Eduardina Telles Tenenbojm

Eficácia adaptativa, padrão de sono e depressão
em mães de crianças de três a 24 meses com
insônia

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
Título de Doutor em Ciências

Área de Concentração: Neurologia
Orientador: Prof. Dr. Rubens Nelson Amaral de
Assis Reimão

São Paulo
2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Tenenbojm, Eduardina Telles

Eficácia adaptativa, padrão de sono e depressão em mães de crianças de três a 24 meses com insônia / Eduardina Telles Tenenbojm. -- São Paulo, 2008.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Departamento de Neurologia.

Área de concentração: Neurologia.

Orientador: Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão.

Descritores: 1.Sono 2.Distúrbios do início e da manutenção do sono 3.Criança
4.Depressão 5.Adaptação psicológica 6.Relações mãe-filho

USP/FM/SBD-334/08

DEDICATÓRIA

Em primeiro lugar a minha mãe Lavínia e ao meu pai José, que me deram vida e também parte de suas vidas. Com ela aprendi a não desistir de meus sonhos e a acreditar que eram possíveis. Ele, que partiu tão prematuramente, primeiro a quem eu quis agradecer, continua a me inspirar.

Ao Ricardo, companheiro, incentivador, suporte, meu amor.

Aos meus filhos, presente e futuro. Gabriel Mejer, querido, primeira experiência como mãe; Flávio José, querido, de nossas noites insones nasceu esta tese; aos que ficaram a caminho, promessas nunca vividas.

Aos meus irmãos Maria José, Ana Maria e Nilton, que nestes tempos difíceis cuidaram de nossa mãe, me liberando para esta tarefa.

À CAPES

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior que apoiou os trabalhos de pesquisa para realização desta tese de doutorado, por meio de bolsa de estudos.

AGRADECIMENTOS

Neste caminho não estive sozinha. Muitos me acompanharam, de longe ou de perto, e me ajudaram a dar forma e conteúdo à minha curiosidade científica.

Ao **Prof. Dr. Rubens Reimão**, meu orientador, que me acompanhou no caminho que precisei percorrer do exercício da clínica pediátrica à pesquisadora, com disponibilidade, experiência, altruísmo e exemplo profissional.

À **Profª. Dra. Sueli Regina G. Rossini**, amiga, pesquisadora madura e sensível; generosidade e dedicação ao que realmente importa.

Teve papel relevante como avaliadora-juíza de todas as pacientes, para o diagnóstico adaptativo.

Ao **Dr. Oswaldo Dante Milton Di Loreto**, que me recebeu com carinho no estudo do mundo mental das nossas crianças.

Ao **Prof. Dr. Ryad Simon**, que como meu mestre deu consistência ao meu trabalho como psicoterapeuta.

Às colegas **Heloísa Helena, Ana Teresa, Luciana Mara**, que me acolheram no nosso Grupo de Pesquisa Avançada em Medicina do Sono.

À **Dra. Sandra Helena Giannini Albuquerque**, pela confiança e pela permissão para realização dos atendimentos das mães e bebês no Centro de Saúde-Escola da Faculdade de Medicina do ABC, em Santo André.

À **Alair Mariana** na Biblioteca do Departamento de Neurologia, por sua generosidade e disponibilidade. À **Reiko** e **Sueli**, na secretaria do Departamento de Neurologia, à **Thaís** na secretaria da pós-graduação pelo carinho e atenção. À **Rose e Tatiane** no Centro de Saúde Escola em Santo André, pela ajuda indispensável no contato com as mães dos bebês da pesquisa. Em especial à **Elza**, nossa companheira de todos os dias, pela paciência e amizade.

Às **minhas pacientes**, que ofereceram suas intimidades para que eu pudesse tentar decifrá-las e ajudar a muitas outras. Em especial às **mães do grupo-controle**, por reconhecerem aqui uma oportunidade de colaborar com o próximo.

MAARIV¹

Bendito sejas, ó ETERNO, nosso Deus, Rei do Universo, que ordenaste o ritmo da vida.

A luz do dia conclama-nos à atividade e esforço. Ao pôr-do-sol cessam nossos trabalhos e damos as boas vindas à noite. Confiamos as nossas forças à Tua guarda e nos entregamos à tranquilidade do sono. Pois sabemos que não dormes nem dormitas.

Por isto, nesta hora, agradecemos-Te o dia e as suas tarefas, bem como a noite e o seu descanso restabelecedor.

Bendito sejas ó Eterno, que fazes cair as noites.

¹ Do Sidur, livro de orações do Cabalat Shabat, rezado no Serviço da Noite, nas Sinagogas.

Esta tese está de acordo com:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação.

Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2004.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Lista de Quadros

Resumo

Summary

1 INTRODUÇÃO	01
1.1 Sobre a classificação da insônia nos pacientes pediátricos	02
1.2 O sono do bebê	05
1.2.1 O ciclo circadiano	09
1.2.2 Queixa de insônia nos consultórios de pediatria e a conduta dos pediatras	11
1.2.3 Distúrbios do sono de origem orgânica em crianças pequenas	12
1.3 Tratamento da insônia da criança pequena	13
1.31 Tratamento medicamentoso	13
1.3.2 Abordagens comportamentais da insônia das crianças	14

1.4 Aspectos psíquicos relacionados ao sono	15
1.5 O conceito de adaptação na Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada	19
1.6 As mães, seus bebês insones e a depressão	21
2 OBJETIVOS	25
2.1 Objetivo principal	26
2.2 Objetivos secundários	26
3 MÉTODOS	27
3.1 Local dos atendimentos e alocação dos sujeitos da pesquisa	28
3.2 Casuística	30
3.2.1 Critérios de inclusão	31
3.2.2 Critérios de exclusão	31
3.2.3 Grupo-controle	32
3.3 Instrumentos	32

3.3.1 Ficha de identificação	32
3.3.2 Diário de sono do bebê	32
3.3.3 Folha de resumo diagnóstico para avaliação da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada	33
3.3.4 Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh	37
3.3.5 Inventário de depressão de Beck	38
3.3.6 Classificação econômica	39
3.3.7 Teste de Denver II	39
3.4 Procedimentos	40
3.4.1 Método estatístico	40
 4 RESULTADOS	 42
4.1 Características da população estudada nos grupo-estudo e grupo-controle	43
4.2 Quanto à duração da queixa de insônia	45

4.3 Avaliação da média diária de horas de sono da criança e comparação entre os grupos.....	45
4.4 EDAO e setores A-R e Pr, distribuição dos indivíduos nos grupos diagnósticos e comparação entre os grupos	47
4.5 Análise da qualidade do sono, ES, IQSP e SD, e comparação entre os grupos	49
4.6 Avaliação dos sinais e sintomas depressivos e comparação entre os grupos	50
4.7 Análise de variáveis que dizem respeito às mães	51
4.8 Avaliação de variáveis com respeito aos hábitos relacionados ao sono	51
4.9 Análise sobre o tempo de amamentação	52
4.10 Correlações de Spearman entre as medidas de interesse para o grupo-estudo e o grupo-controle	54
5 DISCUSSÃO	58
5.1 Sobre o diagnóstico e a casuística	60
5.1.1 Diagnóstico da ICP.....	60

5.1.2 Idade e gênero das crianças, e o início da insônia.....	61
5.2 Diagnóstico adaptativo e a relação do sono com a subjetividade do indivíduo	63
5.3 Qualidade de sono das mães, depressão e suas associações	66
5.4 Hábitos relacionados ao sono e características maternas	69
5.5 Distúrbios do sono e custos financeiros aos sistemas de saúde	73
5.6 Considerações finais	74
 6 CONCLUSÕES	 75
 7 ANEXOS	 77
Anexo A - Aprovação do projeto de pesquisa pela CAPPesq	78
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80
Anexo C - Ciente e de acordo da Diretoria do Centro de Saúde-Escola da FMABC	85
Anexo D - Ficha de identificação	87

Anexo E – Diário de sono do bebê	89
Anexo F - Folha de resumo diagnóstico EDAO	91
Anexo G - Questionário EDAO	93
Anexo H - Índice de qualidade do sono de Pittsburgh	104
Anexo I - Inventário de depressão de Beck	108
Anexo J - Classificação Econômica Brasil	113
Anexo K – Tradução do Teste de Denver II	116
Anexo L – Teste de Denver II	125
8 REFERÊNCIAS	128

LISTA DE ABREVIATURAS

ICP	Insônia da criança pequena
DS	Diário de sono da criança
ICI	Insônia comportamental da infância
TTS	Tempo total de sono
RN	Recém-nascido
NSQ	Núcleo supraquiasmático
A-R	Setor afetivo-relacional
Pr	Setor da produtividade
S-C	Setor sócio-cultural
Or	Setor orgânico
FI	Ficha de identificação
IQSP	Índice de qualidade de sono de Pittsburgh
ES	Eficiência do sono
SD	Sonolência diurna
IDB	Índice de depressão de Beck
CEB	Classificação econômica Brasil

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1 Distribuição da média de horas de sono por faixa de idade no grupo-estudo, segundo DS da criança	46

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1 Classificação da adaptação por grupo diagnóstico ...	21
Quadro 2 Diagnóstico adaptativo	37

LISTA DE SIGLAS

AASM	<i>American Academy of Sleep Medicine</i>
ICSD	<i>International Classification of Sleep Disorders</i>
REM	<i>Rapid eye movement</i>
NREM	<i>Non rapid eye movement</i>
EDAO	Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada
AAP	Associação Americana de Psiquiatria
DSM-IV	<i>Diagnostical and statistical manual of mental disorders, forth edition</i>
CID-10	Código internacional de doenças, décima revisão
OMS	Organização Mundial da Saúde
CAPPesq	Comissão de ética para análise de projetos de pesquisa
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ANEP	Associação Nacional de Empresas de Pesquisa
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública

LISTA DE TABELAS

		Página
Tabela 1	Descrição das medidas numéricas para caracterização dos grupos e resultado da comparação entre eles	44
Tabela 2	Distribuição entre os gêneros nos dois grupos e resultados dos testes de associação	44
Tabela 3	Descrição das medidas categorizadas da classificação econômica e resultado do teste de associação	44
Tabela 4	Dados sobre o início da queixa relacionada ao sono do bebê	45
Tabela 5	Resultados obtidos pela análise da média diária de horas de sono da criança e comparação entre os grupos	45
Tabela 6	Descrição das medidas numéricas na EDAO e nos setores A-R e Pr e comparação entre os grupos	48
Tabela 7	Descrição das medidas categorizadas obtidas para o diagnóstico adaptativo da EDAO e resultado do teste de associação	48
Tabela 8	Descrição das medidas numéricas obtidas no IQSP e na ES e comparação entre os grupos	49
Tabela 9	Descrição das medidas categorizadas do IQSP e na SD e resultados de teste de associação	50
Tabela 10	Descrição das medidas categorizadas obtidas no IDB e resultado de teste de associação	50
Tabela 11	Descrição das medidas categorizadas obtidas em variáveis que dizem respeito às mães e resultado dos testes de associação	51
Tabela 12	Descrição das medidas categorizadas em relação aos hábitos relacionados ao sono e resultado dos testes de associação	52
Tabela 13	Descrição das medidas categorizadas em relação ao tempo de aleitamento ao seio e teste de associação	53
Tabela 14	Descrição da frequência do aleitamento ao seio exclusivo, nos dois grupos	53

Tabela 15	Correlação de Spearman entre as medidas de Interesse para o grupo-estudo	54
Tabela 16	Correlação de Spearman entre as medidas de interesse para o grupo-controle	55

RESUMO

Tenenbojm ET. *Eficácia adaptativa, padrão de sono e depressão em mães de crianças de três a 24 meses com insônia* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008. 138p.

INTRODUÇÃO: A insônia, distúrbio do início e/ou manutenção do sono, é a queixa mais freqüente na clínica pediátrica entre os distúrbios de sono dos bebês, embora só se revele como tal após ter provocado repercussões e dificuldades nos pais relativas à privação de sono. Sendo o ritmo de sono a primeira função fisiológica a ser submetida a uma organização a partir do nascimento, a insônia pode ser considerada o primeiro distúrbio funcional. Pode estar associada a problemas na constituição subjetiva do bebê, que se desenvolve tendo como base a relação mãe-filho. **OBJETIVOS:** Investigar a eficácia adaptativa de mães de bebês com insônia, sua qualidade de sono, sinais e sintomas depressivos; analisar hábitos relacionados ao sono e comparar estes dados aos obtidos das mães de bebês sem insônia. **MÉTODO:** Estudou-se 30 mães de crianças entre três e 24 meses com queixa de insônia de seus filhos, comparadas com 30 mães do grupo-controle, cujos bebês, com características semelhantes aos do grupo-estudo, não apresentavam insônia. Os instrumentos utilizados foram: Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, questionário do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, Inventário de Depressão de Beck, diário de sono da criança, Teste de Denver II e Classificação Econômica Brasil. **RESULTADOS:** A média diária de horas de sono dos bebês insones foi de 11h28min. Houve diferença estatisticamente significativa entre a eficácia adaptativa das mães do grupo-estudo e do grupo-controle, com eficácia adaptativa pior no grupo-estudo; as mães deste grupo apresentaram pior qualidade de sono e pior eficiência do sono em relação ao grupo-controle, assim como maiores níveis de sinais e sintomas depressivos. Dentre os hábitos relacionados ao sono, ressaltou-se que as mães dos bebês insones ofereciam alimentação durante a noite, e que esses bebês dormiam com alguma fonte de luz acesa; suas mães mais freqüentemente amamentavam ao seio e por mais tempo. **CONCLUSÕES:** A eficácia adaptativa das mães dos bebês insones foi pior que a das mães dos bebês sem insônia, principalmente no campo das relações afetivas. A qualidade e a eficiência do sono, sonolência diurna e depressão revelaram-se piores nas mães dos bebês insones. Entre os hábitos relacionados ao sono, nos bebês portadores de insônia houve maior incidência de alimentação noturna.

Descritores: sono; distúrbios do início e manutenção do sono; criança; depressão; adaptação psicológica; relação mãe-filho.

SUMMARY

Tenenbojm E. Adaptive efficacy, sleep patterns, and depression in mothers of insomniac three-to-24-month-old children [thesis]. Sao Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2008. 138p.

INTRODUCTION: Insomnia, a disorder of initiating and / or maintaining sleep, is the most frequent complaint in Pediatrics concerning baby's sleep, although it only becomes known after parents are suffering from symptoms of sleep deprivation. Since sleep rhythm is the first physiological function to undergo organization after birth, insomnia may rightly be considered the first functional disorder. It can be associated with problems in the baby's subjective constitution, which develops on the mother-child relationship basis. **OBJECTIVES:** To investigate the adaptive efficacy of insomniac babies' mothers, their sleep quality, depressive signs and symptoms; to analyze sleep-related habits, and compare this data with that coming from mothers whose babies do not report insomnia. **METHODS:** 30 mothers reporting insomnia of their babies (aged 3 to 24 months) were compared with other 30 mothers whose babies from the same characteristics did not report sleep complaints. The instruments used were: Operationalised Adaptive Diagnosis Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index, Beck Depression Inventory, the babies sleep diary, Denver II Test, Brazil Economic Classification. **RESULTS:** The daily average hours' sleep of insomniac babies was 11h28m. A statistically significant difference between adaptive efficacy in mothers from study group and control group was pointed out, with study-group mothers showing worse adaptive efficacy; mothers in this group had worse sleep quality and worse sleep efficiency than control-group mothers, along with higher levels of depressive signs and symptoms. Among sleep-related habits, it is worth mentioning that mothers of insomniac babies usually feed them at night, that babies slept near a source of light, and that mothers usually fed babies from the breast and for a longer time. **CONCLUSIONS:** The adaptive efficacy of insomniac babies' mothers was worse than that of mothers whose babies were not insomniac, chiefly concerning affective relationships. Sleep quality and efficiency, daytime sleepiness and depression were worse in insomniac babies' mothers. Among sleep-related habits, feeding insomniac babies at night stands out.

Keywords: sleep, insomnia, child, depression, adaptive efficacy, mother child relationship.

1 INTRODUÇÃO

1- INTRODUÇÃO

A insônia é a queixa mais freqüente na clínica pediátrica entre os distúrbios de sono dos bebês, embora só apareça como tal após ter provocado repercussões e dificuldades nos pais e na rotina familiar relativas à privação de sono. Se o bebê, apesar de saudável, apresenta problemas para dormir, há grande investimento emocional dos familiares (Douto, 2007).

O sono, função fisiológica de grande importância para o bebê, contribui na sua saúde como um todo, sendo o ritmo de sono a primeira função fisiológica submetida a uma organização a partir do nascimento (Ranña, 2000).

A insônia do adulto muitas vezes se relaciona a problemas emocionais; a insônia dos bebês, salvo situações de agravos orgânicos, pode estar associada a problemas na sua constituição subjetiva, de estreita vinculação com a relação materna primordial.

1.1 Sobre a classificação da insônia nos pacientes pediátricos

Definimos *insônia da criança pequena* (ICP) entre três e 24 meses como a dificuldade repetida em iniciar e/ou manter o sono, ocorrendo um grande número de despertares durante a noite, e ocasional dificuldade em reiniciar o sono. Enfatizamos que a queixa de insônia da criança nessa faixa

de idade é usualmente relatada pela mãe, em geral às voltas com dificuldades em seu próprio sono e suas repercussões. Assim como no caso dos adultos, a queixa de insônia é subjetiva.

Neste estudo, as mães dos bebês insones foram-nos encaminhadas devido a problemas no sono do seu filho/a, que foram documentados por meio do diário de sono (DS) da criança.

Segundo a Academia Americana de Medicina do Sono (*American Academy of Sleep Medicine – AASM*, 2005), na Classificação Internacional de Distúrbios de Sono (*International Classification of Sleep Disorders – ICSD*) a insônia das crianças pequenas pode apresentar-se como:

a) Insônia Comportamental da Infância (ICI): ocorre entre 10% e 30% da população infantil. Os sintomas da criança para o diagnóstico são baseados na queixa da mãe. A ICI apresenta-se sob dois tipos:

a.1. Insônia de associação para iniciar o sono: quando o adormecer é um processo que requer condições especiais, tais como um objeto específico, ou tomar mamadeira em determinado local da casa, ou algum procedimento específico dos pais (embalar por longo tempo, passear de carro), exigências não raro problemáticas ou que demandam alto investimento dos pais. Na ausência desse fator associado, há prejuízo no sono com atraso tanto ao iniciar quanto se há interrupção do sono, exigindo a presença do cuidador;

a.2. Insônia por dificuldades de imposição de limites: quando há recusa ou protelação por parte da criança em ir para a cama. Em geral, o cuidador impõe poucos limites ou limites inconsistentes para a criança, que se acostuma a fazer o que quer. Há queixas associadas de problemas de comportamento durante o dia. A ansiedade de separação, que ocorre por volta dos oito meses de idade, pode dar início a este tipo de insônia.

b) Insônia de Ajustamento: quando há fator estressante identificável temporalmente à insônia, seja ele psíquico, psicossocial, físico, médico ou ambiental. Embora incida em qualquer fase da vida, é mais comum em mulheres e idosos, rara em crianças pequenas, e não ultrapassa três meses de duração.

c) Insônia por Higiene do Sono Inadequada: associada a atividades diárias inconsistentes ou impróprias à manutenção da boa qualidade do sono. Ainda que não contempladas pela classificação atual (AASM, 2005) como de idade provável para esse tipo de insônia, algumas crianças apresentam dificuldades para dormir associadas a hábitos impróprios, como mães que amamentam e consomem produtos com cafeína, excesso de estimulação física, mental ou emocional próximo ao horário de recolher-se para dormir, falha no estabelecimento de horário e de rituais para o adormecer.

1.2 O sono do bebê

O sono normal consiste numa organização cíclica diferenciada em estágios que se repetem durante a noite, constituindo o que se denomina arquitetura do sono. É um fenômeno que resulta de dois ritmos fundamentais: o ciclo *circadiano* - de cerca de 24 horas, que alterna períodos de vigília e de sono - e o ciclo ultradiano, com duração média de 50 a 60 minutos na criança pequena e 90 minutos no adulto. Os dois estágios do sono são: o sono onde ocorrem os movimentos oculares rápidos - *Rapid Eye Movement (REM)* e o sono NREM¹ (Aserinsky e Kleiman, 1953).

A arquitetura do sono apresenta variações normais desde o nascimento até a fase adulta, com evolução característica que se supõe traduzir o amadurecimento neurológico do bebê e do seu organismo como um todo. Durante o primeiro ano de vida, as características do ciclo sono-vigília espelham a maturação do sistema nervoso central (Reimão, 2005).

O tempo total de sono (TTS) por dia também se modifica desde a fase de recém-nascido (RN) até a vida adulta, com redução paulatina do TTS no período diurno. Este fato leva a pensar que, na evolução da espécie humana, é muito relevante o papel do sono no desenvolvimento orgânico e mental no início da vida, visto que o RN passa grande parte do dia adormecido.

¹ Sono NREM, divide-se em estágios de 1 a 4, de acordo com a profundidade do sono. Alterna-se com o sono REM, formando os ciclos de sono (ultradianos) (Reimão, 2005).

O ciclo de sono no RN apresenta dois estágios: sono calmo e sono ativo. O sono calmo tem características polissonográficas que permitem identificá-lo como precursor do sono NREM, assim como o sono ativo é considerado precursor do sono REM. No RN, prepondera o estágio de sono ativo, com 50% a 80% do TTS (Reimão, 2005), porcentagem que vai diminuindo do nascimento até os seis meses, quando se estabiliza em 30%. No adulto, corresponde ao estágio em que acontecem os sonhos.

Desenvolvimento de padrões mais maduros de sono nos primeiros meses de vida:

- dos dois aos três meses de idade, o ritmo circadiano se estabelece e as crianças se tornam mais sensíveis ao meio ambiente, respondendo ao claro/escuro para organizar seu ritmo vigília/sono. O ritmo da casa, as rotinas noturnas, passam a funcionar como sinais sociais ou ambientais com influência no ritmo vigília/sono do bebê. Como consequência, consolidam-se as horas de sono no período noturno (Sheldon, 2002);
- em seguida, a criança começa a ter longos períodos de vigília durante o dia e a proporção de sono REM começa a decrescer para 30% ou 40% do sono total do dia (Roffwarg et al., 1966);
- aos seis meses de idade, o início do sono se dá no sono NREM, como nos adultos, e a propensão ao movimento durante o sono REM é substituída pela típica paralisia muscular que caracteriza este estágio do sono no adulto.

O delineamento entre o sono normal e o distúrbio de sono na criança não é bem definido, dependendo quase unicamente do contexto das expectativas dos pais. Padrões de sono da criança que constituem simples variações do normal podem tornar-se um problema real se a rotina da família sofre grande interferência (Jenni e O'Connor, 2005).

As definições de padrão de sono normal, necessidade de sono e distúrbios do sono devem necessariamente considerar o amplo leque de alterações maturacionais normais, tanto físicas como do desenvolvimento na infância e na adolescência, e ainda as influências culturais, ambientais e sociais (Owens, 2008).

Segundo Davis et al. (2004a), a diferença entre o sono normal e o distúrbio de sono na criança terá como ponto de corte a quantidade de sono que lhe garanta crescimento e desenvolvimento normais, saúde física e emocional e função imunológica adequada, aspectos na prática clínica a levar em conta e avaliar dentro do espectro da saúde total da criança, nos serviços de puericultura.

Dentre os bebês amamentados exclusivamente ao seio materno, deve-se considerar que, em virtude de o leite materno apresentar melhor digestibilidade, é natural que o bebê venha a sentir fome e despertar durante a noite para mamar.

Estudos sobre a variabilidade e a estabilidade do sono de crianças entre 12 meses e 10 anos (Jenni et al., 2007) concluíram que

- a quantidade de sono diminui com a idade;
- aos 12 meses, 96% das crianças dormem entre 11h40m e 16h50m por dia;
- não existe quantidade ótima de sono para cada faixa de idade, variando muito de duração em cada faixa de idade;
- não há consenso sobre como se dariam as mudanças no sono que pudessem sugerir maturação do sono infantil;
- dentre as crianças, contam-se dormidores longos e curtos, cabendo orientar os pais sobre esta característica individual no sono.

Touchette et al. (2005) demonstraram alguns fatores relacionados à fragmentação do sono num estudo com 1741 crianças entre cinco e 29 meses. Eis as principais conclusões:

- a consolidação do sono desenvolve-se rapidamente na infância precoce;
- a conduta parental nas rotinas para adormecer e a resposta aos despertares noturnos estão firmemente associados à consolidação das horas de sono à noite;
- dentre os fatores mais fortemente associados à fragmentação do sono, estão, aos cinco meses, a alimentação durante a noite e, entre 17 e 29 meses, a presença dos pais ao adormecer;

- quando a criança não dorme seis horas consecutivas à noite aos 17 meses, é pequena a possibilidade de que venha a fazê-lo aos 29 meses.

Em avaliação de 1038 crianças entre dois e 13,9 anos de idade em clínicas de atendimento de pediatria geral, 41% das crianças referia insônia, segundo critério que observou pelo menos dois dos seguintes aspectos: queixa de sono não reparador, dificuldade em iniciar o sono, dificuldade na manutenção do sono, despertar precoce (Archbold et al., 2002).

As cólicas do bebê não são propriamente um problema do sono e parecem ter menor duração que este. Na prática clínica, inúmeras vezes esses sintomas se associam, sendo que as estratégias desenvolvidas pelos pais visando diminuir o choro do bebê (p.ex.: embalar com frequência, passear de carro, etc.) interferem na adoção de condutas que favoreçam o padrão de sono normal (Thiedke, 2001; Smart e Hiscock, 2007).

1.2.1 O ciclo circadiano

O núcleo supraquiasmático (NSQ) funciona como relógio biológico que regula o ritmo circadiano em mamíferos, recebendo informação visual direta, relativa à luminosidade. A integração desse sistema neuroendócrino é mediada pela melatonina, hormônio secretado pela glândula pineal, que

aumenta a tendência ao sono e indica ao cérebro o conceito de noite, escuridão (Velluti, 1996).

O ciclo circadiano é gerado endogenamente com um período de duração de aproximadamente 24 horas. Há evidências de que o sistema circadiano se desenvolve desde o período pré-natal e de que, após o nascimento, madura progressivamente. O sistema circadiano de primatas jovens é responsivo à luz em estágios muito prematuros e a baixa intensidade de luminosidade pode sensibilizar o relógio biológico. No homem, com cerca de 12 semanas de vida, é possível detectar o ritmo dia-noite de produção de melatonina (Rivkees, 2003).

No organismo, o precursor da melatonina é o aminoácido triptofano; seu metabólito excretado pela urina é a 6-sulfatoximelatonina. Segundo Cubero et al. (2005), há relação temporal entre o ritmo de excreção da 6-sulfatoximelatonina na urina de bebês alimentados exclusivamente ao seio materno e o triptofano dosado no leite da mãe, o que aponta a ação do leite materno como facilitador do sono dos bebês e de sua ritmicidade.

Rivkees (2003) considera que, com a elucidação das influências do sistema circadiano na fisiologia humana e nas doenças, o conhecimento da biologia circadiana se transformará em importante componente dos cuidados neonatais.

1.2.2 Queixa de insônia nos consultórios de pediatria e a conduta dos pediatras

Apesar de subjetivas, estudos mostram que as queixas da mãe em relação ao sono dos seus bebês são consistentes, principalmente no que se referem ao horário de dormir e de despertar e à quantidade e duração do sono noturno (Acebo et al., 2005).

As famílias costumam ter no pediatra a maior fonte de conhecimento sobre o comportamento e desenvolvimento das crianças. Entretanto, muitos pediatras revelam falhas em seu próprio treinamento sobre o sono das crianças e baseiam suas orientações amplamente nos próprios valores culturais em interação com sua experiência clínica e pessoal (Jenni e O'Connor, 2005). Propõem os autores citados que, ao avaliar a queixa de distúrbio de sono de uma criança, se leve em conta o ambiente em que ela vive e os valores da cultura de seus pais, além das características biológicas de cada criança.

Por ser a ICP motivo repetido de queixa, com ampla faixa de variação do sono normal para cada idade, não passível de medicação sob protocolo seguro, passa ela a ser subavaliada, subdiagnosticada e torna-se fator de angústia profissional para o médico pediatra, que acaba por lançar mão de sua experiência pessoal para orientar os pacientes.

Estudos em que Schwebel e Brezausk (2008) observaram 799 crianças do nascimento até os 36 meses apontaram que um padrão

persistente de despertares noturnos freqüentes parecia estar relacionado a risco de ferimentos e lesões corporais não intencionais. Os autores esclarecem que tais lesões podem decorrer da fadiga e do cansaço dessas crianças, fator que as torna menos atentas, levando-as a comportamentos mais arriscados. Por outro lado, os pais, também cansados e fatigados por dormirem mal durante a noite, supervisionam as crianças com menos atenção. Esses aspectos devem ser levados em conta pelos profissionais de saúde nos atendimentos às crianças.

1.2.3 Distúrbios de sono de origem orgânica em crianças pequenas

Algumas condições clínicas alteram o padrão de sono das crianças pequenas:

- doenças agudas como otites, distúrbios respiratórios ou outras, que cursem com dor e/ou desconforto. Estas costumam afetar a criança por tempo limitado, durante o período da doença, e, quando diagnosticadas e tratadas, contribuem para o alívio da insônia;
- alergia ao leite de vaca, causando despertares freqüentes, com ciclos de sono curtos e aumento do estágio 1 NREM (Kahn et al., 1988);
- doença do refluxo gastroesofágico, que costuma acordar a criança por dor, usualmente após a terceira hora de sono. A dor é aliviada quando se retira a criança do berço (Madeira e Aquino, 2003);

- doenças neurológicas, nas quais o distúrbio de sono aparece como desordem secundária (Kohrman e Carney, 2000).

1.3 Tratamento da insônia da criança pequena

1.3.1 Tratamento medicamentoso

Alecha e Estivill (2003) analisaram os medicamentos utilizados em insônia infantil em 267 crianças com idade entre seis meses e cinco anos, verificando que 43,4% dos pacientes haviam sido tratados farmacologicamente. Os fármacos utilizados foram neurolépticos, anti-histamínicos, barbitúricos, benzodiazepínicos e ansiolíticos, tendo o tratamento durado 8,7 dias, em média. A eficácia foi considerada nula pelos pais em 95% dos casos, sendo eficaz nos 5% restantes, nos primeiros dias de uso, reaparecendo a sintomatologia mesmo com a continuação do tratamento.

Paul et al. (2004) estudaram o efeito de medicamentos anti-histamínicos comparados com placebo na melhora da tosse e da qualidade de sono de pacientes entre dois e 18 anos de idade, concluindo que tais medicamentos não foram superiores ao placebo em aliviar a tosse ou melhorar a qualidade de sono nesses pacientes.

A melatonina sintetizada para uso por via oral tem sido uma opção medicamentosa para a insônia do adulto e vem sendo estudada para uso em

crianças saudáveis ou com distúrbios neurológicos. Seu efeito se baseia na diminuição da latência do sono e melhora na eficiência e no TTS. Seu uso na clínica pediátrica demanda mais investigações para assegurar eficácia e segurança de prescrição (Ross et al., 2002; Reed e Findling, 2002; Younus e Labellarte, 2002; Alecha e Estivill, 2003; Nunes e Cavalcante, 2005).

Mindell et al. (2006a) relatam que o tratamento medicamentoso da insônia na pediatria é uma necessidade médica ainda não encontrada. É preciso desenvolver diretrizes rigorosas de manejo farmacológico da insônia nessa faixa etária e é vital informar ao médico clínico sobre a segurança e a eficácia de sua prescrição.

1.3.2 Abordagens comportamentais da insônia das crianças

Baseiam-se no restabelecimento do ritmo sono-vigília com o treinamento dos pais, que utilizam medidas comportamentais como sincronizadores externos do sono da criança (Estivill, 2000), ou em intervenções na correção do ritmo diário de sono. Consistem no suporte aos pais visando informá-los sobre a capacidade de o bebê autoconfortar-se, e educação dos pais com respeito às características de desenvolvimento de seus filhos (Skuladottir e Thome, 2003).

Mindell et al. (2006b) revisaram 52 estudos sobre tratamento para problemas de sono em crianças pequenas e encontraram que a terapia

comportamental produz mudanças duráveis e confiáveis. Enfatizam a necessidade de mais pesquisas sobre o sono em pediatria a fim de padronizar critérios diagnósticos e medidas objetivas, inclusive os agentes farmacológicos.

1.4 Aspectos psíquicos relacionados ao sono

Segundo Freud, em obra de 1900, os sonhos são um modo de contato com os conteúdos psíquicos (1987). Melanie Klein, em 1946 (1991a) propõe que exista intensa atividade mental nos bebês nos primeiros meses de vida, o que coincide temporalmente com a época em que ele passa a maior parte do tempo dormindo. O fato de o RN passar grande parte do TTS no estágio de sono ativo, precursor do sono REM, estágio do sono em que acontece o maior número de sonhos, pode sugerir que o sono contribua para o desenvolvimento psíquico do bebê.

Relata Sigmund Freud, em 1917, no *Suplemento Metapsicológico à Teoria dos Sonhos* (1974a) que o estudo dos sonhos nos ensina as características do estado de sono:

O estado psíquico de uma pessoa adormecida se caracteriza por uma retirada quase completa do mundo circundante e de uma cessação de todo o interesse por

ele, sendo uma forma de evocar protótipos normais das afecções patológicas, para fins comparativos (p. 253).

Sua obra, pensada tendo como modelo o adulto, pode ser estendida para a criança. O bebê passa simultaneamente tanto pela experiência do desenvolvimento biológico quanto do desenvolvimento das relações psíquicas, denominadas *relações de objeto*. São elas que vão presidir à constituição de sua subjetividade e acontecem principalmente na relação com sua mãe.

Sendo o ritmo de sono a primeira função fisiológica submetida a uma organização a partir do nascimento, parece razoável considerar a insônia o primeiro distúrbio funcional. A mãe do bebê insone não conseguiria assegurar a função materna fundamental de manter uma tela protetora contra estímulos incômodos que acometem as crianças, provindos tanto de dentro (do próprio corpo do bebê) quanto de fora (McDougall, 1996a).

O ciclo sono-vigília é um indicador sutil das primeiras fases do desenvolvimento psíquico. “Podemos descobrir o protótipo mais antigo da atividade psíquica na capacidade que a criança tem de adormecer e permanecer adormecida” p.88 (McDougall, 1996b).

O ato de adormecer e, em particular, de permanecer adormecido deve estar libidinalmente investido, se o bebê estiver destinado a alcançar não somente a saúde física, mas também a saúde mental (Ganhito, 2001).

O adormecer e o próprio sono devem ser vivenciados como atividades que geram no bebê um sentimento interior de bem-estar. Se, ao contrário, o bebê vivencia o adormecer como um estado de abandono angustiado, há risco potencial de insônia (Fain et al., 1981). Esses autores descreveram dois esquemas de sono infantil. No primeiro, a criança experimenta um sentimento de satisfação e de fusão com a mãe, o que explica o estado libidinal de paz interior que atinge, a que Freud, em 1914 (1974b) chamou de *narcisismo primário*. O segundo modelo de sono é precedido de um episódio de frustração, de sofrimento e de tensão dolorosa, durante o qual o bebê adormece como em estado de esgotamento. O segundo tipo é um sono puramente fisiológico, enquanto o primeiro é profundamente impregnado de elementos libidinais e narcísicos.

A relação inicial do bebê com sua mãe foi tematizada nos estudos psicanalíticos buscando a compreensão do desenvolvimento psíquico no início da vida. Na relação mãe-bebê, a função alfa é a capacidade de transformação dos elementos-beta, que se referem a sensações e experiências emocionais primitivas e extremamente desconfortáveis no bebê, em elementos-alfa (Bion, 1962a). No início da vida, a função alfa é

exercida pela mãe, cujo papel consiste em ser “um continente adequado, de modo a acolher, conter, decodificar e devolver para o filho aquilo que ele projetou nela, agora desintoxicado, significado e nomeado” p.162 (Zimmerman, 2001), que se constituirão nos elementos-alfa. Essa capacidade da mãe em transformar os elementos-beta em elementos-alfa denomina-se “*rêverie*”² (Bion, 1962a). O armazenamento desses elementos-alfa ensaja no indivíduo o pensar e o aprender com as experiências.

O bebê precisa ser capaz de construir uma imagem interna da mãe - o *objeto bom*, segundo Melanie Klein (1991b), que o permita separar-se dela para adormecer, conciliando o sono após as mamadas. Para que isso aconteça, cumpre que o mundo interno da mãe crie condições de

- estar com seu bebê, “comunicar-se” com ele através da “*rêverie*”, e
- desejar que o seu bebê a dispense durante algumas horas.

Ao estar com seu bebê, alimentando, aconchegando, através da “*rêverie*”, a mãe transmite conteúdos a seu filho, ainda que ele não os compreenda. O que será “comunicado”

vai depender da natureza das qualidades psíquicas da
mãe e do impacto delas sobre as qualidades psíquicas

² O conceito de “*rêverie*” é parte integrante da teoria do pensamento de Bion e guarda relações com a capacidade de tolerar frustrações, a necessidade de amor e com o processo do conhecimento. Bion a define assim: “Quando a mãe ama seu bebê, o que ela faz com isto?” E responde: Além dos canais físicos de comunicação minha impressão é de que seu amor é expresso pela “*rêverie*” (tradução livre da pesquisadora). (Bion³ citado por Sandler, 2005) p.645.

³ Bion W. *Learning from experience*. London: Heinemann Medical Books; 1962.p.35.

da criança, pois o efeito recíproco constitui, do ponto de vista do desenvolvimento do par, e dos indivíduos que o compõem, a experiência emocional sujeita à transformação pela função alfa (Bion, 1962b. p.52).

O sono é uma sintonia fina, uma relação muito íntima entre o orgânico e o psíquico. Neste estudo, procuramos analisar as condições psíquicas das mães dos bebês com insônia.

1.5 O conceito de adaptação na Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO)

A EDAO, cuja base é a teoria da adaptação (Simon, 1989), foi utilizada neste estudo para o diagnóstico adaptativo das mães dos bebês (Yoshida, 1995).

Simon (1989) define a adaptação como o “conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida” (p.14). É um bom enfoque para apreciar o funcionamento de um organismo, tanto em relação a si mesmo quanto em relação ao meio ambiente.

O diagnóstico adaptativo se faz a partir da avaliação do sujeito, pelo conjunto de respostas que ele oferece às circunstâncias da vida, nos diferentes setores, por meio de entrevistas semidirigidas.

Simon (1989), para efeito de estudo, dividiu a adaptação em quatro setores, que abrangem diferentes aspectos:

- a) Setor afetivo-relacional (A-R) – refere-se a sentimentos, atitudes e ações do sujeito diante das situações e em relação a si próprio e ao seu semelhante;
- b) Setor da produtividade (Pr) – refere-se ao trabalho, estudo ou qualquer atividade produtiva considerada como ocupação principal do sujeito no período avaliado;
- c) Setor sociocultural (S-C) – considera os sentimentos, atitudes e ações com relação à estrutura social e aos valores e costumes do ambiente em que vive;
- d) Setor orgânico (Or) – refere-se ao estado e ao funcionamento do organismo do sujeito, assim como seus sentimentos e ações em relação ao próprio corpo.

A cada etapa do desenvolvimento, o ser humano enfrenta situações de crise. Na vida adulta, o casamento, nascimento e criação de filhos, mudança de emprego, aquisição de bens, morte de familiares, entre outros, constituem importantes fatores predisponentes para a crise. Em cada etapa,

a manutenção da vida vai exigir que a pessoa enfrente a crise, buscando soluções que visam a adaptação (Simon, 1989).

Uma vez qualificada, a adaptação adquire valor classificatório. Dessa maneira, a eficácia adaptativa é classificada como:

Quadro 1 – Classificação da adaptação por grupo diagnóstico

Grupo adaptativo	Adaptação
1	Adaptação eficaz
2	Adaptação ineficaz leve
3	Adaptação ineficaz moderada
4	Adaptação ineficaz severa
5	Adaptação ineficaz grave

FONTE: Simon R. Conceitos básicos. In: *Psicoterapia Breve Operacionalizada: teoria e técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.p.23-31.

1.6 As mães, seus bebês insones e a depressão

Segundo o Manual de Diagnóstico das Desordens Mentais, Quarta Edição (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition - DSM-IV*), da Associação Americana de Psiquiatria (AAP, 1995) escrito em

1994, e o Código Internacional de Doenças, décima revisão -CID-10, da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), sob o código F32, a depressão pode apresentar-se com diferentes graus: leve, moderada ou grave.

O conceito de depressão proposto por Simon em sua teoria da adaptação delineia com muita clareza a configuração psíquica do paciente. Os estados depressivos resultam de um encadeamento de continuadas soluções pouco ou pouquíssimo adequadas do indivíduo aos seus problemas e situações vitais decorrentes de suas necessidades e de seus desejos ao longo da vida. Dessa maneira, o indivíduo é avaliado interagindo com suas circunstâncias. As respostas pouco e pouquíssimo adequadas, vistas pela teoria psicanalítica, são resultado de fixações extensas nas posições psicóticas e neuróticas infantis (Simon, 2000).

Em resumo, é direta a proporção entre o aumento das soluções pouco e pouquíssimo adequadas e o grau da depressão. As soluções pouco e pouquíssimo adequadas avolumam-se, perpetuam-se, comprometendo cada vez mais a adaptação do indivíduo.

A depressão pós-parto ou puerperal tem a especificidade de ocorrer imediatamente após ou até poucas semanas (seis semanas) após o parto. Inicialmente, era considerada, para diagnóstico, distinta de outras patologias psiquiátricas. Estudos posteriores mostraram que a depressão puerperal é clinicamente indistinguível da depressão que pode ocorrer em outras épocas da vida da mulher (AAP, 1995).

Na relação mãe-bebê, se a mãe estiver ocupada, psiquicamente, com seus objetos perdidos (o que se traduziria clinicamente pela depressão), não conseguirá investir no seu bebê.

Queixas de distúrbios de sono dos bebês associadas a sintomas de depressão materna são comuns. Há forte associação entre os dois, mas, se a mãe dorme bem, essa relação se atenua (Hiscock e Wake, 2001). A qualidade de sono da criança e a qualidade de sono da mãe estão associadas; a má qualidade de sono das mães está associada a distúrbios de humor, estresse e fadiga (Meltzer e Mindell, 2007).

Por outro lado, nas mães portadoras de depressão cujos filhos apresentam distúrbios do sono, o tratamento do distúrbio do sono da criança teve papel significativo na melhora da saúde emocional da mãe e dos laços entre a mãe e o bebê (Matthey e Speyer, 2008).

O Estudo Longitudinal das Crianças Australianas (*Longitudinal Study of Australian Children*) (Martin et al., 2007), que analisou 5107 crianças, indicou que os distúrbios de sono nas crianças pequenas e nos pré-escolares estão associados a prejuízos na saúde tanto das mães quanto dos pais, de modo especial na saúde mental das mães sem antecedentes clínicos de depressão.

Dada a grande incidência de problemas de sono nas crianças, é provável que um número significativo de mães com diagnóstico de

depressão pós-parto esteja, na realidade, sofrendo de privação crônica de sono (Armstrong et al., 1998a).

Tratou-se neste trabalho de crianças saudáveis, com desenvolvimento pômdero-estatual e desenvolvimento neuropsicomotor adequados.

2 OBJETIVOS

2 – OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Investigar a eficácia adaptativa de mães de bebês com insônia, buscando possíveis comparações com a eficácia adaptativa de mães de bebês sem insônia.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

2.2.1 Avaliar a qualidade e a eficiência do sono de mães de lactentes insones;

2.2.2 Verificar a presença de sinais e sintomas depressivos nas mães de lactentes insones;

2.2.3 Analisar os hábitos relacionados ao sono das duplas mãe-bebê;

2.2.4 Comparar esses dados com os obtidos das mães de bebês sem insônia que constituíram o grupo-controle.

3 MÉTODOS

3 – MÉTODOS

Este projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), sob nº 422/04 (Anexo A).

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com os padrões éticos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 01, de 13/06/1988), e seguindo formulário próprio do HC-FMUSP (Anexo B).

Trata-se de um estudo clínico observacional. A amostragem foi colhida seqüencialmente e por conveniência.

3.1 Local dos atendimentos e alocação dos sujeitos da pesquisa

Os sujeitos foram atendidos nos seguintes locais:

a) Ambulatório de Neurologia do HC-FMUSP, na cidade de São Paulo;

b) Centro de Saúde-Escola da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC (Anexo C), na cidade de Santo André.

Os sujeitos foram alocados mediante encaminhamento por profissionais pediatras e neuropediatras ou por divulgação entre profissionais de saúde, em virtude de queixas de insônia do bebê.

As crianças que compunham nossa amostra eram saudáveis, não apresentando condições clínicas que reconhecidamente pudessem causar distúrbios ou alterações no sono. Esse cuidado evitou viés de seleção afastando, na avaliação da eficácia adaptativa, sentimentos da mãe em relação à doença orgânica de seu filho.

A criança não estava recebendo qualquer tipo de tratamento ou intervenção para insônia no momento da avaliação.

As amostras foram coletadas no período de 05/03/2004 a 31/03/2008.

3.2 Casuística

Foram estudados indivíduos do gênero feminino, com idade entre 20 e 40 anos, mães de bebês portadores de insônia, com idade entre três e 24 meses. Atendemos 60 sujeitos em São Paulo e Santo André, sendo 30 do grupo-estudo e 30 do grupo-controle.

Neste estudo considerou-se o diagnóstico de insônia a partir dos três meses de idade, em virtude da queixa materna de a insônia do bebê ser intensa, e por considerar que as condições neurológicas relacionadas ao relógio biológico estão adequadamente desenvolvidas nessa idade, possibilitando a consolidação das horas de sono no período da noite (Rivkees, 2003). Em relação ao limite superior de idade, considerou-se 24 meses porque em geral é nesta idade que decresce a incidência de despertares noturnos (Armstrong et al., 1994), o que poderia ser considerado um marco no amadurecimento do sono da criança.

3.2.1 Critérios de inclusão

Participaram da pesquisa 30 mães de bebês saudáveis, que referiram insônia de seus filhos:

- a. que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) e o assinaram;
- b. com idade entre 20 e 40 anos;
- c. cujos bebês insones tinham idade entre três e 24 meses;
- d. cujos bebês, ao Teste de Denver II foram avaliados como normais, sem suspeita de atraso no desenvolvimento neurológico;
- e. que compareceram a todas as entrevistas, possibilitando as avaliações propostas.

3.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas:

Mães de bebês portadores de distúrbio orgânico que levasse à queixa de insônia, tais como doença do refluxo gastroesofágico, alergia ao leite de vaca, enfermidades que cursem com desconforto ou dor crônica ou, ainda, com doença neurológica de base.

3.2.3 Grupo-controle

Tomou-se um grupo-controle com 30 mães na faixa etária de 20 a 40 anos, de características semelhantes às do grupo-estudo, cujos bebês, com idade entre três e 24 meses e características semelhantes às do grupo-estudo, não apresentavam insônia.

O bebê do grupo-controle deveria, segundo relato de sua mãe, ter suas horas de sono consolidadas à noite (Rivkees, 2003).

3.3 Instrumentos

3.3.1 - Ficha de identificação (FI): com dados do sujeito do estudo e de seu bebê, para caracterizar a amostra (Anexo D);

3.3.2 - Diário de sono do bebê (DS) (Anexo E): quadro em que a mãe preenche o número de horas que seu bebê dormiu nas 24h, num período de 14 dias corridos. Permite verificar a quantidade de sono diurno, a média diária de sono e o número de despertares noturnos dos bebês no período registrado.

O DS foi preenchido por 26 mães do grupo-estudo e por apenas duas mães do grupo-controle. No grupo-controle, tomou-se por base principal o relato da mãe sobre as horas consolidadas de sono noturno e sobre a não-fragmentação do sono do bebê à noite, além da resposta de que julgavam normal o sono dos filhos quando perguntadas: - Como é o sono do seu bebê?

3.3.3 - Folha de resumo diagnóstico para avaliação da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) (Anexo F): instrumento baseado na Teoria da Adaptação (Simon, 1989), em que se consolidam os dados relevantes por setor adaptativo, a partir do material colhido nas entrevistas com os pacientes (Rossini, 2001).

Nas entrevistas o profissional deverá ser capaz de reunir dados sobre o indivíduo, que preencham os exigidos pelo questionário EDAO (Anexo G)

O diagnóstico da eficácia adaptativa do sujeito é obtido por meio da soma da pontuação do setor A-R e do setor Pr. Quanto aos setores S-C e Or, são de grande utilidade qualitativa na apreciação diagnóstica individual e como subsídio para planejamento de futuras abordagens terapêuticas, quando for o caso.

Qualifica-se a adaptação ao avaliar a adequação das respostas que o indivíduo dá a um problema ou às situações de vida, dentro de suas circunstâncias. Para ser considerada adequada, a resposta deve:

- Solucionar o problema ou situação de vida;
- Trazer algum tipo de gratificação e / ou satisfação para o indivíduo;
- Não provocar conflitos intrapsíquicos (sendo coerente com seus valores internos), nem conflitos externos ou ambientais.

Há três tipos de respostas possíveis:

- RESPOSTA ADEQUADA a um problema ou situação de vida (+++) é aquela que:
 - Resolve a dificuldade (+);
 - Dá prazer, mantendo ou aumentando a auto-estima (+);
 - Não provoca conflitos intra ou extrapsíquicos (+).
- RESPOSTA POUCA ADEQUADA (++) é aquela em que o sujeito apresenta uma solução que não atende a um dos aspectos considerados essenciais:
 - A solução resolve o problema ou situação de vida (+);
 - Dá prazer, mantendo ou aumentando a auto-estima (+);
 - Causa conflito intrapsíquico ou extrapsíquico.

Ou ainda:

- A solução resolve o problema ou situação de vida (+);
 - Não lhe dá satisfação ou prazer;
 - Não provoca conflitos intra ou extrapsíquicos (+).

- RESPOSTA POUQUÍSSIMO ADEQUADA (+) é aquela em que o indivíduo apresenta uma solução que deixa de atender a dois aspectos considerados essenciais:
 - A solução resolve o problema ou situação de vida (+);
 - Não dá satisfação ou prazer;
 - Causa conflitos intra e/ou extrapsíquico.

Para o diagnóstico adaptativo, utilizou-se a pontuação dos setores A-R e Pr do seguinte modo:

No setor afetivo-relacional:

- A resposta adequada (+++) recebe pontuação 3;
- A resposta pouco adequada (++) recebe pontuação 2;
- A resposta pouquíssimo adequada (+) recebe pontuação 1.

No setor da produtividade:

- A resposta adequada (+++) recebe pontuação 2;
- A resposta pouco adequada (++) recebe pontuação 1;
- A resposta pouquíssimo adequada (+) recebe pontuação 0,5.

Desse modo, a EDAO permite o diagnóstico adaptativo global, numa graduação desde Adaptação Eficaz (Grupo 1) até Adaptação Ineficaz Grave (Grupo 5), como vemos no Quadro 2:

Quadro 2 – Diagnóstico adaptativo

GRUPO ADAPTATIVO	ADEQUAÇÃO			TIPO DE ADAPTAÇÃO
	A-R	Pr	Soma	
1	+++ 3	+++ 2	5	[] Adaptação eficaz
2	++ 2	+++ 2	4	
	+++ 3	++ 1	4	[] Adaptação ineficaz leve
3	++ 2	++ 1	3	
	+ 1	+++ 2	3	[] Adaptação ineficaz moderada
	+++ 3	+ 0,5	3,5	
4	++ 2	+ 0,5	2,5	[] Adaptação ineficaz severa
	+ 1	++ 1	2	
5	+ 1	+ 0,5	1,5	[] Adaptação ineficaz grave

FONTE: Simon R. Conceitos básicos. In: *Psicoterapia Breve Operacionalizada: teoria e técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.p.23-31.

No caso de o sujeito encontrar-se em uma situação nova, vital, em que ocorre a perda do equilíbrio adaptativo anterior, ocorrendo tensões cognitivas e afetivas, considera-se que o indivíduo está em crise (Simon, 1989). Nesta ocasião ele ainda não encontrou solução para esta nova situação. Configura-se como um período de transição do qual o sujeito poderá passar, após curto espaço de tempo, a um novo equilíbrio adaptativo que corresponderá a um grupo adaptativo igual, melhor ou pior que o anterior, a depender do tipo de resposta que o indivíduo deu a esta nova situação.

Todos os sujeitos foram entrevistados e avaliados pela pesquisadora responsável, tendo os diagnósticos adaptativos sido posteriormente confrontados com os resultados obtidos por uma avaliadora-juíza.

3.3.4 - Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP): instrumento usado em pesquisas nacionais e internacionais com validade em pesquisas de distúrbios do sono (Ceolim, 1999; Fichtenberg et al., 2001; Backhaus et al., 2002; Smith e Wegener, 2003) (Anexo H). Consiste em um questionário auto-aplicável destinado a detectar distúrbios do sono no intervalo retroativo de um mês. É dividido em duas partes: uma de perguntas, em que o sujeito escolhe a resposta entre algumas alternativas, e outra em que responde a questões diretas, que permitem avaliar clinicamente o sono do paciente. Foi

utilizado para verificação da qualidade do sono, eficiência do sono (ES) e da sonolência diurna (SD) das mães.

Escore globais acima de 5 relacionam-se a um padrão pobre de sono, enquanto escores globais abaixo de 5 relacionam-se a qualidade de sono melhor.

3.3.5 - Inventário de Depressão de Beck (IDB): constitui-se de um questionário auto-aplicável com 21 itens, cada qual podendo variar de 0 a 3 pontos, que avalia sinais e sintomas depressivos no período retroativo de uma semana (Beck et al, 1961). Foi utilizado na verificação dos sinais e sintomas depressivos nas mães dos lactentes. Permite abrangência dos aspectos cognitivos, afetivos, somáticos e específicos da depressão, sendo útil para avaliar amostras não-clínicas de adultos e adolescentes da população geral (Anexo I). A avaliação foi baseada nos escores propostos por Gorenstein e Andrade (2000):

- escores até 12 pontos: sem depressão;
- escores 13 pontos ou mais: com depressão.

As autoras consideraram, para os escores acima, 100% de sensibilidade e 99% de especificidade para detectar depressão.

3.3.6 - Classificação econômica: para a caracterização da amostra, utilizamos o Critério de Classificação Econômica Brasil (CEB, 2000) da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP) (Anexo J). Esse instrumento foi elaborado pela ANEP com base no Levantamento Socioeconômico 2000 – Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE).

3.3.7 – Teste de Denver II: teste de triagem que consiste na avaliação de quatro setores do desenvolvimento da criança (pessoal-social, motor fino-adaptativo, linguagem e motor total), mediante tarefas estandardizadas (Anexo K). Essas tarefas são apresentadas segundo o esperado para a idade, de forma similar a uma curva de crescimento. Dessa maneira, pode-se determinar se há ou não atraso ou suspeita de atraso no desenvolvimento neurológico da criança (Frankenburg et al., 1992). Utilizamos este teste na forma traduzida do inglês para o português, preservando o formato do teste de triagem (Anexo L).

O Pacote Completo do Denver II (*Denver II Complete Package*) foi adquirido sob licença da *Denver Developmental Materials, Inc.* e contém: formulários, manual de treinamento e *kit* com material para os testes.

3.4 Procedimentos

Foram realizados um atendimento à dupla mãe-bebê e um atendimento à mãe, cada qual com encontros de cerca de 60 a 90 minutos, para coletar dados pertinentes à pesquisa. Em um terceiro atendimento, foram feitas orientações em relação ao sono do bebê e à avaliação da eficácia adaptativa da mãe. Em alguns casos, procedeu-se ao encaminhamento da mãe para tratamento psicoterápico.

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora responsável.

3.4.1 Método estatístico

Para responder aos objetivos deste estudo, foram utilizadas medidas-resumo (Bussab e Morettin, 1987) tais como:

- Frequência absoluta e relativa para as medidas que assumem categorias (p.ex.: gênero da criança);
- Média, desvio-padrão, mediana, valor mínimo e valor máximo para as medidas numéricas (p.ex.: idade da mãe e da criança).

Para comparar os instrumentos sob a forma de escala e as demais medidas numéricas entre o grupo-estudo e o grupo-controle, foram utilizados testes não-paramétricos de Mann-Whitney (Conover, 1980).

Para verificar a existência de associação das medidas categorizadas entre os grupos estudo e controle, foram realizados testes qui-quadrado ou Teste exato de Fisher, ou Teste de razão de verossimilhanças (Agresti, 1990).

Para verificar se houve relação entre as escalas de IQSP, EDAO, IDB, as variáveis ES, idade da criança e outras medidas relativas aos hábitos de sono da dupla mãe-bebê, foram calculadas as correlações de Spearman (Conover, 1980) para os indivíduos separados por grupo-estudo e grupo-controle.

Para análise estatística dos dados adotou-se o nível de significância de 5%.

Na análise estatística dos dados, utilizou-se o “*software*” Pacote Estatístico para Ciências Sociais para “*windows*” (*Statistical Package for the Social Sciences for Windows – SPSS*) versão 13.0.

4 RESULTADOS

4 - RESULTADOS

Para a elaboração deste trabalho foram observadas 60 mães - 30 pertencentes ao grupo-estudo, 30 pertencentes ao grupo-controle - atendidas em São Paulo e em Santo André.

4.1 Características da população estudada no grupo-estudo e no grupo-controle

Em relação à idade das crianças nos dois grupos, tomou-se para o grupo-controle crianças com idades distribuídas de forma semelhante às das crianças do grupo-estudo, o que vale dizer não ter havido diferença estatisticamente detectável entre as idades das crianças em nenhum grupo (Tabela 1).

A idade das mães do grupo-estudo foi significativamente maior que a do grupo-controle.

Tabela 1 – Descrição das medidas numéricas para caracterização dos grupos e resultado da comparação entre eles

Variável	Grupo	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	n	p
Idade da mãe (anos)	Estudo	29,63	5,51	28,5	21	40	30	0,004*
	Controle	25,73	4,40	25	20	39	30	
Idade da criança (meses)	Estudo	10,93	4,69	11	3	23	30	0,874*
	Controle	10,73	5,04	9,5	3	23	30	
Escolaridade da mãe (anos)	Estudo	11,10	2,56	11	5	17	30	0,259
	Controle	11,85	2,19	11	8	18	30	

Não houve em nenhum grupo diferença estatisticamente significativa entre os gêneros, conforme se observa na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição entre os gêneros nos dois grupos e resultado dos testes de associação

Variável	Categoria	Grupo-estudo		Grupo-controle		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
Gênero da criança	Masculino	15	50	17	57	32	53	0,605*
	Feminino	15	50	13	43	28	47	

*Resultado do Teste de qui-quadrado

Não se observou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em relação à classificação econômica (Tabela 3).

Tabela 3 – Descrição das medidas categorizadas da classificação econômica e resultado do teste de associação

Variável	Categoria	Grupo				Total		p
		Estudo		Controle				
		n	%	n	%	n	%	
Classificação econômica	A2	1	3,3	1	3,3	2	3,3	0,769*
	B1	3	10,0	2	6,7	5	8,3	
	B2	4	13,3	8	26,7	12	20,0	
	C	19	63,3	16	53,3	35	58,3	
	D	3	10,0	3	10,0	6	10,0	

* Resultado do Teste de razão de verossimilhanças

4.2 Quanto à duração da queixa de insônia

A maioria das mães dos bebês com insônia relata essa queixa desde o nascimento (Tabela 4).

Tabela 4 – Dados sobre o início da queixa relacionada ao sono do bebê

Início da queixa	n	Percentual (%)
Desde o nascimento	22	73,3
Após o nascimento	8	26,7
TOTAL	30	100

4.3 Avaliação da média diária de horas de sono da criança e comparação entre os grupos

A média diária de sono foi obtida através do DS da criança. A comparação, entretanto, sofreu prejuízo em razão do menor número de DS preenchidos pelas mães do grupo-controle.

Tabela 5 – Resultados obtidos pela análise da média diária de horas de sono da criança e comparação entre os grupos

Grupo	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	n	p
Estudo	11,28	2,33	11,5	5,4	16,9	26	0,721*
Controle	11,90	1,12	11,9	11,1	12,7	2	

*Resultado do Teste de Mann-Whitney

Figura 1 – Distribuição da média de horas de sono por faixa de idade no grupo-estudo, segundo o DS da criança

Dentre os DS e os dados obtidos nas entrevistas relativos às crianças do grupo-estudo, há fragmentação e/ou dificuldade de iniciar o sono em todos os bebês.

4.4 EDAO e setores A-R e Pr (Tabela 6), distribuição dos indivíduos nos grupos diagnósticos (Tabela 7) e comparação entre os grupos

A EDAO foi apresentada segundo o grupo-diagnóstico, com intervalo de um a cinco. O grupo melhor adaptado é o 1, com adaptação eficaz, e o de pior avaliação é o 5, com adaptação ineficaz grave.

O diagnóstico adaptativo resulta da soma das pontuações de dois setores da adaptação: o A-R e o Pr.

O resultado da soma dessas duas pontuações, quanto maior em valor numérico, indicará melhor grupo adaptativo (Quadro 2). Sendo o grupo 1 o de sujeitos melhor adaptados, conclui-se que quanto maior o valor numérico da pontuação, menor será o valor numérico do grupo adaptativo, variando, portanto, inversamente.

A pontuação do setor A-R pode variar de um a três pontos e a do setor Pr de meio a dois pontos.

Houve diferença estatisticamente significativa entre os valores encontrados na EDAO e no setor A-R entre os dois grupos. O grupo-estudo apresentou valores piores em relação à eficácia adaptativa, e a diferença entre os grupos deu-se à custa da pontuação no setor A-R (Tabela 6).

Tabela 6 – Descrição das medidas numéricas obtidas na EDAO e nos setores A-R e Pr e comparação entre os grupos

Variável	Grupo	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	n	p
EDAO	Estudo	3,33	1,03	3	1	5	30	<0,001*
	Controle	2,20	1,03	2	1	4	30	
Pontuação do setor A-R	Estudo	1,57	0,68	1	1	3	30	<0,001*
	Controle	2,27	0,69	2	1	3	30	
Pontuação do setor Pr	Estudo	1,32	0,59	1	0,5	2	30	0,118*
	Controle	1,53	0,51	2	1	2	30	

* Resultado do Teste de Mann-Whitney

Na distribuição dos resultados por diagnóstico adaptativo, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre o grupo-estudo e o grupo-controle. A adaptação foi pior no grupo-estudo, em que cerca de 97% dos indivíduos manifestaram algum grau de dificuldade na adaptação, ocorrência apresentada em 70% dos casos no grupo-controle. Nos grupos adaptativos 4 e 5, de pior avaliação em termos de adaptação, o grupo-estudo teve cerca de 37% dos indivíduos, enquanto o grupo-controle teve 13% (Tabela 7).

Tabela 7 – Descrição das medidas categorizadas obtidas para o diagnóstico adaptativo da EDAO e resultado do teste de associação

Variável	Categoria	Grupo				Total		p
		Estudo		Controle				
		n	%	n	%	n	%	
Grupo Adaptativo EDAO	1	1	3,3	9	30,0	10	16,7	0,001*
	2	4	13,3	10	33,3	14	23,3	
	3	14	46,7	7	23,3	21	35,0	
	4	6	20,0	4	13,3	10	16,7	
	5	5	16,7	0	0,0	5	8,3	
TOTAL		30	100	30	100	60	100	

* Resultado do Teste de razão de verossimilhanças

4.5 Análise da qualidade do sono das mães, ES (Tabela 8), IQSP (categoria) e SD (Tabela 9) e comparação entre os grupos

Na Tabela 8 apresentou-se o IQSP sob a forma de pontuação obtida no questionário - que varia de zero a 21 pontos – a fim de ressaltar nuances da distribuição desses valores na amostra. Valores de pontuação no IQSP acima de cinco relacionam-se a padrão de sono pobre; valores abaixo de cinco relacionam-se à qualidade de sono normal.

Ainda na Tabela 8, a ES foi medida em porcentagem e relacionou o número de horas no leito ao número de horas dormidas.

As mães do grupo-estudo apresentaram pior qualidade de sono e pior ES em relação ao grupo-controle.

Tabela 8 – Descrição das medidas numéricas obtidas no IQSP e na ES e comparação entre os grupos

Variável	Grupo	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	n	p
IQSP	Estudo	10,57	3,16	11	3	15	30	<0,001*
	Controle	3,87	3,09	3	0	13	30	
ES	Estudo	60,69	16,71	59,41	27,27	94,11	30	<0,001*
	Controle	88,30	13,71	91,46	44,44	100,00	30	

* Resultado do Teste de Mann-Whitney

Na Tabela 9 pode-se observar que a qualidade do sono medida pelo IQSP como categoria foi pior no grupo-estudo, enquanto a SD foi menor no grupo-controle.

Tabela 9 – Descrição das medidas categorizadas obtidas no IQSP e na SD e resultado do teste de associação

Variável	Categoria	Estudo		Controle		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
IQSP (categoria)	Sono normal	2	7	23	77	25	42	<0,001**
	Sono pobre	28	93	7	23	35	58	
	Sem sonolência	12	40	24	80	36	60	
SD	1 vez/semana	3	10	2	7	5	8	0,011*
	2 vezes/semana	7	23	2	7	9	15	
	3 vezes/semana	8	27	2	7	10	17	
TOTAL		30	100	30	100	60	100	

* Resultado do Teste de razão de verossimilhanças

** Resultado do Teste de qui-quadrado

4.6 Avaliação dos sinais e sintomas depressivos e comparação entre os grupos

Na Tabela 10, o IDB foi apresentado como categoria, segundo o ponto de corte do instrumento (até 12 - sem depressão; 13 pontos ou mais - com depressão).

O grupo-controle apresentou-se com menores índices de sinais e sintomas depressivos.

Tabela 10 – Descrição das medidas categorizadas obtidas no IDB e resultado do teste de associação

Variável	Categoria	Grupo				Total		p
		Estudo		Controle				
		n	%	n	%	n	%	
IDB	Sem depressão	13	43	24	80	37	62	0,003*
	Com depressão	17	57	6	20	23	38	
TOTAL		30	100	30	100	60	100	

* Resultado do Teste de qui-quadrado

4.7 Análise de variáveis que dizem respeito às mães

A Tabela 11 aponta maior frequência de queixas sobre perda de interesse sexual no grupo-estudo.

Tabela 11 – Descrição das medidas categorizadas obtidas em variáveis que dizem respeito às mães e resultado dos testes de associação

Variável	Categoria	Grupo				Total		p
		Estudo		Controle				
		n	%	n	%	n	%	
Sexualidade	Sem queixa	6	20	14	47	20	33	<0,001*
	Pouco interessada	8	27	15	50	23	38	
	Muito pouco interessada	13	43	1	3	14	23	
	Perdeu o interesse	3	10	0	0	3	5	
Idéias suicidas	Sim	4	13	0	0	4	7	0,112#
	Não	26	87	30	100	56	93	
Ocupação da mãe	Prendas domésticas	14	47	18	60	32	53	0,262*
	Autônoma	4	13	1	3	5	8	
	Com vínculo empregatício	12	40	10	33	22	37	
Número de filhos	Estudante	0	0	1	3	1	2	0,058**
	1 filho	23	77	16	53	39	65	
	Mais de 1 filho	7	23	14	47	21	35	
TOTAL		30	100	30	100	60	100	

* Resultado do Teste de razão de verossimilhanças

** Resultado do Teste de qui-quadrado

Resultado do Teste exato de Fisher

4.8 Avaliação de variáveis com respeito aos hábitos relacionados ao sono

A Tabela 12 mostrou que as mães do grupo-estudo apresentaram resultados estatisticamente maiores em relação ao oferecimento de alimentação durante a noite. O aleitamento ao seio foi estatisticamente maior, em frequência, nas mães do grupo-estudo.

Em relação ao hábito de dormir no escuro, a ocorrência foi avaliada em 18 indivíduos do grupo-estudo e em 25 do grupo-controle. Os bebês portadores de insônia dormiam mais freqüentemente com alguma fonte de iluminação.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos no que concerne aos hábitos de a criança dormir no quarto dos pais, na cama dos pais ou na presença dos pais.

Tabela 12 – Descrição das medidas categorizadas em relação aos hábitos relacionados ao sono e resultado dos testes de associação

Variável	Categoria	Grupo				Total		p
		Estudo		Controle				
		n	%	n	%	n	%	
Quarto dos pais	Sim	26	86,7	26	86,7	52	86,7	>0,999 [#]
	Não	4	13,3	4	13,3	8	13,3	
Cama dos pais	Sim	13	43,3	7	23,3	20	33,3	0,100*
	Não	17	56,7	23	76,7	40	66,7	
Presença dos pais para dormir	Sim	27	90,0	23	76,7	50	83,3	0,166*
	Não	3	10,0	7	23,3	10	16,7	
Alimentação noturna	Sim	26	86,7	9	30,0	35	58,3	<0,001*
	Não	4	13,3	21	70,0	25	41,7	
Amamenta ao seio	Sim	20	66,7	10	33,3	30	50,0	0,010*
	Não	10	33,3	20	66,7	30	50,0	
TOTAL		30	100	30	100	60	100	
Escuro	Sim	3	16,7	14	56,0	17	39,5	0,009*
	Não	15	83,3	11	44,0	26	60,5	
TOTAL		18	100	25	100	43	100	

[#] Resultado do Teste exato de Fisher

* Resultado do Teste de qui-quadrado

4.9 Análise sobre o tempo de amamentação

Foi considerada a idade da criança amamentada ao seio no momento da avaliação. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em relação ao tempo de aleitamento. Contudo, percebeu-se que:

- As mães do grupo-estudo amamentavam por mais tempo; 66% delas amamentavam, contando 25% dos seus bebês menos de seis meses e 75% deles mais de sete meses;
- Dez mães do grupo-controle, 33,3%, amamentavam tendo 50% dos bebês menos de seis meses.

Tabela 13 – Descrição das medidas categorizadas em relação ao tempo de aleitamento ao seio e teste de associação

Variável	Categoria	Grupo				Total		p
		Estudo		Controle		n	%	
		n	%	n	%			
Idade da criança das mães que amamentam ao seio	<= 6 meses	5	25	5	50	10	33	0,221
	7 a 12 meses	7	35	1	10	8	27	
	12 meses ou +	8	40	4	40	12	40	
TOTAL		20	100	10	100	30	100	

* Resultado do teste de razão de verossimilhanças

Das crianças amamentadas ao seio, três bebês do grupo-estudo e dois do grupo-controle estavam em aleitamento ao seio exclusivo.

Tabela 14 – Descrição da frequência do aleitamento ao seio exclusivo, nos dois grupos

Categoria	Grupo				TOTAL	
	Estudo		Controle		n	%
	n	%	n	%		
Leite materno exclusivo	3	15	2	20	5	17
Aleitamento misto	17	85	8	80	25	83
TOTAL	20	100	10	100	30	100

[illegible]

Tabela 16. Correlação de Spearman entre as medidas de interesse para o grupo-controle

Correlação		Idade da criança	IQSP	ES	IDB	Queixa de sexualidade	EDAO	Classificação econômica	Cama dos pais	Alimentação noturna	Amamenta ao seio
IQSP	r	0,018									
	p	0,924									
	N	30									
ES	r	0,219	-0,598								
	p	0,244	<0,001								
	N	30	30								
IDB	r	-0,292	0,367	-0,338							
	p	0,118	0,046	0,068							
	N	30	30	30							
Queixa de sexualidade	r	-0,075	0,272	0,041	0,127						
	p	0,693	0,145	0,829	0,502						
	N	30	30	30	30						
EDAO	r	-0,087	0,590	-0,240	0,338	0,236					
	p	0,648	0,001	0,202	0,068	0,209					
	N	30	30	30	30	30					
Classificação econômica	r	-0,140	-0,183	0,210	-0,280	-0,077	-0,267				
	p	0,460	0,332	0,265	0,133	0,685	0,154				
	N	30	30	30	30	30	30				
Cama dos pais	r	-0,202	-0,156	-0,046	0,248	0,021	-0,081	-0,350			
	p	0,284	0,409	0,807	0,186	0,914	0,672	0,058			
	N	30	30	30	30	30	30	30			
Alimentação noturna	r	-0,076	-0,157	0,000	0,042	0,005	-0,223	-0,397	0,671		
	p	0,689	0,407	1,000	0,824	0,980	0,236	0,030	<0,001		
	N	30	30	30	30	30	30	30	30		
Amamenta ao seio	r	-0,181	-0,268	0,083	0,037	0,139	-0,225	-0,314	0,613	0,926	
	p	0,338	0,152	0,662	0,846	0,463	0,231	0,091	<0,001	<0,001	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
SD	r	-0,210	0,332	-0,070	0,137	0,424	0,016	-0,222	0,117	0,217	0,175
	p	0,266	0,073	0,712	0,471	0,020	0,932	0,238	0,537	0,250	0,354
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

Nos dois grupos, a qualidade de sono no IQSP correlacionou-se com a ES, sendo inverso o coeficiente de relação, isto é, quanto maior a pontuação no IQSP denotando sono pobre, pior a ES.

A pontuação do IQSP teve correlação com o IDB nos dois grupos, com coeficiente de relação direto, ou seja, quando a pontuação no IQSP aumentou - o que representou piora da qualidade do sono - aumentou a pontuação do IDB, com aumento de sinais e sintomas depressivos.

Nos dois grupos, a alimentação noturna esteve diretamente correlacionada com a amamentação ao seio.

No grupo-estudo, o IDB apresentou correlações estatisticamente significantes do seguinte modo:

- diretamente correlacionada com as queixas de desinteresse sexual;
- diretamente correlacionada com idéias suicidas. Quanto maior a pontuação no IDB, maior a frequência de idéias suicidas;
- diretamente correlacionada com a EDAO, o que vale dizer que, quanto maior a pontuação no IDB, maior o valor do grupo do diagnóstico adaptativo na EDAO, ou seja, pior a eficácia adaptativa.

Outras correlações no grupo-estudo:

- IQSP mostrou-se diretamente correlacionado com alimentação noturna, de forma que, quanto maior a alimentação noturna, pior a qualidade do sono;
- ES resultou inversamente correlacionada à alimentação noturna, de forma que quanto maior a alimentação noturna, menor a ES;
- ES mostrou-se inversamente correlacionada com aleitamento ao seio, que por sua vez, correlacionou-se diretamente à alimentação noturna;
- Idéias suicidas mostraram-se diretamente correlacionadas à EDAO, de forma que, quanto maior o grupo da EDAO, que tem pior adaptação, mais freqüentes as idéias suicidas.

No grupo-controle, houve correlação direta estatisticamente significativa:

- da pontuação do IQSP com a EDAO. Maior IQSP, pior sono e pior diagnóstico adaptativo;
- da SD com queixa de desinteresse sexual. Quanto maior a sonolência diurna, maior o desinteresse sexual;
- das mães cujos filhos dormiram na cama dos pais com as que alimentaram seus filhos durante a noite e com as que amamentam o filho ao seio, o que não acontece no grupo-estudo.

No grupo-controle, houve correlação inversa estatisticamente significativa entre a classificação econômica e a alimentação noturna, de forma que, quanto melhor a classificação econômica, menos freqüente a alimentação noturna.

5 DISCUSSÃO

5 – DISCUSSÃO

O estudo dos distúrbios do sono na criança tem papel importante na manutenção de sua saúde e bem-estar assim como no de sua família, dando suporte a intervenções clínicas (Davis et al., 2004b). Poderá integrar programas de prevenção e promoção da saúde da população.

Percebe-se que há uma lacuna nos saberes que poderiam dar consistência e suporte aos profissionais de saúde no atendimento aos pacientes com distúrbios do sono nessa faixa etária.

O presente estudo abordou questões relevantes e pouco estudadas, especialmente sob o aspecto das características psicológicas das mães nessas circunstâncias.

A seguir, discutiremos os principais achados deste trabalho de pesquisa.

5.1 Sobre o diagnóstico e a casuística

5.1.1 Diagnóstico da ICP

Neste estudo, considerou-se o diagnóstico de ICP a partir dos três meses de idade. Segundo a AASM (2005), não se espera que a criança durma a noite inteira enquanto estiver na faixa de três a seis meses, considerados esses seis meses idade razoável para o diagnóstico de ICP, a menos que a insônia seja muito intensa.

As crianças do grupo-estudo com idade entre três e seis meses apresentavam fragmentação importante do sono noturno e/ou dificuldade para iniciar o sono, o que contribuiu para a queixa materna.

Crianças em aleitamento exclusivamente ao seio são passíveis de necessitar acordar durante a noite para mamar, por ser o leite materno mais facilmente digerido. Em relação às crianças com idade abaixo de seis meses, três dos quatro bebês do grupo-estudo e dois dos quatro bebês do grupo-controle eram amamentados exclusivamente ao seio. Não houve caso de criança com mais de seis meses de idade em aleitamento materno exclusivo no grupo-estudo, tampouco no grupo-controle.

No grupo-controle, encontrou-se associação entre aleitamento ao seio, dormir na cama dos pais e alimentação durante a noite, o que não aconteceu no grupo-estudo. A associação desses três hábitos pode ser

entendida como um fator que leva a mãe a não queixar-se do sono do seu bebê.

Segundo a AASM (2005), o diagnóstico da insônia da criança tem por base a queixa da mãe. Essa queixa em relação ao sono da criança faz-se em geral, acompanhar de relato de dificuldades da mãe relativas à privação de sono, entre as quais cansaço extremo, irritabilidade, desatenção.

Sob o aspecto preventivo, é desejável implementar precocemente a correta conduta parental em relação à rotina para adormecer e nos despertares noturnos, uma vez que a consolidação das horas de sono noturno no bebê, que evolui rápida e precocemente, está fortemente associada à conduta da família (Touchette et al., 2005).

5.1.2 Idade e gênero das crianças, e o início da insônia

A idade das crianças não mostrou diferença estatística significativa entre os dois grupos porque se procurou tomar para o grupo-controle crianças com idades distribuídas de forma semelhante às idades do grupo-estudo, cuidado que se justifica pelas fases e marcos de desenvolvimento global da criança na faixa de idade pesquisada - que foi de três a 24 meses.

Não houve, em relação ao gênero, intenção de pareamento, tendo havido ocorrência casual no grupo-estudo, em concordância com o que descreve a AASM (2005): no caso da ICP ou não há preferência entre os gêneros ou ela é fraca em meninos.

A maioria das mães do grupo-estudo refere que a criança nunca dormiu bem, isto é, da época em que tinha os ciclos ultradianos - que coincidiam com os horários de fome desde o nascimento - o bebê passou a apresentar dificuldade em adormecer e/ou sono fragmentado durante a noite, com dificuldade em reiniciar o sono.

Uma limitação do nosso estudo foi não termos obtido, nas crianças do grupo-controle, dados sobre como e quando se deu a transição para a consolidação do sono no período noturno.

De maneira semelhante a estudos anteriores (Bayer et al., 2007), a situação socioeconômica dos sujeitos na nossa amostra não apontou diferença estatística significativa entre os dois grupos, porém, no grupo-controle, mostrou-se associada à alimentação noturna: quanto melhor a situação econômica, menos as mães alimentavam seus filhos durante a noite.

5.2 Diagnóstico adaptativo e a relação do sono com a subjetividade do indivíduo

O diagnóstico adaptativo é uma maneira de avaliar a subjetividade do indivíduo, classificando a eficácia de sua adaptação. Para Simon (1989), todo ser vivo está adaptado, variando apenas a qualidade da adaptação, que se classifica pela EDAO.

Demonstrou-se que, entre as mães de bebês com insônia predominam indivíduos com eficácia adaptativa significativamente pior que entre aquelas cujos bebês dormem bem. Chama a atenção que a diferenciação se dê no setor A-R. De acordo com os critérios diagnósticos da EDAO as mães do grupo-controle solucionaram melhor as situações de vida, obtendo gratificação e aumentando a auto-estima de forma mais adequada que as mães dos bebês com insônia.

O setor Pr não mostrou diferença significativa entre os dois grupos. Interpretou-se que nesse trecho da vida, quando a mulher tem um bebê pequeno sua libido costuma voltar-se de maneira intuitiva para este forte vínculo, relegando outros aspectos de sua vida para segundo plano de importância.

As funções da maternagem são dependentes em grande parte da subjetividade da mãe. A relação mãe-bebê está fundada em sua capacidade de “*rêverie*” (Bion, 1962a).

No caso das mães dos bebês insones, é possível que fantasias inconscientes (Klein, 1997) povoem a mente da mãe, fazendo-a “comunicar” (Bion, 1962b) ao seu bebê que a separação para o sono é extremamente difícil, provocando assim, involuntariamente o problema de sono no bebê.

Freud relata em 1917 (1974a) que, para acontecer o sono, a mente deve encontrar-se num estado em que o indivíduo se tenha voltado para si mesmo, separando-se do ambiente.

Em *A Interpretação dos Sonhos*, obra escrita em 1900 que funda o campo da psicanálise, Freud (1987) afirma que o trabalho do sonho é proteger o sono. A elaboração onírica dá tratamento aos estímulos internos que poderiam perturbar o sono, garantindo que o sujeito continue a dormir. Segundo Ganhito (2002), a capacidade de o bebê adormecer e conservar seu sono é fundada na relação com a mãe; assim, o dormir pode ser vivido como experiência de bem-estar e repouso revigorante, que paulatinamente se constitui como suporte para o engendrar dos sonhos. Complementando a fórmula freudiana: a mãe é a primeira guardiã do sono, ainda antes que os sonhos assumam tal função; vale dizer que ela se antecipa ao que virá a fazer depois o sonho, ocupando o lugar do sistema de pára-excitações que o bebê ainda não desenvolveu.

Em nossa casuística, duas mães haviam passado pela experiência de morte do primeiro filho, ainda bebê. Numa delas, o bebê faleceu aos 15 dias de vida, no pós-operatório de cirurgia corretiva de atresia congênita de esôfago. A outra mãe perdeu seu primeiro bebê quando contava nove meses de idade, com pneumonia; no momento das entrevistas, 15 anos já haviam decorrido da morte, mas esta mãe informou inicialmente que tinham sido apenas cinco anos. Essas duas mães, com eficácia adaptativa comprometida (grupos adaptativos 4 e 3, respectivamente, com Adaptação Ineficaz Severa e Adaptação Ineficaz Moderada), e presença de sinais e sintomas depressivos considerados na faixa de depressão, permaneciam enlutadas, ocupadas com o luto daqueles primeiros bebês. É possível que a nova experiência de maternagem estivesse repleta de sentimentos de perigo de nova perda.

Três outros bebês apresentaram insônia de ajustamento, descrita pela AASM (2005) como a insônia em que houve fator estressante temporalmente identificável ao seu início. Em dois casos, houve mudança de endereço da família e, num terceiro caso a mãe relata invasão de domicílio por policiais que acompanhavam seu marido algemado à procura de provas de envolvimento com drogas. O bebê não estava na casa naquele momento, mas a mãe refere que a surpresa foi-lhe de tal modo desagradável que ficou transformada desde então. Sentiu-se violada em seu lar e na confiança no

marido. Foi durante a entrevista que ela associou temporalmente o início do distúrbio de sono do bebê e esse acontecimento.

5.3 Qualidade do sono das mães, depressão e suas associações

As mães do grupo-estudo apresentaram pior Qualidade de Sono, pior ES e mais SD que as mães do grupo-controle, achados que são esperados e confirmam estudos anteriores (Bayer et al., 2007; Meltzer e Mindell, 2007; Smart e Hiscock, 2007). O sono da mãe depende do padrão de sono de seu filho (Thomas e Foreman, 2005).

As mães das crianças com ICP apresentaram sinais e sintomas depressivos, o que também confirma dados de literatura, sobre associação de ICP à depressão das suas mães (Armstrong et al., 1998a; Armstrong et al., 1998b; Hiscock e Wake, 2001; Dennis e Ross, 2005).

Segundo Goyal et al. (2007), que estudaram 124 gestantes no terceiro trimestre de gestação, e após três meses do nascimento do bebê, mulheres com distúrbios de sono e sinais e sintomas depressivos na gestação apresentam maior risco de desenvolver depressão pós-parto.

Outros estudos (Kim et al. 2008; Leigh e Milgron, 2008) apontam que a presença de depressão na gestação é o mais forte preditor de depressão após o nascimento. A identificação precoce e o tratamento da depressão ainda no período de gestação são importantes. Mesmo em casos de depressão sub-clínica no final da gestação, esta poderá evoluir para quadro depressivo grave (Skouteris et al., 2008).

Segundo McLaren et al. (2007), mulheres que experimentaram precocemente separação de suas próprias mães e/ou recordaram-se de cuidados insuficientes por parte delas correm risco potencialmente maior de desenvolver depressão pós-parto. No tratamento da depressão pós-parto, o profissional de saúde deve levar em conta a relação da mulher com sua própria mãe, tanto no passado quanto no presente; tanto os eventos reais quanto a percepção que a mulher tem deles.

O nascimento de um bebê é fator estressante para a família. No Estudo Longitudinal da Infância Precoce (*Early Childhood Longitudinal Study*), com participação de 5089 pais nos Estados Unidos da América do Norte, Paulson et al. (2006) observaram que 14% das mães e 10% dos pais apresentaram sinais e sintomas depressivos. Concluem que foram mais freqüentes os distúrbios de sono nos bebês das mães depressivas. Os autores sugerem até mesmo o treinamento do pediatra para tomar responsabilidade na identificação dos sinais e sintomas depressivos nas mães de crianças

pequenas. Se há depressão nos pais, há menor aderência às orientações preventivas em relação à saúde global do bebê e da família.

Em nosso estudo, nas mães de bebês insones, a presença de depressão associou-se ao hábito de oferecer alimentação noturna. McLearn et al. (2006) mostraram que a mãe deprimida tem maior dificuldade em estabelecer rotinas com seus filhos. Nesses casos ocorre retro-alimentação do ciclo: insônia do bebê, mãe com má qualidade de sono, aparecimento de sinais e sintomas depressivos e dificuldade de impor rotinas, fator importante para o estabelecimento do padrão de sono satisfatório do bebê no que diz respeito aos sincronizadores externos, tais como os rituais para o sono.

Bayer et al. (2007), num estudo com 328 mães australianas, avaliaram a eficácia da implementação de estratégias comportamentais aplicadas aos bebês de sete meses de idade com distúrbios de sono. Concluem que, com a redução dos problemas de sono das crianças, houve melhora da depressão nas mães e melhora da sua saúde geral. Propõem os autores implementar intervenções dessa natureza nos sistemas de saúde.

Detectou-se, entre as mães deprimidas, presença de idéias suicidas em quatro mães do grupo-estudo. Apesar de não ter havido peso estatístico notável, esse aspecto é de grande importância no que se refere aos

cuidados necessários com esses indivíduos. O dado causa surpresa, visto que são mulheres com filhos muito pequenos, em geral ocupadas e comprometidas com o futuro.

5.4 Hábitos relacionados ao sono e características maternas

Entre as mães dos bebês insones foi mais freqüente o hábito de oferecer alimentação durante a noite, diferentemente daquelas cujos bebês não apresentavam problemas para dormir. Esse dado é recorrente na literatura, estando a alimentação noturna usualmente associada à fragmentação do sono (Touchette et al., 2005).

Em nosso estudo houve bebês cujas mães não manifestaram queixa de ICP e que receberam alimentação durante a noite. Esse fato foi associado ao hábito de dormir na cama dos pais e à amamentação ao seio materno. Esse conjunto de associações parece fazer com que o bebê se alimente e volte a dormir em seguida, poupando a mãe de problemas no sono. Pareceu ser culturalmente aceito como normal.

Em nossa amostra, as mães dos bebês insones foram as que mais freqüentemente amamentam, e por tempo mais longo. Desmamar é um dos

primeiros atos de frustração para o ser humano, uma experiência de perda, de separação, modelo para muitas outras. É habitual na clínica pediátrica enfocar a dificuldade do bebê em deixar o seio materno, contudo, também importa considerar a experiência do desmame para a mãe. Quando, por algum motivo, a mãe enfrenta dificuldade de separar-se do seu bebê, pode ter dificuldade tanto ao desmamá-lo quanto ao separar-se dele para que ele adormeça.

As mães dos bebês insones referiram com frequência desinteresse pela atividade sexual, uma vez que sua libido está voltada para seu bebê, desinteressando-se por outros setores de sua vida pessoal. É plausível conjecturar que esse superinvestimento da libido da mãe no bebê tenha interferido no sono dele.

Não foram encontradas diferenças em relação a alguns hábitos usualmente citados na literatura como causadores de dificuldades no sono, tais como necessidade de presença dos pais para a criança adormecer (Estivill, 2000; Gaylor e Burnham, 2005), dormir no quarto dos pais e dormir na cama dos pais (Davis et al., 2004b). Pareceu-nos que o hábito de ninar a criança para que adormeça, ou de estar junto a ela até que adormeça seja um hábito da nossa cultura. Muitos interpretam como prazeroso para a mãe ou o pai embalar seu bebê até que durma e que, por ser o hábito muito

difundido em nosso meio, não houve diferença detectável entre os dois grupos.

Há que se considerar que nas famílias com situação econômica desfavorável o hábito de dormirem todos em um só cômodo da casa não seja uma opção, mas antes sua única possibilidade. Em nossa amostra, 73% das famílias do grupo-estudo e 63% das famílias do grupo-controle pertenciam às classes C e D da Classificação Econômica Brasil.

Reimão e Souza (2000), num estudo sobre hábitos de sono dos indígenas Terena, observaram que, nas crianças de até dois anos de idade é padrão típico a criança dormir na mesma cama com membros da sua família, geralmente com os pais.

Mahendran et al. (2006), num estudo em Cingapura com 477 pais sobre problemas de sono durante os últimos seis meses em crianças e adolescentes de até 19 anos, encontraram que “*co-sleeping*”¹ não estava associado a problemas de sono; e que a prática de dormir na cama dos pais ou irmãos muitas vezes fora decorrência de um problema de sono, e que havia contribuído para a sua melhora. Apontam também que, quanto maior a idade da criança, menor a frequência de “*co-sleeping*”.

Segundo Owens (2004), entre os aspectos do sono das crianças influenciados por fatores sociais e culturais está o “*co-sleeping*”, cuja

¹ *Co-sleeping*: hábito de dormir junto, em geral com membro da mesma família.

freqüência e aceitação são muito diferentes nas variadas culturas em todo o mundo. As práticas parentais são valores culturalmente determinados e costumam ter grande impacto no comportamento e nos hábitos para o sono.

Em nosso estudo, bebês do grupo-controle com maior freqüência dormiam no escuro que aqueles que apresentavam ICP. A ausência de luz contribui para a secreção de melatonina, que é percebida no bebê de cerca de 12 semanas de vida (Rivkees, 2003). Harrison (2004) demonstrou que bebês expostos à luminosidade entre as 12h e 16h dormem melhor, sugerindo haver benefício para o sono quando fica nitidamente distinta a diferença entre a luminosidade do dia e o escuro à noite. Esses dados reforçam o papel importante da biologia do ciclo circadiano no organismo da criança e podem ser utilizados como parte das orientações sobre os hábitos e rituais para o sono.

Em estudo realizado com bebês insones em Barcelona, Tenenbojm et al., (2008) perceberam que alimentar estas crianças durante a noite não era hábito freqüente, porém a maioria delas necessitava da presença de um dos pais para adormecer e dormiam no escuro.

5.5 Distúrbios de sono e custos financeiros aos sistemas de saúde

Morris et al. (2001), estudaram o custo financeiro para o Sistema Nacional de Saúde (*National Health Service – NHS*) da Inglaterra com os problemas de choro e sono de crianças de 11 e 12 semanas de idade, analisando os dados do Estudo do Choro e Sono em Crianças (*Crying Or Sleeping Infants Study – COSI*). Os autores encontraram o valor de US\$ 149,50 por criança, ao ano; em 1997, ano de realização deste estudo, houve 725.800 nascidos vivos no Reino Unido, o que resulta em um montante de US\$ 132.535.072,00. O custo anual por criança foi o encontrado para o número de nascidos vivos no distrito de West Berkshire, em 1997, e posteriormente extrapolado para toda a população do Reino Unido.

Implementar ações preventivas para melhorar o sono das crianças cujas mães têm essa queixa contribui para a melhora da saúde da criança e das mães e poupa recursos financeiros ao sistema de saúde (Hiscock et al., 2007).

5.6 Considerações finais

A relação mãe-bebê é um encontro de duas subjetividades. Após dar à luz ao seu conceito, a mãe passa a promover outra fase do desenvolvimento do seu filho: o desenvolvimento da mente do seu bebê, que acontece na relação dos dois. As características fenotípicas das configurações psíquicas do bebê se darão no e a partir do contato do bebê com o meio ambiente, que no início, é principalmente a mãe ou, ainda, o seio materno (Winnicott, 1993; Klein, 1991b).

As relações entre o dormir e os estados afetivos são conhecidas. No futuro, o desenvolvimento de instrumentos e estudos que viabilizem maior conhecimento dessa relação, com especificidade e confiabilidade, é uma necessidade. Seja no que diz respeito ao adulto, seja em relação às crianças.

A produção de conhecimento sobre distúrbios de sono nas crianças, de sua repercussão na família e na sociedade, poderá subsidiar estratégias de ação que atinjam e melhorem a qualidade de saúde de toda a população.

6 CONCLUSÕES

6 – CONCLUSÕES

Para uma casuística de 30 sujeitos cujos bebês apresentavam ICP concluiu-se que:

- A eficácia adaptativa das mães das crianças portadoras de insônia foi pior que a das mães dos bebês sem insônia, e a diferença na avaliação se deu principalmente no setor das relações afetivas;
- A qualidade de sono das mães das crianças insones foi pior que a das mães dos bebês sem insônia, com sonolência excessiva diurna importante. A eficiência do sono foi melhor nas mães dos bebês sem insônia;
- As mães dos bebês insones apresentaram mais sinais e sintomas depressivos que as mães das crianças sem insônia;
- Em relação aos hábitos relacionados ao sono:
 - A alimentação noturna, o aleitamento ao seio e o hábito de dormir com alguma fonte de luz foram mais freqüentes nos bebês que têm insônia;
 - Não se mostraram associados à ICP o hábito de dormir no quarto dos pais, na cama dos pais ou a presença dos pais para adormecer.

7 ANEXOS

Anexo A:

APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELA CAPPesq do
HC-FMUSP

DIRETORIA CLÍNICA

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa**APROVAÇÃO**

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 16.06.04, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 422/04, intitulado: "Eficácia adaptativa e padrão do sono de mães de lactentes com insônia" apresentado pelo Departamento de NEUROLOGIA, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pesquisador(a) Responsável: Prof. Dr. Rubens Nelson Amaral de Assis
Reimão

Pesquisador(a) Executante: Dra. Eduardina Telles Tenenbojm

CAPPesq, 16 de Junho de 2004.

PROF. DR. CLAUDIO LEONE

Vice-Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

OBSERVAÇÃO: Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c")

Anexo B:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL
LEGAL**

1. NOME DO PACIENTE :

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO:CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: NºAPTO:.....

BAIRRO: CIDADE:.....

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: EFICÁCIA ADAPTATIVA E PADRÃO
DE SONO DE MÃES DE LACTENTES INSONES.

2. PESQUISADOR: Eduardina Telles Tenenbojm.

CARGO/FUNÇÃO: médica voluntária. INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL DE
MEDICINA Nº 32967.

UNIDADE DO HCFMUSP: Divisão de Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas
da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO ☒ **X** RISCO MÍNIMO ☐ RISCO MÉDIO ☐ RISCO
BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 12 meses.

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa; 2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais; 3. desconfortos e riscos esperados; 4. benefícios que poderão ser obtidos; 5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa: a insônia dos bebês é um problema que acaba por afetar todos na família, principalmente a mãe do bebê. Esta pesquisa é para avaliar em que grau a insônia do bebê pode ser causa de problemas psicológicos nas mães; se porventura algum problema psicológico da mãe, anterior ao nascimento do(a) seu(a) filho(a) pode estar contribuindo para a insônia do bebê. Veremos também como a Senhora se percebe na última semana, se está ou não entristecida, e como está a qualidade do seu sono durante o último mês. Para isso, gostaria de contar com a sua colaboração no sentido de responder a perguntas de alguns questionários.
2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais: faremos entrevistas (uma a duas) com várias perguntas sobre os diferentes aspectos de sua vida atual, suas relações com os amigos e familiares, seu trabalho, sua saúde física, seu lazer, seu sono e seus sentimentos de satisfação ou de tristeza. Os questionários que vamos utilizar são: Questionário do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, questionário do Inventário de Depressão de Beck, e entrevista da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada.
3. Desconfortos e riscos esperados: a Senhora poderá se sentir emocionada ao responder perguntas sobre sua vida.
4. Benefícios que poderão ser obtidos: esclarecimentos sobre a sua maneira de resolver os problemas com os quais tem se deparado na sua vida, se esta maneira tem sido eficaz ou não, no sentido de lhe trazer bem estar.

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o paciente: ndn.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas: - se a Senhora, em qualquer momento, tiver qualquer dúvida sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, esta será esclarecida pelo pesquisador executante, que estará sempre presente durante todos os procedimentos.

2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência: -Caso a Senhora queira participar desta pesquisa, terá a liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento, bem como abandonar a pesquisa, sem qualquer prejuízo para o seu atendimento no hospital.

3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade – Este estudo não oferece nenhum risco para a sua saúde, e tudo o que a Senhora disser durante as entrevistas será confidencial. Portanto, além do pesquisador, nenhuma outra pessoa saberá que foi a Senhora que respondeu a estes questionários.

4. disponibilidade de assistência no HC-FMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Dra. Eduardina Telles Tenenbojm – Rua das Bandeiras, 72. Cj 34. B. Jardim.Santo André. SP. T: 4994-9996.

Dr. Rubens Reimão – Divisão de Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. T: 3069-6401.

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 200 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável

assinatura do pesquisador

Eduardina Telles Tenenbojm

CRM 32.967

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO**(Resolução Conselho Nacional de Saúde 196, de 10 outubro 1996)**

1. Este termo conterá o registro das informações que o pesquisador fornecerá ao sujeito da pesquisa, em linguagem clara e acessível, evitando-se vocábulos técnicos não compatíveis com o grau de conhecimento do interlocutor.
2. A avaliação do grau de risco deve ser minuciosa, levando em conta qualquer possibilidade de intervenção e de dano à integridade física do sujeito da pesquisa.
3. O formulário poderá ser preenchido em letra de forma legível, datilografia ou meios eletrônicos.
4. Este termo deverá ser elaborado em duas vias, ficando uma via em poder do paciente ou seu representante legal e outra deverá ser juntada ao prontuário do paciente.
5. A via do Termo de Consentimento Pós-Informação submetida à análise da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa -CAPPesq deverá ser idêntica àquela que será fornecida ao sujeito da pesquisa.

Anexo C:

CIENTE E DE ACORDO DA DIRETORA DO CENTRO DE
SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DA
FUNDAÇÃO DO ABC

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC**CENTRO SAÚDE ESCOLA**

Declaramos que estamos cientes e de acordo com o atendimento ,
neste Centro de Saúde Escola, dos pacientes que são os sujeitos da pesquisa
desenvolvida pela Dra Eduardina Telles Tenenbojm, cujo nome do projeto de
pesquisa é: " Eficácia Adaptativa e Padrão de Sono de Mães de Lactentes com
Insônia."
Atenciosamente.

Santo André, 27 de Abril de 2004.

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Sandra', is positioned above the printed name of the signatory.

DRA SANDRA HELENA GIANNINI ALBUQUERQUE
DIRETORA TÉCNICA
CRM 78707

Anexo D:

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Data:.....

Nome da mãe:.....

Data de nascimento: / /

Estado civil:

Grau de instrução:

Procedência:

Classificação econômica:

Nº de filhos e idade:

.....
.....

Nome do(a) filho(a):

Gênero:

Data de nascimento do bebê: / /

Nº Hospital das Clínicas:

Nº Centro de Saúde:

Anexo E

DIÁRIO DE SONO DO BEBÊ

DIÁRIO DO SONO

Nome da criança:

DIA	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	24h
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								

Instruções: com um lápis, preencher os quadrados nos horários em que seu(a) filho(a) estiver dormindo. No mapa os quadrados correspondem às horas cheias. Nos horários quebrados (15 minutos, meia hora) preencha proporcionalmente.

Anexo F

FOLHA DE RESUMO DIAGNÓSTICO PARA PESQUISA - EDAO

FOLHA DE RESUMO DIAGNÓSTICO PARA PESQUISA – EDAO

Nome:

Idade: Gênero: Estado Civil: Ocupação:

DADOS RELEVANTES POR SETOR

Afetivo-Relacional:

Produtividade:

Sócio-Cultural:

Orgânico:

GRUPO	ADEQUAÇÃO			ADAPTAÇÃO
<u>1</u>	<u>AR</u>	<u>PR</u>	<u>SOMA</u>	☐ <u>Adaptação eficaz</u>
	$\frac{+++}{3}$	$\frac{+++}{2}$	<u>5</u>	
<u>2</u>	$\frac{++}{2}$	$\frac{+++}{2}$	<u>4</u>	☐ <u>Adaptação ineficaz leve</u>
	$\frac{+++}{3}$	$\frac{++}{1}$	<u>4</u>	
<u>3</u>	$\frac{++}{2}$	$\frac{++}{1}$	<u>3</u>	☐ <u>Adaptação ineficaz moderada</u>
	$\frac{+}{1}$	$\frac{+++}{2}$	<u>3</u>	
	$\frac{+++}{3}$	$\frac{+}{0,5}$	<u>3,5</u>	
<u>4</u>	$\frac{++}{2}$	$\frac{+}{0,5}$	<u>2,5</u>	☐ <u>Adaptação ineficaz severa</u>
	$\frac{+}{1}$	$\frac{++}{1}$	<u>2</u>	
<u>5</u>	$\frac{+}{1}$	$\frac{+}{0,5}$	<u>1,5</u>	☐ <u>Adaptação ineficaz grave</u>

Entrevistador: _____

Data: / /

Anexo G

QUESTIONÁRIO EDAO

EDAO

Itens mais importantes para avaliação da adequação por setor adaptativo

SETOR AFETIVO-RELACIONAL (A-R)

Respostas adequadas	Respostas pouco adequadas	Respostas pouquíssimo adequada
1. Amando alguém (como mulher, pai, filho) ou tendo mostrado capacidade de amá-los.	1. Pouca capacidade de amar alguém, no passado e presente. (Variante: amando uns poucos com intensidade, mas idealizando as pessoas).	1. Mínima capacidade de amar alguém, no passado e no presente. (Variante: ama alguém com exagero, porém não a pessoa real, mas muito idealizada).
2. Dá (e recebe) afeto de acordo com as condições e necessidade suas e do outro. (Relação de adulto para adulto, ou de adulto para criança, segundo a idade real dos envolvidos).	2. Dá pouco afeto e quer receber muito. (Relação de "criança" para adulto, ou de "criança" para "criança"). (Variante: sente que sempre dá pouco – ou muito além do que recebe).	2. Dá escasso afeto e que receber muitíssimo. (Relação de "criança" para "criança"; tem vaga noção do que seja o "adulto"). (Variante: quer dar muito mais – ou receber – que o possível).
3. Reconhece precisar do próximo emocionalmente, procura companhia.	3. Dificuldade para reconhecer que precisa do semelhante emocionalmente; procura companhia em último recurso. (Variante: sente necessitar de companhia mais que o razoável, dificuldade para estar só).	3. Muita dificuldade para reconhecer precisar do outro emocionalmente. Sente a proximidade como intromissão. (Variante: extrema dependência emocional, parasita afetivo, não suporta ficar só).
4. Reparte suas posses (materiais, intelectuais etc.) sem prejudicar-se, com prazer.	4. Apega-se muito a suas posses (materiais, intelectuais), dificilmente reparte, teme prejudicar-se. (Variante: distribui o que tem com prodigalidade, prejudica-se).	4. Agarra-se firmemente a suas posses (materiais, intelectuais), raramente reparte, é avaro. (Variante: incapaz de guardar algo para si, empobrece-se continuamente).
5. Reconhece seu ciúme, inveja, voracidade mas controla-se, sem sofrer muito (ou fazer sofrer a outrem).	5. Dificilmente se reconhece com ciúme, inveja, voracidade, portanto controla-se pouco, agride outrem (ou se agride) sem clara noção da causa. (Variante: percebe-se muito ciumento, invejoso, voraz, em desproporção às situações, mas controla-se pouco, agride muito).	5. Raramente se reconhece com ciúme, inveja, voracidade, portanto é impulsivo, agride outrem (ou se agride) sem conhecimento dos motivos. (Variante: percebe-se com intenso ciúme, inveja, voracidade, e deforma a percepção da situação externa para justificar seus sentimentos).
6. Está em contato com seus sentimentos de atração ou aversão, de modo geral.	6. Tem pouco contato com seus sentimentos (idem) ou os capta atenuadamente. (Variante: capta com exagero seus sentimentos).	6. Tem nulo contato com seus sentimentos (idem) ou capta-os com ínfima intensidade. (Variante: amplifica excessivamente seus sentimentos).
7. Tem contato afetivo com os outros, sente pena, entusiasma-se, vibra em sintonia	7. Tem pouco contato afetivo com os outros, poucas situações alheias o afetam e mesmo assim atenuadamente. (Variante: vibra com exagero face ao semelhante).	7. Tem nulo contato afetivo com os outros, ou apenas raras situações alheias o afetam, mas com ínfima intensidade ou duração. (Variante: hipersensibilidade com relação ao próximo, sofre e entusiasma-se mais que o protagonista).

8. Tem capacidade de insight, observa-se e conhece várias de suas motivações	8. Tem pouca capacidade de insight, raramente faz introspecção, desconhece a maioria de suas motivações. (Variante: exagera tanto a procura de suas motivações que o insight padece por diminuição da ligação com o exterior).	8. Tem mínima capacidade de insight, suas motivações são praticamente inacessíveis, tem escassa noção do eu real. (Variante: tão obcecado com a busca das razões da própria conduta que perde o contato com o ambiente).
9. É capaz de empatia, capta muitas das motivações alheias.	9. Tem pouca capacidade de empatia, sendo reduzida a compreensão do próximo: (Variante: faz tal esforço para captar as motivações alheias que geralmente projeta suas próprias motivações).	9. Tem ínfima capacidade de empatizar com o próximo, raramente compreende os outros e pouco lhe importam as motivações alheias. (Variante: tão ávido de captar as intenções alheias que as distorce quase todas projetivamente).
10. Suporta frustração, é capaz de esperar com mínima angústia ou hostilidade	10. Pouca tolerância a frustração, reage com muita angústia e hostilidade quando frustrado ou tem de esperar. (Variante: nega a intensidade da frustração passando a tolerar muita frustração com pouca angústia ou hostilidade).	10. Mínima tolerância a frustração, explode ou fica intensamente angustiado quando frustrado ou tem de esperar. (Variante: reage com indiferença às frustrações como se nada lhe fizesse falta).
11. Capaz de perseverar em propósitos afetivos.	11. Pouca capacidade de persistir em objetivos afetivos, com alguns fracassos desiste. (Variante: muito perseverante, continua mesmo quando os fatos mostram impossibilidade de êxito).	11. Quase nula capacidade de persistência afetiva, o mínimo revés o leva a desistir. (Variante: perseverança muito viscosa, continua a perseguir o impossível mesmo com a evidência de inúmeros insucessos).
12. Ansiedade em nível reduzido, habitualmente. Quando angustiado, suporta altos níveis sem descontrolar-se geralmente.	12. Ansiedade em nível elevado, habitualmente. Quando mais angustiado, descontrola-se, muitas vezes. (Variante: não percebe o nível de ansiedade habitualmente elevado, aparentando calma. Quando mais angustiado, geralmente descontrola-se, traindo a "calma").	12. Ansiedade sempre em nível muito elevado, o limiar crítico é baixo. Com pouca ameaça descontrola-se, entra em pânico. (Variante: apático, por forte negação da angústia, quando atingido pode entrar em pânico, desagregar-se).
13. Confiante em si e na estabilidade das relações afetivas.	13. Pouca confiança em si, inseguro, vê com apreensão o futuro dos relacionamentos interpessoais. (Variante: muito confiante em si, imprevidente, expectativas de que sempre será bem sucedido ou perdoado).	13. Mínima confiança em si, pusilânime, sempre prevendo desastres nos contatos humanos. (Variante: extremamente autoconfiante, aceita qualquer risco, vê o futuro com a certeza do êxito, está certo da impunidade).
14. Respeita-se e respeita os outros, não autoritário, tolerante.	14. Pseudo auto-respeito (idealiza-se), despreza a maioria e exalta alguns poucos. É autoritário e intolerante, de modo geral. (Variante: despreza-se, exagera o valor dos outros, humilha-se, muito transigente).	14. Idolatra-se incondicionalmente, despreza a todos ou quase todos, às vezes idolatra alguns eleitos. É rigidamente autoritário, fanático. (Variante: considera-se o mais vil de todos, coloca a todos bem acima de si, incapaz de se opor ou opinar, aceita qualquer imposição).

15. Capaz de aprender a relacionar-se melhor a partir das falhas	15. Pouca capacidade de aprender com as falhas de relacionamento, repete muitas vezes os mesmos enganos, difícil mudar a conduta. (Variante: quer tanto conseguir um bom relacionamento que sempre muda de atitude sem refletir muito, precipitadamente).	15. Incapaz de aprender com as falhas de relacionamento, repete rigidamente os mesmos padrões, apesar dos atritos. (Variante: tão ávido de evitar conflitos externos que chega a desindividualizar-se, a concordar com tudo, ser uma sombra do interlocutor).
16. Usa a agressividade construtivamente, não se deixa prejudicar. Quando atacado revida. Não abandona facilmente a luta. Quando derrotado é capaz de recomeçar. Quando vê mínimas perspectivas de êxito, renuncia.	16. Pouco uso construtivo da agressividade, defende-se mal. Quando atacado poucas vezes revida. Abandona a luta sem muita resistência. Quando derrotado geralmente não procura novas oportunidades. (Variante: está geralmente se defendendo, prejudica-se pelo zelo de não deixar prejudicar. Revida ao menor ataque, ou indício. Não abandona as lutas mesmo com poucas perspectivas. Raramente aceita a derrota, recomeça sem boas garantias).	16. Mínimo uso construtivo de agressividade, não se defende. Raramente revida quando atacado. Cede quase sempre diante da agressividade dos outros. Abandona suas posições, não tenta reconquistá-las. (Variante: extremamente defensivo, tem sistemas de segurança rígidos, desgastantes. Vê ameaças por toda parte, revida à maior insinuação de risco. Enfrenta qualquer adversário. Destrói-se, mas não abandona suas posições: recomeça as competições mesmo sem haver a mínima oportunidade de vencer).
17. A Agressividade destrutiva é mantida em nível reduzido: odeia sem atuar prejudicando em demasia os outros. O ressentimento se desvanece rapidamente.	17. Agressividade destrutiva em nível elevado: odeia e atua para prejudicar os outros. O ressentimento se mantém por muito tempo. (Variante: agressividade destrutiva muito inibida: odeia e atua de forma indireta, com formações reativas, racionalizações. Não se dá conta de ações destrutivas mantidas pelo ressentimento, aparenta magnanimidade).	17. Agressividade destrutiva em nível muito elevado: é cheio de ódio por todos, sempre que pode atua destrutivamente. O ressentimento é indelével, nunca se esquece de uma ofensa. (Variante: agressividade destrutiva extremamente dissociada, prejudica os outros sem se dar conta. Não reconhece seu ódio, julga-se um santo. Persegue sem trégua quem o fere com a justificativa de o corrigir).
18. Reconhece a maioria de seus erros, aceita a culpa e responsabilidade por seus atos ou omissões. Tenta reparar os danos sem prodigalidade ou parcimônia.	18. Dificilmente aceita seus erros, recusa a responsabilidade por seus atos ou omissões. Lida com a culpa tentando atribuí-la aos outros. Sempre que pode esquivar-se de reparar os danos que causa. (Variante: está sempre disposto a aceitar acusações, não se defende de injustiças, assume culpa e responsabilidade além do que lhe cabe diretamente. Tenta reparar pagando mais que o prejuízo causado).	18. Jamais aceita ter errado, tem desculpas para tudo, os outros têm sempre a culpa e responsabilidade por tudo que acontece. Nunca se dispõe a reparar danos, fá-lo sempre forçado. (Variante: acusa-se por tudo de errado que ocorre, julga-se culpado e responsável por acontecimentos que transcendem suas ações e limitações. Dispõe-se a reparar danos que não causou, mesmo à custa de grande sacrifício).
19. Confia nos outros, não fica muito tenso e prevenido ante desconhecidos.	19. Desconfia de quem conhece pouco, fica tenso e de sobreaviso ante desconhecidos. (Variante: confia em pessoas que mal conhece, não protege suficientemente seus bens ou intimidade).	19. Desconfia de todos, com desconhecidos sua tensão e prevenção são intensificados. Nunca consegue confiar integralmente, teme roubo ou traição até dos mais chegados. (Variante: confia em todos, não se protege mesmo de quem já o prejudicou, expõe-se a exploração e ataque).

20. Nos grupos de que faz parte (escola, clube, trabalho etc.) não se sente perseguido, nem persegue. Trava conhecimento com a maioria, faz amigos, alguns íntimos.	20. Nos grupos de que faz parte (escola, clube, trabalho etc.), costuma sentir-se perseguido por alguns, persegue pretextando defesa. Trava conhecimento com poucos, faz algumas amizades superficiais, raramente íntimas. (Variante: nos mesmos grupos, considera-se aceito por todos. Trava muito conhecimentos superficiais, que confunde com a amizade profunda; quando precisa de ajuda mais sólida não encontra).	20. Nos grupos de que faz parte (escola, clube, trabalho etc.) costuma sentir-se perseguido pela maioria, persegue alguns quando se sente impune. Trava mínimos conhecimentos, faz raramente amizades, sempre superficiais. (Variante: nos mesmos grupos considera-se estimado e admirado por todos. Conhece e é conhecido por todos; intercâmbio geralmente é feito por meio de conversação fútil. Ignora o que seja profunda amizade).
21. Tem amor a si próprio. A opinião geral de si mesmo é predominantemente favorável. Julga-se bom e com qualidades, apesar das limitações e falhas reconhecidas. Não exagera (ou diminui) qualidades ou defeitos	21. Tem muito amor a uma imagem distorcida de si mesmo. Julga-se muito bom porque exagera suas qualidades e minimiza suas falhas e limitações. (Variante: tem pouco amor a si próprio. A opinião geral de si mesmo é predominantemente desfavorável. Julga-se com pouco valor, raras qualidades, porque exagera suas falhas e limitações).	21. É apaixonado pela falsa imagem de si mesmo. Considera-se o melhor, ou dos melhores da humanidade. Não há qualidade que não tenha, ou que não possa desenvolver, querendo. Suas limitações sempre podem ser superadas, os defeitos sempre corrigíveis, quando percebidos. (Variante: tem ódio de si mesmo. Julga-se mau ou indigno, destituído de qualidades, cheio de falhas, porque sempre distorce pejorativamente a imagem de si mesmo).
22. Percebe o próximo como pessoa, não objeto para seus fins	22. Não tem clareza do próximo como pessoa. Geralmente o objetiva e tenta controlá-lo para seus fins, de dois modos principais: para explorá-lo, enriquecendo-se, poupando-se, gozando sadicamente. (Variante: ser explorado, tentar controlar os outros para ser acusado, fazer-se de vítima, masoquisticamente).	22. Percebe sempre o próximo como objeto para seus fins. Tenta controlá-lo de dois modos principais: para explorá-lo esgotando-o, escravizando-o. (variante: ser explorado, fazendo-se incriminar, ser castigado vigorosamente).

SETOR DA PRODUTIVIDADE (Pr)

Respostas adequadas	Resp. pouco adequadas	Resp. pouquíssimo adequada
1. Atitude geral de satisfação com aquilo que produz	1. Atitude geral de pouca satisfação com aquilo que produz. (Variante: atitude geral de satisfação acima do que justificaria sua produção).	1. Atitude geral de insatisfação com quase tudo aquilo que produz. (Variante: atitude geral de extremo contentamento com o produzido, mesmo se de má qualidade).
2.A produtividade é correspondente (quantitativa e qualitativamente) ao esperado para a maioria	2.A produtividade (quantitativa e qualitativamente) é menor que a esperada para a maioria. (Variante: a produtividade é quantitativamente maior que a esperada para a maioria, mas inferior qualitativamente; ou superior qualitativamente, porém menor quantitativamente).	2. A produtividade é escassa em quase todos os campos, quer quantitativa ou qualitativamente. (Variante: grande produtividade de péssima qualidade; ou de ótima qualidade, mas ínfima em quantidade, acarretando prejuízo).

3. É capaz de descansar nas horas de lazer. Sai de férias anualmente, retorna recuperado.	3. É pouco capaz de descansar, quase sempre procura trabalho em horas de lazer. Poucos são os anos com férias. (Variante: longa inatividade nas horas de lazer, mas descansando pouco. Tem um ou mais períodos de férias anuais, retorna fatigado).	3. Não consegue ficar inativo nas horas de lazer, tem sempre de se ocupar de algo. Raramente ou nunca sai de férias. (Variante: ocupa grande parte das horas de lazer dormindo. Sempre que pode tira férias para dormir quase todo o tempo).
4. Consegue desligar-se mentalmente do trabalho quando não está em serviço.	4. Tem dificuldade para se desligar mentalmente do trabalho. Fica revendo seus afazeres fora do serviço. (Variante: ansioso para se ver longe do trabalho. Evita pensar em trabalho fora do serviço mesmo quando solicitado).	4. Está sempre ocupando seus pensamentos com o trabalho fora do expediente. Cogita até de problemas que raramente surgiriam. (Variante: nunca pensa no trabalho fora do expediente. Detesta pensar em trabalho fora).
5. Possui método para trabalhar, é organizado	5. Trabalha com pouca sistematização, pouca ordenação das tarefas. (Variante: é minucioso, rígido na organização das tarefas).	5. Trabalha sem método, desorganizadamente. (variante: organização das tarefas tão meticulosa, que consome muita energia, rende pouco e tem mínima flexibilidade para inovações).
6. Ritmo de trabalho pouco oscilante, compatível com esforço moderado e contínuo.	6. Ritmo de trabalho continuado, mas esforça-se pouco. (Variante: ritmo de trabalho oscilante; alterna muito esforço e longo intervalo de repouso).	6. Sem oscilações no ritmo de trabalho: pouquíssimo esforço continuamente. (Variante: ritmo de trabalho bastante oscilante, imprevisível. Alterna momentos de grande esforço com longas pausas de inação).
7. É capaz de render mais em emergências sem cair no exagero da estafa	7. Consegue aumentar um pouco seu rendimento em emergências, mas à custa de muito cansaço. (Variante: seu rendimento cai nas emergências, apesar de esforçar-se muito).	7. Consegue ínfimo aumento nas emergências à custa de enorme esforço, ficando esgotado. (Variante: seu rendimento cai muito nas emergências, apesar de esforçar-se até o esgotamento).
8. Planeja suas atividades de modo a não alternar período de ociosidade e sobrecarga.	8. Posterga as tarefas e depois sobrecarrega-se para atender os compromissos. (Variante: muito preocupado em atender os compromissos, sobrecarrega-se continuamente mais que o necessário).	8. Entrega-se a longa ociosidade, aflige-se no final dos prazos. Sobrecarrega-se em seguida, sem possibilidade de atender a todos os compromissos. (Variante: assume muitos encargos simultaneamente, dispersa energia, não atinge os objetivos).
9. Mantém a atenção de modo constante e não tenso, cometendo poucos erros. Consegue concentrar-se de modo uniforme no conjunto da tarefa.	9. Dificuldade para concentrar a atenção, dispersa-se facilmente, comete erros. (Variante: grande esforço para concentrar a atenção, fatiga-se logo, precisa de pausas de repouso).	9. Muita dispersividade e distratibilidade. Desliga-se facilmente das situações objetivas, fica divagando. (Variante: com enorme esforço consegue concentrar-se num ponto da situação, mas desatende ao conjunto, falha por parcialidade).

10. Tenta resolver sozinho os problemas do trabalho. Procura e aceita ajuda quando não dá conta por si só.	10. Sempre tenta resolver sozinho os problemas do trabalho. Reluta em procurar ajuda dos outros e hesita em aceitá-la. (Variante: é dependente da ajuda dos outros para resolver problemas de alguma importância. Não tenta e não confia nas próprias soluções).	10. Sempre quer resolver sozinho todos os problemas do trabalho. Não procura ajuda e rejeita a que lhe é oferecida. (Variante: extremamente dependente de outros para lidar com problemas de trabalho. Precisa ser conduzido nos mínimos imprevistos. Exige asseguramento para suas conclusões).
11. Reconhece e aceita as limitações de sua capacidade de realização, bem como a de seus semelhantes.	11. Tem muita dificuldade para aceitar as limitações de sua capacidade de realização, bem como a de seus semelhantes. Frequentemente está exigindo de si ou dos outros mais que o possível. (Variante: concebe-se e aos outros com capacidade de realização menor que a real. Dá e obtém menos que o possível).	11. Nega suas limitações de realização e a de seus semelhantes. “Explica” as limitações como falhas superáveis tecnicamente ou com mais força de vontade. Geralmente aceita compromissos irrealizáveis, entra em becos sem saída. (Variante: considera-se – ou a outros – como extremamente incapazes de realizar trabalho exequível).
12. É capaz de aprender com os erros de execução. Muda sua técnica de acordo com a experiência.	12. Pouco capaz de aprender com os erros de execução. Insiste nos mesmos procedimentos apesar dos fracasso. Muda com muita resistência. (Variante: tão preocupado em obter o máximo resultado que muda várias vezes a técnica de procedimento. Não espera o amadurecimento da experiência para aprender com os resultados).	12. Raramente capaz de aprender com os erros de execução. Insiste em que a causa das falhas está no objeto e não em seu método. Excepcionalmente muda algo em sua maneira de trabalhar. (Variante: vaga noção de causa e efeito, entre método e erro. Muda suas técnicas ao sabor da moda, sem crítica).
13. Tem expectativas de progresso, quando há alguma perspectiva de evolução. Insiste em melhorar sem obcecar-se.	13. Tem poucas expectativas de progresso, mesmo quando há favoráveis perspectivas de evolução. Raramente insiste em melhorar. (Variante: espera melhorar muito em relação a ínfima perspectivas de evolução. Fica empolgado por remotas possibilidades de êxito).	13. Não tem expectativas de progresso, ainda que as perspectivas sejam muito boas. Não se esforça para melhorar. (Variante: espera progressos em terrenos onde está comprovada a impossibilidade. É um estusista do sucesso sem qualquer garantia).
14. Prefere cooperar em vez de competir.	14. Prefere competir em vez de cooperar. Aceita colaborar quando não há meio de agir sozinho. (Variante: coopera por defensividade, dando pouco de si, sem segurança para defender posição original, submete-se).	14. Recusa qualquer forma de colaboração: ou vence sozinho, ou fracassa. (Variante: coopera estereotipadamente, é um eco dos outros, não se atreve a contrariar qualquer diretriz).
15. Valoriza sua produção e a de seus colegas. Consegue discernir o que é de boa ou má qualidade, feito por si ou pelos outros.	15. Valoriza em excesso sua produção e diminui a de seus colegas (ou vice-versa). (Variante: tende a desvalorizar qualquer produção, de quem quer que seja. Tem dificuldade para separar as boas e más qualidades do produzido).	15. Valoriza superlativamente sua produção e desdenha a de todos os outros (ou vice-versa). (Variante: invariavelmente considera desprezíveis todas as ações, bens materiais e conhecimentos do mundo objetivo. Valoriza extraordinariamente os dons espirituais ou vice-versa).

16. É pouco volúvel em suas preferências de trabalho, sendo estável na carreira, emprego ou profissão.	16. É volúvel em suas preferências de trabalho. Tem pouca estabilidade. Chega até mesmo a abandonar sua profissão, engajando-se em outros campos. (Variante: é muito estável, sua carreira é penosamente ascendente, mas persiste por teimosia ou medo de fracassar ainda mais noutro trabalho).	16. É muito volúvel nas preferências de trabalho. Bastante instável nos empregos, não permanece mais que alguns meses, portanto não faz carreira. Quando profissional, muda várias vezes a especialidade ou abandona a profissão. (Variante: é bastante estável nos empregos, à custa de ocupar posições insignificantes, sem nunca fazer carreira, ou então suportando humilhações e exploração no trabalho).
--	--	--

SETOR SÓCIO-CULTURAL (S-C)

Respostas adequadas	Resp. pouco adequadas	Resp. pouquíssimo adequada
1. Atitude geral de aceitação e respeito diante das instituições. Capacidade de crítica construtiva. Faz presente sua participação social dentro das normas legais (voto, filiação a órgãos de classe, etc.).	1. Atitude geral de aceitação servil das instituições. Ínfima capacidade de crítica construtiva. Faz presente sua participação social quando obrigatório por lei. (Variante: atitude geral de oposição à maioria das instituições. Capacidade de crítica quase sempre destrutiva).	1. Atitude geral de aceitação das instituições, sem reservas. Incapaz de fazer qualquer crítica construtiva. Participa automaticamente de atos sociais, extremamente conservador por inércia. (Variante: opõe-se incondicionalmente a todas as instituições. Somente capaz de crítica destrutiva. Recusa-se a participação social dentro das normas legais, extremamente reformista por negativismo).
2. Interessa-se pelos acontecimentos coletivos próximos e remotos, procura manter-se informado e atualizado.	2. Pouco interesse pelos acontecimentos coletivos próximos e remotos. Geralmente desinformado e desatualizado. (Variante: tão interessado pelos acontecimentos coletivos que se descuida da vida particular).	2. Nenhum interesse pelos acontecimentos coletivos. Não procura informar-se ou atualizar-se. (Variante: muito curioso sobre os acontecimentos coletivos, mormente os remotos no tempo e no espaço, desliga-se do aqui do do agora).
3. Participa pessoal ou emocionalmente das datas e atos cívicos e religiosos.	3. Geralmente não participa pessoalmente e pouco participa emocionalmente das datas e atos cívicos ou religiosos. (Variante: bastante participação pessoal, mas pouca participação emocional nos atos cívicos ou religiosos).	3. Não participa quer pessoal ou emocionalmente das datas e atos cívicos ou religiosos. (Variante: participação pessoal infalível em qualquer ato cívico ou religioso, mas apenas formal, sem qualquer adesão emocional).
4. Conhece e avalia a importância dos fatos históricos relevantes, dentro das perspectivas local e universal.	4. Conhece superficialmente e avalia mal a importância dos fatos históricos relevantes. (Variante: bem informado apenas dos fatos históricos relevantes geograficamente próximos e recentes, tendo uma visão parcial, com perspectivas distorcidas).	4. Não demonstra qualquer interesse pelo passado coletivo, não tem compreensão da sociedade como processo histórico. (Variante: conhece muito apenas um setor dos fatos históricos relevantes, chegando a avaliações grotescas da importância dos acontecimentos no mundo).

5. Aprecia diversões públicas, participa de festas e reuniões sociais com satisfação.	5. Aprecia pouco diversões públicas, raramente participa de festas ou reuniões sociais. (Variante: muito apegado a divertimentos públicos e privados, permanece em festas e reuniões sociais até o último momento, a ponto de interferir com ocupações do dia seguinte e não ter momentos de recolhimento consigo e sua família).	5. Recusa-se a freqüentar diversões públicas, evita festas e reuniões sociais. (Variante: entrega-se a diversões compulsivamente, como forma de preencher o tempo, em detrimento do trabalho. Sempre em busca de festas, reuniões sociais e jogos porque não suporta ficar só).
6. Sente-se identificado com a nação, estima-a, respeita-a, orgulha-se dela sem ufanismo.	6. Sente-se pouco identificado com a nação. Não a estima muito, pouco a respeita, não se sente orgulhoso de sua nacionalidade. (Variante: sente-se identificado apenas com uma parte da nação. Estima e respeita essa parte em detrimento do resto).	6. Não se sente identificado com a nação. Não a estima, despreza-a, sente vergonha da nacionalidade. (Variante: sente-se identificado com uma pequena minoria. Exagera sua estima e admiração por essa parte, a ponto de sentir e tratar o resto da nação como inimigo).
7. É capaz de separar aspectos positivos das figuras sociais representativas, com relativa isenção ideológica.	7. Pouco capaz de ver os aspectos positivos e mais inclinado a ver (e aumentar) os aspectos negativos dos atos das figuras sociais representativas. (Variante: capaz de ver – e exagerar – aspectos positivos e pouco ver – e desculpar – os aspectos negativos dos atos das figuras sociais representativas).	7. Incapaz de ver qualquer aspecto positivo nos atos das figuras sociais representativas. (Variante: incapaz de ver qualquer aspecto negativo nos atos das figuras sociais representativas).
8. Aceita e respeita a maioria dos costumes e adota padrões de comportamento da cultura.	8. Aceita mas não respeita a maioria dos costumes e adota padrões de comportamento da cultura por conveniência. (Variante: rejeita e despreza muitos costumes, adota padrões de comportamento moderadamente provocadores e hostis à cultura).	8. Aceita sem crítica todos os costumes e adota rigidamente todos os padrões da cultura. (Variante: rejeita e despreza todos os costumes, adota padrões de comportamento francamente hostis à cultura).
9. Pauta sua conduta com as leis, por aceitação do Direito.	9. Pauta sua conduta de acordo com as leis por temor das sanções. (Variante: pauta sua conduta de acordo com as leis por oportunismo. Transgride as que acarretam sanções menos graves quando acredita ficar impune).	9. Obedece tão rigidamente as leis que em sua intransigência contraria o espírito da justiça. (Variante: desobedece as leis vigentes, considera o Direito uma farsa, situa-se fora e acima da lei, ou pretende ditar suas próprias).

10. Seu sistema de valores está impregnado dos princípios universais dos direitos humanos, com destaque (mesmo intuitivo e não sofisticado) para o reconhecimento do valor da liberdade e a tolerância, igualdade e justiça, respeito e estima pelo ser humano em si mesmo.	10. Seu sistema de valores não aceita a universalidade dos direitos humanos, mas a atribuição (mesmo intuitiva e não sofisticada) de direitos segundo categorias (classe, nações, raças, castas etc.). Desconfia da liberdade e reduz a tolerância; recusa a igualdade e condiciona a justiça; respeita e estima apenas o ser humano de dada categoria. (Variante: seu sistema de valores exagera em parte os princípios universais dos direitos humanos, surgindo confusão entre: liberdade e invasão do campo particular; tolerância e permissividade sem limites; igualdade e resistência a aceitar diferenças de competência, justiça e participação no que lhe pertence).	10. Seu sistema de valores é muito parcial e extremado. Idolatra um grupo em detrimento do resto. Assim justifica a imposição e a intolerância; a escravidão e o privilégio; o desprezo e o ódio por dada categoria. (Variante: seu sistema de valores é uma aberração dos direitos universais humanos, havendo a troca da liberdade por ausência de limites; tolerância por indiferença; igualdade por ausência de diferença em qualquer campo; justiça por impunidade).
11. Não é conformista, sendo capaz de se opor e lutar contra atos ou situações que interfiram com os direitos universais do homem.	11. É conformista, só consegue esboçar débil oposição contra atos ou situações que interfiram com os direitos universais do homem. (Variante: é rebelde, insurge-se contra atos ou situações que não interferem com os direitos humanos, mas suspeita que possam futuramente ameaçá-los).	11. É extremamente conformista, aceitando sem oposição qualquer ato ou situação prejudicial aos direitos universais do homem. (Variante: é um opositor rígido, interpretando sistematicamente qualquer regulamento como uma violação dos direitos universais humanos).

SETOR ORGÂNICO (Or)

Respostas adequadas	Resp. pouco adequadas	Resp. pouquíssimo adequada
1. Sono sem perturbações do ritmo, suficiente para repousar, despertar descansado.	1. Habitualmente sono com ritmo perturbado. Dificuldade para iniciar o sono ou permanecer dormindo. Pela manhã levanta-se cansado. (Variante: dorme muito e apesar disso continua a se sentir sonolento durante o dia).	1. Habitualmente muita perturbação do ritmo do sono. Passa muito tempo sem conseguir adormecer, ou desperta após algum tempo de sono e não consegue mais dormir. É cronicamente fatigado. (Variante: precisa quando adulto de 10 ou mais horas de sono por dia, e às vezes adormece fora do período habitual de sono).
2. Alimentação suficiente para dar prazer e manter a saúde.	2. Alimentação reduzida por insuficiência de apetite. (Variante: come mais que o necessário, difícil conter a gula, está no limite de obesidade).	2. Alimentação escassa, por falta de apetite. Prejudica sua saúde, tem peso bem abaixo do normal. (Variante: come excessivamente, não controla a gula, é obeso).

3. Asseado, cuida da aparência, faz algum exercício para manter a forma física.	3. Pouco asseado, cuida pouco da aparência, raramente faz algum exercício, sem preocupação com a manutenção da forma física. (Variante: exagera no asseio, no cuidado à aparência, muito preocupado com a forma física, muito dedicado ao corpo).	3. Sem asseio, desleixa-se com a aparência, não faz exercícios, desdenha a manutenção da forma física. (Variante: obcecado com a limpeza, extrema dedicação à aparência, exagera nos exercícios físicos, coloca o corpo acima de tudo).
4. Sexualidade: potente, orgasmo satisfatório, necessidade em períodos regulares.	4. Sexualidade: potência irregular, problemas com início ou manutenção da ereção, orgasmo insatisfatório, necessidade em períodos irregulares. (na mulher, frigidez parcial, dor ao coito, orgasmo raramente). (Variante: muita atração pela sexualidade, ereção e excitação freqüentes, apesar de copular ou masturbar-se amiúde. Orgasmo não lhe traz sensação de plenitude).	4. Sexualidade: impotência completa, ou parcial. Dificilmente consegue ereção; ejaculação precoce, ou incapacidade para concluir o ato sexual. Orgasmo raramente, com sensação de frustração, enfado ou culpa. (Na mulher, frigidez total, fortes dores ao coito, aversão à sexualidade, habitualmente ausência de excitação). (Variante: extrema avidez sexual, mente ocupada constantemente com a sexualidade, excitação contínua, desejo constantemente despertado por qualquer pessoa. Copula ou masturba-se mais de uma vez por dia, permanecendo insatisfeito).
5. Funções: digestivas, respiratórias, circulatórias, urinárias, nervosas, hormonais etc., sem perturbação contínua, não prejudicando a eficácia da adaptação geral da pessoa. Sentimento de bem estar físico.	5. Funções: digestivas, respiratórias, circulatórias, urinárias, nervosas, hormonais etc., com hipofunção moderada. (Variante: hiperfunção moderada). Resultando prejuízo moderado ao funcionamento orgânico da pessoa. Sentimento de bem estar físico parcialmente perturbado).	5. Funções: digestivas, respiratórias, circulatórias, urinárias, nervosas, hormonais etc., com hipofunção severa. (Variante: hiperfunção severa). Resultando prejuízo severo do funcionamento orgânico da pessoa. Sentimento de mal estar físico freqüente.
6. Órgãos: músculos, esqueleto, órgãos sensoriais, epiderme, órgãos internos estruturalmente em bom estado ou com alteração não incapacitante ou dolorosa que interfira com o funcionamento de outros setores adaptativos.	6. Órgãos: músculos, esqueleto, órgãos sensoriais, epiderme, órgãos internos estruturalmente, com lesões ou com hipotrofia moderada. (Variante: hipertrofia moderada). Resultando: prejuízo moderado à adequação no setor orgânico. Sentimento de inferioridade física.	6. Órgãos: músculos, esqueleto, órgãos sensoriais, epiderme, órgãos internos estruturalmente, com hipotrofia, lesão ou dor severas. (Variante: hipertrofia severa, podendo acarretar lesão incapacitante e ou dor severa). Resultando: prejuízo severo à adequação orgânica. Sentimento de extrema inferioridade ou inadequação física.

Anexo H

ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH

ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

Nome: _____ Data: _____ Idade: _____

Instruções:

As questões a seguir são referentes aos seus hábitos de sono APENAS durante o mês passado. Suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria das noites do mês passado.

Por favor, responda a todas as questões.

1- Durante o mês passado, a que horas você foi deitar à noite, na maioria das vezes? HORÁRIO DE DEITAR: _____

2- Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) você demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA PEGAR NO SONO: _____

3- Durante o mês passado, a que horas você acordou de manhã, na maioria das vezes? HORÁRIO DE ACORDAR: _____

4- Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você *dormiu* ? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama) HORAS DE SONO POR NOITE: _____

Para cada uma das questões seguinte, escolha *uma única* resposta, que você ache mais correta. Por favor, responda a *todas* as questões.

5- Durante o mês passado, quantas vezes você teve *problemas para dormir* por causa de:

a) demorar mais de 30 minutos (meia hora) para pegar no sono:

☐ nenhuma vez	☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana	☐ três vezes por semana

b) acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo:

☐ nenhuma vez	☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana	☐ três vezes por semana

c) levantar-se para ir ao banheiro:

☐ nenhuma vez	☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana	☐ três vezes por semana

d) ter dificuldade para respirar:

☐ nenhuma vez	☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana	☐ três vezes por semana

e) tossir ou roncar muito alto:

☐ nenhuma vez	☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana	☐ três vezes por semana

f) sentir muito frio:

☐ nenhuma vez	☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana	☐ três vezes por semana

g) sentir muito calor:

☐ nenhuma vez	☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana	☐ três vezes por semana

h) ter sonhos ruins ou pesadelos:

☐ nenhuma vez	☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana	☐ três vezes por semana

i) sentir dores:

☐ nenhuma vez	☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana	☐ três vezes por semana

j) outras razões, por favor descreva: _____

Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

☐ nenhuma vez	☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana	☐ três vezes por semana

6- Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?

- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim

7. Durante o mês passado, você tomou algum remédio para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?

☐ nenhuma vez	☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana	☐ três vezes por semana

Qual (is): _____

8- Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isto aconteceu?

☐ nenhuma vez	☐ menos de uma vez por semana
☐ uma ou duas vezes por semana	☐ três vezes por semana

9- Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

- ☐ nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo
- ☐ indisposição e falta de entusiasmo pequenas
- ☐ indisposição e falta de entusiasmo moderadas
- ☐ muita indisposição e falta de entusiasmo

Anexo I

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (IDB)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, inclusive hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tento tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.

- 6.0** Não acho que esteja sendo punido.
- 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que vou ser punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.
- 7.0** Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
- 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 - 2 Estou enojado de mim.
 - 3 Eu me odeio.
- 8.0** Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
- 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
- 9.0** Não tenho quaisquer idéias de me matar.
- 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10.0** Não choro mais que o habitual.
- 1 Choro mais agora do que costumava.
 - 2 Agora, choro o tempo todo.
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
- 11.0** Não sou mais irritado agora do que já fui.
- 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
 - 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
 - 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

- 12. 0** Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13. 0** Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
- 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
 - 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
 - 3 Não consigo mais tomar decisões.
- 14. 0** Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
- 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
 - 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 - 3 Considero-me feio.
- 15. 0** Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
 - 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
 - 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16. 0** Durmo tão bem quanto de hábito.
- 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
 - 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
 - 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 17. 0** Não fico mais cansado do que de hábito.
- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
 - 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18.0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

2 Meu apetite está muito pior agora.

3 Não tenho mais nenhum apetite.

19.0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou deliberadamente tentado perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20.0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21.0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Anexo J

CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

NOME: _____

Posse de itens	Não tem	ITEM			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada Mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe da família

<u>Analfabeto/ Primário incompleto</u>	0
Primário Completo/Ginasial incompleto	1
Ginasial Completo/Colegial incompleto	2
Colegial Completo/Superior incompleto	3
Superior Completo	4

CLASSIFICAÇÃO

Classe	PONTOS
A1	30-34
A2	25-29
B1	21-24
B2	17-20
C	11-16
D	6-10
E	0-5

Fonte: ANEP- Associação Nacional de Empresas de Pesquisas.

www.anep.org.br

Anexo K

TRADUÇÃO DO TESTE DE DENVER II

TRADUÇÃO DO TESTE DE DENVER II - Formulário

Examinador:

Nome da criança:

Data do teste:

Data de nascimento:

Identificação nº:

INSTRUÇÕES PARA A CHECAGEM:

Pode passar por informação do familiar

Nota de rodapé (veja no verso do formulário).

Foram acrescentada numeração extra, em preto, ao formulário original, que corresponde à tradução dos itens a seguir:

SOCIOPESSOAL

1	Olha no rosto
2	Responde ao sorriso
3	Sorri
4	Olha para a própria mão
5	Esforça-se para apanhar o brinquedo
6	Leva alimento à boca (ex.: bolacha, pão)
7	Bate palmas
8	Aponta para o que quer
9	Dá adeus
10	Brinca de bola com o examinador
11	Imita atividades
12	Bebe de uma caneca
13	Ajuda na casa (ex.: pega objeto quando solicitado por um dos pais)

14	Sabe fazer uso de colher / garfo
15	Tira a roupa ou sapato
16	Da de comer à boneca
17	Veste-se (veste peças de roupa; sapatos não precisam ser do lado correto)
18	Escova os dentes, com ajuda
19	Lava e seca as mãos
20	Identifica por nome algum amigo
21	Veste camiseta
22	Veste-se sem ajuda
23	Joga cartas ou jogo de tabuleiro
24	Escova os dentes, sem ajuda
25	Prepara sozinho o cereal, inclusive o leite, sem entornar muito.

COORDENAÇÃO MOTORA FINA - ADAPTATIVA

1	Acompanha com o olhar até a linha média (fio de lã vermelha)
2	Acompanha além da linha média
3	Segura chocalho
4	Junta as mãozinhas
5	Acompanha 180° com o olhar
6	Olha para uvas – passas colocadas à sua frente
7	Estende, estica o braço para tocar algo
8	Procura fio de lã, olhando em várias direções
9	Recolhe a uva – passa arrastando-a com os dedinhos
10	Passa o cubo de uma mão para outra
11	Segura dois cubos
12	Recolhe a uva-passa pinçando-a com o polegar e um outro dedo

13	Segura dois cubos um em cada mão e bate-os um no outro
14	Coloca o bloco de madeira na caneca
15	Rabisca
16	Tira a uva-passa da caneca, emborcando-a (demonstrar)
17	Torre de 2 cubos
18	Torre de 4 cubos
19	Torre de 6 cubos
20	Imita linha vertical
21	Torre de 8 cubos
22	Movimenta o polegar separado dos outros dedinhos
23	Copia O
24	Copia figura humana , 3 partes
25	Copia +
26	Aponta a linha mais longa, entre duas linhas de tamanhos diferentes
27	Copiar a figura □, imitando alguém que o fez
28	Desenhar figura humana, 6 partes
29	Copiar □

LINGUAGEM

1	Responde à campainha
2	Vocaliza
3	Produz os sons ooo/ aah
4	Sorri
5	Dá gritinhos
6	Vira-se na direção do som do chocalho
7	Volta na direção do som da voz

8	Sílabas simples, isoladas
9	Imita os sons da fala
10	Dada / mama ; não específicos
11	Combina sílabas
12	Tagarela
13	Dada / mama; específico
14	Fala uma palavra
15	Fala 2 palavras
16	Fala 3 palavras
17	Fala 6 palavras
18	Aponta 2 figuras desenhadas no verso do formulário
19	Combina palavras
20	Diz o nome de uma das figuras no verso do formulário
21	Aponta partes do próprio corpo – 6
22	Aponta 4 figuras desenhadas no verso do formulário
23	Fala de maneira semicompreensível
24	Diz o nome de 4 figuras desenhadas no verso do formulário
25	Conhece 2 ações
26	Conhece 2 adjetivos
27	Diz o nome de 1 cor
28	Conhece o uso de dois objetos
29	Conta 1 bloco
30	Conhece o uso de 3 objetos
31	Sabe 4 ações
32	Fala completamente compreensível
33	Entende 4 preposições

34	Nomeia 4 cores
35	Define 5 palavras, nomes de objetos comuns
36	Sabe 3 adjetivos
37	Conta 5 blocos
38	Cita 2 opostos
39	Define 7 palavras, nomes de objetos comuns

COORDENAÇÃO MOTORA GERAL

1	Movimentos iguais (simétricos)
2	Ergue a cabeça
3	Eleva a cabeça 45°
4	Eleva a cabeça 90°
5	Fica sentada com a cabeça firme
6	Suporta o próprio peso nas pernas
7	Tórax para a frente / com apoio dos braços
8	Rola sobre si mesmo
9	Senta-se a partir de estar deitado – cabeça firme
10	Senta-se sem apoio
11	Fica de pé, segurando-se
12	Põe-se de pé tendo estado sentado
13	Assume a posição sentado
14	Permanece de pé por 2 segundos
15	Permanece de pé sem ajuda
16	Inclina-se para a frente e reassume a posição ereta
17	Caminha bem
18	Caminha para trás

19	Corre
20	Sobe degraus
21	Chuta bola para a frente
22	Pula para cima
23	Jogar / arremessar a bola acima da altura do ombro
24	Salta para o lado com os 2 pezinhos juntos a distância de 22 cm (largura de folha de papel)
25	Equilibra-se em cada pé por 1 segundo
26	Equilibra-se em cada pé por 2 segundos
27	Pula num pé só
28	Equilibra-se em cada pé por 3 segundos
29	Equilibra-se em cada pé por 4 segundos
30	Equilibra-se em cada pé por 5 segundos
31	Caminha apoiando primeiro o calcanhar e depois assenta o pezinho no chão
32	Equilibra-se em cada pé por 6 segundos

REAÇÕES AO TESTE

(Assinale os campos para o primeiro, segundo e terceiro testes)

Típico: Sim / não

Colaboração ao teste:

- Sempre colaboram
- Normalmente colaboram
- Raramente colaboram

Interesse pelo que está ao redor:

- Alerta
- Meio desinteressado
- Extremamente desinteressado

Medo ao ser testado:

- Nenhum
- Leve
- Extremo

Atenção ao teste

- Adequada
- Tende à dispersão
- Muito dispersiva

Verso do formulário:

INSTRUÇÕES PARA ADMINISTRAÇÃO:

Os números se referem aos situados dentro de cada retângulo, referindo-se à nota de rodapé.

1. Tente conseguir o sorriso por meio de sorrir ou acenar. Não toque a criança.
2. A criança precisa fixar o olhar por vários segundos.
3. Os pais podem ajudar a escovar os dentes e colocar creme dental na escova.
4. A criança não tem que saber amarrar sapatos ou abotoar ou fechar zíper nas costas da roupa.
5. Mova o fio devagar de um lado para o outro, a oito polegadas acima da face da criança.
6. Passa, se a criança agarra o chocalho quando é tocada no dorso da mão ou nas pontas dos dedos.
7. Passa, se a criança tenta ver para onde o fio foi. O fio deverá cair rapidamente da mão do examinador, sem movimento de braço.
8. A criança precisa transferir o cubo de uma mão para outra sem auxílio de corpo, boca ou mesa.
9. Passa se a criança levanta a uva-passa com qualquer parte do polegar e de outro dedo.
10. A linha pode variar somente 30 graus ou menos da linha do teste.
11. Com a mão fechada, colocar o polegar dirigido para cima. Passa se a criança imita e faz sem mover nenhum outro dedo além do polegar.
12. Passa se faz uma forma fechada. Falha se faz uma linha contínua.
13. Qual é a linha mais longa?
14. Passa se faz linha passando perto do ponto médio.
15. Primeiro a criança tenta copiar. Se falha, demonstrar. Quando nos itens 12, 14 e 15, não nomear as formas. Não demonstrar os itens 12 e 14.
16. Para fazer a contagem de pontos, cada par de braços, pernas, etc. contam como uma parte.

17. Coloque o cubo na caneca e agite gentilmente perto, para a criança ouvir. Repetir para o outro ouvido.
18. Aponte a figura e a criança a nomeia. (Não dar o crédito se só fizer o som do animal). Se menos de 4 figuras são nomeadas corretamente, a criança deve apontar a figura que é apontada pelo examinador.
19. Usando a boneca, a criança: mostra o nariz, olhos, ouvidos, boca, mãos, pés, barriga, cabelo. Passa se aponta 6 de 8.
20. Usando as figuras, pergunte à criança: - qual deles voa?... – qual deles faz miau? ... – qual deles fala? ... – qual deles late? ... – qual deles galopa? Passa se acerta 2 em 5; e 4 em 5.
21. Pergunte à criança: O que você faz quando tem frio? ... cansada? com fome? Passa se acerta 2 em 3; 3 em 3.
22. Pergunte à criança: O que você faz com um copo? Para que se usa a cadeira? O que se faz com o lápis? Palavras que signifiquem a ação precisam estar incluídas nas respostas.
23. Passa se a criança coloca e fala corretamente quantos cubos estão sobre o papel (1,5).
24. Fale para a criança: Coloque o cubo encima da mesa; coloque o cubo na minha frente, ao meu lado. Passa se acerta 4 em 4. (Não ajude à criança apontando, movendo a cabeça ou os olhos).
25. Pergunte à criança: O que é uma bola? ...lago? mesa? casa? ... banana? ... cortina? cerca? teto? . Passa se define o uso, a forma, para o que é feito, ou dá a categoria geral (como a banana é uma fruta, não amarela). Passa se acerta 5 em 8, 7 em 8.
26. Pergunte à criança: se um cavalo é grande, um rato é ? Se o fogo é quente, o gelo é? O sol aparece durante o dia, a lua aparece ? Passa se acerta 2 em 3.
27. A criança pode usar a parede ou uma grade, somente, não uma pessoa. Não pode rastejar.
28. A criança precisa arremessar bola numa distância de três passos alcançando os braços do examinador.
29. A criança precisa saltar para o lado sobre a folha de papel.
30. Fale para a criança caminhar para frente, calcanhar à frente da ponta do pé até a distância de uma polegada de um brinquedo. O examinador pode demonstrar. A criança precisa caminhar 4 passos consecutivos.
31. No segundo ano de vida, metade das crianças não colabora no teste.

Anexo L

TESTE DE DENVER II

Denver II

DDM, INC. 1-800-419-4729
CATALOG #2115

Examiner:
Date:

Name:
Birthdate:
ID No.:

DIRECTIONS FOR ADMINISTRATION

1. Try to get child to smile by smiling, talking or waving. Do not touch him/her.
2. Child must stare at hand several seconds.
3. Parent may help guide toothbrush and put toothpaste on brush.
4. Child does not have to be able to tie shoes or button/zip in the back.
5. Move yarn slowly in an arc from one side to the other, about 8" above child's face.
6. Pass if child grasps rattle when it is touched to the backs or tips of fingers.
7. Pass if child tries to see where yarn went. Yarn should be dropped quickly from sight from tester's hand without arm movement.
8. Child must transfer cube from hand to hand without help of body, mouth, or table.
9. Pass if child picks up raisin with any part of thumb and finger.
10. Line can vary only 30 degrees or less from tester's line. ✓
11. Make a fist with thumb pointing upward and wiggle only the thumb. Pass if child imitates and does not move any fingers other than the thumb.

12. Pass any enclosed form. Fail continuous round motions.

13. Which line is longer?
(Not bigger.) Turn paper upside down and repeat.
(pass 3 of 3 or 5 of 6)

14. Pass any lines crossing near midpoint.

15. Have child copy first.
If failed, demonstrate.

When giving items 12, 14, and 15, do not name the forms. Do not demonstrate 12 and 14.

16. When scoring, each pair (2 arms, 2 legs, etc.) counts as one part.
17. Place one cube in cup and shake gently near child's ear, but out of sight. Repeat for other ear.
18. Point to picture and have child name it. (No credit is given for sounds only.)
If less than 4 pictures are named correctly, have child point to picture as each is named by tester.

19. Using doll, tell child: Show me the nose, eyes, ears, mouth, hands, feet, tummy, hair. Pass 6 of 8.
20. Using pictures, ask child: Which one flies?...says meow?...talks?...barks?...gallops? Pass 2 of 5, 4 of 5.
21. Ask child: What do you do when you are cold?...tired?...hungry? Pass 2 of 3, 3 of 3.
22. Ask child: What do you do with a cup? What is a chair used for? What is a pencil used for?
Action words must be included in answers.
23. Pass if child correctly places and says how many blocks are on paper. (1,5).
24. Tell child: Put block **on** table; **under** table; **in front of** me, **behind** me. Pass 4 of 4.
(Do not help child by pointing, moving head or eyes.)
25. Ask child: What is a ball?...lake?...desk?...house?...banana?...curtain?...fence?...ceiling? Pass if defined in terms of use, shape, what it is made of, or general category (such as banana is fruit, not just yellow). Pass 5 of 8, 7 of 8.
26. Ask child: If a horse is big, a mouse is ____? If fire is hot, ice is ____? If the sun shines during the day, the moon shines during the ____? Pass 2 of 3.
27. Child may use wall or rail only, not person. May not crawl.
28. Child must throw ball overhand 3 feet to within arm's reach of tester.
29. Child must perform standing broad jump over width of test sheet (8 1/2 inches).
30. Tell child to walk forward, heel within 1 inch of toe. Tester may demonstrate.
Child must walk 4 consecutive steps.
31. In the second year, half of normal children are non-compliant.

OBSERVATIONS:

Denver Developmental Materials, Inc.
P.O. Box 371075
Denver, Colorado 80237-5075
Tele. #: (303) 355-4729
(800) 419-4729

Catalog #2115 TO REORDER CALL: (800) 419-4729

8 REFERÊNCIAS

8 – REFERÊNCIAS

Acebo C, Sadeh A, Seifer R, Tzischinsky O, Hafer A, Carskadon MA. Sleep/wake patterns derived from activity monitoring and maternal report for healthy 1-to 5-years-old children. *Sleep*. 2005;28(12):1568-77.

Agresti A. *Categorical Data Analysis*. New York: Wiley; 1990.

Alecha MAI, Estivill ES. Tratamiento del insomnio en niños: aspectos farmacológicos. *An Pediatr*. 2003;59(3):239-45.

American Academy of Sleep Medicine. *ICSD-2 – The International Classification of Sleep Disorders - Diagnostic and coding manual*. 2nd ed. Westchester: American Academy of Sleep Medicine AASM; 2005.

Archbold KH, Pituch KJ, Panahi P, Chervin RD. Symptoms of sleep disturbances among children at two general pediatric clinics. *J Pediatr*. 2002;140(1):97-102.

Armstrong KL, O'Donnell H, McCallun R, Dadds M. Childhood sleep problems: association with prenatal factors and maternal distress/depression. *Paediatr Child Health*. 1998a;34 (3):263-6.

Armstrong KL, Quinn RA, Dadds MR. The sleep patterns of normal children. *Med J Aust*. 1994;161(3):200-6.

Armstrong KL, Van Haeringen AR, Dadds MR, Cash R. Sleep deprivation or postnatal depression in later infancy: Separating the chicken from the egg. *Paediatr Child Health*. 1998b;34 (3):260-62.

Aserinsky E, Kleitman N. Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep. *Science*. 1953;118:273-274.

Associação Americana de Psiquiatria. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV*. AAP. 4ª ed. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Backhaus J, Junghanns K, Broocks A, Riemann D, Hohagen F. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *J Psychosom Res*. 2002;53(3):737-40.

Bayer JK, Hiscock H, Hampton A, Wake M. Sleep problems in young infants and maternal mental and physical health. *J Paediatr Child Health*. 2007;43(1-2):66-73.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:53-63.

Bion W. O Aprender com a experiência. In: Bion W. *Elementos de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1962a. p.26-35.

Bion W. O Aprender com a experiência. In: Bion W. *Elementos de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1962b. p.52.

Bussab WO, Morettin PA. *Estatística básica*. 4ª ed. São Paulo: Atual; 1987.

Ceolim MF. *Padrões de atividade e de fragmentação do sono em pessoas idosas* [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;1999.

Conover WJ. *Practical Nonparametric Statistics*. 2ª ed. New York: Wiley; 1980.

Critério de classificação econômica Brasil [online]. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa; CEB; 2000 [citado em 10/03/2004]. Disponível em http://www.abep.org/codigosquias/ABEP_CCEB.pdf.

Cubero J, Valero V, Sanchez J, Rivero M, Parvez H, Rodriguez AB, Barriga C. The circadian rhythm of tryptophan in breast milk affects the rhythms of 6-sulfatoxymelatonin and sleep in newborn. *Neuro Endocrinol Lett*. 2005; 26(6):657-61.

Davis KF, Parker KP, Montgomery GL. Sleep in infants and young children: Part one: Normal Sleep. *J Pediatr Health Care*. 2004a;18:65-71.

Davis KF, Parker KP, Montgomery GL. Sleep in infants and young children: part two: common sleep problems. *J Pediatr Health Care*. 2004b;18:130-137.

Dennis CL, Ross L. Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth*. 2005;32(3):187-93.

Douto F. Os distúrbios do sono. In: Douto F. *As etapas decisivas da infância*. São Paulo: Martins Fontes; 2007. p.91-108.

Estivill E. Childhood insomnia due to disorderly habits. *Rev Neurol*. 2000;30(2):188-91.

Fain M, Kreisler L, Soulé M. Insônia do primeiro semestre. In: Fain M, Kreisler L, Soulé M. *A criança e seu corpo - psicossomática da primeira infância*. Rio de Janeiro: Zahar; 1981. p.64-90.

Fichtenberg NL, Putnam SH, Mann NR, Zafonte RD, Millard AE. Insomnia screening in postacute traumatic brain injury – utility and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Am J Phys Med Rehabil*. 2001;80(5):339-45.

Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnic B. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics*. 1992;89(1):91-7.

Freud S. A interpretação dos sonhos. In: Freud S. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago; 1987.

Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: Freud S. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1974b. p.89-119.

Freud S. Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos. In: Freud S. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1974a. p.253-67.

Ganhito NCP. Meu filho não dorme. In: Ganhito NCP. *Distúrbios do Sono*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p.121-54.

Ganhito NCP. Dormir nos braços da mãe: a primeira guardiã do sono. [online] *Psychê*; 2002 ano IV nº10 [citado em 10/05/08]. Disponível em www.smarcos.br/psyche/apresentacao.html.

Gaylor EE, Burnham MM. A longitudinal follow-up study of young children's sleep patterns using a developmental classification system. *Behav Sleep Med*. 2005;3(1):46-61.

Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck – propriedades psicométricas da versão em português. In: Gorenstein C, Andrade L, Zuardi AW. *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos; 2000. p.89-95.

Goyal D, Gay CL, Lee KA. Patterns of sleep disruption and depressive symptoms in new mothers. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2007;21(2):123-9.

Harrison Y. The relationship between daytime exposure to light and night-time sleep in 6-12-week-old infants. *J Sleep Res*. 2004;13:345-52.

Hiscock H, Bayer J, Gold L, Hampton A, Ukoumunne OC, Wake M. Improving infant sleep and maternal health: a cluster randomized trial. *Arch Dis Child*. 2007;92(11):952-8.

Hiscock H, Wake M. Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. *Pediatrics*. 2001;107(6):1317-22.

Jenni OG, Molinari L, Caflisch JA, Largo RH. Sleep duration from ages 1 to 10 years: variability and stability in comparison with growth. *Pediatrics*. 2007;120:e769-76.

Jenni OG, O'Connor BB. Children's sleep: an interplay between culture and biology. *Pediatrics*. 2005;115:204-16.

Kahn A, Fraçois G, Sottiaux M, Rebuffat E, Nduwimana M, Mozin MJ, Levitt J. Sleep characteristics in milk-intolerant infants. *Sleep*. 1988;11(3):291-97.

Kim YK, Hur JW, Oh KS, Shin YC. Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: a prospective study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62(3):331-40.

Klein M. As relações entre a neurose obsessiva e os estágios iniciais do superego. In: Klein M. *Psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago; 1997: 169-97.

Klein M. Inveja e gratidão. In: Klein M. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago; 1991b. p.205-67.

Klein M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: Klein M. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago; 1991a. p.17-43.

Kohrman MH, Carney PR. Sleep-related disorders in neurologic disease. *Pediatr Neurol*. 2000;23:107-13.

Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*. 2008;8:24.

Madeira IR, Aquino LS. Problemas de abordagem difícil: "não come" e "não dorme". *J Pediatr*. 2003;79:s43-s54.

Mahendran R, Vaingankar JA, Mythily S, Cai YM. Co-sleeping and clinical correlates in children seen at a child guidance clinic. *Singapore Med J*. 2006;47(11):957-9.

Martin J, Hiscock H, Hardy P, Davey B, Wake M. Adverse associations of infant and children sleep problems and parent health: an australian population study. *Pediatrics*. 2007;119:947-55.

Matthey S, Speyer J. Changes in unsettled infant sleep and maternal mood following admission to a parentcraft residential unit. *Early Hum Dev*. 2008;84(9):623-9.

McDougall J. Sobre a privação psíquica. In: McDougal J. *Teatros do corpo: O psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes; 1996a. p.70-3.

McDougall J. Sobre o sono e a morte. In: McDougal J. *Teatros do corpo: O psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes; 1996b. p.87-98.

McLaren L, Kuh D, Hardy R, Mishra G. Postnatal depression and the original mother-child relationship: a prospective cohort study. *J Affect Disord*. 2007;100:211-9.

McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160:279-284.

Meltzer LJ, Mindell J. Relationship between child sleep disturbances and maternal sleep, mood, and parenting stress: a pilot study. *J Fam Psychol*. 2007;21(1):67-73.

Mindell J, Emslie G, Blumer J, Genel M, Glaze D, Ivanebko A, Jonhson K, Rosen C, Steinberg F, Roth T, Banas B. Pharmacologic management of insomnia in children and adolescents: consensus statement. *Pediatrics*. 2006a;117(6):1223-32.

Mindell J, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer LJ, Sadeh A. A behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*. 2006b;29(10):1263-76.

- Morris S, St James-Roberts I, Sleep J, Gillham P. Economic evaluation of strategies for managing crying and sleeping problems. *Arch Dis Child*. 2001;84:15-9.
- Nunes ML, Cavalcante V. Avaliação clínica e manejo da insônia em pacientes pediátricos. *J Pediatr*. 2005;81:277-86.
- Organização Mundial da Saúde. *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID-10*. 10ª ed. Tradução do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. São Paulo: OMS; Edusp; 1998.
- Owens J. Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Prim Care: Clin Office Practice*. 2008;35(3):533-546.
- Owens J. Culture and sleep in children. *Pediatrics*. 2004;115: 201-03.
- Paul IM, Yoders KE, Crowell KR, Shaffer ML, McMillan HS, Carlson LC, Dilworth DA. Effect of dextromethorphan, diphenhydramine, and placebo on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents. *Pediatrics*. 2004;114(1):e85-e91.
- Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*. 2006;118(2):659-68.
- Ranña W. O Sono dos bebês e das crianças. In: Reimão R. *Temas de medicina do sono*. São Paulo: Lemos; 2000. p.41-8.
- Reed MD, Findling RL. Overview of current management of sleep disturbance in children: I-pharmacotherapy. *Curr Ther Res-Clin Exp*. 2002;63:b18-b33.
- Reimão R, Souza JC. *Sono do indígena Terena*. Campo Grande: UCDB; 2000.

Reimão R. Sono normal na infância. In: Diamant A, Cypel S. *Neurologia infantil*. 4ª edição. São Paulo: Atheneu; 2005.p.1335-44.

Rivkees SA. Developing circadian rhythmicity in infants. *Pediatr Endocrinol Rev*. 2003;1(1):38-45.

Roffwarg HP, Muzio IN, Dement WC. Ontogenic development of the human sleep-dream cycle. *Science*. 1966;152:604-19.

Ross C, Davies P, Whitehouse W. Melatonin treatment for sleep disorders in children with neurodevelopmental disorders: an observational study. *Dev Med Child Neurol*. 2002;44:339-44.

Rossini SRG. *Estudo da relação entre insônia, equilíbrio adaptativo e função alfa* [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2001.

Sandler PC. *The language of Bion*. London: H. Karnac Books; 2005. p.645.

Schwebel DC, Brezaussek CM. Nocturnal awakenings and pediatric injury risk. *J Pediatr Psychol*. 2008;33(3):323-32.

Sheldon SH. Sleep in infants and children. In: Lee-Chiong TL, Sateia MJ, Carskadon MA Editors. *Sleep Medicine*. Philadelphia: Hanley & Belfus, Inc; 2002. p.99-103.

Simon R. Conceitos básicos. In: Simon S. *Psicoterapia breve operacionalizada: teoria e técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. p.23-31.

Simon R. *Psicologia clínica preventiva – novos fundamentos*. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 1989.

- Simon R. Relações entre o diagnóstico operacionalizado, a psicopatologia da depressão e psicoterapia psicanalítica. *Mudanças Psicoter Estud Psicossociais*. 2000;8(13):165-90.
- Skouteris H, Wertheim EH, Rallis S, Milgrom J, Paxton SJ. Depression and anxiety though pregnancy and the early postpartum: an examination of prospective relationships. *J Affect Disord*. In press 2008.
- Skuladottir A, Thome M. Changes in infant sleep problems after a family-centered intervention. *Pediatr Nurs*. 2003;29(5):375-8.
- Smart J, Hiscock H. Early infant crying and sleeping problems: a pilot study on parental well-being and parent-endorsed strategies for management. *J Paediatr Child Health*. 2007;43(4):284-90.
- Smith MT, Wegener ST. Measures of Sleep. The Insomnia Severity Index, Medical Outcomes Study (MOS), Sleep Scale, Pittsburgh Sleep Diary (PSD) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Arthritis Rheum*. 2003;49(5):s184-s96.
- Tenenbojm E, Angelis G, Rossini S, Estivill E, Segarra F, Reimão R. Insomniac children maternal sleep and mood in Sao Paulo and Barcelona. *Arq Neuro-Psiq*. 2008;66(3-A):482-484.
- Thiedke CC. Sleep disorders and sleep problems in childhood. *Am Fam Phys*. 2001;63(2):277-84.
- Thomas KA, Foreman SW. Infant sleep and feeding patterns: effects on maternal sleep. *J Midwifery Women's Health*. 2005;5:399-404.
- Touchette E, Petit D, Paquet J, Boivin M, Japel C, Tremblay ER, Montplaisir JY. Factors associated with fragmented sleep at night across early childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159:242-9.
- Velluti RA. Fisiologia do sono. In: Reimão R. *Sono, estudo abrangente*. São Paulo: Atheneu; 1996. p.1-19.

Winnicott WD. Pediatria e psiquiatria. In: Winnicott WD. *Textos Seleccionados da Pediatria à Psicanálise*. 4º ed. Tradução de Jane Russo. Rio de Janeiro: F. Alves; 1993. p.287-311.

Yoshida EMP. Validade e precisão da EDAO: uma pesquisa com universitários da Escola Paulista de Medicina. *Mudanças Psicoter Estud Psicossociais*. 1995; 3(3-4):51-63.

Younus M, Labellarte MJ. Insomnia in children. When are the hypnotics indicated? *Pediatr Drugs*. 2002;4(6):391-403.

Zimmerman DE. *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. São Paulo: Artmed; 2001. p.162.