pais, Kuhn (2014) indica a possibilidade de os pais aprenderem habilidades de autorregulação para se tornarem menos hiper-reativos ao choro da criança. No estudo de Tyson (1996), por exemplo, que usou a dessensibilização sistemática frente à aversividade do choro, os resultados apontaram que mulheres que passaram pelo treino de dessensibilização tiveram ansiedade significativamente reduzida diante de respostas de choro. No entanto, esse experimento foi realizado em um laboratório. Para maior aprofundamento desta questão, são necessárias pesquisas que explorem essas intervenções no contexto das dificuldades de sono na infância.

É interessante notar que a maior parte das mães que apontaram dificuldades na implementação das orientações era do grupo intervenção. Apesar de esse grupo ter significativamente maior escolaridade e estrato social, foram essas mães que relataram maior dificuldade. Esses dados sugerem que não necessariamente a escolaridade e o estrato social entram como variáveis influenciadoras na facilidade de sua aplicação. Outra possibilidade é que algumas mães poderiam encontrar dificuldade na implementação por passarem menos tempo com a criança durante o dia e aplicar a extinção durante a noite poderia estar associado com sentimento de culpa. E que talvez mães com maior escolaridade e estrato social tenham um maior sentimento de culpa. Contudo para uma discussão mais aprofundada, esta hipótese deve ser melhor explorada em outros estudos que investiguem a quantidade de horas durante o dia que as mães passam com suas crianças bem como o sentimento de culpa associado ao choro e protestos de seus filhos. Outra hipótese levantada é que o grupo controle, por ficar mais tempo em contato com a pesquisadora realizando registros de diários e permanecer em lista de espera para o tratamento, tenha adquirido uma maior tolerância.

A efetividade dos tratamentos comportamentais depende de uma análise funcional do contexto, da modificação de estímulos ambientais e de padrões comportamentais (Ferreira, Soares & Pires, 2010). Tais aspectos repercutem em médio e longo prazo e não em efeitos imediatos, como é o caso da medicação. Intervenções não

farmacológicas e comportamentais dependem da ação do indivíduo para ocasionar mudanças, e este processo nem sempre ocorre com facilidade.

No presente estudo, algumas mães indicaram que a intervenção e os registros poderiam ocorrer a distância. Embora a maioria dos tratamentos comportamentais para dificuldades com o sono infantil é conduzida de forma presencial, novos formatos estão sendo desenvolvidos, como a modalidade de intervenção on-line. A eficácia da intervenção via Internet foi relatada nos estudos de Mindell et al. (2011a, 2011b), que demonstraram melhoras nos padrões de sono das crianças cujas mães receberam orientações on-line. A possibilidade de os pais não saírem de casa e terem acesso ao tratamento apresenta uma possível estratégia para facilitar o acesso ao tratamento, visto que muitas vezes é difícil para os pais comparecerem à intervenção presencial.

Quanto ao registro do sono a distância, na última década, alguns diários eletrônicos foram desenvolvidos. Blake e Ker (2010), por exemplo, desenvolveram um Diário de Sono eletrônico e apontaram algumas vantagens como baixo custo, fácil manejo para o paciente e possível visualização dos seus registros, menor perda de dados e facilidade nas análises para o profissional, uma vez que é possível ter um banco de dados on-line que permite o acompanhamento do sono ao longo do tempo.

Algumas mães também relataram que deveria ser obrigatório a participação de outros cuidadores na intervenção. Sobre este aspecto Tikotzky, Sadeh, Volkovich, et al. (2015) relataram em recente estudo que a participação do pai nos cuidados com a criança nos primeiros três meses de vida, tanto durante o dia como durante a noite, foi associado com melhor qualidade de sono materno e da criança aos seis meses. Estes dados sugerem a importância da participação do pai nos cuidados com a criança, inclusive a noite, pois contribui tanto para o sono infantil como para o sono e humor materno.

O presente estudo, em consonância com estudos internacionais, demonstra que a intervenção comportamental que inclui educação parental sobre o sono da criança, estabelecimento de rotinas pré-sono, extinção e reforço positivo é eficaz para problemas de sono na infância também para a população brasileira. Esse modelo de intervenção, além de ser eficaz, mostrou-se efetivo também em contexto típico de prática clínica reportada no estudo norte-americano de Byars e Simon (2014), que apontou a viabilidade e efetividade clínica do tratamento baseado em evidências para insônia infantil em contexto real. Considerando que a presente intervenção foi aplicada em

clínica-escola, os resultados deste estudo somados às impressões positivas relatadas pelas mães suportam a ideia de que este protocolo de tratamento possa ser aplicado em contextos de serviços clínicos, como na prática de clínica-escola de psicologia.

Sobre a relação entre o sono e psicologia, no presente estudo observou-se que nenhum cuidador, antes da intervenção, buscou ajuda por profissional de psicologia para o problema de sono da criança. Tal fato indica o quanto o sono ainda é incipiente nesta área de conhecimento, uma vez que as pessoas nem sempre associam que problemas de sono poderiam receber atenção desses profissionais.

Apesar da importância do estudo do sono no curso de psicologia, este ainda encontra-se relegado ao ostracismo no currículo e nas disciplinas do curso. O estudo de Meltzer, Phillips e Mindell (2009) aponta que existem lacunas do conhecimento em sono e distúrbios do sono na formação de psicologia. Na maioria das vezes, os estudos ficam limitados por um pequeno número de professores que se especializam em sono ou ritmo circadiano. Assim, na formação de psicologia, os alunos recebem o mínimo de treinamento em sono e distúrbios de sono no contexto clínico. Com o objetivo de sanar esta lacuna, Peachey e Zelman (2012) desenvolveram e avaliaram um curso sobre sono, que foi aplicado durante dez semanas em profissionais de psicologia. Os resultados apontaram um aumento do conhecimento, autoeficácia, habilidade e confiança dos alunos em sua capacidade de avaliar e aplicar técnicas ensinadas no curso.

Acredita-se que a implementação de um treinamento clínico para o manejo da insônia infantil no curso de psicologia habilitaria futuros profissionais para atuar frente a problemas de sono na infância, tanto na prática clínica quanto em outros contextos que abrangem programas amplos de saúde. Desta forma, esses resultados apontam para a necessidade de disseminação desse conhecimento no Brasil, a partir da possibilidade de aplicação deste protocolo em clínicas-escolas de psicologia, bem como a possibilidade de o profissional de psicologia trabalhar com essa demanda em centros de saúde.

6.1 Limitações

Este estudo apresentou algumas limitações, como a dificuldade dos participantes na utilização dos actígrafos, comprometendo em partes a avaliação da qualidade do sono

por medida objetiva. Apenas um terço dos participantes utilizou actigrafia e não houve avaliação do sono das mães por medidas subjetivas. Assim, menos da metade das mães tiveram o sono avaliado.

6.2 Futuras investigações

A durabilidade dos efeitos do tratamento deve ser averiguada em futuras pesquisas, que avaliem em tempo maior a manutenção dos resultados do tratamento.

Pesquisas que avaliem a tolerância parental frente aos efeitos da extinção e que explorem os fatores que estão associados com o sucesso no tratamento são necessárias e podem contribuir para o desenvolvimento de recursos que possam atender a demandas como dificuldades de adesão ao tratamento.

Para facilitar o acesso às avaliações e tratamentos e reduzir a dificuldade de obter registros de Diários de Sono, Diários de Comportamentos e questionários, como também a evasão de intervenções devido a dificuldades que alguns pais enfrentam em comparecer pessoalmente às sessões de tratamento, novos modelos de intervenção estão sendo desenvolvidos. Além da intervenção on-line já existente e relatada na literatura, novos aplicativos para celulares estão sendo elaborados, constituindo uma área fértil para futuras pesquisas que objetivam avaliar a usabilidade e eficácia destes novos recursos, tanto para avaliações através de registros como diários e questionários eletrônicos quanto para orientações parentais on-line.

Considerando que este protocolo foi eficaz no presente estudo em ambiente controlado, ressalta-se a necessidade de novos estudos visando sanar a lacuna existente entre pesquisa e prática clínica, com o objetivo de verificar a efetividade deste tratamento em contexto não controlado, como em rotinas de atendimento clínico presentes em clínicas-escolas de psicologia e/ou serviços em centros de saúde.

7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo respondem aos objetivos propostos e comprovam as hipóteses iniciais levantadas, ao demonstrarem que as crianças que receberam a intervenção comportamental apresentaram melhora na qualidade de sono, avaliada por medidas subjetivas, caracterizada por menor tempo para adormecer independentemente e sem protestar, maior tempo total de sono e redução nos despertares noturnos. A melhora no sono da criança também foi verificada por medida objetiva, que apresentou redução na latência para início do sono depois de concluída a intervenção, bem como diminuição no tempo acordada e aumento da eficiência do sono no período de seis meses de seguimento.

Como resultados secundários, os dados deste estudo atestaram menores problemas de comportamento nas crianças depois da intervenção, o que pôde ser evidenciado com a redução na pontuação dos problemas externalizantes, internalizantes e total de problemas de comportamento avaliados pelo CBCL, como também pelo decréscimo de crianças pontuadas como clínicas nestes domínios.

Além das melhoras no sono e no comportamento das crianças, a orientação parental revelou melhoras no sono e no comportamento dos cuidadores. As mães das crianças que participaram da intervenção demonstraram melhor qualidade de sono, caracterizada por menor latência de início de sono, redução nos despertares noturnos e melhor eficiência do sono. Os dados do ASR depois da intervenção mostraram reduções nas pontuações clínicas para problemas internalizantes, externalizantes e total de problemas de comportamento, assim como tendência de melhora nesses domínios.

As dificuldades apontadas pelas mães na aplicação da intervenção apontam para necessidade de estudos que explorem a tolerância dos pais frente às respostas aversivas das crianças e que desenvolvam intervenções para o desenvolvimento de habilidades de autorregulação, para que os pais se tornem menos hiper-reativos ao choro da criança no contexto das dificuldades de sono na infância.

Quanto às sugestões maternas em relação à avaliação e intervenção serem realizadas a distância, bem como a possibilidade de os pais não saírem de casa e terem

acesso ao tratamento, considera-se que estas podem ser estratégias para facilitar o acesso ao tratamento e disseminar este protocolo em modelos virtuais de intervenção. Desta forma, futuras investigações podem explorar novos recursos de avaliação e intervenção a distância, como a intervenção on-line a partir de programas de computador e/ou aplicativos de celulares.

A partir dos resultados deste estudo, pode-se concluir que a intervenção comportamental para insônia infantil, por meio de orientação para pais, é eficaz na melhora da qualidade de sono e nos comportamentos diurnos das crianças, trazendo também benefícios ao sono e comportamentos de suas mães.

Evidencia-se a importância do ambiente, somado ao imprescindível papel da relação e do comportamento parental nos padrões de sono e no comportamento das crianças no momento de dormir.

Os resultados demonstram a aplicabilidade deste protocolo em clínicas-escolas de psicologia. Espera-se que este estudo possa estimular futuros ensaios com o objetivo de verificar a efetividade deste protocolo no mundo real, ou seja, em contexto clínico, centros de saúde e clínicas-escolas.

REFERÊNCIAS

- ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2012). *Critério de Classificação Socioeconômica Brasil*. Recuperado em 10 de abril de 2015, de: <http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx>.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Adams, L. A. & Rickert, V. I. (1989). Reducing bedtime tantrums: Comparison between Positive routines and Graduated Extinction. *Pediatrics*, 84, 756-761.
- American Academy of Sleep Medicine. (2005). *International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual*, second ed. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International classification of sleep disorders*, third ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- Bélanger, M. È., Bernier, A., Paquet, J., Simard, V. & Carrier J. (2013). Validating actigraphy as a measure of sleep for preschool children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 9, 701–706.
- Bélanger, M.È., Simard, V., Bernier, A. & Carrier J. (2014). Investigating the convergence between actigraphy, maternal sleep diaries, and the child behavior checklist as measures of sleep in toddlers. *Frontiers in Psychiatry*, 5 (158), 1-9.
- Blake, J. & Kler, D. (2010). Development of an Online Sleep Diary for Physician and Patient Use. *Knowledge Management & E-Learning: An International Journal*, 2(2), 188-202.
- Blunden, S. L. & Chervin, R. D. (2008). Sleep problems are associated with poor outcomes in remedial teaching programmes: A preliminary study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44, 237-242.

- Blunden, S. L. & Chervin, R. D. (2010). Sleep, performance and behavior in Australian indigenous and non-indigenous children: an exploratory comparison. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 10-16.
- Bruni, O., Ottaviano, S., Guidetti, V., Romoli, M., Innocenzi, M., Cortesi, F. et al. (1996). The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC). Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *Journal of Sleep Research*, 5: 251-261.
- Burnham, M. M., Goodlin-Jones, B. L., Gaylor, E. E. & Anders, T. F. (2002). Nighttime sleep-wake patterns and self-soothing from birth to one year of age: a longitudinal intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 43(6), 713-725.
- Byars, K. & Simon, S. (2014). Practice Patterns and Insomnia Treatment Outcomes From an Evidence-Based Pediatric Behavioral Sleep Medicine Clinic. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 2(3), 337-349.
- Byars, K. C., Yeomans-Maldonado, G. & Noll, J. G. (2011). Parental Functioning and Pediatric sleep disturbance: An examination of factors associated with parenting stress in children clinically referred for evaluation of insomnia. *Sleep Medicine*, 12, 898-905.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cortesi, F., Giannotti, F. & Ottaviano, S. (1999). Sleep Problems and Daytime Behavior in Childhood Idiopathic Epilepsy. *Epilepsia*, 40(11), 1557-1565.
- Crabtree, V. M., Korhonenb, J. B., Montgomery-Downs, H. E., Jones, V. F., O'Brien, L. M. & Gozala, D. (2005). Cultural influences on the bedtime behaviors of young children. *Sleep Medicine*, 6, 319-324.
- Didden, R., Sigafoos, J. & Lancioni, G.E. (2011). Unmodified Extinction for Childhood Sleep Disturbance. In: M. Perlis, M. Aloia & B. Kuhn (Orgs.). *Behavioral Treatments for Sleep Disorders: A Comprehensive Primer of Behavioral Sleep Medicine Interventions*. (pp. 257-263). London: Elsevier.
- Durand, V. M. (2008). *When Children Don't Sleep Well*. University Press, Oxford.
- Fallone, G., Owens, J. A. & Deane, J. (2002). Sleepiness in children and adolescents: clinical implications. *Sleep Medicine Review*, 6: 287-306.
- Ferber, R. (2006). *Solve your child's sleep problems*. New York: Fireside Edition.

- Ferreira, V. R., Carvalho, L. B. C., Ruotolo, F., Morais, J. F., Prado, L. B. F. & Prado, G. F. (2009). Sleep disturbance scale for children: translation, cultural adaptation, and validation. *Sleep Medicine*, 10(4), 457-463.
- Ferreira, R. R., Soares, M. R. Z. & Pires, M. L. N. (2010). De volta ao sono: Aspectos comportamentais e cognitivos da insônia. In M. M. C. Hubner, M. R. Garcia, P. R. Abreu, E. N. P. Cilo & P. B. Faleiros (Eds.). *Sobre comportamento e cognição: Avanços recentes das aplicações comportamentais e cognitivas*. (pp. 75-84). Santo André, SP: ESETec.
- Ferreira, R. R., Soares, M. R. Z. & Pires, M. L. N. (2012). A criança que não dorme: aspectos comportamentais da insônia infantil. *Pediatria Moderna*, 48(4), 156-159.
- Ferster, C. B. & Skinner, B. F. (1957). *Schedules of reinforcement*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Gregory, A. M., Ende, J. V., Willis, T. A. & Verhulst, F. C. (2008). Parent-Reported Sleep Problems During Development and Self-reported Anxiety/Depression, Attention Problems, and Aggressive Behavior Later in Life. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162(4), 330-335.
- Halal, C. S. E. & Nunes, M. L. (2014). Education in children's sleep hygiene: which approaches are effective? A systematic review. *Jornal de Pediatria*, 90(5), 449-456.
- Hall, W. A., Zubrick, S. R., Silburn, S. R., Parsons, D. E. & Kurinczuk, J. J. (2007). A model for Predicting Behavioural Sleep problems in a Random Sample of Australian Preschoolers. *Infant and Child Development*, 16, 509-523.
- Hill, C. (2011). Practitioner Review: Effective treatment of behavioural insomnia in children, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(7), 731-741.
- Hiscock, H., Bayer, J. K., Hampton, N., Ukoumunne, O. C. & Wake, M. (2008). Long-term Mother and Child Mental Health Effects of a Population-Based Infant Sleep Intervention: Cluster-Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics*, 122, e621-e627.
- Hiscock, H. & Wake, M. (2002). Randomised Controlled Trial of Behavioural Infant Sleep Intervention to Improve Infant Sleep and Maternal Mood. *BMJ*, 324, 1062-1065.
- Iglowstein, I., Jenni, O. G., Molinari, L. & Largo, R. H. (2003). Sleep Duration From Infancy to Adolescence: Reference Values and Generational Trends. *Pediatrics*, 111(2), 302-307.
- Kerr, S. M., Jowett, S. A. & Smith, L. N. (1996). Preventing Sleep Problems in Infants: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 938-942.
- Kuhn, B. R. (2011). Behavioral Protocol to Promote Independent Sleep Initiation Skills and Reduce Bedtime Problems in Young Children. In: M. Perlis, M. Aloia & B. Kuhn

- (Orgs). *Behavioral Treatments for Sleep Disorders: A Comprehensive Primer of Behavioral Sleep Medicine Interventions*. (pp. 299-309). London: Elsevier.
- Kuhn, B. R. (2014). Practical Strategies for Managing Behavioral Sleep Problems in Young Children. In: J.A. Owens. (Orgs.). *Behavioral Aspects of Sleep Problems in Childhood and Adolescence*. (pp. 181-197). London: Elsevier.
- Meltzer, L. J. (2010). Clinical Management of Behavioral Insomnia of Childhood: Treatment of Bedtime Problems and Night Wakings in Young Children. *Behavioral Sleep Medicine*, 8, 172-189.
- Meltzer, L. J. & Mindell, J. A. (2011). Graduated Extinction: Behavioral Treatment for Bedtime Problems and Night Wakings in Young Children. In M. Perlis, M. Aloia & B. Kuhn. (Orgs). *Behavioral Treatments for Sleep Disorders: A Comprehensive Primer of Behavioral Sleep Medicine Interventions*. (pp. 265-273). London: Elsevier.
- Meltzer, L. J. & Mindell, J. A. (2014). Systematic Review and Meta-Analysis of Behavioral Interventions for Pediatric Insomnia. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(8), 932-948.
- Meltzer, L. J., Phillips, C. & Mindell, J. A. (2009). Clinical Psychology Training in Sleep and Sleep Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 65(3), 305-318.
- Mindell, J. A. & Durand, V. M. (1993). Treatment of childhood sleep disorders: generalization across disorders and effects on family members. *Journal of Pediatric Psychology*, 18(6), 731-750.
- Mindell, J. A., Kuhn, B., Lewin, D. S., Meltzer, L. J. & Sadeh, A. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children – an American academy of sleep medicine review. *Sleep*, 29, 1263–76.
- Mindell, J. A., Meltzer, L. J., Carskadon, M. A. & Chervin, R. D. (2009). Developmental aspects of sleep hygiene: Findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. *Sleep Medicine*, 10, 771-779.
- Mindell, J. A. & Moore, M. (2014). Bedtime Problems and Night Wakings. In: S.H. Sheldon, R. Ferber, M.H. Kryger & D. Gozal (Orgs). *Principles & Practice of Pediatric Sleep Medicine*. (pp. 105-110). London: Elsevier.
- Mindell, J. A., Mond, C. E., Sadeh, A., Telofski, L., Kulkarni, N. & Gunn, E. (2011a). Efficacy of an Internet-Based Intervention for Infant and Toddler Sleep Disturbances. *Sleep*, 34(4), 451-458.
- Mindell, J. A., Mond, C. E., Sadeh, A., Telofski, L., Kulkarni, N. & Gunn, E. (2011b). Long-term Efficacy of an Internet-based Intervention for Infant and Toddler Sleep Disturbances: One Year Follow-Up. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 7(5), 507-511.

- Mindell, J. A., Sadeh, A., Kohyama, J. & How, T.H. (2010). Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: A cross-cultural comparison. *Sleep Medicine*, 11, 393-399.
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Kwon, R. & Goh, D. Y. T. (2013). Cross-cultural differences in the sleep of preschool children. *Sleep Medicine*, 14, 1283-1289.
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Wiegand, B., How, T. H. & Goh, D. Y. T. (2010). Cross-cultural differences in infant and toddler sleep. *Sleep Medicine*, 11, 274-280.
- Mindell, J. A., Telofski, L. S., Wiegand, B. & Kurtz, E. S. (2009). A Nightly Bedtime Routine: Impact on Sleep in Young Children and Maternal Mood. *Sleep*, 32(5), 599-606.
- Mistry, K. B., Minkovitz, C. S., Strobino, D. M. & Borzekowski, D. L. G. (2007). Children's Television Exposure and Behavioral and Social Outcomes at 5.5 Years: Does Timing of Exposure Matter? *Pediatrics*, 120(4), 762-769.
- Moore, M. (2010). Bedtime Problems and Night Wakings: Treatment of Behavioral Insomnia of Childhood. *Journal of clinical psychology: in session*, 66(11): 1195-1204.
- Moore, M., Meltzer, L. J. & Mindell, J. A. (2008). Bedtime Problems and Night Wakings in Children. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 35, 569-581.
- Morgenthaler, T. I., Owens, J., Alessi, C., Boehlecke, B., Brown, T. M., Coleman, J. et al. (2006). Practice Parameters for Behavioral Treatment of Bedtime Problems and Night Wakings in Infants and Young Children. *Sleep*, 29(10): 1277-1281.
- National Sleep Foundation. (2004). *Sleep in America poll: Children and sleep*. Recuperado em 09 de abril de 2015, de: www.sleepfoundation.org/sites/default/files/FINAL%20SOF%202004.pdf
- Nunes, M. L. (2002). Distúrbios do Sono. *Jornal de Pediatria*, 78(1), S63-S72.
- Nunes, M. L. & Cavalcante, V. (2005). Avaliação clínica e manejo da insônia em pacientes pediátricos. *Jornal de Pediatria*, 81(4): 277-286.
- Owens, J. (2004). Sleep in children: Cross-cultural perspectives. *Sleep and Biological Rhythms*, 2, 165-73.
- Owens, J. A. (2007). Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Sleep Medicine Clinics*, 2: 353-361.
- Owens, J. A. & Mindell, J. A. (2005). *Take charge of your child's sleep: The all-in-one resource for solving sleep problems in kids and teens*. New York: Avalon.

- Owens, J. A. & Mindell, J. A. (2011). Pediatric Insomnia. *Pediatric Clinics of North America*, 58, 555-569.
- Paine, S. & Gradisar, M. (2011). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for behavioural insomnia of childhood in school-aged children. *Behavior Research and Therapy*, 49, 379-388.
- Peachey, J. T. & Zelman, D. (2012). Sleep Education in Clinical Psychology Training Programs. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(1), 18-27.
- Pereira, E. F., Teixeira, C. F. & Louzada, F. M. (2010). Sonolência diurna excessiva em adolescentes: prevalência e fatores associados. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(1), 98-103.
- Pinilla, T. & Birch, L. L. (1993) Help Me Make it Through the Night: Behavioral Entrainment of Breast-fed Infants 'sleep Patterns [see comments]. *Pediatrics*, 91, 436-444.
- Pires, M. L. N. & Pradella-Hallinan, M. (2008). Alterações do ritmo circadiano do sono e de vigília em crianças cegas ou com atraso no desenvolvimento e o uso de melatonina. In: S. Tufik (Org). *Medicina e Biologia do Sono*. (pp. 139-146). Barueri: Manole.
- Pires, M. L. N., Silveiras, E. F. M., Rafihi-Ferreira, R., Rocha, M. M., Fernandes, L. F. B. & Melo, M. B. (2014). Reprodutibilidade e consistência interna do CBCL/1,5-5 e problemas de comportamento em uma amostra crianças pré-escolares. *Anais da 44 Reunião Anual de Psicologia*.
- Pires, M. L. N., Vilela, C. B. & Câmara, R. L. (2012). Desenvolvimento de uma medida de hábitos de sono e aspectos da prevalência de problemas comportamentais de sono na infância: uma contribuição. In N. S. Filho, D. P. S. A. Ribeiro & H. R. Rosa (Orgs.). *Processos Clínicos e Saúde Mental*. (pp. 167-192). São Paulo: Cultura Acadêmica Editora & Vetor Editora.
- Potasz, C., Carvalho, L. B. C., Natale, V. B., Russo, C. R. A., Ferreira, V. R., Varela, M. J. V. et al. (2008). Influência dos distúrbios do sono no comportamento da criança. *Revista Neurociências*, 16 (2), 124-129.
- Pradella-Hallinan, M. & Moreira, G. A. (2008). Sono Normal e Distúrbios de Sono da Criança e do Adolescente. In S. Tufik (Org.). *Medicina e Biologia do Sono*. (pp.147-160). São Paulo: Manole.
- Pritchard, A. & Appleton, P. (1988). Management of Sleep Problems in Pre-school Children. *Early Child Development and Care*, 34, 227-240.
- Rafihi-Ferreira, R., Pires, M. L. N. & Silveiras, E. F. M. (2014). Intervenção Comportamental para Insônia em Crianças: Revisão da Literatura. In: C. Vichi, E.

- Huziwara, H. Sadi & L. Postalli. (Orgs.). *Comportamento em Foco 3*. (pp. 405-420). São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental.
- Rafihi-Ferreira, R., Silveiras, E. F. M., Pires, M. L. N., Assumpção-Jr, F. B. & Moura, C. B. (2014). *Sono Infantil e Comportamento Internalizante e Externalizante: um estudo preliminar*. [Manuscrito submetido a publicação].
- Rafihi-Ferreira, R., Soares, M. R. Z., Vilela, C. B., Moschioni, M. F. & Pires, M. L. N. (2014). Avaliação e Estratégias Comportamentais para o Tratamento de Problemas de Sono em Crianças. In: V. B. Haydu, S. A. Fornazari & C. R. Estanislau. (Orgs.). *Psicologia e Análise do Comportamento: Conceituações e Aplicações à Educação, Organizações, Saúde e Clínica*. (pp.497-516). Londrina: Universidade Estadual de Londrina.
- Reid, G. J. Huntley, E. D. & Lewin, D. S. (2009). Insomnias of Childhood and Adolescence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 979-1000.
- Reid, M. J., Walter, A. L. & O'Leary, S. G. (1999). Treatment of young children's bedtime refusal and night time waking: A comparison of "standard" and graduated and ignoring procedures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 5-16.
- Richman, N. & Graham, P. (1971). A behaviour screening questionnaire for use with three year old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 12, 5-33.
- Rickert, V. I. & Johnson, C. M. (1988). Reducing Nocturnal Awakening and Crying Episodes in Infants and Young Children: A Comparison Between Scheduled Awakenings and Systematic Ignoring. *Pediatrics*, 81, 203-212.
- Rocha, M. M., Silva, G. J. S. & Silveiras, E. F. M. (2010). *Validation evidences for the Brazilian versions of Adult Self Report (ASR) and Adult Behavior checklist (ABCL)*. [Manuscrito submetido a publicação].
- Romeo, D. M., Bruni, O., Brogna, C., Ferri, R., Galuccio, C., Clemente, V. D., Di Jorio, M., Quintiliani, M., Ricci, D. & Mercuri, E. (2013). Application of the Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC) in preschool age. *European Journal of Paediatric Neurology*, 17, 474-382.
- Ronen, T. (1991). Intervention Package for Treating Sleep Disorders in a Four Year Old Girl. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22(2), 141-148.
- Sadeh, A. (1994). Assessment of Intervention for Infant Night Waking: Parental Reports and Activity-based Home Monitoring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 63-68.
- Sadeh, A., Gruber, R. & Raviv, A. (2002) Sleep neurobehavioral functioning, and behavior problems in school-age children. *Child Development*, 73, 405-417.

- Sadeh, A., Mindell, J.A., Luedtke, K., Wiegand, B. (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *Journal of Sleep Research*, 18, 60-73.
- Sadeh, A. Tikotzky, L. & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 89-96.
- Salti, R., Tarquini, R., Stagi, S., Perfetto, F., Cornélissen, G., Laffi, G., Mazzocchi, G. & Halberg, F. (2006). Age-dependent association of exposure to television screen with children's urinary melatonin excretion? *Neuroendocrinology Letters*, 27, 73-80.
- Scher, A., Zukerman, S. & Epstein, R. (2005). Persistent night waking and settling difficulties across the first year: early precursors of later behavioural problems? *Journal of reproductive and Infant Psychology*, 23(1), 77-88.
- Schlarb, A. A., Velten-Schurian, K., Poets, C. F. & Hautzinger (2011). First effects of a multicomponent treatment for sleep disorders in children. *Nature and Science of Sleep*, 3, 1-11.
- Scott, G. & Richards, M.P. (1990). Night Waking in Infants: Effects of Providing Advice and Support for Parents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 551-567.
- Seymour, F.W., Brock, P., During, M. & Poole, G. (1989). Reducing Sleep Disruptions in Young Children: Evaluation of Therapist-guided and Written Information Approaches: A Brief Report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 913-918.
- Shang, C. H., Gau, S. S. F. & Soong, W. T. (2006). Association between childhood sleep problems and perinatal factors, parental mental distress and behavioral problems. *Journal of Sleep Research*, 15, 63-73.
- Sheldon, S. H. (2014). Development of Sleep in Infants and Children. In: S. H. Sheldon, R. Ferber, M.H. Kryger & D. Gozal. (Orgs). *Principles & Practice of Pediatric Sleep Medicine*. (pp. 17-24). London: Elsevier.
- Simard, V., Bernier, A., Bélanger, M. & Carrier (2013). Infant Attachment and Toddlers' Sleep Assessed by Maternal Reports and Actigraphy: Different Measurement Methods Yield Different Relations. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(5), 473-483.
- Skinner, B. F. (1953/1998) *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Sourander, A. (2001). Emotional and behavioural problems in a sample of Finnish three-year-olds. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 98-104.
- Souza, L., Benedito-Silva, A. A., Pires, M. L. N., Poyares, D., Tufik, S. & Calil, H. M. (2003). Further validation of actigraphy for sleep studies. *Sleep*, 26:81-85.

- Stein, M. A., Mendelsohn, J., Obermeyer, W.H., Amromin, J. & Benca, R. (2001). Sleep and Behavior Problems in Scholl-aged Children. *Pediatrics*, 107(4), e60.
- Sitnick, S. L., Goodlin-Jones, B. L. & Anders, T. F. (2008). The Use of Actigraphy to Study Sleep Disorders in Preschoolers: Some Concerns about Detection of Nighttime Awakenings. *Sleep*, 31(3), 395-401.
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Lack, C. W., Geffken, G. R., Jacob, M. L. & Goodman, W. K. (2008). Sleep-related problems in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 877-885.
- Tikotzky, L. & Sadeh, A. (2010). The role of cognitive-behavioral therapy in behavioral childhood insomnia. *Sleep Medicine*, 11, 686-691.
- Tikotzky, L., Sadeh, A., Volkovich, E., Manber, R., Meiri, G., & Shahar, G. (2015). Infant sleep development from 3 to 6 months postpartum: links with maternal sleep and paternal involvement. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 80, 107-124.
- Tyson, P. D. (1996). Biodesensitization: Biofeedback-Controlled Systematic Desensitization of the Stress Response to Infant Crying. *Biofeedback and Self-Regulation*, 21(3), 273-290.

ANEXOS

ANEXO I – Parecer de aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

PROJETO DE PESQUISA

Título: Intervenção Comportamental para Problemas de Sono na Infância

Área Temática:

Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 05160812.2.0000.5561

Pesquisador: Renatha El Rafihi Ferreira

Instituição: INSTITUTO DE PSICOLOGIA ((USP))

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 105.316

Data da Relatoria: 24/09/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa de doutorado da pesquisadora principal, sendo este um estudo para avaliar a eficácia de um programa de intervenção comportamental com pais para melhorar a qualidade do sono de suas crianças. (ESTRATÉGIA DE RECRUTAMENTO DOS SUJEITOS). Serão realizadas cinco sessões educativas, com informações sobre sono e técnicas baseadas condicionamento operante de manejo de comportamentos associados ao dormir, com pais de 60 crianças entre 1 e 5 anos de idade com diagnóstico de problemas de sono. Estes serão distribuídos randomicamente em dois grupos, experimental e controle. Tanto pais quanto crianças passarão por avaliações pré e pós intervenção, além de acompanhamento, para se verificar eficácia do procedimento na melhora do comportamento e da qualidade do sono das crianças e de seus cuidadores. A relevância do projeto se justifica pela constatação da autora do projeto de que há poucas pesquisas conduzidas no Brasil sobre problemas de sono na infância. Além disto, estudos internacionais apontam que em torno de 30 % das crianças apresentam problemas relacionados à qualidade do sono e que estes constituem fatores de risco para problemas de ansiedade/depressão e agressividade na vida adulta.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a eficácia de uma intervenção comportamental com pais, de filhos com idade entre 1 e 5 anos que apresentam problemas de insônia, para melhorar a qualidade do sono e hábitos associados, tanto das crianças quanto de seus cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se risco mínimo em relação aos procedimentos de pesquisa, mas caso sejam detectados, a equipe de pesquisadores se compromete a interromper o estudo se necessário, prestar assistência e acompanhamento dos pais e das crianças no que for necessário. Quanto aos benefícios elenca-se os benefícios diretos

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

aos pais

e crianças na melhora da qualidade e extensão do período contínuo de sono, além da produção de conhecimento sobre o tratamento da insônia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tendo em vista a boa revisão de literatura, clareza e objetividade na apresentação do projeto, bem como dados do currículo da pesquisadora principal e equipe da pesquisa, de que esta está preparada para conduzir adequadamente a pesquisa proposta, conforme cronograma proposto, sem prejuízos aos sujeitos. Vale ressaltar dois cuidados importantes, tendo em vista a metodologia adotada no estudo:

- Planejou-se o recrutamento de sujeitos a partir de publicidade do edital do estudo/intervenção. Estes serão submetidos a avaliações e se não atenderem aos critérios de inclusão no estudo, serão encaminhados para avaliação médica em caso de problemas de ordem sensorial e neurológica e a outros programas das Clínicas Escolas das instituições co-participantes.

- Está previsto o oferecimento do mesmo programa de intervenção oferecido ao grupo experimental, também ao grupo controle, após um mês da aplicação do pós-teste, de modo que os selecionados para compor este grupo não fiquem em desvantagem.

Questão ao pesquisador: parte-se da hipótese de que o procedimento vai ser efetivo para o grupo experimental, logo ele será bom para o grupo controle também, após a finalização do pós-teste. E se o estudo não confirmar esta hipótese? O que o pesquisador planeja fazer em relação ao grupo controle para não mantê-lo

em desvantagem?

Sugestão do colegiado do CEPH-IPUSP: realizar intervenção com os dois grupos ao mesmo tempo, da maneira prevista com o experimental e a realização de também cinco sessões com o grupo controle, mas oferecendo a discussão sobre um outro tema não relacionado aos comportamentos e problemas de sono.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão presentes a apresentação do projeto, Folha de rosto com as assinaturas e identificações adequadas, o TCLE com todas as informações indicadas na Resol. 196/96, e a carta de aceitação do estudo de apenas duas das três instituições co-participantes. Além destes, a pesquisadora incluiu voluntariamente cópia de todos os instrumentos de coleta (pré, pós e pós-pós teste) anexos, bem como interface REBEC.

Recomendações:

Em parecer anterior foram feitas as seguintes recomendações à pesquisadora:

- Esclarecer se na intervenção será necessária a participação de pai e mãe ou apenas um dos pais/cuidadores. A pesquisadora esclarece no TCLE que será o cuidador principal;

- Sugeriu-se que o contato do CEPH-IPUSP fosse disponibilizado no TCLE, o que foi feito;

- Como o estudo envolve indiretamente também as crianças, sugeriu-se que estas (as que já souberem se expressar verbalmente) recebam alguma informação adequada à sua capacidade de compreensão sobre o que vai acontecer com elas durante o estudo e que seu desejo de participação seja também respeitado.

- Incluir autorização de todas as instituições co-participantes, onde serão recrutados os sujeitos e realizada a coleta de dados, sendo elas as Clínicas-escolas dos seguintes centros:USP, UNESP e UEL.

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Não constava a carta de autorização da USP, a qual foi incluída;

- Revisão do procedimento adotado junto ao grupo controle. Quanto a este item, a pesquisadora informa que caso o procedimento em investigação não surta o resultado esperado, ou seja, caso "os problemas de sono da criança ainda persistam, o número de sessões será expandido. Se ainda assim o tratamento não surtir efeito positivo, será feito encaminhamento para psicoterapeuta desvinculado da pesquisa."

Restam não respondidas as pendências:

- Como o estudo envolve indiretamente também as crianças, sugeriu-se que estas (as que já souberem se expressar verbalmente) recebessem alguma informação adequada à sua capacidade de compreensão sobre o que vai acontecer com elas durante o estudo e que seu desejo de participação seja também respeitado.

A esse respeito a pesquisadora esclarece que: "A intervenção envolve crianças de 1 a 5 anos com problemas de sono. No entanto, a pesquisadora terá contato apenas com o cuidador, uma vez que a intervenção consiste em orientações para cuidadores de crianças com problemas de sono. Caso a criança manifeste (verbalmente ou não) que não quer utilizar o actígrafo, os cuidadores são orientados a não insistirem no seu uso. Esta informação foi incluída nas novas versões do projeto e do TCLE."

OBS: O colegiado do CEP recomenda não manter no TCLE a frase "Em caso de dano pessoal causado pelos procedimentos expostos neste estudo (nexo causal comprovado), o(a) participante tem direito de tratamento, bem como de indenização legalmente estabelecidas".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não restando pendências e as inadequações sanadas, considera-se o projeto APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado, decidido em reunião do colegiado do CEPH-IPUSP, no dia 24/09/2012.

SAO PAULO, 24 de Setembro de 2012

Assinado por:
FRAULEIN VIDIGAL DE PAULA

ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Capítulo IV, itens 1 a 3 da Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde)

Prezado(a) Sr(a).

Estamos convidando pais (o principal cuidador) de crianças de 1 a 5 anos, com dificuldades para dormir, para participarem do estudo “Intervenção Comportamental para Problemas de Sono na Infância”. O resultado deste trabalho irá contribuir no desenvolvimento e aprimoramento de tratamentos para problemas de sono em crianças. O estudo está sob responsabilidade da pesquisadora Renatha El Rafihi Ferreira, RG nº7.654079-9, CRP:06/89967 -08/IS -157, que pode ser contactada nos telefones, (011) 8555 3387, (018) 9105 5910, (043) 9111 0917.

Este trabalho faz parte do projeto de doutorado da pesquisadora, em Psicologia Clínica, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, orientado pela Profa. Dra. Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras (Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP, Av. Prof. Lúcio Martins Rodrigues, telefone 11 37211003) e co-orientação da Dra. Maria Laura Nogueira Pires (Departamento de Psicologia Experimental e do Trabalho, Unesp/Câmpus de Assis, Av. Dom Antônio 2100, telefone 18 33025896).

Qualquer dúvida quanto os aspectos éticos poderão ser esclarecidas no telefone (11) 3091 4182 ou pelo e-mail ceph.ip@usp.br. Este termo está elaborado em duas vias. Depois de lido, rubricado e assinado, uma via ficará em seu poder e a outra via em poder da pesquisadora responsável.

A Pesquisa:

- a) Justificativa: Dificuldades com o sono podem prejudicar a aprendizagem, a memória e o comportamento da criança, podendo também deixá-la irritada, agitada e triste. Além disso, os problemas de sono da criança também prejudicam o sono dos pais/cuidadores, afetando o dia a dia da família.
- b) Objetivo: Esta pesquisa tem por objetivo avaliar os benefícios de um tratamento para problemas de sono na infância por meio de um programa dirigido aos pais.
- c) Procedimento: Os encontros entre a pesquisadora e o cuidador principal serão realizados nas dependências da Clínica-Escola de Psicologia da Universidade, e terão duração de 60 minutos. No primeiro encontro será feita uma entrevista, onde serão levantadas informações sócio-demográficas da família, histórico de problemas de sono na criança e na família e sobre a saúde geral da criança. Os pais/cuidadores também serão orientados quanto ao preenchimento de questionários e receberão instruções quanto ao uso de diários de sono e de comportamentos e de actígrafos, que deverão ser usados por no mínimo 7 dias. Os questionários são preenchidos pelo cuidador principal e ajudarão entender as características de sono e comportamentos da criança e do cuidador. Os diários de sono e de comportamentos serão usados para anotar os horários de dormir e de acordar da criança e os comportamentos que ela apresenta antes de dormir e quando ela acorda durante a noite. O actígrafo é um aparelho que irá registrar o sono da criança e do seu cuidador, ajudando a conhecer o quanto o sono é repousante. Ele tem o tamanho de um relógio e deverá ser mantido no pulso durante a noite. Caso a criança manifestar recusa na utilização do actígrafo, os cuidadores não deverão insistir na

sua utilização. Após esta avaliação inicial, os participantes serão distribuídos por sorteio em 2 grupos: Grupo Tratamento e Grupo Lista de Espera.

Grupo Tratamento: o tratamento consistirá de 5 sessões, sendo as 3 primeiras semanais e 2 quinzenais. As sessões serão individuais com o cuidador principal da criança participante. Serão abordadas orientações e técnicas para lidar com os problemas de sono do seu filho/sua filha, e discutidos os dados dos diários de sono, de comportamentos e dos registros de actigrafia feitos durante o período. Os benefícios do tratamento serão avaliados em três momentos: uma semana, um mês e 6 meses após o término do tratamento. Para isso, serão usados os diários de sono, actigrafia e questionários.

Grupo Lista de Espera: os participantes do Grupo Lista de Espera deverão aguardar cerca de três meses para começar o tratamento. Durante esse período de espera serão usados diários de sono, actigrafia e preenchimento de questionários. A pesquisadora manterá contato constante com o grupo controle a fim de instruí-los quanto aos registros. Os benefícios do tratamento serão avaliados uma semana após o término das 5 sessões inicialmente previstas e para isso serão usados os diários de sono, actigrafia e questionários. Caso os problemas de sono da criança ainda persistam, o número de sessões será expandido. Se ainda assim o tratamento não surtir efeito positivo, será feito encaminhamento para psicoterapeuta desvinculado da pesquisa.

d) **Riscos/Desconfortos:** A entrevista inicial, o preenchimento de questionários, utilização de actígrafos e orientações para o manejo dos problemas de sono apresentam riscos mínimos, mas caso alguma questão ou orientação cause qualquer tipo de desconforto, todos os cuidados serão tomados para adequar o procedimento às suas necessidades, ou, interromper a pesquisa para atendê-lo. Os pesquisadores o ajudarão no que for necessário, sendo responsáveis pelo acompanhamento, informação e assistência. No decorrer da pesquisa, todos os procedimentos serão esclarecidos antes de serem realizados.

e) **Benefícios esperados:** O primeiro benefício esperado é a melhora da qualidade de sono da criança. Além disso, sua participação contribuirá para o desenvolvimento e aprimoramento de tratamentos para problemas de sono em crianças.

f) **Liberdades/Garantias:** Você possui total liberdade para recusar-se a participar desta pesquisa ou de retirar o seu consentimento, a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo. Você possui total liberdade de não responder às perguntas ou não participar de orientações que possam causar-lhe constrangimento.

g) **Sigilo/Anonimato:** Suas informações serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer etapa do estudo. Garantimos o sigilo das informações coletadas e o seu anonimato. Respeitamos a sua privacidade, mantendo em segredo as suas informações pessoais no decorrer da pesquisa e após a conclusão desta.

h) **Despesas/Indenização:** Esta pesquisa não resultará em gastos, despesas ou prejuízos para você. No caso de eventual despesa ou dano, assumiremos a responsabilidade de ressarcimento e/ou indenização.

i) **Resultados e Publicação:** Você terá o direito de se manter atualizado(a) quanto aos resultados da pesquisa. Informamos que os resultados da pesquisa poderão ser publicados em revistas da área, e apresentados em eventos científicos colaborando, assim, na compreensão do conhecimento teórico-científico e na melhoria de intervenções e tratamentos para problemas de sono em crianças.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG n. _____, abaixo assinado, responsável por _____, concordo com a minha participação e com a participação do (a) meu (minha) filho (a) na pesquisa "Intervenção Comportamental para Problemas de Sono na Infância". Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Renatha El Rafihi Ferreira sobre a pesquisa e ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação, as garantias de confidencialidade e os esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Declaro, ainda, que concordo com a publicação dos resultados desta pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das informações pessoais e do anonimato.

Local e data _____, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Representante Legal

Eu, Renatha El Rafihi Ferreira Psicóloga – CRP 06/89967 – 08/IS - 157, pesquisadora responsável pelo estudo, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito/representante legal para a participação na pesquisa.

Local e data _____, ____ de _____ de ____

Renatha El Rafihi Ferreira

ANEXO III – Roteiro para Entrevista Inicial

Informações da Criança	
Nome:	Sexo:
Data de nascimento:	Idade:
Quais são suas preocupações a respeito do sono do seu filho/sua filha?	
Descreva alguns comportamentos do seu filho/sua filha relacionados ao problema de sono.	
O que você já tentou fazer para resolver o problema de sono do seu filho/sua filha?	
Histórico médico e psiquiátrico	
Frequente congestão nasal	Início do problema:
Dificuldade para respirar	Início do problema:
Sinusite	Início do problema:
Bronquite	Início do problema:
Asma	Início do problema:
Alergias Alérgico(a) a:	Início do problema:
Frequentes resfriados	Início do problema:
Frequentes infecções	Início do problema:
Peso excessivo	Início do problema:
Problemas no coração	Início do problema:
Problemas de visão	Início do problema:
Problemas gastrointestinais	Início do problema:
Problemas de crescimento	Início do problema:
Problemas auditivos	Início do problema:
Problemas na fala	Início do problema:
Problemas renais	Início do problema:

Epilepsia	Início do problema:
Dores de cabeça	Início do problema:
Paralisia cerebral	Início do problema:
Pressão alta	Início do problema:
Doenças cromossômicas (Ex S. Down) Qual:	Início do problema:
Doença genética Qual:	Início do problema:
Problemas na coluna	Início do problema:
Problemas na tireoide	Início do problema:
Problemas de pele	Início do problema:
Dores	Início do problema:
Autismo	Início do problema:
Atraso no desenvolvimento	Início do problema:
Hiperatividade/TDAH	Início do problema:
Ansiedade	Início do problema:
Agitação	Início do problema:
Agressividade	Início do problema:
Por favor, liste quaisquer problemas adicionais médico, psicológico, psiquiátrico, emocional ou comportamental ou de suspeita de diagnóstico fornecido por profissional de saúde.	
Seu filho/sua filha atualmente faz uso de algum medicamento? Qual?	
Seu filho/sua filha já foi hospitalizado? Qual motivo?	
Informações Familiares	
Informações da Mãe	Informações do Pai
Idade:	Idade:
Estado Civil:	Estado Civil:
Escolaridade:	Escolaridade:

Ocupação:		Ocupação:		
Pessoas que vivem na casa:				
Nome	Relação		Idade	
Histórico Familiar - SONO				
Alguém na família tem problema de sono?			Sim	Não
Insônia	Mãe	Pai	Irmão/Irmã	Avô/Avó
Ronco	Mãe	Pai	Irmão/Irmã	Avô/Avó
Apneia	Mãe	Pai	Irmão/Irmã	Avô/Avó
Síndrome das pernas inquietas	Mãe	Pai	Irmão/Irmã	Avô/Avó
Sonambulismo/Terror noturno	Mãe	Pai	Irmão/Irmã	Avô/Avó
Bruxismo	Mãe	Pai	Irmão/Irmã	Avô/Avó
Narcolepsia	Mãe	Pai	Irmão/Irmã	Avô/Avó
Outro:				

ANEXO IV – Diário de Sono

Diário do sono para _____

DATA	Hora de deitar	Hora de levantar	Tempo para adormecer	Quantas vezes acordou	Ao acordar de manhã sentiu-se	O sono foi perturbado por (anote os fatores - ex: dores, frio, calor, barulho, resfriado)
2° Feira - -	__h__min	__h__min	____min	__vezes	Descansado () Cansado ()	
3° Feira - -	__h__min	__h__min	____min	__vezes	Descansado () Cansado ()	
4° Feira - -	__h__min	__h__min	____min	__vezes	Descansado () Cansado ()	
5°Feira - -	__h__min	__h__min	____min	__vezes	Descansado () Cansado ()	
6° Feira - -	__h__min	__h__min	____min	__vezes	Descansado () Cansado ()	
Sábado - -	__h__min	__h__min	____min	__vezes	Descansado () Cansado ()	
Domingo - -	__h__min	__h__min	____min	__vezes	Descansado () Cansado ()	

ANEXO VI – Escala UNESP de Hábitos e Higiene do Sono - Versão Crianças

Nome:_____ Sexo: M F Idade:_____

Quem responde: ☐ Mãe ☐ Pai Outro: _____. Data: __/__/__.

1.Quantas horas a criança dorme à noite?	① <i>9-11 horas</i>	② <i>8-9 horas</i>	③ <i>7-8 horas</i>	④ <i>5-7 horas</i>	⑤ <i>Menos de 5 horas</i>
2.Quanto tempo a criança demora para adormecer?	① <i>Menos de 15min</i>	② <i>15-30 min</i>	③ <i>30-45 min</i>	④ <i>45-60 min</i>	⑤ <i>Mais de 60 min</i>
3. Em geral, durante a semana, a criança vai dormir àsh:.....min e acorda àsh:.....min					
4. Em geral, no fim de semana, a criança vai dormir àsh:.....min e acorda àsh:.....min					

ITENS SOBRE HÁBITOS DE HIGIENE DO SONO (todos os dias)					⑤ Sempre				
					④ Quase sempre (5 ou 6 vezes na semana)				
					③ Algumas vezes (3 ou 4 vezes na semana)				
					② Raramente (1 ou 2 vezes na semana)				
					① Nunca				
1. À noite, a criança faz alguma atividade que a acalma e a prepara fisicamente e mentalmente para a hora do sono? Se sim, quais seriam essas atividades? Marque todas as atividades realizadas.					①	②	③	④	⑤
a. ☐ Tomar banho/escovar os dentes.									
b. ☐ conversar sobre o que aconteceu durante o dia									
c. ☐ Tomar mamadeira.									
d. ☐ Tomar chá que não contém cafeína (erva cidreira, camomila).									
e. ☐ Leitura (a própria criança faz a leitura ou alguém lê histórias para ela).									
f. ☐ Massagem.									
g. ☐ Comer um lanche leve .									
h. ☐ Ouvir música relaxante.									
i. ☐ Alguém conta histórias para ela.									
j. ☐ A criança faz orações.									
k. ☐ Passeio de carro									
l. ☐ Faz brincadeiras calmas									
m. ☐ Desenho									
n. ☐ É embalada no colo ou carrinho									
o. ☐ Outros: _____.									
2. A criança pratica atividades vigorosas ou que a deixam desperta e alerta pouco antes do horário de dormir (joga videogame, usa internet, faz lição de casa assiste à televisão, faz brincadeiras agitadas, etc.)?					①	②	③	④	⑤
3. A criança assiste à televisão, vídeo ou DVD para ajudar a cair no sono?					①	②	③	④	⑤
4. A criança dorme no horário estabelecido?					⑤	④	③	②	①
5. A criança acorda aproximadamente no mesmo horário todos os dias?					⑤	④	③	②	①
6. A criança consome bebida com cafeína (café, chá, Coca-Cola) antes de ir dormir?					①	②	③	④	⑤
7. Bebe líquido em excesso antes de dormir?					①	②	③	④	⑤
8. Dorme com fome?					①	②	③	④	⑤
9. Tira soneca no começo da noite?					①	②	③	④	⑤
10. Reclama de dores quando vai para a cama. (dor de barriga, dor de cabeça, etc.)?					①	②	③	④	⑤
11. A criança sente emoções fortes antes de dormir (Exemplo: tristeza, raiva, ansiedade, etc.)?					①	②	③	④	⑤
12. Vai para a cama com aparência de estar preocupada, perturbada ou assustada?					①	②	③	④	⑤
13. A criança divide a cama (ou berço) com outra pessoa? Se sim, qual o motivo?					①	②	③	④	⑤
a. ☐ Preferência familiar.									
b. ☐ Não há camas ou berços em número suficiente									
c. ☐ A criança tem dificuldade em dormir sozinha na cama									
14. A criança divide o quarto com outra pessoa? Se sim, qual o motivo?					①	②	③	④	⑤
a. ☐ Preferência familiar.									
b. ☐ A estrutura da casa não oferece outra escolha.									

ITENS SOBRE HÁBITOS DE HIGIENE DO SONO (todos os dias)					⑤ Sempre
④ Quase sempre (5 ou 6 vezes na semana)					
③ Algumas vezes (3 ou 4 vezes na semana)					
② Raramente (1 ou 2 vezes na semana)					
① Nunca					
c. ☐ A criança tem dificuldade em dormir sozinha no quarto.					
15. Dorme numa desconfortável (Exemplo: colchão ou travesseiro ruins, cobertores demais ou insuficientes)?	①	②	③	④	⑤
16. Dorme em um quarto desconfortável (Exemplo: muito iluminado ou muito escuro; muito abafado ou muito frio; muito barulhento)?	①	②	③	④	⑤
ITENS SUPLEMENTARES					
1. A criança dorme sozinha, ou seja, ela vai para a cama sonolenta e não precisa que alguém fique ao lado dela para adormecer?	⑤	④	③	②	①
Se sim, qual o motivo da criança não dormir sozinha?					
a. ☐ Preferência familiar.					
b. ☐ A criança tem dificuldade em dormir sozinha e alguém tem que ficar com ela.					
c. ☐ Outros : _____.					
2. A criança adormece em outro lugar antes de ser colocado na cama ?	①	②	③	④	⑤
Se sim, qual o motivo dela adormecer em outro lugar ?					
a. ☐ Preferência familiar.					
b. ☐ A criança tem dificuldade em dormir sozinha.					
c. ☐ Outros : _____.					
3. A criança acorda durante a noite e pede ajuda ou atenção?	①	②	③	④	⑤
4. Acorda durante a noite e vai para a cama dos pais?	①	②	③	④	⑤
5. Acorda aparentando ainda estar com sono ou cansada?	①	②	③	④	⑤
6. O quarto onde a criança dorme tem televisão, ou computador, ou outros aparelhos eletrônicos (vídeo, DVD)?	⑤				①
	S				N
OBSERVAÇÕES:					
Versão 07/12					

ANEXO VII – Escala de Distúrbios do Sono para Crianças e Adolescentes

Nome da criança: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Este questionário permitirá compreender melhor o ritmo sono-vigília de **sua criança** e avaliar se existem problemas relativos a isto. Procure responder todas as perguntas. Ao responder considere cada pergunta em relação aos últimos 6 meses de vida da criança. Preencha ou faça um “X” na alternativa (resposta) mais adequada. Para responder as questões abaixo, sobre **sua criança**, leve em conta a seguinte escala:

1. Quantas horas a criança dorme durante a noite	① 9-11 horas	② 8-9 horas	③ 7-8 horas	④ 5-7 horas	⑤ Menos de 5 horas
2. Quanto tempo a criança demora para adormecer	① Menos de 15 min	② 15-30 min	③ 30-45 min	④ 45-60 min	⑤ Mais de 60 min

	Nunca	Ocasionalmente (1 ou 2 vezes por mês)	Algumas vezes (1 ou 2 vezes por semana)	Quase sempre (3 ou 5 vezes por semana)	Sempre (todos os dias)
3. A criança não quer ir para a cama para dormir	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
4. A criança tem dificuldade para adormecer	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
5. Antes de adormecer a criança está agitada, nervosa ou sente medo.	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
6. A criança apresenta “movimentos bruscos”, repuxões ou tremores ao adormecer.	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
7. Durante a noite a criança faz movimentos rítmicos com a cabeça e corpo	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
8. A criança diz que está vendo “coisas estranhas” um pouco antes de adormecer	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
9. A criança transpira muito ao adormecer	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
10. A criança acorda mais de duas vezes durante a noite	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
11. A criança acorda durante a noite e tem dificuldade em adormecer novamente	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
12. A criança mexe-se continuamente durante o sono.	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
13. A criança não respira bem durante o sono	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
14. A criança pára de respirar por alguns instantes durante o sono	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
15. A criança ronca	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
16. A criança transpira muito durante a noite	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
17. A criança levanta-se e senta-se na cama ou anda enquanto dorme	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
18. A criança fala durante o sono	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
19. A criança range os dentes durante o sono	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
20. Durante o sono a criança grita angustiada, sem conseguir acordar.	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
21. A criança tem pesadelos que não lembra no dia seguinte	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
22. A criança tem dificuldade em acordar pela manhã	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
23. Acorda cansada, pela manhã	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
24. Ao acordar a criança não consegue movimentar-se ou fica como se estivesse paralisada por uns minutos.	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
25. A criança sente-se sonolenta durante o dia	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()
26. Durante o dia a criança adormece em situações inesperadas sem avisar.	① ()	② ()	③ ()	④ ()	⑤ ()

ANEXO VIII – Inventário de Satisfação da Intervenção

Nome:

Para cada questão, circule a resposta que melhor expresse como você realmente se sente.

I. Com respeito às técnicas para lidar com os problemas de sono do meu filho/minha filha, eu penso que eu aprendi

1. nada	2. muito pouco	3. alguma coisa	4. várias coisas	5. muitas coisas
---------	----------------	-----------------	------------------	------------------

II. Com respeito ao relacionamento entre eu e meu filho/minha filha, eu sinto que nós nos entendemos

1. muito pior que antes	2. pouco pior que antes	3. o mesmo que antes	4. pouco melhor que antes	5. muito melhor que antes
-------------------------	-------------------------	----------------------	---------------------------	---------------------------

III. Os problemas de sono que meu filho/minha filha apresentava no início do programa estão

1. muito pior	2. pouco pior	3. o mesmo	4. pouco melhor	5. muito melhor
---------------	---------------	------------	-----------------	-----------------

IV. Em que grau a orientação tem ajudado com outros problemas de comportamentos da criança

1. atrapalhou muito	2. atrapalhou pouco	3. nem atrapalhou nem ajudou	4. ajudou pouco	5. ajudou muito
---------------------	---------------------	------------------------------	-----------------	-----------------

V. Em que grau a orientação tem ajudado com outros problemas gerais, pessoais ou familiares não diretamente relacionados à criança

1. atrapalhou muito	2. atrapalhou pouco	3. nem atrapalhou nem ajudou	4. ajudou pouco	5. ajudou muito
---------------------	---------------------	------------------------------	-----------------	-----------------

VI. Em que grau você teve dificuldades para aceitar e colocar em prática as orientações recebidas no presente programa

1. Muita dificuldade	2. Pouca dificuldade	3. Não tive dificuldade nem facilidade	4. Um pouco de facilidade	5. Muita facilidade
----------------------	----------------------	--	---------------------------	---------------------

VII. Eu sinto que o tipo de atendimento que foi usado para me ajudar a melhorar os problemas de sono da minha criança foi

1. muito fraco	2. fraco	3.adequado	4.bom	5. muito bom
----------------	----------	------------	-------	--------------

VIII. O número de sessões/encontros do programa foi

1. muito insuficiente	2. insuficiente	3. regular	4. suficiente	5. muito suficiente
--------------------------	-----------------	------------	---------------	------------------------

IX. Meu sentimento geral sobre o programa que eu participei é

1. detestei	2. não gostei	3. neutro(a)	4. gostei	5. gostei muito
-------------	---------------	--------------	-----------	-----------------

X. Que parte/elemento do programa de intervenção que você mais gostou?

XI. O que poderia ser modificado ou melhorado no programa de intervenção?