



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANA CAROLINA DANTAS ROCHA CERQUEIRA**

**COMPORTAMENTO DO SONO E ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS**  
**DE 12 A 18 MESES DE IDADE**

**FORTALEZA**

**2016**

ANA CAROLINA DANTAS ROCHA CERQUEIRA

COMPORTAMENTO DO SONO E ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS DE 12  
A 18 MESES DE IDADE

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção da Saúde.

Área Temática: Cuidado de enfermagem na pediatria: tecnologia para promoção da saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

C394c Cerqueira, Ana Carolina Dantas Rocha.  
Comportamento do sono e aleitamento materno em crianças de 12 a 18 meses de idade / Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira. – 2016.  
113 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2016.  
Orientação: Profa. Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso.

1. Sono. 2. Aleitamento Materno. 3. Criança. I. Título.

CDD 610.73

---

ANA CAROLINA DANTAS ROCHA CERQUEIRA

**COMPORTAMENTO DO SONO E ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS  
DE 12 A 18 MESES DE IDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup> Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso - Orientadora  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite - Membro efetivo  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>ª</sup> Dra. Márcia Maria Tavares Machado - Membro efetivo  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>ª</sup> Dra. Ana Luiza Paula de Aguiar Lélis - Membro efetivo  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof. Dr. Dixis Figueroa Pedraza - Membro efetivo  
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

A Deus, pela sabedoria extraída em cada sacrifício. A Tua glória edifica meu saber, e é graças a Ti que tenho este desafio vencido.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter sonhado este sonho para mim. Pelo milagre da maternidade durante o curso de doutorado, pela oportunidade de morar em Fortaleza, por ser Pai bondoso, fiel, compassivo e misericordioso. Por ter me enviado tantos anjos para me velar e cuidar.

Aos meus pais, que com imenso amor, e dedicação sem igual, me educaram na fé, no respeito e na gratidão. Obrigada por estarem sempre ao meu lado, incondicionalmente, me fazendo mais forte e acreditando em mim. Obrigada por serem, sobretudo, reflexo do mais belo amor de Deus, em minha vida. Essa vitória é de vocês.

Ao meu esposo, Matheus. Minha vida é infinitamente melhor por tê-lo ao meu lado. Obrigada por toda confiança partilhada, por compreender as minhas ausências, especialmente, quando o computador era minha maior companhia e a estrada a minha casa. Obrigada por ter me escolhido para caminhar ao teu lado.

A minha filha, Ana Clara, por ser a melhor parte de mim, o presente mais belo, a jóia mais rara, o sorriso mais lindo, a luz que ilumina os meus dias. A sua existência me faz a mulher mais realizada do mundo. Seu amor me completa e faz feliz. Sem você tudo é só metade.

Ao meu irmão, Igor, por vivenciar cada pequena conquista minha como se fosse uma grande vitória dele. Obrigada por me fazer rir, quando tudo estava mal e por me ajudar em todas as minhas empreitadas.

A minha amiga Carolina, presente de Deus, que com sua infinita bondade, a escolheu para dividir comigo as lutas, os sacrifícios, as angústias e as vitórias. Seremos sempre assim.

A minha sogra, Morena, e as minhas amigas da Casa da Tia Léa, por me acalmarem cuidando do meu bem mais precioso, e por terem sempre à disposição uma palavra de carinho, incentivo e confiança e mais que tudo, pelo laço eterno de amizade que construímos nestes três anos.

À minha orientadora, Prof. Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso, pela contribuição com a minha formação em mais uma etapa acadêmica. Pelas colaborações e sugestões, por vibrar em cada conquista. Toda minha admiração ao seu exemplo de força, coragem e determinação.

A Dixis, por manter-se sempre presente, pela grandiosidade pessoal e profissional, por todas as oportunidades que me ofereceu, por acreditar no meu potencial, por ser mais que um mestre, um grande amigo.

A professora Rosa pelas análises estatísticas, por toda contribuição científica ao meu trabalho e pela disponibilidade em atender a todos os meus chamados.

Ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e aos colegas de turma do doutorado, pelo aprendizado compartilhado.

Aos membros do Núcleo de Pesquisa na Saúde do Neonato e da Criança, pela acolhida afetuosa e pelas amizades florescidas. Em especial, a Lusiana, Natália, Sofia e Isadora.

À equipe de trabalho de campo desta pesquisa, pelo companheirismo, união e dedicação. Em especial a Lusiana, por ter contribuído com tanto empenho e responsabilidade para a concretização deste sonho.

Aos meus colegas de trabalho, da Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Educação em Saúde da Universidade Federal da Paraíba – Campus Cuité, pela convivência harmoniosa e feliz.

Aos cuidadores das crianças, pelo tempo concedido em fornecer informações para o trabalho.

Às Secretarias de Educação e Saúde do município de Fortaleza pelo apoio prestado à realização da pesquisa.

Aos diretores das creches que autorizaram a realização desta pesquisa, por acreditarem que qualidade vincula-se ao ensino e pesquisa. Muito Obrigada.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

“O sono é uma casa  
Sem portas nem janelas,  
É um barco de papel  
Irmão da caravelas  
Que adormece com o embalo  
Que o vento lhe dá nas velas.”  
(José Jorge Letria, versos de fazer Ó-Ó)



## RESUMO

Na infância, o sono adequado é especialmente importante pela influência que exerce sobre o crescimento e o desenvolvimento. Alterações no sono são cada vez mais prevalentes e determinam má qualidade ao desempenho, interferindo na saúde, às vezes, de forma muito grave. Objetivou-se analisar o comportamento do sono e o tempo de aleitamento materno em crianças com idade entre 12 e 18 meses frequentadoras ou não de creches. Estudo transversal, realizado com 369 crianças de 12 a 18 meses de idade e seu principal cuidador. A coleta de dados ocorreu, no período de novembro de 2014 a maio de 2015, em creches públicas, privadas e em postos de saúde, durante campanha de vacinação, junto a cuidadores das crianças, por meio da aplicação de dois instrumentos: o *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ) e um formulário, contendo informações relacionadas a caracterização dos participantes, ao sono da criança e ao aleitamento materno. A variável desfecho do estudo foi o comportamento do sono mensurada por meio de três critérios de avaliação: dos escores, do cuidador e do avaliador, constantes no ISQ. Desta forma três modelos de regressão logística foram estimados utilizando-se o método *Forward Stepwise* e permaneceram no modelo final apenas as variáveis com  $p$ -valor  $< 0,05$ . Constatou-se alteração no comportamento de sono segundo o critério dos escores, o critério do cuidador e o critério do avaliador para 104 (28,2%), 102 (27,6%) e 85 (23,0%) crianças, respectivamente. Manteve-se, após ajustes, associação estatisticamente significativa com as alterações no comportamento do sono: o compartilhamento do domicílio por mais de três pessoas; renda familiar superior a quatro salários mínimos; mudanças na rotina da criança; não amamentação na primeira hora de vida; alimentar a criança durante a madrugada por todas as noites da semana; não adormecer de chupeta; criança dormir após as 20 horas, mais de duas horas durante o dia e entre seis e oito horas durante a noite. O tempo de aleitamento materno superior a 12 meses elevou em duas vezes as chances para alterações no comportamento do sono (OR=2,00; IC 1,06-3,79); a inserção das crianças em creches não esteve associada nem com a duração do aleitamento materno nem com a existência de alterações no comportamento de sono das crianças. A avaliação do comportamento do sono em crianças segundo o ISQ representa importante método de triagem a ser implementado nos serviços de atenção à criança. Manter a criança em creche não foi considerado fator determinante para o insucesso da amamentação e não esteve associado ao comportamento do sono apresentado pelas mesmas. Intervenções junto à cuidadores de crianças que continuam sendo amamentadas após o primeiro ano de vida precisam ser planejadas no sentido de orientar a respeito dos aspectos associados,

especialmente, a manutenção da prática do co-leito, do hábito de oferecer a mama para que a criança pegue no sono e de oferecer o peito a criança durante a madrugada, no sentido de minimizar os problemas de sono nesta população e ajudar a prevenir o estabelecimento de problemas recorrentes, potencialmente, causadores de distúrbios do sono.

**Palavras-chave:** Sono. Aleitamento Materno. Criança.

## ABSTRACT

In childhood, adequate sleep is especially important for the influence it has on growth and development. Sleep disorders are increasingly prevalent and determine poor performance, interfering in health, sometimes very severe way. The objective of the study was to analyze the sleep behavior and duration of breastfeeding in children with age between 12 and 18 months that frequented or not a daycare institution. Cross-sectional study with 369 children 12-18 months old and his primary caregiver. Data collection occurred from November 2014 to May 2015 in public kindergartens, private and health centers for vaccination during campaign, with the caregivers of children, through the application of two instruments: the Infant Sleep Questionnaire (ISQ), and another containing information related to characterization of the participants, the child's sleep and breastfeeding. The outcome variable of the study was the sleep behavior measured by three criteria: the scores of the caregiver and of the evaluator, contained in ISQ. Thus three logistic regression models were estimated using the Forward stepwise method and the final model only variables with p-value <0.05. It was found change in sleep behavior at the discretion of the scores, the criterion of the caregiver and the evaluator's criteria for 104 (28.2%), 102 (27.6%) and 85 (23.0%) children, respectively. It remained after adjustments, a statistically significant association with changes in sleep behavior: household sharing for more than three people; family income higher than four minimum wages; changes in the child's routine; not breastfeeding in the first hour of life; feed the child during the night for all nights of the week; not fall asleep with the pacifier; child to sleep after 20 hours, more than two hours during the day and six to eight hours to overnight. Breastfeeding time more than 12 months increased at twice the chances for changes in sleep behavior (OR = 2.00, CI 1.06 to 3.79); the inclusion of children in day care was not associated or duration of breastfeeding or the existence of changes in sleep behavior of children. Sleep behavior evaluation in children according to the ISQ is important as a screening method to be implemented in child care services. Keep the child in daycare was not considered a determining factor for the failure of breastfeeding and was not associated with the behavior of sleep presented by them. Interventions by the caregivers of children who continue to be breastfed after the first year of life need to be planned so as to guide about the associated aspects, in particular, maintaining the practice of co-sleeping, the habit of offering the breast to the child falls asleep and offering the breast the child during the night, to minimize sleep problems in this population and help prevent the establishment of recurring problems, potentially causing sleep disorders.

**Keywords:** Sleep. Breastfeeding. Child.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Processo de seleção final dos estudos da revisão. Fortaleza - CE, 2015 .....	32
Gráfico 1 -	Pontuação total do <i>Infant Sleep Questionnaire</i> (ISQ) segundo o número de crianças. Fortaleza, Ceará, 2015 .....	53
Gráfico 2 -	Variabilidade dos escores do <i>Infant Sleep Questionnaire</i> (ISQ) segundo três grupos de estudo. Fortaleza-Ceará, 2015 .....	54
Gráfico 3 -	Média do tempo de aleitamento materno total de crianças na faixa etária de 12 a 18 meses, segundo a não frequência a creche, a frequência a creche pública e a frequência a creche privada. Fortaleza-Ceará, 2015 .....	57
Gráfico 4 -	Distribuição da pontuação média dos escores de sono do <i>Infant Sleep Questionnaire</i> (ISQ) em crianças de 12 a 18 meses de idade, segundo o tempo de amamentação. Fortaleza-Ceará, 2015 .....	58

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Síntese dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, CINAHL e PubMed, em ordem por ano de publicação. Fortaleza, CE, 2015 .....	33
------------	---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	População de crianças na faixa etária de 1 a 2 anos, segundo regiões administrativas, Fortaleza-Ceará 2010 .....	40
Tabela 2 -	Estatística descritiva do estudo piloto, 2014. Fortaleza, Ceará, 2014 .....	41
Tabela 3 -	Quantitativo de crianças a serem amostradas em cada grupo. Fortaleza, Ceará, 2014.....	42
Tabela 4 -	Caracterização do comportamento do sono das crianças segundo os três critérios de avaliação do <i>Infant Sleep Questionnaire</i> (ISQ). Fortaleza-Ceará, 2015 .....	52
Tabela 5 -	Análise bivariada dos três critérios de avaliação do <i>Infant Sleep Questionnaire</i> (ISQ), considerando os três grupos de estudo. Fortaleza-Ceará, 2015 .....	53
Tabela 6 -	Análise bivariada dos itens do avaliador segundo o <i>Infant Sleep Questionnaire</i> (ISQ), considerando a frequência ou não à creche. Fortaleza-CE, 2015 .....	55
Tabela 7 -	Situação de aleitamento materno das crianças considerando a frequência ou não à creche. Fortaleza-Ceará, 2015 .....	56
Tabela 8 -	Análise bivariada das variáveis demográficas do cuidador segundo os três critérios de avaliação do <i>Infant Sleep Questionnaire</i> (ISQ). Fortaleza-Ceará, 2015 .....	60
Tabela 9 -	Análise bivariada das variáveis socioeconômicas do cuidador segundo os três critérios de avaliação do <i>Infant Sleep Questionnaire</i> (ISQ). Fortaleza-Ceará, 2015 .....	62
Tabela 10 -	Análise bivariada das variáveis idade, sexo e características perinatais das crianças segundo os três critérios de avaliação do <i>Infant Sleep Questionnaire</i> (ISQ). Fortaleza-Ceará, 2015 .....	64
Tabela 11 -	Análise bivariada de variáveis relacionadas a mudança da rotina, adoecimento, uso de medicamentos, possuir deficiência, número de irmãos e frequência à creche segundo os critérios dos escores, do cuidador e do avaliador do <i>Infant Sleep Questionnaire</i> (ISQ). Fortaleza-Ceará, 2015 .....	66

Tabela 12 -	Análise bivariada de variáveis relacionadas ao aleitamento materno segundo os três critérios de avaliação do <i>Infant Sleep Questionnaire</i> (ISQ). Fortaleza-Ceará, 2015 .....	68
Tabela 13 -	Análise bivariada de hábitos de sono das crianças segundo os três critérios de avaliação do <i>Infant Sleep Questionnaire</i> (ISQ). Fortaleza-Ceará, 2015 .....	70
Tabela 14 -	Análise bivariada de variáveis relacionadas a regularidade e ao tempo de sono e a hora que a criança adormece segundo os três critérios de avaliação do <i>Infant Sleep Questionnaire</i> (ISQ). Fortaleza-Ceará, 2015 .....	72
Tabela 15 -	Análise ajustada ao modelo hierárquico do desfecho alterações no comportamento do sono de crianças segundo o critério dos escores do <i>Infant Sleep Questionnaire</i> (ISQ). Fortaleza-Ceará, 2015 .....	74



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	Academia Americana de Pediatria
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária em Saúde
AMT	Aleitamento Materno Total
BISQ	<i>Brief Infant Sleep Questionnaire</i>
BTS	<i>Back to Sleep</i>
BQSI	Breve Questionário sobre Sono na Infância
CEDEFAM	Centro de Desenvolvimento Familiar
CSV	Ciclo Sono Vigília
DP	Desvio Padrão
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECELS	<i>Early Childhood Education Linkage System</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCCH	<i>Family Child Care Homes</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
ISQ	<i>Infant Sleep Questionnaire</i>
ISVIS	<i>Infant Sleep Vignettes Interpretation Scale</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde
NEPE	Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas (NEPE)
NUPESNEC	Núcleo de Pesquisa na Saúde do Neonato e da Criança
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PPAM	Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno
PBE	Prática Baseada em Evidências
SABIMF	Saúde do Binômio Mãe e Filho

SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SER	Secretaria Executiva Regional
SMSI	Síndrome da Morte Súbita Infantil
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>1.1 Aproximação da doutoranda com a temática.....</b>	<b>19</b>
<b>1.2 Focalizando o objeto de estudo.....</b>	<b>20</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1 Objetivo geral.....</b>	<b>29</b>
<b>2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>29</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>30</b>
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>39</b>
<b>4.1 Tipo do estudo .....</b>	<b>39</b>
<b>4.2 Local do estudo .....</b>	<b>39</b>
<b>4.3 População e amostra .....</b>	<b>40</b>
<b>4.3.1 Estudo Piloto .....</b>	<b>41</b>
<b>4.3.2 Cálculo e Palno Amostral e Seleção dos Participantes .....</b>	<b>41</b>
<b>4.4 Coleta de dados.....</b>	<b>43</b>
<b>4.4.1 Instrumentos de coleta.....</b>	<b>45</b>
<b>4.4.2 Variáveis de estudo .....</b>	<b>46</b>
<b>4.5 Organização e Análise dos dados.....</b>	<b>47</b>
<b>4.6 Aspectos Éticos .....</b>	<b>48</b>
<b>5.0 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>49</b>
<b>5.1 Caracterização dos participantes – cuidadores e suas crianças.....</b>	<b>49</b>
<b>5.2 Comportamento do sono infantil.....</b>	<b>51</b>
<b>5.2.1 Infant Sleep Questionnaire (ISQ).....</b>	<b>51</b>
<b>5.2.2 Infant Sleep Questionnaire (ISQ) versus a frequência ou não à creche.....</b>	<b>53</b>
<b>5.3 Aleitamento materno versus frequência ou não à creche.....</b>	<b>55</b>
<b>5.4 Aleitamento materno versus comportamento do sono.....</b>	<b>57</b>
<b>5.5 Associação dos escores do Infant Sleep Questionnaire (ISQ) .....</b>	<b>58</b>
<b>6.0 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>75</b>
<b>6.1 Caracterização dos participantes.....</b>	<b>75</b>
<b>6.2 Hábitos de sono das crianças.....</b>	<b>77</b>
<b>6.3 Aleitamento Materno.....</b>	<b>84</b>
<b>6.4 Comportamento do Sono.....</b>	<b>88</b>

<b>7.0 CONCLUSÕES.....</b>	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>105</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</b>	<b>109</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>111</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Aproximação da doutoranda com a temática

O ano de 2008 marca o início de uma vivência intensa no universo de pesquisa, configurando de forma concreta, um pouco mais tarde, o forte sonho de tornar-se pesquisadora. Como bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), nas cotas 2008-2009 e 2009-2010, participou em projetos de pesquisa direcionados a análise nutricional da população infantil assistida em creche, atuando principalmente no tema: crescimento, desenvolvimento e estado nutricional de micronutrientes. As pesquisas realizadas estavam ligadas ao Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas (NEPE) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), instituição na qual realizava a graduação, iniciada no ano de 2006.

Após conclusão da graduação em 2010, deu-se o ingresso imediato, em 2011, no curso de mestrado em Saúde Pública da UEPB. Durante este período, surgiu a oportunidade de trabalhar com a mesma população de crianças, em um novo cenário, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Neste contexto, foi desenvolvida a dissertação de mestrado intitulada “Atenção à Saúde Materno-Infantil na cidade de Queimadas, Paraíba”. Não obstante, o trabalho em creches continuava paralelo à participação em outros projetos de pesquisa.

A UEPB disponibiliza Programa de Pós-graduação com nível de doutorado na área da saúde apenas em Odontologia. Então, diante da apropriação de um desejo cada vez mais concreto de investir na formação como pesquisadora, e sob forte estímulo e irreverente apoio do orientador de mestrado, buscou-se contato com a Universidade Federal do Ceará (UFC). A escolha da instituição deu-se em virtude da mesma ser considerada uma das mais bem avaliadas do país, sendo classificada como uma das melhores do Nordeste nos quesitos: produção científica, colaboração internacional e qualidade científica.

O contato foi efetuado com sucesso e, em 2012, ingressou-se no projeto Saúde do Binômio Mãe e Filho (SABIMF), hoje intitulado Núcleo de Pesquisa na Saúde do Neonato e da Criança (NUPESNEC), coordenado pela orientadora desta pesquisa.

A parceria com a orientadora deste projeto se deu com sua participação na banca de defesa de dissertação, resultando na construção de trabalhos apresentados em congressos (LELIS et al., 2012; SILVA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013; REBOUÇAS et al., 2013) e publicação de artigo em periódico qualificado (FIGUEROA PEDRAZA; ROCHA; CARDOSO, 2013)

Em 2013, um importante passo acadêmico se concretiza com a aprovação no Programa de Pós-graduação em Enfermagem - curso de doutorado da UFC. Mudanças substanciais se concretizam na vida da doutoranda neste período, pois juntamente com seu esposo, a mesma passa a residir em definitivo no município de Fortaleza. Tem início um novo projeto profissional e de família.

Aliado a tantas novas experiências, se concebe nesta ocasião a benção de ser mãe. Oportunamente, passa-se a viver toda a encantadora realidade de acompanhar de maneira íntima, o que há anos se constituiu seu objeto de estudo: o crescimento e desenvolvimento infantil, agora vivenciado com a mais bela das crianças, a Ana Clara.

Como o passar dos meses, e o avançar das atividades no curso de doutorado, impera a necessidade de colocar a sua filha em uma creche-escola, o que faz a doutoranda viver todos os impactos da permanência de uma criança em creche, e lhes permite o entendimento genuíno do significado desta experiência, que desde outrora já despertava de modo especial a sua atenção, devido a sua intensa inserção neste campo de pesquisa.

O impacto dos trabalhos abordando a temática do comportamento do sono em crianças, ora desenvolvidos no grupo de pesquisa foi o alicerce motivacional para realização da presente pesquisa. Na definição do objeto de estudo somou-se, a este contexto, a experiência com a temática de aleitamento materno, vertente avaliada ao trabalhar a atenção à saúde materno-infantil, durante o curso de mestrado, e o conhecimento com produção científica (REBOUÇAS et al., 2013) nesta área temática durante a disciplina de Promoção da Saúde no curso de doutorado.

A vivência da doutoranda, por ocasião da maternidade, de problemas relativos ao sono infantil e a prática de aleitamento materno, instiga ainda mais o desejo de compreender a construção destes padrões de comportamento (sono e aleitamento), a relação entre eles, bem como o modo como os mesmos se processam em crianças que frequentam creches e entre aquelas que não frequentam, especialmente quando este ingresso é precoce.

Configura-se, portanto, o objeto desta investigação: o comportamento do sono e a duração do aleitamento materno em crianças com idade entre 12 e 18 meses, considerando a frequência ou não à creche.

## **1.2 Focalizando o objeto de estudo**

São inúmeros e já bem estabelecidos os benefícios da prática da amamentação para a saúde da mãe e do bebê. Não obstante, são relativamente escassas evidências que incluem

informações sobre a repercussão da duração do aleitamento materno sobre o sono infantil durante o primeiro ano de vida. Esta relação merece, ser avaliada com cuidado, como primeiro passo no sentido de estabelecer a existência de qualquer tipo de associação, considerando o quão fundamental é um comportamento de sono positivo para o crescimento saudável da criança.

O sono é um estado cerebral ativo composto por dois estados diferentes e quantitativamente mensuráveis, os quais envolvem mecanismos bioquímicos e modificações dos processos fisiológicos, acompanhadas por mudanças eletroencefalográficas características e por imobilidade postural imediatamente reversível por estimulação externa (GEIB, 2007a). É, portanto, uma interação complexa de processos fisiológicos e comportamentais que serve para restaurar o sistema imunitário, as capacidades mentais e recuperar as energias gastas durante a vigília (LOPES et al., 2010).

A quantidade e a qualidade do sono se alteram com a idade (VALLE; VALLE; REIMÃO, 2009). No primeiro ano de vida, importantes modificações estruturais acontecem na arquitetura do sono, pois o desenvolvimento cerebral e a neuroplasticidade acontece nesta fase. Ocorre um processo de maturação, em que o sono fragmentado, torna-se contínuo durante a noite, devendo aos 12 meses, acontecer a consolidação do sono noturno, com a permanência de 1-2 sestas diurnas (NUNES, 2002; SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2010).

O sono ocupa um papel de destaque por envolver a vida noturna da criança e por sua importância no desenvolvimento infantil (GEIB, 2007b). Na infância, o sono adequado é especialmente importante para o crescimento, o desenvolvimento emocional e comportamental, assim como para a aquisição das funções cognitivas, de aprendizado e atenção (SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2010). Alterações no sono determinam má qualidade ao desempenho e interferem na saúde, às vezes, de forma muito grave (VALLE; VALLE; REIMÃO, 2009).

O valor da atenção clínica ao sono pediátrico é cada vez mais reconhecido. Isto é devido à crescente evidência de alta prevalência de distúrbios do sono entre crianças e dos efeitos do sono interrompido ou insuficiente sobre o desenvolvimento somático e comportamental. Os resultados variam muito, devido a diferentes metodologias e definições (SHEEHAN, 2012).

Na Austrália, Bayer et al. (2007), em estudo conduzido com 692 mães cujas crianças possuíam entre 3 e 6 meses de idade, e, Hiscock e Wake (2001), ao investigar 674 mães com crianças com idade entre 6 e 12 meses, apontaram problemas relativos ao sono de suas

crianças, com enfoque na frequência e/ou duração de despertares noturnos, da ordem de 34% e 46% respectivamente, considerando como critério o relato materno (sim/não). Armstrong, Quinn e Dadds (1994), por sua vez, ao conduzir estudo no mesmo país, avaliando dados de 3269 crianças na faixa etária de 38 meses encontra, também segundo o relato dos pais, prevalência de problemas de sono das crianças da ordem de 28,6%. Afirmam ainda, que existe uma vasta gama de comportamento do sono na infância que deve ser considerado normal, pois o ritmo circadiano não está bem estabelecido até os quatro meses de idade e os despertares noturnos são comuns de 4 a 12 meses de idade.

No Canadá, ao avaliarem 27 crianças na faixa etária de 12 a 24 meses, Hall et al. (2011) evidenciam uma prevalência da ordem de 38% de comportamento alterado do sono, segundo os escores do *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ). Em Israel, por sua vez, Scher e Asher (2004), com base no critério de Richman para problema de sono, conforme definido pelo ISQ (Morrell, 1999) apontam que 36% das crianças da amostra (n = 19) preencheram os critérios de um problema de sono. A mesma investigação, ao considerar o critério materno do ISQ para problemas de sono, evidencia que 46% das crianças foram descritas por suas mães como tendo dificuldade para dormir.

No Brasil, o comportamento do sono das crianças tem sido avaliado com base na prevalência de condições como o co-leito, os despertares noturnos e a média de horas de sono por dia (SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2010). A não padronização de critérios que definam o que é considerado problema de sono resulta em dificuldade na comparação dos resultados. No Rio Grande do Sul, por exemplo, Lopes et al. (2010) consideram comportamento disfuncional do sono aos 12 meses dormir menos ou mais que 12 horas por dia, incluindo as sestas; acordar uma vez ou mais durante a noite; não possuir horário para dormir e acordar; e ter um sono agitado. Com base nestes critérios, 35,7% dos bebês possuem algum tipo de alteração no padrão de sono.

Percebe-se certo embaraço dos pais em identificar seus filhos como tendo problemas de sono, e em discutir estes aspectos com o profissional de saúde. Os pais normalmente não consideram os problemas de sono uma questão médica e, na maioria das vezes, desconhecem o que é considerado padrão normal de sono. Adicionalmente, os problemas de sono são pouco questionados e diagnosticados. Na maioria das vezes, a anamnese realizada no consultório pediátrico não aborda o aspecto do padrão do sono das crianças (BATISTA; NUNES, 2006; NUNES; CAVALCANTE, 2005).

Positivamente, os problemas de sono nas crianças têm sido considerados transitórios, sem gravidade e sem consequências a longo prazo. A problemática, por sua vez, advém do



fato de, não muitas vezes, estes problemas serem indevidamente menosprezados e remetidos para segundo plano, podendo frequentemente progredir para estados mais severos e afetar o desenvolvimento e bem-estar das crianças (KLEIN; GONÇALVES, 2008).

Diferentes fatores atuam sobre o sono dos bebês, entre eles as causas genéticas, o contexto familiar, as condições sociais e a vida psíquica do próprio bebê (LOPES et al., 2010). Existe indicação de que a prática de aleitamento materno repercute no padrão de sono infantil (RAMAMURTHY et al., 2012).

Na Nova Zelândia, estudo conduzido com 52 famílias com crianças com idade entre 11 e 13 meses aponta maior prevalência de problemas de sono no grupo de crianças que ainda amamentavam, quando comparadas aquelas que não mamavam mais, sendo esta diferença estatisticamente significativa (GIBSON; GANDER; ELDER, 2011).

Dados referentes a 5.006 crianças, com idade entre 0 e 36 meses, procedentes dos Estados Unidos e Canadá mostram associação positiva da prática de amamentar para que a criança volte a dormir com um maior número de despertares noturno, bem como apontam que o mais longo período de sono contínuo foi associado com a prática de não amamentar a criança para que ela volte a dormir. Não obstante, a prática de oferecer mamadeira durante a noite mostra-se igualmente associada a estas duas variáveis (despertar noturno e mais longo episódio de sono) (SADEH et al., 2009).

De acordo com Geib (2007a), lactentes em aleitamento materno tendem a acordar mais frequentemente durante a noite do que os lactentes em uso de mamadeiras e a ter menor quantidade total de horas de sono num ciclo de 24 horas nos dois primeiros anos de vida. Estudo conduzido com 674 mães de crianças australianas, com idade entre 6 e 12 meses, corrobora tal premissa, ao evidenciar que aquelas que amamentavam exclusivamente eram mais propensas a reportarem problemas de sono de sua criança ( $X^2$  16.12;  $df = 1$ ;  $P < 0.001$ ), em comparação com às que não amamentaram ou com às que deram ao seu bebê, tanto fórmula como leite materno (HISCOCK; WAKE, 2001).

A amamentação na idade de um ano tem sido identificada como um fator de risco para persistência dos problemas do sono na infância (HALL et al., 2007), possivelmente, devido a presença dos pais na hora de dormir, favorecendo aos problemas para iniciar o sono (ADAIR et al., 1991). Supõe-se que crianças que adormecem por meio de intervenções dos pais não conseguem desenvolver sua própria auto-regulação e habilidades para dormir, e conseqüentemente, continuam a depender de repetidas medidas parentais durante a noite (SADEH; TIKOTZKY; SCHER, 2010).

Galbally et al. (2013) ressaltam que a associação entre o padrão de sono e a amamentação requer uma investigação mais aprofundada, entretanto, corrobora com os achados anteriores ao evidenciar associação entre a amamentação aos seis meses e despertares noturnos e dificuldade em adormecer sozinho.

Por outro lado, Ramamurthy et al. (2012) evidenciam que em crianças com menos de 6 meses de idade, o tempo total de sono é maior em bebês amamentados, como resultado do aumento do sono durante o dia, sem diferenças no tempo de sono em crianças mais velhas, que são amamentadas. Não obstante, acrescentam que a amamentação constitui um fator relacionado ao sono que tem recebido pouca atenção, sendo o impacto da amamentação sobre o sono dos bebês uma área de pesquisa limitada.

Os dados mais recentes sobre a manutenção do aleitamento materno no Brasil são da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno (PPAM) nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, em 2009 (BRASIL, 2009), a qual descreve prevalências de 41% de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade e de 58,74% de aleitamento materno na faixa etária de 9 a 12 meses de idade para o conjunto de crianças que participaram da pesquisa. Em Fortaleza, estas tendências seriam de 32,9% e 57,27%, respectivamente.

O leite materno é a forma de nutrição que mais efetivamente contribui para o crescimento e desenvolvimento da criança, pois previne a desnutrição e as doenças infecciosas, especialmente as diarreicas e respiratórias; fortalece o sistema imunológico; protege contra alergias; favorece a cognição; e estimula o vínculo afetivo entre mãe e filho (VASCONCELOS; LIRA; LIMA 2006; BRECAILO et al., 2010; ALMEIDA et al., 2008).

Os benefícios da amamentação são incontáveis (RAMAMURTHY et al., 2012) e a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno têm sido uma estratégia mundialmente relevante no setor de saúde e outros setores sociais para, entre outros esforços, melhorar as condições de saúde das crianças (SOUZA; MELO; AYRES, 2013).

Em razão das evidências da superioridade do leite humano, no ano de 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a adotar como recomendação o aleitamento materno exclusivo por seis meses (WHO, 2001), além da manutenção do aleitamento materno, com a adição de alimentos complementares necessários para garantir o aporte adequado de energia e micronutrientes, até os dois anos ou mais (BARROS et al., 2009).

A OMS, oportunamente, define como indicadores: aleitamento materno exclusivo (criança recebeu apenas leite materno, diretamente do peito ou ordenhado, podendo também estar recebendo medicamentos, vitaminas ou minerais), aleitamento materno predominante (criança recebeu predominantemente o leite materno e, também, outros líquidos, como água,

chá ou suco), aleitamento materno complementado (criança recebeu leite materno e outros alimentos) e aleitamento materno (criança recebeu leite materno - engloba todas as possibilidades anteriores) (WHO, 2008).

Inúmeras ações de saúde têm sido desenvolvidas nas últimas décadas, por organismos nacionais e internacionais, com o intuito de melhorar os indicadores de aleitamento entre a população e, conseqüentemente, contribuir na redução da morbimortalidade infantil. Exemplo disto é a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), criada em 1990 pela OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com vistas a promover, proteger e apoiar a prática de aleitamento materno. A IHAC é operacionalizada por meio da readequação das rotinas hospitalares em observação ao cumprimento aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (OMS, 1989).

Segundo Rea (2003), a IHAC se constitui em uma das principais ações pró-amamentação desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, nas duas últimas décadas, aliada ao trabalho da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e a realização das Semanas Mundiais da Amamentação.

Apesar de ser um processo natural, a amamentação constitui um fenômeno complexo. São inúmeros os fatores que influenciam a decisão e a duração do aleitamento materno, e é provável que isto justifique, em parte, o desmame precoce mesmo em países que apresentam uma consistente política de promoção como é o caso do Brasil.

Percebe-se que existem vários fatores ligados ao ambiente social e econômico familiar, culturais, demográficos e biológicos inerentes à mãe e à sua criança que interferem na adoção alimentar e na duração do aleitamento materno. Neste contexto, pesquisas pontuais realizadas em estados brasileiros mostram que mães que obtiveram menor sucesso no aleitamento materno eram mais jovens (idade inferior a 20 anos), solteiras, com menor grau de instrução, com baixa condição socioeconômica, primíparas, sem experiência prévia positiva com o aleitamento e com necessidade de trabalhar fora do lar (OLIVEIRA et al., 2013; BRACAILO et al., 2010; PEREIRA et al., 2010; GUSMÃO et al., 2013).

A amamentação depende intensamente de condições ambientais, dentre estas, a necessidade da proximidade física entre a mãe e o lactente. Neste sentido, as creches, instituições de educação e de cuidado que atendem crianças menores de três anos de idade em regime de semi-internato podem interferir neste processo (BRAGA, REZENDE E FUGIMORI, 2009).

Considerando o critério de proximidade entre mãe e filho, as creches podem ser de dois tipos: internas ou externas. São consideradas internas creches localizadas dentro da

própria empresa, de uso exclusivo dos próprios funcionários, e externas aquelas que situadas fora da empresa, longe do local de trabalho das mães (ISSLER et al., 1994).

Issler et al. (1994), ao realizarem comparação entre o tipo de creche e a época do desmame, observaram que existe uma associação fortemente significativa entre mães com filhos em creche interna e desmame, além do 3º mês de vida, quando comparadas com aquelas mães com crianças em creches externas. Crianças em creches externas têm um risco de desmame até o 3º mês quase três vezes maior do que crianças em creche interna.

Diante do contexto social das últimas décadas, tem se fortalecido o cuidado alternativo de bebês em creches (RAPOPORT; PICCININI, 2001) de diversos tipos, internas, externas, públicas, privadas. Ressalta-se que existe a influência do ambiente social creche na construção dos padrões de comportamento, a destacar os relativos à alimentação e sono, considerados como os mais importantes para o desenvolvimento saudável (GEIB, 2007a). O repouso durante o dia é recomendado até os três anos de idade (SBP), e a escola pode ajudar a família na formação de uma rotina para que a criança tenha uma boa noite de sono.

Historicamente vinculadas ao atendimento de cunho assistencial-custodial de crianças de família de baixa renda, estes espaços se transformam à medida que os costumes e as necessidades sociais se modificam. Isto reflete, por exemplo, na ampliação do número de creches em função do número cada vez maior de mulheres que ingressam no mercado de trabalho (RAPOPORT; PICCININI, 2001).

Por outro lado, a urbanização crescente dentre outras consequências acarreta diminuição do espaço para atividades infantis. As crianças permanecem confinadas em locais reduzidos, nos quais assistir televisão constitui, muitas vezes, uma das poucas atividades disponíveis. Desta maneira, até mesmo mães que permanecem como “do lar” começaram a buscar nestes espaços, alternativas de socialização para suas crianças (VITORIA; ROSSETTI-FERREIRA, 1993).

Modifica-se assim, a proposta para o trabalho em creches, que cada vez mais tem adquirido um cunho educativo. A constituição brasileira de 1988 reconhece a creche como instituição educativa, sendo um direito da criança, uma opção da família e um dever do Estado, e a partir da nova Lei de Diretrizes e Bases, de 20 de dezembro de 1996, a mesma passa a ser incluída como parte da educação infantil responsável pelas crianças até os três anos de idade (OLIVEIRA; ANDRADE; ANDRADE, 2008).

Entretanto, a entrada de bebês na creche, especialmente durante o primeiro ano de vida, implica em separação diária da criança de seu ambiente familiar, enquanto ela ainda é

muito pequena. Nesta fase, a criança está em processo de construção de diversos padrões de comportamento, a destacar, os relativos à alimentação e sono.

Considerando que na faixa etária de 0 a 18 meses a maioria dos cuidados dispensados as crianças advêm de dois núcleos: família e escola (VITTA; EMMEL, 2004), acredita-se existir diferenças entre padrões de sono e aleitamento materno entre crianças frequentadoras e não frequentadoras de creches, vez que as mesmas estão submetidas a diferentes tipos de estímulos e separação condizentes com a frequência ou não a este tipo de estabelecimento.

O conceito de que a relação entre o sono e o bem-estar de uma criança é bi-direcional parece bastante claro, e este fator por si só justificaria a realização de estudos enfocando o sono na infância (POTASZ et al., 2010). Monitorar a prática do aleitamento materno, por sua vez, representa uma das estratégias de avaliação do cuidado à infância em nosso país (PEREIRA et al., 2010).

Não obstante, o estudo torna-se ainda mais relevante no que diz respeito a intervenção do profissional de saúde na detecção antecipada de comportamentos que possam propiciar o aparecimento de distúrbios do sono, principalmente no âmbito da enfermagem, buscando analisar sua relação com as práticas de aleitamento materno, verificando aspectos relativos a frequência ou não a creche.

A busca por um comportamento sugestivo de alterações no comportamento do sono foi feita por meio da obtenção de informações específicas sobre o padrão de sono da criança mediante a utilização de um questionário específico: o *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ). A utilização de instrumentos como este possui a vantagem de permitir medições padronizadas e reprodutíveis de extrema importância e utilidade na aplicação científica (NUNES, KAMPPF, SADEH; 2012).

O ISQ é um instrumento de avaliação cuja utilização fomentará base para o entendimento do comportamento do sono infantil em crianças brasileiras, com características específicas, na faixa etária de 12 a 18 meses.

Portanto, questiona-se: o comportamento do sono em crianças na faixa etária de 12 a 18 meses sofre influência do tempo de aleitamento materno ao qual as mesmas foram submetidas? O comportamento do sono e o tempo de aleitamento materno se manifestam de maneira diferente entre crianças que frequentam ou não creches?

**Hipótese da pesquisa**

Existe diferença na relação entre o comportamento do sono e o tempo de aleitamento materno de crianças que frequentam creches quando comparadas às que não frequentam.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Analisar o comportamento do sono e o tempo de aleitamento materno em crianças com idade entre 12 e 18 meses frequentadoras ou não de creches.

### 2.2 Objetivos específicos

Avaliar o comportamento do sono em crianças com idade entre 12 e 18 meses;

Comparar o comportamento do sono e o tempo de aleitamento materno em crianças com idade entre 12 e 18 meses, considerando a frequência ou não à creche;

Verificar associação dos três critérios de avaliação do *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ) (dos escores, do cuidador e do avaliador) com variáveis relacionadas: i) aos cuidadores; ii) as crianças; iii) à caracterização do comportamento do sono; iv) ao tempo de aleitamento materno, considerando a frequência ou não a creche;

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Os enfermeiros são constantemente desafiados na busca de conhecimento científico, a fim de promoverem a melhoria do cuidado ao paciente. Neste contexto, a revisão integrativa se destaca como importante ferramenta da Prática Baseada em Evidências (PBE), encorajando a utilização de resultados de pesquisas junto à assistência à saúde, e reforçando o quanto fundamental é a pesquisa para a prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa exige os mesmos padrões de rigor, clareza e replicação utilizados em estudos primários (CAETANO; PANOBIANCO; GRADIM, 2012), e constitui a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões de literatura. Consiste em uma das melhores formas de iniciar um estudo, buscando-se semelhanças e diferenças entre os artigos levantados nos documentos de referência (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

No presente estudo, optou-se por realizar uma revisão integrativa em busca de literatura pertinente e atualizada, com vista a gerar um panorama consistente e compreensível referente à temática do sono do lactente que frequenta creche. A revisão integrativa é apresentada como parte integrante do capítulo do estado da arte do tema pesquisado.

O sono constitui necessidade biológica e vital, essencial ao crescimento, desenvolvimento e saúde da criança (MAIA; PINTO, 2008), sendo considerado estado de proteção para o organismo (ORENGO et al., 2012). O comportamento da criança em relação ao sono deve ser entendido no contexto de suas diferentes etapas de desenvolvimento, e deve considerar as diferentes influências das práticas interpessoais, sociais e culturais as quais o sujeito encontra-se submetido (MADEIRA; AQUINO, 2003).

Segundo Esteves et al., (2012) a Enfermagem deve contribuir para a atenção à criança na creche, orientando os familiares e os educadores, realizando intervenções pontuais de controle de saúde e ajudando a construir um referencial que possibilite o cuidado infantil integral.

Tendo em vista que na Educação Infantil, na etapa creche, crianças de zero a três anos de idade permanecem entre 4 e 12 horas diárias nas instituições, e que nesta fase de maturação é imensa a vulnerabilidade a que estão expostas as crianças, exige-se um ambiente capaz de proporcionar as condições biológicas e sociais indispensáveis a sua sobrevivência saudável. Entre essas condições está o sono.

Neste sentido, ao considerar o papel do enfermeiro no contexto da criança assistida em creche, bem como da influência sociocultural que esta instituição exerce sobre a rotina das



crianças, têm-se por objetivo realizar um levantamento sobre o que existe de evidência na literatura sobre o sono em crianças que frequentam creche.

Em face desse contexto e em virtude da construção da tese, houve a necessidade de buscar nas bases de dados de literatura científica pesquisas relacionadas especificamente ao sono de lactentes assistidos em creches, para responder a indagação: Quais as evidências científicas sobre o sono em crianças que frequentam creche?

O processo de elaboração da revisão integrativa consistiu no cumprimento de sete importantes etapas: i) elaboração da pergunta norteadora, ii) formulação dos critérios de inclusão e exclusão, iii) definição das informações a serem extraídas das pesquisas selecionadas; iv) coleta de dados, v) análise crítica dos estudos incluídos, vi) discussão dos resultados, vii) apresentação da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Como critérios de inclusão, foram definidos: pesquisas disponíveis eletronicamente na íntegra nas bases de dados selecionadas nos idiomas português, inglês ou espanhol, cujos resultados privilegiassem aspectos relacionados ao sono da criança que frequenta creche. E relação aos critérios de exclusão, foram eliminados editoriais, cartas ao editor, dissertações, teses, relatos de experiência, estudos reflexivos e trabalhos duplicados.

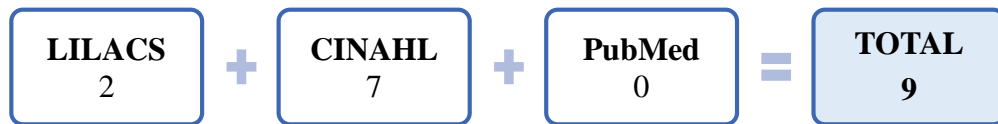
O levantamento bibliográfico foi realizado no período de junho a julho de 2014, em separado, por duas avaliadoras, quando se efetuou busca a duas bases de dados, em atenção a seguinte sequência: Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e PubMed. As bases de dados foram consultadas, em separado, uma após a outra.

Foram utilizados os descritores controlados “sono”, “lactente” e “creches” ou “berçários”, constantes nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), para a busca na base de dados LILACS e, para a CINAHL e a PubMed, foram utilizados “sleep”, “infant” e “child care” ou “nurseries”, constantes no *Medical Subject Headings* (MESH). Foi obedecida a mesma sequência desses descritores para a busca nas três bases escolhidas, e a partir do cruzamento dos descritores, 4 artigos foram encontrados na LILACS, 85 na CINAHL e 1410 na PubMed. É válido esclarecer que não foi estabelecido limite de anos de publicação a respeito da temática em estudo, a fim de abranger o maior quantitativo de publicações a respeito da temática em estudo.

Após o processo de seleção e identificação dos artigos que obedeceram aos critérios de inclusão estabelecidos, obteve-se os seguintes resultados: 2 artigos na base de dados LILACS, 7 no CINAHL e 6 no PubMed. Os seis artigos selecionados pela PubMed foram excluídos,

por estarem indexados repetidamente na base CINAHL, resultando 9 estudos para a amostra final, como mostra a Figura 1.

Figura 1 – Processo de seleção final dos estudos da revisão. Fortaleza - CE, 2015.



Fonte: Autoria própria

Para a definição das informações extraídas das pesquisas selecionadas e incluídas nesta revisão integrativa, foi elaborado um instrumento com três partes. A primeira, sobre a identificação dos artigos com os itens: título do artigo e do periódico, nome dos autores, país, idioma, ano de publicação. A segunda, referente às características metodológicas dos artigos, contendo: tipo e local de estudo, objetivo ou questão de investigação, população (número e características das creches) e amostra, faixa etária das crianças, método de avaliação do sono, instrumentos utilizados para avaliar o sono. A terceira parte referente aos resultados da pesquisa.

A avaliação dos estudos incluídos ocorreu mediante leitura inicial de todos os títulos e posterior leitura do resumo ou *abstract*. Por fim, os estudos com a possibilidade dos critérios de inclusão da temática foram lidos na íntegra.

A estratégia de análise e síntese do conhecimento das pesquisas selecionadas ocorreu por meio da caracterização inicial destas pesquisas, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Síntese dos artigos encontrados nas bases de dados LILACS, CINAHL e PubMed, em ordem de ano de publicação. Fortaleza, CE, 2015.

<p><b>Autor/Ano</b></p> <p><b>Periódico</b></p> <p><b>Título do artigo</b></p>	<p><b>Tipo de estudo/ Amostra</b></p>	<p><b>Objetivo(s)</b></p>	<p><b>Principais Resultados</b></p>
<p>Gershon NB; Moon RY, 1997</p> <p><i>Pediatrics</i></p> <p><i>Infant Sleep Position in Licensed Child Care Centers</i></p>	<p><i>Survey</i></p> <p>131 creches</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar a existência de normas na forma escrita sobre posição de dormir de crianças em creches licenciadas pelo governo;</li> <li>- Determinar a prevalência da posição prona ao dormir de crianças em creches;</li> <li>- Identificar razões para a escolha da posição de dormir da criança em ambientes de cuidado à criança;</li> <li>- Avaliar estes resultados segundo as recomendações da Academia Americana de Pediatria (AAP) de 1992 em relação a posição de dormir da criança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apenas 57% (75) das creches conheciam as recomendações referentes à posição do sono infantil;</li> <li>- Prevalência de lactentes colocados para dormir em posição prona - sempre: 20%; algumas vezes: 29%; nunca: 51%;</li> <li>- 75% das creches não possuíam normas na forma escrita sobre posição de dormir;</li> <li>- Principais motivos para posicionar a criança para dormir em decúbito ventral: conforto da criança, medo de asfixia e orientação pelos pais das crianças;</li> <li>- Apenas 51% das creches do estudo cumpriam integralmente as recomendações da AAP sobre posições de dormir;</li> <li>- Creches que utilizavam exclusivamente a posição prona possuíam um número médio de crianças significativamente menor quando comparadas aquelas que utilizavam esta posição apenas algumas vezes ou nunca.</li> </ul>
<p>Moon RY; Biliter WM, 2000</p> <p><i>Pediatrics</i></p> <p><i>Infant sleep position policies in licensed child care centers after back to sleep campaign</i></p>	<p><i>Cross-sectional survey</i></p> <p>172 creches</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar a eficácia de uma campanha pública nacional lançada em 1994: <i>Back to Sleep</i> (BTS) com o objetivo de avaliar o conhecimento da creche sobre as recomendações da Academia Americana de Pediatria referentes à posição do sono da criança e sobre a implementação das recomendações da Academia Americana de Pediatria na prática da creche.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 75% das creches conheciam as recomendações referentes à posição do sono infantil;</li> <li>- Os bebês foram colocados de bruços em 27,9% das instituições, embora em apenas 2,9% fossem colocados exclusivamente nesta posição;</li> <li>- As razões mais comuns para evitar a posição prona foram: a redução do risco de morte súbita infantil e a existência de licenciamento;</li> <li>- 50% das creches dispunham de normas na forma escrita sobre posição de dormir;</li> <li>- Vinte creches que conheciam os perigos da posição prona para dormir continuavam colocando as crianças ao menos por algum tempo nesta posição, principalmente por causa do pedido dos pais.</li> <li>- Apenas 56,9% das creches tinham ouvido falar da campanha BTS apesar da divulgação em massa;</li> <li>- Os resultados da campanha redundou em mudança nas normas de 14 creches.</li> </ul>
<p>Herskovic LP et al., 2001</p> <p>Revista Chilena de Pediatria</p>	<p><i>Survey</i></p> <p>91 creches</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obter informações sobre condutas em algumas creches quanto à posição em que as crianças são colocadas para</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 69% (63) disseram ter normas sobre a posição de dormir dos lactentes, mas apenas 22% a tinham por escrito;</li> <li>- 62% (39) estipulavam um posição não</li> </ul>

<p><i>Encuesta telefónica sobre posición al dormir en lactantes menores de un año que asisten a una muestra de salas cuna privadas en Santiago de Chile</i></p>		<p>dormir.</p>	<p>prona e 38% (24) admitiam ou recomendavam a posição prona;  - Em 63% (57) das creches haviam crianças que dormiam em prono, e em 19% (17) todas as crianças dormiam de bruços.</p>
<p>Dayie RA et al., 2001 <i>Ambulatory Pediatrics</i>  <i>Use of a statewide system to improve health and safety in child care facilities</i></p>	<p><i>Cross-sectional survey</i>  400 creches e 400 <i>Family Child Care Homes</i> (FCCH)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o conhecimento e o uso do <i>Early Childhood Education Linkage System</i> (ECELS) entre provedores de cuidados a crianças na Pensilvânia;</li> <li>- Comparar usuários e não usuários do ECELS em relação às preocupações com a saúde, preferências para busca de conselhos e de posicionamento da criança ao dormir;</li> <li>- Avaliar a satisfação dos usuários do ECELS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 88% das 400 creches e 71% das 400 FCCH tinham ouvido falar de ECELS, e dentre estas 83% das creches e 86% das FCCH haviam usado algum serviço ECELS nos últimos 12 meses;</li> <li>- 365 instalações responderam questões sobre posição usual do sono da criança;</li> <li>- Prevalência de bebês colocados para dormir em posição - supina: 45%; de lado: 9%; prona: 5%;</li> <li>- 40% disseram ter usado uma combinação de posições;</li> <li>- Entre os usuários e os não usuários do ECELS não houve diferença significativa com relação à posição habitual de dormir das crianças;</li> <li>- Os usuários do ECELS que utilizavam a posição supina para crianças eram mais propensos (<math>p=0,02</math>) a ter normas na forma escrita sobre a prática correta de posicionamento de sono quando comparados aos não usuários que utilizavam a mesma posição;</li> <li>- 46% dos usuários de ECELS tinham normas sobre posição de dormir, contra 28% dos não-usuários (<math>p=0,02</math>);</li> <li>- Nenhuma das instalações que tinham normas na forma escrita sobre posicionamento do sono infantil relataram o hábito de colocar crianças para dormir na posição prona;</li> <li>- Os prestadores de cuidados infantis mostraram-se satisfeitos com o uso do modelo ECELS.</li> </ul>
<p>Melchior LE; Biasoli-Alves ZMM, 2002  <i>Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano</i>  Comportamento de bebês na rotina diária da creche</p>	<p>Transversal  1 creche</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar o comportamento de bebês na rotina diária de uma creche.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bebês de 4 a 6 meses de idade dormem em diferentes lugares e há uma variação em função do sexo: predomina para o sexo masculino o carrinho/berço e para o feminino o berço/quadrado;</li> <li>- 100% dos bebês de 9 a 22 meses, de ambos os sexos, dormem em quadrados e os de 23 e 24 meses em colchonetes;</li> <li>- O sono é calmo (98%) e considerado numa quantidade normal;</li> <li>- Ao acordar a maioria dos bebês manifesta comportamento de entretém-se (brincar).</li> </ul>
<p>Moon RY; Weese-Mayer DE; Silvestri JM, 2003</p>	<p><i>Cross-sectional survey</i>  110 creches</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar se creches noturnas:  - seguem recomendações <i>Back to Sleep</i>; conhecem o que é</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em 20% das creches os bebês dormiam na posição prona embora em apenas uma creche os bebês eram colocados exclusivamente na posição prona;</li> </ul>

<p><i>Pediatrics</i></p> <p><i>Nighttime Child Care: Inadequate Sudden Infant Death Syndrome Risk Factor Knowledge, Practice, and Policies</i></p>		<p>necessário para um ambiente seguro de sono; possuem normas na forma escrita sobre posição de dormir adequadas às práticas de redução do risco da síndrome da morte súbita infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os bebês dormiam em berços em 53,6%, das creches, mas o ambiente de sono era organizado em somente 18,2% das creches;</li> <li>- O tabagismo era proibido em 86,4 % das creches;</li> <li>- A razão mais citada para evitar a posição prona foi a redução da síndrome da morte súbita infantil;</li> <li>- Apesar da ciência do risco de morte súbita infantil 10 creches continuam a utilizar a posição prona, em pelo menos uma parte do tempo, devido pedido dos pais ou conforto da criança;</li> <li>- 59% das creches possuem normas na forma escrita sobre posição de dormir; no entanto, este fato não esteve associado com o ato de evitar a posição prona;</li> <li>- Em mais de um terço das creches que tinham normas na forma escrita sobre posição de dormir os cuidadores não tinham conhecimento de seu conteúdo.</li> </ul>
<p>Moon RY; Oden RP, 2003</p> <p><i>Pediatrics.</i></p> <p><i>Back to Sleep: Can We Influence Child Care Providers?</i></p>	<p>Intervenção</p> <p>23 creches e 31 <i>Family Child Care Homes</i> (FCCH)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver um programa educacional para prestadores de cuidados infantis sobre síndrome da morte súbita infantil e ambiente de sono seguro para crianças.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Após intervenção o uso da posição supina exclusiva pelos cuidadores passou de 44,8% para 78,1%;</li> <li>- Após seis meses da intervenção 85% das instituições mantiveram a mudança de comportamento;</li> <li>- A existência de normas na forma escrita sobre posição de dormir aumentaram de 18,8% para 44,4%.</li> </ul>
<p>Moon RY; Calabrese T; Aird L, 2008</p> <p><i>Pediatrics</i></p> <p><i>Reducing the Risk of Sudden Infant Death Syndrome in Child Care and Changing Provider Practices: Lessons Learned From a Demonstration Project</i></p>	<p>Intervenção</p> <p>190 creches e 74 <i>Family Child Care Homes</i> (FCCH)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar através de um projeto de demonstração da Academia Americana de Pediatria (AAP) a eficácia de um currículo e de um modelo de treinamento na mudança de comportamentos dos prestadores de cuidados de criança em relação às práticas seguras de sono infantil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A recomendação da posição de sono supina passou de 59,7% (ambos os grupos) para 64,8% (controle) e 80,5% (intervenção);</li> <li>- O uso exclusivo da posição supina aumentou de 65,0% para 70,4% (controle) e 87,8% (intervenção);</li> <li>- A posição supina observada aumentou de 51.0% para 57.1% (controle) e 62.1% (intervenção).</li> <li>- Após treinamento houve decréscimo (observado) estatisticamente significativo do uso, durante o sono, de travesseiros e chocalhos no grupo no grupo controle e de travesseiros, chocalhos, brinquedos e cobertores no grupo intervenção;</li> <li>- A presença de normas na forma escrita sobre posição de dormir aumentou de 32,1% para 54,4% em locais de controle e 54,9% nos locais de intervenção, entretanto esta mudança não foi estatisticamente significativa.</li> </ul>
<p>Hall WA et al.,2011</p> <p><i>Child: care, health and development.</i></p> <p><i>A community-based study of sleep and behaviour</i></p>	<p>Transversal</p> <p>18 creches</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar o sono e a regulação comportamental em toddlers na perspectiva dos pais e provedores de cuidados secundários;</li> <li>- Examinar a associação entre a soneca na creche, o sono noturno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas de sono (indicados por um score <math>\geq 12</math> pontos no <i>Infant Sleep Questionnaire</i> - ISQ) foram demonstrados em 38% das crianças;</li> <li>- Verificou-se associação estatisticamente significativa dos problemas de sono (escore ISQ alterado) nas crianças com:</li> </ul>

<i>problems in 12- to 36-month-old children</i>		e o comportamento da criança.	idade materna em relatório de queixas somáticas das crianças, comportamento retirado e comportamento internalizado; - O contato ativo dos pais com a criança na hora de dormir associou-se à dificuldade da criança voltar a dormir sozinha e a mais problemas relativos a despertares noturnos, segundo os escores do ISQ.
---	--	-------------------------------	--

Dos nove artigos selecionados, oito eram de periódicos estrangeiros e um de periódico nacional. Nenhum dos artigos era de periódicos de Enfermagem, e apenas um possuía enfermeiro como autor. Sete artigos estavam disponíveis no idioma inglês, um em espanhol e um em português.

Apesar de não ter sido realizada restrição temporal para busca e inclusão dos artigos, verificou-se que a temática em questão é de recente abordagem na literatura, tendo as publicações abrangido o período de 1997 a 2011. Além disso, o interesse por este campo da pesquisa concentra-se nos Estados Unidos da América, tendo seis dos nove manuscritos sua realização nesta região; os outros três artigos foram do Chile, Brasil e Canadá.

Em relação ao tipo de estudo predominou o *cross-sectional survey* com cinco artigos; adicionalmente, teve-se dois artigos de intervenção e dois transversais. A população de creches estudadas em cada artigo foi, de maneira geral, alta, especialmente pelo fato da maioria dos artigos (5) serem *survey* realizado por contato telefônico, o que acaba contribuindo para abranger maior quantitativo de unidades a serem avaliadas. Não obstante a população de creches variou de uma no estudo de Melchior e Biasoli-Alves (2002) a 190 no estudo de Moon, Calabrese e Aird (2008).

Três dos estudos incluíram, além da creche, as *Family Child Care Homes*, um tipo de ambiente de cuidado à criança prestado no domicílio. Este tipo de ambiente, quando comparado à creche, possui, no geral, um custo inferior, atendimento mais personalizado e horários mais flexíveis, oferecendo mais frequentemente a opção de assistência noturna e em finais de semana. Não obstante, ressalta-se que o atendimento noturno e em finais de semana também é oferecido em creches. No caso dos estudos da presente revisão um deles foi realizado em 110 creches noturnas.

Os sujeitos entrevistados em quase todos os estudos (8) foram os diretores/cuidadores das creches. Em apenas uma das pesquisas os pais foram investigados, e mesmo neste estudo os diretores/cuidadores também foram abordados.

A faixa etária das crianças avaliadas variou de 0 a 36 meses, sendo que três dos estudos trabalharam apenas com crianças menores de seis meses e um estudo com crianças de 0 a seis anos.

Quanto ao conteúdo abordado, a maior preocupação dos autores que trabalharam a temática do sono em creches foi a questão da segurança do ambiente de sono da criança e sua relação com a síndrome da morte súbita infantil. Tal fato se justifica em função da alta prevalência de ocorrência desse fenômeno em ambientes de cuidado à criança, evidenciada pelos estudos. Vinte por cento da síndrome da morte súbita infantil ocorre em ambientes de cuidados de criança (MOON; BILITER; CROSKELL, 2001). Estudo realizado nos Estados Unidos da América ao investigar um total de 1916 casos de síndrome da morte súbita infantil verifica que 20,4% destas mortes ocorreram em contextos de cuidados infantis (MOON; PATEL; SHAEFER, 2000). Há, portanto um risco extremamente aumentado de síndrome da morte súbita infantil em configurações de creches (KOHLENDORFER; MOON, 2008).

No que diz respeito ao ambiente de sono infantil foram apontadas como inseguras as seguintes práticas: posição prona de dormir, exposição à fumaça, cama macia, uso de travesseiros, cobertores e brinquedos junto à criança, sendo o posicionamento da criança ao dormir a principal variável em questão, discutidas por sete dos nove estudos avaliados. Sugere-se que tal fato se justifique pelo fato de dentre os hábitos de sono, a posição ventral ser considerada o principal fator de risco para a síndrome da morte súbita infantil (BEZERRA et al., 2015).

De acordo Ward e Balfour (2015) óbitos infantis relacionados ao sono continuam a ser um grave problema de saúde pública, sendo implementadas várias intervenções para aumentar a adesão às recomendações do sono seguras (WARD; BALFOUR, 2015). A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda o posicionamento em decúbito dorsal, até um ano de vida, com vista a reduzir o risco da síndrome da morte súbita infantil, e afirma que esta medida não aumenta o risco de asfixia e aspiração em crianças, nem mesmo naquelas com refluxo gastroesofágico, desde que não haja distúrbios de vias aéreas superiores que impeçam os mecanismos de proteção naturais das vias aéreas de atuarem eficazmente (AAP, 2011). Sete dos estudos avaliados trataram sobre a existência de normas na forma escrita sobre a posição de dormir, e evidenciaram baixos percentuais de creches que dispunham das mesmas.

Adicionalmente as existência de normas, percebe-se necessário esclarecer a síndrome da morte súbita infantil e reforçar medidas preventivas consideradas importantes junto aos cuidadores de crianças, favorecendo à adesão ao decúbito dorsal como ideal durante o sono infantil. Tal premissa se torna palpável por meio das evidências trazidas por dois estudos de

intervenção identificados pela presente revisão (MOON; ODEN, 2003; MOON; CALABRESE; AIRD, 2008) que mostraram o efeito positivo da implementação de programas educacionais direcionados a prestadores de cuidados infantis sobre a melhoria do ambiente de sono.

Não obstante, três outros estudos apontam que os cuidadores declaram posicionar as crianças em decúbito ventral por pedido dos pais. Tal fato, reforça a necessidade de se investir no processo de educação em saúde, também, de pais, responsáveis e familiares sobre fatores de risco envolvidos na morte súbita infantil e formas de prevenção, especialmente o posicionamento adequado ao colocar as crianças para dormir.

Dos estudos apresentados na presente revisão apenas o de Hall et al., (2011) abordou a temática do sono infantil segundo a perspectiva de determinar a prevalência de alterações no comportamento de sono de crianças mediante a utilização de instrumento específico, o *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ). Neste sentido, os autores avaliaram a problemática do sono da criança, de acordo com a percepção materna, e, considerando um conjunto de itens que em conjunto determinariam, por meio de um escore, possíveis alterações no comportamento do sono das crianças avaliadas.

Por revisão integrativa da literatura, percebe-se que a grande preocupação, quando se discute questões atinentes ao sono de criança em creche, centra-se em recomendações sobre a adoção de medidas para a segurança do ambiente do sono com vistas a redução da síndrome da morte súbita do recém nascido e foco na posição de dormir. Dada a importância do sono para o desenvolvimento infantil, e sabendo-se que uma boa qualidade de sono resulta da observância de uma diversidade imensa de hábitos (GEIB, 2007a), e não apenas daqueles relacionados a segurança do ambiente, faz fundamental assumir a avaliação de outros aspectos referentes ao comportamento do sono das crianças que frequentam creches, a citar: o contexto familiar no qual a criança está inserida, os hábitos de sono velados em casa e na escola pelos cuidadores, o tempo de sono requerido por cada criança considerando a diversidade de suas necessidades, bem como o conhecimento relacionado ao ritmo de cada criança. Afinal, a criança que frequenta a instituição de Educação Infantil na etapa creche vivencia seu processo de organização temporal e estrutural do sono em dois ambientes distintos: a casa e a creche e este fato por si só determina diferenças que necessitam ser exploradas.



## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

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

### **4.2 Local do estudo**

Dentro da perspectiva de que o sono e a amamentação envolvem padrões socioculturais multicausais, se discutem questões atinentes a estes comparando situações relativas à frequência ou não da criança a creche, no município de Fortaleza, Ceará. Para tanto, envolveu: creches públicas e privadas, cadastradas junto a Secretária de Educação do Estado do Ceará; e Postos Municipais de Saúde.

A inserção em creches constitui a primeira etapa da Educação Infantil responsável por receber crianças de zero a três anos de idade, com a finalidade de propiciar o desenvolvimento integral da criança em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da sociedade (BRASIL, 1996) tanto na esfera pública quanto privada. Ao todo funcionam 744 instituições de Educação Infantil, de domínio público municipal e de domínio privado, que atendem a modalidade creche, distribuídas em seis regionais (I, II, III, IV, V e VI), em bairros distintos do município de Fortaleza, Ceará.

A rede municipal de saúde, por sua vez, oferece atendimento na Atenção Primária por meio do funcionamento de 92 postos de saúde, distribuídos nas seis Secretarias Executivas Regionais (SER) de Fortaleza, oferecendo serviços de orientações e prevenções, marcação de consultas e exames especializados, assistência farmacêutica, atendimento odontológico, vacinação, entre outros.

### 4.3 População e Amostra

A população estudada constitui-se de crianças na faixa etária de 12 a 18 meses de idade e seu principal cuidador. Identificou-se junto ao censo do IBGE de 2010 o quantitativo de 67.604 crianças na faixa etária de 1 a 2 anos de idade, distribuídas pelas seis regionais do município de Fortaleza, conforme tabela a seguir. A delimitação da faixa etária de 1 a 2 anos de idade deve-se ao fato de não se dispor de dados oficiais que estime o número de crianças com idade entre 12 e 18 meses.

Tabela 1 – População de crianças na faixa etária de 1 a 2 anos, segundo as Secretarias Executivas Regionais. Fortaleza, Ceará, 2010.

<b>SER</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
SER I	10353	15,3
SER II	8382	12,4
SER III	9098	13,5
SER IV	6914	10,2
SER V	16940	25,1
SER VI	15917	23,5
<b>Total</b>	<b>67604</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IBGE - Censo demográfico 2010.

A população de estudo foi investigada respeitando-se a caracterização dos grupos de estudo a seguir:

- Grupo 1 (G1): Crianças na faixa etária de 12 a 18 meses que não frequentam creches e seu principal cuidador;

Grupo 2 (G2): Crianças na faixa etária de 12 a 18 meses que frequentam creches privadas e seu principal cuidador;

Grupo 3 (G3): Crianças na faixa etária de 12 a 18 meses que frequentam creches públicas e seu principal cuidador.

Por ocasião da coleta de dados nas creches, foram incluídas todas as crianças na faixa etária de 12 a 18 meses, cujos principal cuidador aceitasse participar da pesquisa e assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nos postos de saúde para serem incluídas na pesquisa as crianças deveriam atender aos critérios anteriormente citados e não serem frequentadoras de creches.

### 4.3.1 Estudo piloto

Estudo piloto foi realizado com 64 crianças na faixa de 12 a 18 meses e seu principal cuidador, no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014, no Ambulatório de Pediatria do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), instituição pública, com atendimento ao recém-nascido e à criança, bem como no domicílio de algumas crianças, com objetivo de estimar a variabilidade dos escores do *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ) presente na população.

Escolheu-se o Ambulatório de Pediatria devido ao fato do incentivo à pesquisa e desenvolvimento científico serem constantes na dinâmica desta instituição, e pelo mesmo constituir campo de coleta do projeto maior intitulado “Desenvolvimento Infantil e Sono em Crianças de Doze a Dezoito Meses de Idade financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)”. No Ambulatório de Pediatria tinha-se crianças frequentadoras e não frequentadoras de creches, sendo todas incluídas no estudo piloto.

Apresenta-se a seguir os resultados desse estudo.

Tabela 2 - Estatística descritiva do estudo piloto, 2014. Fortaleza, Ceará, 2014.

<b>Classificação dos Escores</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>média</b>	<b>dp*</b>	<b>epm**</b>	<b>s<sup>2***</sup></b>
<12	38	59,4	5,13	3,01	0,48	9,09
(Comportamento Alterado do Sono)	26	40,6	20,19	6,52	1,27	42,56
≥12						
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>	<b>11,25</b>	<b>8,82</b>	<b>1,10</b>	<b>77,81</b>

\*dp: desvio padrão; \*\*epm: erro padrão da média; \*\*\*s<sup>2</sup>: variância

Alterações no comportamento do sono, de acordo com o critério dos escores do *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ), foram identificadas em 26 crianças (40,6%), sendo a média dos escores para a população total de 11,25 (DP=8,82).

### 4.3.2 Cálculo e Plano Amostral e Seleção dos Participantes

Para analisar alterações no comportamento do sono em crianças de 12 a 18 meses de idade, considerou-se na determinação do tamanho amostral a pontuação dos escores do *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ), conforme resultados evidenciados pelo estudo piloto realizado (Tabela 2).

Utilizando a fórmula:

$$n = \frac{2 * (s)^2}{d^2} * (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$$

Onde

$Z_{\alpha/2} = 1,96$  (para um nível de confiança de 95%)

$Z_{\beta} = 0,84$  (poder do teste de 80%)

$s = 8.82$  (desvio padrão na amostra piloto)

$d = 3.15$  (erro amostral)

Obtem-se um tamanho amostral de 123 crianças. Considerando-se que o estudo conta com três grupos independentes: não frequência a creche (G1), frequência a creche privada (G2) e frequência a creche pública (G3), o tamanho amostral estimado para a pesquisa resulta em 369 crianças na faixa etária de 12 a 18 meses e seu principal cuidador.

Para garantir a representatividade da amostra no município de Fortaleza e obter um maior poder de generalização para o estudo a seleção das crianças seguiu o método aleatorizado, proporcional a distribuição do número de crianças na faixa etária de 1 a 2 anos de idade em cada Secretaria Executiva Regional (SER), segundo o censo do IBGE em 2010 (Tabela 1) e tendo como base o número de creches públicas e privadas nas respectivas SER (Tabela 3).

Tabela 3 – Quantitativo de crianças a serem amostradas em cada grupo. Fortaleza, Ceará, 2014.

SER	Número de creches		Número de crianças a serem estudadas			Total
	Privada	Municipal	Grupo 1 Não creche	Grupo 2 Creche Privada	Grupo 3 Creche Pública	
I	68	15	16	14	26	56
II	81	23	11	16	19	46
III	98	17	12	20	18	50
IV	90	27	5	18	15	38
V	144	22	43	29	20	92
VI	128	19	36	26	25	87
Total	609	123	123	123	123	369

Para cada regional foi sorteada uma creche pública e uma creche privada e, em cada creche, foram incluídas todos os cuidadores de crianças na faixa etária de 12 a 18 meses que aceitaram participar da pesquisa.

No caso da creche inicialmente sorteada não possuir o número de crianças necessárias para compor a amostra foi sorteada uma outra creche, dentro da mesma regional e na mesma categoria pública ou privada, e assim por diante até alcançar o total de crianças a serem amostradas para cada grupo de estudo, conforme a tabela 3. Seguindo este raciocínio, foram coletados dados em 36 creches, sendo 17 públicas e 19 privadas, distribuídas da seguinte forma: i) na rede pública: 2 na SER I, 2 na SER II, 2 na SER III, 1 na SER IV, 7 na SER V e 3 na SER VI; ii) na rede privada: 3 na SER I, 2 na SER II, 3 na SER III, 1 na SER IV, 9 na SER V e 1 na SER VI.

No Brasil, levantamentos epidemiológicos realizados em campanhas de vacinação, mostram-se adequados para a análise de diversas situações de saúde a exemplo da Chamada Neonatal, realizada em 256 municípios de 17 Estados do Nordeste e da Amazônia Legal (BRASIL, 2013), e da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, realizada em 266 municípios, incluindo todas as capitais brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009).

Com base no exposto, as crianças não frequentadoras de creches (G1) foram selecionadas por ocasião da Campanha Nacional de Paralisia Infantil e da Campanha Nacional de Multivacinação nos Postos de Saúde do município. Tal escolha deveu-se ao fator tempo e custo para amostrar crianças não frequentadoras de creches em seus domicílios.

Do total de 92 postos de saúde que compõem a rede de Atenção Básica do município, e que ofertam vacina à população, 12 encontram-se na SER I, 12 na SER II, 16 na SER III, 12 na SER IV, 20 na SER V e 20 na SER VI. Desta maneira, as crianças não frequentadoras de creche foram amostradas de maneira aleatória considerando a ordem natural de chegada ao posto de saúde para vacinação de suas crianças, desde que estivesse na faixa etária do estudo, considerando o sorteio aleatório um posto de saúde para cada regional.

#### **4.4 Coleta de dados**

O primeiro passo foi entrar em contato com o dirigente da Secretaria Municipal de Educação, no caso das creches públicas; com os diretores administrativos das creches privadas selecionadas; e com a coordenação da educação permanente, responsável pelos postos de saúde, com o objetivo de apresentar o projeto e solicitar permissão para desenvolvê-lo nestes ambientes.

A partir das concessões de autorização, foi firmado contato com os responsáveis diretos pela gestão de cada creche e de cada posto de saúde selecionado para expor os objetivos do projeto e pactuar a operacionalização da coleta dos dados. Para as creches públicas, foi elaborado, junto com os diretores das creches, um cronograma de datas e horários oportunos para aquisição dos dados. Adicionalmente, solicitamos a estes diretores uma listagem com o nome e a data de nascimento de todas as crianças na faixa etária de 12 a 18 meses, com o intuito de enviar cartas-convite nominal aos cuidadores (pais/responsáveis) das crianças elegíveis para o estudo para que os mesmos pudessem comparecer à creche no dia da coleta. Foi solicitado ainda que, nesta ocasião, os cuidadores levassem a Caderneta de Saúde de suas crianças, para a consulta dos dados de peso ao nascer, Apgar e idade gestacional da criança.

Nas creches particulares, a pedido dos gestores, foram enviados envelopes nominais aos cuidadores (pais/responsáveis) elegíveis, contendo os instrumentos de coleta e duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como um comunicado explicitando que a entrega do material devidamente preenchido confirmaria a participação na pesquisa, bem como a não entrega significaria a recusa. O prazo para devolução foi estipulado em acordo com orientação fornecida pelas Coordenações das instituições, tendo sido em média de 15 dias.

A coleta dos dados das creches públicas e privadas realizou-se no período de 21 de janeiro a 25 de maio de 2015. No caso dos postos de saúde, os dados foram coletados durante a Campanha Nacional de Paralisia Infantil realizada no dia 08 de novembro de 2014 e durante a Campanha de Multivacinação que aconteceu no dia 22 de novembro de 2014, em respeito ao horário de funcionamento dos respectivos serviços e à rotina de trabalho do pessoal envolvido nas atividades. Adicionalmente, em virtude das atividades de vacinação não acontecerem somente no dia D, em função da necessidade de se atingir maiores coberturas populacionais e cumprir com as metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunização previsto, mas durante períodos que antecedem ou ultrapassam essa data, para garantir o quantitativo de crianças não frequentadoras de creche a serem amostradas em cada SER, a coleta de dados teve seguimento durante o período de 24 de novembro a 4 de dezembro de 2014.

Os dados foram coletados por alunos bolsistas da graduação e da pós-graduação em enfermagem da UFC, membros do NUPESNEC, com experiência previa na utilização dos instrumentos de coleta. Nos postos de saúde, durante a campanha de vacinação, contou-se com 7 colaboradores, duas enfermeiras doutorandas, uma enfermeira mestrandas, uma

enfermeira bolsista de apoio técnico, e três discentes do curso de enfermagem e bolsistas de iniciação científica, sendo uma para cada regional (6), e a sétima para dar cobertura caso a responsável pela SER precisasse faltar a coleta em determinada data. Para a etapa de coleta nas creches, os dados foram coletados por apenas duas das entrevistadoras que fizeram parte da etapa anterior da coleta: uma enfermeira doutoranda e uma bolsista de iniciação científica. A enfermeira doutoranda responsável direta pelo presente trabalho, além de coletar os dados da pesquisa, realizou a supervisão de trabalho de campo, em postos e creches, organizando toda a logística relacionada a coleta dos dados (contato com dirigentes, organização de cronogramas, preparo de material, apoio com deslocamento e alimentação para as entrevistadoras), bem como revisou e codificou todos os questionários.

#### ***4.4.1 Instrumentos de coleta***

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos. O Instrumento I (APÊNDICE I) consta de: i) Caracterização dos participantes (cuidadores e crianças); ii) Caracterização do sono da criança e da prática de aleitamento materno. A construção de alguns itens relativos a caracterização dos hábitos de sono das crianças, que constam neste instrumento, foram embasadas no Breve Questionário sobre Sono na Infância (BQSI) (NUNES; KAMPPFF; SADEH, 2012). O Instrumento II refere-se ao *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ).

O ISQ contém dados para mensuração do comportamento do sono de crianças de 12 a 18 meses de idade por meio de informações dos cuidadores (pais/responsáveis) referentes ao último mês. O instrumento consta de 3 partes, e fornece informações sobre alterações no comportamento do sono, considerando três critérios de avaliação: dos escores, do cuidador e do avaliador (MORREL, 1999).

A primeira parte do instrumento contém 9 questões: três avaliam a dificuldade de dormir (exemplo: Em média, quanto tempo seu bebê demora a dormir?); quatro são referentes a acordar à noite (despertares noturnos) (ex: Em média, quantas noites por semana seu bebê acorda?) e duas relativas a dormir na cama dos pais (coleito) (ex: Com que frequência você acaba levando seu bebê para sua cama porque ele(a) está agitado/chorando e não dorme?). Para cada uma dessas questões deve ser atribuído um valor que pode variar de 0 a 7 escores, a depender da quantidade de itens de cada questão. A pontuação referente a estes itens será somada e resultará no ***critério da gravidade dos escores***. Estes poderão variar de 0 a 38, de modo que quanto maior for o valor da pontuação total, maior será a possibilidade de a criança

apresentar comportamento do sono alterado. Considerou-se que escore igual ou superior a 12 constitui indicativo de comportamento alterado do sono, conforme sugerido por Morrell (1999).

A segunda parte do questionário considera a opinião do cuidador a respeito do seguinte questionamento: “Você acha que seu bebê tem dificuldades para dormir?” Este item constitui o segundo critério de avaliação do comportamento do sono que o ISQ aborda: ***critério do cuidador***.

A terceira parte do instrumento refere-se ao ***critério de avaliador***, sendo de uso (preenchimento) exclusivo do profissional. De acordo com este critério de avaliação a criança apresentará comportamento alterado do sono sempre que o cuidador tiver relatado que a mesma tem: problema para dormir ou acordar que ocorre em 5 ou mais noites por semana e de 2 ou mais meses de duração acompanhado de 1 ou mais dos seguintes: a) Levar mais de 30 minutos para dormir; b) Acordar 3 ou mais vezes durante a noite; c) Ficar acordado por mais de 20 minutos durante a noite; d) Dormir na cama dos pais porque está agitado/chorando e não consegue dormir de 3 vezes por semana ou mais (MORRELL, 1999; 2002).

#### ***4.4.2 Variáveis de estudo***

A variável desfecho do estudo foi o comportamento do sono mensurada por meio de três critérios de avaliação: dos escores, do cuidador e do avaliador, constantes no ISQ.

As variáveis independentes de estudo foram agrupadas em quatro blocos: i) características dos cuidadores: naturalidade; parentesco com a criança; sexo; idade; raça/cor (declarada pelo sujeito); estado civil; escolaridade; trabalho remunerado; renda familiar (considerou-se, para os dados coletados em 2014 o salário mínimo vigente de R\$724,00 e para os de 2015 R\$788,00); características do domicílio (número de cômodos, número de pessoas e regional de localização); ii) características das crianças: idade; sexo; peso de nascimento; idade gestacional; Apgar no primeiro e no quinto minuto; ordem de nascimento; tipo de parto; internação ao nascer; problema de saúde, uso de medicamento e mudança na rotina no último mês; ter deficiência; número de irmãos (que moram com a criança); permanência ou não na creche; tipo de creche; tempo que frequenta a creche (integral/parcial; 5 dias na semana/<5 dias na semana;  $\geq 6$  meses/<6 meses); iii) aleitamento materno: amamentação na primeira hora de vida; alimentação na alta hospitalar; amamentação atualmente; tempo de aleitamento materno total e exclusivo; motivo do desmame; esquema de amamentação; iv) hábito de sono das crianças: organização para dormir; posição que



dorme; como a criança adormece (alimentando-se, com contato físico, com chupeta, com TV/rádio, com luz acesa); número de vezes que a criança alimenta-se durante a noite; compartilhamento da cama com o cuidador; regularidade do sono diurno; tempo de sono diurno, noturno e total e hora que adormece. Os dados de peso ao nascer, Apgar e idade gestacional foram coletados, preferencialmente, com base nos registros da Caderneta de Saúde das crianças, mas, a fonte do dado era informada no questionário de pesquisa.

#### **4.5 Organização e Análise dos dados**

A digitação dos dados foi realizada no *Microsoft Office Excell* 2013 com dupla entrada, imediatamente após a coleta da informação, de maneira que possibilitou a unificação entre os mesmos, através de uma única variável identificadora da criança/cuidador. Após o término da digitação, os dois bancos de dados foram comparados e corrigidos os erros e inconsistências, gerando-se o banco de dados definitivo que foi transferido para o software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0 para análise estatística. O *Stata* versão 13.1 também foi utilizado.

Foi realizada análise univariada de todas as variáveis pesquisadas, seus resultados estão apresentados em forma de tabelas e gráficos. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para aferir a normalidade das variáveis quantitativas.

Realizou-se análise bivariada para o desfecho alteração do sono (presente, ausente) em relação aos fatores biológicos, demográficos e socioeconômicos dos cuidadores e de suas crianças utilizando-se dos testes qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher quando indicado para as variáveis qualitativas e o teste U- Mann-Withney para as variáveis quantitativas. As diferenças de médias entre os grupos foram aferidas através do teste "t" de Student nos caso de distribuição normal e pelo teste não paramétrico de Mann-Withney nos caso de distribuição não normal.

Para cada critério de avaliação do ISQ (escores, cuidador e avaliador) investigou-se as covariáveis (ou variáveis independentes) que poderiam responder pelo desfecho (comportamento alterado do sono) através da técnica de análise multivariada, sendo incluídas nesta fase as variáveis independentes que se mostraram, na análise univariada, significativamente associadas ( $p < 0,20$ ) com comportamento alterado do sono em formato dicotômico, ou seja, característica presente/ausente ou em duas categorias para as variáveis contínuas, quando aplicável. Desta forma três modelos de regressão logística foram estimados utilizando-se o método *Forward Stepwise*. Esse procedimento realiza a inserção e retirada de

variáveis independentes baseado no nível de significância previamente definido. Na modelagem, foi utilizado como critério para entrada da variável no modelo se o p-valor < 0,20 e para saída se o p-valor fosse maior que 0,10 aferidos passo a passo pela estatística do teste de Wald. Permaneceram no modelo final apenas as variáveis com nível de significância p-valor < 0,05.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

Do ponto de vista normativo, o projeto está em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A justificativa, os objetivos e os procedimentos para a coleta dos dados foram devidamente explicados aos cuidadores das crianças, verbalmente ou por meio de comunicado escrito) procedimento após o qual assinaram o termo de consentimento condição necessária para a participação da criança no estudo. Foi oportunizado o livre questionamento por parte dos cuidadores das crianças e foi ressaltada a importância da pesquisa. Foram garantidos os seguintes direitos: liberdade de não participar da pesquisa ou dela desistir, privacidade e confidencialidade dos dados e anonimato.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, e aprovado com CAAE 37142514.1.0000.5054 sob parecer de número 851476 (ANEXO A).

## 5.0 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 Caracterização dos participantes – cuidadores e suas crianças

A amostra probabilística foi composta de 369 crianças e seus cuidadores em um universo de seis postos de saúde e 36 creches, sendo 17 públicas e 19 privadas.

Os cuidadores eram em maior proporção 247 (72%) naturais de Fortaleza, 356 (96,5%) do sexo feminino e 352 (95,4%) eram mães (95,4%), pai e outros vínculos (avô, avó) totalizaram 12 (3,3%) e 5 (1,4%) respectivamente. A média de idade dos cuidadores foi de 29 anos (DP  $\pm$  6,6), com mínimo de 15, e máximo de 64. Pardos estavam em maioria com 226 (61,7%), seguidos de brancos com 109 (29,8%). Quanto a situação civil 60 (16,3%) eram solteiros, 175 (47,4%) casados, 112 (30,4%) em união estável (Tabela 8).

O nível de escolaridade predominante foi o ensino médio completo 102 (27,6%) seguido do superior incompleto 64 (17,3%) e pós-graduados 53(14,4%). Dos cuidadores, 253 (68,5%) possuíam trabalho remunerado, sendo 219 (59,5%) realizados fora de casa e apenas 34 (9,2%) no domicílio. A mediana da renda familiar foi de R\$1.500,00, com valor mínimo de R\$105,0 e máximo de R\$35.000,00, situando-se entre três e quatro salários mínimos para 150 (43,2%) famílias, e superior a quatro salários para 101 (29,1%). Mais da metade da população de estudo morava em residências composta de 4 a 6 cômodos (51,6%) e compartilhava o domicílio com quatro ou mais pessoas (60%). A média de cômodos e de pessoas por domicílio foi de 5,7 (DP  $\pm$  2,6) e 4,2 (DP  $\pm$  1,4) respectivamente (Tabela 9).

Para as crianças, a média de idade foi de 15,3 meses (DP  $\pm$  2,0) e 193 (52,7%) eram do sexo masculino. O peso ao nascer variou de 1200 a 4900g, com média de 3271,6g (DP  $\pm$  574,5) e 300 (81,3%) possuíam entre 2.500 e 4.000g. A proporção de parto cesário foi de 273 (75,0%) e 325 (90,8%) crianças nasceram com 37 semanas ou mais de gestação. Cinquenta e seis crianças (15,3%) apresentaram algum tipo de problema, logo após o nascimento, e precisaram permanecer internadas. Houve ausência de resposta quanto aos valores de Apgar 1<sup>o</sup> min e Apgar 5<sup>o</sup> min para mais de 30% da amostra estudada, entretanto, considerando os respondentes, em mais de 90% dos casos os escores situaram-se entre 7 e 10. Metade da população de crianças (184) tratava-se do primeiro filho, seguido do segundo com 127 (34,5%) (Tabela 10).

Em relação à saúde dessas crianças, os cuidadores relataram que 272 (73,7%) ficaram doentes no último mês anterior a entrevista e 252 (68,3%) fizeram uso de algum tipo de medicação. Apenas nove (2,4%) crianças tinham algum tipo de deficiência (mental ou

intelectual, motora, auditiva, visual). A mediana do número de irmãos morando no mesmo domicílio que a criança foi de um, alcançando-se o máximo de cinco, e 173 crianças (47,1%) não possuíam irmão. Das crianças amostradas 84 (22,8%) apresentaram algum tipo de mudança em sua rotina no último mês, e, daquelas que frequentavam creches, 224 (91,8%) compareciam a mesma durante os cinco dias da semana, 162 (65,9%) permaneciam por tempo integral e apenas 63 (25,8%) tinham seis meses ou mais de vivência em creches (Tabela 11).

- **Caracterização do Aleitamento Materno**

Quanto aos dados do aleitamento materno da criança, constantes na segunda parte do instrumento de coleta, verificou-se que 281 (76,2%) crianças foram colocadas no peito para mamar na primeira hora de vida, logo após o parto e 299 (81,5%) encontravam-se em aleitamento materno exclusivo na ocasião da alta da maternidade. Dados relativos ao tempo de aleitamento materno exclusivo (N=282) apontaram que apenas 111 (39,4%) crianças mamaram por seis meses ou mais. A prática de amamentação por livre demanda foi adotada por 270 (73,2%) das mães, e na ocasião da coleta, 120 (32,5%) crianças ainda estavam em aleitamento materno (Tabela 12).

O tempo médio de aleitamento materno total foi de 8,94 meses, e 191 crianças (51,8%) apresentaram este tempo igual ou inferior ao tempo mediano (Tabela 7). Entre as principais causas de motivo para o desmame foram citadas os fatores maternos (trabalho, doença, problemas na mama, opção/escolha) com 96 (26,1%) casos, seguidos da rejeição pelo bebê 66 (17,9%) e do leite insuficiente 39 (10,6%).

- **Caracterização dos hábitos de sono das crianças**

Nesse subitem, ressaltam-se os componentes da segunda parte do instrumento de coleta de dados referente aos hábitos de sono da criança como: organização para dormir, tempo de sono diurno e noturno e formas de adormecimento.

As principais práticas adotadas no quesito “organização para dormir” foi a adoção pelo berço da criança no quarto dos pais 158 (43,1%), seguida de 112 (30,5%) pela cama dos pais. A “posição” preferida pelas crianças para dormir foi o decúbito lateral 159 (43,1%). Quanto as práticas rotineiras desenvolvidas pelos cuidadores para favorecer a iniciação do sono da criança foram: hábito de alimentá-las 171 (46,5%) cuidadores, a manutenção de contato físico com a criança 162 (44%), oferta da chupeta 123 (33,4%), manutenção da televisão e/ou

rádio ligados 49 (13,3%), luz ligada em algum cômodo do domicílio que iluminasse o quarto 14 (3,8%), podendo os cuidadores referirem o uso de mais de uma prática. O hábito de acordar para alimentar-se durante todas as noites da semana foi verificada em 159 (43,1%) crianças, e 37 (10,1%) o faziam de uma a três noites por semana (Tabela 13).

O tempo mediano de sono diurno observado para as crianças entre às 7 da manhã e às 7 da noite foi de 2 horas e 30 minutos, havendo crianças que não mais dormiam durante o dia e aquelas que dormiam até 7 horas e 30 minutos. A existência de regularidade nos horários de sono diurno foi observada para 272 (74,3%) crianças. No geral, as crianças adormeciam por volta das 21 horas (mediana), tendo este valor variação de 17 horas a 23 horas e 59 minutos. O valor mediano de tempo para o sono noturno das crianças das crianças foi de 9 horas e 30 minutos, com mínimo de 5 horas e máximo de 12 horas (dados não apresentados em tabelas).

## **5.2 Comportamento do sono infantil**

Nesse item abordou-se o comportamento do sono das crianças na percepção dos cuidadores segundo o *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ), mostrando os resultados alcançados para os dois primeiros objetivos do estudo, apresentados nas tabelas 4, 5 e 6 e nos gráficos 1 e 2.

### **5.2.1 *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ)**

Conforme evidencia a Tabela 4, de acordo com o ISQ, constatou-se alteração no comportamento de sono segundo o critério dos escores, o critério do cuidador e o critério do avaliador para 104 (28,2%), 102 (27,6%) e 85 (23,0%) crianças, respectivamente. O valor de Kappa entre os três critérios de avaliação do sono apontou maior concordância (0,681) entre o critério dos escores e o critério de avaliador, e menor concordância (0,336) entre o critério do cuidador e o do avaliador.

Tabela 4 – Caracterização do comportamento do sono das crianças segundo os três critérios de avaliação do ISQ. Fortaleza-Ceará, 2015.

<b>Avaliação ISQ</b>	<b>Total N (%)</b>
<b>Critério dos escores</b>	
Normal (< 12)	265 (71,8)
Alterado ( $\geq$ 12)	104 (28,2)
<b>Critério do cuidador</b>	
Normal (Não)	267 (72,4)
Alterado (Sim)	102 (27,6)
<b>Critério do avaliador</b>	
Normal (Não)	284 (77,0)
Alterado (Sim)	85 (23,0)
<b>Concordância entre os critérios de avaliação</b>	
Critério dos escores x Critério do cuidador	0,461 Moderado
Critério dos escores x Critério do avaliador	0,681 Substancial
Critério dos cuidador x Critério do avaliador	0,336 Considerável/Mediano

Em relação à pontuação total do ISQ, o gráfico 1 mostra variação entre 0 e 35 escores, obtendo moda de 3, indicando que o escore 4 foi o mais frequente entre os dados, seguido do 11. Do total de 369 crianças, 21 apresentaram pontuação mínima, escore total igual a 0, e uma, escore total igual a 35, considerando a amplitude dos valores apresentados no gráfico 1. À variação de pontuação total do ISQ de 0 a 11 pontos foi de 71,8% (265), e a média (DP) de 8,68 (6,638).

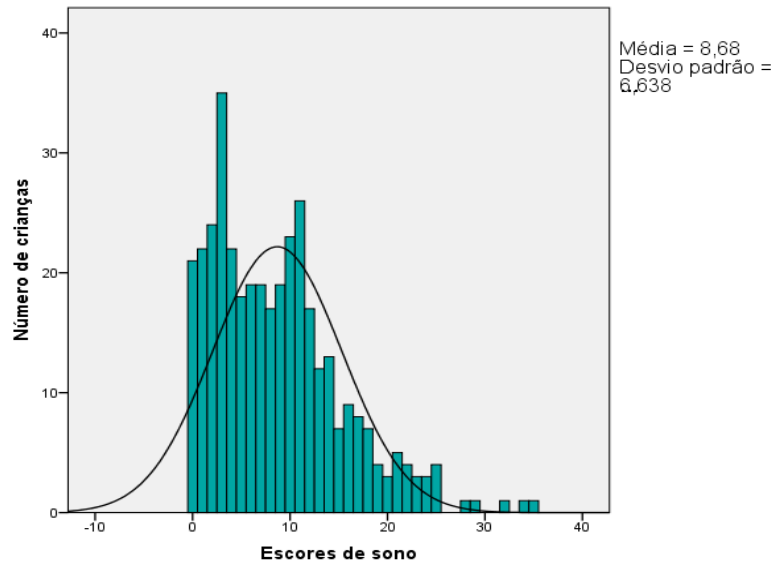


Gráfico 1 – Pontuação total do ISQ segundo o número de crianças. Fortaleza, Ceará, 2015.

### 5.2.2 *Infant Sleep Questionnaire (ISQ) versus a frequência ou não à creche*

Considerando o segundo objetivo de estudo de comparar o comportamento do sono considerando a frequência ou não à creche, resulta que nos três grupos de estudo não foram verificadas diferenças relacionadas a ter ou não ter problema de sono (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise bivariada dos três critérios de avaliação do ISQ, considerando os três grupos de estudo. Fortaleza-Ceará, 2015.

<b>Critérios de avaliação do ISQ</b>				
	<b>Não creche (G1)</b>	<b>Creche privada (G2)</b>	<b>Creche Pública (G3)</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
<b>Critério dos escores</b>				
Normal (< 12)	85	91	89	0,687
Alterado (≥ 12)	38 (36,6%)	32 (30,7%)	34 (32,7%)	
<b>Critério do cuidador</b>				
Normal (Não)	86	83	98	0,077
Alterado (Sim)	37	40	25	
<b>Critério do avaliador</b>				
Normal (Não)	88	103	93	0,069
Alterado (Sim)	35	20	30	

<sup>1</sup> Teste Qui-Quadrado de Pearson.

O gráfico 2 permite entender que há pouca variabilidade na distribuição dos escores entre os três grupos. Há uma leve assimetria nos dados apenas para o grupo de crianças de creche pública e para o grupo de crianças de creche privada, sendo observada a menor dispersão dos valores. Os escores mais altos foram mais identificados no grupo de não creche, estando o valor extremo (35) pontuado para uma criança de creche pública.

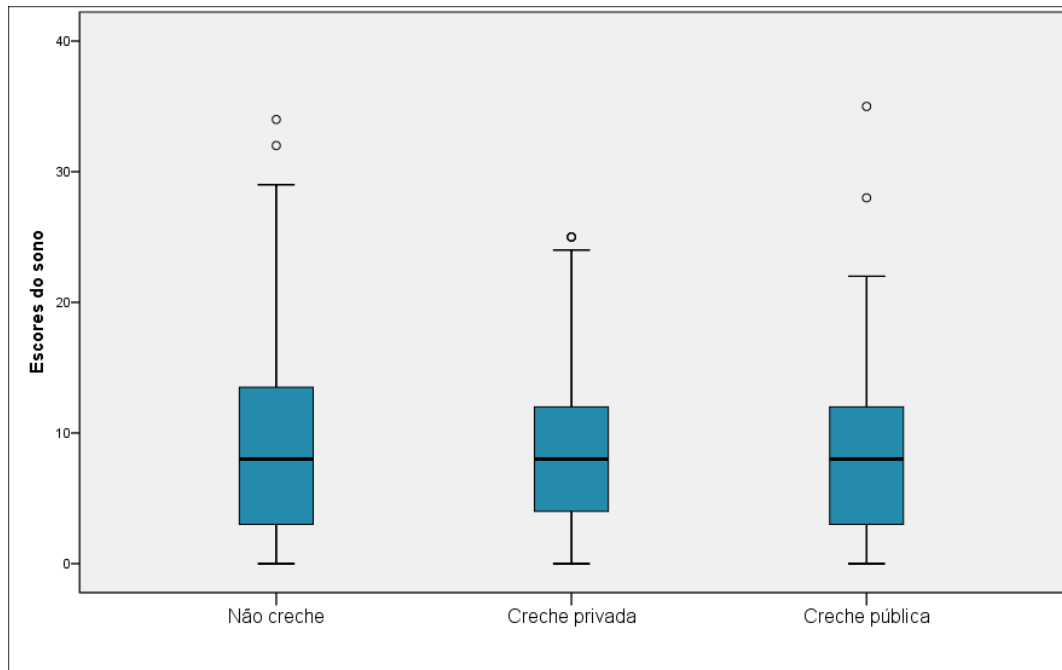


Gráfico 2 – Variabilidade dos escores do ISQ segundo três grupos de estudo. Fortaleza-Ceará, 2015.

Considerando os itens utilizados pelo avaliador para definir a existência ou não de alterações no comportamento do sono, pode-se observar, conforme a Tabela 6, que o problema mais referido pelos cuidadores esteve relacionado aos despertares noturnos, vez que 112 crianças (30,3%) há dois ou mais meses acordavam cinco ou mais noites por semana. No entanto, do conjunto de crianças que acordavam durante a noite, apenas 12 (3,2%), permaneceriam acordadas por mais de 20 minutos e 42 (11,4%) acordavam três ou mais vezes. As dificuldades relacionadas a prática de adormecimento a ao co-leito foram menos prevalentes, variando entre 8 e 10%. A existência de problemas para adormecer em cinco ou mais noites por semana com dois ou mais meses de duração e o fato da criança levar mais de 30 minutos para dormir se estabeleceram de maneira diferente entre crianças que frequentam creches comparadas aquelas que não frequentam, sendo estas diferenças estatisticamente significativas.



Tabela 6 – Análise bivariada dos itens do avaliador segundo o *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ), considerando a frequência ou não à creche. Fortaleza-CE, 2015.

Itens do avaliador	Total		Frequenta creche		p- valor <sup>1</sup>
	N	%	Sim N	Não N	
<b>Problema para adormecer em 5 ou mais noites por semana e de 2 ou mais meses de duração</b>					<b>0,043</b>
Não	339	91,9	231	108	
Sim	30	8,1	15	15	
<b>Despertar noturno em 5 ou mais noites por semana e de 2 ou mais meses de duração</b>					0,971
Não	252	69,7	167	85	
Sim	112	30,3	74	38	
<b>Levar mais de 30 minutos para dormir</b>					<b>0,037</b>
Não	332	90	227	105	
Sim	37	10	19	18	
<b>Acordar 3 ou mais vezes durante a noite</b>					0,297
Não	327	88,6	221	106	
Sim	42	11,4	25	17	
<b>Ficar acordado por mais de 20 minutos durante a noite</b>					0,213
Não	357	96,8	240	117	
Sim	12	3,2	6	6	
<b>Dormir na cama dos pais porque está agitado/chorando e não consegue dormir de 3 vezes por semana ou mais</b>					0,794
Não	337	91,3	224	113	
Sim	32	8,7	22	10	

<sup>1</sup> Teste Qui-Quadrado de Pearson.

### 5.3 Aleitamento materno versus frequência ou não à creche

Atendendo ao terceiro objetivo de estudo, verificou-se se o tempo de aleitamento materno era diferente, considerando à frequência ou não a creche. A distribuição numérica das crianças, segundo o aleitamento materno mostra que, na ocasião da entrevista, das crianças que ainda permaneciam em aleitamento materno, 53 (44,2%) eram de creche pública,

43 (35,8%) de não creche e 24 (20%) de creche privada, sendo estas diferenças estatisticamente significantes ( $p < 0,01$ ). O tempo médio de aleitamento materno total também mostrou diferença estatisticamente significativa entre os três grupos de estudo ( $p = 0,007$ ), conforme mostra o gráfico 3, revelando-se superior para crianças de creche pública, seguidas das não assistidas em creches. O tempo de aleitamento materno exclusivo, por sua vez, não mostrou-se estatisticamente diferente entre os grupos (Tabela 7).

Tabela 7 – Situação de aleitamento materno das crianças considerando a frequência ou não à creche. Fortaleza-Ceará, 2015.

Prática de aleitamento materno	Total		Não creche	Creche privada	Creche Pública	p- valor
	N	%				
<b>Criança ainda mama</b>						<b>&lt;0,01<sup>1</sup></b>
Sim	120	32,5	43 (35,8%)	24 (20%)	53 (44,2%)	
Não	249	67,5	80	99	70	
<b>Tempo de aleitamento materno exclusivo (meses) (N=282)</b>						<b>0,508<sup>1</sup></b>
<6	171	60,6	53	60	58	
≥6	111	39,4	40	32	39	
<b>Tempo de aleitamento materno total (meses)</b>						<b>0,015<sup>2</sup></b>
Média	8,94		8,85	7,80	10,15	
DP	5,922		6,090	5,061	6,348	
Amplitude (Min-Max)	8,33-9,54		7,77-9,94	6,90-8,71	9,02-11,29	
<b>Tempo de aleitamento materno total</b>						<b>0,006<sup>3</sup></b>
>Mediana	178	48,2	61	46	71	
≤Mediana	191	51,8	62	77	52	

<sup>1</sup>Teste Qui-Quadrado de Pearson; <sup>2</sup>Teste de Kruskal-Wallis; <sup>3</sup>Teste de Mediana

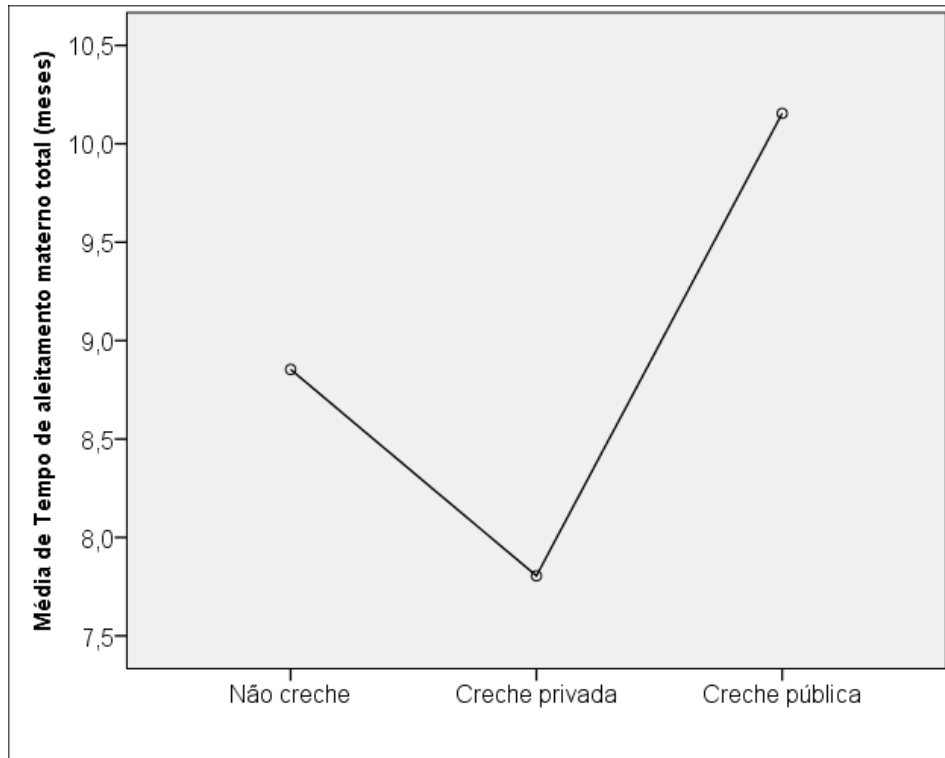


Gráfico 3 – Média do tempo de aleitamento materno total de crianças na faixa etária de 12 a 18 meses, segundo a não frequência a creche, a frequência a creche pública e a frequência a creche privada. Fortaleza-Ceará, 2015.

#### 5.4 Aleitamento materno versus comportamento do sono

Foi observada uma correlação significativa ( $p < 0,001$ ) de 0,209 (correlação de Pearson) entre o tempo de aleitamento materno total (em meses) e os escores do sono do ISQ. A linha de tendência ajustada à pontuação dos escores do sono e ao tempo de amamentação indica que a cada mês de amamentação a média dos escores de sono sofre um aumento significativo médio de 0,25 (IC95%: 0,12-0,36,  $p < 0,001$ ).

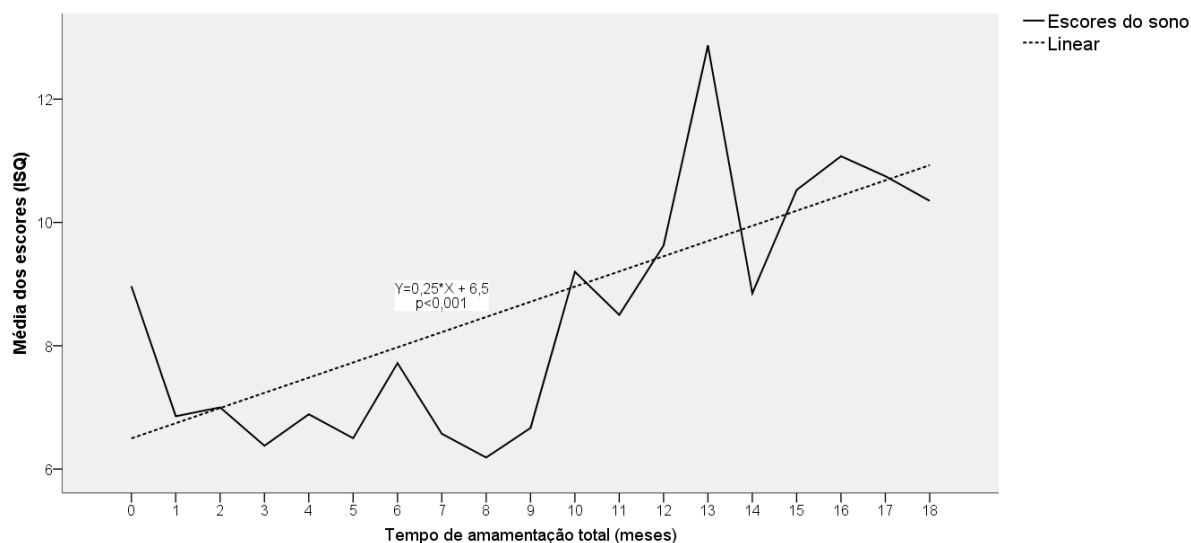


Gráfico 4 – Distribuição da pontuação média dos escores de sono do *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ) em crianças de 12 a 18 meses de idade, segundo o tempo de amamentação. Fortaleza-Ceará, 2015.

### 5.5 Associação dos escores do *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ)

Para cumprir com o quarto e último objetivo de estudo de verificar a existência de associação entre o comportamento de sono das crianças, avaliado pelos três critérios, e as variáveis dos cuidadores, das crianças, dos hábitos de sono das crianças e do aleitamento materno foi realizada uma análise bivariada.

As características demográficas dos cuidadores (Tabela 8) não mostraram associação significativa com o comportamento do sono infantil ( $p \geq 0,05$ ). Já no grupo de variáveis socioeconômicas (Tabela 9), a renda familiar superior a quatro salários mínimos e os domicílios com mais de seis cômodos associaram-se a maiores chances de alterações no comportamento do sono das crianças, segundo o critério do cuidador, enquanto que compartilhar o domicílio com mais de cinco pessoas esteve associado com maiores probabilidades de alterações no comportamento do sono, segundo o critério dos escores e do avaliador ( $p \geq 0,05$ ).

As variáveis sexo, idade e características perinatais das crianças (Tabela 10) não associaram-se de forma estatisticamente significativa com o comportamento do sono das mesmas ( $p \geq 0,05$ ). Dentre outras variáveis relacionadas às crianças como mudança na rotina, adoecimento, uso de medicamentos, possuir deficiência, número de irmãos e frequência à creche, apenas a mudança na rotina no último mês e frequentar creche privada, apresentaram

influência estatisticamente significativa elevando as chances de alterações no comportamento do sono das crianças, quando considerado o critério do cuidador ( $p \leq 0,05$ ) (Tabela 11).

Dentre o conjunto de variáveis relacionadas ao aleitamento materno (Tabela 12), a manutenção da amamentação na ocasião da entrevista (amamentação atual), o tempo de aleitamento materno exclusivo igual ou superior a seis meses e o tempo de aleitamento materno total superior a 12 meses estiveram associados com maiores chances para alterações no comportamento do sono, segundo os critérios dos escores e do avaliador. Não ter amamentado na primeira hora de vida, por sua vez, associou-se apenas com o critério do avaliador, elevando as chances de problema de sono nas crianças.

Ao considerar as características relacionadas aos hábitos de sono das crianças, verificou-se que as mesmas possuíam influência marcante sobre o comportamento do sono (Tabelas 13 e 14). O compartilhamento da cama com o cuidador, a prática de acordar durante a noite para alimentar-se e adormecer, após as 20 horas, associaram-se com os três critérios de avaliação do comportamento do sono. A organização para dormir vinculada a partilha do ambiente e/ou da cama, o fato da criança não adormecer com a chupeta e/ou adormecer, alimentando-se elevaram as chances para alterações no comportamento do sono, segundo o critério dos escores e do avaliador; dormir de barriga para cima, elevaram as chances para problema de sono, segundo o critério do cuidador; o tempo de sono noturno superior a oito horas e o tempo total de sono entre 11 e 16 horas, representaram fatores de proteção para alterações no sono das crianças segundo o critério dos escores e do cuidador; e a não regularidade do sono diurno representou risco para alterações segundo o critério dos escores.

Após o ajuste por meio do modelo hierárquico (Tabela 15), o compartilhamento do domicílio com mais de três pessoas, a mudança de rotina no último mês, a alimentação durante todas as noites da semana e adormecer após às 20 horas mantiveram-se como fator de risco para as alterações no sono infantil segundo o critério dos escores, enquanto a amamentação na primeira hora de vida atuou como fator de proteção. De acordo com o critério do cuidador, após ajuste manteve significância estatística com o desfecho ( $p < 0,05$ ), representando fator de risco para o sono da criança a renda familiar superior a quatro salários mínimos, a mudança de rotina no último mês, a alimentação durante todas as noites da semana, o fato de dormir mais de duas horas durante o dia (entre 7-19hs) e dormir entre 6 e 8 horas durante a noite (entre 19-7hs). Para o critério do avaliador permaneceu no modelo como fator de proteção para alterações no sono da criança a amamentação na primeira hora de vida e o uso de chupeta para adormecer, e de risco, o tempo de aleitamento materno total superior a 12 meses, a alimentação durante todas as noites da semana e adormecer após as 20:00 horas.

Tabela 8 – Análise bivariada das variáveis demográficas do cuidador segundo os três critérios de avaliação do *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ).  
Fortaleza-Ceará, 2015.

Variáveis	N (%)	Problema de sono segundo o critério dos escores				Problema de sono segundo o critério do cuidador				Problema de sono segundo o critério do avaliador			
		Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)	Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)	Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)
<b>Naturalidade (N=343)</b>				0,162				0,578					0,690
Fortaleza	247 (72,0)	71	176		1,00	73	174		1,00	60	187		1,00
Região Metropolitana	5 (1,5)	3	2		3,71 (0,60-22,72)	2	3		1,58 (0,26-9,70)	2	3		2,07 (0,33-12,73)
Ceará	55 (16,0)	18	37		1,20 (0,64-2,25)	13	42		0,73 (0,37-1,45)	14	41		1,06 (0,54-2,08)
Outras UFs	34 (9,9)	5	29		0,42 (0,15-1,14)	7	27		0,61 (0,25-1,48)	6	28		0,66 (0,26-1,69)
Outros países	2 (0,6)	1	1		2,47 (0,15-40,17)	0	2		-	1	1		3,11 (0,19-50,59)
<b>Parentesco com a criança (N=369)</b>				0,816				0,741					0,070
Mãe	352 (95,4)	99	253		1,00	96	256		1,00	81	271		1,00
Pai	12 (3,3)	3	9		0,85 (0,22-3,21)	4	8		1,33 (0,39-4,52)	1	11		0,30 (0,03-2,39)
Outros (avó/avô)	5 (1,4)	2	3		1,70 (0,28-10,35)	2	3		1,77 (0,29-10,80)	3	2		5,01 (0,82-30,55)
<b>Sexo (N=369)</b>				0,833				0,375					0,505
Feminino	356 (96,5)	100	256		1,00	97	259		1,00	83	273		1,00
Masculino	13 (3,5)	4	9		1,13 (0,34-3,77)	8	5		1,66 (0,53-5,22)	2	11		0,59 (0,12-2,75)
<b>Idade (anos) (N=360)</b>				0,805				0,585					0,453
≤ 19	25 (6,9)	6	19		1,00	5	20		1,00	4	21		1,00
20 – 35	279 (77,5)	82	197		1,31 (0,50-3,41)	80	199		1,60 (0,58-4,43)	65	214		1,59 (0,52-4,81)
≥ 36	56 (15,6)	15	41		1,15 (0,38-3,45)	14	42		1,33 (0,42-4,21)	16	40		2,09 (0,62-7,08)
<b>Raça/Cor (N=366)</b>				0,981				0,766					0,491

Branca	109 (29,8)	32	77	1,00	30	79	1,00	21	88	1,00
Preta	18 (4,9)	5	13	0,92 (0,30-2,81)	3	15	0,52 (0,14-1,94)	6	12	2,09 (0,70-6,22)
Parda	226 (61,7)	62	164	0,90 (0,54-1,50)	63	163	1,01 (0,61-1,69)	53	173	1,28 (0,72-2,26)
Outros	13 (3,6)	4	9	1,06 (0,30-3,72)	4	9	1,17 (0,33-4,08)	4	9	1,86 (0,52-6,63)
<b>Estado civil (N=369)</b>				0,955			0,528			0,397
Casada	175 (47,4)	51	124	1,00	51	124	1,00	44	131	1,00
União Estável	112 (30,4)	32	80	0,97 (0,57-1,64)	28	84	0,81 (0,47-1,38)	26	86	0,90 (0,51-1,56)
Solteiro	60 (16,3)	16	44	0,88 (0,45-1,70)	14	46	0,73 (0,37-1,46)	13	47	0,82 (0,40-1,66)
Viúvo	3 (0,8)	1	2	1,21 (0,10-13,70)	1	2	1,21 (0,10-13,70)	1	2	1,48 (0,13-16,81)
Separada	19 (5,1)	4	15	0,64 (0,20-2,04)	8	11	1,76 (0,67-4,65)	1	18	0,16 (0,02-1,27)

<sup>1</sup>Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Tabela 9 – Análise bivariada das variáveis socioeconômicas do cuidador segundo os três critérios de avaliação do *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ). Fortaleza-Ceará, 2015.

Variáveis	N (%)	Problema de sono segundo o critério dos escores				Problema de sono segundo o critério do cuidador				Problema de sono segundo o critério do avaliador			
		Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)	Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)	Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)
<b>Escolaridade (N=369)</b>				0,167				0,383				0,297	
Pós Graduação	53 (14,4)	13	40		1,00	18	35		1,00	10	43		1,00
Fund. Incomp.	43 (11,7)	10	33		0,93 (0,36-2,39)	7	36		0,37 (0,14-1,01)	12	31		1,66 (0,63-4,33)
Fund. Comp.	17 (4,6)	2	15		0,41 (0,08-2,03)	3	14		0,41 (0,10-1,64)	1	16		0,26 (0,03-2,27)
Médio Incomp.	52 (14,4)	17	35		1,49 (0,63-3,50)	15	37		0,78 (0,34-1,80)	16	36		1,91 (0,77-4,72)
Médio Comp.	102 (27,6)	29	73		1,22 (0,57-2,61)	28	74		0,73 (0,35-1,50)	25	77		1,39 (0,61-3,17)
Sup. Incomp.	38 (10,3)	17	21		2,49 (1,00-6,09)	14	24		1,13 (0,47-2,70)	10	28		1,53 (0,56-4,16)
Sup. Comp.	64 (17,3)	16	48		1,02 (0,44-2,38)	17	47		0,70 (0,31-1,55)	11	53		0,89 (0,34-2,29)
<b>Trabalho Remunerado (N=368)</b>				0,364				0,325				0,083	
Fora de casa	219 (59,5)	58	161		1,00	60	159		1,00	42	177		1,00
Dentro de casa	34 (9,2)	13	21		1,71 (0,80-3,65)	13	21		1,64 (0,77-3,48)	11	23		2,01 (0,91-4,45)
Não possui	115 (31,3)	32	83		1,07 (0,64-1,77)	29	86		0,89 (0,53-1,49)	32	83		1,62 (0,95-2,75)
<b>Renda Familiar (SM*) (N=347)</b>				0,984				<b>0,034</b>				0,237	
≤1	72 (20,7)	21	51		1,00	15	57		1,00	16	56		1,00
1 – 2	24 (6,9)	7	17		1,00 (0,36-2,76)	7	17		1,56 (0,54-4,46)	17	17		1,44 (0,50-4,08)
3 – 4	150 (43,2)	41	109		0,91 (0,49-1,70)	34	116		1,11 (0,56-2,21)	39	111		1,22 (0,63-2,39)
>4	101 (29,1)	27	74		0,88 (0,45-1,73)	38	63		2,29 (1,14-4,60)	16	85		0,65 (0,30-1,42)
<b>Nº cômodos (N=366)</b>				0,550				<b>0,016</b>				0,471	
1-3	68 (18,6)	17	51		1,00	15	53		1,00	15	53		1,00



4-6	189 (51,6)	52	137	1,13 (0,60-2,14)	44	145	1,07 (0,55-2,08)	48	141	1,20 (0,62-2,32)
>6	109 (29,8)	35	74	1,41 (0,71-2,80)	41	68	2,13 (1,06-4,25)	21	88	0,84 (0,40-1,77)
<b>Nº pessoas (N=364)</b>				<b>0,004</b>			0,341			<b>0,018</b>
1-3	146 (40,1)	30	116	1,00	45	101	1,00	23	123	1,00
4-5	163 (44,80)	48	115	1,61 (0,95-2,72)	39	124	0,70 (0,42-1,16)	42	121	1,85 (1,05-3,27)
>5	55 (15,1)	24	31	2,99 (1,53-5,83)	17	38	1,00 (0,51-1,96)	18	37	2,60 (1,26-5,33)
<b>Regional do domicílio (N=369)</b>				0,727			0,097			0,373
I	56 (15,2)	14	39	1,00	13	40	1,00	12	41	1,00
II	46 (12,4)	12	32	0,96 (0,39-2,33)	19	25	2,11 (0,90-4,90)	11	33	1,03 (0,41-2,60)
III	50 (13,5)	14	33	1,06 (0,45-2,49)	15	32	1,28 (0,54-3,02)	9	38	0,72 (0,28-1,88)
IV	38 (10,3)	10	22	1,11 (0,44-2,78)	12	20	1,56 (0,63-3,84)	7	25	0,74 (0,26-2,08)
V	92 (24,9)	20	68	0,80 (0,37-1,73)	16	72	0,68 (0,30-1,51)	15	73	0,69 (0,30-1,58)
VI	87 (21,7)	27	53	1,51 (0,72-3,16)	20	60	1,14 (0,53-2,45)	25	55	1,65 (0,77-3,55)

<sup>1</sup> Teste Qui-Quadrado de Pearson; \*Salário Mínimo.

Tabela 10 – Análise bivariada das variáveis idade, sexo e características perinatais das crianças segundo os três critérios de avaliação do *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ). Fortaleza-Ceará, 2015.

Variáveis	N (%)	Problema de sono segundo o critério dos escores				Problema de sono segundo o critério do cuidador				Problema de sono segundo o critério do avaliador			
		Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)	Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)	Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)
<b>Idade (meses)</b> (N=369)				0,208			0,801					0,421	
12 -14m e 29d	134 (36,3)	43	91		1,00	36	98		1,00	34	100	1,00	
15 -18m e 15d	235 (63,7)	61	104		0,74 (0,46-1,18)	66	169		1,06 (0,66-1,71)	51	184	0,81 (0,49-1,34)	
<b>Sexo (N=366)</b>				0,515			0,521					0,651	
Feminino	173 (47,3)	51	122		1,00	50	123		1,00	42	131	1,00	
Masculino	193 (52,7)	51	142		0,85 (0,54-1,35)	50	143		0,86 (0,54-1,36)	43	150	0,89 (0,55-1,45)	
<b>Peso ao Nascer (g) (N=358)</b>				0,546			0,778					0,758	
< 2500 baixo peso	26 (7,3)	6	20		1,00	9	17		1,00	7	19	1,00	
2500 a 2999 peso insuficiente	81 (22,6)	25	56		1,48 (0,53-4,15)	20	61		0,61 (0,23-1,60)	16	65	0,66 (0,23-1,86)	
3000 a 3999 peso adequado	219 (61,2)	59	160		1,22 (0,47-3,20)	61	158		0,72 (0,30-1,72)	51	168	0,82 (0,32-2,07)	
> 4000 excesso de peso	32 (8,9)	12	20		2,00 (0,62-6,37)	8	24		0,62 (0,20-1,96)	9	23	1,06 (0,33-3,38)	
<b>Idade gestacional (sem.) (N=358)</b>				0,563			0,339					0,528	
<37 (pré-termo)	33 (9,2)	8	25		1,00	6	27		1,00	6	27	1,00	
37 – 42 (termo)	323 (90,2)	94	229		1,28 (0,55-2,94)	93	230		1,81 (0,72-4,55)	79	244	1,46 (0,58-3,65)	
>42 (pós-termo)	2 (0,6)	0	2		-	1	1		4,49 (0,25-82,56)	0	2	-	

<b>APGAR 1 min</b>											-
<b>(N=122)</b>											
Anoxia	6 (4,9)	-	-		-	-		-	-		
Moderada (4 a 6)											
Bom (7 a 10)	116 (95,1)	-	-		-	-		-	-		
<b>APGAR 5 min</b>											-
<b>(N=118)</b>											
Anoxia	1 (0,8)	-	-		-	-		-	-		
Moderada (4 a 6)											
Bom (7 a 10)	117 (99,2)	-	-		-	-		-	-		
<b>Ordem de nascimento</b>				0,794			0,254				0,679
<b>(N=368)</b>											
4° filho ou mais	20 (5,4)	7	13	1,00	4	16	1,00	6	14	1,00	
1° filho	184 (50,0)	49	135	0,67 (0,25-1,78)	59	125	1,88 (0,60-5,89)	38	146	0,60 (0,21-1,68)	
2° filho	127 (34,5)	35	92	0,70 (0,26-1,91)	29	98	1,18 (0,36-3,81)	32	95	0,78 (0,27-2,21)	
3° filho	37 (10,1)	12	25	0,89 (0,28-2,80)	9	28	1,28 (0,34-4,85)	8	29		
<b>Tipo de parto</b>				0,955			0,322				0,909
<b>(N=364)</b>											
Normal	88 (24,2)	26	62	1,00	25	63	1,00	21	67	1,00	
Fórceps	3 (0,8)	1	2	1,19 (0,10-13,73)	2	1	5,04 (0,43-58,09)	1	2	1,59 (0,13-18,48)	
Cesário	273 (75,0)	77	196	0,93 (0,55-1,58)	75	198	0,95 (0,55-1,62)	63	210	0,95 (0,54-1,68)	
<b>Internação ao nascer</b>				0,091			0,580				0,170
<b>(N=366)</b>											
Não	310 (84,7)	82	228	1,00	83	227	1,00	68	242	1,00	
Sim	56 (15,3)	21	35	1,66 (0,91-3,03)	17	39	1,19 (0,63-2,22)	17	39	1,55 (0,82-2,91)	

<sup>1</sup> Teste Qui-Quadrado de Pearson. Não foi realizada análise bivariada para as variáveis Apgar 1° min e Apgar 5° min em virtude da ausência destes dados terem sido superiores a 20%.

Tabela 11 – Análise bivariada de variáveis relacionadas a mudança da rotina, adoecimento, uso de medicamentos, possuir deficiência, número de irmãos e frequência à creche segundo os critérios dos escores, do cuidador e do avaliador do *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ). Fortaleza-Ceará, 2015.

Variáveis	N (%)	Problema de sono segundo o critério dos escores				Problema de sono segundo o critério do cuidador				Problema de sono segundo o critério do avaliador			
		Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)	Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)	Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)
<b>Adoeceu<sup>a</sup></b> <b>(N=369)</b>				0,862				0,830				0,510	
Não	97 (26,3)	28	69		1,00	26	71		1,00	20	77		1,00
Sim	272 (73,7)	76	196		0,95 (0,57-1,59)	76	196		1,05 (0,62-1,78)	65	207		1,20 (0,68-2,12)
<b>Uso de medicamento<sup>a</sup></b> <b>(N=369)</b>				0,808				0,558				0,800	
Não	117 (31,7)	32	85		1,00	30	87		1,00	26	91		1,00
Sim	252 (68,3)	72	180		1,06 (0,65-1,73)	72	180		1,16 (0,70-1,90)	59	193		1,06 (0,63-1,80)
<b>Mudança na rotina<sup>a</sup></b> <b>(N=369)</b>				0,142				<b>0,000</b>				0,848	
Não	285 (77,2)	75	210		1,00	66	219		1,00	65	220		1,00
Sim	84 (22,8)	29	55		1,47 (0,87-2,48)	36	48		2,48 (1,49-4,15)	20	64		1,05 (0,59-1,87)
<b>Ter deficiência</b> <b>(N=369)</b>				0,249				0,262				0,390	
Não	360 (97,6)	103	257		1,00	101	259		1,00	84	276		1,00
Sim	9 (2,4)	1	8		0,31 (0,03-2,52)	1	8		0,32 (0,03-2,59)	1	8		0,41 (0,05-3,33)
<b>Nº irmãos</b> <b>(N=369)</b>				0,973				0,222				0,354	
Não possui	175 (47,3)	48	125		1,00	55	118		1,00	35	138		1,00

Um	129 (35,0)	36	93		0,99 (0,59-1,65)	31	98		0,67 (0,40-1,12)	35	94		1,43 (0,84-2,45)
≥2	65 (17,7)	19	46		1,06 (0,56-1,99)	15	50		0,63 (0,33-1,23)	14	51		1,06 (0,52-2,12)
<b>Criança fica na creche (N=369)</b>				0,413				0,459				0,080	
Sim	246 (66,7)	66	180		1,00	65	181		1,00	50	196		1,00
Não	123 (33,3)	38	85		1,21 (0,75-1,96)	37	86		1,19 (0,74-1,93)	35	88		1,55 (0,94-2,57)
<b>Tipo de creche (N=246)</b>				0,774				<b>0,030</b>				0,113	
Pública	123 (50,0)	32	91		1,00	25	98		1,00	20	103		1,00
Privada	123 (50,0)	34	89		0,92 (0,52-1,61)	40	83		1,88 (1,05-3,37)	30	93		0,60 (0,32-1,13)
<b>Tempo de permanência na creche (N=246)</b>				0,657				0,143				0,720	
Integral	162 (65,9)	42	120		1,00	38	124		1,00	34	128		1,00
Parcial	84 (34,1)	24	60		1,14 (0,63-2,06)	27	57		1,54 (0,86-2,77)	16	68		0,88 (0,45-1,71)
<b>Frequência à creche (N=244)</b>				0,830				0,483				0,602	
Cinco dias por semana	224 (91,8)	61	163		1,00	61	163		1,00	45	179		1,00
Menos de cinco dias por semana	20 (8,2)	5	15		0,89 (0,31-2,55)	4	16		0,66 (0,21-2,07)	5	15		1,32 (0,45-3,84)
<b>Tempo que frequenta à creche (N=244)</b>				0,752				0,796				0,157	
≥ 6 meses	63 (25,8)	18	45		1,00	16	47		1,00	9	54		1,00
<6 meses	181 (74,2)	48	133		0,90 (0,47-1,70)	49	132		1,09 (0,56-2,09)	41	140		1,75 (0,80-3,85)

<sup>a</sup> no último mês; <sup>1</sup> Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Tabela 12 – Análise bivariada de variáveis relacionadas ao aleitamento materno segundo os três critérios de avaliação do *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ). Fortaleza-Ceará, 2015.

Variáveis	N (%)	Problema de sono segundo o critério dos escores				Problema de sono segundo o critério do cuidador				Problema de sono segundo o critério do avaliador			
		Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)	Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)	Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)
<b>Amamentação 1<sup>o</sup>h de vida (N=369)</b>				0,051			0,465					<b>0,005</b>	
Sim	281 (76,2)	72	209		1,00	75	206		1,00	55	226	1,00	
Não	88 (23,8)	32	56		1,65 (0,99-2,76)	27	61		1,21 (0,71-2,05)	30	58	2,12 (1,25-3,61)	
<b>Alimentação alta maternidade (N=367)</b>				0,668			0,825					0,677	
Leite materno	299 (81,5)	87	212		1,00	82	217		1,00	72	227	1,00	
Leite materno e Fórmula	48 (13,1)	13	35		0,90 (0,45-1,79)	15	33		1,20 (0,62-2,32)	9	39	0,72 (0,33-1,57)	
Fórmula	20 (5,4)	4	16		0,60 (0,19-1,87)	<b>5</b>	15		0,88 (0,31-2,50)	4	16	0,78 (0,25-2,43)	
<b>Amamentação atualmente (N=369)</b>				< <b>0,01</b>			0,239					< <b>0,01</b>	
Não	249 (67,5)	52	196		1,00	64	184		1,00	35	213	1,00	
Sim	120 (32,5)	52	68		2,88 (1,79-4,62)	38	82		1,33 (0,82-2,14)	50	70	4,34 (2,61-7,23)	
<b>Tempo de AME* (meses) (N=282)</b>				<b>0,009</b>			0,267					<b>0,004</b>	
<6	171 (60,6)	40	131		1,00	45	126		1,00	31	140	1,00	
≥6	111 (39,4)	42	69		1,99 (1,18-3,35)	36	75		1,34 (0,79-2,26)	37	74	2,25 (1,29-3,93)	

				0,006				0,848				<0,01
<b>Tempo de AMT** (meses)</b>												
<b>(N=366)</b>												
>12	121	49	72	1,00	37	84	1,00	49	72	1,00		
0-1	30	8	22	0,53 (0,22-1,29)	7	23	0,69 (0,27-1,75)	5	25	0,29 (0,10-0,82)		
1-3	56	10	46	0,31 (0,14-0,69)	14	42	0,75 (0,36-1,55)	7	49	0,20 (0,08-0,50)		
3-6	69	15	54	0,40 (0,20-0,80)	17	52	0,74 (0,37-1,45)	7	62	0,16 (0,07-0,39)		
6-12	90	21	69	0,44 (0,24-0,82)	26	64	0,92 (0,50-1,67)	16	74	0,31 (0,16-0,60)		
<b>Esquema de amamentação</b>				0,053			0,069			0,068		
<b>(N=347)</b>												
Rígido	77 (22,2)	15	62	1,00	15	62	1,00	12	65	1,00		
Livre demanda	270 (77,8)	83	187	1,83 (0,98-3,41)	81	189	1,77 (0,95-3,29)	69	201	1,85 (0,94-3,64)		

<sup>1</sup> Teste Qui-Quadrado de Pearson; \*Aleitamento Materno Exclusivo; \*\*Aleitamento Materno Total.

Tabela 13 – Análise bivariada de hábitos de sono das crianças segundo os três critérios de avaliação do *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ).  
Fortaleza-Ceará, 2015.

Variáveis	N (%)	Problema de sono segundo o critério dos escores				Problema de sono segundo o critério do cuidador				Problema de sono segundo o critério do avaliador			
		Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)	Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)	Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)
<b>Organização para dormir (N=367)</b>				<b>0,001</b>				0,886				<b>0,028</b>	
Berço quarto separado	77 (21,0)	9	68		1,00	28	57		1,00	8	69		1,00
Berço quarto pais	158 (43,1)	57	101		4,26 (1,97-9,18)	44	114		1,1 (0,59-2,03)	42	116		3,12 (1,38-7,03)
Na cama dos pais	112 (30,5)	31	81		2,89 (1,28-6,49)	31	81		1,09 (0,56-2,10)	30	82		3,15 (1,35-7,33)
Berço quarto com irmãos	20 (5,4)	7	13		4,06 (1,28-12,87)	7	13		1,53 (0,53-4,38)	4	16		2,15 (0,57-8,05)
<b>Posição que dorme (N=369)</b>				0,707				<b>0,029</b>				0,099	
Barriga baixo	101 (27,4)	27	74		1,00	21	80		1,00	21	80		1,00
Barriga cima	109 (29,5)	34	75		1,24 (0,68-2,26)	40	69		2,20 (1,19-4,09)	33	76		1,65 (0,88-3,10)
De lado	159 (43,1)	43	116		1,02 (0,58-1,78)	41	118		1,32 (0,72-2,40)	31	128		0,92 (0,49-1,71)
<b>Adorme alimentando-se (N=368)</b>				<b>0,025</b>				0,543				<b>&lt;0,01</b>	
Não	197 (53,5)	46	151		1,00	52	145		1,00	31	166		1,00
Sim	171 (46,5)	58	113		1,68 (1,06-2,66)	50	121		1,15 (0,72-1,81)	54	117		2,47 (1,49-4,07)
<b>Adormece contato físico (N=368)</b>				0,325				0,057				0,164	
Não	206 (56)	54	152		1,00	49	157		1,00	42	164		1,00
Sim	162 (44)	50	112		1,25 (0,79-1,98)	53	109		1,55 (0,98-2,46)	43	119		1,41 (0,86-2,29)
<b>Adormece chupeta (N=368)</b>				<b>0,017</b>				0,823				<b>&lt;0,01</b>	



Sim	123 (33,4)	25	98	1,00	35	88	1,00	15	108	1,00
Não	245 (66,6)	79	166	1,86 (1,11-3,12)	67	178	0,94 (0,58-1,53)	70	175	2,88 (1,56-5,28)
<b>Adormece TV/Rádio (N=368)</b>				0,332			0,842			0,631
Sim	49 (13,3)	11	38	1,00	13	36	1,00	10	39	1,00
Não	319 (86,7)	93	226	1,42 (0,69-2,90)	89	230	1,07 (0,54-2,11)	75	244	1,19 (0,57-2,51)
<b>Adormece luz acessa (N=368)</b>				0,528			0,080			0,620
Sim	14 (3,8)	5	9	1,00	1	13	1,00	4	10	1,00
Não	354 (96,2)	99	255	0,69 (0,22-2,13)	101	253	5,18 (0,67-40,19)	81	273	0,74 (0,22-2,42)
<b>Compartilhamento da cama com o cuidador (N=369)</b>				<0,01			<0,01			<0,01
Nenhuma ou < 4x/semana no último mês	156 (42,3)	14	142	1,00	25	131	1,00	14	142	1,00
1-3 noite por semana	72 (19,5)	27	45	6,08 (2,94-12,59)	21	51	2,15 (1,11-4,19)	18	54	3,38 (1,57-7,26)
4-6 noites por semana	8 (2,2)	7	1	70,99 (8,13-619,37)	7	1	36,68 (4,32-311,29)	3	5	6,08 (1,31-28,19)
Todas as noites da semana	133 (36,0)	56	77	7,37 (3,85-14,10)	49	84	3,05 (1,75-5,32)	50	83	6,11 (3,18-11,72)
<b>Alimenta-se durante a noite (N=368)</b>				<0,01			0,006			<0,01
Nenhuma noite da semana	165 (44,8)	19	146	1,00	34	131	1,00	14	151	1,00
1-3 noites por semana	37 (10,1)	5	32	1,20 (0,41-3,45)	7	30	0,89 (0,36-2,22)	3	34	0,95 (0,25-3,49)
4-6 noites por semana	7 (1,9)	3	4	5,76 (1,19-27,74)	3	4	2,88 (0,61-13,52)	1	6	1,79 (0,20-16,00)
Todas as noites da semana	159 (43,2)	77	82	7,21 (4,07-12,76)	58	101	2,21 (1,34-3,63)	67	92	7,85 (4,17-14,77)

Tabela 14 – Análise bivariada de variáveis relacionadas a regularidade e ao tempo de sono e a hora que a criança adormece segundo os três critérios de avaliação do *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ). Fortaleza-Ceará, 2015.

Variáveis	N (%)	Problema de sono segundo o critério dos escores				Problema de sono segundo o critério do cuidador				Problema de sono segundo o critério do avaliador			
		Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)	Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)	Sim	Não	P <sup>1</sup>	ORbruto (IC95%)
<b>Regularidade sono diurno (N=366)</b>				<b>0,019</b>				0,294				0,114	
Sim	272 (74,3)	67	205		1,00	70	202		1,00	56	216		1,00
Não	86 (23,5)	33	53		1,90 (1,13-3,18)	29	57		1,46 (0,87-2,47)	26	60		1,67 (0,96-2,88)
Não dorme de dia	8 (2,2)	4	4		1,83 (0,42-7,88)	3	5		0,96 (0,18-4,87)	3	5		1,28 (0,25-6,54)
<b>Tempo sono diurno<sup>2</sup> (N=369)</b>				0,415				0,059				0,948	
Não dorme de dia	13 (13,5)	6	7		1,00	3	10		1,00	3	10		1,00
Até 2 horas	159 (43,1)	46	113		0,47 (0,15-1,48)	55	104		1,76 (0,46-6,67)	39	120		1,08 (0,28-4,13)
2 a 3 horas	110 (29,8)	27	83		0,37 (0,11-1,22)	22	88		0,83 (0,21-3,28)	24	86		0,93 (0,23-3,65)
Mais de 3 horas	87 (23,6)	25	62		0,47 (0,14-1,53)	22	65		1,12 (0,28-4,47)	19	68		0,93 (0,23-3,72)
<b>Tempo sono noturno<sup>3</sup> (N=361)</b>				<0,01				<0,01				0,103	
Até 6 horas	6 (1,7)	4	2		1,00	5	1		1,00	2	4		1,00
6 a 8 horas	68 (18,8)	30	38		0,39 (0,06-2,30)	31	37		0,16 (0,01-1,51)	23	45		1,02 (0,17-6,00)
8 a 10 horas	224 (62,0)	58	166		0,17 (0,03-0,97)	56	168		0,06 (0,00-0,58)	46	178		0,51 (0,09-2,90)
Mais de 10 horas	63 (17,5)	9	54		0,08 (0,01-0,52)	8	55		0,02 (0,00-0,28)	12	51		0,47 (0,07-2,87)
<b>Tempo total de sono (N=369)</b>				<b>0,005</b>				<b>0,01</b>				0,062	
< 9 horas	25 (6,8)	12	13		1,00	12	13		1,00	8	17		1,00

9 a 11 horas	99 (26,8)	36	63	0,61 (0,25-1,50)	39	60	0,70 (0,29-1,70)	30	69	0,92 (0,35-2,37)
11 a 14 horas	226 (61,2)	54	172	0,34 (0,14-0,78)	48	178	0,29 (0,12-0,68)	45	181	0,52 (0,21-1,30)
14 a 16 horas	17 (4,6)	1	16	0,06 (0,00-0,59)	2	15	0,14 (0,02-0,76)	1	16	0,13 (0,01-1,18)
>16 horas	2 (0,5)	1	1	1,08 (0,06-19,31)	1	1	1,08 (0,06-19,31)	1	1	2,12 (0,11-38,48)
<b>Hora que adormece (N=365)</b>				<b>0,002</b>			<b>0,033</b>			<b>0,007</b>
Antes das 20 horas	129 (35,3)	25	104	1,00	26	103	1,00	21	108	1,00
Entre 20h01min e 22 horas	199 (54,5)	60	139	1,75 (1,02-2,98)	57	142	1,62 (0,96-2,76)	49	150	1,63 (0,92-2,88)
Entre 22h01min e 00 horas	37 (10,1)	18	19	4,39 (2,01-9,56)	15	22	3,36 (1,54-7,32)	15	22	3,50 (1,56-7,84)

<sup>1</sup> Teste Qui-Quadrado de Pearson; <sup>2</sup>entre 7-19h; <sup>3</sup> entre 19-7h.

Tabela 15 – Análise ajustada ao modelo hierárquico do desfecho alterações no comportamento do sono de crianças segundo o critério dos escores do *Infant Sleep Questionnaire* (ISQ). Fortaleza-Ceará, 2015.

	<b>OR ajustado (IC95%)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Critério dos escores</b>		
Morar mais de três pessoas no domicílio	1,96 (1,05-3,66)	0,034
Mudança na rotina no último mês	1,99 (1,02-3,87)	0,041
Não amamentar na 1 <sup>a</sup> . h de vida	1,95 (1,01-3,78)	0,046
Alimenta-se durante todas as noite da semana	7,86 (4,21-14,67)	<0,01
Adormecer após às 20 horas	2,65 (1,39-5,05)	0,003
<b>Critério do cuidador</b>		
Renda familiar superior a quatro salários mínimos	2,27 (1,25-4,14)	0,007
Mudança na rotina no último mês	2,77 (1,50-5,11)	0,001
Alimenta-se durante todas as noite da semana	2,56 (1,44-4,53)	0,001
Dormir mais de 2 horas durante o dia (entre as 7-19hs)	2,50 (1,41-4,41)	0,002
Dormir entre 6 e 8 horas durante a noite (entre as 19-7hs)	2,65 (1,36-5,18)	0,004
<b>Critério do avaliador</b>		
Não amamentar na 1 <sup>a</sup> . h de vida	2,28 (1,14-4,59)	0,020
Tempo de aleitamento materno total superior a 12 meses	2,00 (1,06-3,79)	0,032
Não adormecer com chupeta	2,43 (1,07-5,48)	0,032
Alimenta-se durante todas as noite da semana	8,15 (4,07-16,33)	<0,01
Adormecer após às 20 horas	2,28 (1,15-4,48)	0,017

## 6.0 Discussão dos Resultados

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

### 6.1 Caracterização dos participantes

Tendo em vista que variáveis dos cuidadores podem estar relacionadas ao comportamento do sono infantil (LÉLIS et al., 2014), ressalta-se a importância de se conhecer o perfil dos cuidadores diante do contexto da avaliação do sono da criança.

A maioria dos cuidadores (96,5%) é do sexo feminino, sendo 95,4% de mães. Isso mostra que ainda prevalece na sociedade a realidade de que a mulher é quem preferencialmente assume a criação das crianças. De acordo com Borsa e Nunes (2010) ainda hoje, a despeito das diversas mudanças ocorridas nos papéis sociais e na dinâmica das famílias contemporâneas, as mulheres ainda são vistas como as principais cuidadoras, sendo atribuído a elas o cuidado prioritário dos filhos e do lar.

Ademais percebe-se a existência de uma dupla jornada de trabalho, vez que 59,5% da amostra de cuidadores trabalhavam fora de casa. Considerando que deste total apenas 4,7% não são mulheres, ressalta-se o ingresso maciço das mesmas no mercado de trabalho. Ao recair sobre a mulher o maior “peso” se faz pertinente refletir sobre os conflitos na relação marital na população investigada, não obstante apenas 5,1% da amostra de cuidadores é separada e 16,3% solteira. A presença do companheiro (77,8%) constitui fator que favorece o apoio às decisões de cuidado à criança.

A renda média das famílias foi de R\$1500,00, considerada elevada se comparada ao rendimento nominal mensal domiciliar per capita da população cearense em 2014 que foi de R\$ 616,00 (IBGE, 2016). Quanto a escolaridade, por nível de instrução, enquanto na população de 10 anos ou mais de idade em 2010 o percentual de pessoas sem instrução ou com o fundamental incompleto foi de 50,2% e o de pessoas com o curso superior completo de 7,9%, (IBGE, 2016), na presente investigação estes valores foram de 11,7% e 31,7%, respectivamente.

O perfil das crianças do presente estudo não diferiu daquele observado em estudo conduzido com 4231 crianças de uma coorte de Pelotas, avaliadas ao nascimento e aos 12 meses de idade com o objetivo de investigar a prevalência e os fatores associados ao co-leito e

ao despertar noturno (SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2010). Em ambos os estudos houve predomínio de crianças do sexo masculino (51,8% versus 52,7%) e as características perinatais como prematuridade (14,1% versus 9,2%), baixo peso ao nascer (8,3% versus 7,3%) e intercorrências/internação neonatal/ (11,3% versus 15,3%) em geral, não distoaram, a excessão da prevalência de nascimentos cesáreos (45,2% versus 75%).

A estimativa nacional corrigida apontada pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) para 2010 de nascimentos pré-termo foi de 11,7% (MATIJASEVICH et al., 2013). Quanto a prevalência de baixo peso ao nascer Viana et al (2013), ao analisar dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006), incluindo apenas crianças menores de 24 meses de vida, evidencia uma taxa de 6,1%. Dados internacionais, para o total de nascidos vivos em 2013 nos Estados Unidos da América em 2013, registram 11,39% de prematuridade e 8,02% de baixo peso (MARTIN et al., 2015).

Desde 1985, mediante uma declaração fruto de uma reunião promovida pela OMS em Fortaleza, que a comunidade internacional de saúde tem considerado como ideal uma taxa de cesáreas entre 10 e 15% (WHO, 1985). De acordo com revisão bibliográfica que descreve as taxas de cesárea em diferentes países e os modelos de atenção ao parto de acordo com o uso de tecnologias assistenciais, ao analisar 60 estudos publicados entre 1999 e 2010, percebe-se que a elevação das taxas de cesárea é um fenômeno mundial desde as últimas décadas do século XX, tanto em países desenvolvidos como naqueles em via de desenvolvimento, e em praticamente qualquer estudo consultado os índices para esse tipo de parto ultrapassam as proporções recomendadas pela OMS (PATAH; MALIK, 2011).

Nos Estados Unidos da América, os últimos dados oficiais, considerando o total de 3.932.181 nascimentos registrados em 2013, revelam uma taxa global de cesariana de 32,7%, com redução de 0,1% comparada ao período de 2010 a 2012 (32,8%) (MARTIN et al., 2015). Estudo realizado em 24 regiões geográficas em oito países da América Latina ao estudar um universo de 97.095 mulheres em 2005 aponta taxa média de cesariana de 33% (Vilar et al., 2006). No Brasil, em 2009, pela primeira vez, a proporção de cesarianas superou a proporção de partos normais, alcançando o valor de 52% em 2010 (DATASUS, 2013). Dados de uma coorte de base hospitalar nacional com 23.940 puérperas, realizada em 2011-2012 (DOMINGUES et al., 2014) apontam preferência pela cesariana variando de 15,4% (primíparas no setor público) a 73,2% (multíparas com cesariana anterior no setor privado). No presente estudo esta taxa representa a realidade obstétrica de 75% das mulheres.

Estudo realizado com 15.354 mulheres com o objetivo de avaliar a prevalência de cesarianas em hospitais brasileiros aponta que a porcentagem de cesarianas aumenta com

maior idade e escolaridade, entre as casadas/unidas e primíparas (PÁDUA et al., 2010). Embora estas características sociodemográficas e reprodutiva assemelhem-se as apresentadas por parte representativa de conjunto de cuidadores de crianças do presente estudo, que foi composto por 95,4% de mães, não justifica o panorama encontrado relativo a via de parto.

São indiscutíveis os benefícios que os avanços científicos e tecnológicos representaram na assistência ao parto. Entretanto, faz-se necessário que a assistência obstétrica baseada na tecnologia aconteça apenas por indicação clínico-obstétrica, sendo pois fundamental a identificação das reais necessidades das parturientes. Neste contexto, a proporção de nascimentos por via cesárea na presente investigação (75%) é particularmente preocupante se considerar as características neonatais da população estudada que inclui: 7,3% de baixo peso, 9,2% de pré-termo e 15,3% casos de internação ao nascimento, não justificando do ponto de vista médico o elevado percentual de cesarianas realizadas.

Revisão integrativa aponta estudos que destacam e valorizam o papel da enfermeira obstétrica e obstetriz no processo de gestação, parto e puerpério. De acordo com os estudos estes profissionais mostram maior proximidade e atenção as necessidades das mulheres, sendo capazes de melhor orientá-las, fornecendo informações oportunas que poderão resultar em maior autonomia para escolha da via de parto com segurança (VELHO et al., 2012).

## **6.2 Hábitos de sono das crianças**

O sono é um processo biológico, mas os hábitos de sono são comportamentos socialmente aprendidos que são incorporados ao ritmo natural do corpo. Neste sentido a criação de ambientes pelos pais, como o nível de luz, a temperatura, a presença de objetos ou pessoas que despertam os sentidos afetam a capacidade da criança para dormir (GRUBER; CASSOFF; KNAUPER, 2011). Os principais hábitos de sono que associaram-se a alterações no comportamento do sono das crianças na presente investigação ( $p < 0,05$ ) foram a organização para dormir, a posição de dormir, a alimentação e/ou o uso de chupeta para adormecer, o compartilhamento da cama com o cuidador e a alimentação durante a noite.

Alguns dos distúrbios do sono na criança têm origem comportamental, podendo ser prevenidos e tratados por meio de medidas de higiene do sono que incluem mudanças ambientais e comportamentais dos pais e da criança que podem promover um sono de boa qualidade e duração suficiente (MACÊDO, 2014).

A infância é marcada por modificações no meio social, dentre elas pode-se citar a aprendizagem do hábito de dormir no quarto sozinho, prática esta adotada por 21% das

crianças do presente estudo. Na investigação de Santos, Mota e Matijasevich (2010), realizada em Pelotas/RS, aos 12 meses apenas 6,1% das 3.907 crianças investigadas dormiam sozinhas no quarto. Conforme justificado por Issler et al. (2010), é possível que a baixa prevalência de crianças dormindo sozinhas em Pelotas se deva ao fato de estarem localizadas no interior do estado, onde o hábito de dormir junto com outras pessoas talvez seja mais frequente do que em um centro urbano maior, como Fortaleza.

Macêdo (2014) afirma que os métodos para promoção da higiene do sono parecem ser mais eficazes em crianças a partir de 2 anos, entretanto Halal e Nunes (2014) revisam estudos que apontam para a importância de modificações precoces no sentido de evitar a exposição da criança a longos períodos de sono de má qualidade. Neste contexto, ressalta-se a importância do estabelecimento de local apropriado para iniciar o sono desde cedo para que não se fomentem padrões problemáticos de sono nas crianças.

Tenenbojm et al (2010) em revisão narrativa da literatura sobre insônia de crianças pequenas (dificuldade para iniciar o sono e manter-se dormindo) reforça que o ritmo de sono pode e deve estabelecer-se precocemente, devendo os hábitos para o sono serem baseados em medidas de higiene do sono. Neste contexto, os autores ressaltam: estabelecer horário, rotinas e rituais consistentes para o sono, evitar oferecer alimentação durante a noite, evitar dormir com alguma fonte luminosa durante toda a noite, e destaca ser desejável que a criança habitue-se a adormecer sozinha, sem a presença do cuidador.

Considerando os hábitos para higiene do sono destacados por Tenenbojm et al (2010) acima citados, os cuidadores do presente estudo devem ser orientados, quanto aos possíveis prejuízos à uma boa qualidade do sono da criança quando se mantém contato físico com a mesma para que ela adormeça, bem como, e especialmente, com relação ao hábito de se oferecer alimentos a criança durante a noite, práticas adotadas, respectivamente, por 44% e 55,2% da amostra investigada.

O contato físico com a criança para que ela adormeça não esteve associado a alterações no comportamento do sono, não obstante sinaliza-se a necessidade de alerta aos cuidadores em virtude da alta prevalência de tal prática, no sentido de evitar futuros problemas. Com relação a alimentação durante a noite, mesmo após ajuste, esta variável manteve-se no modelo final para os três critérios de avaliação do ISQ, representando fator de risco para problema de sono nas crianças ( $p < 0,05$ ).

Tais dados sinalizam a possibilidade da existência de um distúrbio de alimentação durante a noite no qual o lactente depende do peito ou da mamadeira para adormecer e tem a necessidade prolongada dos mesmo durante a noite. Neste sentido, é necessário que este



contingente de cuidadores recebam orientações sobre possíveis formas de otimizar a regulação destes hábitos, abandonando associações inadequadas para iniciar e manter o sono relacionadas a alimentação, e impondo novas práticas para um sono de boa qualidade.

Revisão integrativa realizada com o intuito de verificar a influência do contexto familiar sobre os transtornos do sono em crianças corrobora com os achados do presente estudo ao apontar como principais hábitos dos pais para favorecer o início do sono da criança na hora de dormir a alimentação da criança (31%) e a presença dos pais (31%) (LÉLIS et al., 2014). Da mesma forma, Touchette *et al* (2005) ao avaliar fatores relacionados a fragmentação do sono em 1741 crianças na faixa etária de cinco a 29 meses aponta a alimentação noturna como fator fortemente associado à fragmentação do sono entre as crianças de cinco meses de idade e a presença dos pais para adormecer associada às dificuldades de sono nas crianças com idade entre um ano e cinco meses e dois anos e cinco meses.

Revisão sistemática realizada com o objetivo de avaliar intervenções visando práticas de higiene do sono em crianças, sua aplicabilidade e efetividade na prática clínica apontam que as crianças que receberam intervenções apresentaram melhoras mais consistentes e significativas nos índices de qualidade do sono. Esse dado sugere a importância do ambiente externo para o processo de maturação do sono (HALAL; NUNES, 2014). As práticas de higiene do sono em crianças são importantes ao passo que estimulam a dissociação do início ou manutenção do sono a alguma forma de interferência dos pais, tornando-as aptas a dormirem por conta própria, e propoem a adoção de rotinas saudáveis que contribuem para o adormecimento. No presente estudo de acordo com o critério dos escores e do cuidador do ISQ mudanças na rotina da criança nos últimos 30 dias que antecederam a entrevista elevaram em duas vezes e em quase três vezes, respectivamente, as chances de alterações no comportamento do sono das crianças avaliadas ( $p < 0,01$ ); tal achado reforça a importância da rotina na qualidade do sono da criança.

Geib (2007a), em revisão narrativa da literatura, afirma que o uso de chupeta parece ser influenciado pelos comportamentos paternos culturalmente determinados. Neste sentido, o autor apresenta resultados de estudos que mostram que o uso da chupeta é determinado pelo contexto social dentro do qual a experiência de sono noturno da criança inicia e termina. De acordo com estes resultados o uso da chupeta substitui a necessidade de intervenção de um cuidador, oferecendo o conforto e a segurança na ausência do mesmo.

Esta explicação pode justificar o achado do presente estudo no qual as crianças que não adormeciam de chupeta tinham 2,43 vezes mais chances de apresentarem alteração no

comportamento do sono, quando comparadas aquelas que adormeciam sem a chupeta, de acordo com o critério do avaliador, após ajuste de variáveis. Neste caso, a não utilização da chupeta faria a criança requerer a presença do cuidador como medida de conforto, demandando maior esforço por parte dos cuidadores, e conseqüentemente fazendo-os relatar maiores dificuldades com o sono de suas crianças. No entanto, apesar desses resultados, reluta-se em promover e incentivar o uso da chupeta devido, por exemplo a associações entre o uso da chupeta e o desmame precoce (DEMITTO; BERCINI; ROSSI, 2013). Recomenda-se, portanto a realização de estudos que investiguem os mecanismos reais que associam o uso de chupeta a qualidade do sono em crianças.

A influência cultural na biologia do sono é tão significativa que orienta as decisões dos pais, inclusive com relação à posição de dormir (GEIB, 2007a). A frequência detectada da posição decúbito lateral para dormir (43,1%) no atual estudo foi inferior a relatada por Geib e Nunes (2006) (78%) em Passo Fundo/RS e por Cesár et al. (2013) no Rio Grande/RS (76,8%). Na presente tese, teve-se na posição supina 2,2 vezes mais chances para problema de sono quando comparada com a posição prona, e quanto as prevalências relativas a adoção da posição supina e prona os valores observados foram bem próximos (29,5% *versus* 27,4%, respectivamente), de modo que talvez essa conjuntura possa ser justificada em função de dois aspectos. Por um lado, o reconhecimento da posição prona de dormir como importante fator de risco para a Síndrome da Morte Súbita Infantil (SMSI), preconizando a adoção da posição supina para o sono dos lactentes (HORNE; HAUCK; MOON, 2015); por outro a avaliação da influência da posição prona diminuindo o despertar de lactentes saudáveis nascidos a termo, tanto do sono quieto quanto ativo (GEIB; NUNES, 2006). Estudo semi-experimental realizado na China com o objetivo de examinar separadamente os efeitos do posicionamento e dos estressores ambientais (luz, ruído, manipulação, etc) sobre o sono de 22 recém-nascidos prematuros durante a hospitalização ao transferir a criança de decúbito dorsal para ventral de hora em hora registrando seus estados de sono e vigília por meio de vídeos mostrou que na posição supina os prematuros apresentavam estados de vigília mais frequentes após ajuste (PENG et al., 2014). Grazel, Phalen e Polomano (2010), por sua vez, afirmam existir uma relação direta entre a adoção de posições não supinas para o sono e síndrome da morte súbita infantil (SMSI) e acrescentam que prematuros estão em maior risco de SMSI, devendo, portanto serem colocados em posição supina para dormir durante o curso da hospitalização e antes da alta da unidade de terapia intensiva neonatal.

Quando se contextualiza o hábito da criança dormir junto com os pais, ou seja o co-leito, as taxas têm variado nos diferentes estudos refletindo diversidades culturais e

socioeconômicas, mas também diferenças metodológicas na definição das variáveis e na coleta dos dados (SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2010). Ao analisar a prevalência de co-leito, definido como o compartilhamento habitual da cama com outra pessoa, em parte ou durante toda a noite, aos 12 meses entre crianças de uma coorte de nascimento no Rio Grande do Sul os autores consideram como alto o valor encontrado (45,8%) (SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2010). No atual estudo, o percentual de compartilhamento do espaço de dormir entre o cuidador e a criança durante todos os dias da semana foi de 36%, tendo a prática do co-leito se apresentado estatisticamente associada ( $p < 0,01$ ) com alterações no comportamento do sono segundo os três critérios de avaliação do ISQ (escores, cuidador e avaliador). A explicação por este resultado pode ser devida ao fato de que crianças em co-leito despertam mais frequentemente durante a noite, conforme evidenciado por Santos, Mota e Matijasevich (2010), resultando em mais queixas a respeito do sono.

Issler et al. (2010) afirma que os profissionais de saúde devem ser cautelosos quanto a promover ou desaconselhar o co-leito já que essa prática pode trazer tanto benefícios como riscos, de acordo com certas particularidades desse arranjo para dormir, como adormecer junto com a criança em um sofá ou consumir álcool ou drogas antes de deitar. Assume-se, neste contexto, que os cuidadores deverão ser informados dos riscos, mas cabe a eles a decisão da escolha sobre o que fazer, visto que vantagens e riscos são percebidos de acordo com a preferência dos pais (valores de cada um), o contexto cultural e ambiental, e a estrutura familiar.

Willinger e colaboradores (2003) ao avaliarem informações de 8453 cuidadores de 48 estados dos Estados Unidos da América relativas a onde e com quem a criança costumava dormir durante a noite nas duas semanas anteriores a entrevista, apontam que 45% das crianças passaram pelo menos algum tempo da noite em co-leito, e conclui seu estudo sinalizando a necessidade da realização de mais investigações que avaliem os riscos e benefícios desta prática. Li et al., (2009), considerando os riscos relacionados a partilha da cama, realizaram no estado Maryland/EUA estudo para avaliar um total de 102 óbitos infantis repentinos e inexplicados e aponta que em 46 deles (45%) as crianças foram encontradas em co-leito, e que em 10 destes casos, o co-leito foi confirmado como sendo a causa da asfixia acidental, colocando-o nestes casos como uma situação potencialmente letal.

A importância do sono para o desenvolvimento e bem-estar das crianças tem sido um tema bastante investigado nos últimos anos, sendo a quantidade de horas de sono inclusive um indicador de saúde e bem-estar nas crianças e adolescentes (CHEN; WANG; JENG, 2006). Considerando a recomendação de Hirshkowitz e colaboradores (2015), a respeito do

tempo total de sono para a faixa etária de 1 a 2 anos de idade de 11 a 14 horas por dia, não inferior a 9 nem superior a 16, pode ser considerada apropriada a duração de sono das crianças investigadas. Apenas 6,8% e 0,5% da amostra estudada dormiu menos que 9 e mais que 16 horas reespectivamente, sendo a mediana de sono diurno de 02:30hs e a noturna de 09:30hs. Jenni et al (2007) em estudo sobre o sono em crianças de um a dez anos de idade, mostram que aos 12 meses, 96% das crianças dormem entre 11 horas 40 minutos e 16 horas 50 minutos por dia.

Após ajuste de variáveis, dormir por mais de duas horas durante o dia e entre seis e oito horas durante a noite, de acordo com o critério de avaliador, resultou, respectivamente, em chances 2,5 e 2,65 vezes maiores para alterações no comportamento de sono das crianças estudadas, sendo estes valores estatisticamente significantes no modelo final. Neste contexto, o tempo de sono diurno das crianças investigadas necessita ser monitorado, vez que 50% delas dormia um quantitativo de horas superior a duas horas o que impõe maior probabilidade às mesmas manifestarem problemas de sono.

Assim, durante às consultas de puericultura, ou em qualquer outra oportunidade de contato da criança com o serviço de saúde, deve-se oportunizar aos cuidadores o fornecimento de informações sobre a adequação da quantidade de horas de sono para cada faixa de idade para que os mesmos possam monitorar e intervir com a mudança de hábitos conforme necessário, visto que o ciclo sono e vigília muda ao longo da ontogênese com características peculiares para cada faixa etária (BÉLISIO, 2010), e estes parâmetros nem sempre são de domínio do cuidador.

Neste estudo, apenas 2,2% das crianças não possuíam o hábito de dormir durante o dia e 74,3% mantiveram horários regulares para o sono diurno, tendo este último hábito atuado com efeito protetor sobre as alterações no comportamento do sono ( $p=0,019$ , para o critério dos escores do ISQ). No contexto deste resultado ressalta-se a importância do sono diurno no alcance de um comportamento de sono satisfatório. A faixa etária das crianças estudadas contribui para o cenário encontrado, pois além dos fatores de ordem biológica (CHOKROVERTY, 2010) a pouca idade está associada a menos exigências escolares e sociais e a maior influência dos pais em determinar horários para dormir e acordar. Tal conjuntura facilita a manutenção de um padrão de sono regular durante o dia que atuou contribuindo para melhorar o sono durante a noite.

Quanto ao horário de adormecer, 64,6% das crianças do presente estudo o faziam após as 20 horas. Ao final da regressão logística, o horário de dormir após as 20 horas indicou para

o critério dos escores e do avaliador chances significativamente maiores de 2,65 e 2,28 vezes, respectivamente, para a presença de alterações no comportamento do sono das crianças.

Na faixa de idade estudada (entre 12 e 18 meses) a aquisição de habilidades motoras cada vez maiores propiciam maior autonomia, permitindo à criança a saída de sua cama, e uma maior dificuldade dos cuidadores no estabelecimento de limites relacionados ao horário de dormir. De acordo com Nunes (2002) os problemas no estabelecimento do horário de dormir envolvem uma boa compreensão dos ritmos normais de sono/vigília nas diferentes idades e o estabelecimento de uma consistente rotina de atividades antes de dormir. Nesta conjuntura, os cuidadores devem conhecer e valorizar a necessidade de um sono satisfatório para o desenvolvimento da criança, sendo capaz de respeitar e incentivar a hora da criança ir para a cama.

As condições socioeconômicas estão relacionadas com muitos resultados de saúde, a citar a qualidade do sono (JARRIN; MCGRATH; QUON, 2014). De acordo com Felden et al. (2015), em revisão sistemática, realizada com o objetivo de analisar o sono em adolescentes de diferentes níveis socioeconômicos há uma tendência a jovens pobres e com *status* social mais baixo manifestarem baixa duração e má qualidade do sono, sendo a renda familiar e o nível de escolaridade dos pais as principais variáveis associadas. No presente estudo, as alterações de sono das crianças não foram afetadas pela escolaridade dos cuidadores, mas mantiveram-se associadas a renda familiar superior a quatro salários mínimos (OR=2,27; IC95% 1,25-4,14), segundo o critério do cuidador, e ao compartilhamento do domicílio por mais de três pessoas (OR=1,96; IC95% 1,05-3,66), segundo o critério dos escores, após ajuste de variáveis.

Acebo et al. (2005) ao observar a faixa etária de 1 a 5 anos e Crabtree et al. (2005) de 2 a 7 afirmam que crianças de famílias com nível socioeconômico mais baixo acordam mais tarde, passam mais tempo na cama, apresentam vários despertares noturnos e menor eficiência do sono, pois compartilham o quarto e a casa com muitas pessoas, o que contribui para a falta de uma rotina adequada na hora de dormir, atuando negativamente no ciclo de sono vigília.

Considerando o contexto do tipo de creche, as crianças do presente estudo que frequentavam creches privadas tiveram chance 1,88 vezes maior de apresentar alterações no comportamento do sono quando comparadas aquelas que frequentavam creches públicas (p=0,030). Corroborando com este achado, Belísio (2010) ao verificar a influência de fatores sociais no ciclo sono e vigília (CSV) de 85 crianças da educação infantil na zona sul da cidade de Natal/RN sugere que o padrão do CSV difere quanto ao tipo de escola (pública ou privada). E a ausência de estudos sobre esse tema provavelmente ocorre porque apenas em

1988 a Constituição Federal reconheceu a educação de crianças de zero a seis anos como direito do cidadão e dever do Estado e incluiu a creche na Educação Brasileira.

Sugere-se que diferenças no padrão de sono condicionadas pelo tipo de creche/escola possam estar associadas ao nível socioeconômico, que atua como modulador do sono (Felden et al., 2015). É importante destacar que estas comparações não significam juízo de valor, apenas indicam que o contexto socioeconômico encontra-se, no geral, associado a outras características. Desta maneira é oportuno portanto que os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, estejam atentos para as condições atuais das famílias que acompanham, visto que estes dados direcionarão o modo como será implementada a assistência, a fim de que se atenda as reais necessidades da criança e de seus familiares, considerando as possíveis relações entre todos estes aspectos socioeconômicos e o sono.

Os estudos que relacionam o sono com variáveis socioeconômicas são recentes e datados a partir de 2000 (Felden et al., 2015). Neste contexto, sugerem-se mais investigações sobre o sono em diferentes realidades da população brasileira, em especial na infância.

Por fim, outro fato marcante no meio social da criança é o esquema de trabalho dos pais (BELÍCIO, 2010). Apesar de na presente investigação a modalidade de trabalho do cuidador não estar associada ao comportamento do sono das crianças, sabe-se que a presença de um dos pais em casa é apontada como importante para controlar os horários de sono da criança proporcionando uma melhor qualidade de sono. Adicionalmente, é sabido que pais que trabalham fora, por vezes, também exercem menor controle no horário de dormir como forma de compensar a separação do filho devida ao tempo dedicado as atividades laborativas externas ao lar.

### **6.3 Aleitamento Materno**

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é um programa de incentivo mundial, idealizado em 1990, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com a finalidade de promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno e prevenir o desmame precoce, ao assumir o compromisso de tornar os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, que constituem um elenco de medidas que visam informar sobre os benefícios da amamentação e o manejo correto do aleitamento materno, uma realidade em seus hospitais. No Brasil, a implantação da IHAC se deu em 1992, sendo o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) de Recife/PE o primeiro hospital credenciado. No município de Fortaleza/CE a primeira instituição habilitada

foi a Maternidade Escola Assis Chateaubriand em 1993 (OMS, 1989; LAMOUNIER, 1998; WHO, 2009).

O aleitamento materno na primeira hora de vida corresponde ao passo 4 da IHAC, devendo ser implementado como prática de atenção neonatal na rotina hospitalar em todos os países (WHO, 2009). Do total de crianças investigadas na presente tese 76,2% mamaram na primeira hora de vida. Esse percentual é maior do que aquele encontrado em amostra de crianças menores de 1 ano investigadas na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (PPAM) de 2009, tanto em relação ao valor nacional (67,7%) quanto ao da Região Nordeste (66,9%) e o de Fortaleza (67,6%). Essas diferenças podem ser explicadas, pelo menos parcialmente, em função da presente pesquisa refletir situação mais recente dessa prática nas maternidades brasileiras de maneira. Uma limitação, neste sentido, foi o fato de não ter se buscado identificar se o hospital no qual as crianças do presente estudo nasceram adotavam a IHAC.

O fato das crianças não serem amamentadas na primeira hora de vida após o parto elevou de maneira estatisticamente significativa, após ajuste de variáveis, em 1,95 e 2,28 vezes as chances para problema de sono segundo os critérios dos escores e do avaliador, respectivamente. Este resultado sinaliza melhorias no comportamento do sono das crianças na faixa etária de 12 a 18 meses relacionadas a implementação da prática de atenção neonatal de colocar o bebê para mamar na primeira hora de vida. Este fato pode ser devido ao fato de que mães que amamentam na primeira hora de vida do bebê têm um vínculo muito forte com o filho e criam estratégias para lidar com o sono do bebê de forma mais satisfatória.

Estudo realizado na Turquia junto a 182 mães de crianças na faixa etária de 24 a 48 meses atendidas nos ambulatórios de pediatria da Faculdade de Medicina aponta que a duração do aleitamento materno não se correlacionou com o início da amamentação (se em até 1 hora, de 3-12, de 12-24, >24) e evidencia correlação estatisticamente significativa ( $r=0.53$ ,  $p<0,001$ ) entre a partilha do quarto para dormir à noite entre a mãe e a criança e a duração do aleitamento materno. As crianças cujas mães não trabalhavam fora de casa ( $p=0,003$ ), bem como aquelas cujos pais deram suporte durante a amamentação ( $p<0,001$ ) apresentaram duração média de aleitamento materno mais elevada, sendo as diferenças estatisticamente significantes (SENCAN; TEKIN; TATLI, 2013).

Estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos com o objetivo de quantificar a influência da partilha da cama na duração do aleitamento materno aponta que o fato da mãe deitar e dormir com seu filho na mesma cama ou outras superfícies de dormir para o sono noturno ou durante o principal período de sono está associado com uma maior duração no

tempo de amamentação. A duração da amamentação também foi maior entre as mulheres com melhor grau de instrução, brancas, que tinham amamentado anteriormente e planejado a amamentação e não tinham voltado a trabalhar no primeiro ano pós-parto (HUANG et al., 2013).

O passo 6 da IHAC preconiza não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica, e põe como critério global que pelo menos 75% dos bebês nascidos a termo durante o último ano sejam exclusivamente amamentados ou exclusivamente alimentados com leite extraído do seio, do parto à alta do hospital (UNICEF, 2008). Na presente investigação o aleitamento materno exclusivo (AME) foi praticado por 81,5% das mães na ocasião da alta hospitalar, sendo considerado satisfatório segundo o critério estabelecido pelo Ministério da Saúde.

No tocante ao AME até o sexto mês de vida, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2001) os valores revelados pela pesquisa (39,4%) apresentam-se elevados se comparados a probabilidade de AME aos 180 dias da PPAM que fica em torno de 10% para o conjunto das regiões brasileiras.

A amamentação sob livre demanda, constitui o passo 8 da IHAC. No presente estudo, 73,2% das mães relataram alimentar seus bebês com a frequência e duração que eles desejassem ou algo similar, sendo esta prevalência inferior a esperada que é de 80% (UNICEF, 2008). A amamentação sob livre demanda é fundamental ao passo que eleva a produção do leite, contribuindo para o sucesso da amamentação (FIGUEREDO; MATTAR, ABRAÃO, 2012). Vale salientar, neste contexto, que 10,6% da amostra do presente estudo apresentou o leite insuficiente como o motivo para o desmame.

Dentre todos os outros fatores que influenciaram no desmame precoce das crianças do presente estudo, aqueles mais citados foram os fatores maternos (trabalho, doença, problema na mama, opção/escolha) com 26,1% dos casos, seguidos da rejeição pelo bebê (17,9%). Panorama semelhante é evidenciado em revisão integrativa da literatura, que ao estudar dez artigos, datados de 2005 a 2010, que compartilhavam o tema posto, aponta o trabalho materno como fator mais citado entre os autores, seguidos do uso de mamadeira e chupeta, recusa do bebê e problemas mamários (RODRIGUES; GOMES, 2014).

De acordo com a PPAM (2009), em 2008, para o município de Fortaleza a prevalência estimada de crianças em aleitamento materno aos 365 dias foi de 44,5%. Na ocasião da coleta dos dados (2014-2015) desta investigação, 32,5% das crianças investigadas na faixa etária de 12 a 18 meses eram aleitadas ao peito. Vale considerar que 63,7% da amostra de crianças tinha 15 meses ou mais.



A mediana de aleitamento materno total (AMT) foi de oito meses mostrando-se inferior tanto à evidenciada, no âmbito nacional, na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS (2006) (9,1 meses) quanto à que posteriormente foi verificada na PPAM para o conjunto das capitais brasileiras (11,2 meses), para a Região Nordeste (11,4 meses) e para Fortaleza (10,9 meses). Tal fato ressalta a necessidade das mães serem continuamente apoiadas após a alta hospitalar pelos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família ou no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (VASCONCELOS; LIRA; LIMA, 2006). Estudos nacionais (TAMASIA; VENÂNCIO; SALDIVA, 2015; RAMOS et al., 2010; DEMÉTRIO; PINTO; ASSIS, 2012) e internacional (SILVA et al., 2014) indicaram medianas de AMT superiores a 365 dias. Outras pesquisas realizadas na Paraíba (OLIVEIRA et al., 2013), Pernambuco (VASCONCELOS; LIRA; LIMA, 2006; OLIVEIRA et al., 2013; CAMINHA et al., 2010), Piauí (RAMOS et al., 2008), Minas Gerais (CHAVES; LAMOUNIER; CESAR, 2007; FREITAS et al., 2012) e São Paulo (BERNARDI; JORDÃO; BARROS, 2009) relataram medianas menos elevadas variando entre 112 (VASCONCELOS; LIRA; LIMA, 2006) e 237 (CHAVES; LAMOUNIER; CESAR, 2007) dias. A diversidade observada na duração da prática de aleitamento materno sugere a importância do incentivo a realização dos diagnósticos situacionais locais no sentido de subsidiar o planejamento de intervenções apropriadas.

No que diz respeito a situação de aleitamento materno das crianças estudadas considerando a frequência ou não a creche na ocasião da entrevista a maior parte das crianças aleitadas ao peito eram de creche pública (44,2%). Também foi neste grupo de crianças que se constatou tempo médio de aleitamento materno total mais elevado (10,15 meses). A maior oferta de leite materno à crianças de frequentadoras de creches públicas neste estudo pode-se dever ao fato destas crianças pertecerem a famílias de rendas mais baixas, o que favorece a oferta do leite materno como meio de poupar rendimentos (ARAÚJO et al., 2004; ROCHA et al., 2010).

As crianças frequentadoras de creches privadas, por sua vez, apresentaram as menores médias de aleitamento materno (7,80 meses), e na ocasião da coleta dos dados apenas 20% das crianças de creches privadas estavam em aleitamento materno. Este panorama sugere a necessidade de apoio e incentivo ao aleitamento materno especialmente nesta modalidade de creche uma vez que as mesmas exercem importante papel na formação dos hábitos alimentares das crianças pequenas e constituem lugares apropriados para incentivar a manutenção do aleitamento materno e difundir mensagens de educação nutricional e orientações para cuidadores de crianças.

Em São Paulo, estudo transversal realizado com 255 crianças, com faixa etária entre cinco e 29 meses, ao descrever os erros alimentares presentes na introdução da alimentação complementar e na oferta de leite não materno em crianças frequentadoras de creches públicas evidencia introdução do leite não materno em 40% das crianças até três meses e em 78% até seis meses (GOLIN et al., 2011). Achados semelhantes ocorreram em estudo de Barbosa et al. (2009) ao estudar 56 crianças de nove a 18 meses de idade matriculadas em cinco creches de São Paulo ao apontar a frequência a creche pública como fator de risco para tempo insuficiente de desmame (OR 3,20; IC95% 0,77-14,29).

#### **6.4 Comportamento do sono**

É bastante recente a publicação no Brasil de instrumento traduzido para o português que avalie o comportamento do sono em lactentes e primeira infância (0-3 anos). Data de 2012 a publicação do primeiro instrumento traduzido, o *Brief Infant Sleep Questionnaire - BISQ*, por Nunes, Kampfl e Sadeh (2012). Devido a inexistência de instrumentos validados disponíveis para avaliar o comportamento do sono de crianças nestas faixas de idade, os estudos realizados utilizam parâmetros de mensuração diversos, a citar: dificuldade para iniciar o sono, duração do sono (número de horas), despertares/interrupções, horário para dormir e acordar, coleito, rotina para adormecer, local onde a criança dorme, métodos de adormecimento, entre outros (LOPES, 2010; SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2010).

Ademais, definir alterações no comportamento de sono de crianças é uma tarefa difícil em virtude dos diferentes padrões de sono que ocorrem ao longo de seu desenvolvimento (CRISPIM et al., 2011) e pela diferente tolerabilidade dos pais ao padrão de sono dos seus filhos. Neste sentido, os resultados obtidos mediante a aplicação do ISQ possibilitam traçar um perfil do comportamento do sono de crianças na faixa etária de 12 a 18 meses, e posteriormente traçar um comparativo entre grupos com diferentes características, mas avaliados com base nos mesmos critérios.

Na presente tese, considerando os três critérios de avaliação do comportamento do sono do ISQ, o dos escores, a semelhança estudo de Rodrigues et al. (2015), foi o que mostrou maior prevalência de alterações (28,2%), seguida pela do cuidador (27,6%), sendo a concordância entre estes considerada moderada (Kappa = 0,461). O critério do avaliador foi o que menos diagnosticou alterações (23%) apresentando índice kappa de concordância de 0,336 com o critério do cuidador. Diante destes achados, pode-se inferir que dentre os

critérios de avaliação do sono infantil, aquele percebido pelos pais representa informação fundamental para uma investigação clínica mais apurada.

Estudo longitudinal realizado com 85 mães israelenses centrado nas relações entre a qualidade do sono infantil e a percepção materna a ele relacionada identificou relação preditiva e significativa entre a percepção materna sobre o sono de suas crianças avaliada por meio do *Infant Sleep Vignettes Interpretation Scale* – ISVIS e o sono da criança medido por meio de actigrafia, diário materno e do BISQ (TIKOTZKY; SADEH, 2009). Estudo de caso controle realizado com o mesmo objetivo e conduzido com 48 casos (crianças referidas a uma clínica de sono por apresentarem problemas com despertares noturnos) e 48 controles (crianças sem queixas dos pais sobre dificuldades de sono) ao utilizar metodologia de avaliação semelhante identifica correlação positiva e significativa ( $p < 0,05$ ) entre a qualidade do sono das crianças e a percepção dos pais, corroborando com os achados de Tikotzky e Sadeh (2009). A percepção dos pais sobre dificuldades na definição de limites foram associadas com pior qualidade de sono (SADEH et al., 2007). A percentagem de cuidadores nesta investigação que definem o sono da sua criança como problemático também está de acordo com relatos da literatura como: Fazzi et al. (2006) – 27% e Santos, Mota e Maatijasevich (2010) – 21,8%.

Estes resultados reforçam a importância de métodos de rastreio que avaliem a percepção dos cuidadores, primeiros identificadores de possíveis alterações no comportamento de sono, e fortificam a necessidade de inserção deste critério de avaliação durante as consultas de enfermagem à criança na atenção básica, prevenindo futuros distúrbios na busca deste acompanhamento.

Revisão integrativa de 30 artigos sobre o sono pediátrico na atenção primária, ressalta este cenário de atenção como ideal para o manejo de dificuldades com o sono das crianças, aponta alta prevalência de problemas de sono pediátrico em cuidados primários, baixa triagem e gestão dos casos, bem como limitações relacionados a formação dos profissionais que imputam lacunas no conhecimento que possibilitem a identificação de um padrão de sono problemático (HONAKER; MELTZER, 2016).

Neste sentido o ISQ constitui ferramenta em potencial para a realização de triagem eficaz do sono de crianças de 12 a 18 meses de idade na atenção primária à saúde, contribuindo para a gestão de distúrbios do sono, vez que a aplicação do questionário fornece um resultado imediato capaz de orientar o fornecimento de recomendações pontuais sobre o comportamento de sono da criança.

Considerando os critérios do ISQ utilizados pelo avaliador para definir a existência de alterações no comportamento do sono, os resultados refletem a tendência descrita na literatura ao mostrar que o sono nessa idade ainda é bastante fragmentado, sendo este o domínio mais problemático. Os despertares noturnos em cinco ou mais noites por semana há dois ou mais meses de duração foram referidos por 30,3% da amostra, e 11,4% acordavam três vezes ou mais durante a noite.

No estudo de Fazzi et al. (2006) em quase metade das crianças de 10 a 39 meses, o sono noturno foi interrompido por despertares, as crianças despertavam em média quatro noites por semana e duas vezes por noite. Lopes et al. (2010) refere que 40,2% das crianças aos 12 meses despertavam ao menos uma vez durante a noite, chegando a acordar cinco vezes na mesma noite. E segundo Santos, Mota e Maatijasevich (2010) também aos 12 meses de idade 64,4% das crianças acordavam no meio da noite, 56,5% o faziam todas as noites e 43,5% de duas a três vezes por noite.

Supõe-se que este panorama possa ser devido a elevada intervenção dos pais para favorecer a iniciação ou manutenção do sono das crianças estudadas, sendo as principais: dormir no quarto dos pais, adormecer com os pais por perto, oferecer alimentação para que a criança durma e para que ela volte a dormir e o co-leito. É sabido que crianças que aprendem a dormir sozinhas possuem períodos de sono sustentáveis mais longos que aquelas que dependem da intervenção dos pais, pois conseguem desenvolver a autorregulação e habilidades para dormir (LÉLIS et al., 2014).

Distúrbios do sono na infância vêm sendo relacionados com a prática de amamentação (LÉLIS et al., 2014). Neste contexto, a presente tese teve por objetivo verificar a existência de associação entre as alterações no sono das crianças e a duração das práticas de amamentação. Para a análise ajustada, a alteração no sono infantil manteve associação significativa com o tempo de aleitamento materno total ( $p=0,032$ ). Crianças que mamaram por mais de 12 meses tiveram chances duas vezes maiores de apresentarem problema de sono (OR=2,00; IC95% 1,14-4,59).

Corroborando com os achados da presente investigação, Quillin e Glenn (2004) apontam que os lactentes amamentados geralmente dormem curtos períodos, acordando mais frequentemente, especialmente durante a noite, se comparados a lactentes alimentados com a mamadeira. Alguns pais relatam haver associação entre o tempo que a criança permaneceu mamando durante a noite e o desencadeamento de hábitos do sono precários. A amamentação na idade de um ano tem sido identificada como fator de risco para persistência de problemas de sono na infância, possivelmente, devido à presença dos pais

no momento de dormir, aumentando os problemas para iniciar o sono (GIBSON; GANDER; ELDER, 2011).

De forma contrária, estudo realizado com 16 bebês de 12 semanas, ao dividi-los em dois grupos considerando sua alimentação exclusivamente natural ou artificial, aponta a ação do leite materno como facilitador do sono dos bebês e de sua ritmicidade, condicionada pela produção de melatonina, hormônio que estimula e regula o sono, e que tem como percussor o triptofano presente no leite materno (CUBERO et al., 2005).

Ressalta-se a necessidade de aprofundar as investigações no sentido de elucidar como a manutenção da prática de aleitamento materno pode interferir na qualidade do sono das crianças após o primeiro ano de vida, no sentido de melhorar os padrões de sono e, conseqüentemente, a saúde de crianças.

Por fim, a amostra do estudo incluiu crianças frequentadoras e não frequentadoras de creches, por considerar que o início da vida escolar, realidade cada vez mais prevalente em faixas etárias precoces, pode influenciar na caracterização dos padrões de sono. Durante a semana as crianças dormem e acordam em função dos horários escolares e a duração de sono acaba sendo diferente da dos finais de semana. Não obstante, neste estudo a frequência ou não a creche não esteve associada ao comportamento do sono.

## 7.0 Conclusões

Na presente investigação, a aplicação do ISQ representou importante tecnologia aplicada na investigação de associações com variáveis relacionadas ao cuidador e a criança em amostra representativa. Neste contexto, após ajuste de variáveis mantiveram-se no modelo final: o número de pessoas que moram domicílio, a renda familiar, a existência de mudanças na rotina da criança no último mês anterior a entrevista, os hábitos de alimentação durante a madrugada, o uso de chupeta, a hora de ir para cama e o tempo de sono diurno e noturno. Com estes achados, enfatiza-se que para investigar diferenças detalhadas no padrão de sono e vigília das crianças devem ser considerados aspectos relacionados à conjuntura socioeconômica, e, outros, que considerem a rotina da criança, pois somente assim, irá se proceder uma investigação completa e compreensiva do comportamento de sono das crianças, capaz de orientar enfermeiros e demais profissionais da saúde na detecção antecipada de variáveis que possam propiciar o aparecimento de distúrbios do sono.

Observou-se que o prolongamento do aleitamento materno por mais de 12 meses elevou as chances para a existência de alterações no comportamento do sono. Considerando que o ISQ avalia o comportamento do sono segundo dificuldades relacionadas ao adormecimento, aos despertares noturnos e ao co-leito, esclarece-se o entendimento deste achado ao assumir-se que: i) de acordo com a literatura, a manutenção de práticas que favoreçam a iniciação do sono da criança, a citar, a estratégia de dar de mamar para que a criança pegue no sono, pode gerar dificuldades relacionadas ao adormecimento que se torna estímulo-dependente; ii) o fato de crianças amamentadas despertarem mais durante a noite, quando comparadas às alimentadas por fórmulas; iii) maior prevalência de co-leito em mães que amamentam.

Mediante a identificação de associação estatisticamente significativa, após ajustes, entre a duração do aleitamento materno e a existência de alteração no comportamento do sono, intervenções de profissionais da saúde, principalmente no âmbito da enfermagem, junto aos cuidadores de crianças que continuam sendo amamentadas, após o primeiro ano de vida, precisam ser planejadas no sentido de orientar a respeito dos riscos associados, especialmente, a manutenção da prática do co-leito, do hábito de oferecer a mama para que a criança pegue no sono e de oferecer o peito a criança durante a madrugada, no sentido de minimizar os problemas de sono nesta população e ajudar a prevenir o estabelecimento de problemas recorrentes, potencialmente, causadores de distúrbios do sono.

A amamentação na primeira hora de vida, passo 4 da IHAC, que constitui ação estratégica no contexto dos eixos estruturantes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) instituída pelo Ministério da Saúde no ano de 2015, representou no presente trabalho efeito protetor sobre a existência de alterações no comportamento de sono das crianças avaliadas. Neste contexto, fica reforçada a sua adoção nas práticas de atenção neonatal, como uma das principais ações pró-amamentação desenvolvidas no âmbito do SUS no contexto da saúde integral da criança.

Apesar de se saber que a proximidade entre mãe e filho permite acesso fácil e direto ao aleitamento materno, o fato das crianças frequentarem ou não creche não se mostrou associado à duração do aleitamento materno. Este achado fortalece como aspecto importante para o sucesso da amamentação o desejo da mulher em continuar amamentando, que talvez resulte no prazer que a mesma sente em relação a esta prática, imperando diante das adversidades que o distanciamento do filho, por período integral ou parcial possam impor. Ressalta-se neste contexto vários ajustes que podem vir a ser utilizados por mães que mantêm seus filhos em creches para que as mesmas possam continuar amamentando, a citar: a ordenha do leite para que o mesmo possa ser oferecido a criança por outra pessoa e a substituição das mamadas do dia por fórmula, deixando para oferecer o leite materno antes de sair de casa de manhã cedo e ao voltar, no final do dia. Logo, manter a criança em creches por opção ou porque se precisa trabalhar não seria considerado, no contexto dos resultados encontrados, fator determinante de insucesso na amamentação.

Apesar de se saber que o início da vida escolar representa um fator que pode influenciar na caracterização dos padrões de sono da criança, na presente tese a inserção ou não das crianças em creches não esteve associada ao comportamento do sono apresentado pelas mesmas. Infere-se, portanto, que devido a predisposição natural apresentada por crianças nesta faixa de idade para iniciar e finalizar o sono mais cedo, apresentando maior regularidade nos horários de sono, as mesmas adaptam-se aos horários escolares com mais facilidade.

Acreditando que a percepção dos cuidadores sobre o comportamento do sono das crianças alcança as coisas de modos diferentes, ora tais como são em si mesmas, ora como se apresentam deve ser considerada a realização de estudos que comparem a prevalência de problema de sono verificada por meio da percepção dos cuidadores, segundo o ISQ daquela realizada por meio de alternativas diagnósticas e laboratoriais.

Por fim, recomenda-se a realização de estudos com outros delineamentos capazes de gerar novas hipóteses e aprofundar a investigação sobre a relação existente entre a duração do

aleitamento materno entre crianças com problema de sono e crianças sem problema de sono, como os de caso-controle.

Conclui-se que o cuidado à criança deve estar focado na manutenção de um estilo de vida saudável, que inclui a higiene do sono, e que a Atenção Primária em Saúde (APS) representa cenário ideal para o manejo de dificuldades com o sono das crianças. Desta forma, a avaliação do comportamento do sono em crianças com idade entre 12 e 18 meses, representa importante método de triagem para possíveis alterações no padrão do sono de cunho comportamental a ser implementado nos serviços de atenção à criança em cuidados primários, com potencial para identificação rápida e de baixo custo com elevado potencial clínico e de pesquisa. Isso reforça a política adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que tem adotado um modelo de atenção à saúde organizado em redes, com ênfase em ações preventivas e de promoção da saúde.



## REFERÊNCIAS

- ACEBO, C.; SADEH, A.; SEIFER, R. et al. Sleep/Wake patterns derived from activity monitoring and maternal report for healthy 1-to 5- year-old children. **Sleep**, v.28, n.12, p.1568-77, 2005.
- ADAIR, R. et al. Night waking during infancy role of parental presence at bedtime. **Pediatrics**, v.87, p.500-4, 1991.
- ALMEIDA, G. G. et al. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. **Ciê. Saúde Colet.**, v.13, n.2, p.487-94, 2008.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - AAP. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. **Pediatrics.**, v.128, n.5, p.1-27, 2011.
- ARAÚJO, M.F.M. et al . Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.4, n.2, p.135-141, 2004.
- ARMSTRONG, K. L.; QUINN, R. A.; DADDS, M. The sleep patterns of normal children. **The Medical Journal of Australia**, v.161, n.1, p.202-6, 1994.
- BARBOSA, M.B. et al . Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. **Rev. paul. pediatr.**, v.27, n.3, p.272-81, 2009.
- BARROS, V. O. et al. Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. **Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr.**, v.34, n.2, p.101-14, 2009.
- BATISTA, B. H. B.; NUNES, M. L. Validação para Língua Portuguesa de Duas Escalas para Avaliação de Hábitos e Qualidade de Sono em Crianças. **J Epilepsy Clin Neurophysiol.**, v.12, n.3, p.143-8, 2006.
- BAYER, J. K. et al. Sleep problems in young infants and maternal mental and physical health. **Journal of Paediatrics & Child Health**, v.43, n.1-2, p.66-73, 2007.
- BRAGA, N. P.; REZENDE, M. A.; FUGIMORI, E. Amamentação em creches no Brasil. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.**, v.19, n.3, p.465-474, 2009.
- BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases - Lei 9394/96 | Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil, 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

BERNARDI, J.L.D.; JORDÃO, R.E.; BARROS, F.A.A. Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo. **Rev Nutr.**, v.22, n.6, p.867-78, 2009.

BEZERRA, M.A.L. et al. Conhecimento das mães sobre a Síndrome da Morte Súbita do Lactente. **Esc Anna Nery**, v.19, n.2, p.303-9, 2015.

BORSA, J.C.; NUNES, M.L.T. Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicologia Argumento**, v.29, n.64, p.31-9, 2011.

BRECAILO, M. K. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná. **Rev Nutr.**,v.23, n.4, p.553-63, 2010.

CAETANO, E. A.; PANOBIANCO, M. S.; GRADIM, C. V. C. Análise da produção científica nacional sobre a utilização de grupos na reabilitação de mastectomizadas. **Rev. Eletr. Enf.**, v.14, n.4, p.965-73, 2012.

CAMINHA, M.F.C. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.2, p.240-8, 2010.

CÉSAR, J.A. et al. Opinião das mães sobre a posição do bebê dormir após campanha nacional: estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v.13, n.4, p.329-33, 2013.

CHAVES, R.G.; LAMOUNIER, J.A.; CÉSAR, C.C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **J Pediatr.**, v.83, n.3, p.241-6, 2007.

CHEN, M.; WANG, E.; JENG, Y. Adequate sleep among adolescents is positively associated with health status and health-related behaviors. **BMC Public Health.**, v.6, n.59, p.1-8, 2006.

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

- CRABTREE, M.V.; KORHONEN, J.B.; MONTGOMERY-DOWNS, H.E. et al. Cultural influences on the bedtime behaviors of Young children. **Sleep Medicine.**, v.6, n.4, p.319-24, 2005.
- CRISPIM, J.N. et al. Padrão de sono e factores de risco para privação de sono numa população pediátrica portuguesa (Sleep pattern and risk factors for sleep deprivation in a portuguese pediatric population). **Acta Pediatr Port.**, v.41, n.3, p.93-8, 2011.
- CUBERO, J. et al. The circadian rhythm of tryptophan in breast milk affects the rhythms of 6-sulfatoxymelatonin and sleep in newborn. **Neuro Endocrinol Lett**, v.26, p.657-61, 2005.
- DAYIE, R.A. et al. Use of a statewide system to improve health and safety in child care facilities. **Ambul Pediatr.**, v.1, n.2, p.73-8, 2001.
- DEMÉTRIO, F.; PINTO, E.J.; ASSIS, A.M.O. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública.**, v.28, n.4, p.641-50, 2012.
- DEMITTO, M.O.; BERCINI, L.O.; ROSSI, R.M. Uso de chupeta e aleitamento materno exclusivo. **Esc. Anna Nery**, v.17, n.2, p.271-276, 2013.
- DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. Informações em saúde. Brasília; 2013. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 24 jan. 2016.
- DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, v.30, supl. 1, p.S101-S116, 2014.
- ESTEVEVES, M. R. et al. Influências das relações intrafamiliares no comportamento de crianças que frequentam creches públicas de Alfenas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.33, n.3, p.97-103, 2012.
- FAZZI, E. et al. A questionnaire on sleep behaviour in the first years of life: preliminary results from a normative sample. **Funct Neurol.**, v.21, n.3, p.151-8, 2006.
- FELDEN, E.P.G. et al. Sono em adolescentes de diferentes níveis socioeconômicos: revisão sistemática. **Rev. paul. Pediatr.**, v.33, n.4, p.467-473, 2015.
- FIGUEREDO, S.F.; MATTAR, M.J.G.; ABRÃO, A.C.F.V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta paul. enferm.**, v.25, n.3, p.459-463, 2012.
- FIGUEROA PEDRAZA, D.; ROCHA, A. C. D.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Assistência pré-natal e peso ao nascer: uma análise no contexto de unidades básicas de saúde da família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.35, p.349-356, 2013.
- FREITAS, T.C.S.B. et al. Prevalência do aleitamento materno e fatores associados à interrupção da amamentação em mulheres militares. **Rev Paul Pediatr.**, v.30, n.4, p.493-8, 2012.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado**: módulo 1: histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

GALBALLY, M. et al. Breastfeeding and infant sleep patterns: an Australian population study. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v.49, p.147-52, 2013.

GIBSON, R.; GANDER, P.; ELDER, D. Factors differentiating infants identified by parents as problem sleepers, and those that are not. **Sleep and Biological Rhythms.**, v.10, p.46–52, 2011.

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

GEIB, L. T. C. Moduladores dos hábitos do sono. **Rev. bras. Enferm.**, v.60. n.5, p.564-8, 2007a.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento dos estados de sono na infância. **Rev. bras. Enferm.**; v.60, n.3, p.323-6, 2007b.

GERSHON, N. B.; MOON, R.Y. Infant Sleep Position in Licensed Child Care Centers. **Pediatrics**, v.100, n.1, p.75-8, 1997.

GOLIN, C.K. et al. Erros alimentares na dieta de crianças frequentadoras de berçários em creches públicas no município de São Paulo, Brasil. **Rev. paul. pediatr.**, v.29, n.1, p. 35-40, 2011.

GUSMÃO, A. M. et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.11, p.3357-68, 2013.

GRAZEL, R.; PHALEN, A.G.; POLOMANO, R.C. Implementation of the American Academy of Pediatrics recommendations to reduce sudden infant death syndrome risk in neonatal intensive care units: an evaluation of nursing knowledge and practice. **Adv Neonatal Care.**, v.10, p.332-42, 2010.

GRUBER R, CASSOFF J, KNÄUPER B. Sleep health education in pediatric community settings: rationale and practical suggestions for incorporating healthy sleep education into pediatric practice. **Pediatr Clin North Am.**, v.58, p.735-54, 2011.

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

HALL, W. A. et al. A community-based study of sleep and behaviour problems in 12- to 36-month-old children. **Child: care, health and development**, v.38, n.3, p.379-89, 2011.

HALL, W. A. et al. A model for predicting behavioural sleep problems in a random sample of Australian pre-schoolers. **Infant Child Dev.**, v.16, p.509-23, 2007.

HERSKOVIC, L. P. et al. Encuesta telefónica sobre posición al dormir en lactantes menores de un año que asisten a una muestra de salas cuna privadas en Santiago de Chile. **Rev. chil. pediatr.**, v.72, n.6, p.528-30, 2001.

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

HISCOCK, H.; WAKE, M. Infant sleep problems and postnatal depression: A community-based study. **Pediatrics**, v.107, n.6, p.1317-22, 2001.

HOCKENBERRY, M. J., WILSON, D. **Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

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

HORNE, R.S.; HAUCK, F.R.; MOON, R.Y. Sudden infant death syndrome and advice for safe sleeping. **BMJ.**, v.350, 2015.

HUANG Y. et al. Influence of bedsharing activity on breastfeeding duration among US mothers. **JAMA Pediatr.**, v.167, n.11, p.1038-44, 2013.

**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. Disponível em: <[http://downloads.ibge.gov.br/downloads\\_geociencias.htm](http://downloads.ibge.gov.br/downloads_geociencias.htm)> Acesso em: 18 maio 2014.

\_\_\_\_\_. **Estados @. Ceará**. Disponível em: <<http://www.ibge.br/estadosat/perfil.php?sigla=ce>>. Acesso em: 16 fev. 2016.

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

ISSLER, R. M. S. et al. Estudo comparativo do período de aleitamento materno de crianças em creches internas e externas. **J. Pediatr**, v.70, n.5, p:287-290, 1994.

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

JENNI, O.G. et al. Sleep duration from ages 1 to 10 years: variability and stability in comparison with growth. **Pediatrics.**, v.120, p.769-76, 2007.

KLEIN, J. M.; GONÇALVES, A. Problemas de sono-vigília em crianças: um estudo da prevalência. **PsicoUSF**, v.13, n.1, p.51-8, 2008.

KOHLENDORFER, U.K.; MOON, R.Y. Sudden infant death syndrome (SIDS) and child care centres (CCC). **Acta Paediatrica.**, v.97, p.844-5, 2008.

LAMOUNIER, J.A. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.44, n.4, p.319-24, 1998.

- LELIS, A.L.P.A. et al. **Crianças com mielomeningocele e a repercussão do diagnóstico no cotidiano familiar: perspectiva da mãe.** In: 2 Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal, 2012, Fortaleza. Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal, 2012.
- LÉLIS, A.L.P.A. et al. Influence of the Family contexto on sleep disorders in children. **Rev. Rene**, v.15, n.2, p.343-53, 2014.
- LI, L. et al. Observations on increased accidental asphyxia deaths in infancy while cosleeping in the state of Maryland. **Am. J. Forensic. Med. Pathol.**, v.30, p.318-21, 2009.
- LOPES, E. R. et al. Depressão pós-parto e alterações de sono aos 12 meses em bebês nascidos na zona urbana da cidade de Pelotas/RS. **J. bras. psiquiatr.**, v.59, n.2, p: 88-93, 2010.
- MACEDO, M.J. Abordagens eficazes para a higiene do sono na infância: uma revisão sistemática. **Rev Port Med Geral Fam**, v.30, n.6, P.415-17, 2014.
- MADEIRA, I. R.; AQUINO, L. A. Problemas de abordagem difícil: "não come" e "não dorme". **J. Pediatr.**, v.79, Supl.1, p.S43-S54, 2003.
- MAIA, I.; PINTO, F. Hábitos de sono. **Nascer e Crescer**, v.17, n.1, p.9-12, 2008.
- MARTIN, J. A.; HAMILTON, B. E.; OSTERMAN, M. J. K. et al. Births: Final Data for 2013. **National Vital Statistics Reports**, v.64, n.1, 2015.
- MATIJASEVICH, A. et al. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.22, n.4, p.557-564, 2013.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.4, p.758-64, 2008.
- MELCHIOR, L. E.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Comportamento de bebês na rotina diária da creche. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, v.12, n.2, p.42-51, 2002.
- MOON, R. Y.; BILITER, W. M. Infant sleep position policies in licensed child care centers after back to sleep campaign. **Pediatrics.**, v.106, n.3, p.576-80, 2000.
- MOON, R.Y.; BILITER, W.M.; CROSKELL, S.E. Examination of state regulations regarding infants and sleep in licensed child care centers and family child care settings. **Pediatrics.** v.107, n.5, p.1029-36, 2001.
- MOON, R. Y.; CALABRESE, T.; AIRD, L. Reducing the Risk of Sudden Infant Death Syndrome in Child Care and Changing Provider Practices: Lessons Learned From a Demonstration Project. **Pediatrics**, v.122, n.4, p.788-98, 2008.
- MOON, R.Y.; PATEL, K.M.; SHAEFER, M.D. Sudden Infant Death Syndrome in Child Care Settings. **Pediatrics.**, v.106, n.2, p.295-300, 2000.

MOON, R. Y.; WEESE-MAYER, D. E.; SILVESTRI, J. M. Nighttime child care: inadequate sudden infant death syndrome risk factor knowledge, practice, and policies. **Pediatrics.**, v.111, n.4 Pt 1, p.795-9, 2003.

MOON, R. Y.; ODEN, R. P. Back to sleep: can we influence child care providers? **Pediatrics.**, v.112, n.4, p.878-82, 2003.

MOON, R. Y.; CALABRESE, T.; AIRD, L. Reducing the risk of sudden infant death syndrome in child care and changing provider practices: lessons learned from a demonstration project. **Pediatrics.**, v.122, n.4, p.788-98, 2008.

MORRELL, J. M. B. The Infant sleep Questionnaire: A new tool to assess infant sleep problems for clinical and research purposes. **Child Psychology and Psychiatry Review**, v.4, n.1, p.20-26, 1999.

MORRELL, J.; CORTINA-BORJAB, M. The Developmental Change in Strategies Parents Employ to Settle Young Children to Sleep, and their Relationship to Infant Sleeping Problems, as Assessed by a New Questionnaire: the Parental Interactive Bedtime Behaviour Scale. **Infant and Child Development.**, v.11, p.17-41, 2002.

NUNES, M. L. Distúrbios do sono. **J. Pediatr.**, v.78, Suppl 1, p:S63-S72, 2002.

NUNES, M. L.; CAVALCANTE, V. Avaliação clínica e manejo da insônia em pacientes pediátricos. **J Pediatr.**, v.81, n.4, p.277-86, 2005.

NUNES, M. L.; KAMPPFF, J. P. R.; SADEH, A. BISQ Questionnaire for Infant Sleep Assessment: translation into Brazilian Portuguese. **Sleep Sci.**, v.5, n.3, p.89-91, 2012.

OLIVEIRA, C. A. H. S.; ANDRADE, L. B. P.; ANDRADE, M. A. R. A. A política de atendimento à infância no Brasil e a atuação dos assistentes sociais nas creches. **Educação em Revista**, v.9, n.2, p.1-20, 2008.

OLIVEIRA, M. M. et al. **Estado nutricional de crianças assistidas em creches públicas do município de Campina Grande, Paraíba.** In: 65ª Reunião Anual da SBPC, 2013, Recife. Anais/Resumos da 65ª Reunião Anual da SBPC. Recife: SBPC, 2013.

OLIVEIRA, M. G. O. A. et al. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. **Rev Bras Epidemiol.**, v.16, n.1, p.178-89, 2013.

ORENGO, F. F. et al. Prevalência de distúrbios do sono em crianças de 5 a 10 anos. **ConScientiae Saúde**, v.11. n.2, p. 320-5, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis.** Uma declaração da OMS/UNICEF. Genebra: OMS, 1989.

PÁDUA, K. S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.1, p.70-9, 2010.

PATAH, L.E.M; MALIK, A.M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.1, p.185-94, 2011.

PENG, N.; CHEN, L.; LI, T. et al. The effect of positioning on preterm infants' sleep Wake states and stress behaviours during exposure to environmental stressors. **Journal of Child Health Care.**, v.18, n.4, p.314-25, 2014.

PEREIRA, R. S. V. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.12, p.2343-54, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POTASZ, C. et al. Prevalence of sleep disorders in children of a public hospital in São Paulo. **Arq Neuropsiquiatr.**, v.68, n.2, p.235-41, 2010.

QUILLIN, S.I.; GLENN, L.L. Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v.33, n.5, p.580-8, 2004.

RAMAMURTHY, M. B.; SEKARTINI, R.; RUANGDARAGANON, N.; HUYNH, D. H. T.; SADEH, A.; MINDELL, J. A. Effect of current breastfeeding on sleep patterns in infants from Asia-Pacific region. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v.48, p.669-74, 2012.

RAMOS, C.V. et al. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.24, n.8, p.1753-62, 2008.

RAMOS, C.V. et al. Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina - Piauí. **Epidemiol Serv Saúde.**, v.19, n.2, p.115-24, 2010.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C.A. O Ingresso e Adaptação de Bebês e Crianças Pequenas à Creche: Alguns Aspectos Críticos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.14, n.1, p.81-95, 2001.

REA, M. F. Reflexões sobre amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. Saúde de Pública**, v,19, n.1, Suppl, p.537-45, 2003.

REBOUÇAS, C. B. A. et al. **Promoção do aleitamento materno em equipes de saúde da família: duração e fatores associados nesta prática**. In: V Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal, 2013, Gramado. Anais do V Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal. São Paulo: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, 2013.

ROCHA, N.B. et al. O ato de amamentar: um estudo qualitativo. **Physis**, v.20, n.4, p. 1293-1305, 2010.

RODRIGUES, N.A.; GOMES, A.C.G. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. **Enferm. Rev.**,v.17, n.1, p.30-48, 2014.

RODRIGUES, S et al. Cuidado de enfermagem e o sono de lactentes: estudo exploratório e descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.14, n.4, p.534-42, 2015.



SADEH, A. et al. Infant sleep and parental sleep-related cognitions. **Journal of Family Psychology**, v.21, n.1, p.74-87, 2007.

SADEH, A. et al. Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. **J Sleep Res.**, v.18, p.60-73, 2009.

SADEH, A.; TIKOTZKY, L.; SCHER, A. Parenting and infant sleep. **Sleep Medicine Reviews.**, v.14, p.89-96, 2010.

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

SCHER, A.; ASHER, R. Is attachment security related to sleep–wake regulation? Mothers' reports and objective sleep recordings. **Infant Behavior & Development.**, v.27, p.288-302, 2004.

SENCAN, I.; TEKIN, O.; TATLI, M.M. Factors influencing breastfeeding duration: a survey in a Turkish population. **Eur J Pediatr.**, v.172, v.11, p.1459-66, 2013.

SILVA, D. et al. Aleitamento materno e caracterização dos hábitos alimentares na primeira infância: experiência de São Tomé e Príncipe. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v.14, n.3, p.269-77, 2014.

SILVA, M. B. et al. **Uso da Caderneta de Saúde da Criança em município da Paraíba, nordeste do Brasil.** In: 65ª Reunião Anual da SBPC, 2013, Recife. Anais/Resumos da 65ª Reunião Anual da SBPC, 2013.

SHEEHAN, J. M. **Maternal Factors Affecting Reported Infant Sleep Outcome.** 2012. Tese (Doutorado em Psicologia) - School of Social Sciences and Psychology, Victoria University, 2012.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v.8, n.1 Pt 1, p.102-6, 2010.

SOUZA, S. N. D. H.; MELLO, D. F.; AYRES, J. R. C. M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.6, p.1186-94, 2013.

TAMASIA, G.A.; VENÂNCIO, S.I.; SALDIVA, S.R.D.M. Situation of breastfeeding and complementary feeding in a medium-sized municipality in the Ribeira Valley, São Paulo. **Rev Nutr.**, v.28, n.2, p.143-53, 2015.

TIKOTZKY, L.; SADEH, A. Maternal Sleep Related Cognitions and Infant Sleep: A Longitudinal Study From Pregnancy Through the 1st Year. **Child development**, v.80, n.3, p.860-74, 2009.

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

- TOUCHETTE, É.; PETIT, D.; PAQUET, J. et al. Factors associated with fragmented sleep at night across early childhood. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, v.159, n.3, p.242-9, 2005.
- VALLE, L. E. L. R; VALLE, E. L. R.; REIMAO, R. Sono e aprendizagem. **Rev. Psicopedag.**, v.26, n.80, p.286-90, 2009.
- VASCONCELOS, M. G. L.; LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**,v.6, n.1, p.99-105, 2006.
- VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; BRÜGGEMANN, O. M. et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.2, p.458-66, 2012.
- VIANA, K. J. et al . Peso ao nascer de crianças brasileiras menores de dois anos. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 349-356, 2013.
- VITTA, F. C. F.; EMMEL, M. L. G. A dualidade cuidado x educação no cotidiano do berçário. **Paidéia**, v.14, n.28, p.177-89, 2004.
- VITÓRIA, T.; ROSSETTI-FERREIRA, M. C. Processos de adaptação na creche. **Cad. Pesq.**, n.86, p.55-64, 1993.
- WARD, T.C.S.; BALFOUR, G.M. Infant Safe Sleep Interventions, 1990-2015: A Review. **J Community Health.**, v.41, n.1, p.180-96, 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v.2, n.8452, p.436-7, 1985.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The optimal duration of exclusive breastfeeding.** Note for the Press No 7. Geneva: WHO, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNICEF. **Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated, and expanded for integrated care.** Geneva: World Health Organization, 2009.
- WILLINGER M. et al. National Infant Sleep Position study. Trends in infant bed sharing in the United States, 1993-2000: the National Infant Sleep Position study. **Arch Pediatr Adolesc Med.**, v.157, p.43-9, 2003.

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### PESQUISA “COMPORTAMENTO DO SONO E ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS DE DOZE A DEZOITO MESES DE IDADE”.

Local de coleta:

1 ( ) Posto de saúde                      2( ) Creche pública                      3( ) Creche privada

Nome do posto de saúde/creche: .....

Nome completo do entrevistado: .....

Parentesco do entrevistado com a criança:

1( ) Pai 2( ) Mãe 3( ) Avó/Avô 4( ) Outro(especificar) .....

Nome completo da criança: .....

Endereço da criança: .....

Referência do domicílio: .....

Telefones: .....

Número do questionário

Dia e mês da entrevista   /   /201

---

(Nome do entrevistador e assinatura)

---

(Nome do supervisor e assinatura)

## I – FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

<b>DADOS DOS CUIDADORES</b>	
1. Idade: (anos)	2. Naturalidade:
3. Sexo: 1 ( ) Feminino 2 ( ) Masculino	
4. Raça /Cor: 1 ( ) Branca 2 ( ) Preta 3 ( ) Parda 4 ( ) Amarela 5 ( ) Indígena	
5. Estado civil: 1 ( ) Casado 2 ( ) União estável 3 ( ) Solteiro 4 ( ) Viúvo 5 ( ) Separada	
6. Escolaridade: 1 ( ) Analfabeto 2 ( ) Fundamental incompleto (menos de nove anos) 3 ( ) Fundamental completo (nove anos completos) 4 ( ) Ensino médio incompleto (menos de doze anos) 5 ( ) Ensino médio completo (doze anos completos) 6 ( ) Superior Incompleto 7 ( ) Superior Completo 8 ( ) Pós-Graduação	
7. Trabalho remunerado 1 ( ) Trabalho fora de casa 2 ( ) Trabalho dentro de casa 3 ( ) Sem trabalho remunerado	
8. Renda familiar (em Salário Mínimo*): 1 ( ) Menos de um 2 ( ) Um a dois 3 ( ) Três a quatro 4 ( ) Cinco a seis 5 ( ) Sete a oito 6 ( ) Nove a dez 7 ( ) Acima de dez	
9. Número de cômodos no domicílio: _____ cômodos 1 ( ) Um 2 ( ) Dois a Três 3 ( ) Mais de quatro	
10. Número de pessoas que residem no domicílio (incluindo você e a criança): 1 ( ) Um 2 ( ) Dois a Três 3 ( ) Mais de quatro	
* Valor do salário mínimo vigente R\$ 724,00	
<b>DADOS DAS CRIANÇAS</b>	
11. Data de Nascimento: _____ (Priorize documento oficial: Caderneta de Saúde da Criança)	12. Idade Cronológica: _____ Meses
13. Sexo: 1 ( ) Feminino 2 ( ) Masculino	
<b>Copiar da Caderneta de Saúde da Criança(CSC)</b>	
14. Peso ao nascer: _____ g 9 ( ) Sem informação na CSC ( ) Informado	
15. Idade gestacional ao nascer: _____ semanas 9 ( ) Sem informação na CSC ( ) Informada	
16. APGAR: 1º min _____ /5º min _____ 9 ( ) Sem informação na CSC ( ) Informado	
17. Tipo de parto 1 ( ) Normal 2 ( ) Fórceps 3 ( ) Cesário	
18. Internamento ao nascer: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não Se sim: Motivo do internamento _____ Quanto tempo (meses/dias) _____	
19. A criança apresenta algum tipo de deficiência (mental ou intelectual, motora, auditiva, visual)? 1 ( ) Não 2 ( ) Sim Especificar: _____	
20. A criança apresentou algum problema de saúde no último mês (febre, dor, tosse, dispneia, congestão nasal, outro): 1 ( ) Não 2 ( ) Sim Especificar: _____	
21. No último mês, a criança vivenciou algum tipo de mudança em sua rotina? 1 ( ) Não 2 ( ) Sim Especificar: _____	
22. No último mês, a criança fez uso de algum tipo de medicação? 1 ( ) Não 2 ( ) Sim Especificar: _____	
23. Número de irmãos 1 ( ) Nenhum 2 ( ) Um 3 ( ) Dois a Três 4 ( ) Mais de quatro	
24. Ordem de nascimento da criança 1 ( ) 1ºfilho 2 ( ) 2ºfilho 3 ( ) 3ºfilho 4 ( ) 4ºfilho ou mais	
25. A criança desta entrevista é uma criança que frequenta creche?	

1 ( ) Sim 2 ( ) Não (Pule para a questão 29xsc \zzzzzzzz)
26. Em um dia normal, quanto tempo a criança permanece na creche? 1 ( ) Tempo integral 2 ( ) Tempo parcial
27. Em uma semana normal, quantos dias da semana a criança frequenta a creche? 1 ( ) Cinco dias 2 ( ) Menos de 5 dias
28. Quanto tempo faz que a criança frequenta a creche? 1 ( ) Seis meses ou mais 2 ( ) Menos de seis meses

## II – FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DO SONO DA CRIANÇA E DA PRÁTICA DE ALEITAMENTO MATERNO

<b>DADOS DO SONO DA CRIANÇA</b>
29. Organização para dormir: 1 ( ) Berço em um quarto separado 2 ( ) Berço no quarto dos pais 3 ( ) Na cama dos pais 4 ( ) Berço no quarto com irmãos 5 ( ) Outro (especificar):
30. Em que posição a criança dorme a maioria das vezes? 1 ( ) Barriga para cima 2 ( ) Barriga para baixo 3 ( ) De lado
31. Quanto tempo sua criança dorme durante o <b>DIA</b> entre às 7 da manhã e às 7 da noite? Horas: _____ Minutos: _____
32. O sono da sua criança durante o <b>DIA</b> possui horários regulares? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não 8 ( ) Não dorme durante o dia
33. Quanto tempo sua criança dorme durante a <b>NOITE</b> entre às 7 da noite e às 7 da manhã? Horas: _____ Minutos: _____
34. Normalmente, a que horas sua criança adormece a <b>NOITE</b> ? Horas: _____ Minutos: _____ 8 ( ) Não há regularidade do horário
35. Como a sua criança adormece? 1 ( ) Sendo alimentada 2 ( ) Sendo embalada ou no colo (por meio de contato físico) 3 ( ) Usando chupeta 4 ( ) Com a televisão ou o rádio ligado 5 ( ) Com a luz ligada 6 ( ) Outro (especificar):
36. Sua criança alimenta-se durante a <b>NOITE</b> ? 1 ( ) 1 noite por semana 2 ( ) 2 noites por semana 3 ( ) 3 noites por semana 4 ( ) 4 noites por semana 5 ( ) 5 noites por semana 6 ( ) 6 noites por semana 7 ( ) Todas as noites da semana 8 ( ) Nenhuma noite da semana

<b>DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO</b>
37. A criança foi colocada no peito para mamar na primeira hora de vida, logo após o parto?

1 ( ) Sim 2 ( ) Não
38. Alimentação na alta: 1 ( ) Leite materno 2 ( ) Leite materno e outro leite 3 ( ) Outro leite
39. A criança <b>ONTEM</b> recebeu leite do peito? 1 ( ) Sim (pule para a pergunta 41) 2 ( ) Não
40. Se <b>NÃO</b> ,  até que idade seu filho mamou no peito? _____ meses OU _____ dias 99 ( ) Nunca  40.1 E qual o motivo do desmame? 1 ( ) leite insuficiente 2 ( ) rejeição pelo bebê 3 ( ) trabalho materno 4 ( ) doença materna 5 ( ) dores ao amamentar 6 ( ) problemas na mama 7 ( ) doença da criança 8 ( ) falta de experiência 9 ( ) interferência de parente e/ou amigo 10 ( ) opção/escolha materna 11 ( ) outro Especificar: _____
41. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: aleitamento exclusivo é só leite de peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos) 1 ( ) <1 mês ou nunca 2 ( ) até 1 mês 3 ( ) até 2 meses 4 ( ) até 3 meses 5 ( ) até 4 meses 6 ( ) até 5 meses 7 ( ) até 6 meses 8 ( ) > 6 meses
42. Esquema de amamentação: 1 ( ) Rígido 2 ( ) Livre demanda
Outras informações:

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Ana Carolina Dantas Rocha, enfermeira, doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo uma pesquisa chamada: “**Comportamento do sono e aleitamento materno em crianças de 12 a 18 meses de idade**”. Esta pesquisa tem o objetivo de analisar o comportamento do sono e o tempo de aleitamento materno em crianças com idade entre 12 e 18 meses frequentadoras ou não de creches. Caso aceite participar, você responderá a dois questionários. Um questionário será específico sobre o padrão de sono da criança na faixa etária de 12 a 18 meses. O outro, conterà perguntas sobre o sono da criança; o aleitamento materno; a frequência ou não da criança à creche; dados sociodemográficos e econômicos, como idade, escolaridade, renda; e dados da criança, como peso ao nascer, idade gestacional. O preenchimento dos dois questionários durará aproximadamente 20 minutos, e poderá ser realizado por você mesmo, ou por meio de entrevista.

Informo que nem você e nem seu filho(a) sofrerão nenhum risco de saúde durante a participação na pesquisa. As informações coletadas somente serão utilizadas para a pesquisa com a finalidade de ser publicada em revistas e/ou em eventos científicos. O benefício da pesquisa é gerar base para o entendimento do comportamento do sono infantil em crianças brasileiras, com características específicas, na faixa etária de 12 a 18 meses, bem como identificar a existência de possível associação entre o comportamento do sono da criança nesta faixa de idade e o tempo de aleitamento materno ao qual a mesma foi submetida.

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

Gostaria de dizer que a sua participação é muito importante e que os resultados desta pesquisa servirão para melhorar o cuidado realizado tanto pelo enfermeiro quanto pela equipe de profissionais que trabalham junto às crianças em creches. Esse termo de consentimento livre e esclarecido será composto por duas cópias, uma ficará comigo que sou a pesquisadora e a outra com você (mãe, pai ou responsável) que irá participar da pesquisa.

Para isso deixo meu nome completo, endereço e telefone para contato:

Ana Carolina Dantas Rocha  
Rua Tibúrcio Cavalcante, 847, Meireles. Fortaleza, Ceará. CEP: 60125-100  
Telefone: (85)8640-2043. E-mail: aninhacdr@hotmail.com

OU

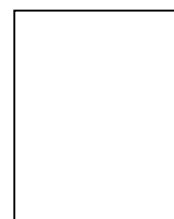
Comitê de Ética e Pesquisa/Universidade Federal do Ceará  
Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo. Fone: (85) 33668344.

## TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que depois de esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar desse estudo com título: **Comportamento do sono e aleitamento materno em crianças de 12 a 18 meses de idade.**

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito da pesquisa ou representante



Digital (Se analfabeto)

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador  
(Carimbo ou nome legível)



## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** COMPORTAMENTO DO SONO E ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS DE 12 A 18 MESES DE IDADE

**Pesquisador:** Ana Carolina Dantas Rocha

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 37142514.1.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 851.476

**Data da Relatoria:** 29/10/2014

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, caracterizado como um estudo transversal. Participarão do estudo cerca de 369 crianças/cuidadores, divididos em três grupos: Grupo 1: Crianças na faixa etária de 12 a 18 meses que frequentam creches públicas e seu principal cuidador; Grupo 2: Crianças na faixa etária de 12 a 18 meses que frequentam creches privadas e seu principal cuidador; Grupo 3: Crianças na faixa etária de 12 a 18 meses que não frequentam creches e seu principal cuidador. A seleção das crianças frequentadoras de creche seguirá o método aleatório simples por conglomerados, ou seja, para cada regional será sorteada uma creche pública e uma creche privada e, em cada creche serão incluídas todas as crianças na faixa etária de 12 a 18 meses cujos pais/principal cuidador aceitarem participar da pesquisa. Caso a creche não possua crianças na faixa ou não tenha o número de crianças necessários da amostra será sorteada uma outra creche na mesma categoria pública ou privada. As crianças não frequentadoras de creche serão amostradas de maneira aleatória considerando a ordem natural de chegada ao posto de saúde, desde que esteja na faixa etária do estudo, considerando o sorteio aleatório prévio de um quantitativo de postos de saúde proporcional ao número de postos existentes na regional e ao número de crianças domiciliadas a serem amostradas em cada regional. Serão aplicados dois

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127  
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer. 851.476

instrumentos. O primeiro formulário servirá para caracterização dos participantes. O segundo será constituído pelo Questionário sobre o Sono Infantil (QSI). Os instrumentos de coleta deverão ser preenchidos segundo informações coletadas junto aos pais/principal cuidador da criança. O preenchimento será realizado por meio de entrevista, que deverá durar, aproximadamente, 20 minutos. Não obstante, sempre que os pais/principal cuidador desejarem poderão responder sozinhos aos instrumentos. Será realizada análise descritiva e inferencial.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Geral:** Analisar o comportamento do sono e o tempo de aleitamento materno em crianças com idade entre 12 e 18 meses frequentadoras ou não de creches.

**Específicos:** Avaliar o comportamento do sono em crianças com idade entre 12 e 18 meses; Comparar o comportamento do sono em crianças com idade entre 12 e 18 meses considerando a frequência ou não à creche; Comparar o tempo de aleitamento materno em crianças com idade entre 12 e 18 meses considerando a frequência ou não. Verificar associação dos escores do Questionário sobre Sono Infantil (QSI) e das variáveis relacionadas a alterações no comportamento do sono com o tempo de aleitamento materno, considerando a frequência ou não a creche; Verificar associação dos escores do Questionário sobre Sono Infantil (QSI) com variáveis relacionadas aos cuidadores e as crianças.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** A realização da pesquisa não realizará exposição dos participantes a desconfortos ou constrangimentos.

**Benefícios:** Conhecimento sobre a influência dos hábitos familiares no sono infantil de crianças entre 12 a 18 meses para que se possa melhorar a assistência de enfermagem no serviço de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa pertinente e relevante para área de enfermagem. Objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros e congruentes com a metodologia apresentada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos apresentados: carta de apresentação do projeto ao CEP; declaração de concordância;

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPEAQ**

Continuação do Parecer: 851.476

currículo; folha de rosto; orçamento; cronograma; carta de anuência da Secretaria Municipal de Educação e da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde de Fortaleza; TCLE.

**Recomendações:**

Apresentar lista e autorização das creches privadas ao CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisa não apresenta pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FORTALEZA, 30 de Outubro de 2014

---

Assinado por:  
**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br