



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

**EFEITO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA SOBRE O SONO DE CRIANÇAS  
EGRESSAS DA UNIDADE NEONATAL: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO,  
ATITUDE E PRÁTICA DOS PAIS.**

**Fortaleza**  
**2020**

EFEITO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA SOBRE O SONO DE CRIANÇAS  
EGRESSAS DA UNIDADE NEONATAL: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO,  
ATITUDE E PRÁTICA DOS PAIS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem da Universidade  
Federal do Ceará, como um dos requisitos para  
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na  
Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Tecnologias de  
Enfermagem na Promoção da Saúde

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

FORTALEZA  
2020

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)

---

- O48e Oliveira, Lusiana Moreira de.  
Efeito de uma cartilha educativa sobre o sono de crianças egressas da unidade neonatal: avaliação do conhecimento, atitude e prática dos pais / Lusiana Moreira de Oliveira. – 2020.  
110 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2020.  
Orientação: Prof. Dr. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso.
1. Sono. 2. Enfermagem. 3. Tecnologias em Saúde. I. Título.

CDD 610.73

---

LUSIANA MOREIRA DE OLIVEIRA

**EFEITO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA SOBRE O SONO DE CRIANÇAS  
EGRESSAS DA UNIDADE NEONATAL: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO,  
ATITUDE E PRÁTICA DOS PAIS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira (1º membro)  
Centro Universitário UNIFACISA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Camila Teixeira Moreira Vasconcelos (2º membro)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Régia Christina Moura Barbosa Castro (Suplente)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ao Deus que merece toda glória e honra, por seu cuidado na minha vida. Aos meus pais pelo incentivo e auxílio durante toda a vida. A minha tia por ser meu exemplo de sabedoria.

## AGRADECIMENTOS

A Deus que sempre esteve presente na minha vida cuidando de mim como um pai amoroso, bondoso e totalmente amável. Em todos os momentos contemplo a mão dEle me sustentando e fazendo todas as coisas cooperarem para o meu bem. Obrigada, meu Deus.

A minha mãe, Eleneuda (Luzia), por ser essa luz que me ensina o caminho e a mulher que lutou para que eu tivesse a oportunidade de estudar e que me ama e me apoia incondicionalmente. Ao meu pai, Heliezito, que fez de tudo para me permitir estudar enquanto esteve presente fisicamente aqui na terra e que hoje contempla essa vitória lá no céu.

A minha tia, Terezinha, exemplo de amor, coragem e sabedoria para mim. Titia, obrigada pelos ensinamentos de vida e por ser minha mãezinha de coração.

Aos meus familiares pela torcida, orações e toda força durante essa caminhada, em especial Zito, Valdirene, Igor, Iuri e Iudy.

As minhas amigas e irmãs de coração, Fábيا e Gabriela, por serem meu ombro amigo em todos os momentos, o consolo e o afago do coração em qualquer circunstância. A vida é mais leve com vocês.

Ao Marcelo, meu amigo, amor e companheiro na vida, que com paciência e amor é meu apoio e a minha alegria na jornada da vida.

A Luziene, Açucena, Juliana, Adrielle, Ingridy, Leonardo por compartilharem a carreira acadêmica comigo, dividindo as vitórias e as lutas, fazendo os momentos mais agradáveis pelo amor mútuo.

As integrantes do NUPESNEC, pelo estímulo a pesquisa e os ensinamento tão brilhantes que me repassaram em todo esse período, em especial a Débora e Letícia pelo auxílio na coleta de dados e pelo companheirismo na vida.

A minha professora e orientadora Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso por me ensinar sobre ser pesquisador, mas principalmente pelo apoio, ombro amigo, pelos conselhos, carinho e por me inspirar como mulher, enfermeira e pesquisadora.

A cada pai, mãe e criança que fizeram parte deste trabalho e com carinho e gentileza participaram deste momento.

As minhas companheiras de trabalho, em especial a Sandra e a Dra. Amparo pela compreensão e apoio neste processo.

Os que confiam no Senhor serão como o monte de Sião, que não se abala, mas permanece para sempre.

Salmos 125.1

## RESUMO

O sono é apontado como a principal função cerebral no início da infância, sendo importante para o crescimento e desenvolvimento infantil. Objetivou-se avaliar o efeito da cartilha educativa “Cuidando do sono da criança” no conhecimento, na atitude e na prática dos pais de crianças egressas da unidade neonatal. Estudo quase-experimental, do tipo intervenção antes e depois, realizado em um ambulatório especializado de pediatria da Universidade Federal do Ceará - UFC, com 50 pais de crianças de 0 a 24 meses. Os critérios de inclusão: pai/mãe egressas da unidade neonatal; estar presente no dia da consulta; ser considerado principal cuidador; dormir com a criança no período noturno; possuir telefone fixo ou móvel; ser alfabetizado; residir na grande Fortaleza (grande fortaleza). Foram excluídos os pais de crianças que possuam alterações biológicas ou patológicas; pais que possuam alguma deficiência auditiva. A coleta de dados foi realizada de Novembro/2019 a Março/2020. Foram utilizados um formulário para caracterização sociodemográfica dos pais e perinatal das crianças, o inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) e a cartilha educativa como intervenção. No pré-teste procedeu-se à leitura da cartilha pelos pais e, após 15 dias, foi realizado o pós-teste via telefone. Empregou-se o teste de *Wilcoxon* e *t* de *Student* para a comparação das proporções e das médias no pré e pós-teste, respectivamente. Aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UFC parecer número 17946619.7.0000.5054. A amostra de pais foi predominantemente do sexo feminino (94%), de 25 a 34 anos (44%), em união consensual (46%), com ensino médio completo ou incompleto (76%), renda igual a um salário mínimo (38%). Em relação às crianças, a maioria nasceu pré-termo (82%), idade de zero a seis meses (62%), de 2000-2499 gramas (60%), internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (68%), de 1 a 10 dias (50%), pela prematuridade (48%). Quanto ao sono infantil, dormir em berço no quarto dos pais e entre 18 e 21 horas foram as variáveis mais prevalentes. Após a leitura da cartilha e aplicação do pós-teste, houve aumento das médias do conhecimento, da atitude e da prática relacionadas às variáveis sociodemográficas, principalmente morar junto ao cônjuge, ter ensino médio completo ou incompleto e renda de um salário mínimo. A prematuridade e a idade da criança até sexto mês apresentou maiores médias no pós-teste, assim como o internamento na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru por prematuridade ou baixo peso ao nascer no conhecimento e na atitude. Dormir na cama dos pais demonstrou maior aumento de médias no CAP e valores de  $p \leq 0,05$ . Frente ao exposto, destaca-se que após o uso da cartilha educativa, as médias de acerto dos pais no conhecimento, na atitude e na prática obtiveram aumento considerável, reforçando a

importância de orientar os pais sobre o sono infantil, utilizando materiais educativos válidos, que possam auxiliá-los na obtenção do conhecimento, no desenvolvimento de atitude e prática para um sono de qualidade e com segurança. A utilização da metodologia CAP permitiu conhecer a população estudada, na qual se identificou o que os pais sabem, pensam e como agem na promoção do sono infantil. Além disso, foi possível a identificação das reais lacunas presentes no conhecimento, na atitude e na prática que podem predispor ou dificultar na qualidade do sono dessas crianças.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sono; Enfermagem; Tecnologias em saúde.

## ABSTRACT

Sleep is identified as the main brain function in early childhood, being important for child growth and development. The objective of this study was to evaluate the effect of the educational booklet "Taking care of the child's sleep" on the knowledge, attitude and practice of parents of children discharged from the neonatal unit. Quasi-experimental study, the intervention type before and after, carried out in a specialized pediatric outpatient clinic at the Federal University of Ceará - UFC, with 50 parents of children aged 0 to 24 months. Inclusion criteria: father / mother from the neonatal unit; be present on the day of the consultation; be considered the main caregiver; sleeping with the child at night; have a fixed or mobile phone; be literate; reside in the great Fortaleza (great fortress). Parents of children with biological or pathological changes were excluded; parents who have a hearing impairment. Data collection was carried out from November / 2019 to March / 2020. A form was used for sociodemographic characterization of parents and perinatal of children, the KAP survey (Knowledge, Attitude and Practice) and the educational booklet as an intervention. In the pre-test, the parents read the booklet and, after 15 days, the post-test was carried out by telephone. The Wilcoxon test and Student's t test were used to compare proportions and means in the pre and post-test, respectively. Approved by the UFC Research Ethics Committee, opinion number 17946619.7.0000.5054. The sample of parents was predominantly female (94%), 25 to 34 years old (44%), in a consensual union (46%), with complete or incomplete high school (76%), income equal to one minimum wage (38%). In relation to children, most were born preterm (82%), aged from zero to six months (62%), from 2000 to 2499 grams (60%), admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (68%), from 1 to 10 days (50%), due to prematurity (48%). As for infant sleep, sleeping in a crib in the parents' room and between 6 pm and 9 pm were the most prevalent variables. After reading the booklet and applying the post-test, there was an increase in the means of knowledge, attitude and practice related to sociodemographic variables, mainly living with the spouse, having completed or incomplete high school and earning a minimum wage. Prematurity and the child's age up to six months showed higher averages in the post-test, as well as hospitalization Conventional neonatal intermediate care unit, due to prematurity or low birth weight in knowledge and attitude. Sleeping in the parents' bed showed a greater increase in means in the KAP and p values  $\leq 0.05$ . In view of the above, it is noteworthy that after using the educational booklet, the parents' average scores on knowledge, attitude and practice have increased considerably,

reinforcing the importance of advising parents on infant sleep, using valid educational materials, that can assist them in obtaining knowledge, in developing attitude and practice for quality and safe sleep. The use of the KAP methodology allowed to know the studied population, in which it was identified what the parents know, think and how they act in the promotion of infant sleep. In addition, it was possible to identify the real gaps in the knowledge, attitude and practice that may predispose or hinder the sleep quality of these children.

**KEYWORDS:** Sleep; Nursing; Health technologies.

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Fluxograma utilizado para seleção da amostra, baseado no modelo Prisma para revisões .....	34
Figura 2 – Representação gráfica das etapas de aplicação da cartilha para os participantes do estudo.....	44

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1-	Síntese dos estudos primários incluídos na revisão integrativa.	35
Quadro 2-	Intervenções e condutas acerca do sono infantil elencadas nos artigos selecionados.....	37
Quadro 3-	Critérios de classificação do conhecimento, atitude e prática sobre o sono infantil.....	48

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição do número de pais, segundo variáveis sociodemográficas.....	51
Tabela 2	Distribuição do número de crianças, segundo as variáveis perinatais.....	52
Tabela 3	Distribuição do número de crianças, segundo variáveis de internamento.....	53
Tabela 4	Distribuição do número de crianças, segundo hábitos de sono quanto ao local e horário de dormir.....	54
Tabela 5	Distribuição do número de pais, de acordo com a classificação do inquérito CAP.....	54
Tabela 6	Comparação das médias do CAP entre o pré e pós-teste.....	55
Tabela 7	Associação entre o conhecimento e as variáveis sociodemográficas dos pais de crianças de 0 a 24 meses.....	56
Tabela 8	Associação entre a atitude e as variáveis sociodemográficas dos pais de crianças de 0 a 24 meses.....	57
Tabela 9	Associação entre a atitude e as variáveis sociodemográficas dos pais de crianças de 0 a 24 meses.....	58
Tabela 10	Associação entre o conhecimento dos pais e as variáveis das crianças e hábitos de sono.....	59
Tabela 11	Associação entre a prática dos pais de crianças de 0 a 24 meses e as variáveis das crianças e hábitos de sono.....	60
Tabela 12	Associação entre o conhecimento, a prática e as variáveis de internação.....	61
Tabela 13	Comparação das médias do conhecimento, segundo as categorias das variáveis sociodemográficas.....	63
Tabela 14	Comparação das médias da atitude, segundo as categorias das variáveis sociodemográficas.....	64
Tabela 15	Comparação das médias da prática, segundo as categorias das variáveis sociodemográficas.....	65
Tabela 16	Comparação das médias do conhecimento, segundo as categorias das variáveis neonatais.....	66
Tabela 17	Comparação das médias da atitude, segundo as categorias das variáveis neonatais.....	67
Tabela 18	Comparação das médias da prática, segundo as categorias das variáveis neonatais.....	68
Tabela 19	Comparação das médias do conhecimento, segundo as categorias das variáveis relacionadas ao internamento da criança.....	69
Tabela 20	Comparação das médias da atitude, segundo as categorias das variáveis relacionadas ao internamento da criança.....	70
Tabela 21	Comparação das médias da prática, segundo as categorias das variáveis relacionadas ao internamento da criança.....	71
Tabela 22	Comparação das médias do conhecimento, atitude e prática segundo as categorias das variáveis relacionadas ao sono infantil.	72

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BP	Baixo peso
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
ECG	Eletrocardiograma
EEG	Eletroencefalograma
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde
MESH	Medical Subject Headings
NSF	National Sleep Foundation
NREM	No Rapid Eyes Moviment
OMS	Organização Mundial da Saúde
PUBMED	National Library of Medicine and National Institutes of Health
REM	Rapid Eyes Moviment
RN	Recém-nascido
SMSL	Síndrome da Morte Súbita do Lactente
UN	Unidade Neonatal
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UCINCo	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional
UCINCa	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1	O sono e as suas repercussões.....	15
1.2	As unidades neonatais e o sono da criança.....	19
1.3	Tecnologias educativas em saúde.....	21
1.4	Construção e validação da cartilha.....	23
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>27</b>
2.1	Objetivo Geral .....	27
2.2	Objetivos Específicos .....	27
<b>3</b>	<b>HIPÓTESES.....</b>	<b>28</b>
<b>4</b>	<b>REVISÃO INTEGRATIVA.....</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>39</b>
5.1	Tipo de Estudo .....	39
5.2	Local do estudo.....	39
5.3	População e amostra.....	40
5.4	Coleta de dados.....	41
5.4.1	Formulário de coleta de dados.....	43
5.5	Organização e Análise dos dados .....	46
5.6	Aspectos Éticos do estudo .....	46
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>73</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>85</b>
<b>9</b>	<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO E IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM.....</b>	<b>87</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>88</b>
	<b>APÊNDICE A- TCLE .....</b>	<b>99</b>
	<b>APÊNDICE B- Formulário de coleta de dados.....</b>	<b>101</b>
	<b>APÊNDICE C- Cartilha.....</b>	<b>103</b>
	<b>APÊNDICE F- Procedimento operacional padrão para coleta de dados.....</b>	<b>109</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O sono e as suas repercussões na infância

O sono já foi considerado um período de passividade, mas com estudos aprofundados sobre essa temática, percebeu-se que ele, na verdade, é um período de intensa atividade cerebral envolvendo funções corticais superiores (SHAKANKIRY, 2011). Diversos autores já vêm estudando o sono e as suas funções, as quais perpassam pela saúde emocional, função imune, pelo crescimento e desenvolvimento e pela função cognitiva (DAVIS; PARKER; MONTGOMERY, 2004; BERNIER; CARSOL; BORDELEAU, 2010). Quando o tempo ou a qualidade do sono são insuficientes, prejuízos para a função cognitiva e emocional podem estar presentes durante, principalmente, a infância, afetando também o desempenho e o comportamento da criança (MICHELS *et al.*, 2013).

Assim, o sono é apontado como a principal função cerebral durante o início da infância (DAHL, 1996). De fato, a maior parte da vida de uma criança de até 2 anos é ocupada pelo ato de dormir, com uma média de duração de 16 a 17 horas por dia no primeiro mês de vida, declinando de forma gradual para 14 a 15 horas por dia no sexto mês, e para 13 horas ao chegar a um ano de idade (DAVIS; PARKER; MONTGOMERY, 2004; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

Assim, a *National Sleep Foundation* (NSF) traz recomendações que podem ser usadas para melhorar a qualidade do sono. O tempo necessário de sono varia conforme a idade, sendo que um recém-nascido (0 a 3 meses) necessita de 14- 17 horas de sono, não recomendado um tempo menor que 11 e maior que 19 horas; bebês (4 a 11 meses) precisam de 12 a 15 horas de sono, não menos que 10 e não mais que 18 horas; e crianças (1 a 2 anos) recomenda-se de 11 a 14 horas de sono, em que um tempo menor que 9 e maior que 16 deve ser evitado (HIRSHKOWITZ *et al.*, 2014).

A quantidade de horas que uma criança passa dormindo até os 3 anos de idade é maior do que todas as atividades por ela desenvolvidas durante a vigília, sugerindo a importância que o sono tem para o crescimento e desenvolvimento (DAHL, 1996). Existem processos neurobiológicos que regulam o ciclo sono/vigília, como o ritmo circadiano, responsável por ditar os períodos de sono e vigília baseado no ciclo claro e escuro, e o processo homeostático, no qual a necessidade de dormir, que é acumulada durante o dia, é aliviada pelo sono (DAVIS, HELLER, FRANK, 2000).

Isso faz do sono um processo rítmico, sendo dividido em dois estados: REM (Sono de Movimento Ocular Rápido) e NREM (Não movimento ocular rápido dos olhos). Essa organização é determinada pelo ciclo ultradiano, a qual se altera com a idade devido as mudanças ambientais, secreção hormonal, temperatura central e outras influências biológicas (PRIMHAK, KINGSHOTT, 2011).

O sono REM é responsável por promover o descanso psicológico e o bem-estar emocional, bem como auxilia diretamente o processo de memória. Ele é caracterizado por uma intensa redução do tônus muscular e paralisia muscular, aumento da frequência cardíaca e aumento do consumo de oxigênio cerebral. Este estágio corresponde a 20% do tempo total de sono no adulto (MAGALHÃES, MATURANA, 2007).

O sono NREM, dividido em quatro estágios, contribui para o repouso físico, auxilia o sistema imunológico e digestivo. O estágio 1 corresponde a um período transicional entre a vigília e sono (sono leve); o 2 diz respeito a um estágio mais profundo de sono, em que pensamentos e imagens fragmentadas ainda transitam na mente, mas também é possível perceber um relaxamento muscular e o desaparecimento dos movimentos oculares, representando 50% do tempo de sono em um adulto; já os estágios 3 e 4 são caracterizados por um sono mais profundo, sendo chamado de sono de ondas lentas (MAGALHÃES, MATURANA, 2007).

Assim, esses estágios do sono se alternam durante a noite, fazendo o ciclo do sono, o qual se inicia nas fases 1 e 2 do NREM, seguida pela fase 3, em que também pode ser presente a fase 4, continuando com uma transição para o sono REM. É válido ressaltar que não existe apenas um único ciclo de sono durante a noite, em adultos e crianças mais velhas cada um desses ciclos dura aproximadamente 90 minutos (PRIMHAK, KINGSHOTT, 2011).

Ao se falar a respeito da configuração do sono de forma detalhada em lactentes, percebe-se a dificuldade de fazê-lo, visto que os padrões no eletroencefalograma ainda são imaturos, sendo classificado, nessa faixa etária, como sono tranquilo ao se referir do estado NREM, e ativo, o qual é equivalente ao REM. Assim, percebe-se que o ciclo de sono muda ao decorrer da infância, especialmente durante os primeiros dois anos de vida (PRIMHAK, KINGSHOTT, 2011).

Referente à necessidade de sono dos recém-nascidos, eles precisam de quantidades iguais do chamado de sono ativo (REM) e tranquilo (NREM), no entanto existe a alternância de ciclos, os quais duram aproximadamente 50 a 60 minutos, iniciando-se no sono ativo (REM) (FICCA; FAGIOLI; SALZARULO, 2000). Nos primeiros dois meses, o ciclo sono vigília começa a se assemelhar com o ciclo claro-escuro, causando assim uma maior

organização dos padrões de sono, e o bebê já consegue perceber as interferências do ambiente (RIVKEES, 2003).

Aos 3 meses de idade o sono REM ainda ocupa de 50-60 minutos de um ciclo. No entanto, a partir dos 6 meses a arquitetura do sono começa a mudar, iniciando-se agora no sono NREM predominando na primeira metade da noite acompanhado do sono REM na segunda metade (SHAKANKIRY, 2011; HERAGHTY *et al.*, 2008). Essa mudança da arquitetura vai se tornando cada vez mais madura ao decorrer da idade, diminuindo, assim, os despertares, e aos 12 meses a consolidação do sono noturno está praticamente concluída, com apenas dois cochilos em horários definidos durante o dia (THOMAN; WHITNEY, 1989). Em torno da idade de 4 a 5 anos, muitas crianças já não fazem mais uma sesta durante o dia (SHAKANKIRY, 2011; HERAGHTY *et al.*, 2008).

Partindo dessa configuração a respeito do sono, percebe-se a importância da relação existente entre o conhecimento acerca dos padrões de sono e a sua arquitetura na infância para que modificações que ocorrem nessa faixa etária não sejam confundidas com problemas de sono, mas apenas parte do processo natural que ocorre durante esse período. No entanto, saber identificar uma alteração no sono possui relevância também no momento de prevenir os distúrbios do sono, os quais são comuns durante a infância, principalmente nos pré-escolares. Os problemas de sono refletem de forma direta no desenvolvimento da criança, principalmente nos estágios iniciais da infância, em que a idade cronológica tem por base marcos do desenvolvimento (OWENS, 2013).

A identificação de uma alteração no comportamento do sono, muitas vezes, acontece pelos pais e é uma queixa comum nas consultas em pediatria (BOYLE & CROPLEY, 2004). Estudo de coorte realizado na Irlanda com mães de crianças aos 9 meses, 3 e 5 anos de idade identificou que para 30% (do total de 11.112), 22% (do total de 9.720) e 12% (do total de 9.996) respectivamente das mães em cada faixa etária o sono do seu filho era um problema, principalmente devido o ato de acordar durante a noite, relatado por 80% das mães de crianças de 9 meses (HANAFIN, 2017). Isso evidencia a relação existente entre a faixa etária e o comportamento do sono, visto que com o crescimento da criança a percepção de problema de sono diminuiu pelo relato das cuidadoras.

Os despertares noturnos são uma das preocupações e angústias mais comuns dos pais, principalmente nas fases iniciais, visto que afeta também o sono da família, causando mudanças de humor ou até mesmo sintomas depressivos, principalmente nas mães, que são as principais cuidadoras das crianças (TIKOTZKY *et al.*, 2011).

Outro problema de sono comum que afeta a população pediátrica é a dificuldade para iniciar ou manter o sono, sem o auxílio do cuidador, ou despertar antes do horário habitual e não conseguir mais voltar a dormir, o qual pode ser chamado de insônia. Esses problemas atingem em torno de 30% das crianças, muitas vezes, influenciados pelos hábitos familiares (BRUNI, ANGRIMAN, 2015). A insônia, de forma crônica, pode repercutir no desenvolvimento cognitivo, no humor e na atenção, bem como na qualidade de vida da criança e da família. Dessa forma, é necessário que as queixas referidas pelos pais no momento da consulta sejam levadas em consideração para uma orientação guiada e adequada para cada tipo de família.

O conhecimento dos pais acerca das necessidades e da higiene de sono da criança pode influenciar na capacidade dos pais em promover hábitos de sono saudáveis (KANIS *et al.*, 2015). Assim, para que essas decisões em como promover o sono de qualidade pelos pais sejam tomadas, é necessário que eles possuam suporte e orientações a respeito da quantidade de sono que a criança precisa, saibam reconhecer sinais a respeito da sua boa ou má qualidade e realizar práticas de higiene que podem promover um sono saudável para a criança (MCDOWEL, ELDER, CAMPBELL, 2017).

Uma rotina é recomendada para promoção do sono infantil, visto que ela envolve não só os aspectos relacionados ao sono, mas também do desenvolvimento e bem estar da primeira infância. As contribuições de uma rotina de sono para o desenvolvimento envolvem aprimoramento da linguagem, regulação emocional e comportamental da criança, melhora do vínculo familiar, visto que ela envolve não só a criança, mas os seus cuidadores, trazendo múltiplos benefícios para o funcionamento da família (MINDELL, WILLIAMSON, 2011).

Assim, o termo rotina de dormir é definido como um conjunto de atividades previsíveis que são realizadas uma hora antes das luzes serem apagadas e antes da criança adormecer. As atividades mais comuns em diversos países desempenhadas para promover uma rotina de sono são a alimentação (mama ou mamadeira) e o banho. Os hábitos de ler e cantar são mais comuns na Nova Zelândia e na Indonésia, respectivamente, demonstrando que o sono sofre influência do aspecto cultural (MINDELL, WILLIAMSON, 2011).

No Brasil, estudo desenvolvido por Lélis *et al* (2014) evidenciou a influência do contexto familiar no sono da criança, dentre os fatores elencados, têm-se os padrões de sono dos pais. Sendo os pais são os principais responsáveis em direcionar os hábitos de sono inerentes à criança, torna importante o desenvolvimento de ações que envolvam essa temática para toda a família, principalmente para evitar que o ato de dormir seja associado a fatores

que ao invés de auxiliar no processo de adormecimento, tornem a criança mais ativa ou dependente de um determinado comportamento.

Alguns comportamentos não seguros relacionados ao sono, muitas vezes, também são incorporados na rotina da criança, a exemplo do costume de dormir vendo televisão ou necessitar da presença dos pais para adormecer sendo embalada, os quais podem trazer prejuízos para a autonomia da criança quando envolve a regulação do sono. Evidencia-se, portanto, que os hábitos de dormir da criança são um reflexo da família, muitas vezes, até da vizinhança e de influências sociais que operam indiretamente (GARRISON, LIEKWEG, 2011).

## **1.2 As unidades neonatais e o sono da criança.**

De acordo com a portaria 930 de 10 de Maio de 2012 do Ministério da Saúde, as unidades neonatais são responsáveis pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente graves. O ambiente dispõe de estruturas assistenciais que possibilitam a assistência adequada ao paciente, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos.

As unidades neonatais são divididas em: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) que se subdivide em: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). Os recém-nascidos que necessitam de cuidados especiais são encaminhados a essas unidades a depender da necessidade por eles apresentada.

Dessa forma, com o avanço dos recursos tecnológicos, o cuidado ao recém-nascido vem evoluindo, tendo hoje uma grande demanda tecnológica, por meio de equipamentos e materiais. Dessa forma, ocorre muitas vezes uma superestimulação do recém-nascido, muitas vezes pelo grande número de procedimentos a serem realizados, mas principalmente pelos ruídos, os quais são, muitas vezes, contínuos e intensos, causando prejuízos ao desenvolvimento do recém-nascido internado, além da iluminação prolongada (ZAMBERLAN-AMORIM *et al.*, 2012).

Esses ruídos são causados por diversas fontes, a exemplo de equipamentos de suporte de vida, como respiradores mecânicos e bombas de infusão; conversas, circulação de pessoas, alarmes, visitas, bem como no fechamento de armários e gavetas, uso de telefone celular pelos profissionais, jato de água da pia para lavagem das mãos (AURÉLIO, TOCHETTO, 2010; CARDOSO, CHAVES, BEZERRA, 2010). Os ruídos prejudicam o sono do recém-nascido fazendo que ele desperte mais vezes e não consiga alcançar todos os

estágios de sono necessários para garantir o estabelecimento dos padrões de sono necessários para o seu desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Assim, o sono está diretamente ligado ao processo de desenvolvimento, principalmente cerebral, em que o recém-nascido passa a maior parte do seu dia dormindo (16 a 18 horas), sendo nesses momentos que ocorre à maturação cerebral. No recém-nascido prematuro, os estágios do sono são conhecidos como sono ativo, equivalente de REM, sono tranquilo e sono indeterminado. Dessa forma, o estabelecimento desses três estágios é um marcador de maturação cerebral nessas crianças (MIRMIRAN, BALDWIN, ARIAGNO, 2003; GRIGG-DAMBERGER, 2016).

Os estágios do sono no recém-nascido são responsáveis por uma ou mais funções cerebrais e corporais. Durante o sono tranquilo ocorre a reposição das reservas energéticas e o reparo celular. Já o ativo é essencial para a maturação celular do sistema nervoso central. O sono indeterminado é uma oscilação entre esses dois padrões de sono. Assim, a privação de sono no recém-nascido, principalmente o prematuro pode trazer repercussões clínicas, além de retardar a alta hospitalar (SEVESTRE, OGER, BERTELLE, MABIN E SIZUN, 2013). Dentro da unidade neonatal, o sono do recém-nascido é interrompido cerca de 132 vezes em 24 horas, com uma média de sono que varia de 4,2 a 9,6 minutos consecutivos, demonstrando a necessidade de criar ações que preservem o momento de dormir neste ambiente (BRAZELTON, CRAMER, 2004).

Para respeitar esse momento do sono dentro das unidades neonatais, foi desenvolvido o “horário do soninho” ou a “hora do silêncio” como uma estratégia que engloba a redução da luminosidade, do ruído, a manipulação mínima do recém-nascido, durante períodos pré-determinados no dia, a fim de tornar o ambiente propício para o repouso do neonato (BRASIL, 2013).

Além disso, uma revisão sistemática elencou 36 estudos acerca de intervenções não farmacológicas com recém-nascidos prematuros dentro do ambiente da unidade neonatal. Assim, as intervenções encontradas incluíram a música, toque humano, luz ciclada, envoltura do bebê em lençóis, sucção não nutritiva com chupeta embebida em leite, remodelamento de colchões para tornar mais aconchegante e sacarose oral (LIAO *et al.*, 2012). Percebe-se que várias intervenções já vêm sendo propostas com o objetivo de melhorar a qualidade do sono infantil, no entanto estas também devem levar em consideração as recomendações referentes à prevenção de agravos durante o sono, como a síndrome da morte súbita do lactente.

Portanto, o ambiente das unidades neonatais exerce influência no sono, o que, por conseguinte, relaciona-se diretamente ao desenvolvimento do recém-nascido, principalmente das funções cognitivas e maturação cerebral.

Assim, faz-se necessário promover, mesmo em um ambiente tecnológico e muitas vezes estressante, o sono, por meio de ações que envolvam toda a equipe profissional e os familiares, os quais devem ser envolvidos no cuidado ao sono para que a sua importância seja percebida e esse cuidado seja também realizado após a alta em domicílio (CHOURA; AZOGADO, 2015).

Dessa forma, optou-se por trabalhar com o público de pais de crianças egressas da unidade neonatal, devido o impacto causado pelo ambiente o qual a criança se inseriu, durante horas, dias ou até meses, a depender da sua necessidade, no desenvolvimento cerebral. Sabendo-se da importância do sono para maturação das funções cerebrais, a cartilha educativa avaliada nesse estudo foi construída com foco neste público-alvo, com vistas a servir de apoio nas consultas de enfermagem durante orientação dos pais e posteriormente disponibilizá-la para ser usada por eles em domicílio.

### **1.3 Tecnologias educativas em saúde.**

Tendo em vista que o sono reflete diretamente no desenvolvimento das crianças e no processo de maturação do cérebro, o uso de materiais educativos tem sido cada vez mais comum como um suporte aos profissionais, como os enfermeiros, as crianças e a família, com o objetivo de sanarem dúvidas e superarem dificuldades, visando contribuir para uma melhor qualidade do conhecimento acerca de determinado assunto (MOURA, 2013).

Neste contexto, surge o profissional enfermeiro, que em sua formação tem como ferramenta a educação e a promoção da saúde. Baseado nessa perspectiva o enfermeiro tem o papel de educar, sendo um facilitador das ações que levem o indivíduo a pensar e a agir criticamente, levando em consideração não só as informações que serão repassadas, mas o contexto em que o indivíduo está inserido, o seu nível educacional e quais ferramentas podem auxiliar na troca de conhecimento.

A definição de tecnologia muitas vezes é utilizada de forma equivocada no cotidiano, atribuindo sempre a ela um produto, uma máquina ou equipamento. Na verdade, ela engloba processos concretos que surgiram por meio da experiência cotidiana e da pesquisa, utilizando o conhecimento científico para desenvolver produtos materiais, ou não, com o fito de desenvolver intervenções sobre um problema real, sendo esse processo avaliado e controlado de forma sistemática (NIETSCHE *et al.*, 2005). Outra definição de tecnologia diz

respeito ao modo, caracteristicamente moderno, do ser humano interagir com o mundo, reforçando a ideia de meio pelo qual ocorre a interação (CUPANI, 2004).

Desse modo, Paim, Nietzsche, Lima (2014), ao inter-relacionarem Enfermagem e Tecnologia, remetem ao fato de que tecnologia consiste em conhecimentos e instrumentos interligados, construídos, desconstruídos e reconstruídos que delimitam modos sistematizados de cuidar. Esses modos sistemáticos podem auxiliar o Enfermeiro a promover padrões de sono adequado, por exemplo, em qualquer ambiente assistencial.

Além disso, o termo tecnologia não se limita a apenas um aspecto, mas existem subtipos de tecnologias bastante utilizadas em saúde, como as tecnologias assistivas, com foco na melhoria ou manutenção da capacidade funcional de pessoas portadoras de alguma patologia; gerenciais, as quais são um processo sistematizado de ações práticas e teóricas utilizadas no gerenciamento da assistência dos serviços de saúde; bem como as tecnologias educacionais (NIETSCHE *et al.*, 2005).

Dentre os tipos de tecnologias existentes na saúde, têm-se as Tecnologias Educacionais, as quais consistem em conhecimentos científicos sistematizados que possibilitam o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento de forma a envolver a educação de maneira formal ou informal, sendo necessário um educador em saúde com a finalidade de facilitar o processo ensino-aprendizagem e um educando, dito como o usuário, para participar e ser um sujeito ativo em todo esse processo (NIETSCHE *et al.*, 2005).

Em relação aos tipos de tecnologias educacionais tem-se: o álbum seriado, os folders, os jogos, os manuais e a cartilha educativa, sendo o uso desses materiais frequente no Sistema Único de Saúde, principalmente os manuais e as cartilhas (ECHER, 2005). Este último material tem sido bastante disseminado na Enfermagem, visto que possibilita a disposição de conteúdo juntamente as ilustrações que auxiliam na aprendizagem, instigando a leitura pelo público-alvo por meio da clareza e atratividade (GALINDO *et al.*, 2017).

Outra forma de classificar as tecnologias, de forma abrangente, é de acordo com MERHY (2002), as quais são chamadas de duras (materiais e equipamentos), leve duras (impressos) e leves (caráter relacional), sendo a cartilha educativa do tipo leve dura, em que há uma parte dura que diz respeito a estrutura e outra leve, na qual é determinada pelo modo individual que cada profissional a utilizada para produzir o seu cuidado.

Os materiais educativos são considerados componentes do processo de aprendizagem, e quando utilizados de forma correta, com participação dos indivíduos e com interatividade, eles são de grande valia para a produção do conhecimento pelos leitores (FREITAS, REZENDE FILHO, 2011). As mensagens que compõem o material educativo têm

por objetivo instigar a mudança de comportamento do receptor. Para isso, a mensagem precisa ser bem captada pelo leitor com a finalidade de que ele a entenda e possa colocar em prática.

Além disso, outra vantagem encontrada na literatura para o uso de cartilha é a sua contribuição para o ensino do usuário pelos profissionais, principalmente o enfermeiro, favorecendo o desenvolvimento de habilidades pelo indivíduo para promoção da saúde e enfrentamento da doença a depender da finalidade deste material (NASCIMENTO *et al.*, 2012). Dessa forma, o material do tipo cartilha educativa foi escolhido para ser um meio de auxiliar nas orientações a respeito da temática sono infantil, principalmente pela ausência de um material sistematizado abordando esse assunto na língua portuguesa.

#### **1.4 Construção e validação da Cartilha “Cuidando do sono da criança”**

A tecnologia educativa intitulada inicialmente como “Cuidando do sono da criança egressa da unidade neonatal”, foi elaborada durante o período da graduação como bolsista de Iniciação científica. Desde o segundo semestre como acadêmica, junto ao Núcleo de Pesquisa na Saúde do Neonato e da Criança (NUPESNEC), venho desenvolvendo pesquisas sobre a temática sono na criança. Assim, com o levantamento de dados que evidenciavam a necessidade de orientar aos pais quanto os cuidados relacionados ao sono na infância, surgiu o interesse em construir um material rico em informações, embasadas cientificamente, para auxiliar o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, nessas questões.

A cartilha foi construída conforme orientações referentes à linguagem, ao layout e as ilustrações para a construção do material educativo impresso, de modo a torna-lo compreensível, legível, eficaz e relevante culturalmente (MARIA, NÓBREGA E SILVA, 2003). No processo de construção da cartilha, o primeiro passo foi o levantamento bibliográfico, em novembro de 2017, isoladamente por duas avaliadoras, quando se efetuou a busca em quatro bases de dados e um portal, respectivamente: Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), *Web of Science, Cumulative Index to Nursing na Allied Health Literature* (CINAHL), SCOPUS e *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (PUBMED), utilizando o descritor booleano AND. Foram utilizados os descritores controlados “sono”, “recém-nascido” e “unidade neonatal”. Essa abordagem permitiu indicar o levantamento dos assuntos que fariam parte do material educativo sobre os textos que compuseram a cartilha, os quais estão percorridos no método.

O trabalho de design e diagramação das imagens foi realizado por uma enfermeira que possuía também um curso na área do design. As imagens foram recolhidas da internet

(site Google) para servir de exemplo e, posteriormente novas imagens foram desenhadas no Corel Draw.

Em relação à elaboração da cartilha, os textos foram escritos de forma clara e objetiva, seguido da confecção e disposição das ilustrações no material, finalizando-se com a diagramação. O conteúdo foi apresentado por meio de diálogo entre os personagens escolhidos para compor a cartilha: uma enfermeira e os pais de uma criança que recebeu alta da unidade neonatal. A disposição dos conteúdos dessa forma deu-se a fim de tornar a leitura menos cansativa e mais objetiva, bem como pelas recomendações da literatura (MARIA; NOBREGA E SILVA, 2003).

Este material aborda conhecimentos articulados em forma de diálogo na voz ativa entre enfermeiro, pais de uma criança que recebe alta da unidade neonatal envolvendo importância do sono, posição e local para dormir, aspectos ambientais como luz e barulho, uso da música e de atividades que estimulem a criança durante o dia. Além disso, na versão pós-validação de conteúdo e aparência foi inserida uma tabela que informa a quantidade de sono necessária de acordo com cada faixa etária, um exemplo de rotina do sono e de um diário do sono.

A primeira versão da cartilha foi composta por 16 páginas, incluindo a capa, sumário, apresentação e os assuntos referidos anteriormente, impressa frente e verso, com tinta colorida, em material ofício, tamanho A5, com dimensões de 148 x 210. Os textos foram escritos na fonte Times New Roman, no tamanho 16 para subtítulos e 14 para o corpo do texto. Na capa foi utilizada cor preta, com fonte 34 para colocação do título.

Tendo em vista que a apreciação de materiais educativos pelo público alvo e por especialistas no assunto proporciona informações, sugestões e opiniões sobre a qualidade do material no que se refere à compreensão, aceitação da mensagem, linguagem e apresentação, indicando as possíveis necessidades de reajustes e modificações (GALINDO *et al.*, 2017), a validação da cartilha educativa sobre o sono de crianças egressas da unidade neonatal foi realizada para o aprimoramento desta tecnologia e, conseqüentemente, o seu uso na orientação dos pais.

Nesta etapa, a cartilha educativa foi avaliada por juízes especialistas e pelo público alvo. Inicialmente, foram selecionados 20 juízes pela plataforma Lattes, posteriormente foi enviado um e-mail convite e 10 juízes aceitaram participar da pesquisa. Foram enviados por e-mail a cartilha educativa, o TCLE e o instrumento de avaliação, bem como reforçado o prazo para devolução (15 dias) e o objetivo da pesquisa. Deste total de

juízes, 7 devolveram o instrumento de avaliação e o TCLE preenchidos, com um prazo máximo de 40 dias, sendo esta a amostra do estudo.

A pontuação para seleção dos juízes de acordo com os critérios pré-estabelecidos variou de 6 a 12 pontos, com média de 8,2 pontos, nos 7 participantes do estudo. À critério de caracterização: todos os juízes eram do sexo feminino e tinham graduação em Enfermagem, com idades variando de 27 a 53 anos, com média de 32,2 anos e tempo de formação em enfermagem de 12,42 anos. No quesito pós-graduação, todos possuíam mestrado em Enfermagem (100%) e 2 juízes eram doutores em Enfermagem (28,5%). Todos os juízes (100%) possuíam publicações na temática sono ou participavam de projetos de pesquisa nessa temática. Com relação aos dados acadêmicos, 2 (28,57%) dos juízes eram docentes e 5 (71,42%) eram enfermeiros assistenciais.

Na avaliação da aparência do material educativo, participaram 25 pais de crianças egressas da unidade neonatal, sendo a grande maioria do sexo feminino (96%), concentrando-se na faixa etária de 16 a 51 anos, com média de 30,47 anos de idade. Em relação à escolaridade, 13 (52%) afirmaram ter ensino médio completo, sendo este o mais prevalente. Dentre os participantes, 11 (44%) afirmaram que receberam alguma orientação sobre o sono do bebê, principalmente pela enfermeira (54,5%). Com relação às crianças, a idade variou de 2 a 24 meses, com média de 11 meses. Todas as crianças apresentaram histórico de internação em unidades neonatal, sendo a mais prevalente a unidade de médio risco com 9 (36%) crianças, porém 3 (14,24%) mães não souberam especificar a unidade.

A validação de conteúdo apresentou um IVC global (S-CVI-AVE) de 0,82 considerando-se a cartilha aprovada, uma vez que foi considerado IVC entre os itens e global  $\geq 0,78$  como adequado. Todos os itens obtiveram pontuação superior à estipulada. Os aspectos linguagem e cultura obtiveram menor pontuação no S-CVI-UA, nos itens em relação à escrita (I-CVI=0,75) e adequação cultural do material (I-CVI=0,78).

Além disso, os juízes fizeram sugestões pertinentes em relação à cartilha sendo as principais, como a mudança do título da cartilha de “Cuidando do sono do lactente” para “Cuidando do sono da criança”; rever a ordem de apresentação do conteúdo; inserir informações sobre o tempo total de sono/24hs necessário para cada criança de acordo com a faixa etária; inserir um diário de sono nas anotações e os nomes dos pais da criança.

As modificações sugeridas pelos juízes foram analisadas e acatadas de acordo com o referencial teórico adotado para a construção da cartilha. Dessa forma, a cartilha foi intitulada “Cuidando do sono da criança”, a nova ordem de apresentação dos conteúdos (alta da maternidade; importância do sono; estimule o seu filho; horário de ir para o berço;

ambiente de dormir e vestimenta; posição no berço; prevenindo o risco da síndrome da morte súbita; uso da música; uso da cartilha), uma tabela com o tempo total de sono foi inserida no final de acordo com cada faixa etária, bem como um diário do sono para que os pais pudessem completar e acompanhar o sono da criança. Além disso, os pais da criança (Gabriel) foram chamados de Rodrigo e Allana.

A cartilha também foi avaliada pelos pais, com objetivo de aperfeiçoar o material a ser utilizado por esse público-alvo. A partir dessa avaliação foi possível verificar o nível de concordância positivo nos seis aspectos que compuseram o instrumento para avaliação da aparência, obtendo uma média de 94,3%, indicando um ótimo nível de concordância, visto que este foi estipulado inicialmente como 75%.

Esta cartilha educativa apresenta-se inovadora ao abordar a temática relacionada ao sono no Brasil, pois apesar deste ser um assunto bastante difundido em outros países (APA, 2016; OHAYON *et al.*, 2016) nenhum material educativo que abordasse unicamente a promoção do sono no País foi encontrado ao se fazer uma busca na literatura, principalmente tendo como enfoque o cuidado à criança.

Dessa forma, considerando a necessidade do uso dessa tecnologia com o público alvo, questionou-se quais seriam os efeitos do uso desse material ao ser aplicado com os pais de crianças egressas da unidade neonatal em relação ao conhecimento, a atitude e a prática acerca do sono infantil. “Qual efeito do uso da cartilha educativa “cuidando do sono da criança” no conhecimento, na atitude e na prática dos pais de crianças egressas da unidade neonatal”?

Este estudo torna-se relevante ao propor a avaliação do efeito de uma tecnologia educativa para ser utilizada na prática a fim de promover a qualidade do sono infantil, buscando, assim, esclarecer dúvidas e mitos dos pais relacionados a essa questão, as quais são recorrentes na infância. Além disso, permitirá que os profissionais de saúde disponham de um material qualificado nas consultas para orientar os pais em como promover o sono da criança, prevenindo possíveis agravos de saúde, como a Síndrome da Morte Súbita Infantil e distúrbios do sono que podem aparecer ao decorrer do desenvolvimento. O uso da metodologia CAP permitirá, então, realizar um levantamento do que a população estudada conhece e pratica a respeito do sono, possibilitando intervir em lacunas que ainda existem sobre esse aspecto do desenvolvimento.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar o efeito da cartilha educativa “Cuidando do sono da criança” no conhecimento, na atitude e na prática dos pais de crianças egressas da unidade neonatal.

### **2.2 Específicos**

Avaliar o conhecimento, a atitude e a prática dos pais sobre o sono infantil.

Identificar os fatores relacionados ao conhecimento, a atitude e a prática inadequados dos pais sobre o sono da criança antes e após o uso da cartilha educativa.

Comparar o conhecimento, a atitude e a prática dos pais sobre o sono infantil antes (pré-teste) e após (pós-teste) a aplicação da cartilha educativa “Cuidando do Sono da Criança”.

### **3 HIPÓTESES**

As médias dos escores do conhecimento após a aplicação da cartilha (pós-teste) serão mais elevadas que as evidenciadas antes da aplicação da cartilha (pré-teste).

As médias dos escores da atitude após a aplicação da cartilha (pós-teste) serão mais elevadas que as evidenciadas antes da aplicação da cartilha (pré-teste).

As dos escores da prática após a aplicação da cartilha (pós-teste) serão mais elevados que as evidenciadas antes da aplicação da cartilha (pré-teste).

## 4. REVISÃO INTEGRATIVA

### 4.1 Intervenções e condutas acerca do sono de crianças egressas da unidade neonatal.

Neste tópico apresenta-se uma revisão integrativa com o objetivo de identificar as intervenções e as condutas fornecidas pelos profissionais da saúde no cuidado referente ao sono de crianças egressas da unidade neonatal, visto a necessidade de maiores subsídios para fornecer um cuidado de qualidade às crianças. Apesar de já existirem recomendações sobre essa questão, nem sempre elas são postas em prática, sendo assim evidenciada a necessidade de identifica-las.

Trata-se de uma Revisão Integrativa, método que sintetiza o conhecimento e incorpora os resultados de estudos relevantes na prática. As etapas seguidas para a elaboração do estudo foram: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura (pesquisa nas bases de dados); coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; apresentação da revisão integrativa (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

Para a elaboração da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia PICO, a qual representa um acrônimo de Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (desfecho). Essa estratégia orienta a construção da pergunta de pesquisa e da busca bibliográfica, permitindo, com uma maior acurácia, a identificação da melhor informação científica de forma mais rápida (SANTOS, PIMENTA, NOBRE, 2007). Assim, a seguinte questão de pesquisa foi delimitada: “Quais as condutas e intervenções realizadas por profissionais da saúde em relação ao sono da criança egressa da unidade neonatal?” Nessa perspectiva, o primeiro elemento (P) consiste na criança egressa da UN; o segundo elemento (I) condutas e intervenções sobre o sono infantil; e o quarto elemento (O) consiste nas evidências científicas acerca do sono da criança egressa da UN realizadas por profissionais da saúde. Na presente revisão, o terceiro elemento, o (C) não foi utilizado, visto que a comparação não foi o objetivo dessa revisão.

Realizou-se a busca dos artigos no período de julho a agosto de 2018, através do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior logado em acesso pela comunidade federada, por meio de acesso on-line a cinco bases de dados e um portal, na seguinte sequência: *Cumulative Index to Nursing na Allied Health Literature (CINAHL)*, *Science Direct*, *Web of Science e National Library of Medicine and National Institutes of Health (PUBMED)*, *Scopus*, *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*.

Os critérios de inclusão das publicações foram: publicações que possuíssem a temática sono infantil; com resumo on-line; disponíveis eletronicamente, sem limitação de idioma ou período de tempo. Os critérios de exclusão foram: estudos reflexivos; revisões de literatura; editoriais; resumos em anais de eventos; publicações duplicadas; teses e dissertações.

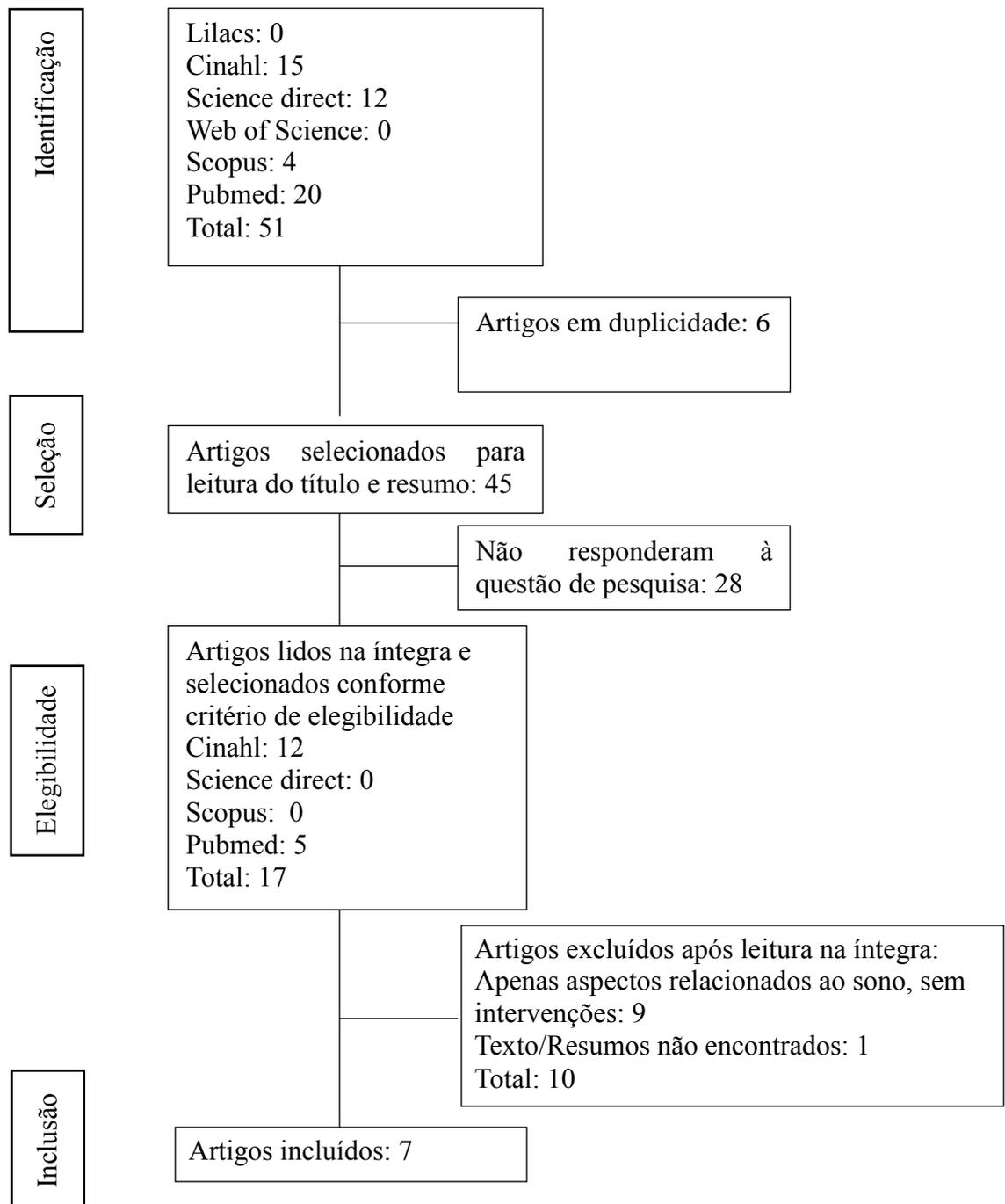
Foram utilizados os descritores controlados “sono” e “alta do paciente” constantes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o descritor não controlado “unidade neonatal”, para a busca na base de dados LILACS e, para as demais bases e portal, foram utilizados os descritores *sleep* e *patient discharge* constantes no *Medical Subject Headings* (MeSH), e o descritor não controlado neonatal *unit* operacionalizado pelo operador booleano “AND”. A escolha de utilizar o descritor não controlado referido se deu com o objetivo de ampliar o campo da busca e não restringir a estudos realizados apenas dentro da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), visto que existem diferentes tipos de unidades neonatais para os cuidados junto a recém-nascidos que necessitam de um aparato humano e tecnológico. Não foi utilizado nenhum filtro referente ao tempo em nenhuma das bases de dados. As análises foram desenvolvidas de forma conjunta por duas das autoras.

Foram encontrados 43 artigos na etapa de identificação; na etapa de triagem 20 artigos não atendiam o objetivo da pesquisa e foram excluídos, além de 6 repetidos entre as bases de dados que também foram excluídos. Assim, 17 artigos foram lidos na íntegra, os quais fazem parte da etapa de elegibilidade. Na etapa que corresponde a inclusão, dos 17 artigos elegíveis, 7 foram selecionados para compor a amostra de artigos do estudo, sendo 10 excluídos, conforme apresentado pela figura 1, baseada no PRISMA para estudos de revisão (LIBERATI et al., 2009).

Para o registro dos dados dos artigos, foi utilizado o instrumento adaptado (URSI; GALVÃO, 2006), o qual possui os seguintes itens: identificação do estudo primário (título, autores, local, idioma); características metodológicas (tipo de publicação/estudo, objetivo, amostra, critérios de inclusão e exclusão), resultados evidenciados, conclusões e limitações do estudo.

A análise dos resultados encontrados foi realizada de maneira descritiva, apresentando-se a síntese de cada estudo incluído na revisão, evidenciando as intervenções e as condutas fornecidas aos pais pelos profissionais da saúde.

**Figura 1** – Fluxograma utilizado para a seleção da amostra, baseado no modelo PRISMA para revisões.



A revisão resultou em 7 artigos que atendiam aos objetivos da pesquisa. O panorama geral das publicações encontradas foi exposto nos quadros 1 e 2, destacando-se a caracterização, aspectos metodológicos e principais resultados encontrados (Intervenções e condutas acerca do sono de crianças egressas das unidades neonatais).

Entre os 7 artigos elencados, o tempo de publicação variou entre os anos de 2006 (ARIS *et al.*, 2006) e 2016 (ZACHRITZ; FULMER; CHANEY, 2016), destacando-se que não

foi utilizado nenhum filtro de delimitação de tempo. Em relação aos países de elaboração das pesquisas, seis pesquisas tiveram como origem os EUA (artigos 1-6), sendo que apenas um foi desenvolvido fora dos Estados Unidos (EUA), especificamente no Reino Unido (HWANG; O'SULLIVAN; FITZGERALD; MELVIN; GORMAN; FIASCONE, 2015). O quadro 1 apresenta a síntese dos artigos elencados conforme a ordem de inclusão no presente estudo.

**Quadro 1** – Síntese dos estudos primários incluídos na revisão integrativa.

<b>Artigos</b>	<b>Autores/Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Delineamento/amostra</b>
1	ARIS <i>et al</i> /2006	Explorar e descrever o conhecimento e a prática dos enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. e determinar quais informações os pais recebiam na alta da criança acerca da posição de dormir.	Estudo dividido em duas fases: Metodológico; exploratório e descritivo/252enfermeiros.
2	ZACHRITZ; FULMER; CHANEY /2016	Desenvolver, implementar e avaliar um programa de práticas seguras de sono para gestante e familiares de crianças egressas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	Qualitativa do tipo convergente assistencial/ n=três enfermeiros, um psiquiatra e um terapeuta ocupacional e os cuidadores/pais.
3	BERNIER; CARLSON; BORDELEAU; CARRIER /2009	Implementar e avaliar um programa de prevenção da Síndrome da Morte Súbita do Lactente para aumentar o conhecimento das enfermeiras neonatais.	Estudo de Implementação e avaliação de um programa de prevenção da Síndrome da Morte Súbita do Lactente em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital nos EUA/ autor não deixa claro o tamanho da amostra.
4	MCMULLEN; WU;	Documentar a prática clínica	Descritivo/ Dois hospitais:

	AUSTIN-KETCH, ; CAREY/2014	da transição da posição prono para supino de prematuros e determinar se a política do hospital influencia essa prática.	96 e 92 prontuários revisados respectivamente.
5	SHADMAN; WALD; SMITH; COLLER/2016	Aumentar à adesão as práticas seguras de sono para bebês internados em uma unidade de cuidados gerais de um hospital infantil.	Estudo de desenvolvimento de estratégias e implementação de mudanças usando o ciclo: Planeje, faça, estude, aja/ 56 cuidadores.
6	HWANG; O’SULLIVAN; FITZGERALD; MELVIN; GORMAN; FIASCONE/2015	Aumentar a porcentagem de crianças elegíveis para as práticas seguras de sono em duas unidades intensivas neonatais nível III em Boston.	Estudo de implementação de práticas seguras de sono na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. n= 388 crianças.
7	DATTANI; BHAT; RAFFERTY; HANNAM; GREENOUGH/2011	Determinar a influência da campanha “Back to Sleep” nas recomendações médicas sobre a posição de dormir de crianças prematuras antes e após a alta.	Estudo exploratório por meio do envio de um questionário/ 1816 questionários respondidos por profissionais das unidades neonatais do Reino Unido.

Todos os artigos selecionados na revisão integrativa estavam veiculados em periódicos da língua inglesa. Dentre os profissionais que promoveram as condutas e intervenções estavam enfermeiros, os quais estavam presentes em todos os artigos selecionados, além de terapeutas ocupacionais, médicos, assistentes sociais e psicólogos, sendo o cuidado desenvolvido pela equipe multiprofissional extremamente relevante tanto para criança, proporcionando um cuidado integral, quanto para a família, tendo disponíveis profissionais para fornecer orientações sobre questões pertinentes durante o processo de internação e alta (Quadro 2).

**Quadro 2-** Intervenções e condutas acerca do sono infantil elencadas nos artigos selecionados

Artigo	Condutas e Intervenções
1	<p>A criança deve dormir na posição supina</p> <p>Evitar superfícies moles e não deixar as roupas de cama soltas no local.</p>
2	<p>Dormir na posição supina. A posição prona é recomendada em crianças com obstrução das vias aéreas, refluxo gastroesofágico ou outra rotina médica necessária.</p> <p>Evitar objetos como almofadas, ursos de pelúcia, edredons, brinquedos e roupas de cama soltas. Não utilizar chapéu durante o sono.</p> <p>Fronteiras ou barreiras feitas com roupas de cama são fontes potenciais para obstrução das vias aéreas e não devem ser usadas com berço aberto.</p> <p>A cabeça elevada é recomendada apenas sob necessidade clínica.</p> <p>Dispositivos de assento, como carrinhos de bebê, assentos de segurança de automóveis, balanços e transportadoras infantis não são recomendadas para o sono de rotina.</p> <p>Orientar a utilização de saco para dormir quando em caso de berço aberto.</p>
3	<p>Não colocar lençóis soltos, almofadas para contenção do bebê ou brinquedos de pelúcia no berço ou local que a criança dorme. Ao invés de lençóis, utilizar sacos para dormir. Não usar chapéu na criança na hora do sono.</p> <p>Não enrolar o bebê na hora de dormir, nem manter o quarto muito quente.</p> <p>Não compartilhe a cama com a criança; quarto compartilhado é mais seguro. O bebê pode ficar na posição prono apenas enquanto brinca.</p> <p>Os pais devem orientar a outros cuidadores sobre a posição supina no momento de dormir.</p> <p>Os pais ou familiares devem ser orientados a não fumar em casa.</p>
4	Transferência da posição prona para supino antes da alta hospitalar.
5	A posição ideal é a supina, sendo o local mais indicado o berço com o não compartilhamento do leito e ausência de itens em seu interior.
6	Posição supina; berço plano, sem inclinação; ausência de dispositivos de posicionamento; sem brinquedos, edredons ou cobertores macios.
7	<p>Informações escritas aos pais sobre a transição da posição prono para supino.</p> <p>Recomendação da posição prono para crianças com síndrome de Pierre Robin</p>

ou com problemas de vias aéreas superiores e em casos analisáveis.
--

O cuidado mais presente nos estudos incluídos na revisão, desenvolvido pelos profissionais, foi referente à postura da criança no berço, seguindo recomendações da Academia Americana de Pediatria. A variação da posição recomendada aos pais quando a criança sofria de alguma síndrome ou quando apresentava refluxo gastroesofágico também esteve presente em alguns artigos, sendo essa informação bastante divergente (ARIS, 2006; DATTANI; BHAT; RAFFERTY; HANNAM; GREENOUGH, 2011). Algumas unidades neonatais já tinham a política de posição supina implantada (SHADMAN; WALD; SMITH; COLLER, 2016), porém, outras, iniciaram o uso dessa posição após observarem a referência de outros lugares (HWANG; O'SULLIVAN; FITZGERALD; MELVIN; GORMAN; FIASCONE, 2015) ou pela necessidade percebida pelos profissionais juntamente as recomendações da Academia Americana de Pediatria (ZACHRITZ; FULMER; CHANEY, 2016; BERNIER; CARLSON; BORDELEAU; CARRIER, 2009).

Destaca-se como limitação do presente estudo a baixa quantidade de artigos voltados a orientar e intervir sobre o sono de crianças egressas da unidade neonatal bem como maiores subsídios acerca aplicação dessas condutas no contexto pós-alta/domiciliar. Além disso, a relativa semelhança entre os níveis de evidências dos mesmos, atenta para a necessidade de investigações e desenvolvimento de pesquisas mais minuciosos que possam originar ou ratificar outros subsídios além da postura que a criança deve permanecer no berço.

A alta da criança da unidade neonatal envolve não somente a melhora do quadro clínico, mas a preparação dos pais para fornecer o cuidado em casa, a qual deve ser iniciada desde o processo de admissão da criança nessas unidades. O envolvimento dos pais nos cuidados prestados dentro da Unidade Neonatal proporciona maior confiança aos mesmos para a transição entre o ambiente hospitalar e o domicílio, demonstrando assim a importância do suporte que a equipe profissional deve oferecer a esses familiares (ALOYSIUS *et al.*, 2018).

Assim, recomenda-se que as orientações acerca do sono sejam realizadas antes da alta da criança, além de que o momento da internação deve ser um percussor dessas orientações, com condutas que direcionem a prática dos cuidadores em casa (MCMULLEN; WU; AUSTIN-KETCH; CAREY, 2016). Os profissionais envolvidos no cuidado possuem o dever de fornecer suporte aos pais com orientações, devendo estar capacitados e aptos a fornecê-las. O enfermeiro é citado como um dos profissionais de maior visibilidade no quesito educar em

saúde, sendo responsável, muitas vezes, por repassar muitas das orientações do cuidado a criança devido sua relação de maior proximidade com a família (SOUSA *et al.*, 2017).

No entanto, estudo que avaliou as orientações dadas por enfermeiros próximo ao momento da alta da unidade neonatal evidenciou que apenas 52,0% desses profissionais advertiam os pais na alta que a criança deve dormir exclusivamente na posição supina após a alta, além de que 38,0% destes afirmaram orientar que a posição supina ou lateralizada era adequada, o que demonstra a necessidade que esses profissionais sejam capacitados permanentemente sobre as práticas seguras de sono para que as orientações repassadas sejam válidas e de acordo com as recomendações da literatura pertinente sobre o assunto (ARIS *et al.*, 2006).

A Academia Americana de Pediatria recomenda que a posição supina seja orientada para o sono de crianças, sendo essa o principal achado em todos os artigos incluídos na revisão, visto que ela é uma das condutas que auxiliam na prevenção da Síndrome da Morte Súbita do Lactente. A posição lateralizada ou a posição prono pode aumentar o risco de síndrome da morte súbita (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016). No entanto, alguns fatores influenciam aos pais no momento de determinar qual posição a criança deve dormir, como outras pessoas, propagandas, anúncios ou fotos com o bebê em uma posição diferente ou a falta de orientação pelos profissionais (RAINES *et al.*, 2018). Assim, a Academia Americana de Pediatria recomenda que os profissionais de saúde sejam treinados para promover o sono seguro e assim oferecer orientações de qualidade aos pais, devendo esses treinamentos acontecer desde a universidade (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

Alguns estudos encontrados na revisão trouxeram especificações em relação à posição supina, recomendando que crianças com a Síndrome de Pierre-Robin, refluxo gastroesofágico ou problemas de vias aéreas superiores com recomendação médica (ZACHRITZ; FULMER; CHANEY, 2016; DATTANI; BHAT; RAFFERTY; HANNAM; GREENOUGH, 2011). No entanto, a Academia Americana de Pediatria afirma que a posição supina pode ser recomendada em crianças com refluxo gastroesofágico, pois os benefícios dessa posição na prevenção da Síndrome da Morte Súbita do Lactente superam os riscos de aspiração. Além disso, os pesquisadores reforçam que crianças com doença do refluxo gastroesofágico com risco de morte que pode superar o risco de Síndrome da Morte Súbita do Lactente ou com problemas de vias aéreas superiores, a exemplo anormalidades anatômicas, podem se beneficiar da posição prona, devendo os pais serem orientados sobre o motivo dessa

posição e o momento da transição para a posição supina de acordo com a recomendação médica (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

Além disso, é importante que as crianças internadas em unidades neonatais sejam colocadas na posição supina dias antes da alta hospitalar, sendo recomendada para bebês a partir de 32 semanas de idade gestacional, visto que a prematuridade aumenta o risco de Síndrome da Morte Súbita do Lactente (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016; DEMATO *et al.*, 2016). Estudo realizado com o objetivo de avaliar a política hospitalar para transição da posição prona para supino em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal demonstrou que essa política de transferência direciona a prática dos pais após a alta quanto mais brevemente possível isso for realizado (a partir de 32 semanas de Idade Gestacional). Uma política hospitalar clara do momento adequado para que essa transferência ocorra pode auxiliar os enfermeiros e outros profissionais a realizarem essa prática (MCMULLEN; WU; AUSTIN-KETCH; CAREY, 2016).

A recomendação de não colocar objetos soltos no berço da criança, a exemplo de ursos de pelúcia, cobertores e travesseiros, bem como o não compartilhamento do leito também foram encontrados em alguns artigos incluídos na revisão (ZACHRITZ; FULMER; CHANEY, 2016; BERNIER; CARLSON; BORDELEAU; CARRIER, 2009; DATTANI; BHAT; RAFFERTY; HANNAM; GREENOUGH, 2011), devido à associação destes comportamentos com a Síndrome da Morte Súbita do Lactente. Estudo realizado na Turquia aplicou um questionário com 456 mães para avaliar comportamentos de risco relacionados à predisposição da Síndrome da Morte Súbita do Lactente evidenciou que 65,8% das mães usavam travesseiros e 28,5% compartilhavam o leito com a criança. Essas práticas são realizadas por falta de conhecimento, crenças e valores culturais ou por informações errôneas repassadas, ressaltando a importância que orientações endossadas na literatura, levando em consideração a cultura de cada indivíduo, devem ser apresentadas aos pais para que estes participem ativamente na promoção do sono infantil de qualidade (ERDOĞAN, Ç; TURAN, T, 2017).

Para que objetos soltos no berço, como lençóis, sejam evitados, estudo realizado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal nos EUA trouxe a alternativa do saco de dormir, material projetado exclusivamente para essa realidade e população de acordo com o peso e tamanho, diminuindo, assim, a chance que a criança possa levar esse objeto ao rosto e causar sufocamento (BERNIER; CARLSON; BORDELEAU; CARRIER, 2009). Apesar de nesta pesquisa, o saco de dormir ter sido distribuído para os pais, ainda são necessários mais pesquisas para demonstrar sua real efetividade, levando em consideração os seus custos e

adaptação cultural, visto que a realidade e a cultura são fatores essenciais que devem ser considerados ao repassar orientações aos pais, visto que a disponibilidade e a facilidade de obtenção são pontos essenciais para que uma orientação seja posta em prática.

Os achados dessa revisão possibilitam um maior conhecimento acerca das condutas e intervenções realizadas com foco no sono de crianças egressas da unidade neonatal, proporcionando uma reflexão sobre a relevância destas para a melhora do cuidado em relação sono. Torna-se evidente, também, a necessidade de orientação dos pais e cuidadores na promoção de práticas seguras de sono, visto que este possui função importante no desenvolvimento infantil, além de particularidades que devem ser consideradas em cada prática de educação em saúde ou consulta a depender da idade da criança, cultura, aspectos familiares, entre outros.

## **5 MÉTODO**

### **5.1 Tipo de estudo**

Estudo quase-experimental, do tipo grupo único, antes e depois, pois constitui uma intervenção sobre um grupo populacional em que não existiu a randomização (POLIT; BECK, 2018). Este estudo utiliza apenas um grupo experimental, no qual se usa a técnica do “antes” e “depois” de uma intervenção. Dessa maneira cada sujeito é o seu próprio controle, possibilitando a observação de causa e efeito (UTSUMI, 2007).

No presente estudo existe apenas um grupo e este foi avaliado por meio do pré-teste, definido como uma fase primordial de um estudo, em que a população alvo entra em contato com as questões, possibilitando a avaliação do que esta sabe sobre o assunto (WINDELFEL, 2005) e pós-teste, os quais são utilizados para verificar a aprendizagem da informação repassada. Assim, como formulário para avaliar estes momentos, optou-se por utilizar o inquérito CAP pela possibilidade de medir o conhecimento, a atitude e a prática de um determinado grupo populacional (KAP,2011).

### **5.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado em uma instituição pública de referência, localizada na cidade de Fortaleza, Capital do Ceará, especificamente em um ambulatório especializado de pediatria da Universidade Federal do Ceará (vinculado à atenção secundária).

O referido ambulatório possui consulta em diversas áreas, inclusive da enfermagem, com foco no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças com risco para atraso no desenvolvimento. Este é composto por 6 salas de atendimento, além de sala de vacina e sala para verificação de dados antropométricos.

Além disso, o ambulatório foi escolhido devido realizar o atendimento de crianças que recebem alta das unidades neonatais, as quais são referenciadas para este local, após a alta dessas unidades, e principalmente devido o maior número de profissionais especialistas no cuidado infantil e por estar integrado a uma maternidade escola de referência no estado do Ceará. O enfermeiro realiza consultas com foco em acompanhar o crescimento e o desenvolvimento de crianças com risco para alteração nesses quesitos. Além do enfermeiro, médicos e nutricionistas atendem no ambulatório, o qual funciona durante todos os dias, de segunda a sexta, durante o turno diurno.

Dessa forma, a maioria das crianças atendidas no ambulatório é egressa dessa maternidade, principalmente das unidades neonatais. Além disso, o Núcleo de Pesquisa na Saúde do Neonato e da Criança (NUPESNEC) realiza atendimento especializado com essas crianças desde 2013, promovendo a saúde destas por meio das consultas de enfermagem e educação em saúde, envolvendo aspectos do sono infantil, alimentação infantil, crescimento e desenvolvimento entre outros, além da realização de pesquisas com foco na promoção da saúde da criança, nas segundas e terças pela manhã.

### **5.3 População e amostra**

A amostra foi constituída por pais de crianças de 0 a 24 meses que receberam alta da unidade neonatal e que foram encaminhados para o ambulatório especializado de pediatria, que residiam na Cidade de Fortaleza, Ceará. O período de coleta foi de dois meses e o estudo foi realizado com 50 pais de crianças egressas da unidade neonatal em amostragem por conveniência temporal.

A idade adotada para o estudo (0 a 24 meses) justifica-se devido os pais apresentarem mais questionamentos em relação ao sono da criança (MCDOWADELL, ELDER, CAMPBELL, 2017), a organização da arquitetura do sono durante essa faixa etária (BORRIGTON *et al.*, 2017) e a necessidade de sono ser maior nessa idade (NATIONAL SLEEP FOUNDATION, 2016). Além dos achados na literatura, ressalta-se a experiência do NUPESNEC que realiza pesquisa com enfoque no sono infantil e aplica instrumentos para avaliar esse aspecto na idade de 0 a 24 meses.

Para isso, os critérios de inclusão foram estabelecidos: ser pai ou mãe de criança egressa da unidade neonatal; estar presente no dia da consulta/atendimento no referido ambulatório enquanto aguarda o atendimento para qualquer profissional que atenda neste local; ser considerado o principal cuidador da criança; dormir com a criança no período noturno, visto que o principal tempo de sono se concentra nesse período; possuir telefone fixo ou móvel que possa ser contatado; ser alfabetizado, ou seja, possuir pelo menos quatro anos de estudo (UNESCO; RIBEIRO; VÓVIO; MOURA, 2002); residir na cidade de Fortaleza – Ceará (grande fortaleza). Foram excluídos pais de crianças que possuam alterações biológicas ou patológicas (paralisia cerebral, autismo, epilepsia ou filhos de usuários de drogas). Ressalta-se que essas patologias exercem influência sobre o período de sono e repouso (JAN; FREEMAN, 2004). Além disso, os pais que possuíssem alguma alteração auditiva, visto que uma parte da pesquisa foi realizada via telefone também não fizeram parte da pesquisa. Quanto aos critérios de descontinuidade destacam-se: 1) desistência do pai ou mãe em

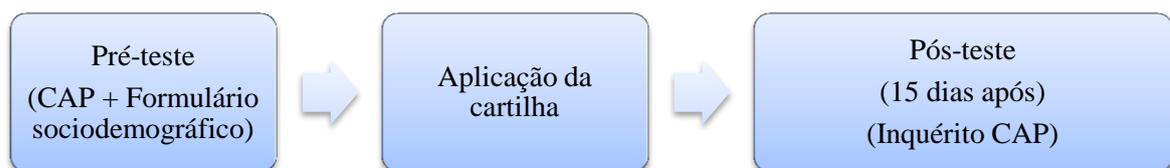
participar da pesquisa no pós-teste tardio; 2) Não atendimento da ligação telefônica após três tentativas em dias consecutivos para responder o pós-teste tardio; 3) falecimento dos pais ou da criança.

O critério de alfabetização foi elencado devido à existência do analfabetismo funcional. No Brasil, pessoas com menos de quatro anos de estudo são consideradas analfabetas funcionais de acordo com as recomendações da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO; RIBEIRO; VÓVIO; MOURA, 2002).

#### 5.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em um local reservado no ambulatório especializado de pediatria, antes ou após a consulta a depender da disponibilidade dos pais. Inicialmente o pesquisador apresentou os objetivos da pesquisa e as suas etapas, sendo, então, solicitada a participação dos pais com a assinatura do TCLE (APÊNDICE A). Posteriormente, o participante (pai ou mãe) respondeu o pré-teste, após isso, o mesmo realizou a leitura do material educativo de forma individual. Quando os dois (pai ou mãe) estavam presentes, um dos dois era convidado a participar e responder a pesquisa; o pós-teste foi realizado com a mesma pessoa do pré-teste. Nesse momento foi reforçada a necessidade da continuidade da pesquisa, sendo realizado o pós-teste após 15 dias, via telefone. Ressalta-se que a coleta de dados foi realizada pela mestranda e por duas bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) que trabalhavam com o sono infantil, as quais foram treinadas e receberam o Protocolo Operacional Padrão de coletas de dados para minimizar o risco de viés na pesquisa. O pós-teste foi realizado apenas pela mestranda.

**Figura 2-** Representação gráfica das etapas de aplicação da cartilha para os participantes do estudo.



Fonte: Autoria Própria

O prazo de 15 dias para realização do pós-teste tardio foi estipulado devido às recomendações encontradas na literatura sobre o tempo de reavaliação, em que existem algumas controvérsias. No entanto, recomenda-se que esse tempo seja longo o suficiente para que o paciente não recorde as respostas do primeiro momento, mas tenha um espaçamento não tão extenso capaz de permitir a modificação do objeto de estudo. Além disso, estudo que enfoca o sono infantil e utiliza a metodologia pré e pós-teste recomenda o intervalo de tempo de 15 dias para uma reavaliação do conhecimento dos pais (HWANG, O'SULLIVAN, FITZGERALD *et al.*, 2015).

Para realização do pós-teste, os pais foram contatados via telefone em um horário pré-agendado e acertado no momento da realização das outras etapas do estudo. No dia anterior a última fase do estudo (pós-teste tardio), foi enviado pelo pesquisador um lembrete via *WhatsApp* ou por meio de uma ligação telefônica (caso o cuidador não tivesse acesso ao aplicativo). Essa forma de captação de dados via telefone tem sido utilizada em outros estudos que tiveram como interesse avaliar o sono infantil ou o efeito de um material educativo (HWANG, O'SULLIVAN, FITZGERALD *et al.*, 2015; MANIVA, 2016). Para finalização da pesquisa com o pós-teste serão realizadas três tentativas de contato via telefone (DODT, 2011; MANIVA, 2016).

Ressalta-se que foi utilizada a cartilha educativa, construída e validada conforme descrito anteriormente, “cuidando do sono da criança” de forma impressa frente e verso, com tinta colorida, em material ofício, tamanho A5, com dimensões de 148x 210, contendo 20 páginas no total. Os textos foram escritos na fonte Times New Roman, no tamanho 16 subtítulos e 14 para o corpo do texto. Na capa foi utilizada a fonte em tamanho 34 para colocação do título da cartilha. A fonte é utilizada na cor preta. O material educativo não foi disponibilizado aos pais ou mães participante da pesquisa no momento da coleta, pois na hora do pós-teste algum participante poderia consultar este material para responder os questionamentos.

A mestrandia entregou o material educativo e explicou qual a sua finalidade e o seu objetivo, pedindo ao participante que faça a leitura da cartilha de forma completa e atenciosa, sendo fornecido o tempo que for necessário para a leitura deste material. A etapa anteriormente descrita foi realizada na presença da mestrandia. Reitera-se que o pesquisador não forneceu informações adicionais sobre o sono aos pais, visto que o objetivo do estudo foi avaliar o efeito da cartilha e outras orientações poderão causar vieses na pesquisa. As dúvidas que surgiram no momento de responder algum dos testes coube ao pesquisador ler a pergunta

novamente aos pais e solicitar que esta fosse respondida de acordo com o seu entendimento. A cartilha educativa não foi disponibilizada aos pais para ser levada para casa, visto que pode causar o viés no momento que for realizado o pós-teste, no qual os pais podem responder os questionamentos consultando o material.

#### **5.4.1 Formulário de coleta de dados**

O formulário utilizado durante a coleta de dados foi construído contendo uma divisão em duas partes, sendo o mesmo utilizado para pré-teste e pós-teste tardio. A primeira parte é referente à caracterização dos participantes (dados sociodemográficos: nome, idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda, ocupação, moradia, número de cômodos, quantidade de pessoas que moram na casa e local de dormir da criança); (informações de caracterização da criança: idade cronológica, idade corrigida, tempo de internação nas unidades neonatais, alimentação, hábitos de sono; além do questionamento se já recebeu alguma orientação sobre o sono na maternidade/unidade neonatal e por qual profissional). O contato telefônico e o *WhatsApp* também serão solicitados aos pais.

A segunda parte do formulário é referente ao pré-teste e pós-teste e tardio com perguntas sobre o tema do tipo inquérito CAP. Este mede o conhecimento, a atitude e a prática da população em relação a um determinado assunto, mostrando o que as pessoas sabem, sentem e se comportam a respeito de um tema em questão. Tem a sua sigla advinda do Inglês, *Knowledge, Attitude and Practices*, sendo utilizado em diversos estudos no Brasil, com os mais variados temas: adesão à consulta de retorno do exame Papanicolau (VASCONCELOS, 2008); prevenção da recorrência do Acidente Vascular Cerebral (MANIVA, 2016); cuidadores de idosos e a relação de ajuda cuidador-idoso (MOREIRA *et al.*, 2018).

Os conceitos relacionados às definições de conhecimento, atitude e prática que compõem o CAP foram retirados de um manual que trata sobre a coleta de dados quantitativos utilizando o inquérito CAP (KAP, 2011) e de estudos similares (KALIYAPERUMAL, 2004; MANIVA, 2016):

- **Conhecimento:** é o conjunto do entendimento, a capacidade de imaginar e a maneira de perceber uma determinada situação. O conhecimento de um comportamento em saúde é considerado benéfico, no entanto não é garantido que ele seja seguido. Assim, conhecer o que se sabe sobre um determinado

assunto permite identificar lacunas para que os esforços de educação em saúde sejam concentrados nelas.

- Atitude: é considerada um modo de ser, a habilidade de tomar uma posição, ter uma opinião. É uma variável que se concentra entre a situação e a resposta para tal situação. A atitude ajuda a explicar porque dentre um rol de práticas possíveis um sujeito, sob determinado estímulo, adota uma prática e não outra. Além disso, refere-se a ter sentimentos, predisposições, crenças, relativamente constantes, dirigidas a um objetivo, pessoa ou situação, bem como preconceitos que podem permear o tema. Portanto é relevante avaliar a relação existente entre a atitude e a prática.
- Prática: é a tomada de decisão de desempenhar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo, referindo-se a dimensão social.

O inquérito CAP é um método quantitativo, mas que permite o acesso a dados quantitativos e qualitativos, visto que é possível inserir esses dois estilos de perguntas ao se formular o questionário. Esse tipo de pesquisa permite um amplo conhecimento a respeito de como uma determinada população percebe e desempenha suas ações levando em consideração o meio social, as suas crenças e o ambiente o qual se insere (KAP, 2011).

O Manual de aplicação de pesquisas utilizando o inquérito CAP sugere que ele pode ser aplicado em todas as fases de uma pesquisa (início, meio e fim), servindo para fazer um diagnóstico inicial da população, acompanhar o processo da pesquisa e no fim para monitorar possíveis mudanças. A grande possibilidade de uso dessa metodologia motivou a sua aplicação neste estudo, visto que a população foi avaliada em três momentos distintos. Bem como, o amplo espectro de informações que podem ser recuperadas por meio do CAP para permitir, com maior fidedignidade, verificar o comportamento da população sobre determinado assunto, neste caso o sono infantil.

Para auxiliar no esclarecimento de informações que compuseram o instrumento foi realizada uma revisão integrativa que elencou cuidados e condutas referentes ao sono da criança que são, também, abordados com os pais de forma direta, por meio de orientações, e indireta, com a observação desses cuidados dentro da unidade neonatal próximo ao momento da alta. Além disso, as perguntas foram realizadas de acordo com as informações presentes na revisão e também estavam presentes na cartilha educativa.

Para cada critério dos domínios foi atribuído o valor de um ponto. Assim, a pontuação no domínio conhecimento pode variar de 0-7 pontos (conhecimento adequado: 7-4 pontos/ conhecimento inadequado:  $\leq 3$  pontos); a atitude variando de nenhum a 4 pontos

(atitude adequada: pontuação entre 2-4 pontos / atitude inadequada:  $\leq 1$  ponto); já a prática varia de 0-7 pontos (prática adequada: 7 a 4 pontos/ prática inadequada:  $\leq 3$  pontos). A pontuação do inquérito CAP teve como base o desenvolvimento de outros estudos que utilizaram essa mesma metodologia (FERNANDES *et al.*, 2012; MANIVA *et al.*, 2016; MOREIRA *et al.*, 2018), além do manual com orientações para pesquisas que utilizam o Inquérito CAP (KAP, 2011), visto que na literatura não existe uma escala específica para classificação do conhecimento, atitude e prática. Ressalta-se que perguntas deixadas em branco foram pontuadas como zero. O quadro 3 demonstra os critérios que foram levados em consideração para realização das perguntas referentes ao conhecimento, à atitude e a prática que compuseram o instrumento de avaliação.

**Quadro 3-** Critérios de classificação do conhecimento, atitude e prática sobre o sono infantil.

<b>Conhecimento</b>	<b>Atitude</b>	<b>Prática</b>
Os pais sabem a importância do sono infantil.	Os pais referem que é necessário realizar uma rotina de sono para a criança.	Quais ações para melhorar a qualidade do sono das crianças os pais praticam?
Os pais sabem qual o horário recomendado para a criança dormir.	Os pais referem que é necessário prevenir o risco de sufocamento (Síndrome da Morte Súbita do Lactente) no momento que a criança está dormindo.	1- Colocam a criança para dormir antes das 21hs. 2- Os pais colocam a criança para dormir em um ambiente com baixa luminosidade e barulho. 3- Os pais evitam colocar a criança muito agitada no local de dormir 4-
Os pais sabem como deve ser o ambiente o qual a criança dorme.	Os pais relatam que colocar a criança para dormir na posição supina previne o risco de sufocamento.	Os pais têm uma rotina de dormir estabelecida para a criança. 5- Os pais colocam o a criança para dormir na posição supina. 6- Os pais evitam colocar no berço objetos que podem aumentar o risco de sufocamento. 7-
Os pais sabem qual a vestimenta ideal para criança dormir.		Os pais estimulam a criança
Os pais sabem qual a posição recomendada para a criança dormir.		
Os pais sabem quais ações devem evitar para prevenir a síndrome da morte súbita do lactente (morte por sufocamento).		
Os pais sabem a quantidade		

de sono (diurno e noturno) adequada de acordo com a faixa etária.		durante o dia com objetos e brincadeiras 8 - Os pais têm uma rotina de sono para a criança.
<b>Conhecimento adequado</b> - 4 a 7 pontos	<b>Atitude adequada</b> - pontuação igual a 2 pontos.	<b>Prática adequada</b> - 4 a 7 pontos.
<b>Conhecimento inadequado</b> - $\leq 3$ pontos.	<b>Atitude inadequada</b> - $\leq 1$ ponto.	<b>Prática inadequada</b> - $\leq 3$ pontos.

O formulário do tipo inquérito CAP é composto por 7 perguntas relacionadas ao domínio conhecimento, 4 referentes à atitude e 1 referente à prática que abrange um total de 7 questionamentos relacionados às ações desempenhadas pelos pais para promover a qualidade do sono da criança, totalizando 18 pontos caso todas as perguntas sejam acertadas.

Antes de ser utilizado na prática, o instrumento foi submetido a um teste piloto com três pais de crianças egressas da unidade neonatal (MANIVA, 2016), atendidas no ambulatório especializado de pediatria vinculado a uma maternidade escola de referência no Ceará, para confirmar a adequação do instrumento, visando o entendimento do que está sendo questionado e a qualidade das informações obtidas. Ressalta-se que os formulários respondidos nessa fase não foram incluídos no estudo.

### 5.5 Organização e análise dos dados

Os dados foram processados no SPSS 20.0, licença número 10101131007. Foram calculadas as médias e desvios padrão das variáveis quantitativas. As associações entre o pré e pós teste com as variáveis dos pais foram analisadas pelo teste de *Wilcoxon*. A comparação das médias dessas variáveis entre o pré e pós-teste foi realizada pelo teste t de *Student* para dados emparelhados. Foram consideradas como estatisticamente significantes as análises inferenciais com  $p < 0,05$ . A cartilha foi considerada eficaz caso fosse capaz de melhorar os percentuais de adequabilidade dos três construtos no pós-teste. A avaliação do conhecimento, da atitude e da prática dos pais sobre o sono infantil foi realizada por meio dos percentuais de adequação a partir dos critérios elaborados.

### 5.6 Aspectos éticos do estudo

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa, da Universidade Federal do Ceará obtendo parecer número 17946619.7.0000.5054 , 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.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi aplicado solicitando a participação dos pais e ou/ cuidadores da criança, esclarecendo o devido objetivo da pesquisa e assegurando todos os aspectos éticos. A liberdade de recusa ou desistência em participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum tipo de risco à saúde e nem prejuízo ao atendimento na instituição para os pais e seu filho foi garantida pelo estudo. Além disso, foram assegurados o anonimato do binômio e o sigilo das informações coletadas.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Caracterização dos participantes em relação às características sociodemográficas.

Participaram deste estudo um total de 50 pais de crianças de 0 a 2 anos que foram internadas em alguma unidade neonatal ao nascer. No final do estudo, 16 perdas foram contabilizadas devido a falta do pós-teste, sendo o motivo o não atendimento do telefone celular ou número inexistente ao realizar a chamada telefônica.

**Tabela 1-** Distribuição do número de pais, segundo variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2020.

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	47	94
Masculino	3	6
<b>Faixa Etária (anos)</b>		
17-24	13	26
25-34	22	44
35-48	15	30
<b>Estado Civil</b>		
Casado	20	40
Solteiro	7	14
União Consensual	23	46
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	9	18
Ensino Médio	38	76
Ensino Superior	2	4
Outros	1	2
<b>Renda (Salário mínimo)</b>		
< 1	14	28
1	19	38
1,5 - 4	17	34
<b>Ocupação</b>		
Sim	14	28
Não	36	72
<b>Número de cômodos</b>		
2 - 3	8	16
4	12	24
5	12	24
6 - 9	18	36
<b>Número de moradores</b>		
2 - 3	15	30
4	18	36
5 - 6	17	34

Fonte: dados da pesquisa

De acordo com a tabela apenas três (6%) dos pais eram do sexo masculino. A faixa etária predominante foi de 25-34 anos (44%); a maioria 23 (46%) em união consensual e com o ensino médio completo 38 (76%). Em relação ao trabalho, apenas 14 (28%) tinham trabalho fixo e possuíam renda de um salário mínimo 19 (38%), 18 (36%) moravam em locais com mais de 6 cômodos e em sua maioria 18 (36%) com 4 moradores.

**Tabela 2-** Distribuição do número de crianças, segundo as variáveis perinatais. Fortaleza-CE, 2020.

Variáveis	N	%
<b>Idade gestacional (semana)</b>		
Pré-termo	41	82
A termo	9	18
<b>Idade Cronológica(meses)</b>		
Até 6	31	62
7-12	12	24
> 12	7	14
<b>Sexo</b>		
Feminino	28	56
Masculino	22	44
<b>Peso (g)</b>		
750-1499	8	16
1500-2499	30	60
2500-4000	12	24
<b>Tipo de Parto</b>		
Cesáreo	34	68
Fórceps	1	2
Normal	15	30

Fonte: dados da pesquisa

A idade gestacional concentrou-se em pré-termo (n=41/82%) e a idade cronológica predominante das crianças foi de 0 a 6 meses (n=31/62%). O sexo feminino foi o mais prevalente (n=28/56%), peso de 1500-2499 com maior percentual (n=30/60%) e o parto cesáreo foi o mais predominante (n=34/68%).

**Tabela 3-** Distribuição do número de crianças, segundo variáveis de internamento. Fortaleza-CE, 2020.

Variáveis	N	%
<b>Unidade Neonatal</b>		
UCINCo*	21	42
UTIN**	20	40
UCINCa***	8	16
Não lembra	1	2
<b>Tempo de internamento (dias)</b>		
1 a 10	25	50
11 a 30	16	32
Acima de 30	9	18
<b>Motivo de internamento</b>		
Prematuridade	24	48
Baixo Peso	13	26
Desconforto Respiratório	5	10
Icterícia	4	8
Outros	5	10
<b>Orientação sobre o sono antes da alta</b>		
Sim	6	12
Não	44	88

Fonte: dados da pesquisa

\*Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais (UCINCo); \*\*Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal (UTIN);\*\*\* Unidade de cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

A internação na Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais foi a mais predominante (n=21/42%), sendo de 1 a 10 dias o tempo de internação mais prevalente (n=25/50%), e a prematuridade a principal causa de internação com (n=24/48%). Em relação às orientações sobre o sono infantil dada aos pais antes de sair da maternidade, apenas (n=6/12%) tiveram-nas.

**Tabela 4-** Distribuição do número de crianças, segundo hábitos de sono quanto ao local e horário de dormir. Fortaleza, Ceará, 2020.

Variáveis	N	%
<b>Local de dormir</b>		
Berço em quarto individual	1	2
Berço no quarto dos pais	23	46
Cama dos pais	18	36
Rede em quarto individual	3	6
Rede no quarto dos pais	5	10
<b>Horário de dormir</b>		
18 às 21	31	62
22 às 00	19	38

Fonte: dados da pesquisa

Conforme descrito na Tabela 6, o berço no quarto dos pais foi o local de dormir mais prevalente entre as crianças (n=23/46%), seguido da cama dos pais com (n=18/36%). A maioria das crianças (n=31/62%) dormia entre 18 e 21 horas.

## 6.2 Conhecimento, Atitude e Prática dos pais.

Os valores referentes ao conhecimento, a atitude e a prática dos pais referentes ao sono da criança nos dois momentos de coleta, pré e pós teste.

**Tabela 5.** Distribuição do número de pais, de acordo com a classificação do inquérito CAP. Fortaleza, Ceará, 2020.

Categoria	Pré-teste				Pós –teste				p
	Adequado		Inadequado		Adequado		Inadequado		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Conhecimento	38	76,0	12	24,0	50	100,0	-	-	<b>0,001</b>
Atitude	49	98,0	1	2,0	50	100,0	-	-	1,000
Prática	41	82,0	9	18,0	50	100,0	-	-	<b>0,003</b>

Teste de Wilcoxon

Em relação às pontuações do inquérito CAP, (n=38/76%) pais apresentaram conhecimento adequado no pré-teste, bem como (n=49/98%) atitude e (n=41/82%) prática

adequadas em relação a pontuação estabelecida pelo instrumento. No Pós-teste, todos os 50 pais apresentaram conhecimento, atitude e prática adequados. O conhecimento e a prática obtiveram relação estatisticamente significativa antes e após a realização do inquérito CAP.

Ao comparar as médias do CAP entre o pré e pós-teste, obteve-se os seguintes resultados:

**Tabela 6.** Comparação das médias do CAP entre o pré e pós-teste, Fortaleza, 2020.

Variável	Pré-teste	Pós-teste	p <sup>1</sup>
	Média±DP	Média±DP	
Conhecimento	4,32 ± 1,1	6,32 ± 0,7	<b>0,009</b>
Atitude	3,42 ± 0,7	3,90 ± 0,1	0,567
Prática	5,00 ± 1,3	6,24 ± 0,8	<b>&lt;0,0001</b>

<sup>1</sup> Teste t de Student para dados emparelhados

As médias do pré-teste foram menores do que as do pós-teste em todos os itens do instrumento, o conhecimento teve a maior mudança nas médias do pré- teste para o pós-teste, evidenciando a mudança após a leitura da cartilha educativa.

A fim de elucidar e descrever possíveis associações entre as variáveis (sexo, idade, renda, escolaridade, trabalha, número de cômodos e de moradores) com o conhecimento, a atitude e a prática adequado dos pais de crianças de 0 a 24 meses, realizou-se os testes de t de Student para dados emparelhados, dependendo do número de categorias a serem avaliadas. Tais resultados estão expressos nas tabelas 7, 8 e 9.

**Tabela 7-** Associação entre o conhecimento e as variáveis sociodemográficas dos pais de crianças de 0 a 24 meses, Fortaleza, 2020.

Variáveis	Conhecimento		p <sup>1</sup>
	Antes	Após	
	N (%)	N (%)	
<b>Sexo</b>			
Feminino	36 (77,0)	47 (100)	<b>0,001</b>
Masculino	2 (67,0)	3 (100)	0,317
<b>Faixa etária</b>			
17-24	10 (77,0)	13 (100)	0,083
25-34	18 (82,0)	22 (100)	<b>0,046</b>
35-48	10 (67,0)	15 (100)	<b>0,025</b>
<b>Estado Civil</b>			
Casado	32 (74,4)	43 (100)	<b>0,001</b>
Solteiro	6 (86,0)	7 (100)	0,317
<b>Escolaridade</b>			
Ens. Fundamental	5 (56,0)	9 (100)	<b>0,046</b>
Ens. Médio	29 (78,4)	37 (100)	<b>0,005</b>
Ens. Superior	4 (100)	4 (100)	1,000
<b>Renda (salário mínimo)</b>			
Menos de 1	9 (64,3)	14 (100)	<b>0,025</b>
1	15 (78,9)	19 (100)	<b>0,046</b>
1,5-4	14 (100)	17 (100)	0,083
<b>Ocupação</b>			
Não	28 (79,0)	36 (100)	<b>0,005</b>
Sim	10 (71,4)	14 (100)	<b>0,046</b>
<b>Nº de cômodos</b>			
2-4	16 (80,0)	20 (100)	<b>0,046</b>
5-9	22 (73,3)	30 (100)	<b>0,005</b>
<b>Nº de moradores</b>			
2-3	13 (88,0)	15 (100)	0,157
4	10 (57,0)	18 (100)	<b>0,005</b>
5-6	15 (88,2)	17 (100)	0,157

Teste t de Student para dados emparelhados.

A associação das variáveis sociodemográficas com o inquérito CAP adequado demonstrou que houve acréscimo no conhecimento na grande maioria das variáveis, principalmente no sexo feminino. Em relação ao estado civil, o conhecimento foi maior nos participantes casados. O maior acréscimo em relação à escolaridade foi no quesito ensino médio.

As variáveis que mostraram associação com o conhecimento adequado foi a renda de um salário mínimo; que não tinham ocupação; o maior número de cômodos (5 a 9) e uma casa com 4 moradores mostrou maior variação de médias.

**Tabela 8-** Associação entre a atitude e as variáveis sociodemográficas dos pais de crianças de 0 a 24 meses, Fortaleza, 2020.

Variáveis	Atitude		p <sup>1</sup>
	Antes N %	Após N %	
<b>Sexo</b>			
Feminino	47 (100)	47 (100)	1,000
Masculino	3 (100)	3 (100)	1,000
<b>Faixa etária</b>			
17-24	13 (100)	13 (100)	1,000
25-34	22 (100)	22 (100)	1,000
35-48	14 (100)	14 (100)	1,000
<b>Estado Civil</b>			
Casado	42 (100)	42 (100)	1,000
Solteiro	7 (100)	7 (100)	1,000
<b>Escolaridade</b>			
Ens. Fundamental	8 (100)	8 (100)	1,000
Ens. Médio	37 (100)	37 (100)	1,000
Ens. Superior	4 (100)	4 (100)	1,000
<b>Renda(salário mínimo)</b>			
Menos de 1	13 (100)	13 (100)	1,000
1	19 (100)	19 (100)	1,000
1,5-4	17 (100)	17 (100)	1,000
<b>Ocupação</b>			
Não	36 (100)	36 (100)	1,000
Sim	13 (100)	14 (100)	1,000
<b>N° de cômodos</b>			
2-4	20 (100)	20 (100)	1,000
5-9	29 (100)	29 (100)	1,000
<b>N° de moradores</b>			
2-3	15 (100)	15 (100)	1,000
4	17 (100)	18 (100)	1,000
5-6	17 (100)	17 (100)	1,000

Teste t de Student para dados emparelhados.

A associação das variáveis sociodemográficas com a avaliação do inquérito CAP (adequada e inadequada) demonstrou que no quesito atitude não houve alteração nas médias do pré-teste para o pós-teste em nenhuma das variáveis.

**Tabela 9-** Associação entre a atitude e as variáveis sociodemográficas dos pais de crianças de 0 a 24 meses, Fortaleza, 2020.

	Prática		p <sup>1</sup>
	Antes N(%)	Após N(%)	
<b>Sexo</b>			
Feminino	38 (81,0)	47 (100)	<b>0,003</b>
Masculino	3 (100)	3 (100)	1,000
<b>Faixa etária</b>			
17-24	13 (100)	13 (100)	1,000
25-34	18 (82)	22 (100)	<b>0,046</b>
35-48	10 (68,0)	15(100)	<b>0,025</b>
<b>Estado Civil</b>			
Casado	35 (81,4)	43 (100)	<b>0,005</b>
Solteiro	8 (19,0)	7 (100)	0,317
<b>Escolaridade</b>			
Ens. Fundamental	6 (67,0)	9 (100)	0,083
Ens. Médio	31 (84,0)	37 (100)	<b>0,014</b>
Ens. Superior	4 (100)	4 (100)	1,000
<b>Renda(salário mínimo)</b>			
Menos de 1	11 (79,0)	14 (100)	0,083
1	15 (79,0)	19 (100)	<b>0,046</b>
1,5 a 4	15 (88,2)	17 (100)	0,157
<b>Trabalha</b>			
Não	30 (83,3)	36(100)	<b>0,014</b>
Sim	11 (77,0)	14 (100)	0,083
<b>N° de cômodos</b>			
2 a 4	17 (85,0)	20 (100)	0,083
5 a 9	24 (80,0)	30 (100)	<b>0,014</b>
<b>N° de moradores</b>			
2 a 3	14(93,3)	15(100)	0,317
4	12(67,0)	18(100)	<b>0,014</b>
5 a 6	15(88,2)	17(100)	0,157

Teste t de Student para dados emparelhados.

Em relação a associação entre a prática e as variáveis sociodemográficas, tem-se que o sexo feminino, a faixa etária entre 35 e 48 anos, estado civil casado, ensino médio, com

renda de 1 salário mínimo e sem trabalho remunerado, com casa de 5 a 9 cômodos e com 4 moradores; todos com valores de p estatisticamente significante.

As tabelas 10 e 11 apresentam os dados da associação entre o conhecimento e a prática dos pais e as variáveis das crianças e os hábitos de sono. Os dados referentes a atitude não foram expostos em tabelas, pois não houve mudanças do pré-teste para o pós-teste e todos os valores de p foram iguais em 1,000.

**Tabela 10-** Associação entre o conhecimento dos pais e as variáveis das crianças e hábitos de sono, Fortaleza, 2020.

	Conhecimento		
	Antes N (%)	Após N(%)	
<b>Sexo</b>			
Feminino	21(75,0)	28 (100)	<b>0,001</b>
Masculino	17 (77,3)	22 (100)	0,317
<b>Idade gestacional</b>			
Pré-termo	31(76,0)	41(100)	<b>0,002</b>
A termo	7 (78,0)	9(100)	0,157
<b>Idade da criança (meses)</b>			
Até 6	22 (71,0)	31(100)	<b>0,003</b>
7-12	9 (75,0)	12(100)	0,083
13-24	7 (100)	7 (100)	1,000
<b>Peso</b>			
750-1499	7 (87,5)	8(100)	0,317
1500-2499	22 (73,3)	30(100)	<b>0,005</b>
2500-4000	9 (75,0)	12 (100)	0,083
<b>Tipo de Parto</b>			
Normal	11 (65,0)	17 (100)	<b>0,014</b>
Cesáreo	27 (82,0)	33 (100)	<b>0,014</b>
<b>Local de dormir</b>			
Berço	20 (83,3)	24 (100)	<b>0,046</b>
Cama	12 (66,7)	18 (100)	<b>0,014</b>
Rede	6 (75,0)	8 (100)	0,157
<b>Hora de dormir</b>			
18-21	24 (80,0)	30 (100)	<b>0,014</b>
22-00	14 (70,0)	20(100)	<b>0,014</b>

Teste t de Student para dados emparelhados.

Quanto os dados referentes ao conhecimento associadas as variáveis da criança e os hábitos de sono, os pais de crianças do sexo feminino, que nasceram prematuras, até o sexto mês de idade, de 1500 a 2499 gramas e que dormiam na cama dos pais foram os que

apresentaram maior aumento do pré para o pós-teste e valores de p estatisticamente significantes.

**Tabela 11-** Associação entre a prática dos pais de crianças de 0 a 24 meses e as variáveis das crianças e hábitos de sono, Fortaleza, 2020.

	<b>Prática</b>		<b>p<sup>1</sup></b>
	Antes	Após	
	N(%)	N(%)	
<b>Sexo</b>			
Feminino	23 (82,1)	28 (100)	<b>0,025</b>
Masculino	18 (82,0)	22(100)	<b>0,046</b>
<b>Idade gestacional</b>			
Pré-termo	33 (80,5)	41(100)	<b>0,005</b>
A termo	8 (89,0)	9 (100)	0,317
<b>Idade da criança(meses)</b>			
Até 6	24(77,4)	31(100)	<b>0,003</b>
7 a 12	10(83,3)	12(100)	0,083
13 a 24	7(100)	7(100)	1,000
<b>Peso (gramas)</b>			
750-1499	7 (87,5)	8(100)	0,317
1500-2499	23 (76,7)	30(100)	<b>0,005</b>
2500-4000	11 (92,0)	12 (100)	0,083
<b>Tipo de Parto</b>			
Normal	14(82,4)	17(100)	<b>0,014</b>
Cesáreo	27 (82,0)	33(100)	<b>0,014</b>
<b>Local de dormir</b>			
Berço	21 (87,5)	24 (100)	<b>0,046</b>
Cama	13 (72,2)	18 (100)	<b>0,014</b>
Rede	7 (87,5)	8 (100)	0,157
<b>Hora de dormir</b>			
18 as 21	27 (90)	30(100)	<b>0,014</b>
22 as 00	14(70)	20 (100)	<b>0,014</b>

Teste t de Student para dados emparelhados.

Em relação a prática, os pais de crianças do sexo feminino, que nasceram pré-termo, até o sexto mês de vida, com peso de 1500-2499 gramas, nascidas de parto cesáreo, que dormiam na cama dos pais entre as 22 e 00 horas apresentaram maior diferença de média no pré-teste para o pós-teste.

A tabela 12 apresenta a associação entre o conhecimento e a prática em relação as variáveis de internamento.

**Tabela 12-** Associação entre o conhecimento, a prática e as variáveis de internação, Fortaleza, 2020.

	Conhecimento		p <sup>1</sup>
	Antes N	Após N	
<b>Unidade Neonatal</b>			
UCINCo*	18	21	0,083
UTIN**	14	20	<b>0,014</b>
UCINCa***	5	8	0,083
<b>Tempo de internamento(dias)</b>			
1-10	19	26	0,008
11-30	12	16	<b>0,046</b>
31 ou mais	7	8	0,317
<b>Motivo de Internamento</b>			
Prematuridade ou BP	28	36	<b>0,005</b>
Outro	10	14	<b>0,046</b>
<b>Prática</b>			
<b>Unidade Neonatal</b>			
UCINCo*	19	21	0,157
UTIN**	18	20	0,157
UCINCa***	4	8	<b>0,046</b>
<b>Tempo de internamento (dias)</b>			
1-10	20	26	<b>0,014</b>
11-30	14	16	0,157
31 ou mais	7	8	0,317
<b>Motivo de Internamento</b>			
Prematuridade ou Baixo Peso	30	36	<b>0,014</b>
Outro	14	14	0,083

\*Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais (UCINCa); \*\*Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal (UTIN);\*\*\* Unidade de cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

Ao relacionar as variáveis referentes ao internamento da criança com os dados do inquérito CAP, os pais de crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal demonstraram maior acréscimo no conhecimento e na prática nos dados referentes ao pré e pós teste; o tempo de internamento de 1 a 10 dias apresentou aumento do pré para o pós teste no conhecimento e na prática. A prematuridade ou baixo peso foi o motivo de internamento que mais apresentou variação do pré para o pós-teste.

Ao se analisar estatisticamente os dados do inquérito CAP cruzando com as variáveis sociodemográficas dos pais, foram encontrados os dados, os quais estão apresentados nas tabelas 13, 14 e 15.

**Tabela 13.** Comparação das médias do conhecimento, segundo as categorias das variáveis sociodemográficas, Fortaleza, Ceará, 2020

<b>Variável</b>	<b>Pré-teste Média ± DP</b>	<b>Pós-teste Média ±DP</b>	<b>p</b>
<b>Faixa etária (ano)</b>			
17 - 24	4,3 ± 1,1	6,3 ± 0,5	<0,0001
25 – 34	4,5 ± 1,1	6,2 ± 0,8	<0,0001
35 – 48	3,9 ± 0,9	6,3 ± 0,8	<0,0001
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	4,1 ± 0,6	6,2 ± 0,4	<0,0001
Casado	4,3 ± 1,1	6,3 ± 0,7	<0,0001
<b>Escolaridade</b>			
Ens.Fund	3,7 ± 1,0	5,8 ± 0,7	<b>0,001</b>
Ens. Méd	4,4 ± 1,1	6,4 ± 0,7	<0,0001
Ens.Sup	4,7 ± 0,5	6,5 ± 0,5	<0,0001
<b>Ocupação</b>			
Sim	4,2 ± 1,2	6,5 ± 0,5	<0,0001
Não	4,3 ± 1,0	6,2 ± 0,8	<0,0001
<b>Renda(salário mínimo)</b>			
<1	4,2 ± 1,3	6,3 ± 0,4	<0,0001
1	4,2 ± 0,9	6,3 ± 0,4	<0,0001
1,5-4	4,4 ± 1,1	6,2 ± 0,9	<0,0001
<b>Número de cômodos</b>			
2-4	4,4 ± 1,1	6,1 ± 0,7	<0,0001
5-9	4,2 ± 1,1	6,4 ± 0,7	<0,0001
<b>Número de moradores</b>			
2-3	4,8 ± 1,0	6,5 ± 0,5	<0,0001
4	3,7 ± 1,1	5,9 ± 0,9	<0,0001
5-6	4,5 ± 0,7	6,5 ± 0,5	<0,0001

Teste t de Student para dados emparelhados.

Os achados evidenciaram maior diferença nas médias do conhecimento do pré para o pós-teste nos pais com faixa etária entre 35 e 48 anos, no estado civil solteiro, com nível médio de escolaridade, renda menor ou igual um salário mínimo, em casas entre 5 e 9 cômodos e de 4 moradores.

**Tabela 14.** Comparação das médias da atitude, segundo as categorias das variáveis sociodemográficas, Fortaleza, Ceará, 2020

Variável	Pré-teste Média ± DP	Pós-teste Média ±DP	p
<b>Faixa etária (ano)</b>			
17 - 24	3,3 ±0,6	4,0 ± 0,0	<b>0,005</b>
25 – 34	3,5 ± 0,6	3,9 ± 0,2	<b>0,005</b>
35 – 48	3,3 ± 0,8	4,0 ± 0,0	<b>0,012</b>
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	3,4 ± 0,7	4,0 ± 0,0	0,103
Casado	3,4 ± 0,7	3,9 ± 0,1	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Escolaridade</b>			
Ens.Fund	3,2 ± 1,0	3,8 ± 0,3	0,111
Ens. Méd	3,4 ± 1,1	4,0 ± 0,0	<b>&lt;0,0001</b>
Ens.Sup	4,0 ± 0,0	4,0 ± 0,0	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Ocupação</b>			
Sim	3,3 ± 0,9	4,0 ± 0,0	<b>&lt;0,0001</b>
Não	3,4 ± 0,6	3,9 ± 0,1	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Renda(salário mínimo)</b>			
<1	3,2 ± 0,9	4,0 ± 0,0	<b>0,012</b>
1	3,3 ± 0,7	3,9 ± 0,7	<b>0,002</b>
1,5-4	3,6 ± 0,4	4,0 ± 0,0	<b>0,009</b>
<b>Número de cômodos</b>			
2-4	3,2 ± 0,7	3,9 ± 0,2	<b>&lt;0,0001</b>
5-9	3,5 ± 0,7	4,0 ± 0,0	<b>0,002</b>
<b>Número de moradores</b>			
2-3	3,6 ± 0,5	4,0 ± 0,0	<b>0,009</b>
4	3,1 ± 0,8	3,9 ± 0,2	<b>0,001</b>
5-6	3,5 ± 0,7	4,0 ± 0,0	<b>0,030</b>

Teste t de Student para dados emparelhados.

No quesito atitude, as médias sofreram maior variação nas faixas etária de 17-24 anos e 35-48 anos, em pais solteiros e com ensino médio completo ou incompleto, com renda menor que um salário mínimo, entre 2-4 cômodos em casa e com 4 moradores.

**Tabela 15.** Comparação das médias da prática, segundo as categorias das variáveis sociodemográficas, Fortaleza, Ceará, 2020

Variável	Pré-teste Média ± DP	Pré-teste Média ± DP	p
<b>Faixa etária (ano)</b>			
17-24	5,1 ± 0,6	6,3 ± 0,7	<b>0,005</b>
25-34	5,1 ± 1,5	6,8 ± 0,9	<b>&lt;0,0001</b>
35-48	4,6 ± 1,5	6,2 ± 0,7	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro	4,9 ± 1,3	6,2 ± 0,8	0,103
Casado	5,1 ± 1,4	6,2 ± 0,7	<b>0,030</b>
<b>Escolaridade</b>			
Ens. Fundamental	4,4 ± 1,5	6,0 ± 1,0	<b>0,008</b>
Ens. Médio	5,0 ± 0,5	6,2 ± 0,8	<b>&lt;0,0001</b>
Ens. Superior	6,0 ± 1,4	6,5 ± 1,0	0,182
<b>Ocupação</b>			
Sim	5,0 ± 1,5	6,4 ± 0,7	<b>&lt;0,0001</b>
Não	5,0 ± 1,2	6,1 ± 0,8	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Renda(salário mínimo)</b>			
<1	5,0 ± 1,3	6,5 ± 0,6	<b>0,001</b>
1	4,6 ± 1,3	6,2 ± 0,7	<b>&lt;0,0001</b>
1,5-4	5,4 ± 1,2	6,0 ± 1,0	<b>0,007</b>
<b>Número de cômodos</b>			
2-4	4,9 ± 1,3	6,2 ± 0,7	<b>&lt;0,0001</b>
5-9	5,0 ± 1,3	6,2 ± 0,8	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Número de moradores</b>			
2-3	5,4 ± 0,8	6,2 ± 0,7	<b>0,005</b>
4	4,5 ± 1,5	5,8 ± 0,9	<b>&lt;0,0001</b>
5-6	5,1 ± 1,3	6,6 ± 0,6	<b>&lt;0,0001</b>

Teste t de Student para dados emparelhados.

Em relação a prática, as médias sofreram maior variação na faixa etária de 35-48 anos, em pais solteiros e com ensino fundamental completo ou incompleto, com renda igual a um salário mínimo, entre 2-4 cômodos em casa e entre 5 e 6 moradores.

As tabelas 16, 17 e 18 apresentam a comparação das médias do conhecimento, atitude e prática, respectivamente em relação as variáveis neonatais.

**Tabela 16.** Comparação das médias do conhecimento, segundo as categorias das variáveis neonatais, Fortaleza, Ceará, 2020

Variável	Pré-teste	Pós-teste	p
	Média ± DP	Média ±DP	
<b>Idade (semanas)</b>			
A termo	4,5±1,1	6,2 ± 0,9	<b>0,001</b>
Pré-termo	4,2±1,1	6,3 ± 0,6	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Idade Cronológica (meses)</b>			
Até 6	4,2±1,2	6,2 ± 0,8	<b>&lt;0,0001</b>
7-12	4,1±0,9	6,5 ± 0,5	<b>&lt;0,0001</b>
13-24	5,0±0,0	6,2 ± 0,4	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Peso (gramas)</b>			
750-1499	4,5±0,7	6,3 ± 0,5	<b>&lt;0,0001</b>
1500-2499	4,3±1,1	6,3 ± 0,8	<b>&lt;0,0001</b>
2500-4000	4,2±1,2	6,2 ± 0,6	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Tipo de Parto</b>			
Vaginal	4,0±1,1	6,2 ± 1,1	<b>&lt;0,0001</b>
Cesáreo	4,4±1,0	6,3 ± 0,7	<b>&lt;0,0001</b>

Teste t de Student para dados emparelhados.

Os pais de crianças que nasceram prematuras, de 1500 a 4000 gramas, por parto vaginal e que tinham de 7 a 12 meses apresentaram maiores médias do pré para o pós-teste no conhecimento.

**Tabela 17.** Comparação das médias da atitude, segundo as categorias das variáveis neonatais; Fortaleza, Ceará, 2020

<b>Variável</b>	<b>Pré-teste Média ± DP</b>	<b>Pós-teste Média ±DP</b>	<b>p</b>
<b>Idade (semanas)</b>			
A termo	4,5±0,6	4,0 ± 0,0	0,347
Pré-termo	3,3±0,7	3,9 ± 0,1	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Idade Cronológica (meses)</b>			
Até 6	3,3±0,8	3,9 ± 0,1	<b>&lt;0,0001</b>
7-12	3,5±0,5	4,0 ± 0,0	<b>0,017</b>
13-24	3,5±0,5	4,0 ± 0,0	0,078
<b>Peso (gramas)</b>			
750-1499	3,1±0,3	4,0 ± 0,0	<b>&lt;0,0001</b>
1500-2499	3,4±0,8	3,9 ± 0,1	<b>0,001</b>
2500-4000	3,5±0,6	4,0 ± 0,0	<b>0,054</b>
<b>Tipo de Parto</b>			
Vaginal	3,3±0,7	4,0 ± 0,0	<b>0,004</b>
Cesáreo	3,4±0,7	3,9 ± 0,1	<b>&lt;0,0001</b>

Teste t de Student para dados emparelhados.

Em relação a atitude, os pais das crianças que nasceram prematuras, entre 750-1499 gramas, e por parto vaginal, bem como aquelas com idade cronológica até o sexto mês apresentaram maiores médias do pré para o pós-teste.

**Tabela 18.** Comparação das médias da prática, segundo as categorias das variáveis neonatais, Fortaleza, Ceará, 2020

<b>Variável</b>	<b>Pré-teste Média ± DP</b>	<b>Pós-teste Média ±DP</b>	<b>p</b>
<b>Idade (semanas)</b>			
A termo	5,7±1,4	6,7 ± 0,4	<b>0,053</b>
Pré-termo	4,8±1,2	6,1 ± 0,8	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Idade Cronológica (meses)</b>			
Até 6	4,7±1,3	6,0 ± 0,8	<b>&lt;0,0001</b>
7-12	5,2±1,4	6,4 ± 0,0	<b>0,004</b>
13-24	5,7±0,7	6,5 ± 0,7	<b>0,045</b>
<b>Peso (gramas)</b>			
750-1499	6,5±0,5	5,0 ± 1,0	<b>0,009</b>
1500-2499	6,1±0,8	4,9 ± 1,5	<b>&lt;0,0001</b>
2500-4000	6,3±0,9	5,0 ± 1,0	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Tipo de Parto</b>			
Vaginal	6,3±0,7	5,2 ± 1,1	<b>0,001</b>
Cesáreo	6,1±0,9	4,8 ± 1,4	<b>&lt;0,0001</b>

Teste t de Student para dados emparelhados.

Na prática, as crianças que nasceram prematuras e com idade cronológica até o sexto mês obtiveram aumento das médias do pré-teste para o pós-teste. Já em relação ao peso e o tipo de parto, essas variáveis apresentaram médias menores no pós-teste do que no pré-teste.

As tabelas 19, 20 e 21 apresentam a comparação das médias do conhecimento, da atitude e da prática em relação as variáveis do internamento da criança.

**Tabela 19.** Comparação das médias do conhecimento, segundo as categorias das variáveis relacionadas ao internamento da criança, Fortaleza, Ceará, 2020

<b>Variável</b>	<b>Pré-teste Média ± DP</b>	<b>Pós-teste Média ±DP</b>	<b>p</b>
<b>Unidade Neonatal</b>			
UCINCo*	4,4±1,0	6,2 ± 0,7	<0,0001
UTIN**	4,2±1,1	6,4 ± 0,8	<0,0001
UCINCa***	4,2±1,3	6,2 ± 0,7	<b>0,003</b>
<b>Tempo de internamento (dias)</b>			
1-10	4,2±1,1	6,1 ± 0,8	<0,0001
11-30	4,3±1,0	6,5 ± 0,6	<0,0001
31 ou mais	4,6±1,3	6,3 ± 0,5	<b>0,009</b>
<b>Motivo de internamento</b>			
Prematuridade ou Baixo Peso	4,3±1,0	6,3 ± 0,6	<0,0001
Outro	4,3±1,2	6,2 ± 0,8	<0,0001
<b>Orientações sobre o sono</b>			
Sim	5,5±0,5	6,5 ± 0,5	<b>0,012</b>
Não	4,1±1,0	6,2 ± 0,7	<0,0001

Teste t de Student para dados emparelhados. \*Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais (UCINCo); \*\*Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal (UTIN);\*\*\* Unidade de cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

Em relação o conhecimento dos pais nas variáveis de internamento da criança, a permanência em uma UTIN, de 11 a 30 dias, por prematuridade ou baixo peso, além de não receber orientações sobre o sono na alta demonstrou maiores médias do pré para o pós-teste.

**Tabela 20.** Comparação das médias da atitude, segundo as categorias das variáveis relacionadas ao internamento da criança, Fortaleza, Ceará, 2020

<b>Variável</b>	<b>Pré-teste Média ± DP</b>	<b>Pós-teste Média ±DP</b>	<b>p</b>
<b>Unidade Neonatal</b>			
UCINCo*	3,4±0,8	4,0 ± 0,0	<b>0,008</b>
UTIN**	3,4±0,6	3,9 ± 0,2	<b>0,004</b>
UCINCa**	3,3±0,5	4,0 ± 0,0	<b>0,011</b>
<b>Tempo de internamento (dias)</b>			
1-10	3,4±0,7	3,9 ± 0,1	<b>0,001</b>
11-30	3,4±0,6	4,0 ± 0,0	<b>0,003</b>
31 ou mais	3,7±1,0	4,0 ± 0,0	0,140
<b>Motivo de internamento</b>			
Prematuridade/Baixo Peso	3,3±0,1	3,9 ± 0,1	<b>&lt;0,0001</b>
Outro	3,5±0,6	4,0 ± 0,0	<b>0,001</b>
<b>Orientações sobre o sono</b>			
Sim	3,5±0,5	4,0 ± 0,0	0,076
Não	3,4±0,7	3,9 ± 0,1	<b>&lt;0,0001</b>

Teste t de Student para dados emparelhados. \*Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais (UCINCo); \*\*Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal (UTIN);\*\*\* Unidade de cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

Na atitude, os pais de crianças que tiveram internadas na UCINCa, de 11 a 30 dias, por prematuridade ou baixo peso apresentaram maiores médias em comparação do pré para o pós-teste.

**Tabela 21.** Comparação das médias da prática, segundo as categorias das variáveis relacionadas ao internamento da criança, Fortaleza, Ceará, 2020

<b>Variável</b>	<b>Pré-teste Média ± DP</b>	<b>Pós-teste Média ±DP</b>	<b>p</b>
<b>Unidade Neonatal</b>			
UCINCo*	5,2±1,3	6,4 ± 0,7	<b>&lt;0,0001</b>
UTIN**	5,2±0,9	6,1 ± 0,9	<b>0,001</b>
UCINCa***	4,0±1,1	6,0 ± 0,7	<b>0,003</b>
<b>Tempo de internamento (dias)</b>			
1-10	4,8±1,3	6,2 ± 0,8	<b>&lt;0,0001</b>
11-30	5,2±1,3	6,2 ± 0,8	<b>0,002</b>
31 ou mais	5,1±1,2	6,2 ± 0,8	<b>0,038</b>
<b>Motivo de internamento</b>			
Prematuridade/Baixo Peso	5,1±1,3	6,3 ± 0,7	<b>&lt;0,0001</b>
Outro	4,7±1,3	6,0 ± 1,0	<b>0,001</b>
<b>Orientações sobre o sono</b>			
Sim	5,6±0,5	6,5 ± 1,0	<b>&lt;0,0001</b>
Não	4,9±1,3	6,2 ± 0,8	<b>&lt;0,0001</b>

Teste t de Student para dados emparelhados\*Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais (UCINCo); \*\*Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal (UTIN);\*\*\* Unidade de cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

Ao se analisar os dados da prática, percebe-se que as médias do pré para o pós-teste foram maiores nas crianças internadas na UCINCa, de 1 a 10 dias, por outros motivos, como icterícia ou desconforto respiratório, e que não receberam orientações sobre o sono.

A tabela 22 apresenta os dados referentes ao conhecimento, atitude e prática relacionadas ao sono infantil.

**Tabela 22.** Comparação das médias do conhecimento, atitude e prática segundo as categorias das variáveis relacionadas ao sono infantil, Fortaleza, Ceará, 2020

<b>Variável</b>	<b>Pré-teste Média ± DP</b>	<b>Pós-teste Média ±DP</b>	<b>p*</b>
<b>Conhecimento</b>			
<b>Local de dormir</b>			
Berço	4,3±1,0	6,2 ± 0,9	<b>&lt;0,0001</b>
Cama dos pais	4,2±1,2	6,3 ± 0,6	<b>&lt;0,0001</b>
Rede	4,3±1,3	6,2 ± 0,4	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Horário de dormir (horas)</b>			
18-21	4,4±1,0	6,3 ± 0,8	<b>&lt;0,0001</b>
22-00	4,1±1,1	6,3 ± 0,6	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Atitude</b>			
<b>Local de dormir</b>			
Berço	3,5±0,6	3,9 ± 0,2	<b>0,005</b>
Cama	3,2±0,6	4,0 ± 0,0	<b>&lt;0,0001</b>
Rede	3,3±1,0	4,0 ± 0,0	0,140
<b>Horário de dormir</b>			
18-21	3,3±0,8	3,9 ± 0,1	<b>&lt;0,0001</b>
22-00	3,5±0,5	4,0 ± 0,0	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Prática</b>			
<b>Local de dormir</b>			
Berço	5,0±1,2	6,2 ± 0,8	<b>&lt;0,0001</b>
Cama	4,7±1,5	6,1 ± 0,8	<b>&lt;0,0001</b>
Rede	5,3±1,3	6,5 ± 0,7	<b>0,038</b>
<b>Horário de dormir</b>			
18-21	5,3±1,2	6,6 ± 0,5	<b>&lt;0,0001</b>
22-00	4,5±1,3	5,6 ± 0,8	<b>0,001</b>

\*Teste t de Student para dados emparelhados.

Segundo as variáveis referentes ao sono infantil, a cama dos pais e o horário de dormir de 22 às 00 horas apresentaram maior variação de médias do pré para o pós-teste. Na atitude, a cama dos pais e o horário de dormir de 18-21 horas apresentou maior variação de médias. Na prática, a cama dos pais e dormir entre 18 e 21 horas demonstrou maior diferença de médias do pré para o pós teste.

## 7 DISCUSSÃO

Apesar da era digital em que se vive, o uso de materiais educativos impressos, como cartilhas, são fáceis de serem replicados e utilizados na prática clínica pelos profissionais da saúde, principalmente enfermeiros e em domicílio pelos pais, sendo um método de promover saúde e melhorar a qualidade de vida da população que a utiliza. Dessa forma, avaliar o conhecimento, a atitude e a prática dos pais de crianças de 0 a 24 meses antes e após o uso de uma cartilha com orientações sobre o sono infantil possibilitou a compreensão do entendimento dos pais sobre o sono e a relação desse com as ações executadas na prática, mostrando o alcance dos objetivos propostos.

Os materiais educativos já têm sido utilizados como suporte nas orientações acerca do sono aos pais, principalmente por outros países há algum tempo. Reich (2004) utilizou um livro infantil incorporado de informações sobre o desenvolvimento infantil, incluindo o sono que resultou em aumento no conhecimento; Dufer (2016) utilizou um folheto educativo com informações sobre práticas seguras de sono para pais de crianças que recebiam alta das unidades neonatais, o qual colaborou com a adesão das práticas seguras de sono. Assim, em consonância com esses autores, este estudo buscou avaliar o efeito de uma cartilha com informações sobre como promover um sono seguro e de qualidade averiguando o conhecimento, a atitude e a prática de pais de crianças de 0 a 24 meses que vivenciaram o internamento em unidade neonatal, buscando, dessa forma, elucidar lacunas existentes sobre essa questão e contribuir com a promoção da saúde dos pais e das crianças.

As intervenções educativas destinadas a aumentar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil e aspectos incluindo o sono têm sido associadas a resultados benéficos tanto as crianças quanto aos pais, a exemplo da redução do estresse dos pais e resultados gerais melhores para a criança (REICH, 2005). Dessa maneira, a promoção da saúde ao que se refere ao sono infantil, inerente as práticas laborais do enfermeiro e atuante de maneira transversal em todos os níveis de assistência, abrange a família integralmente, visto que uma boa qualidade do sono na criança reflete em maior qualidade de vida para os cuidadores.

A saúde e o desenvolvimento infantil são afetados quando as crianças não dormem adequadamente (MCDOWALL; ELDER; CAMPBELL, 2017). Os diferentes hábitos de sono, por exemplo o local e a hora de dormir, das crianças sofrem interferências culturais e também paternas, sendo esta última presente principalmente na primeira infância, em que as

crianças tendem a necessitar de uma maior sensação de segurança (BE'LANGER, BERNIER, SIMARD, BORDELEAU & CARRIER, 2015).

A interação entre os pais e o comportamento do sono da criança é complexa e tem múltiplas facetas. Sabe-se que o sono infantil pode receber influências de associações entre comportamentos paternos, cognitivos e emocionais, relações entre pais-filhos e de apego, bem-estar e psicopatologias dos pais e o contexto sociocultural dos mesmos. Dessa forma, os pais e filhos estão ligados de forma bidirecional, um influenciando nos hábitos do outro, embora as evidências tenham mostrado que os cuidadores desempenham um papel de maior importância no desenvolvimento do ciclo de sono da criança (SADEH, TIKOTZKY E SCHER, 2010).

Contudo, o conhecimento dos pais sobre as necessidades de sono infantil e a higiene do sono pode influenciar a capacidade destes em promover esse hábito de forma segura e com qualidade. Assim, faz-se necessário, para garantir que as decisões, ou atitudes, e a prática dos cuidadores sejam efetivas, o repasse de informações precisas sobre a quantidade de sono necessária, sinais de sua boa qualidade, bem como de práticas que possam promover um sono saudável para as crianças (KANES et al., 2015).

Contextualizando as variáveis estudadas, naquelas correspondentes ao cuidador, o sexo feminino apresentou-se mais prevalente (94%) e a faixa etária de 25 a 34 anos apresentou-se em maior número de pais (44%). Em relação a escolaridade, a maioria dos pais tinha cursado até o ensino médio (76%), apenas 4% tinha nível superior; e viviam em união consensual (46%). Dados consonantes com esses, foram encontrados num estudo realizado com 115 pais de crianças de 2 a 12 anos na Nova Zelândia com o objetivo de analisar as possíveis relações entre o conhecimento dos pais sobre o sono infantil. Os resultados demonstraram que a maioria dos pais era do sexo feminino (87,8%) e (25,2%) tinham ensino universitário (MCDOWALL; ELDER; CAMPBELL, 2017).

No Brasil, o nível de escolaridade da população varia de acordo com a região a qual ela se insere. Em níveis percentuais, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2018, teve como proporção de pessoas acima de 25 anos com pelo menos o nível básico obrigatório finalizado, ou seja concluíram pelo menos o ensino médio, de 47,4% e apenas 27% desse total concluíram o ensino médio. Na região nordeste, apenas 11,7% da população apresenta ensino médio completo ou incompleto (IBGE, 2018).

Assim, no presente estudo, os pais que tinham ensino médio completo ou incompleto (78%) apresentaram maiores acertos no pós-teste no quesito conhecimento, apresentando médias com 2 pontos de diferença no pré e pós-teste, mostrando diferença

estatística ( $p=0,000$ ). Nos Estados Unidos foi realizada uma pesquisa com pais de bebês prematuros que receberam alta da unidade neonatal, a qual apresentou resultados semelhantes; os cuidadores receberam uma sessão e um folheto educativo sobre o sono infantil, bem como foi utilizada uma metodologia pré e pós-teste, demonstrou que a maioria dos pais tinha ensino médio completo ou incompleto (55%) e apresentaram maiores médias no conhecimento pós-teste sobre as recomendações seguras de sono (DUFER; GODFREY, 2016). Os resultados assemelham-se aos encontrados nessa pesquisa.

No que concerne ao estado civil e o sono, Sivertsen *et al.*, (2015) apontam ainda que a instabilidade conjugal entre os cuidadores possui relação com dificuldades no sono e também com problemas internalizantes e externalizantes em crianças. É indissociável a relação existente entre o sono da criança e o funcionamento da família, um exercendo influência no outro simultaneamente, desse meio explica-se o seu efeito bidirecional. O estudo de El-Sheikh (2017) traz como exemplo dessa questão o comportamento dos pais, o qual pode afetar o sono da criança, já este pode interferir na saúde mental e nos processos familiares dos pais.

Estudo com o objetivo de determinar se a contribuição dos comportamentos de apoio dos pais estão de acordo com as diretrizes canadenses de sono, realizado por meio de uma entrevista telefônica com 3206 crianças (menos de 18 anos) na província de Ontario no Canadá, demonstrou que a maioria dos pais (83,3%) moravam na mesma casa, tendo o status de união estável ou casados. Estes tinham regras acerca do horário de ir pra cama, que eram cumpridas principalmente durante a semana pelas crianças (PYPER; HARRINGTON; MANSON, 2017). Nesse estudo, os pais que possuíam uma relação estável (46%) ou eram casados (40%) apresentaram maiores médias de acertos nas perguntas referentes ao pós-teste tanto no conhecimento, na atitude, quanto na prática.

No quesito trabalhar fora de casa, 72% dos pais afirmaram não exercer atividade remunerada. Resultado semelhante foi identificado em estudo brasileiro com 409 díades (mãe e filho), que objetivou avaliar se existia associação entre as alterações no sono dos bebês aos 12 meses de vida e a depressão pós parto, e 65,6% destas afirmaram não trabalhar fora de casa (LOPES *et al.*, 2010). Todavia, no presente estudo, os pais que trabalhavam (28%) tiveram maior diferença de média do pré para o pós-teste no conhecimento, na atitude e na prática (Tabela 11).

Estudo com 2477 crianças e seus respectivos pais com o objetivo de avaliar se os aspectos relacionados ao emprego dos pais (horário de trabalho dos pais e horário fora do padrão) tinham associação com o sono das crianças demonstrou que longas horas de trabalho

da mãe foram associadas aos horários de dormir mais tarde e o aumento da jornada de trabalho paterna esteve associada com a vigília das crianças e redução da chance de sono prolongado, evidenciando a relação que existe entre o trabalho dos cuidadores e o sono de qualidade da criança (MAGEE; CAPUTI; IVERSON, 2012).

Outro fator que pode influenciar no sono infantil é a renda familiar. A maioria dos pais apresentou renda mensal de um salário mínimo (R\$ 998,00 em 2019), sendo neste grupo de pais que ocorreu a maior variação de médias do conhecimento e da prática do pré-teste ( $4,263 \pm 0,9335$ ) para o pós-teste ( $6,316 \pm 0,7493$ ) e ( $4,632 \pm 1,3829$ ) para ( $6,211 \pm 0,7879$ ), respectivamente. O valor de p foi estatisticamente significativa na diferença entre os grupos ( $p=0,000$ ). Corroborando com esses achados, estudo desenvolvido com 152 pais de crianças em idade pré-escolar e de baixa renda utilizando uma intervenção educativa do tipo antes e depois evidenciou que houve melhora na duração do sono nas crianças do grupo intervenção durante a semana no seguimento de 1 mês em 30 minutos ( $11,0 \pm 0,9$  h vs.  $10,5 \pm 1,0$  horas no início) em comparação aos controles ( $10,4 \pm 0,9$  h versus  $10,5 \pm 0,9$  h no início) ( $P = 0,04$  para diferença entre os grupos).

Em relação as variáveis relacionadas ao ambiente familiar, as famílias estudadas, em sua maioria, tinham de 6 a 9 cômodos em casa (36%), com aproximadamente 4 moradores (36%). Estudo que avalia a prevalência de distúrbios do sono em crianças que realizam consulta em um laboratório de um hospital público no estado de São Paulo evidenciou que famílias mais numerosas favorece o compartilhamento do quarto ou da mesma cama com a criança, muitas das vezes, isso acontece devido o fator socioeconômico. Dessa forma, o compartilhamento de espaços de dormir com a criança pode facilitar a percepção dos pais sobre o sono dos filhos, todavia a falta de conhecimento sobre este assunto pode provocar uma má higiene do sono (PORTASZ et al., 2010).

Estudo realizado na Nova Zelândia com 52 crianças e seus respectivos pais com o objetivo de avaliar os fatores associados as diferenças de sono teve prevalência de crianças do sexo feminino 57,6% corroborando com os resultados deste estudo que apresentou 56% de meninas em sua amostra. Em relação a idade cronológica, os pais de crianças com até 6 meses de idade, que foram a maioria neste estudo (62%) e apresentaram maior diferença de médias no conhecimento do pré-teste ( $4,336 \pm 1,2572$ ) para o pós-teste (6,226), sugerindo que os pais de crianças mais novas possuem um maior conhecimento acerca do sono infantil. Pesquisa de McDowall (2016) relata que os pais de crianças mais jovens foram mais propensos a estimar corretamente os requisitos de sono de seus filhos, talvez refletindo que

mais informações e apoio possam estar disponíveis para os pais quando seus filhos são mais jovens.

O peso das crianças ao nascer mais prevalente foi entre 1500 – 2499g (56%) e foi neste grupo de pais que houve maior variação nas médias observadas do pré-teste para o pós-teste no conhecimento; já na atitude, o maior acréscimo aconteceu na faixa de peso de 750-1499g (Tabela 12). Estudo realizado com crianças australianas e canadenses nascidas prematuras com o objetivo de comparar os padrões de sono infantil entre esses dois países mostrou que a média de peso das crianças era de 998 e 942g, respectivamente, corroborando com os achados deste estudo (BIGGS et al., 2016).

A maioria das crianças deste estudo nasceu de parto cesáreo (68%), todavia a maior variação de médias do conhecimento e da atitude do pré para o pós-teste foi nos pais de crianças que nasceram por parto normal. Ensaio clínico randomizado com 586 crianças nascidas na cidade de Pelotas no Rio Grande do Sul também apresentou maior prevalência desse tipo de parto tanto no grupo controle (59,7%), que recebeu orientações apenas sobre a amamentação, quanto no grupo intervenção (64,5%), o qual recebeu orientações verbais sobre o sono e um livreto com recomendações. Este mesmo grupo recebeu lembretes telefônicos e visitas dos profissionais, além de acompanhamento nas consultas nas idades de 6 e 12 meses

Estudo que avaliou a prevalência de coleito em 4.231 crianças brasileiras de até 12 meses, também apresentou maior prevalência de parto cesáreo (45,2%), ressaltando as taxas de cesariana no Brasil ainda são altas em todas as regiões, tendo a sudeste com a mais alta taxa (58,88%) e a Nordeste com a mais baixa (45,33%), o estado do Ceará apresenta taxa de partos cesáreos de 50,64% (SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2008; BRASIL, 2011). Segundo dados da OMS (2017), o País ocupa a segunda posição no mundo em percentual desse tipo de parto (57%)

Nesta pesquisa, grande parte das crianças nasceram prematuras (82%) e ficaram internadas na unidade neonatal pela condição de prematuridade ou baixo peso (48%), os quais, a maioria das vezes em conjunto, são causas comuns de intercorrência neonatal. O local mais prevalente de internação foi a Unidade de Cuidados Intensivos Convencionais (UCINCo) (42%), seguido da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (40%).

Além disso, fazendo ligação com o motivo de internamento dessas crianças nas unidades neonatais, têm-se que a principal demanda de internação é devido à prematuridade, que se caracteriza pelo nascimento com idade gestacional inferior a 37 semanas, sendo muito pré-termo os bebês nascidos entre 28 e 33 semanas e extremamente pré- termo os nascidos com idade gestacional inferior a 28 semanas (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015).

Diversos estudos trazem a prematuridade como um fator de risco para o desenvolvimento de problemas comportamentais relacionados ao sono (WANG et al., 2013; CALHOUN et al., 2010; MANUEL WITMANS; EL HAKIM, 2013). Tendo em vista a influência que a prematuridade tem no sono, é importante considerar que a duração dos estágios de sono (REM E NREM) e o total de horas de sono são importantes para o desenvolvimento das crianças que nasceram prematuras (CALCIOLARI, MONTIROSSO, 2011), principalmente aquelas que nasceram prematuras limítrofe ou moderada, as quais possuem mais risco de desenvolver comportamento do sono alterado do que as prematuras extremas (VIANA, 2016). A prematuridade e o baixo peso ao nascer são fatores que aumentam o risco do desenvolvimento da SMSL, bem como esses bebês tem menor chance de dormir na posição supina, sendo essa a posição recomendada para colocar a criança para dormir, visto que a posição prona ou lateral aumentam as chances de SMSL (GELFER et al., 2013; CARRIER, 2009). Os dados referentes a essas variáveis demonstram que houve acréscimo no conhecimento, na atitude e na prática dos pais de crianças que nasceram prematuras ou com baixo peso, demonstrando relação estatisticamente significativa entre essas variáveis com valor de  $p = 0,000$  nos três itens do inquérito CAP.

Pesquisa realizada no Nordeste do Brasil com 30 crianças que nasceram prematuras e egressas de unidades neonatais e objetivou avaliar o comportamento do sono de crianças de 12 a 18 meses de idade, evidenciou que o sono desses bebês demonstrou-se alterados em quase 50% da sua totalidade, principalmente naquelas crianças que nasceram entre 31 e 36 semanas de idade gestacional (VIANA, 2016). Quando relacionamos tais resultados com o deste estudo, identifica-se que a maioria das crianças que nasceram prematuras também estavam na faixa etária de 31 a 36 semanas (68%).

O tempo de internamento mais prevalente foi de 1 a 10 dias (50%), no entanto ao se correlacionar as médias do pré para o pós-teste percebe-se que elas foram maiores para os pais de crianças que passaram de 11 a 30 dias internadas no conhecimento e na atitude, já a prática foi mais adequada no tempo de internamento superior a 30 dias. Os comportamentos do sono infantil modelados no hospital influenciam as práticas domésticas subsequentes, no entanto essas práticas realizadas pelos profissionais da saúde muitas vezes não condizem com as recomendações seguras de sono propostas pelos órgãos competentes (FLEMING; BLAIR, 2003). Portanto, informações consistentes e precisas de profissionais da saúde e um modelo de sono seguro implantado no ambiente hospitalar são os primeiros passos para melhorar as práticas de sono seguras (CARABALLO et al., 2017).

As orientações a respeito do sono antes da alta da maternidade, muitas vezes, dizem respeito a alimentação e higiene, todavia outros aspectos, como a higiene do sono não é repassada aos pais, causando estresse e ansiedade aos pais pelo sentimento de não conseguir cuidar da criança de forma adequada (ADEMA et al., 2016). Dados desta pesquisa revelam que apenas 6 pais (12%) relataram receber algum tipo de orientação sobre o sono, principalmente pelo (a) enfermeiro (a). Apesar das médias dos pais que não receberam nenhuma orientação apresentarem maior variação tanto no conhecimento, na atitude, quanto na prática do pré para o pós-teste, percebeu-se que na fase pré-teste, os pais que tinham sido orientados sobre o sono demonstraram maior conhecimento, melhor atitude e prática mais adequada do que aqueles que não tinham recebido orientações na saída das unidades neonatais.

Assim, percebe-se a importância de agregar as orientações sobre sono juntamente a um material educativo que os pais possam consulta-lo, visto que os resultados ora discutidos, demonstraram acréscimo relevante nas médias dos itens do inquérito CAP após a leitura do material educativo. Estudo realizado por Grazel (2010) recomendou que juntamente com as orientações verbais feitas na alta da criança devem ser distribuídos algum material escrito sobre as práticas seguras de sono para que este possa ser consultado em casa para ajudar reduzir ainda mais a incidência de SMSL. Dessa forma, ao avaliar o efeito da cartilha educativa proposta por esse estudo, pretende-se disponibilizá-la nas consultas de Enfermagem no Ambulatório de Pediatria inicialmente e expandi-la para outros locais, como Unidades Básicas de Saúde e maternidades e unidades neonatais, iniciando pelo Ceara, em seguida, pelo Brasil.

Em relação o local de dormir, a maioria das crianças dormiam no quarto dos pais, seja em um berço (46%) ou na própria cama dos pais (36%), sendo que nos quesitos conhecimento, atitude e prática as médias do pré para o pós-teste foram maiores para os pais de crianças que praticavam o coleito. Estudo com 46 crianças com dermatite atópica (DA) e 60 saudáveis de 3 a 36 meses com o objetivo de avaliar o padrão de sono em crianças com e sem o diagnóstico de dermatite atópica evidenciou que a maioria das crianças dormiam em berço no quarto dos pais (65,2%) para as crianças com dermatite atópica e 70% para as crianças saudáveis, demonstrando que compartilhar o quarto com mais um membro da família, principalmente os pais, é uma prática comum realizada por estes, principalmente porque eles sentem maior sensação de segurança, apesar de ser o contrário do que a literatura recomenda (DOGAN et al., 2017).

Já em relação a dormir na cama dos pais, Dogan (2017) demonstrou que do total de crianças com DA e saudáveis, apenas 5 (10,9%) e 14 (23,3%) das crianças realizam essa prática, respectivamente, sendo este achado, com número reduzido de pais que ainda realiza o compartilhamento da cama apesar das recomendações da *National Sleep Foundation*, um ponto que vem caminhando para melhorias quando se fala da segurança do sono infantil. Outro estudo com 43 mães demonstrou que quase todas as mães relataram compartilhar o leito com a criança apesar de terem sido informadas que essa prática não era segura. As mães relatavam que isso permitia que elas dormissem melhor e descansassem mais, além de que facilitava a amamentação (CARABALLO, 2017).

Todavia, o coleito sofre muitas influências socioculturais, variando em cada sociedade, visto que pode ser entendido também como hábito cultural. Na Inglaterra, essa prática é comum nas fases iniciais de vida da criança, assim como na Suécia e Dinamarca (BLAIR, 2008). No Brasil, estudo longitudinal realizado por Santos (2008), que avaliou o sono de crianças até os 12 meses com o objetivo de investigar os fatores associados ao coleito e ao despertar noturno em Pelotas-RS, demonstrou que a prevalência habitual de coleito foi de 45,8%, evidenciando que no País esta ainda é uma prática comum.

No estado do Ceará, estudo realizado com 369 crianças de 12 a 18 meses de idade e seu principal cuidador com o objetivo de analisar o comportamento do sono e o tempo de aleitamento materno nessas crianças frequentadoras ou não de creches, a prevalência de co-leito foi de 36% e esteve associado com alterações no comportamento do sono (CERQUEIRA, 2016), demonstrando resultados idênticos a taxa de compartilhamento do leito do atual estudo, desenvolvido na mesma cidade, Fortaleza, Ceará.

Alguns fatores que influenciam a prática do compartilhamento da cama no Brasil são a escolaridade dos pais, principalmente materna de até 4 anos (64,7%), mães adolescentes (58,1%), mães multíparas (59,7%) e com baixo nível socioeconômico (47,6%) (SANTOS et al., 2008) e a prática da amamentação (CERQUEIRA, 2016). Apesar disso, a Academia Americana de Pediatria desaconselha o coleito devido este ser um fator de risco para a Síndrome da Morte Súbita do Lactente, devendo assim os profissionais da saúde orientar os pais ainda nas consultas de pré-natal utilizando, por exemplo, materiais educativos para que estes possam servir de auxílio no domicílio.

A questão que mais apresentou erros por parte dos pais no quesito conhecimento foi a respeito da quantidade de horas de sono recomendada de acordo com a idade da criança, visto esta não ser uma informação suficientemente difundida, muito menos orientada aos pais. A *National Sleep Foundation* (NSF) recomenda uma duração diária do sono de 14 a 17

horas/dia para crianças de 1 a 2 anos e 10 a 13 horas/dia para pré-escolares entre 3 e 5 anos (HIRSHKOWITZ et al., 2015). Para que os pais tenham este conhecimento e saibam diferenciar um sono insuficiente, é necessário considerar o tempo total de sono da criança, levando em conta as sestas e o total de sono noturno.

Estudo realizado com 33 pais na Alemanha com o objetivo de avaliar quais determinantes são identificados pelos pais e pelas crianças que interferem no sono infantil demonstrou que um horário de sono inadequado, incluindo uma hora de dormir inadequada (ou seja, muito cedo ou tarde), um horário de sono inconsistente (ou seja, horários variados durante a semana e o fim de semana) e cochilos diurnos, foi identificado pelos pais como determinante do sono inadequado. Além disso, os pais identificaram os determinantes 'hábitos de sono da família', incluindo não ter ou desviar-se da rotina de dormir, indistinção sobre a hora de dormir da criança e ausência dos pais quando a criança precisa de atenção (BELMON, BUSCH, STRALEN, 2020). No atual estudo, os pais relataram não ter um horário estipulado para a criança dormir, porém 62% das crianças dormiam entre 18 e 21 horas, horário recomendado pela *American Academy of Pediatrics* (2016).

Ao se perguntar sobre o tempo total de sono, no pré-teste 58% dos pais apresentaram conhecimento errôneo sobre a quantidade total de sono necessário para a criança e 38% destes no pós-teste, sendo que a maioria dos pais subestimou a necessidade de sono dos filhos. Pesquisa realizada nos Estados Unidos com 253 pais com o objetivo de examinar o conhecimento e as crenças acerca da higiene do sono e a sua relação com a prática evidenciou que 52% subestimou a necessidade de sono dos filhos e essas crianças tinham menores chances de ter um sono de qualidade (OWENS; JONES; NASH, 2011).

Outros estudos, em diversos países, também já buscam avaliar o conhecimento, a atitude e a prática em relação ao sono infantil com pais (MCDOWALL; ELDER; CAMPBELL, 2017), com os profissionais da saúde (GRUBER et al., 2017; ANWAR et al., 2018) e com estudantes de enfermagem (BURGESS et al., 2017). No entanto, no Brasil, são escassos os estudos que avaliam essa questão de forma ampla, utilizando os três aspectos (Conhecimento, Atitude e Prática), sendo encontrado um estudo que avaliou o conhecimento das mães sobre a Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) (BEZERRA et al., 2015).

Considerando o impacto do sono na qualidade de vida da criança e que muitas vezes os comportamentos dos pais e/ou cuidadores são responsáveis pelos comportamentos inadequados da criança no momento de dormir e ao despertar durante a noite, os pais devem ser agentes ativos na mudança de comportamento de suas crianças (MINDEL et al., 2005). É necessário, então, que os pais busquem compreender de onde o comportamento inadequado

da criança está surgindo para que assim eles possam modificar suas ações que refletirão no bem-estar dos filhos. Rafihi-Ferreira et al (2016) pontuam que as intervenções para problemas de sono por meio de orientações para pais são efetivas, não só para a melhora do sono como também para problemas de comportamento que podem ser decorrentes de um sono com qualidade insuficiente.

No presente estudo, o número de pais que obtiveram acertos no conhecimento, na atitude e na prática aumentou do pré para o pós-teste, sendo deste valor o maior referente ao conhecimento, com valores de p estatisticamente significante neste e na prática; os valores referente as médias destes três quesitos também apresentaram-se maiores após o pós-teste, reforçando a importância de orientar os pais com materiais educativos válidos que orientem a prática a partir do conhecimento.

Pesquisa realizada com 203 mulheres com o objetivo de avaliar o conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil demonstrou que o entendimento sobre o sono infantil é inferior ao conhecimento a respeito de outras áreas do desenvolvimento e isso foi considerado uma preocupação a respeito dos problemas de sono na infância ( $5,6 \pm 1,1$ ) (REICH, 2005). No presente estudo, a média de conhecimento dos pais no pós teste ( $6,32 \pm 0,7$ ) teve aumento significativo em relação ao pré-teste ( $4,32 \pm 1,1$ ), com valor de p estatisticamente significante de 0,009, demonstrando acréscimo no conhecimento após a leitura da cartilha educativa.

Em outro estudo realizado com 115 pais na Nova Zelândia com objetivo de avaliar o conhecimento dos pais sobre o sono infantil e a sua influência nos esforços dos pais para apoiar um sono saudável em seus filhos por meio de 10 questionamentos com itens verdadeiro ou falso, uma única vez, demonstrou média de 5,2 e DP de 2,4, evidenciando médias aproximadas com as do pré-teste do atual estudo ( $4,32 \pm 1,1$ ) (MCDOWALL; CAMPBELL; ELDER, 2016).

Os valores médios da prática ( $5,00 \pm 1,1$  no pré-teste e  $6,32 \pm 0,7$ ) acompanhou a evolução das médias do conhecimento ( $4,32 \pm 1,1$  no pré-teste e  $6,32 \pm 0,7$ , tendo valores de p estatisticamente significante nestes dois quesitos (0,009 e  $<0,0001$ , respectivamente). Estudo realizado com 115 pais de crianças com o objetivo de descrever as práticas de sono e examinar associações com o conhecimento destes sobre o sono infantil evidenciou que a maioria dos pais (63) tinha uma estimativa precisa sobre a necessidade de sono das crianças (DOWALL; ELDER; CAMPBELL, 2017).

Na presente pesquisa, apesar da maioria dos pais relatar no quesito atitude que é importante que as crianças tenham uma rotina para dormir (100%), na prática (30%) dos pais

afirmaram não ter uma rotina de dormir para as crianças no pré-teste. A ausência de rotina no horário de dormir pode predispor problema do sono em crianças (DWORAK; SCHIERL; BRUNS., 2007), pois as crianças não terão um padrão no horário para dormir e, conseqüentemente, em acordar (LI et al., 2010).

Em estudo randomizado com 405 mães e crianças entre 7 e 36 meses de idade avaliou a implementação de rotina no horário de dormir das crianças pelos pais, indicando benefícios em vários aspectos do sono infantil, como menor tempo para início do sono, diminuição da vigília após o início do sono e aumento consolidado do período de sono. O sono durante a noite também melhorou, incluindo diminuição no número e duração de despertares noturno (MINDELL; TELOFSKI; WIEGAND; KURTZ., 2009).

Outro questionamento importante e que apresentou uma quantidade considerável de erros no pré-teste foi a posição da criança dormir a noite (70%), visto que muitos pais acreditavam ser a posição lateral era mais benéfica e aconchegante para as crianças, porém a AAP recomenda a posição supina como forma segura para adormecer. Após a leitura da cartilha, as médias de conhecimento melhoraram consideravelmente em relação essa questão, apenas 18% dos pais apresentaram erro e a prática também teve uma significativa melhora, apesar de ainda ter um número de inadequações, com 64% no pré-teste e 26% no pós-teste. Na atitude, 43% dos pais não achavam que a posição supina prevenia o risco de sufocamento no pré-teste; após a aplicação do material educativo apenas 2% dos pais afirmaram não achar dormir de barriga pra cima tinha relação com a prevenção da morte súbita do lactente.

Estudo realizado com 43 mães com o objetivo de investigar práticas, conhecimento, atitude e crenças sobre o sono infantil em mães adolescentes evidenciou que após a realização de grupos focais o conhecimento das mães foi excelente, todavia a adesão as recomendações, ou seja, a prática, não teve o mesmo avanço. Isso diz respeito geralmente às crenças que são seguidas pelos pais, as quais, geralmente, são causadas por uma sensação de uma maior segurança ou até mesmo incentivadas por outras pessoas, como avós (CARABALLO, 2016). A academia Americana de Pediatria recomenda que as crianças durmam na posição supina para evitar o risco de SMSL. Em países desenvolvidos como os EUA, ocorreram 1400 mortes por este problema devido causas desconhecidas e 900 devido asfixia acidental e estrangulamento no leito. Apesar de estar acontecendo um declínio significativo dessas taxas devido a campanha “*Back to Sleep*”, as recomendações as práticas seguras de sono pela AAP e a ficha de investigação e notificação implantada no país, percebe-se ainda a necessidade de maior adesão a essas práticas por parte dos pais e dos profissionais da saúde em orientá-los (CDC, 2017).

No Brasil, esses dados ainda não existem estatísticas oficiais sobre isso, porém a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) estimula a prevenção com medidas que dizem respeito ao ambiente. Todavia, os dados para informações sobre essa questão ainda são escassos, apesar de que no ano de 2009 a pastoral da criança e a SBP divulgaram na mídia sobre a campanha “Deste lado é melhor”, em que um bebê na posição supina e em um berço sem objetos aparecia na imagem, como forma de estimular esta prática pelos pais. Porém, atualmente, não se vê mais divulgações amplas a respeito desta questão.

Assim, as recomendações feitas pela Academia Americana de Pediatria e divulgadas em um folder explicativo na língua inglesa dizem respeito a colocar a criança pra dormir na posição supina e não recomendam a posição lateral, pois ela é instável; não compartilhar a cama com a criança; não colocar objetos soltos no berço, como almofadas e ursos de pelúcia, informações estas que estão contidas no material educativo do presente estudo. Outras recomendações é não fumar no mesmo ambiente da criança, utilizar superfícies firmes, como berços aprovados no quesito segurança e não cobrir a cabeça do bebê (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

Os pais também foram questionados quais ações são importantes para prevenir o risco de sufocamento no momento de dormir, como evitar colocar objetos no berço, o compartilhamento da cama e a posição de dormir. Nesta questão 38% dos pais apresentaram conhecimento errôneo no pré-teste, porém no pós-teste todos os pais acertaram sobre o que se deve evitar para prevenir a SMSL no momento de dormir. Na prática, 24% dos pais no pré-teste e 2% no pós-teste apresentaram prática inadequada a respeito deste questionamento, demonstrando que o material educativo foi efetivo em melhorar o conhecimento e a prática dos pais sobre o sono infantil.

## 8. CONCLUSÃO

Quanto ao perfil sociodemográfico dos pais, verificou-se uma idade média entre 25 e 34 anos, com predominância do sexo feminino, sendo que a maioria tinha ensino médio completo e renda de um salário mínimo e viviam com os seus companheiros em uma casa entre 5-6 cômodos.

A maioria das crianças nasceu prematuras, sendo o sexo feminino, o peso de 1500-2499 e o parto cesáreo predominantes na amostra estudada e, no momento do estudo, a idade mais prevalente foi de 0 a 6 meses

A utilização da metodologia CAP permitiu conhecer a população estudada, na qual se identificou o que os pais de crianças egressas das unidades neonatais atendida em um ambulatório especializado de pediatria em Fortaleza- Ceará sabem, pensam e como agem na promoção do sono infantil. Além disso, foi possível a identificação das reais lacunas presentes no conhecimento, na atitude e na prática que podem predispor ou dificultar na qualidade do sono dessas crianças.

Assim, verificou-se que em relação ao conhecimento dos pais acerca do sono infantil, a maioria foi classificada como tendo conhecimento adequado no pré-teste, porém esse número aumentou significativamente após a leitura do material educativo, ou seja a cartilha sobre o sono “Cuidando do sono da criança”. O maior déficit no conhecimento foi sobre a posição de colocar a criança para dormir e o tempo de sono necessário correspondente à idade da criança.

Em relação à atitude e a prática, observou-se que os pais tinham opiniões adequadas sobre o sono e as colocavam em prática adequadamente, no entanto ainda encontravam dificuldades em algumas questões relacionadas, por exemplo, a posição de dormir da criança mesmo após a leitura da cartilha educativa, apesar de haver ocorrido aumento do número de pais que obtiveram acerto nessa questão.

Quanto à associação de variáveis, identificou-se diferença estatisticamente significante entre a comparação das médias do pré e do pós-teste do conhecimento e da prática, com valor de  $p \leq 0.05$ . Não houve variação significativa nos dados da atitude quando comparados os resultados do pré para o pós-teste.

Assim, destaca-se a importância do uso de tecnologias educacionais válidas que enfoquem a questão do sono infantil para garantir que este seja de qualidade, principalmente na primeira infância. O uso de instrumentos que permitam identificar a lacuna do conhecimento existente é de suma importância para que se possa entender os saberes prévios

e aprimorá-los para atitudes e prática que promovam a higiene do sono. Além disso, deve-se reconhecer o profissional enfermeiro como educador em saúde, capaz de atuar junto as famílias, utilizando materiais que favoreçam a aprendizagem, promovam a reflexão e a mudança de comportamento. Dessa forma, torna-se capaz de promover a saúde dessa população, por meio de estratégias qualificadas e direcionadas para o público em questão.

## **9. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM**

As limitações deste estudo dizem respeito à quantidade da amostra, a qual foi reduzida devido a suspensão das consultas no respectivo local de coleta ocasionada pela pandemia pela COVID-19; a limitação a um único local para coleta de dados e a realização do pós-teste por via telefônica, visto que o pesquisador não tem controle sobre as variáveis que podem interferir neste momento.

Já os pontos fortes da pesquisa perpassam por ser um tema pouco estudado no Brasil, mas de grande relevância para o cenário do crescimento e desenvolvimento infantil, em que se utilizam tecnologias educacionais, como cartilha educativa, para promover o conhecimento e possibilitar atitudes e práticas que favoreçam a higiene do sono da criança. Assim, discernir quais as lacunas existentes no conhecimento que causam influência na prática permite o profissional da saúde, principalmente os enfermeiros, criar ações guiadas com foco na promoção da qualidade do sono.

## REFERÊNCIAS

- ALOYSIUS A, KHARUSI M, WINTER R, PLATONOS K, BANERJEE J, DEIERL A. Support for families beyond discharge from the NICU. **J Neonatal Nurs**, v.24, n.1, p.55–60, 2018.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. **Pediatrics**, v. 138, n.5, p.1-12, 2016.
- AURÉLIO, S.F, TOCHETTO, T.M. Ruído em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: mensuração e percepção de profissionais e pais. **Acta Pediátr Port**, v.41, n.2, p.64-8, 2010.
- ARIS, B.C, *et al.* NICU Nurses Knowledge and Discharge teaching related to infant sleep position and risk of SIDS. **Adv Neonatal Care**, v.6, n.6,p.281-93, 2006.
- BARROS, L.M. **Construção e validação de uma cartilha educativa sobre cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica.** 2015. 286 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.
- BERNIER, A; CARLSON, S.M; BORDELEAU. S; CARRIER, J. Relations between physiological and cognitive regulatory systems: infant sleep regulation and subsequent executive functioning. **Child Dev**, v.81, n.6, p.1739-52, 2010.
- BE´LANGER, M.-E` ., BERNIER, A., SIMARD, V., BORDELEAU, S., & CARRIER, J. Objective and subjective measures of sleep among preschoolers: Disentangling attachment security and dependency. **Monographs of the Society for Research in Child Development**, v.80, p.125–140, 2015.
- BELMON, L.S; BUSCH, V; VAN STRALEN, M.M, *et al.* Determinantes percebidos pela criança e pelos pais sobre a saúde inadequada do sono da criança. Um estudo de mapeamento

de conceitos. **Int J Environ Res Saúde Pública**, v.17, n.5, p.1583, 2020 doi: 10.3390 / ijerph17051583

BORRINGTON, C; MCCATHIE, N. Doctor , my child won' t sleep. How can you help ? **Paediatr Child Health (Oxford)**, v.27, n.9, p.427–31, 2017. doi:10.1016/j.paed.2017.05.005.

\_\_\_\_\_ BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguuru. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013

BRUNI O, ANGRIMAN M. L'insomnia in eta evolutiva. **Medico Bambino**, n.34, n.4, p.224--33, 2015.

BOJO, A. *et al.* Midwifery care: development of an instrument to measure quality based on the World Health Organization's classification of care in normal birth. **J. Clin. Nurs.**, v.13, n.1, p.75-83, 2004.

BONAN, K. C. S. C. *et al.* Sleep deprivation, pain and prematurity: a review study. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, Brasília, v. 73, n.2, p. 147-54, 2015

BOYLE, J; CROPLEY, M. Children's sleep: Problems and solutions. **Journal of Family Health Care**, v.14, p. 61–63, 2004.

CALCIOLARI, G; MONTIROSSO, R. The sleep protection in the preterm infants. **The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine [Internet]**. 2011 19];24(1):12- 4, 2011.

CARDOSO, M. V. L. M. L. *et al.* Ruídos e barulhos na unidade neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 561-566, jul./ago. 2010.

CERQUEIRA, A.C.D.R. Comportamento do sono e aleitamento materno em crianças de 12 a 18 meses de idade. 2016. 113 f. Tese de doutorado. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

- CUPANI, A. A tecnologia como problema filosófico: três enfoques. **Scientiae Zudia**, v.2, n.4, p.493- 518, 2004.
- DAHL, R. E. The development and disorders of sleep. **Advances in pediatrics**, v. 45, p.73-90, 1998.
- DATTANI, N; BHAT, R; RAFFERTY, G.F; HANNAM, S; GREENOUGH, A. Survey of sleeping position recommendations for prematurely born infants. **Eur J Pediatr**, v. 170,n.2, p.229–32, 2011.
- DAVIS, K. F.; PARKER, K. P.; MONTGOMERY, G. L. Sleep in infants and young children: Part one: normal sleep. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 18, n. 2, p. 65–71, 2004.
- DEMATO, E.G; HASS, M.C; CZECK, P; DOWLING, D.A; BARSMAN, S.G. Safe Sleep Infant Care Practices Reported by Mothers of Twins. **Adv Neonatal Care**,v.16, n.6, p.3-14, 2016.
- DODT, R.C.M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação**. 2011. 116 f. Tese de Doutorado. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.
- DWORAK, M; SCHIERL, T; BRUNS, T. Impact of singular excessive computer game and television exposure on sleep patterns and memory performance of school-aged children. **Pediatrics**, v.120, n.5, p.978-85, 2007.
- DUERDEN, E. G. *et al.* Brain development in infants born preterm: looking beyond injury. **Semin Pediatr Neurology**. v 20, p. 65-74, 2013.
- ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005.
- ERDOĞAN, Ç; TURAN, T. Risky Behaviors of Mothers with Infants on Sudden Infant Death Syndrome in Turkey. **J Pediatr Nurs**, v.38, n.2018, p.–6, 2017.

FICCA, G; FAGIOLI E.U; SALZARULO . Organização do sono no primeiro ano de vida: tendências de desenvolvimento no sono tranquilo paradoxal do ciclo do sono. **J Sleep Res**, v. 9, p. 1 – 4, 2000.

FREITAS, F. V. REZENDE FILHO, L. A. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. **Interface (Botucatu)**, São Paulo. v.15, n.36, p.243-256, 2011.

GALINDO, N. M. N et al. Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. **Acta Paulista Enfermagem**. v.30, n.1, p.87-93, 2017.

GARRISON, A.M.M; LIEKWEG, K. Media Use and Child Sleep : The Impact of Content , Timing , and Environment. **Pediatrics**, v.128, n.1, p.29–35, 2011. doi:10.1542/peds.2010-3304.

GRIGG-DAMBERGER, M. The visual scoring of sleep in infants of 0 to 24 months of age. *Journal of clinical sleep medicine*, v.12, n.3, p.429-445, 2016.

GUBERT, E; PRADO, L.M. Desafios na prática pedagógica na educação profissional em enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. v. 13, n.2, p. 285-95, 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a15.htm>. Acesso em 23 set. 2017.

HERAGHTY, J.L; HILLIARD, T.N; HENDERSON, A.J; FLEMING, P.J. The physiology of sleep in infants. **Arch Dis Child**, v. 93, n.11, p.982 – 5, 2008

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.

HOFFMANN, T; WARRALL, L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. **Disabil Rehabil**. v.26, n.9, p.1166-1173, 2004. doi: DOI: 10.1080/09638280410001724816

HWANG, S.S; O’SULLIVAN, A; FITZGERALD, E; MELVIN, P; GORMAN, T; FIASCONE, J.M. Implementation of safe sleep practices in the neonatal intensive care unit. **J Perinatol**, v.35, n.10, p. 862–6, 2015.

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. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.2004.tb00999.x/pdf>>. Acesso em: outubro. 2018

KALIYAPERUMAL, K. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. **Community Ophthalmology**, v.4, n.1, p. 7-9, 2004.

KANIS, D.P; SCHWERDTLE, D.P, KÜBLER, D.P; SCHLARB, D.P. Parent perceptions and practices regarding sleep in children. **Somnologie**, v.19, n.4, p. 263–70, 2015.

LÉLIS, A.L.P.A; CIPRIANO, M.A.B; CARDOSO, M.V.L.M.L; LIMA, F.E.T; ARAÚJO, T.L. Influência do contexto familiar sobre os transtornos do sono em crianças. **Revista Rene**, v.15, n.2, p. 343-53, 2014. doi: 10.15253/2175-6783.2014000200020

LIAO, J; HU, R.N.R; SU, R.N.L; WANG, R.N.S; XU, Q; QIAN, X.F; HE, H.G. Nonpharmacological Interventions for Sleep Promotion on Preterm Infants in Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review. **Sigma Theta Tau Int**, v.15, n.5 p.386–93, 2018. doi:10.1111/wvn.12315.

LI, S; ZHU, S; JIN, X; YAN, C; WU, S; JIANG, F; et al. Risk factors associated with short sleep duration among Chinese school-aged children. **Sleep Med.** v.11, n.9, p.907-16, 2010

LIBERATI, A; ALTMAN, D.G; TELTZLAFF, J; MULROW, C; GOTZSCHE, P.C; LOANNIDIS, J.P.A; et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. **Br Med J**, v.6, n.7, p.e1000100, 2009. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>

LOBIONDO-WOOD, G. HABER, J. Confiabilidade e validade. In: \_\_Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. **Guanabara Koogan**, Rio de Janeiro, v 4, p.186-199, 2001

LYNN, Mary R. Determination and quantification of content validity. **Nursing research**, v. 35, n. 6, p. 382-386, 1986.

MANIVA, S. J. C. F. **Elaboração e validação de tecnologia educativa sobre acidente vascular cerebral para prevenção da recorrência**. 2016. 170 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

MAGALHÃES, F., and MATARUNA, J. Sono. In: JANSEN, JM., et al., orgs. Medicina da noite: da cronobiologia à prática clínica [online]. Rio de Janeiro: Editora **FIOCRUZ**, 2007, pp. 103-120. ISBN 978-85-7541-336-4.

MAGEE, C.A; CAPUTI, P.E; IVERSON, D.C Os padrões de trabalho dos pais estão associados ao sono de seus filhos? Uma análise de famílias com dois pais na Austrália. **Sleep Biol. Ritmos** v.10, p.100-108, 2012. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2011.00530.x>

MCDOWALL, P.S; CAMPBELL, A.C; ELDER, D.E. Parent knowledge of child sleep: a pilot study in a children's hospital cohort. **Sleep Medicine**. v.21, p.57-67, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2016.01.014>

MCMULLEN, S.L; WU, Y.W; AUSTIN-KETCH, T; CAREY, M.G. Transitioning the Premature Infant from Nonsupine to Supine Position Prior to Hospital Discharge. **Neonatal Netw**, v.33, n.4, p.194–8, 2014.

MINDELL, J.A; WILLIAMSON, A.A. Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. **Sleep Med Rev**, v.18, n.40, p.93–108, 2011. doi:10.1016/j.smrv.2017.10.007.

MINDELL, J.A; KUHN, B; LEWIN, D.S., MELTZER, L.J; SADEH, A. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. **Sleep**, v.29, n.10, p.1263-1276, 2006.

MOREIRA, A.C.A; SILVA, M.J; DARDER, J.J.T; COUTINHO, J.V.F, VASCONCELOS, M.I.O; MARQUES, M.B. Efetividade da intervenção educativa no conhecimento-atitude-prática de cuidadores de idosos. **Rev Bras Enferm**, v.71, n.3, p.1118–26, 2018.

MOURA, D. J. M; MOURA, N. S; GUEDES, M. V. C. Development of a booklet on insulin therapy for children with diabetes mellitus type 1. *Rev Bras Enferm* [Internet]. v. 70, n.1, p. 3-10, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0183>. Acesso em 28 set. 2017.

NIETSCHE, E.A. As Tecnologias Assistenciais, Educacionais e Gerenciais produzidas pelos Docentes dos Cursos de Enfermagem das Instituições de Ensino Superior de Santa Maria-RS. **Rev Latin-americana de enfermagem**, v.13, n.3, p.344-53, 2005.

OHAYON, M, *et al.* National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. **Sleep Health**, v.3, n.1, p.6-19, 2017.

OWENS, J.A; SPIRITO, A; MCGUINN, M; NOBILE, C. Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children. **J Dev Behav Pediatr**, v.21, n.1, p.27–36, 2000.

OWENS, J. A. **Behavioral Sleep problems in children**. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/topic.do?topicKey=PEDS/6353>. Acesso em: 28 set. de 2017

PAIM, L. M. D. NIETSCHE E. A; LIMA, M. G. R. História da tecnologia e sua evolução na assistência e no contexto do cuidado de enfermagem. In: Nietsche EA, Teixeira E, Medeiros HP, organizadores. **Tecnologias cuidativos-educacionais: uma possibilidade para empoderamento do(a) enfermeiro(a)**, Porto Alegre, p. 15-36, 2014.

PASQUALI, L. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In: PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LABPAM/IBAPP, 1999. Cap.3. 306p.

PYPER, E; HARRINGTON, D; MANSON, H. Do parents' support behaviours predict whether or not their children get sufficient sleep? A cross-sectional study. **BMC Public Health** v.17, n.432, 2017. doi: 10.1186/s12889-017-4334-4

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem-: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 9 ed. Artmed Editora, 2018.

PRIMHAK, R; KINGSHOTT, R. Sleep physiology and sleep-disordered breathing: the Essentials. **Arch Dis Child**, v.97, p. 54-58, 2012.

RAINES, D.A. Factors That Influence Parents' Adherence to Safe Sleep Guidelines. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v.47, n.3, p.316–23, 2018

REBERTE, L. M; HOGA, L. A. K; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p.01-08, 2012.

REICH, S. What do mothers know? Maternal knowledge of child development. **Infant Ment Health J**. v.26, n.2, p.143–56, 2006.

RIBEIRO, S; STICKGOLD, R. Sleep and school education. **Trends in Neuroscience and Education**, v, 3, n. 1, p. 18-23, 2014. Disponível em: <[http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/11784/1/Ribeiro\\_Sleep\\_and\\_school\\_education.pdf](http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/11784/1/Ribeiro_Sleep_and_school_education.pdf)>. Acesso em: 8 jun, 2017.

RIBEIRO, V.M; VOVIO, C.L; MOURA, M. P. Letramento no Brasil: alguns resultados do indicador nacional de alfabetismo funcional. **Educ. Soc.** [online], v.23, n.81, p.49-70, 2002.

RIVKEES, S. A. Developing circadian rhythmicity in infants. **Pediatrics**, v. 112, n.2, p.373 – 81, 2003. Disponível em: [https://pediatrics.aappublications.org/content/112/2/373.long?sso=1&sso\\_redirect\\_count=1&nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+token](https://pediatrics.aappublications.org/content/112/2/373.long?sso=1&sso_redirect_count=1&nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+token) Acesso em: 23 de março de 2019.

- RUBIO, D. M; BERG-WEGER, M.; TEBB, S. S.; LEE, E. S.; RAUCH, S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, v. 27, n. 2, p. 94-104, 2003.
- SADEH, A; DAHL, R.E; SHAHAR, G; ROSENBLAT-STEIN, S. Sleep and the transition to adolescence: a longitudinal study. **Sleep**. v.32, p.1602–9, 2009
- SANTOS, C.M.C; PIMENTA, C.A.M; NOBRE, M.R. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.15, n.3, p.508-11, 2007.
- SEVESTRE, A; OGER, E; BERTELLE, V; MABIN, D; SIZUN, J. Agreement between behavioural observation and polygraphy for the diagnosis of sleep-wake states in preterm neonates. **Acta Paediatr**, v.102, n.5, p.229-31, 2013.
- SHADMAN, K.A; WALD, E.R; SMITH, W; COLLER, R.J. Improving Safe Sleep Practices for Hospitalized Infants. **Pediatrics**, v.138, n.3, p. 1-9, 2016
- SHAKANKIRY, H.M.E. Sleep physiology and sleep disorders in childhood. **Nat Sci Sleep**, v.1, n.3, p.101–14, 2011.
- SOUSA, C. S. **Educação pós-operatória: construção e validação de uma tecnologia educativa para pacientes submetidos à cirurgia ortognática**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- SOUZA, A. B. G. **Enfermagem Neonatal: cuidado integral ao recém-nascido**. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2011.
- SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein** [Internet]. v.8, n.1, p.102-6, 2010
- SOUSA, F.C.P; MONTENEGRO, L.C; GOVEIA, V.R; CORRÊA, A.R; ROCHA, P.K; MANZO, B.F. Family participation in patient safety in neonatal units from the nursing perspective. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n.3, p.1-8, 2017.

THE KAP SURVEY MODEL: KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICES. EN, 2011. Disponível em: <https://www.spring-nutrition.org/publications/tool-summaries/kap-survey-model-knowledge-attitudes-and-practices> Acesso em: 23 de março 2019.

THOMAN, E.B; WHITNEY, M.P. Sleep states of infants monitored in the home: individual differences, developmental trends, and origins of diurnal cyclicality. **Infant Behav Dev**, n. 12, v.1, p.59–75, 1989.

TIKOTZKY, L; SADEH, A; GLICKMAN-GAVRIELI, T. Infant sleep and paternal involvement in infant caregiving during the first 6 months of life. **Journal of Pediatric Psychology**, v.36,p.36–46, 2011. doi:<http://dx.doi.org.ez11.periodicos.capes.gov.br/10.1093/jpepsy/jsq036>

Ursi, E.S; Galvão, C.M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v.14, n.1, p.:124-31, 2006. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>

UTSUMI, M.I. Questões metodológicas dos trabalhos de abordagem quantitativa apresentados no GT19-ANPEd. **Educação Matemática Pesquisa**. São Paulo, v. 9, n. 1, p. 83-101, 2007.

VASCONCELOS, C.T.M. **Efeitos de uma intervenção educativa na adesão de mulheres à consulta de retorno para receber o resultado do exame de Papanicolau**. 2008. 81f. Dissertação de Mestrado. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

VIANA, T. R. F. **Comportamento do sono de crianças prematuras egressas da Unidade neonatal**. 2016. 117 f. Dissertação de Mestrado. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

ZAMBERLAN-AMORIM, N.E; FUJINAGA, C.I; HASS, V.J; MARA, L; FONSECA, M; CARMEM, G.S.S, et al. Impacto de um programa participativo de redução do ruído em unidade neonatal. **Rev Latino Am Enferm**, v.20, n. 1, p.1–8, 2012.

ZACHRITZ, W; FULMER, M; CHANEY, N. An Evidence-Based Infant Safe Sleep program to reduce sudden Unexplained Infant deaths. **Am J Nurs**, v.116,n.11, p.48–55, 2016.

**APÊNDICE A- TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Caros pais,

Eu, Lusiana Moreira de Oliveira, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo uma pesquisa chamada: EFEITO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA SOBRE O SONO DE CRIANÇAS EGRESSAS DA UNIDADE NEONATAL: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DOS PAIS, sob orientação da Professora Doutora Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o efeito de tecnologia educativa, no caso uma cartilha, para promoção do sono de crianças egressas da unidade neonatal. O estudo será importante para a saúde de outras crianças futuramente. Assim, é necessário que um grupo de pais de crianças que tenham sido internadas em alguma unidade neonatal, de acordo com os critérios de inclusão, avalie este material, sendo o senhor (a) correspondente a esses critérios. Sua participação é muito importante para saber se este material está adequado para ser usado na prática com pais de crianças que estiveram internadas nas Unidades Neonatais.

Caso você aceite participar, a sua colaboração será em responder um formulário pré-teste com 37 perguntas, com duração esperada de 10 minutos, para avaliar o conhecimento, a atitude e a prática em relação ao sono do seu filho, realizar a leitura da cartilha educativa “Cuidando do sono da criança egressa da Unidade Neonatal” e responder novamente o mesmo formulário 15 dias após a data de hoje por meio de uma ligação telefônica, em um horário agendado, a qual será realizada por mim, que estou realizando essa pesquisa. A coleta de dados para realização do pré-teste e da leitura da cartilha acontecerá em um local reservado no ambulatório especializado de pediatria da Universidade Federal do Ceará.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e os dados coletados serão utilizados nesta pesquisa ou na apresentação de eventos em congressos e artigos científicos. Este estudo poderá trazer como riscos apenas o cansaço no preenchimento do formulário de avaliação e desconfortos ao lembrar de momentos difíceis da internação de seu filho na unidade neonatal, visto que a cartilha é para pais de crianças que estiveram internadas. Os benefícios desse estudo serão a avaliação de um material educativo que poderá ser usado na promoção do sono de crianças egressas da unidade neonatal e promover o conhecimento acerca do sono infantil, melhorando a atitude e a prática.

Reforço que a sua participação na pesquisa é voluntária, não será fornecida ajuda de custo, nem cobrado nada para que você participe. Sua recusa não trará nenhum prejuízo no seu atendimento na instituição. Caso surja alguma dúvida, você poderá entrar em contato com o pesquisador: **Lusiana Moreira de Oliveira**.

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

**CEP:** 60430-160 **Telefone:** (85) 33668464/(88) 996649796.

**E-mail:** lusianamoreira03@gmail.com

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará também poderá ser consultado acerca da pesquisa, através do telefone (85) 33668344 e endereço Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo.

Esse termo de consentimento livre e esclarecido será composto por duas vias, uma ficará comigo (pesquisador) e a outra com você (mãe, pai ou responsável) que irá participar da pesquisa.

#### **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: EFEITO DE UMA CARTILHA EDUCATIVA SOBRE O SONO DE CRIANÇAS EGRESSAS DA UNIDADE NEONATAL: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DOS PAIS.

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

---

Assinatura do sujeito da pesquisa ou representante

---

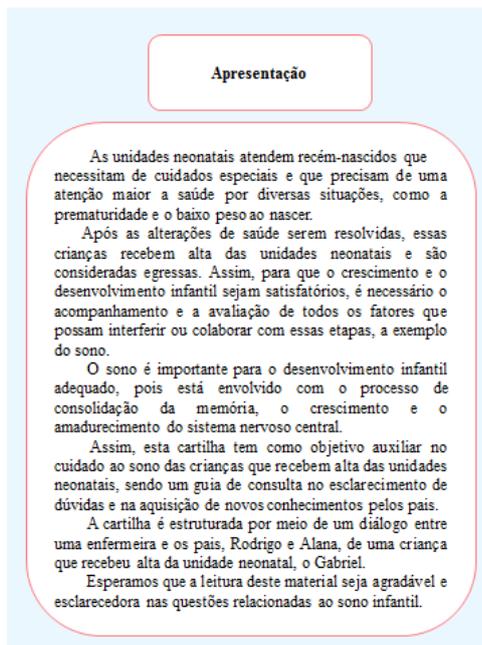
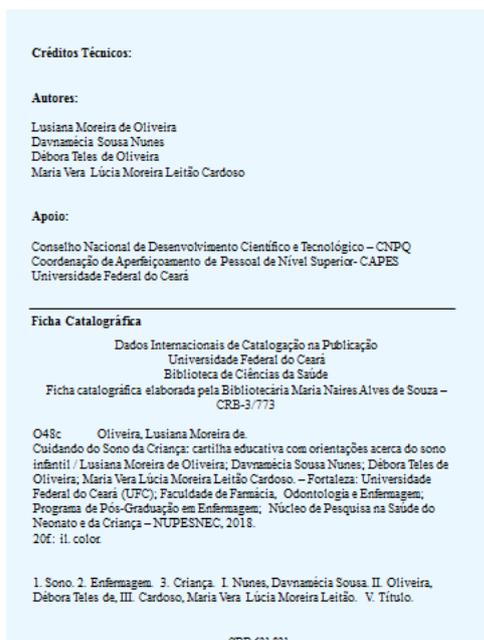
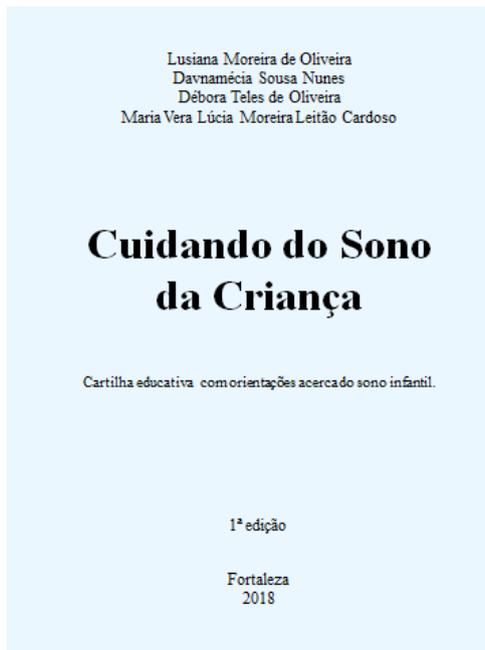
Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE B- FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO EFEITO DE CARTILHA “CUIDANDO DO SONO DA CRIANÇA” DO TIPO INQUÉRITO CAP.**

<b>FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO EFEITO DE CARTILHA “CUIDANDO DO SONO DA CRIANÇA” DO TIPO INQUÉRITO CAP</b>	
<b>Dados de identificação</b>	
<b>Nome do Pai ou mãe:</b>	
<b>Nome da criança:</b>	
Endereço:	
Telefones:	
<b><u>Pai ou mãe:</u></b>	
1. Idade: _____ 2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	
3. Estado civil: 3.1 ( ) Solteiro 3.2 ( ) Casado 3.3 ( ) União Consensual 3.4 ( ) Outro	
4. Escolaridade:	
5. Trabalha 5.1 ( ) Sim 5.2 ( ) Não 6. Ocupação _____	
7. Número de cômodos em casa: _____	
8. Número de moradores da casa: _____	
9. Renda em salários mínimos: _____	
10. Recebeu alguma orientação sobre o sono antes de alta da unidade neonatal:	
10.1 ( ) Sim 10.2 ( ) Não 10.3 Qual? _____	
10.4. Por qual profissional? _____	
<b><u>Criança:</u></b>	
11. Idade cronológica: _____ 12. Idade corrigida: _____	
13. IG ao nascer _____ 14. Peso ao nascer _____	
15. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	
16. Unidade neonatal em que a criança ficou internada: _____	
16.1. Tempo, em dias, do internamento: _____	
16.2 Motivo do internamento: _____	
17. Tipo de parto: 17.1 ( ) Normal 17.2 ( ) Cesáreo 17.3 ( ) Fórceps	
18. Local em que a criança dorme a noite: 18.1 ( ) Berço em quarto individual 18.2 ( ) Berço no quarto dos pais 18.3 ( ) Cama dos pais 18.4 ( ) Cama em quarto individual 18.5 ( ) Berço em quarto com irmão 18.6 ( ) Cama em quarto com irmão 18.7 ( ) Outro	
19. Hora em que a criança dorme a noite: _____	
<b>Inquérito CAP</b>	
<b>Pré-teste</b>	
<b>Conhecimento sobre o sono infantil</b>	
<b>1. Você sabe para que o sono do seu filho é importante? (1 ponto) (Escolha mais de uma opção)</b>	
1.1 ( ) Crescimento	R: O sono é importante para o crescimento, desenvolvimento, memória.
1.2 ( ) Desenvolvimento	
1.3 ( ) Memória	
1.4 ( ) Nenhuma das anteriores	

<p><b>2. Você sabe qual horário é mais indicado para seu filho ir dormir a noite? (1 ponto)</b></p> <p>2.1 ( ) 23 horas  2.2 ( ) 22 horas  2.3 ( ) 19 horas  2.4 ( ) 21 horas</p>		<p>R: 21 horas.</p>
<p><b>3. Você sabe como deve ser o ambiente para favorecer o sono do seu filho? (1 ponto)</b></p> <p>3.1 ( ) Menos luminosidade e pouco barulho.  3.2 ( ) Iluminado e barulhento  3.4 ( ) O ambiente não influencia</p>		<p>R: o ambiente deve ter menos luminosidade e barulho.</p>
<p><b>4. Você sabe qual roupa é mais indicada para o seu filho dormir a noite? (1 ponto)</b></p> <p>4.1 ( ) Roupas apertadas  4.2 ( ) Sem roupa  4.3 ( ) Roupas confortáveis e não apertadas.  4.4 ( ) A roupa não influencia</p>		<p>R: Roupas confortáveis e não apertadas. Os pijamas são uma boa opção.</p>
<p><b>5. Você sabe qual a posição recomendada para o seu filho dormir? (1 ponto)</b></p> <p>5.1 ( ) Isso não importa  5.2 ( ) Barriga para cima (supina)  5.3 ( ) Barriga para baixo (prona)  5.4 ( ) De lado</p>		<p>R: Barriga para cima.</p>
<p><b>6. Quais dessas ações devem ser evitadas para prevenir o sufocamento (Síndrome da Morte Súbita do Lactente) no momento do sono? (Escolha duas opções) (1 ponto)</b></p> <p>6.1 ( ) Colocar objetos no berço/cama (ursos de pelúcia, almofadas)  6.2 ( ) Colocar o bebê para dormir de barriga para cima (supina)  6.3 ( ) Colocar o bebê para dormir de barriga para baixo (prona)  6.4 ( ) Colocar o bebê para dormir individualmente no seu berço.</p>		<p>R: 6.1 e 6.3.</p>
<p><b>7. Você sabe qual a quantidade de sono (dia e noite) recomendada para o seu filho de acordo com a idade dele? (Questionar a idade da criança e pedir para o pai/mãe marcar quantas horas ela acredita ser necessária de acordo com a idade). (1 ponto)</b></p> <p><b>Idade da criança</b> _____</p> <p>7.1 ( ) 14-17 horas  7.2 ( ) 12-15 horas  7.3 ( ) 11-14 horas  7.4 ( ) 10-13 horas  7.5 ( ) 9-11 horas</p>		<p>R: variável a depender da idade.</p>
<p><b>8. Avaliação do conhecimento:</b></p> <p><b>8.1 Pontuação total:</b> _____ 8.2 Adequada ( ) Inadequada ( )</p> <p>Parâmetro: Conhecimento adequado- pontuação entre 4-7 pontos. Conhecimento inadequado- pontuação menor que 3 pontos.</p>		
<p><b>Atitude sobre o sono infantil</b></p>		
<p><b>1. Você acha que é importante que o seu filho tenha uma rotina para dormir (atividades sequenciadas e que acontecem todas as noites da semana) para promover uma maior qualidade do sono? (1 ponto)</b></p> <p>1.1 ( ) Sim  1.2 ( ) Não</p>		<p>R: Sim</p>

<p><b>2. Você acha que é necessário prevenir o sufocamento (Síndrome da Morte Súbita do Lactente) no momento do sono? (1 ponto)</b></p> <p>2.1 ( ) Sim</p> <p>2.2 ( ) Não</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">R: Sim</div>
<p><b>3. Você acha que colocar a criança para dormir de barriga para cima (posição supina) previne o risco de sufocamento (Síndrome da Morte Súbita do Lactente) no momento do sono? (1 ponto)</b></p> <p>3.1 ( ) Sim</p> <p>3.2 ( ) Não</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">R: Sim</div>
<p><b>4. Você acha que o ambiente com menor luminosidade e menos barulhento faz que o seu filho durma por mais tempo e acorde menos vezes durante a noite?</b></p> <p>4.1 ( ) Sim</p> <p>4.2 ( ) Não</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">R: Sim</div>
<p><b>5. Avaliação da atitude:</b></p> <p><b>5.1 Pontuação total:</b> _____ 5.2 Adequada ( ) Inadequada ( )</p> <p>Parâmetro: Atitude adequada- pontuação entre 2-4 pontos. Atitude inadequada- igual ou inferior a 1 ponto.</p>		
<p><b>Prática sobre o sono infantil</b></p>		
<p><b><u>1. Quais ações para melhorar a qualidade do sono do seu filho você pratica?</u></b> (1 ponto para cada ação de conformidade)</p>		
<p>1.1 Coloca a criança para dormir até às 21 horas à noite? ( ) Sim ( ) Não</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">R: Sim</div>
<p>1.1 Promove um ambiente com baixa luminosidade e com menos barulho possível no momento que o seu filho vai dormir? ( ) Sim ( ) Não</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">R: Sim</div>
<p>1.2 Evita colocar a criança no berço quando ele está agitada e chorando? ( ) Sim ( ) Não</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">R: Sim</div>
<p>1.4 Possui uma rotina de dormir estabelecida (realizada todos os dias) para a criança? ( ) Sim ( ) Não</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">R: Sim</div>
<p>1.5 Coloca a criança para dormir de barriga para cima? ( ) Sim ( ) Não</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">R: Sim</div>
<p>1.6 Evita colocar no berço/cama objetos que possam aumentar o risco de sufocamento (Síndrome da Morte Súbita do Lactente) no momento do sono? ( ) Sim ( ) Não</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">R: Sim</div>
<p>1.7 Estimula a criança durante o dia com objetos e brincadeiras? ( ) Sim ( ) Não</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">R: Sim</div>
<p><b>2. Avaliação da prática:</b></p> <p><b>2.1 Pontuação total:</b> _____ 2.2 Adequada ( ) Inadequada ( )</p> <p>Parâmetro: Prática adequada- pontuação entre 4-7 pontos. Prática inadequada- pontuação menor que 3 pontos.</p>		



### Sumário

Dia de alta da unidade neonatal.....	6
A importância do sono.....	7
Estimule o seu filho.....	8
Horário de dormir.....	9
Ambiente de dormir e vestimenta.....	10
Posição no berço.....	11
Prevenindo o risco de sufocamento.....	12
Uso da música.....	13
Uso de cartilha educativa.....	14

### Dia de alta da unidade neonatal



Hoje é o dia do Gabriel receber alta da maternidade. Agora explicarei para vocês quais os principais cuidados que poderão ser realizados em casa para melhorar o sono do seu filho. Podemos começar?

Claro!  
Vamos lá.



6

### Importância do sono

Então Rodrigo e Alana...  
O sono do seu bebê é importante para:

- ✓ O crescimento
- ✓ O desenvolvimento
- ✓ A memória
- ✓ A inteligência



Que maravilha!  
Nós não sabíamos de tantos benefícios.

7

### Estimule o seu filho



Vocês podem realizar atividades para estimular a criança durante o dia:

- ✓ Brincar
- ✓ Conversar
- ✓ Contar histórias

Assim, após um dia de atividades, o seu filho adormecerá mais rápido e terá uma melhor noite de sono.



8

**Horário de dormir**

Otimo. Qual o horário certo dele ir para o berço?

É recomendado que não ultrapasse às 9 horas da noite.

É importante não colocar o bebê no berço enquanto ele estiver sem sono ou bastante ativo. Isso fará com que ele demore mais tempo para conseguir dormir.

**Ambiente de dormir e vestimenta**

O ambiente mais adequado para o bebê dormir é o que tem menos luminosidade e barulho. Isso poderá aumentar as horas de sono e diminuir as vezes que ele acorda a noite.

Além disso, evite roupas muito apertadas. Os pijamas são uma boa opção.

Pijama apertado      Pijama tamanho adequado

**Posição no berço**

Que maravilha!!! Como é mesmo a posição que ele deve ficar no berço?

Boa pergunta... É recomendado que o bebê seja colocado para dormir com a barriga para cima. Isso reduz o risco de sufocamento.

**ATENÇÃO:** 7 em cada 10 crianças que dormem de barriga pra cima tem menos risco de sufocamento.

**Prevenindo o risco de sufocamento**

Estamos compreendendo as informações. Tem mais?

Sim! Além da posição, é importante evitar no berço:

- ✓ Travesseiros,
- ✓ Ursos de pelúcia,
- ✓ Lençóis soltos.

Fazendo isso, o seu bebê tem menos risco de sufocamento.

**Uso da música**

A música também pode ajudar a melhorar o sono. Vocês podem cantar músicas de ninar da sua preferência para o Gabriel, pois a música deixa o bebê mais calmo e tranquilo.

13

**Uso da cartilha educativa**

Ufa! São muitas informações mesmo. Vamos tentar lembrar e colocar tudo isso em prática.

Vocês não precisam se preocupar, pois podem consultar essa cartilha sempre que tiverem dúvidas. Ela é um presente para vocês.

14

Tchau! Obrigada. Aproveitem bem esse material.

Pode deixar! Obrigado!

15

**Dicas Importantes**

Idade	Tempo de Sono Recomendado	Não Recomendado
Recém-Nascido (0 – 3 meses)	14 – 17 horas	Menos de 11 horas Mais de 19 horas
Bebês (4 – 11 meses)	12 – 15 horas	Menos de 10 horas Mais de 18 horas
Crianças (1 – 2 anos)	11 – 14 horas	Menos de 9 horas Mais de 16 horas
Pré – escolares (3 – 5 anos)	10 – 13 horas	Menos de 8 horas Mais de 14 horas
Crianças em idade escolar (6 – 13 anos)	9 – 11 horas	Menos de 7 horas Mais de 12 horas

Recomendações da National Sleep Foundation acerca do sono na infância relacionado com a idade.

**Que tal adotar essa rotina?**

16

### Diário do Sono

Dia: __/__/__	MANHÃ	TARDE	NOITE
Refeições			
Atividades e Lazer			
Higiene			
Sono			

**OBSERVAÇÃO:** Devem ser preenchidos todos os dias da semana com os horários que a criança iniciou e terminou cada atividade.

### Anotações

17

### Referências

HAYWARD, K. M., et al. Effect of co-bedding twins on coregulation, infant state, and twin safety. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet], v.22, n.2, p.192-202, 2013. Disponível em: <[http://www.jognn.org/article/S08842175\(15\)01787-1.pdf](http://www.jognn.org/article/S08842175(15)01787-1.pdf)>. Acesso em 13 de maio 2017.

LOEWY, J, STEWART, K, DASSLER, A. M, TELSEY, A, HOMEL, P. The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants. *Pediatrics* [Internet], v. 131, n.3, p.1-19, 2013. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/131/5/902.fulltext.pdf>>. Acesso em 13 de maio 2017.

MANN, N. P, HADDOW, R, STOKES, L, GOODLEY, S, RUTTER, N. Effect of night and day on preterm infants in a newborn nursery: randomized trial. *Br Med J* [Internet], v. 293, n.6557, p.1265-1267, 1986. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1342106/pdf/bmjcre00261-0013.pdf>>. Acesso em 13 de maio 2017.

MOREIRA, M. F, NOBREGA, M. M. L, SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.l.], v. 56, n. 2, p.184-188, abr 2003.

RODRIGUES, S.E, VIANA, TR.F, MARTINS, MC, CARDOSO, MVL.M.L. Cuidado de Enfermagem e o sono de lactentes: estudo exploratório e descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing* [Internet], v.14, n.4, p.2-9, 2015. Disponível em: <<https://www.objnursing.uff.br/index.php/musing/article/view/5245>>.

18

### Referências

FOWLER, A. J, EVANS, P. W, ETCHEGARAY, J. M, OTTENBACHER, A, ARNOLD, C. Safe sleep practices and sudden infant death syndrome risk reduction: MICU and wellbaby nursery graduates. *Clin Pediatr (Phila)* [Internet], v. 52, n. 11, p. 1044-1053, 2013. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0009922813506038>>. Acesso em 13 de maio 2017.

GELFER, P, CAMERON, R, MASTERS, K, KENNEDY, K. A. Integrating "best to sleep" recommendations into neonatal ICU practice. *Pediatrics* [Internet], v. 131, n. 4, p. 1264-1270, 2013. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/131/4/e1264.fulltext.pdf>>. Acesso em 13 de maio 2017.

SCHWICHTENBERG, A. J, ANDERS, T. F, VOLLBRECHT, M, POEHLMANN, J. Daytime sleep parenting interactions in infants born preterm. *J Dev Behav Pediatr* [Internet], v.32, n.1, p.8-17, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3072039/pdf/ijbma212903.pdf>>. Acesso em 13 de maio 2017.

### Apoio



20

**APÊNDICE F- PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DE DADOS.**

<b>Procedimento Operacional Padrão para coleta de dados</b>
<b>Avaliação do efeito de cartilha educativa</b>
1- Teste piloto do instrumento do tipo inquérito CAP para avaliação da cartilha pelo público alvo. (3 pais e 3 especialistas no assunto inquérito CAP e sono da criança).
2- Chegar ao Ambulatório Especializado de Pediatria, apresentar-se aos profissionais, observar e conversar com os pais e a criança para avaliar se eles se encaixam nos critérios de inclusão.
3- Explicar aos pais a importância do estudo e a sua relevância e convidá-lo para participar. Ressaltar que será necessária a participação no estudo novamente após 15 dias por meio telefônico.
4- Caso seja dado o aceite a participação, levá-los a um local reservado.
5- Entregue o TCLE em duas vias para leitura e assinatura dos pais. É necessário que o pesquisador assine e entregue uma das vias aos pais.
6- Realização a aplicação do pré-teste, disponibilizando tempo suficiente para a leitura.
7- Fornecer a cartilha de forma impressa para a leitura, disponibilizando o tempo necessário.
8- Ressaltar que 15 dias após a data da coleta o pesquisador irá entrar em contato via ligação telefônica para realização do pós-teste
9- No 14º dia, manter contato telefônico (via whatsapp ou ligação) com os pais, reforçando que no dia posterior será necessária a realização do pós-teste tardio, marcando o melhor horário para que possa ser realizado o contato telefônico para a realização do pós-teste tardio.
10- No 15º dia, realizar a aplicação do pós-teste tardio com o público alvo por telefone no horário marcado.
11- Criar planilha no Excel para tabulação dos dados à medida que a coleta for acontecendo