



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

DAVNAMÉCIA SOUSA NUNES

AVALIAÇÃO DO SONO DE CRIANÇAS PREMATURAS EGRESSAS DA UNIDADE
NEONATAL

FORTALEZA

2018

DAVNAMÉCIA SOUSA NUNES

AVALIAÇÃO DO SONO DE CRIANÇAS PREMATURAS EGRESSAS DA UNIDADE
NEONATAL

Monografia apresentada ao Corpo Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso.

FORTALEZA

2018

DAVNAMÉCIA SOUSA NUNES

AVALIAÇÃO DO SONO DE CRIANÇAS PREMATURAS EGRESSAS DA UNIDADE
NEONATAL

Monografia apresentada ao Corpo Docente do
Departamento de Enfermagem da
Universidade Federal do Ceará como requisito
à obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovada em: 28/06 / 2018..

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ms. Tamires Rebeca Forte Viana
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enf. Mestranda Lusiana Moreira de Oliveira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

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)

N924a Nunes, Davnamécia Sousa.
Avaliação do sono de crianças prematuras egressas da unidade neonatal / Davnamécia Sousa Nunes. –
2018.
39 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso.

1. Sono. 2. Criança. 3. Prematuro. 4. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

A **Deus**, que em sua enorme generosidade
permite o meu caminhar todos os dias.
Aos **meus pais e meus irmãos**, que me
impulsionam a ser sempre melhor.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me ilumina todos os dias com sua sabedoria e bondade. Só Ele sabe tudo o que tive que passar para chegar até aqui, e sem Ele não teria tido a força e entusiasmo para concluir mais essa etapa na minha vida.

Aos meu pais, Esperança e Demóstenes, por sempre me apoiarem nos meus sonhos e me ensinarem, desde cedo, que com esforço e dedicação se pode conseguir tudo aquilo que almejo. Por me ensinarem que o amor é livre, e sempre me darem espaço para voar, não importando quão alto seja. Por, muitas vezes, abdicarem dos seus sonhos em prol dos meus e dos meus irmãos. Por nossa incrível família. Amo vocês!

Aos meus irmãos, Diógenes e Isabel, por compartilharem uma vida inteira de alegrias e amor diário ao meu lado. Vocês são essenciais!

À minha orientadora, Profa. Vera Leitão Cardoso por ter me ajudado com múltiplos ensinamentos que vão muito além da pesquisa. Por sempre me incentivar e me fazer acreditar que tudo dará certo.

Aos meus tios, tias, primos, primas e avós por toda a torcida e apoio.

As minhas melhores amigas, Alana Carine e Beatriz Brito por serem além do meu ombro amigo, minhas irmãs de coração.

As minhas amigas de colégio, Amanda, Beatriz Melo, Lívia, Larissa e Laila por sempre mandarem mensagens de confiança e se fazerem presentes não importando quanto tempo passe.

Aos meus amigos da primeira turma da faculdade, Alana, Aline, Carol, Barbara Vasconcelos, Camila, Barbara Crisóstomo, por me ajudarem com as dúvidas e dificuldades no início da graduação. Sem vocês tudo seria mais difícil.

Aos meus amigos que fiz no Canadá, Riani, Felipe, Eden, Herbeson, Binho, Lara, Mariana, Eduardo, Giovana e Ana. Vocês deixaram a saudade suportável, e compartilharam inúmeros sorrisos e lágrimas no melhor ano da minha vida. Que nossa amizade dure uma vida inteira.

Aos meus amigos da segunda turma da faculdade, Yohana, Pedrinho e Ana Claudia que tornaram o recomeço mais leve e acolhedor.

Ao meu grupo de pesquisa, NUPESNEC, e a todos os integrantes, em especial a Lusiana, Débora, Leticia e Everson, amigos que fiz no espaço acadêmico, mas que espero levar por toda a vida.

À minha tia Marymar, por ceder o seu lar, compartilhar sua vida, e pelo incentivo e exemplo de enfermeira que eu quero ser.

À CAPES e ao CNPq pelo o apoio financeiro com a manutenção da bolsa de Iniciação Científica/PIBIC.

Aos professores do Departamento de Enfermagem por todo o conhecimento perpassado durante esses anos, em especial a professora Elisângela Teixeira, Márcia Coelho e Ângela Alves.

À banca, Lusiana e Tamires, por atenderem prontamente ao meu convite e se disponibilizarem em prol da excelência desse trabalho.

Aos familiares e crianças que participaram dessa pesquisa, por toda a paciência e disponibilidade.

“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

O sono é uma função fisiológica e comportamental que muda drasticamente conforme o crescimento e desenvolvimento. Crianças que nascem prematuras e necessitam de cuidados especiais, são encaminhadas as unidades neonatais. O crescimento rápido das crianças, de certa forma, interfere na construção de um padrão de sono regular, sendo importante sua avaliação e orientação. Objetivou-se caracterizar o sono de crianças prematuras egressas da unidade neonatal na percepção dos pais/cuidadores. Estudo do tipo descritivo, desenvolvido no Ambulatório Especializado de Pediatria do Hospital Universitário Walter Cantídio, na cidade de Fortaleza- CE no período de abril a junho de 2018. O estudo teve como amostra um total de 14 cuidadores e 14 crianças, as quais foram selecionados por conveniência consecutiva. Foi aplicado um formulário semiestruturado com variáveis maternas, neonatais e com enfoque no sono noturno das crianças. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e apresentados em tabelas. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, CAAE 80074017.6.0000.5054. Os resultados encontrados foram: todos cuidadores eram do sexo feminino, com média de idade de 25,78 anos e a maioria de Fortaleza (68,28%). Para as crianças, a maioria estava na idade cronológica de 13 a 18 meses, eram do sexo masculino e no nascimento com idade gestacional de 31 a 34 semanas e 6 dias. O peso ao nascer variou de 1485 a 2426 gramas, com média de 1962,46 g. Todas as crianças foram hospitalizadas, em algum momento na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), sendo que 11 (50%) dessas são egressas da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN). Todas as crianças da população deste estudo realizavam sesta diurna, a maioria (71,42%) dormiam entre 19:00 e 22:29 horas da noite, e 57,14% acordavam entre 05:30 e 07:59 horas da manhã. Quanto à duração total de sono das crianças 71,42% dormiam de 8 a 10 horas por noite. A maior parte, na hora de dormir, compartilhavam a cama com a mãe/pais e 78,57% tinha de 1 a 2 despertares por noite. A amamentação foi o principal motivo dos despertares noturnos das crianças (57,14%). Conclui-se que a investigação de forma mais detalhada nos hábitos do sono de crianças prematuras, possibilita uma melhor orientação e intervenção para a melhora de seus padrões de sono. Diferentes aspectos podem ser decisivos na construção de um ciclo de sono-vigília saudável que envolve comportamentos de toda a família, bem como o ambiente, e não somente o da criança.

Palavras-chave: Sono. Prematuro. Criança. Enfermagem.

ABSTRACT

Sleep is a physiological and behavioral function that changes drastically as growth and development. Children who born premature and need special care they are sent to neonatal units. The fast growth of children, in a way, interferes in the construction of a regular pattern sleep, being important its evaluation and orientation. The objective was to characterize the sleep of premature children who are discharged from the neonatal unit in the perception of parents/caregivers. The study is descriptive, it was developed at the Pediatrics Specialized Ambulatory of Walter Cantidio University Hospital, in the city of Fortaleza-CE from April to June, 2018. The study had a sample of 14 caregivers and 14 children, who they were selected for convenience. A semi- structured form with maternal and neonatal variables was applied, focusing on the children nocturnal sleep. Data were analyzed through descriptive statistics and it presented by tables. The Ethics Committee of the Federal University of Ceara, CAEE 80074017.6.0000.5054, approved the project. The results were: all caregivers were female, with a mean age of 25.78 years and the majority of Fortaleza (68.28%). For children, most of them were chronological age of 13 to 18 months; they were male and born with gestational age of 31 to 34 weeks and 6 days. The birth weight ranged from 1485 to 2426 grams, with a mean of 1962,46 grams. All children were hospitalized at some point in the Kangaroo Neonatal Intermediate Care Unit, 11 (50%) were discharged from the NICU. All children in the study population had daytime naps, most of them (71.42%) slept between 7:00 p.m. and 10:29 p. m., and 57.14% woke up between 5:30 a.m. and 7:59 a.m. As for the children sleep total duration, 71.42% slept from 8 to 10 hours per night. Most of the children at bedtime, shared the bed with their mother/parents and 78.57% had 1 to 2 awakenings per night. Breastfeeding was the main cause of nocturnal awakening in children (57.14%). It is concluded that a more detailed investigation into the sleep habits of premature children allows a better orientation and intervention to improve their sleep patterns. Different aspects ca be decisive in constructing a healthy sleep-wake cycle that involves behaviors of the whole family as well as the environment, not just the infant aspects.

Keywords: Sleep behavior. Premature. Child. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cuidadores de crianças egressas da unidade neonatal, segundo variáveis sociodemográficas.....	22
Tabela 2 – Crianças egressas da unidade neonatal segundo variáveis neonatais	23
Tabela 3 – Hábitos de sono de crianças prematuras egressas da unidade neonatal.....	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DP	Desvio Padrão
EEG	Eletroencefalograma
EOG	Eletrooculografia
EMG	Eletromiografia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NREM	<i>No Rapid Eyes Moviment</i>
NUPESNEC	Núcleo de Pesquisa na Saúde do Neonato e da Criança
OMS	Organização Mundial de Saúde
REM	<i>Rapid Eyes Moviment</i>
RN	Recém-Nascido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UFC	Universidade Federal do Ceará
UN	Unidade Neonatal
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo Geral	18
2.2	Objetivos Específicos	18
3	MATERIAIS E MÉTODOS	19
3.1	Tipo de Estudo	19
3.2	Local do Estudo	19
3.3	População e Amostra	19
3.4	Coleta de Dados	20
3.4.1	<i>Instrumento de Coleta</i>	20
3.5	Análise de Dados	20
3.6	Aspectos Éticos	21
4	RESULTADOS	22
4.1	Caracterização dos participantes	22
4.2	Caracterização do sono	24
5	DISCUSSÃO	27
6	CONCLUSÃO	32
	REFERÊNCIAS	34
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	37
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE	
	ESCLARECIDO	38

1 INTRODUÇÃO

Segundo Chokroverty (2010), o sono, de modo científico, é definido com base tanto nas mudanças de comportamento da pessoa dormindo quanto nas mudanças fisiológicas que ocorrem nos ritmos elétricos do cérebro durante esse período. Os critérios comportamentais consistem na redução dos movimentos corporais, movimentos lentos dos olhos, características específicas de postura de dormir, redução à estimulação externa e um estado de consciência reversível. Os critérios fisiológicos do sono são baseados nos resultados achados do eletroencefalografia (EEG), eletrooculografia (EOG) e eletromiografia (EMG) que o divide em duas independentes funções: *No Rapid Eyes Moviment* (NREM) e *Rapid Eyes Moviment* (REM).

Os primeiros quatro estágios do sono são NREM e o último estágio é o sono REM. O sono não REM (NREM) é subdividido em quatro estágios distintos uns dos outros e da vigília por padrões específicos de ondas cerebrais. As duas primeiras fases do sono NREM ocorre uma transição da vigília ao sono lento, sendo mais fácil, nessas fases, a ocorrência de despertares. Em contrapartida, as duas últimas fases do sono NREM são caracterizadas por um sono mais profundo que percorre por grande parte da noite. Já o sono REM é caracterizado por movimentos de desvio dos olhos sob as pálpebras fechadas, cujas ondas cerebrais são bastante similares as da vigília e inicia-se 60 a 90 minutos após o começo do sono (SPIELMAN, et al., 2017).

As fases do sono são organizadas em ciclos que se alternam no decorrer da noite em sono NREM e sono REM. O número de ciclos que ocorre em uma noite de sono normal pode variar de 3 a 6 ciclos, de um sujeito para outro ou do mesmo individuo em noites diferentes. (REIMÃO, et al., 2010).

As necessidades de sono vão mudando drasticamente desde a infância até a velhice. Recém-nascidos tem um padrão de sono polifásico com um total de 16 horas de sono por dia no qual há predominância do sono REM e o seu percentual vai diminuindo conforme o crescimento até alcançar os índices da idade adulta. Já o percentual de sono NREM vai aumentando ao passar dos meses, começando a predominar no segundo e terceiro mês de vida. Aos 3 meses de idade, começa a se estabelecer um ciclo de padrão de sono adulto NREM/REM. (KHAN, et al., 2009; CHOKROVERTY, 2010).

O desenvolvimento acelerado das crianças explica, de certa maneira, a dificuldade que estas têm em construir um padrão de sono regular dia-noite, sendo frequente os “despertares” em menores de dois anos. O sono infantil além de ser influenciado por diversos

fatores (genéticos, ambientais, contexto familiar, condições sociais, características do próprio bebê e privações física ou emocional) geralmente reflete a relação da criança com os seus pais (GOMES, 2009; LOPES, et al., 2010).

Condições ambientais tais como temperatura, ruídos, luminosidade, local de dormir apresentam um papel crucial para o desenvolvimento de um bom sono. Além disso, o sono da criança internada também sofre interferências devido à grande movimentação de pessoas, luzes e barulhos inerentes aos equipamentos utilizados, mas que são necessários ao cuidado prestado a uma criança que necessita de cuidados específicos após o parto, muitas vezes, necessitando de internação nas Unidades Neonatais.

A Unidade Neonatal presta cuidados integrais aos recém-nascidos em estado grave ou potencialmente grave com equipamentos e técnicas especializados sendo dividida de acordo com as necessidades da criança em: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); e Unidade de Cuidado Intermediário que se subdivide em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) (BRASIL, 2012).

O ambiente tecnológico da Unidade Neonatal, onde o recém-nascido (RN) prematuro passa a se desenvolver quando internado, é uma realidade vivida pela Enfermagem, sendo a prematuridade a maior causa das internações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (CARDOSO; CHAVES; BEZERRA, 2010). Outros fatores como doenças respiratórias e o baixo peso ao nascer também são apontados como causas de internação na Unidade Neonatal (UN).

Dados recentes da Organização Mundial da Saúde apontam que de 100 crianças nascidas vivas no Brasil nove são prematuras (OMS, 2013). Após as condições de alterações na saúde serem sanadas pela assistência dada pelos profissionais de saúde na UN, recebem alta hospitalar e são consideradas egressas. A importância do acompanhamento dessas crianças em ambulatórios de seguimento por equipe multiprofissional se revela como condição imprescindível para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento para a promoção da saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entende-se como um nascimento prematuro, ou pré-termo, todo aquele nascido antes de 37 semanas de gestação completas ou menos de 259 dias desde o primeiro dia da última menstruação da mulher. Outros autores detalham ainda mais sobre esse assunto, Blencowe et al (2013), subdividem a prematuridade baseados na idade gestacional em: pré-termo extremo (<28 semanas), muito pré-termo (28 a <32 semanas) e pré-termo moderado (32 a <37 semanas de gestação), sendo essas crianças as

que mais necessitam de assistência especializada após o parto.

Dessa forma, a avaliação dessas crianças nas consultas de Enfermagem deve abranger todos os aspectos relacionados ao seu crescimento e desenvolvimento, sendo a avaliação do sono uma conduta necessária e que deve ser realizada pelo enfermeiro antes mesmo de se tornar uma queixa pelos pais. Os problemas de sono refletem de forma direta no desenvolvimento da criança, principalmente nos estágios iniciais da infância em que a idade cronológica é caracterizada por grandes marcos do crescimento, além disso, os distúrbios do sono apresentam-se com maior complexidade de resolução durante os primeiros anos de vida (OWENS, 2013).

A enfermagem, como profissão que realiza intervenções sobre as necessidades humanas básicas do indivíduo/criança, deve então dispor de estratégias que auxiliem o sono ou tecnologias que identifiquem o comportamento alterado ou não, no intuito de intervir o mais precocemente possível, com vistas a prevenir doenças (transtornos do sono) e promover saúde das crianças e suas famílias.

Caracterizar uma população é de extrema importância uma vez que conhecer o público com quem se quer trabalhar, facilita na escolha do instrumento de avaliação que melhor se adequa na análise do objeto de estudo daquela amostra. O conhecimento prévio da população é essencial para estabelecer estratégias que embasam o conhecimento científico e fundamentam a prática clínica dos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros (LEME, 2014).

Dentre os métodos de avaliação do sono, é possível citar os questionários, a actigrafia e a polissonografia numa junção de estratégias para se entender a complexidade que permeia o processo e estabelecimento do sono. Sendo considerada uma medida subjetiva, os questionários devem ser preenchidos ou respondidos pelos pais de população na fase pré-escolar, pois até essa fase a criança tem dificuldade de ler ou interpretar o que lê (ARAÚJO, 2012). O relato dos pais, geralmente, se correlaciona com avaliações da actigrafia sobre os padrões de sono, além disso, os períodos do sono da criança são apresentados com mais detalhes por meio dos relatos do que pelos registros actigráficos (IWASAKI *et al.*, 2010).

Um formulário para a investigação de fatores maternos e neonatais que possam ser correlacionados ao sono infantil é de extrema importância tendo em vista que o ambiente e o meio em que as crianças vivem, influenciam nos seus hábitos de vida, entre eles o sono. Além de ser um instrumento de fácil manuseio que pode auxiliar os enfermeiros nas suas intervenções para promoção de melhor qualidade de sono.

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: Como se caracteriza o sono

noturno de crianças egressas da Unidade Neonatal por meio da percepção dos pais/cuidadores?

Com a experiência de estudante de graduação como bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) envolvida por durante três anos no Núcleo de Pesquisa na Saúde do Neonato e da Criança (NUPESNEC) realizando atividades relacionadas ao sono infantil, despertou na autora o interesse em continuar o avanço nos estudos para desvendar a magnitude que é o comportamento do sono infantil, ponto chave desta pesquisa.

Assim como Cardoso et al., (2014) que fala que padrões insuficientes de ciclo sono e vigília podem dificultar o desenvolvimento infantil de funções cognitivas e motoras, viu-se a necessidade de investigar e fornecer subsídios para conhecimento de aspectos que interferem no sono noturno de crianças prematuras egressas da unidade neonatal, dando enfoque na percepção dos pais/cuidadores trazendo melhorias para a assistência e o cuidado dessa população.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Caracterizar o sono noturno de crianças prematuras egressas da unidade neonatal na percepção dos pais/cuidadores.

2.2 Específico

- Descrever o sono de crianças prematuras egressas da unidade neonatal quanto à presença e a duração de despertares noturnos;
- Identificar quais os motivos que levam aos despertares noturnos da criança;
- Identificar quais as estratégias utilizadas pelos pais para que a criança volte a dormir após o despertar noturno.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo

Estudo do tipo descritivo transversal. Estudos com o objetivo descritivo descrevem características da população ou eventos, sendo ideais para levantamentos podendo ser utilizados para apuração de atitudes (NASCIMENTO & SOUSA, 2017). Os estudos transversais são utilizados para determinar um evento em um único ponto temporal específico ou em vários pontos de um período curto. São eficazes quando objetiva-se descrever o estado ou a relação entre fenômenos (POLIT e BECK, 2011).

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório Especializado de Pediatria do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (UFC), situado na cidade de Fortaleza- CE, onde são realizadas consultas de enfermagem à criança, dentre essas as prematuras egressas da UN, desde 2014, pelo Núcleo de Pesquisa na Saúde do Neonato e da Criança (NUPESNEC) cadastrado no Departamento de Enfermagem da UFC, e campo para atividades de pesquisa, ensino e extensão.

3.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída pelo binômio mãe/principal cuidador e a criança atendida no ambulatório durante as consultas de Enfermagem.

Os participantes foram 14 mães e 14 crianças, os quais foram selecionados por amostragem por conveniência consecutiva que é um método bastante utilizado dentre as técnicas de amostragem não probabilística (LUNA, 1998).

Os critérios de inclusão foram: pais/principal cuidador de crianças prematuras de até 24 meses de idade corrigida, egressas da unidade neonatal, com idade igual e/ou superior a 18 anos que acompanha o comportamento de sono da criança no período noturno e que esteja sendo assistida no ambulatório anteriormente citado. Em média, são atendidas por mês 32 crianças na consulta de enfermagem. Estimou-se avaliar pelo menos 20% das crianças e seus cuidadores em três meses de coleta.

Foram excluídas as crianças que possuíam outras alterações biológicas ou patológicas que interfiram no período do sono, como por exemplo paralisia cerebral, autismo, epilepsia, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), malformação congênita e

filhos de usuários de drogas, visto que na literatura existem estudos que indicam tal relação (JAN; FREEMAN, 2004).

3.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período abril a junho de 2018, conforme o funcionamento de atendimentos nos locais selecionados.

No dia das consultas pré-agendadas, durante a sala de espera para verificar os critérios de elegibilidade dos participantes da pesquisa, explicava-se o propósito da pesquisa e se perguntava o interesse de participar. A maioria tinha interesse sobre a temática e mostrava-se solícita em cooperar com o estudo. Apresentava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e na sequência aplicava-se o formulário.

Após responder o formulário as mãe/cuidadores principais seguiam para a consulta de enfermagem no ambulatório, nas quais os enfermeiros realizavam as intervenções relativas a saúde da criança, orientando a respeito de possíveis maus hábitos que envolvessem o objeto de estudo em questão.

3.4.1 Instrumento de Coleta

Foi utilizado um formulário semiestruturado criado pela pesquisadora para caracterização das mães e das crianças.

O **formulário** tem como objetivo caracterizar as mães e as crianças, o qual foi dividido em duas partes: dados dos cuidadores - idade, sexo, estado civil, ocupação, endereço, telefone, escolaridade, renda mensal, naturalidade; e dados das crianças - idade, sexo, idade gestacional, peso ao nascer, Apgar no primeiro e no quinto minuto, qual unidade de internação na unidade neonatal, tempo de internação em unidade neonatal, tempo de acompanhamento no ambulatório de pediatria, presença de sestas diurnas, horário de dormir à noite (vai para cama), acordar (levanta da cama), duração total do sono noturno da criança, local do domicílio em que a criança dorme, presença de despertares noturnos, motivo dos despertares e o que o cuidador faz para a criança voltar a dormir.

O formulário investiga principalmente os hábitos de sono noturno, pois segundo Lo et al., (2014) o sono noturno tem melhores efeitos de consolidação de memória que as sestas diurnas.

3.5 Análise dos Dados

Os dados foram registrados, organizados e analisados em uma planilha criada através do programa Microsoft Office Excel (2013). A análise descritiva foi realizada através de

frequência simples e absoluta, e medidas de dispersão como desvio padrão e média. Tabelas apresentam a síntese dos principais resultados pertinente ao objeto de estudo.

3.6 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFC baseado na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, como exigência para a realização de pesquisas com seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo protocolo CAAE 80074017.6.0000.5054.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi administrado, solicitando a participação dos cuidadores e da criança, esclarecendo o devido objetivo da pesquisa e assegurando todos os aspectos éticos. Foi assegurado ainda o direito de desistência da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ao cuidador ou da criança e o anonimato e sigilo das informações.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos participantes

Os cuidadores eram todos do sexo feminino, com média de idade de 25,78 anos (DP $\pm 6,45$), com mínimo de 18, e no máximo 39 anos. A maioria das participantes era natural de Fortaleza (68,28%), sendo considerado Fortaleza aquelas que vivem na capital ou região metropolitana, interior aqueles das demais localidades do estado do Ceará e outros os pais que nasceram em outros estados. Quanto a ocupação, do lar foram 7 representando 50,0%. Pardas estão em maioria com 64,28%. Em relação ao estado civil, a maioria estava em união consensual (42,85%). O nível de escolaridade predominante foi ensino médio completo (57,14%). A maior parte da população do estudo tinha como renda mensal de um a dois salários mínimos 12 (85,71%). Quanto ao número de cômodos no domicílio 11 (78,58%) apresentavam mais de quatro cômodos. (Tabela 1).

Tabela1- Cuidadores de crianças egressas da unidade neonatal, segundo variáveis sociodemográfica. Fortaleza, CE-2018.

Variáveis	n (=14)	%	Média \pm DP
Idade (anos)			25,78 \pm 6,45
18-20	3	21,43	
21-29	8	57,14	
≥ 30	3	21,43	
Naturalidade			
Fortaleza	9	64,28	
Interior	4	28,57	
Outros	1	7,14	
Ocupação			
Do Lar	7	50,00	
Estudante	2	14,28	
Outros	5	35,71	
Raça/Cor			
Parda	9	64,28	
Preta	2	14,28	
Branca	3	21,42	
Estado Civil			
Solteiro	4	28,57	
Casado	4	28,57	

União Consensual	6	42,85
Escolaridade		
Fundamental Completo	1	7,14
Ensino médio incompleto	2	14,28
Ensino médio completo	8	57,14
Superior incompleto	2	14,28
Superior completo	1	7,14
Renda Familiar (em salários mínimo¹)		
Menos de um salário mínimo	2	14,28
Um a dois salários mínimos	12	85,71
Número de Cômodos no Domicílio		
Dois a três	3	21,42
Mais de quatro	11	78,58

¹ Salário mínimo vigente R\$ 954,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Para as crianças, a maioria estava na idade cronológica de 13 a 18 meses e 29 dias representando 42,85% da população total com média de 14,07 meses ($DP \pm 6,7$). Destas 8 (57,14%) eram do sexo masculino. Quanto a idade corrigida a média foi de 13,28 ($DP \pm 6,93$) sendo 4 (28,57%) de 13 a 18 meses seguidos pela mesma porcentagem na população de 19 a 24 meses. A maioria nasceu com idade gestacional de 31 a 34 semanas e 6 dias representando 64,28% da amostra total. O peso ao nascer variou de 1485g a 2426g, com média de 1962,46g ($DP \pm 264,73$). O Apgar no 1 minuto em sua maioria foi de 7 a 10 representando 92,85%. Todos apresentaram Apgar no 5 minuto entre 7 e 10.

Em relação ao local de internação dessas crianças na unidade neonatal ao nascer, todas foram hospitalizadas, em algum momento, na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), sendo que 11 (50%) são egressas da UCIN.

O tempo de acompanhamento no Ambulatório Especializado de Pediatria do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (UFC) apresentou-se em maior quantidade de 7 a 12 meses com média de 13,14 meses ($DP \pm 6,8$) e representa 35,71% do total (Tabela 2).

Tabela 2- Crianças egressas da unidade neonatal segundo variáveis neonatais. Fortaleza, CE-2018

Variáveis	n (=14)	%	Média \pm DP
Idade Cronológica (meses)			14,07 \pm 6,7
0 – 6m	2	14,28	

7 – 12m	2	14,28	
13 – 18m	6	42,85	
19- 24m	4	28,57	
Idade Corrigida (meses)			13,28 ± 6,93
0 – 6m e 29d	3	21,42	
7 – 12m e 29 d	3	21,42	
13 – 18m e 29d	4	28,57	
19- 24m	4	28,57	
Sexo			
Feminino	6	42,85	
Masculino	8	57,14	
Idade Gestacional (semanas)			33,92 ± 1,59
31- 34 sem e 6 d	9	64,28	
35- 36 sem e 6d	5	35,71	
Peso ao Nascer (gramas)			1962,46 ± 264,73
1500- 2000g	6	42,85	
2001g- 2500g	8	57,14	
APGAR 1'			
4-6 (anoxia moderada)	1	7,14	
7-10 (bom)	13	92,85	
Local de Início da Internação na UN			
UTIN	6	42,85	
UCIN	11	50,0	
Canguru	1	7,14	
Tempo de Acompanhamento no Ambulatório (meses)			13,14 ± 6,8
0 – 6m	3	21,42	
7 – 12m	5	35,71	
13 – 18m	4	28,57	
19- 24m	2	14,28	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

4.2 Caracterização do sono

Nesse tópico ressalta-se a segunda parte do formulário que diz respeito aos hábitos de sono da criança: sestas diurnas, horário de ir para a cama, horário de acordar, tempo total de sono noturno, local em que dorme, número e motivo dos despertares noturnos.

Todas as crianças da população deste estudo realizavam sestas diurnas, a maioria

(71,42%) dorme entre 19:00 e 22:29 horas da noite, e 57,14% levantavam entre 05:30 e 07:59 horas da manhã. Quanto a duração total de sono das crianças 71,42% dormiam de 8 a 10 horas por noite. A maioria das crianças, na hora de dormir, compartilhavam a cama com a mãe/pais 42,85%, seguidos de dormir no berço no quarto dos pais (28,57%). A maior parte das crianças (78,57%) tinha de 1 a 2 despertares por noite, variando de 1 a 4 despertares. A amamentação foi o principal motivo dos despertares noturnos das crianças (57,14%). A maioria das mães afirmou que para fazer com que a criança volte a dormir, soluciona o motivo que o fez acordar, sendo assim ou amamenta (57,14%), ou alimenta (35,71%) ou soluciona de outras maneiras, como oferecendo a chupeta (7,14%) (Tabela 3).

Tabela 3- Hábitos de sono de crianças prematuras egressas da unidade neonatal. Fortaleza, CE-2018

Variáveis	n (=14)	%	Média ± DP
Horário de Dormir			
19:00 – 22:29	10	71,42	
22:30- 00:00	4	28,57	
Horário de Levantar			
05:30 – 07:59	8	57,14	
08:00- 10:00	6	42,85	
Duração Total de Sono Noturno (horas)			
8h – 10h	10	71,42	
10h e 1min – 12h	4	28,57	
Local que a Criança Dorme			
Berço (no quarto dos pais)	5	35,71	
Cama (com a mãe/pais)	6	42,85	
Rede (no quarto dos pais)	3	21,42	
Número de Despertares Noturnos			
1-2 vezes	11	78,57	
3-4 vezes	3	21,42	
Motivo dos Despertares Noturnos			
Amamentação	8	57,14	
Alimentação	5	35,71	
Outros	1	7,14	
Ação desempenhada para voltar a dormir			
Amamenta	8	57,14	
Mamadeira	5	35,71	

Oferecer a chupeta	1	7,14
--------------------	---	------

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

5 DISCUSSÃO

As variáveis dos cuidadores e o contexto socioeconômico em que a criança se encontra reflete diretamente no seu comportamento de sono (LELIS, et al., 2014). Sendo, portanto, significativo a análise do perfil dos pais no contexto de entender o comportamento do sono da criança (CERQUEIRA, 2016).

No estudo todas as cuidadoras entrevistadas eram do sexo feminino, o que transmite a ideia de que a mulher, ainda hoje, continua assumindo o papel de preponderância na criação dos filhos. Segundo Neves e Cabral (2008), no contexto familiar a mulher tradicionalmente assume o papel de cuidadora principal da família, aliada à transmissão cultural dessa herança.

Ademais, a maioria das participantes do estudo tem procedência da cidade de Fortaleza (64,28%), o que infere que tiveram um maior acesso ao serviço de saúde, uma vez que nas cidades há uma maior predominância de infraestruturas e aparato tecnológico voltada a assistência da população. Um estudo realizado por Kassouf (2005) observou que quase o dobro de pessoas da área urbana em relação à rural procuravam atendimento para terapêutica, seja de reabilitação ou prevenção mostrando uma disparidade em relação aos serviços de diferentes localidades.

Metade das mães do presente estudo são do lar (50%), ou seja, têm uma maior disponibilidade para dedicação ao bebê, fator esse que pode favorecer a adesão ao aleitamento materno. O mesmo ficou evidenciado em um estudo realizado na cidade de Pelotas, no qual mães que trabalhavam pretendiam amamentar exclusivamente por menor tempo do que mães que se detêm somente ao lar, fato que possivelmente acontece devido as últimas passarem a ideia de maior disponibilidade de tempo e maior vínculo com o lactente (MACHADO, et al., 2014). Em contrapartida, mães que não trabalham ou sem renda acabam influenciando na capacidade de aquisição de utensílios essenciais à subsistência, bem como educação, importantes para o sustento da criança.

A renda da maioria das famílias (85,71%) foi de um a dois salários mínimos, considerada elevada em relação ao rendimento nominal mensal domiciliar per capita no Ceará em 2017 que foi de R\$ 824,00 (IBGE, 2018). Quanto a escolaridade na presente investigação 57,14% das mães estudaram até o ensino médio completo. A escolaridade materna é um fator decisivo na capacidade de estimulação do bebê e auxílio no desenvolvimento mental da criança (ESCARCE et al., 2012).

Quanto ao estado civil, nesse estudo percebeu-se que a maioria vive com o

companheiro, totalizando os status de união consensual e casado juntos de 71,42% da amostra total. Os serviços de saúde têm a missão de incluir a rotina da paternidade desde o pré-natal para que o homem também possa adquirir práticas de cuidado e orientações no crescimento dos filhos. Para o enfermeiro é significativo conhecer a rede social de apoio a puérpera e ao prematuro, tendo em vista que necessitarão de suporte e cuidados especiais.

Observou-se também que a maioria dos nascidos tinha idade gestacional entre 31 a 34 semanas e 6 dias, e o peso entre 2000 a 2500g sendo classificados, respectivamente, em pré-termo moderado e em baixo peso (WONG, 2014). A idade gestacional e o peso ao nascer são parâmetros fidedignos quanto às ameaças biológicas para impasses que possam surgir no desenvolvimento infantil, sendo indicadores inclusive quanto à maior chance de morbimortalidade (VIEIRA e LINHARES, 2011). A maior incidência da prematuridade está associada a diversos fatores, como em um estudo realizado em Divinópolis que identificou que mães com número menor de 6 consultas de pré-natal, que realizaram parto cesáreo e aquelas com idade menor que 18 anos, tiveram maiores chances de parto prematuro (GUIMARÃES, et al., 2017). O que ressalta a importância de um acompanhamento de qualidade durante o período gestacional o que reflete também no empoderamento da mulher para a realização do parto normal, sendo indicado o parto cesáreo apenas de acordo com as necessidades existentes das parturientes. Para isso o enfermeiro como profissional atuante na atenção primária, deve orientar as gestantes de forma que elas possam entender a relevância das consultas pré-natais e os riscos da realização de procedimentos inoportunos.

Todas as crianças da amostra passaram em algum momento da internação pela Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) o que reflete nas vantagens que a estratégia traz para os prematuros, uma vez que o Método Canguru visa a melhora de sobrevida e aumenta as chances de diminuir os dias de internação na unidade hospitalar. Entre as outras vantagens do método estão a redução de hipotermia, impacto positivo do desenvolvimento cognitivo e motor, aumento do vínculo mãe-filho e favorecimento ao aleitamento materno exclusivo por 6 meses (MENEZES et al., 2014).

O acompanhamento das crianças prematuras após a alta hospitalar é importantíssimo visando garantir um desenvolvimento satisfatório e reduzir possíveis problemas que possam surgir. Em média, o tempo de acompanhamento no ambulatório no presente estudo foi de 13,14 meses. Esse resultado vai de encontro ao que diz na literatura que fala que deve se atentar para o primeiro ano de vida do prematuro quanto aos aspectos de desenvolvimento

neuro-perceptivo-motor, pois os achados geralmente ocorrem nesse período e permitem uma indicação de tratamento precoce que traga bons estímulos (FREITAS et al., 2010). O papel do enfermeiro é fundamental no acompanhamento dessas crianças através de consultas ambulatoriais pois, por meio do seu olhar clínico, ele é capaz de detectar alterações que possam vir a provocar repercussão na vida daquelas e orientar a família quanto ao seguimento das intervenções.

- Hábitos de sono das crianças

Algumas características culturais e sociais geram influência no sono, principalmente na infância que é marcada por mudanças no ambiente social e comportamento habituais (rituais da hora de dormir, compartilhamento de cama ou de quarto com os pais) (BELISIO, et al., 2010). Além disso, o sono infantil pode receber influências dos comportamentos paternos, cognitivos e emocionais, assim como o ambiente em que estão inseridos, existindo uma atuação bidirecional entre pais e filhos, com evidências de que os primeiros tenham maior influência na organização do ciclo de sono dos segundos (VIANA, 2016).

Todas as crianças do presente estudo realizavam sestas diurnas e (71,42%) dormia entre 19:00 e 22:29 horas da noite, e 57,14% levantava entre 05:30 e 07:59 horas da manhã. Uma pesquisa realizada por Nakagawa et al. (2016) que avalia o sono por meio da actigrafia, encontrou que a duração das sestas diurnas afeta o sono noturno, uma vez que crianças que realizavam sestas mais duradouras no dia, dormiam menos tempo a noite e/ou iam para a cama mais tarde. Vale ressaltar que muitas vezes os pais, ficam apreensivos quanto à duração do sono das crianças e é necessária uma orientação que possa tranquilizá-los, explicitando os aspectos fisiológicos do sono para a idade que a criança se encontra.

Com relação a duração de tempo total de sono noturno das crianças 71,42% dormiam de 8 a 10 horas por noite fato que deve ser analisado juntamente com a média de idade dessas crianças que foi de 13,14 meses. Esse resultado foi de encontro às recomendações da *National Sleep Foundation* que afirma que em crianças nessa faixa etária se aconselha um tempo total de sono de 11 a 14 horas, no entanto sendo também apropriado um período na faixa de 9 a 10 horas ou 15 a 16 horas. Recém-nascidos de 0-3 meses recomenda-se de 14 a 17 horas de sono, crianças de 4-11 meses de 12 a 15 horas, e de 12 a 14 meses 11 a 14 horas (HIRSHKOWITZ et al., 2015). Associar o tempo de sono com a idade dos bebês tranquiliza os pais, uma vez que eles, muitas vezes não sabem, se a duração do sono dos filhos naquele período é suficiente.

O co-leito é uma prática bastante realizada pelos os pais, sendo comum a cama

compartilhada com a mãe ou ambos os pais. Um estudo realizado por Santos, Mota e Matijasevich (2008) obteve uma prevalência habitual de co-leito bastante similar à do estudo vigente (45,8% versus 42,85%). Essa prática também ficou evidenciada e um estudo realizado em Portugal, onde 68,5% das mães revelaram que dormiam ou adormecem com a criança em sua cama, e relatam que tal prática acontece para acalmar a criança quando estava enferma ou aborrecida e/ou para maior comodidade na amamentação (AZEVEDO; MOTA; MACHADO, 2015). Há uma preocupação em saber se a prática do co-leito interfere nos padrões de sono da criança, entretanto estudo realizado por Cerqueira (2016) afirma que o contato físico com a criança para que ela adormecer, apesar de prevalente, não esteve associado a alterações do sono, porém requer uma atenção especial pelos cuidadores no sentido de evitar futuros impasses.

Em relação ao número de despertares noturno 78,57% das crianças despertavam de 1 a 2 vezes por noite. Um estudo realizado em Pelotas comparou o número de despertares noturnos em crianças com ou sem co-leito e obteve que não houve diferença entre a demora em adormecer ou a frequência de despertar noturno nesses dois grupos, porém as crianças que realizavam co-leito acordavam com mais frequência do que as que não o realizavam (SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2008). A literatura evidência que o número de despertares noturnos também varia com a idade, como os achados de Viana (2016) nos quais o número de despertares é maior em crianças mais novas, com média de 3,4 vezes em até 2 meses de idade, e 2,5 vezes por noite de 12 a 24 meses de idade.

Os cuidadores ao questionados sobre os motivos dos despertares noturnos nas crianças 57,14% relataram que o principal motivo era a amamentação e para colocar a criança para dormir novamente, ofereciam a mama. Um estudo realizado por Quiillin e Glenn (2004) encontrou que crianças que são amamentadas dormem um menor número de horas que aquelas que usam mamadeira, e isso reflete também na quantidade de horas dormidas pelas mães de ambos os grupos. Além disso, Cerqueira (2016) ao associar alterações do sono infantil com a amamentação obteve que crianças que mamaram por mais de 12 meses tiveram o dobro de chances de apresentarem disfunções no sono.

Deve-se relacionar que o grande número de prática de co-leito com a amamentação e o motivo dos despertares noturnos, estão interligados uma vez que as mães praticam o co-leito por maior comodidade na hora da amamentação, e durante a noite as crianças, por serem amamentadas, acordam mais. Mediante essa associação, a enfermagem, precisa orientar quanto aos benefícios e também hábitos relacionados a tais práticas no intuito de minimizar prejuízos futuros, quando a criança acorda não porque está com fome, mas por estar

apresentando algum tipo de dependência, visto que prática do aleitamento materno em livre demanda, dependendo da idade da criança é uma orientação universal, visto a qualidade do leite e sua importância para a saúde da criança. Por isso, se faz importante avaliar qual o real motivo do despertar noturno. É necessário também explicitar a mães que oferecer a mama para a criança voltar a dormir pode causar um estímulo- dependência. Então se faz pertinente avaliar se existe realmente essa necessidade ou se a criança está habituada somente a sugar o peito da mãe por estímulo à sucção e não com objetivo de nutrição.

6 CONCLUSÃO

Na presente investigação foi possível identificar os dados sociodemográficos das mães/cuidadores, as características antropométricas e o comportamento do sono noturno das crianças que passaram pela a unidade neonatal evidenciando que todos os cuidadores são mães, proveniente da cidade de Fortaleza, com ocupação do lar, com renda de 1 a 2 salários mínimos, e tinham um companheiro. A maioria das crianças ao nascer foram classificadas como baixo peso (<2500g) e pré termo moderado (31-34 semanas), e todas passaram pela Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) em algum momento de sua internação na unidade neonatal.

Também foi possível analisar o comportamento do sono infantil predominante através da presença de sesta diurnas, o horário de dormir e levantar, o tempo total de sono noturno que a maioria foi de 8 a 10 horas, a presença do compartilhamento da cama com os pais e a presença de despertares noturnos relacionados a amamentação. Pode-se inferir também que há relação entre a prática do co-leito, o número de despertares noturnos e a amamentação, porém faz se necessário uma investigação mais profunda.

A partir da análise dos resultados se pode perceber que a investigação de forma mais detalhada nos hábitos do sono de crianças prematuras, possibilita uma melhor orientação e intervenção para a melhora de seus padrões de sono. Diferentes aspectos podem ser decisivos na construção de um ciclo de sono-vigília saudável que envolve comportamentos de toda a família, bem como o ambiente, e não somente o da criança.

Uma das limitações encontradas no estudo foi o tamanho da amostra que ficou prejudicada pelo à demanda reduzida no período de coleta, frequência e intervalos das consultas, necessitando, portanto, de uma investigação mais detalhada com uma quantidade maior de crianças, para uma melhorar caracterização dessa população.

Dessa maneira o enfermeiro é capaz de elaborar estratégias que visem uma qualidade no sono infantil e redução de dificuldades que possam vir a aparecer, por meio do empoderamento dos pais para atuar sobre esses determinantes através do conhecimento que perpassado melhora a qualidade da assistência bem como a satisfação dos seus usuários.

Tem-se como sugestão de atividades para a abordagem da temática sono infantil e prematuridade a construção de tecnologias de fácil manuseio que possam ser utilizadas tanto em consultas ambulatoriais como no ambiente domiciliar, ou ações que possam ser executadas na própria unidade de saúde como rodas de conversa e palestras, o que facilita a troca de experiências entre os usuários e consegue abordar uma grande quantidade de pessoas.

Sugere-se ainda, que novas pesquisas sejam realizadas utilizando outros delineamentos, capazes de gerar novos pressupostos envolvendo o sono de crianças prematuras, com mecanismos de avaliação de maneira mais objetiva, como a actigrafia.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, P. D. P. **Validação do questionário de sono infantil de Reimão e Lefréve.** [Tese Doutorado], Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2012.
- AZEVEDO, L.; MOTA, L.; MACHADO, A. I. Ambiente de sono seguro no primeiro ano de vida. **Nascer e Crescer**, v. XXIV, p. 18–23, 2015.
- BELISIO, A. S. et al. Influence of social factors on the sleep- wake cycle in children. **Sleep Science**, v. 3, n. 2, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 930.** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2012.
- CARDOSO, M.V.L.M.L. et al. A influência dos distúrbios do sono no desenvolvimento infantil. **Cogitare Enferm** v. 19, n. 2, p. 368–375, 2014.
- CARDOSO, M.V.L.M.L.; CHAVES, E.M.C.; BEZERRA, M.G.A. Ruídos e barulhos na unidade neonatal. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v.63, n. 4, p. 561-66, 2010.
- CERQUEIRA, A. C. D. R. **Comportamento do sono e aleitamento materno em crianças de 12 a 18 meses de idade.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, p. 77. 2016.
- CHOKROVERTY, S. Overview of sleep & sleep disorders. **The Indian journal of medical research**, v. 131, n. February, p. 126–140, 2010.
- ESCARCE, A. G. *et al.* Escolaridade materna e desenvolvimento da linguagem em crianças de 2 meses à 2 anos. **Rev. CEFAC**, n. 2, p. 1139–1145, 2012.
- FREITAS, M. DE *et al.* Acompanhamento de crianças prematuras com alto risco para alterações do crescimento e desenvolvimento: uma abordagem multiprofissional. **Einstein**, v. 8, p. 180–186, 2010.
- GOMES, C. G. Caring for the baby ’ s sleep. **Revista Referência**, p. 69–77, 2009.
- GUIMARÃES, E. A. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011 : análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos *. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 1, p. 91–98, 2017.
- HIRSHKOWITZ, M. *et al.* National sleep foundation’s sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. **Sleep Health**, v. 1, n. 1, p. 40–43, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>>.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.** Disponível em: <http://downloads.ibge.gov.br/downloads_geociencias.htm> Acesso em: 10 junho 2018.
- IWASAKI, M.; IWATA, S.; LEMURA, A.; YAMASHITA, N.; TOMINO, Y.; ANME, T. Utility of Subjective Sleep Assessment Tools for Healthy Preschool Children: A Comparative Study Between Sleep Logs, Questionnaires, and Actigraphy. **J Epidemiol.**, v. 20, n.2, p.143-149, 2010.
- JAN, J. E.; FREEMAN, R. D. Melatonin therapy for circadian rhythm sleep disorders in children with multiple disabilities: what have we learned in the last decade? **Dev. Med. Child**

Neurol., v. 46, n. 11, p. 776-82, 2004.

KASSOUF, A. L. Acesso aos Serviços de Saúde nas Áreas Urbana e Rural do Brasil. **RER**, v. 43, n. 1, p. 000-000, 1998.

KHAN, R. L.; RAYA, J. D. L. P.; NUNES, M. L. Avaliação do estado comportamental durante o sono em recém-nascidos. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, v. 15, n. 1, p. 25–29, 2009.

LELIS, A. L. A. et al. Influence of the family context on sleep disorders in children. **Revista Rene**, v. 15, n. 2, p. 343–353, 2014.

LEME, L. **Qualidade de sono em indivíduos com dor crônica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Guarulhos. Guarulhos, p. 16–59, 2014.

LO, J. C.; DIJK, D.; GROEGER, J. A. Comparing the Effects of Nocturnal Sleep and Daytime Napping on Declarative Memory Consolidation. **PLoS ONE**. v. 9, n. 9, 2014.

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. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 2, p. 88–93, 2010.

LUNA, F. B. Sequência Básica na Elaboração de Protocolos de Pesquisa. **Arq Bras Cardiol** v. 71, n. n° 6, p. 735–740, 1998.

MACHADO, F.; KRAMER, A. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 1983–1990, 2014.

MATIJASEVICH, A; SANTOS, I. S.; MOTA, D. M. Epidemiology of co-sleeping and nighttime waking at 12 months in a birth cohort. **J Pediatr (Rio J)**, v. 84(2);, n. 2, p. 114–122., 2008. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/08-84-02-114/port.pdf>>.

MENEZES, M. A. *et al.* Preterm newborns at Kangaroo Mother Care: a cohort follow-up from birth to six months. **Rev Paul Pediatr**, v. 32, n. 2, p. 171–177, 2014.

NAKAGAWA, M. *et al.* Daytime nap controls toddlers' nighttime sleep. **Scientific Reports**, v. 6, p. 3–8, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1038/srep27246>>.

NASCIMENTO, F. P., & SOUSA, F. L. **METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA TEORIA E PRÁTICA** (2ª edição). Fortaleza: Edições INESP, 2017.

NEVES, E. T; CABRAL, I. E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 552–560, 2008.

OWENS, J.A. **Behavioral sleep problems in children**. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/topic.do?topicKey=PEDS/6353>

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUILLIN, S. I. M.; GLENN, L. L. Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. **JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 33, n. 5, p. 580–588, 2004.

REIMÃO, et al.,. Sono & Saúde: interface com a psicologia e a neurologia. Ribeirão Preto, SP: Editora Novo Conceito, 2010.

SPIELMAN, R. M. *et al.* **Psychology**. [S.l: s.n.], 2017. Disponível em:

<<https://openstax.org/details/books/psychology>>.

VIANA, T. R. F. **Comportamento do sono de crianças prematuras egressas da unidade neonatal.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, p. 51-79, 2016.

VIEIRA, M. E.; LINHARES, M. B. M. Developmental outcomes and quality of life in children born preterm at preschool- and school-age. **Jornal de Pediatria**, v. 87, n. 4, p. 281–291, 2011.

WONG. **Cuidado centrado na família ao recém-nascido: Problemas de saúde dos recém-nascidos.** In: HOCKENBERRY, M. J., WILSON, D. *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014, 9º Edição. P 227.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS FORMULÁRIO PARA
CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES**

DADOS DOS CUIDADORES : NOME: _____ MÃE () PAI () AVÓ () OUTRO _____	
1. Idade: (anos)	2. Naturalidade:
3. Ocupação:	
4. Sexo: 1 Masculino () 2 Feminino ()	
5. Raça /Cor: 1 Branca () 2 Preta () 3 Parda () 4 Amarela () 5 Indígena ()	
6. Estado civil: 1 Solteiro () 2 Casado () 3 Viúvo () 4 União Consensual () 5 Separada Judicialmente ()	
7. 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 (doze anos completos) ()	6 Superior Incompleto () 7 Superior Completo ()
8. Renda Mensal : 1() menos de um 2() um a dois 3() três a quatro 4() mais de quatro	
9. Nº de Cômodos no Domicílio: 1() um 2 () dois a três 3 () mais de quatro	
Endereço:	
Telefones:	

DADOS DAS CRIANÇAS	Nº Prontuário: _____
NOME: _____	
10 Idade Cronológica: _____ Meses	11 Idade corrigida: _____
Data de Nascimento: _____	
12 Sexo: 1() Masculino 2() Feminino	
13 Idade gestacional ao nascer: _____ semanas	
14 Peso ao nascer: _____ g	
15 APGAR: 1º min _____ /5º min _____	
16 Tempo de internação em Unidade Neonatal (meses/dias): UTIN _____ UCIN _____ CANGURU _____ AC _____	
17 Tempo de acompanhamento no Ambulatório de Pediatria: _____	
18 Presença de sestas diurnas: 1 SIM () 2 NÃO ()	
19 Horário de dormir à noite (vai para cama): _____	
20 Horário de acordar (levantar da cama): _____	
21 Duração total do sono noturno da criança: _____	
22 Local do domicílio que a criança dorme: _____	
24 Quantas vezes acorda à noite _____ motivo _____	
O que você faz para a criança voltar a dormir _____	

APÊNDICE B – TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PAIS)

Você está sendo convidado por mim, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso, enfermeira, professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), a participar de uma pesquisa que estou desenvolvendo chamada: “Avaliação do Sono de Crianças Prematuras Egressas da Unidade Neonatal Utilizando Actigrafia”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o comportamento do sono de crianças prematuras egressas da unidade neonatal por meio da actigrafia e verificar a associação do comportamento do sono dessas crianças com variáveis maternas e neonatais. O estudo será importante para a saúde de outras crianças futuramente.

Caso você aceite participar, será aplicado um formulário com identificação da criança e de seu responsável com perguntas relacionadas a dados maternos (tipo de parto, idade, renda, escolaridade, condições de moradia) e do bebê (sexo, peso, idade gestacional, idade cronológica, número de dias de internação na Unidade Neonatal). Em seguida, será apresentado a/ao senhora/senhor o actígrafo, um aparelho semelhante a um relógio de pulso, quando lhe daremos orientações sobre o seu funcionamento e uso. A aplicação do formulário e orientação sobre o actígrafo durará aproximadamente 10 a 15 minutos e será realizada em uma sala no Ambulatório Especializado de Pediatria em Fortaleza-Ceará, onde você costuma levar seu filho para consulta médica e de Enfermagem. Informo que você e seu filho sofrerão riscos mínimos, a criança poderá apresentar apenas leve desconforto ao ficar com o actígrafo no seu braço para a análise do comportamento do sono durante 24 horas. Pedimos que o actígrafo não seja retirado do braço da criança para que não altere os dados dos movimentos corporais e também do momento do sono. As informações coletadas somente serão utilizadas para a pesquisa, podendo os dados ser publicados em revistas e/ou em eventos científicos, porém sua identificação e de seu filho não será revelada; você tem a liberdade de recusar ou de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que tenha prejuízo no atendimento no Ambulatório de Pediatria. Não será fornecida ajuda de custo, nem cobrado nada para que você participe; seu nome nem o de seu (a) filho (a) serão divulgados, nem qualquer informação que permita identificar vocês.

Gostaria de dizer que 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 atendidas nessa instituição. Esse termo de consentimento livre e esclarecido será composto por duas vias, 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, assim como o do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará:

Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso.

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo. Fortaleza CE

CEP: 60430-160

Telefone: (85) 33668464/88211238.

E-mail: cardoso@ufc.br

Comitê de Ética e Pesquisa/Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo. Fone: (85) 33668344.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPEQ: Rua

Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa _____ Data _____
Assinatura _____

Nome do pesquisador _____ Data _____
Assinatura _____

Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler) _____
Data _____ Assinatura (se o voluntário não souber ler) _____
Nome do profissional que aplicou o TCLE _____ Data _____
Assinatura _____