

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE – MESTRADO**

JOICE AMANDA SCHWAB BIEGER

**PADRÕES DE SONO DA DÍADE MÃE-BEBÊ PREMATURO: IMPLICAÇÕES NOS
INDICADORES DE SAÚDE MENTAL MATERNA**

CASCADEL-PR
Setembro/2022

JOICE AMANDA SCHWAB BIEGER

**PADRÕES DE SONO DA DÍADE MÃE-BEBÊ PREMATURO E SUAS IMPLICAÇÕES
NOS INDICADORES DE SAÚDE MENTAL MATERNA**

Defesa apresentada ao Programa de Pós-graduação em Biociências e Saúde – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Políticas de saúde

ORIENTADORA: Profa. Dra. Gicelle Galvan
Machineski

COORIENTADORA: Profa. Dra. Claudia Silveira
Viera

CASCADEL-PR
Setembro/2022

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

SCHWAB BIEGER, JOICE AMANDA

PADRÕES DE SONO DA DÍADE MÃE-BEBÊ PREMATURO: IMPLICAÇÕES NOS INDICADORES DE SAÚDE MENTAL MATERNA / JOICE AMANDA SCHWAB BIEGER; orientadora Gicelle Galvan Machineski; coorientadora Claudia Silveira Viera. -- Cascavel, 2022.
97 p.

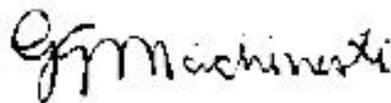
Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Cascavel) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em BioCiências e Saúde, 2022.

1. Recém nascido prematuro. 2. Depressão pós-parto. 3. Distúrbios do Sono-Vigília. . 4. Relação Mãe-filho. I. Galvan Machineski, Gicelle , orient. II. Silveira Viera, Claudia , coorient. III. Título.

JOICE AMANDA SCHWAB BIEGER

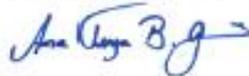
Padrões de sono da díade mãe-bebê prematuro: implicações nos indicadores de saúde mental materna.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestra em Biociências e Saúde, área de concentração Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde, linha de pesquisa Práticas e políticas de saúde, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:



Orientador(a) - Gicelle Galvan Machineski

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)



Ana Tereza Bittencourt Guimarães

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)



Tatiana Zabele Jaworski de Sa Riechi

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Cascavel, 3 de junho de 2022

JOICE AMANDA
SCHWAB
BIEGER:0084525
8940

Assinado de forma
digital por JOICE
AMANDA SCHWAB
BIEGER:00845258940
Data: 2022.06.13
19:15:25 -03'00'

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, que me permitiu viver esta experiência.

Agradeço à minha filha Alice, maravilhosa criatura, que chegou a este mundo prematura, colocando-me em contato com meu objeto de estudo de forma incomensurável e profundamente amável. Com você, Alice, pude tornar-me uma pessoa melhor e mais feliz, além de profissional mais completa e realizada, aproximando a teoria da prática, com cheirinho de neném.

Agradeço ao meu marido, Diego, que não mediu esforços para estar comigo e me fortalecer, para que este sonho pudesse ser alcançado. Agradeço, também, por ser o melhor pai que a Alice poderia ter.

Agradeço aos meus pais, Nelsi e Valmor, à minha irmã Janaína, ao meu sobrinho Ythan e ao meu cunhado Yuri, bem como aos demais membros da minha família, que entenderam minhas ausências, meu estresse, minhas limitações, e rezaram por mim.

Agradeço à Tata Eliana, que dividiu os cuidados para com a minha filha, de forma absolutamente carinhosa, para que eu pudesse envolver-me com os estudos.

Agradeço a minhas amigas Daiane, Cris e Eloeth e a todas as outras componentes do Ambulatório do Recém-nascido de Risco do CEACRI, que me fizeram uma pessoa e profissional muito melhor, apenas por terem me permitido estar na presença delas e observar o trabalho de cada uma de perto, em equipe interdisciplinar.

Agradeço profundamente a minha orientadora, Professora Gicelle, que, carinhosamente, acolheu-me, instruiu-me e me amparou, como aluna, como gestante e como puérpera.

Agradeço também à minha coorientadora, Professora Claudia, que muito me ensinou, direcionou-me e me apoiou ao longo da minha dupla jornada (mestranda e mãe).

Agradeço à Banca, pelo aceite em participar da avaliação desta dissertação e pelas contribuições valiosas, bem como a todos os professores que por mim passaram.

Agradeço às coletadoras que me auxiliaram no levantamento de dados e às mães de prematuros as quais participaram, dividindo suas experiências com a ciência.

Agradeço à UNIOESTE e ao Programa de Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Paraná, que possibilitou a concretização deste trabalho.

RESUMO

O nascimento de um filho, sobretudo prematuro, é fator de mudança em diversos aspectos da vida da mulher, tanto físico, social, econômico, quanto psicológico. Este é um fenômeno delicado que pode oportunizar a ocorrência de transtornos psicológicos às mães, como ansiedade e depressão. Este estudo buscou avaliar, por meio da comparação por pré e pós testes, a repercussão da orientação psicoeducativa padronizada na mudança de padrão de sono da díade mãe-bebê prematuro, de seis a 24 meses de idade corrigida, e do sono nos indicadores da saúde mental materna. Para tanto, realizou-se pesquisa de intervenção, quase-experimental, de natureza avaliativa, com acompanhamento, durante um mês, de dois grupos homogêneos (grupo controle e grupo de intervenção) de díades mãe-bebê, em um serviço especializado de atendimento, de maio de 2021 a janeiro de 2022, por via de tecnologia da informação e comunicação. O protocolo para o grupo intervenção compreendeu orientações verbais e por escrito via infográfico em formato de folder, com detalhamento sobre rotinas de sono adequadas e higiene do sono do bebê. Para o grupo controle, ofertaram-se informações realizadas por outros profissionais da saúde, rotina padrão do serviço em estudo. A amostra foi obtida por conveniência, considerando-se tamanho de efeito médio equivalente a 0,50, um erro tipo I (α) igual a 0,05 e um poder de análise bicaudal de 0,95, resultando em uma amostra de 54 mães de prematuros, conforme indicado para o teste t de amostras dependentes. Sendo composta de 52 unidades amostrais em pré-teste, sendo 26 participantes do grupo controle e 26 do grupo intervenção. Os instrumentos de medida empregados foram: Questionário sociodemográfico, Índice de Qualidade de Sono de *Pittsburgh* (PSQI-BR) e Avaliação dos distúrbios de sono, para verificação da qualidade de sono da mãe e do bebê e *Self Report Questionnaire* (SQR-20) para a verificação de indicadores de saúde mental materna. Realizou-se análise das variáveis socioeconômicas em relação aos escores obtidos em cada escala aplicada antes e após a intervenção para verificar a sua influência sobre o sono da mãe e do bebê e sobre a saúde mental materna. Como resultados, tem-se que o grupo controle apresentou uma piora significativa no tempo do sono após o nascimento do bebê, quando comparado ao grupo intervenção, como ditam os dados a seguir. Ressalta-se que o grupo controle recebeu apenas um material explicativo simplificado, enquanto o grupo intervenção recebeu um material explicativo em formato de vídeo com um número maior de explicações sobre o tema de cuidado do recém-nascido prematuro. A variação média do tempo de sono das mães do grupo controle diminuiu significativamente ($p < 0,0001$; Tabela 1) em cerca de 6,33 horas, à medida em que o das mães do grupo intervenção aumentou em 0,25 horas, isto é, em 15 minutos, mostrando a eficiência da intervenção realizada. Pôde-se notar que, no grupo controle, entre as mães com maior idade, menos horas de sono elas perderam após o nascimento de seus filhos. Já as mães mais jovens possuem uma maior redução na variação no tempo de sono (Figura 2), indicando um piora na qualidade de sono. Padrão diferente foi observado para o grupo intervenção, no qual praticamente não foi observada alteração na variação do tempo de sono pós-intervenção em relação à idade das mães. Diferença estatística foi também obtida na variação média do tempo de sono pós-intervenção das mães quando avaliada a interação entre os grupos controle e tratamento, o peso dos filhos ao nascer e a ordem de nascimento destes ($p = 0,0172$; Tabela 1). Verificou-se que, para bebês com menos do que 2kg, a ordem do nascimento praticamente em nada afetou a variação do tempo de sono pós e pré-intervenção em nenhum dos grupos estudados (controle e intervenção), havendo, ainda, certa melhora no tempo do sono de mães do grupo intervenção em relação aos

seus últimos filhos. Para bebês com mais de 2kg, entretanto, observou-se uma queda no tempo do sono para mães do grupo intervenção em relação à ordem dos filhos, ou seja, mães que tiveram seu 4º filho dormiram menos após a intervenção. Já para as mães do grupo controle, notou-se o contrário, sendo que, nos últimos filhos, tais mães dormiram mais (Figura 3). Porém, vale ressaltar que, apesar de uma indicação de piora da qualidade do sono nas mães que receberam a intervenção e cujos filhos tinham mais de 2 kg, essa redução de sono foi de aproximadamente 2 horas, enquanto que as mães do grupo controle chegaram a reduzir mais de 10 horas de sono.

Palavras-Chaves: Recém-Nascido Prematuro. Depressão pós-parto. Distúrbios do Sono-Vigília. Relação Mãe-filho.

ABSTRACT

SLEEP PATTERNS OF THE MOTHER-PREMARY BABY DYAD AND ITS IMPLICATIONS ON INDICATORS OF MATERNAL MENTAL HEALTH

The birth of a child, especially premature, is a factor of change in several aspects of a woman's life, whether physical, social, economic and psychological. This is a delicate phenomenon that can give mothers the opportunity to experience psychological disorders such as anxiety and depression. This study sought to evaluate, by comparing pre and post tests, the impact of the standardized psychoeducational guidance on the change of the sleep pattern of mother-premature infant dyad from six to 24 months of corrected age and of the sleep on maternal mental health indicators. Therefore, an intervention research was carried out, almost-experimental, of an evaluative nature, with a month-long follow-up of two homogeneous groups (control group and intervention group) of mother-infant dyads, in a specialized care service, from May 2021 to January 2022, through information and communication technology. The protocol for the intervention group comprised verbal and written instructions via infographic in folder format, with details on adequate sleep routines and baby's sleep hygiene. For the control group, information was provided by other health professionals, standard routine of the service under study. The sample was obtained by convenience, considering an average effect size equivalent to 0.50, a type I error (α) equal to 0.05 and a two-tailed analysis power of 0.95, resulting in a sample of 54 mothers of premature babies, as indicated for the test t of dependent sample. Being composed of 52 sample units in pre-test, being 26 participants in the control group and 26 in the intervention group, the measurement instruments used were: Sociodemographic Questionnaire, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-BR) and Sleep Disorders Assessment, to check the mother's and baby's sleep quality, and the Self Report Questionnaire (SQR-20) for verification of maternal mental health indicators. An analysis of socioeconomic variables was performed in relation to the scores obtained in each scale applied before and after the intervention to verify their influence on the sleep of the mother and baby and on maternal mental health. As a result, the control group showed a significant decrease in sleep time after the baby's birth, when it is compared to the intervention group, as dictated by the following data. It is noteworthy that the control group received only a simplified explanatory material, while the intervention group received an explanatory material in video format with a greater number of explanations on the topic of care for premature newborns. The average variation of sleep time of mothers in the control group decreased significantly ($p < 0.0001$; Table 1) by approximately 6.33 hours, while that of mothers in the intervention group increased by 0.25 hours, that is, in 15 minutes, showing the efficiency of the intervention performed. It could be noted that, in the control group, among older mothers, they lost fewer hours of sleep after the birth of their children. Younger mothers, on the other hand, have a greater reduction in the variation of sleep time (Figure 2), indicating a worsening in sleep quality. A different pattern was observed for the intervention group, in which practically no change was observed in the variation of post-intervention sleep time in relation to the age of the mothers. Statistical difference was also obtained in the average variation of the post-intervention sleep time when the interaction between the control and treatment groups, the children's birth weight and their birth order were evaluated ($p = 0.0172$; Table 1). It was checked that for babies weighing less than 2 kg, the birth order practically did not affect the variation of post- and pre-intervention sleep time in any of the groups studied (control and intervention),

with a certain improvement in sleep time of mothers in the intervention group in relation to their last children. For babies weighing more than 2 kg, however, a decrease in sleep time was observed for mothers in the intervention group in relation to the order of children, that is, mothers who had their 4th child slept less after the intervention. As for the mothers in the control group, the opposite was observed, and in the last children, such mothers slept more (Figure 3). However, it is worth mentioning that despite an indication of worsening of sleep quality in mothers who received the intervention, and whose children weighed more than 2 kg, this reduction in sleep was approximately -2 hours, while mothers in the control group reached reduce more than 10 hours of sleep.

Palavras-Chaves: Premature Newborn. Baby blues. Sleep-wake disorders. Mother-child relationship.

LISTA DE ABREVIATURAS

CEACRI – Centro de Atendimento Especializado à Criança

DSM V – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais)

GH – *Growth Hormone* (Hormônio do Crescimento)

ICSD-3 – *International classification of sleep disorders 3th edition* (Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono)

NQS – Núcleos supraquiasmáticos

NREM – *Non Rapid Eyes Moviment* (Sono Não REM)

PRL – Prolactina

PSQI-BR – *Pittsburgh Sleep Quality Index* (Índice de qualidade de sono de Pittsburgh)

QI- Quociente Intelectual

REM – *Rapid Eyes Moviment* (Movimento rápido dos olhos)

RN – Recém Nascido

SMSL – Síndrome da Morte Súbita em Lactentes

SQR-20 – *Self-Responding Questionnaires* (Questionário de autopreenchimento)

TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

TDM – Transtorno Depressivo Maior

TSH – Hormônio Tireoestimulante

UA – Unidade(s) amostral(is)

UTIN – Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

SUMÁRIO

TERMO DE APROVAÇÃO	8
AGRADECIMENTOS.....	9
LISTA DE ABREVIATURAS	13
INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 O SONO	21
3.2 ARQUITETURA DO SONO NAS IDADES	22
3.3 ALTERAÇÕES DE SONO NA MÃE E NO BEBÊ.....	27
3.3.1 REGULAÇÃO E HIGIENE DO SONO	30
3.4 SAÚDE MENTAL DE PUÉRPERAS.....	31
3.4.1 CHEGADA DE UM BEBÊ PREMATURO NA FAMÍLIA.....	31
4 METODOLOGIA.....	37
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	37
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	38
4.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA AMOSTRA.....	41
4.2.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA AMOSTRA	41
4.3 LOCAL DA COLETA	39
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	40
4.4.1 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIOECONÔMICOS.....	41
4.4.2 SQR-20	41
4.4.3 PSQI-BR	41
4.4.4 AVALIAÇÃO DO SONO PRIMEIRA INFÂNCIA	44
4.5 PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS	42
4.5.1 INTERVENÇÃO	43
4.5.2 CONTROLE.....	47
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	51
4.6.1 ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS POR MEIO DE EQUAÇÕES DE ESTIMATIVA GENERALIZADA (GEE).....	51
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	52
5 RESULTADOS	54
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	54
5.2 AVALIAÇÃO DOS DISTÚRBIOS DO SONO NA 1ª INFÂNCIA	55
5.3 SELF-REPORT QUESTIONNAIRE – SRQ20.....	61
5.4 PSQI-BR	63
6 DISCUSSÃO.....	66
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	76
APENDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO.....	82
APÊNDICE B – FOLDER DE ORIENTAÇÃO	83
APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO “AVALIAÇÃO DOS DISTÚRBIOS DE SONO DA PRIMEIRA INFÂNCIA”	85
APENDICE D - CARTA CONVITE	87

APENDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	88
APENDICE F – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	91
ANEXO A – SQR-20	93
ANEXO B – PSQI-BR	93
ANEXO C – AVALIAÇÃO DOS DISTÚRBIOS DE SONO DA PRIMEIRA INFÂNCIA	96
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	102

INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é fator de mudança em diversos aspectos da vida da mulher, tanto físico, como social, econômico e principalmente psicológico. Além disso, fatores de riscos associados a esse momento, como o nascimento prematuro do bebê, são fenômenos delicados que podem oportunizar, segundo a literatura, a ocorrência de transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão. Ademais, 75% das mães apresentaram depressão, e 50%, ansiedade, conforme estudo realizado em serviço de psicologia de hospital filantrópico do interior paulista (CARVALHO, 2010; FAVARO; PERES; SANTOS, 2012). Em outro estudo de revisão integrativa da literatura, há menção de que, além de depressão e ansiedade, o Transtorno de Estresse Pós-traumático relacionado tanto ao parto prematuro quanto à separação do filho em função da hospitalização do bebê é comum na população alvo do presente estudo (FELIPE; SOUZA; CARVALHO, 2014).

Dessa forma, há que se atentar para tudo o que circunda o desenvolvimento do bebê no seio familiar. Algumas considerações sobre o desenvolvimento neurológico são fundamentais para a compreensão da relação do sono ao desenvolvimento do bebê. Os três primeiros anos de vida são os mais importantes em termos de evoluções neurobiológicas no ser humano, a orientação e promoção de hábitos saudáveis nessa população é fundamental para que se possa garantir o melhor desenvolvimento neuropsicomotor possível. Sabe-se que, até os dois anos de desenvolvimento da criança, o cérebro já atingiu metade do tamanho do cérebro de um adulto, e, aos três anos, esse número sobe para 80%. Ademais, entre os três e os quatro anos de idade, acontece a apoptose mais significativa, que é uma morte neuronal programada pelo corpo do ser humano, a qual permite que, de acordo com as estimulações apresentadas até então, ocorra um processo de remodelação das conexões cerebrais, com eliminação de cerca de 50% do número de neurônios que se tinha no nascimento (STERNBERG, 2008; DIAS; SEABRA, 2018).

Respeitando a necessidade de franco desenvolvimento neurobiológico do bebê, que necessita de um ambiente que possa proporcionar condições adequadas para sua sobrevivência saudável, o sono do recém-nascido se organiza de maneira diversa do sono do adulto e vai adaptando-se, conforme galgam estruturas biológicas, e se modela pelo contexto que o rodeia, seguindo hábitos e rotinas familiares de maneira determinada. Os bons hábitos de sono são necessários para o

desenvolvimento do ser humano e são comuns, principalmente entre os mamíferos, como protetores do desenvolvimento neurobiológico (CANANI; SILVA, 1998; GEIB; TERESINHA, 2007; TERESINHA; GEIB, 2007).

Nesse sentido, ampliar o olhar sobre a necessidade fisiológica e neurológica dos bebês, alinhado a possibilidade interventiva das escolhas da família sobre a organização das rotinas da criança, demanda a orientação adequada, visando ao favorecimento do melhor desenvolvimento possível no contexto desta família. Dessa forma, considera-se promoção de saúde a estratégia de articulação transversal, cujo olhar abrange conceito amplo de saúde, atentando-se para os fatores que colocam a saúde em risco e implementando ações e mecanismos que diminuam as vulnerabilidades (BRASIL, 2010).

Acredita-se que disponibilizar informações adequadas e conduzir um processo de adequações como rotina de sono e formas de intervenção nos despertares do bebê, por meio de esclarecimentos sobre regulação de hábitos de sono junto a famílias que estão vivendo um momento delicado e fundamental para aquisição de hábitos saudáveis a curto e longo prazo, são estratégias importantes na promoção de saúde (BARBISAN; SANTOS; MOTTA, 2019).

Considerando estudos atuais os quais indicam que uma a cada duas crianças apresenta dificuldade para adormecer, e uma a cada três crianças desperta várias vezes durante a noite e se mostra sonolenta durante o dia, há que se pensar em estratégias para dirimir tais prejuízos (FERREIRA et al., 2016). A estratégia da promoção de saúde nos possibilita pensar e propor ações concretas para sanar demandas sociais de saúde. Nesse aspecto, psicoeducar as famílias sobre estratégias de favorecimento de regulação de hábitos de sono e acompanhá-las brevemente nesse processo, pode conferir a possibilidade de alcançar melhora da saúde do bebê e de sua família, considerando o fator deletério que a desregulação do comportamento de dormir pode causar no ser humano em termos de prejuízos neurológicos ou de não otimização de suas estruturas e na proteção de saúde mental materna, que está diretamente relacionada à qualidade de sono do bebê (BRASIL, 2010; RAFIHI-FERREIRA, 2015).

Portanto, acredita-se que promover hábitos saudáveis de sono em famílias de bebês nascidos prematuramente, quando estes possuem de seis a 24 meses, é fator de proteção para o bebê e sua família de forma longitudinal, muito além dos benefícios

momentâneos, podendo ainda influenciar em resultados favoráveis de melhoria de qualidade de saúde mental materna por meio da orientação para regulação de sono.

Uma forma de intervenção efetiva no trabalho com essa população é a interdisciplinar. Em resgate realizado por Gomes e Deslandes (1994), ao descreverem o conceito de interdisciplinaridade, tem-se aventada como estratégia de solução ampla para problemas complexos mediante a compreensão da unidade ao direcionar o olhar para o indivíduo. Esse processo poderia ser operacionalizado com o diálogo aberto e fluído entre as disciplinas, mais do que apenas o reconhecimento do aspecto multifacetado do fazer em saúde, mas integrando de maneira mais funcional e expandida a atuação de diferentes profissionais envolvidos em um mesmo foco (GOMES; DESLANDES, 1994).

Estudos desenvolvidos por equipes interdisciplinares relatam sucesso na atuação com bebês prematuros e suas famílias, uma vez que, conforme a proposta da prática interdisciplinar, tornaram possível a atenção de maneira ampliada às demandas das famílias de prematuros. Geralmente, os integrantes da equipe pertenciam às áreas de medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, nutrição, fonoaudiologia e fisioterapia (FERRAZ *et al.*, 2010; OLIVEIRA; PERUZZOLO; SOUZA, 2013; BORCK *et al.*, 2015). Destaca-se a atuação de um grupo interdisciplinar do município em que a presente pesquisa foi realizada, que promove o atendimento ao prematuro de forma simultânea, a cada dois meses. Além da equipe que participa do atendimento, podem ser feitos outros encaminhamentos externos para centros de reabilitação, ampliando o olhar no atendimento aos usuários (FERRAZ *et al.*, 2010; OLIVEIRA; PERUZZOLO; SOUZA, 2013; BORCK *et al.*, 2015; KUHN *et al.*, 2019).

Para tanto, face às evidências que apontam a influência do sono tanto no comportamento do bebê quanto de sua mãe, entende-se que há necessidade de propor estratégias que venham a minimizar essas dificuldades. Assim, questiona-se se a prática psicoeducativa direcionada por metodologia padronizada à mãe durante a consulta do bebê pode influenciar na sua saúde mental e promover melhora do sono do bebê.

Postula-se como hipótese do estudo que as mães que passarem pelo grupo intervenção terão melhores indicadores de saúde materna ou conseguirão evolução em sua qualidade de sono, sobretudo se os bebês conseguirem regular melhor hábitos de sono. Em longo prazo, o hábito de sono adequado terá como repercussão melhora nos indicadores de saúde mental materna e contribuirá para o desenvolvimento

neuropsicomotor e emocional do bebê. Portanto, este estudo poderá se constituir em um importante instrumento para benefícios em termos de promoção de saúde de famílias, especialmente as atendidas nos serviços públicos. Além disso, poderá subsidiar a prática de profissionais da saúde no atendimento a essa clientela.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar pela comparação por pré e pós testes, a repercussão da orientação psicoeducativa padronizada na mudança de padrão de sono da díade mãe-bebê prematuro, de seis a 24 meses de idade corrigida, e do sono nos indicadores da saúde mental materna.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os padrões de sono da díade mãe-bebê prematuro em pré e pós teste dos grupos controle e intervenção;
- Mensurar indicadores de saúde mental materna em pré e pós teste dos grupos controle e intervenção;
- Correlacionar os indicadores de saúde mental materna dos grupos controle e intervenção com os padrões de sono da díade mãe-bebê prematuro no pré e pós teste.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Ao longo deste capítulo, serão apresentadas informações de base para compreensão da complexa relação entre sono e saúde mental, perpassando as condições biológicas e comportamentais envolvidas nesse processo, levando em conta os aspectos favorecedores de ocorrência de sono nas mães e nos bebês e como esse padrão se associa positiva ou negativamente às condições de saúde mental materna.

3.1 O sono

O sono é um estado especial da consciência, que ocorre de forma recorrente e cíclica nos organismos superiores. Dividem-se as fases do sono em duas, o sono sincronizado, sem movimentos oculares rápidos (sono NREM), e o sono dessincronizado, com movimentos oculares rápidos – *rapid eye movements* (sono REM). Sabe-se que, durante o sono, acontecem vários processos importantes, havendo o favorecimento de um desenvolvimento neuropsicomotor mais adequado, se o sono estiver em plenas condições, bem como manutenção adequada das funções humanas, quando há a ocorrência de quantidade e rotina de sono (DALGALARRONDO, 2008; BALEIA, 2015).

A ocorrência do sono no ser humano está diretamente ligada a fatores químicos/metabólicos e a ambientais que, em uma interação contínua e interdependente, executam as funções do sistema de temporização endógena, ou seja, do relógio biológico. Este sistema complexo recebe informações de claro/escuro através da retina, que envia informações para os núcleos supraquiasmáticos (NQS) no hipotálamo que, por sua vez, a partir do triptofano, excreta melatonina pela glândula pineal nos momentos de escuridão, favorecendo a regulação de todo o resto do organismo, de acordo com esses marcadores (BALEIA, 2015; BARBISAN; SANTOS; MOTTA, 2019).

As funções restauradoras que o sono exerce no cérebro, além de funções de conservação, adaptação, regulação térmica e de consolidar memórias, são essenciais para o bom funcionamento orgânico e psíquico do indivíduo. As células da glia atuam, segundo a literatura, realizando a limpeza de toxinas e resíduos amiloides, sobretudo, em sono profundo. É no sono também que ocorre um processo de recuperação das sinapses, habilitando o cérebro para atividades do próximo período de vigília, sendo o sono de ondas lentas e o sono REM complementares neste processo. São

neurotransmissores envolvidos na regulação do ciclo de sono/vigília os do sistema colinérgico, serotoninérgico, noradrenérgico, histaminérgico, orexina/hipocretina e dopaminérgico. Além disso, o corpo do ser humano também altera seu funcionamento durante a ocorrência do sono, no que tange a sistema respiratório, cardiovascular, termorregulação, endócrino, imunológico e gastrointestinal. Cada um com demandas específicas a serem sanadas e reguladas pela adequação das horas de sono/vigília (BARBISAN; SANTOS; MOTTA, 2019).

O sono, portanto, tem participação neste processo sendo uma das formas de proteção neurológica do sistema nervoso central, uma vez que, durante o sono Não-REM, ocorre o pico de liberação do hormônio do crescimento e leptina, que regula a sensação de saciedade, ocorre a função restauradora do corpo, a higiene do cérebro e a função antioxidante, com eliminação de toxinas, dado o rebaixamento das atividades cerebrais. No sono REM, ocorrem a consolidação e integração de memórias, a liberação do hormônio do crescimento (GH), prolactina (PRL) e melatonina, diminuem a secreção de cortisol e tiroptropina (TSH), sendo o período de maior relaxamento do corpo. Para mais, o sono não apenas protege as memórias de serem esquecidas, mas também favorecem o seu acesso (DALGALARRONDO, 2008; BALEIA, 2015).

Sabe-se que são muitos os fatores que interferem nos hábitos de sono e podem se tornar risco ou proteção. Os moduladores do sono podem ser divididos entre orgânicos, psicológicos e socioculturais. Dentre eles estão os hábitos familiares, as condições socioeconômicas, emocionais, de escolaridade, cultura, rede social de apoio, as condições de moradia e segurança, a alimentação, as condições de saúde ou doença, a personalidade e a psicopatologia dos pais, os estilos parentais, o estresse ou o trauma, entre outros. Estes fatores podem ser transitórios ou permanentes (TERESINHA; GEIB, 2007).

3.2 Arquitetura do sono nas idades

Conforme a pré-disposição genética dada no momento da concepção, forma-se a base da neuroanatomia do indivíduo e, ainda na vida pré uterina, pode ser detectada atividade eletroencefalográfica a partir do terceiro mês de idade pós-concepcional, assim como ciclos variados de atividades eletroencefalográficas entre as semanas 24^a a 27^a, havendo alguns momentos de rebaixamento significativo de atividade mental e, a partir da 28^a semana, o feto já apresenta atividade

eletroencefalográfica semelhante ao do recém-nascido. Sendo assim, o sono já faz parte da rotina deste novo ser e é considerado importante como processo evolutivo (CANANI; SILVA, 1998; CHORA; AZOUGADO, 2015).

A arquitetura do sono do recém-nascido é iniciada pelo sono REM, seguido pelo sono quieto (sono NREM) e pelo sono transicional ou indeterminado. O bebê mantém esse padrão até próximo aos seis meses. Depois disso, transforma-se e passa a ter a mesma configuração do sono de adulto: fases um e dois sono NREM (sono quieto), fases três a quatro sono NREM (sono quieto) e sono REM (sono ativo) (CANANI; SILVA, 1998; CHORA; AZOUGADO, 2015).

De acordo com estudos do desenvolvimento humano, o cérebro do bebê recém-nascido apresenta muitas mudanças e a regulação do sono vem como manifestação de maior nível de maturação destes sistemas em desenvolvimento. Os recém-nascidos, portanto, adormecem já iniciando o sono REM, mantendo-se neste por cerca de 50% do tempo do sono (16 a 18 horas). Nesta idade, apesar de os bebês terem a predisposição orgânica para sua regulação através da função do sistema de temporização endógena desde a vida pré-natal, alteram-se o ciclo de sono deles e a vigília a cada três ou quatro horas durante um dia inteiro, compreendendo uma regulação do sistema de temporização endógena (relógio biológico) ultradiano ou polifásico, ou seja, regulando o ritmo biológico com oscilações nos parâmetros fisiológicos, como temperatura, secreção hormonal, padrão respiratório e estado de sono e vigília em períodos menores do que 20 horas (CANANI; SILVA, 1998; BARBISAN; SANTOS; MOTTA, 2019).

Ao longo dos primeiros meses, o bebê ainda pode ter muitas variações nos períodos de sono em relação aos marcadores claro e escuro, podendo, com mais facilidade, inverter a quantidade de sono diurno e noturno, fazendo a maior quantidade de sono durante o dia e permanecendo mais desperto durante a noite. Esse fenômeno tende a se estabilizar ao longo do amadurecimento do sistema nervoso do bebê, especialmente se for beneficiado por mediações ambientais e familiares. A partir do sexto mês de vida, os bebês passam a ter rotinas de sono mais bem delineadas e mais semelhantes às do adulto, inclusive em arquitetura do sono, respeitando as fases de sono Não-REM ao adormecer. Essa mudança gera uma consolidação do sono noturno, concentrando-se a maior parcela do tempo à noite, aproximadamente 10 horas, e o restante em cochilos durante o dia (BARBISAN; SANTOS; MOTTA, 2019).

Nos três primeiros meses, o bebê começa a diferenciar as emoções básicas e emergem as percepções cognitivas, conforme o cérebro vai tornando-se funcional. A redução da necessidade de sono REM e diminuição ou ausência dos reflexos inatos são indicadores deste amadurecimento. A partir dos nove meses, ocorre outra grande mudança no cérebro do bebê, pois os lobos frontais começam a interagir fortemente com o sistema límbico, fazendo com que haja uma especialização das reações emocionais e o hipocampo torna-se mais parecido com o de um adulto. Aos dois anos, ocorre o desenvolvimento da autoconsciência e maior capacidade de regular emoções; e finalmente aos três anos, com a mielinização dos lobos frontais em desenvolvimento, ocorrem transformações hormonais no sistema nervoso autônomo ligadas às excreções e à excitação sexual (DALGALARRONDO, 2008; STERNBERG, 2008; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Considerando que, nos 36 primeiros meses de vida de um ser humano, o cérebro alcança cerca de 80% do tamanho total, reflexões e estudos sobre este estágio de desenvolvimento de preparação para as novas demandas da vida são fundamentais (DIAS; SEABRA, 2018). É nesse período, sobretudo no primeiro ano, que ocorre a adaptação da puérpera e da família a nova realidade, representada pela chegada de um bebê (OLIVEIRA; LOPES, 2010).

Ainda no que se refere a mudanças, é relevante considerar que, além daquelas que acontecem com o bebê, sua chegada no seio familiar agrega muitas modificações na rotina e nos afetos e identidades dos integrantes deste núcleo. Essas mudanças se estabelecem de acordo com a formação e tipo de vínculo entre bebê e familiar, que Bowlby chamou de Apego e explanou a sua teoria, apontando que a forma com que os adultos de referência se relacionam com o bebê contribuem com a forma de reação deste novo indivíduo com o mundo. Foram categorizadas quatro formas essenciais de apego: seguro, evitativo, ambivalente e desorganizado, sendo os três últimos entendidos como apego inseguro (BOWLBY, 1920, 1954; GOMES, 2012).

De forma resumida, o apego seguro prevê que a criança seja capaz de reconhecer a quem deve destinar sua vinculação e confiança maior, reagir em sua ausência na tentativa de se defender, mas são capazes de obter o conforto que precisam com eficácia e rapidez, demonstrando flexibilidade e resiliência em situações estressantes. As diferentes formas de apego inseguro causam reações adversas nos bebês, fazendo com que eles não tenham a reação de estranhamento e nem manifestem sentir a falta das figuras de vinculação principal, ou que não consigam se

acalmar com o retorno delas, mantendo-se em reação de desorganização emocional e destinando às vezes manifestações de raiva em direção à figura de apego ou apresentando comportamentos contraditórios, ignorando ou se afastando das figuras de referência (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A relevância do entendimento da estruturação das formas de apego se dá em função da relação entre apego e rotinas de sono, uma vez que a rotina do bebê é colocada a ele em forma de manifestações de vínculo e afeto, nos cuidados diários e é por meio do vínculo que essas rotinas podem ser mais facilmente ou dificilmente associadas. Em diversas culturas, discute-se a prática de coleito como forma de favorecimento de garantia de vínculo dos pais com o bebê, como forma de favorecimento da continuidade do aleitamento materno e como variável relacionada à ocorrência ou não da síndrome da morte súbita em lactentes (SMSL). Coleito pode ser definido como a prática regular do compartilhamento de cama ou o quarto dos pais com o bebê. Contudo, há que se salientar que há controvérsias em relação à proteção para SMSL e ao desenvolvimento psicossocial e emocional com a prática do coleito (SADEH, 2010; SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2010; RAFIHI-FERREIRA, 2015).

Sobre os potenciais benefícios emocionais do coleito em termos de fortalecimento de vínculos entre pais e bebês, as discussões indicam que a presença dos pais no processo de adormecimento, em função da diminuição de percepção de independência, é um hábito deletério e deve ser evitado. Esses não seriam maiores do que os prejuízos que a diminuição de autonomia traz sobre a rotina e baixa qualidade de sono no ato de compartilhamento de cama ou quarto. Favorecer a independência do bebê também é indicado nos estudos de base comportamental, como fatores de proteção para a constituição de identidade autônoma da criança e associado a melhoras de hábitos de sono tanto da criança quanto de seus familiares (SADEH, 2010; SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2010; RAFIHI-FERREIRA, 2015).

Outrossim, há que se salientar que a cama do adulto não é segura para o bebê, pois o colchão do bebê deve ser firme, sem itens soltos como cobertas ou lençóis. Além disso, a posição deve ser supina (ou seja, bebê deitado de costas, com o rosto voltado para cima). Os principais riscos do compartilhamento de cama envolvem aumento de temperatura provindo dos adultos para o bebê, que está associado a maior ocorrência de síndrome da morte súbita por superaquecimento ou reinalação do ar expirado. Este risco aumenta para bebês recém-nascidos, que tiveram baixo peso ao nascer, prematuros, quando o adulto está exausto, sob efeito de substâncias

ou possui sobrepeso (COLSON; JOSLIN, 2002; MCGARVEY et al., 2006; DUCROCCHI, 2010; KELLAMS et al., 2017).

Estudos também apontam que há interferência na responsividade materna quando há alteração de saúde mental materna, especificamente em quadros depressivos. Por responsividade materna considera-se, segundo a literatura, a capacidade de a mãe responder às demandas do bebê de maneira satisfatória, tanto para demandas biológicas, físicas, emocionais, sociais e de todos os aspectos cognitivos (SCHWENGBER; PICCININI, 2003; RABELO et al., 2007; FAVARO; PERES; SANTOS, 2012; OLIMPIA et al., 2014; TIKOTZKY, 2014; KROB, ADRIANE et al., 2017; SLOMIAN et al., 2019; SOUZA et al., 2012).

No contexto da prematuridade, esta, em si, mostra-se como fator de risco para o desenvolvimento do vínculo satisfatório tanto por uma possível tentativa de a genitora proteger-se emocionalmente da perda do filho (estando ou não consciente disso), quanto pela internação que limita o contato direto da mãe com o filho e evidencia as múltiplas condições de risco de vida que o bebê apresenta, em função do nascimento antes do tempo esperado (SCHWENGBER; PICCININI, 2003; RABELO et al., 2007; FAVARO; PERES; SANTOS, 2012; OLIMPIA et al., 2014; TIKOTZKY, 2014; KROB, ADRIANE et al., 2017; SLOMIAN et al., 2019; SOUZA et al., 2012).

A ocorrência de quadros depressivos durante a gestação contribuiu para o aumento de chance de este manter-se durante o primeiro ano de vida da criança. Os sintomas da depressão pós-parto, ao rebaixar o nível de atividade, prazer e energia da genitora, dificultam o favorecimento do vínculo e muitas vezes a impedem de emergir na interação com o filho através da responsividade. A resposta nos prematuros é evidente e, em contrapartida, amplia a dificuldade, gerando, além de prejuízos no vínculo, alterações do neurodesenvolvimento e dos padrões de sono (SCHWENGBER; PICCININI, 2003; RABELO et al., 2007; FAVARO; PERES; SANTOS, 2012; OLIMPIA et al., 2014; TIKOTZKY, 2014; KROB, ADRIANE et al., 2017; SLOMIAN et al., 2019; SOUZA et al., 2012).

Ainda, sobre as condições de risco que a prematuridade traz para o bebê, cabe mencionar que, para além dessas alterações, o próprio bebê pode apresentar, segundo a literatura, dificuldades no desenvolvimento cognitivo ao longo de sua vida, podendo estas se manifestarem precoce ou tardiamente. A realização de uma avaliação neuropsicológica, bem como o monitoramento por parte tanto das equipes

de saúde ao bebê, pelo alcance dos marcos do desenvolvimento, quanto da família, para observação de condições de oferta de estimulação adequada, são importantes condições para adoção de ações preventivas e intervenções adequadas (ONO et al., 2011; REICHI; MOURA- RIBEIRO, 2012).

3.3 Alterações de sono na mãe e no bebê

No puerpério, as alterações hormonais características do estado especial em que vive a mulher já seriam suficientes para causar a desregulação do sono materno, uma vez que, em função de instintos primitivos, o cérebro da recém parida a impele a direcionar-se para o filho, buscando garantir sua segurança e proteção. Dessa forma, há uma tendência a reduzir os estados rebaixados de consciência da puérpera. Inicia-se então um ciclo retroalimentativo de privação de sono e que é um dos fatores de risco para o rebaixamento de humor e depressão, que, por sua vez, também dificulta as condições para um sono saudável e adequado. Cita-se que há em nossa legislação, a indicação do período puerperal como critério que pode ser aventado em caso de ocorrência de crimes, sendo possível haver diminuição da pena, especialmente em situação de infanticídio (BRASIL, 1941; ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014; FELIPE; SOUZA; CARVALHO, 2014; NUNES; BRUNI, 2015).

Atualmente, os estudos apontam que a privação do sono pode resultar em diversos prejuízos significativos na memória e aprendizagem, e processos que envolvem o hipocampo (memória declarativa), indicando a alta suscetibilidade do cérebro humano a privação de sono (BALEIA, 2015). Estudos de Nunes e Bruni, (2015) mostram que menos de seis horas de sono por noite aumenta em oito vezes o risco de depressão. O hipocampo é a região responsável por receber informações sensoriais do cérebro e para muito além da aprendizagem e memória, está envolvido na regulação emocional e na ansiedade. Problemas de sono podem afetar o comportamento do bebê e interferir no humor e na funcionalidade dos cuidadores responsáveis pela criança. Além disso, a privação de sono ou os hábitos inadequados de sono também estão associados a irritabilidade, agressividade, impulsividade, baixa tolerância a frustração, ansiedade, depressão, hiperatividade, labilidade emocional, desatenção e estresse familiar (SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2010; BALEIA, 2015; NUNES; BRUNI, 2015; RAFIHI-FERREIRA, 2015; BARBISAN; SANTOS; MOTTA, 2019).

Estudo clínico observacional realizado com 60 mães de bebês portadores de insônia com idades entre três e 24 meses, divididas entre grupos homogêneos e equivalentes, sendo grupo controle e grupo de estudo, indicou a relação entre a qualidade de sono do bebê e qualidade de sono da mãe e entre a qualidade do sono do bebê e as interferências na saúde mental materna (TENENBOJM, 2008).

Além disso, outras relações são estabelecidas na literatura, como a prematuridade e efeitos negativos na saúde materna e prematuridade e superproteção. Outros estudos ainda mostram que mães com saúde mental adequada favorecem melhor estimulação para os filhos ou ambiente mais enriquecedor do ponto de vista do neurodesenvolvimento (PEREIRA PADOVANI et al., 2004; TENENBOJM, 2008; PINTO; PADOVANI; LINHARES, 2009; LOPES et al., 2010; CASTRAL et al., 2012; SILVEIRA, 2012; FAVARO; PERES; SANTOS, 2012; RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014; BAPTISTA et al., 2018; NUDELMANN; VIVIAN, 2019).

Ademais, o temperamento dos pais e a regulação emocional, o coleito, a alimentação noturna, o fazer o bebê dormir no colo dos pais ou pegá-lo imediatamente após o despertar noturno são outros fatores apontados como influenciadores na qualidade de sono. Fatores genéticos e psicopatologia, principalmente na mãe, com destaque especial para depressão e ansiedade também são fatores associados a prejuízo no sono do bebê (ISSLER et al., 2010; CHORA; AZOUGADO, 2015; NUNES; BRUNI, 2015; CARVALE et al., 2017).

Para tanto, entender sobre as variáveis que potencialmente controlam ou podem exercer mudanças na qualidade da saúde materna e que sejam manejáveis, como é o caso da rotina de sono, podem ser grandes aliados na atenção prestada pelos profissionais dos serviços de saúde que atendam essa população como os ambulatórios de seguimento do prematuro, a puericultura ou atendimento à puérperas com vistas a minimizar os efeitos potencialmente negativos para saúde da díade mãe-filho.

3.3.1 Regulação e higiene do sono

Frente às queixas de dificuldades para conciliar ou manter o sono do bebê, aventa-se a hipótese de insônia comportamental, que, segundo a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (ICSD-3), pode ser dividida em distúrbio de associação, de falta de limites ou ambos. Contudo, antes disso, é fundamental que se considerem os diagnósticos diferenciais mais comuns. Entre eles estão síndromes

alérgicas, otites de repetição, refluxo gastroesofágico, uso de medicações estimulantes, obstrução de vias aéreas superiores e crise de asma. Uma indicação importante para estabelecer o diagnóstico diferencial sobre as dificuldades com o sono é a realização de um diário por parte dos cuidadores, por uma ou duas semanas, que contenha informações sobre o horário que a criança foi para a cama e sobre quanto tempo ela levou para adormecer, além da frequência e da duração dos despertares noturnos, do horário de despertar pela manhã, da duração e dos horários de sonecas diurnas e do tempo total de sono (BARBISAN; SANTOS; MOTTA, 2019).

Uma vez diagnosticada a insônia noturna por razões comportamentais, a indicação mais expressa é de que haja uma intervenção comportamental e instrução para os pais sobre os fatores que estão diretamente associados à dificuldade de uma criança dormir ou manter-se dormindo (BARBISAN; SANTOS; MOTTA, 2019). Evidências demonstraram que não há diferenças estatisticamente significativas entre hora de dormir e de acordar, duração de sono diurno, compartilhamento de cama e resistência na hora de dormir, chamando a atenção para uma variável que aproxima a realidade de crianças prematuras e nascidas a termos, pois, supostamente, o que poderia estar contribuindo para a adequação do sono seria o comportamento e temperamento dos pais e o temperamento das crianças (CARAVALE et al., 2017).

Sobre as indicações na literatura de formas de regular o sono e alcançar higiene do sono adequada para os pais e os bebês, destacam-se as apontadas pelo Departamento de Medicina do Sono da Sociedade de Pediatria de São Paulo, que está alinhada com diversos achados internacionais sobre práticas mais efetivas, que coloca que o estabelecimento de rotina pode ser considerado intervenção padrão ouro para regular hábitos de sono. Menciona-se que alguns hábitos característicos da vida moderna são citados tanto nos distúrbios da falta de limite quanto nos distúrbios da associação como fatores de risco para hábitos de sono saudáveis (BARBISAN; SANTOS; MOTTA, 2019).

Sabe-se que nem sempre é fácil adequar hábitos de sono saudáveis, sobretudo em tempos de vida moderna, com maior carga de trabalho e utilização de eletrônicos. Aliando isso a mudanças expressivas na vida, como a chegada de um bebê prematuro, os desafios se somam (CRARY, 2014).

Entre os hábitos deletérios para a saúde do sono estão o uso de *tablets* ou eletrônicos próximos do horário de dormir, ir dormir entre as 19h:00min e 20h:30min e dormir no quarto/cama dos pais (BARBISAN; SANTOS; MOTTA, 2019). Em relação

à prática do coleito, há discordância na literatura, porém, encontrou-se em um estudo transversal aninhado em uma coorte (ISSLER *et al.*, 2010), mais postulados sobre fatores de risco do que de proteção na prática do coleito, estando entre eles a associação maior com síndrome da morte súbita (ISSLER *et al.*, 2010; SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2010; JENIK; CONTI, 2017; MARTHINSEN; HELSETH; FEGRAN, 2018; NUDELMANN; VIVIAN, 2019; BARBISAN; SANTOS; MOTTA, 2019).

Dada a necessidade de orientações pautadas em evidências científicas às famílias sobre as estratégias para regulação de hábitos de sono e para que estes possam ser mais saudáveis, bem como explicações detalhadas de como devem ser aplicadas, serão apresentados a seguir sugestões de práticas com comprovação de eficácia por evidências que podem contribuir com esse processo. Cabe salientar, contudo, que, muito mais do que saber as técnicas, é necessário que o profissional de saúde que realizar a orientação, faça as devidas adequações para a realidade familiar e o contexto socioeconômico e cultural em que a criança está inserida (NUNES; BRUNI, 2015; JENIK; CONTI, 2017).

A literatura oferece algumas estratégias para favorecimento da regulação da rotina de sono e da higiene do sono (RAFIHI-FERREIRA, 2015; BARBISAN; SANTOS; MOTTA, 2019): Método de extinção isoladamente (deixar a criança chorar até dormir); extinção gradativa (colocar a criança no berço acordada e ignorar choros e chamados por períodos gradativamente maiores: dois, cinco, sete, 10, 13, 15, 17 minutos); retirada gradativa da presença dos pais (redução de contato físico com os pais de forma gradual até saída dos pais do quarto e diminuição do tempo entre cada visita) e rotinas positivas (criar um ambiente agradável e positivo, curto e agradável para pais e criança antes de dormir e frente a birras parar a rotina e colocar a criança imediatamente na cama).

Percebe-se que há uma alteração na regulação emocional de bebês prematuros, possivelmente relacionado a rotinas agitadas e a menos horas de sono ininterrupto durante a internação. Esses fatores estão associados ao estresse e a episódios de dor pelas intervenções em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) e dos pais, ao estarem mais atentos e hiper vigilantes aos sinais dos filhos e ao terem respostas às vezes exacerbadas para quaisquer manifestações de solicitação dos filhos, também como herança da internação hospitalar (CARAVALE *et al.*, 2017; MARTHINSEN; HELSETH; FEGRAN, 2018; TENENBOJM, 2008; TOKARIEV *et al.*, 2019).

Para tanto, a orientação diretiva e o acompanhamento psicológico dos pais durante os primeiros meses e, se possível, os primeiros anos da vida do bebê, tendem a contribuir sobremaneira para a regulação emocional de pais e bebês, a favorecer melhora de hábitos de sono para ambos, a favorecer o vínculo mais adequado, a diminuir o risco de depressão pós parto com diagnóstico e mediação rápidas e, para as crianças, a diminuir as possíveis sequelas advindas da prematuridade, associadas às desregulações características da vida em família com um bebê prematuro (TENENBOJM, 2008; SALAVESSA; VILARIÇA, 2009; NUNES; BRUNI, 2015; GEVA; YARON; KUINT, 2016; NEWLAND et al., 2016; CARVALE et al., 2017; THERNSTR, 2017; MARTHINSEN; HELSETH; FEGRAN, 2018; NUDELMANN; VIVIAN, 2019; TOKARIEV et al., 2019).

3.4 Saúde Mental de Puérperas

3.4.1 Chegada de um bebê prematuro na família

A alta hospitalar de um bebê prematuro é, segundo Arrais (2005), geradora de sentimentos ambíguos para suas famílias, especialmente para as mães. Apesar dos sentimentos de alegria e êxito em poder ter o filho em casa, sentem insegurança e, muitas vezes, desenvolvem psicopatologias, decorrentes de fatores como: possíveis traumas relacionados ao medo de perder o filho, separação do filho em função da hospitalização, culpabilização pelo parto prematuro, incapacidade de realizar seu papel de mãe, angústias relacionadas à imprevisibilidade do que pode ocorrer e estresse gerado pela rotina de hospitalização. Em estudo de revisão integrativa da literatura, apresentou-se como resultado maior vulnerabilidade de mães de bebês prematuros desenvolverem quadros de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático (FELIPE; SOUZA; CARVALHO, 2014).

Destaca-se que, mesmo sem condições de risco ao nascer, a chegada de um bebê altera a dinâmica da casa e do casal (HERNANDEZ; HUTZ, 2009). Em se tratando da chegada de um bebê prematuro, há um impacto ainda maior, uma vez que os fatores de risco geralmente são inesperados e a abreviação do tempo de gestação diminuiu o período de adaptação da família, seguido de experiências emocionais intensas, no caso de internação em UTIN. Além da expectativa de uma gestação e bebê saudáveis, a gestação de risco seguida de parto prematuro adiciona fatores de risco aos pais, como: rebaixamento de autoconfiança no papel de pais, angústia, culpa, medo e estresse vividos no período de internação e frente aos riscos de saúde

apresentados pelo filho (baixo peso ao nascer, respostas do bebê às intervenções na UTIN). Por outro lado, revelam significados de vitória com vivências de alto risco e superação desta condição, contribuindo para o olhar da família, especialmente da mãe para o vínculo mãe-bebê (ARRUDA; MARCON, 2007).

Outro ponto fundamental a ser mencionado e pensado frente à chegada de um novo membro na família, é justamente a estrutura dessa família. Ocorre, nesse contexto, diminuição de risco de problemas emocionais quando há o apoio do cônjuge à gestante. Outrossim, essa estrutura permite maior movimentação nos ajustes necessários no puerpério, incluindo os econômicos familiares (ARRUDA; MARCON, 2007). Nos casos em que as famílias já têm um ou mais filhos, avalia-se o impacto da chegada de mais um bebê além do primogênito. No estudo de Oliveira e Lopes (2010), este é um momento de transição delicado tanto para pais, quanto para o irmão mais velho, que terá sua rotina alterada, principalmente no que se refere ao recebimento de cuidados da mãe, que agora se dedica, em grande parte do tempo, aos cuidados para com o recém-nascido.

Conseqüentemente, pode haver a ocorrência tanto de regressão do desenvolvimento, como forma de adaptação do primogênito, ao tentar verificar a segurança do vínculo/afeto e requerendo maiores cuidados, quanto desenvolvimento de independência, a depender da habilidade parental de promover a continuidade dos afetos e cuidados, sobretudo emocionais, para com o primogênito (OLIVEIRA; LOPES, 2010).

O período perinatal é de especial transformação na vida das mulheres, pois envolve aspectos físicos, emocionais, hormonais, sociais e todos muito complexos. Tais transformações se acentuam quando o tempo de gestação é diminuído pela ocorrência de um parto prematuro e tende a potencializar as vulnerabilidades já características da saúde mental das mães. Outros fatores prévios psicossociais de risco são associados à manifestação de fragilização na saúde mental materna: abuso sexual na infância, gravidez precoce - não planejada ou explicitamente não desejada/aceita -, mães solteiras, muitos filhos, reduzido suporte social, ocorrência de violência doméstica ou situação conflituosa, baixo nível de escolaridade, abuso de substâncias psicoativas/tabaco (CAMACHO et al., 2006; ALBUQUERQUE, 2014).

O período perinatal traz em seu bojo um conjunto de sentimentos muito comuns a todas as mulheres e, apesar do estereótipo que se tem sobre a mágica felicidade que deve ser experienciada no puerpério com a chegada de um bebê, este é um

momento de sentimentos ambíguos ou negativos, ocorrendo mais comumente nas duas primeiras semanas depois do nascimento do bebê. Estes raras vezes são comunicados, principalmente pela pressão externa e estereótipos (CAMACHO et al., 2006; FAVARO; PERES; SANTOS, 2012).

Poucas mulheres admitem que estão vivenciando sentimentos negativos, manifestando apenas os comportamentos derivados de mobilizações emocionais negativas, como: choro fácil, labilidade emocional, rispidez, tendência ao isolamento, irritabilidade, perda do interesse por atividades habituais, prejuízos na concentração e, principalmente, culpa. Em diversos estudos sobre os mais variados contextos, havendo relato de diagnóstico ou não de transtornos associados ao periparto, a menção ao sentimento de culpa aparece, inclusive por estarem experimentando sentimentos negativos em um momento que, supostamente, deveria ser de alegria (CAMACHO et al., 2006; ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014; ALBUQUERQUE, 2014; PETZOLDT et al., 2015; BAPTISTA et al., 2018).

Considera-se que os transtornos de ansiedade e depressão são subdiagnosticados em gestantes e que há, comprovadamente, uma relação da maior presença de sintomas depressivos em puérperas quando há presença de sintomas durante a gestação. Essas correlações estão sujeitas a interferências da genética, hormonais, além de fatores de risco psicossociais descritos a seguir: “idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, ser solteira ou divorciada, estar desempregada (a paciente ou o seu cônjuge) e apresentar pouco suporte social” (CAMACHO et al., 2006a). As puérperas também estão mais suscetíveis a manifestar transtorno obsessivo compulsivo e transtorno do pânico (CAMACHO et al., 2006; APA, 2014).

No Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (2014), tem-se a apresentação dos critérios diagnósticos, história clínica e fatores que apoiam o quadro para transtornos mentais. Faz menção às variações hormonais, alterações de sono e de energia, características do ciclo reprodutivo ao longo da vida, que podem estar associadas ao maior risco e à expressão de algumas psicopatologias como episódios depressivos ou de mania e hipomania. Um exemplo é o especificador “início no pós-parto” ou “periparto”, que pode ser utilizado para referir-se à manifestação de alguns transtornos, como depressão ou episódios de mania no período que vai da gestação até quatro semanas após o parto (APA, 2014).

Além dos fatores de risco apresentados, cita-se também fatores de proteção que favorecem melhora do quadro clínico apresentado pelas puérperas, podendo ser colocados como possibilidades interventivas frente à ocorrência de transtornos mentais no puerpério: diagnóstico precoce; orientação aos familiares para concessão de suporte emocional e compreensão; auxílio nos cuidados com o bebê; psicoterapia cognitivo-comportamental; psicoeducação e orientação sobre estratégias de lidar com o choro e dificuldades de sono do bebê e, finalmente, tratamento farmacológico de acordo com a complexidade do caso e da indicação médica e considerando o risco-benefício (CAMACHO et al., 2006; LOPES et al., 2006; RABELO et al. PINTO; PADOVANI; LINHARES, 2009; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2011; 2012; ALBUQUERQUE, 2014; ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014; FELIPE; SOUZA; CARVALHO, 2014; TIKOTZKY, 2014; PETZOLDT et al., 2015; BAPTISTA et al., 2018; SLOMIAN et al., 2019; NANCY et al., 2020).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (APA, 2014), o Transtorno Depressivo Maior, mais comumente chamado de Depressão, caracteriza-se pelos seguintes critérios: humor deprimido na maior parte do dia, com sentimento de tristeza, vazio ou desesperança; diminuição de interesse ou prazer nas atividades do dia a dia; alteração no peso em mais de cinco por cento ou no apetite, sem outra justificativa; alteração no padrão de sono; inquietação ou lentificação na atividade psicomotora; sensação de fadiga ou perda de energia; sentimentos de culpabilização ou inutilidade; diminuição na capacidade de raciocínio, tomada de decisões ou concentração e pensamentos de morte ou ideação suicida. Todos podendo ser percebidos pelo sujeito ou por terceiros, estando presentes na maior parte do dia nas últimas duas semanas, causando prejuízo clinicamente significativo e sem outras justificativas clínicas ou de origem biológica isolada ou outros transtornos.

Como critérios diagnósticos para transtornos de ansiedade, há um rol maior de sintomas a serem categorizados, havendo, como o transtorno depressivo maior, a necessidade de avaliação de um profissional da área para fechamento de diagnóstico. Contudo, pode-se rastrear uma característica central na categoria dos vários formatos de manifestação dos transtornos da ansiedade: o medo excessivo e perturbações de comportamento relacionados, com vistas à preparação para um perigo futuro,

mediado por comportamentos de fuga, esquiva ou sofrimento clinicamente significativo associado (APA, 2014).

Dantas (2012, p. 279) indica tipos e sintomas específicos dos transtornos de ansiedade em mães de bebês prematuros, evidenciando na avaliação de sintomas de ansiedade e depressão entre mães de bebês nascidos pré-termo e hospitalizados, que “81.7% das mães apresentaram intenso sintoma de ansiedade, 70% de traço de ansiedade e 56.4% relataram altos índices de sintomas depressivos”.

Outro estudo realizado para avaliar nível de ansiedade e depressão das mães de bebês que ficaram em UTIN, durante o internamento e após a alta, demonstrou, na primeira avaliação, que 44% das mães apresentavam sintomas clínicos de ansiedade, disforia e/ou depressão e 35% de estado de ansiedade. Já na avaliação realizada após a alta, todos esses escores diminuíram, baixando respectivamente para 26 e 12% (PINTO; PADOVANI; LINHARES, 2009). As maiores associações de ocorrência de sintomas clinicamente significativos para ansiedade e depressão relacionam-se a menor peso ao nascer, menor idade gestacional e maior tempo de internamento em UTIN (PEREIRA PADOVANI et al., 2004).

Os sinais característicos dos transtornos da ansiedade são sofrimento excessivo e recorrente ante a ocorrência ou previsão de contato com a situação ou objeto ansiogênico; preocupações persistentes e excessivas sobre a situação ou objeto ansiogênico; expressão de medo com resposta imediata a objetos ou situações; objetos ou situações que são evitados ou suportados com intensa ansiedade e sofrimento; medo desproporcional à ameaça real. Os ataques de pânico podem compor tanto o Transtorno de Pânico, quando relacionado a ataques de pânico inesperados e recorrentes, ou ser um especificador para outros transtornos do eixo da ansiedade ou não. Um ataque de pânico é definido como “surto abrupto de medo ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro ou mais de uma lista de 13 sintomas físicos e cognitivos” (APA, 2014).

São sintomas que podem compor um ataque de pânico:

palpitações, coração acelerado ou taquicardia; sudorese; tremores ou abalos; sensação de falta de ar ou sufocamento; sensação de asfixia; dor ou desconforto torácico; náusea ou desconforto abdominal; sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio, calafrios ou ondas de calor; parestesias (anestesia ou sensação de formigamento); desrealização (sensação de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciando-se de si mesmo); medo de perder o controle ou “enlouquecer” e medo de morrer (APA, 2014).

Conhecer os dados de desenvolvimento, curso, fatores de risco e prognóstico dos transtornos mentais mais comuns no período do puerpério, sinaliza a necessidade de investigação diagnóstica para adequação de conduta e oferecimento de suporte, tendo em vista os riscos associados à ocorrência destes transtornos, que variam desde a diminuição da interação com o bebê de forma assertiva, com menor responsividade e dificuldade do estabelecimento do apego (KROB et al., 2017), até consequências mais graves como ideação ou tentativa de suicídio/infanticídio (CAMACHO et al., 2006b).

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa quase-experimental com desenho prospectivo ou de acompanhamento concorrente (HOCHMAN et al., 2005; GREENHALGH, 2013). Portanto, caracteriza-se como um estudo clínico não-randomizado, na modalidade de pré e pós teste, com vistas a avaliar o desfecho da variável foco do estudo (TENENBOJM, 2008; SHAUGHNESSY; ZECHMEISTER; ZECHMEISTER, 2012).

Os ensaios clínicos são procedimentos de intervenção e avaliação da eficácia de ações para saúde, muito comumente utilizados para verificar a qualidade das ações propostas como alvo na interferência sobre a variável dependente. Dessa forma, a configuração da presente pesquisa pressupõe que o grupo de participantes seja dividido em dois grupos homogêneos, o Grupo Controle (GC) e o Grupo de Intervenção (GI) com o mesmo número de participantes em cada um, cuja única diferença será que cada um receberá uma ação interveniente distinta, a fim de que sejam preservados os princípios de número e procedimentos equivalentes aos grupos. A diferença está justamente no teor da intervenção, pois no grupo chamado de controle, esta será equivalente a um efeito placebo (ESCOSTEGUY, 1999; OLIVEIRA; PARENTE, 2010).

O que diferencia o presente estudo de um ensaio clínico randomizado é o impedimento de utilização de sorteios ou randomizações, em função de favorecimento de conveniência para escolha amostral. Uma pesquisa quase-experimental, por definição é uma pesquisa que não realiza a aleatorização para compor a amostra. Em termos de diferença de validade, cita-se que, nos estudos quase-experimentais, não há como garantir a equivalência entre os grupos, pela ausência de randomização. Contudo, ainda assim, é preferível ter algum conhecimento sobre a eficácia das intervenções realizadas, mediante um quase-experimento, do que nenhuma informação (SHAUGHNESSY; ZECHMEISTER; ZECHMEISTER, 2012; DUTRA; REIS, 2016).

No desenho deste estudo, a variável intervenção refere-se às características de padrão de sono ou, pode-se dizer, ao comportamento relacionado ao sono da diáde

mãe-bebê e a variável desfecho é a saúde mental materna que, segundo o pressuposto desta pesquisa, é influenciada pela qualidade do sono.

4.2 População e amostra

A população do estudo foi composta de mães de recém-nascido prematuros atendidos no Centro Especializado de Atendimento ao Neonato, Criança e Adolescente (CEACRI) do município de Cascavel – PR. No CEACRI, operam ambulatorios multiprofissionais como psicologia, fonoaudiologia, odontologia, nutrição, fisioterapia respiratória, pneumopediatria e o ambulatório do recém-nascido de risco.

Inicialmente, realizou-se busca documental de informações contidas em prontuário eletrônico (IPM) do serviço, em dados de atendimentos realizados entre 01/01/2020 e 31/08/2020 para determinar a população atendida, obtendo-se um total de 1.087 atendimentos no CEACRI. Destes, 110 eram díades de mães e bebês prematuros. Considerando esse número como sendo a população alvo para a pesquisa, realizou-se cálculo amostral para o estudo, consistindo na amostragem do tipo por conveniência, com divisão aleatória dos selecionados GC e GI.

O cálculo amostral foi realizado pelo programa *GPower* 3.1.9.2, assumindo-se distribuição t. Considerou-se grupos, com n amostral igual para o pré e pós-intervenção, assumindo um efeito médio equivalente a 0,50, com erro tipo I igual a 0,05 e poder de análise bicaudal de 0,95. Devido à comparação entre os dois grupos, feita em dois momentos diferentes, sugeriu-se uso de teste t para amostras dependentes, com definição de 54 indivíduos para a realização da pesquisa (Fig. 1). Em outra perspectiva, assumiu-se um tamanho de efeito médio equivalente a 0,50, um erro tipo I (α) igual a 0,10 e um poder de análise bicaudal de 0,95, tendo-se a mesma comparação do anterior, porém sendo definidos 45 indivíduos para a realização da pesquisa (Fig. 2). Para fins de definição e buscando a maior confiabilidade do estudo, optou-se por trabalhar com amostra de 54 indivíduos, divididos em dois grupos de 27 díades de mãe-bebê prematuros de ambos os sexos em cada grupo, de bebês, a partir de seis meses de idade corrigida, até 24 meses.

A definição da população do estudo justifica-se em função de que, aos seis meses, o bebê já apresenta arquitetura do sono mais parecida com a do adulto, sendo possível maior interferência para adequações planejadas, conforme mencionado na fundamentação teórica disposta acima (BARBISAN; SANTOS; MOTTA, 2019).

4.2.1 Critérios de Inclusão da amostra

Compor a díade mãe-bebê, atendido pelo Serviço de Saúde do município de Cascavel, com bebê prematuro e com idade de seis a 24 meses e mães que mantivessem contato ativo com a pesquisador e respondessem as entrevistas.

4.2.2 Critérios de Exclusão da amostra

Bebê com sequelas neurológicas; mães com diagnóstico de rebaixamento cognitivo, esquizofrenia ou estar em quadro psicológico/psiquiátrico com presença de alucinação/delírio, diagnosticados e registrados em prontuário. Caso as mães estivessem conseguindo exercer funções sociais e maternas, estariam habilitadas a participar da pesquisa.

Cabe informar que a homogeneidade do grupo se refere a todos serem compostos por mães de bebês prematuros atendidos no serviço público de saúde de ambos os sexos, mas sem randomização de pareamento da amostra. Essa decisão pautou-se na busca pela operacionalização do estudo, fazendo a pesquisa com as mães que efetivamente comparecessem ao serviço de saúde. A randomização da população para consequente busca ativa desses participantes está inviabilizada neste momento, uma vez que a coleta de dados ocorreu em meio à pandemia do SARS-Covid-19, que está posta como fator limitante desde seu surgimento em março de 2020, havendo orientações de saúde e estabelecimentos de protocolos de cunho nacional, estadual e federal para diminuir aglomerações e evitar contatos presenciais o máximo possível (PARANÁ, 2020).

4.3 Local da coleta

A coleta de dados da pesquisa foi realizada no CEACRI (Centro de Atendimento Especializado à Criança), que é parte da rede de saúde pública do Município de Cascavel – PR, compondo a Secretaria de Saúde, na divisão de Atenção Especializada. Conta atualmente com diversos ambulatórios especializados nas áreas de psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, pneumologia, odontologia, oftalmologia, nutrição, assistência social e enfermagem atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde dos infantes com faixa etária de zero até 18 anos 11 meses e 29 dias juntamente as suas famílias.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada no período de maio a agosto de 2021 (pré teste) e julho de 2021 a janeiro de 2022 (pós teste), de maneira virtual pelo aplicativo de mensagens, com tecnologia da informação e comunicação (TIC's), sendo enviados os questionários pelo *link* para preenchimento automático, via *Google Forms* e por abordagem direta do público-alvo, realizada por coletadoras no campo, quando as mães compareciam a consultas agendadas no serviço, para posteriormente serem lançados os dados na plataforma online durante o pré-teste. As coletadoras foram treinadas pelo pesquisador principal para aplicação do questionário e das escalas do estudo. O pós teste foi realizado de modo totalmente virtual em função de férias das coletadoras e devido à pesquisadora estar em trabalho remoto por motivo de gestação e período pós parto (prematureo). Este fator pode ter gerado um viés na coleta de dados.

Cita-se também que a intervenção foi realizada totalmente de maneira virtual, com envio da mesma orientação para todas as unidades amostrais de cada grupo, ou seja, todas as pertencentes ao grupo controle receberam o material de orientação básica (rotina do serviço) e todas as pertencentes do grupo intervenção receberam o material de orientação completa.

A presente pesquisa está em conformidade com as orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, elaborada pelo Ministério da Saúde, datada de fevereiro de 2021 (MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA EXECUTIVA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA, 2021). A decisão de realizar a pesquisa via informatizada deu-se em razão do aumento significativo e da situação de calamidade pública decretada pelo município de Cascavel no período de coleta (PARANHOS; CORTÊS, 2021).

4.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados se fez por questionários estruturados ou semiestruturados, para produção dos dados quantitativos necessários para compreender a relação entre as variáveis. Os instrumentos para medir as variáveis intervenção e desfecho foram eleitos a partir de revisão da literatura para que fossem validados no Brasil e confiáveis em suas medidas para então serem aplicados no pré e pós teste. Ainda, para caracterização da amostra, aplicou-se questionário socioeconômico elaborado pela autora (APENDICE A). Para tanto, os instrumentos selecionados foram o questionário sobre saúde mental materna, denominado *Self-Responding Questionnaires* (SQR-20)

e o questionário estruturado sobre hábitos de sono da mãe, cuja denominação é Índice de qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI-BR), Avaliação dos distúrbios de sono da primeira infância (NUDELMANN; VIVIAN, 2019a) e folder educativo sobre hábitos saudáveis de sono (APÊNDICE B).

Para mensurar as variáveis de interesse do estudo, quais sejam, qualidade do sono materno e do prematuro e sua relação com as orientações em saúde recebidas no serviço, foram aplicados os instrumentos supracitados, caracterizando-se neste estudo como pré e pós teste.

4.4.1 Instrumento de coleta de dados socioeconômicos

O questionário socioeconômico foi elaborado pela autora, com vistas a conhecer a realidade da díade mãe-bebê estudada e poder relacionar, futuramente, resultados obtidos nas escalas validadas às características de organização da dinâmica familiar, com base em história clínica da mãe e do bebê. As variáveis contidas neste questionário referem-se a informações da composição familiar, rede de apoio e condições sociais, informações econômicas e de trabalho e escolaridade materna, as quais compõem os múltiplos determinantes e condicionantes do processo de saúde e doença de dada população. Este questionário conta com 14 questões semiestruturadas (APÊNDICE A).

4.4.2 SQR-20

O *Self-Responding Questionnaire* (ANEXO A) é um instrumento de rastreio, validado no Brasil no final da década de 1980, com apresentação de 20 perguntas sobre rastreamento de sintomas psiquiátricos em ambientes de atenção primária, desenvolvido originalmente para estudo da OMS sobre psiquiatria em países em desenvolvimento (MARI; WILLIAMS, 1986). O ponto de corte do SQR-20, versão validada no Brasil é de \geq sete itens com resposta positiva, o que indica que há ocorrência de sofrimento mental, com mais de 85% de sensibilidade (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

4.4.3 PSQI-BR

O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR) (ANEXO B) é um instrumento composto por 19 questões fechadas e algumas de múltipla escolha, divididas em sete domínios: (1) qualidade subjetiva do sono; (2) latência do sono; (3)

duração do sono; (4) eficiência do sono; (5) distúrbios do sono; (6) medicações para dormir e (7) disfunção diurna. O teste é graduado em escala de quatro pontos, variando de zero a três, que fazem a investigação sobre a qualidade do sono materno. A pontuação final que varia de zero a 21 pontos, sendo que os índices mais elevados indicam pior qualidade de sono. É uma escala autoaplicável, levando de cinco a 10 minutos para preenchimento. A validação da versão brasileira ocorreu em 2010 e é um instrumento de rastreio, não de diagnóstico (BERTOLAZI, 2008; GORENSTEIN; WANG; HUNGERBUHLER, 2016).

4.4.4 Avaliação do sono primeira infância

A avaliação do sono do bebê será realizada pelo instrumento descrito e proposto como adaptação do *Sympton Check-list*: avaliação dos transtornos psicofuncionais da Primeira Infância (ANEXO C). Nele os autores buscam conhecer, por meio de perguntas fechadas, rotinas, hábitos, horários, ambientes e variáveis comportamentais sobre o sono do bebê e de sua família. O uso dessa adaptação foi autorizado pelo autor, conforme APÊNDICE C (NUDELMANN; VIVIAN, 2019a). A escala apresenta resultados nominais em forma de escala *likert* para indicar maiores problemas com relação ao sono do bebê, como: frequência de dificuldade para iniciar o sono; tempo de demora para dormir; se inicia ou não o sono sozinho; frequência do acordar durante a noite; quantidade de despertares; rotina ou não de horário de dormir; leito do bebê; sono diurno (cochilos); uso de eletrônicos durante o dia ou noite; e dados gineco-obstétricos. O ponto negativo do uso da escala é o fato de a formatação original ser uma escala longa.

4.5 Protocolo de coleta de dados

A seguir serão descritos os procedimentos para cada grupo em estudo, em passos sequenciais criteriosamente obedecidos:

- 1º Passo: Organização de documentos de coleta de dados (termos de consentimento, assentimento e formulários) de acordo com as normativas vigentes;
- 2º Passo: Listagem de público-alvo, com cadastro de telefones em número específico para este fim;
- 3º Passo: Envio de carta convite (APÊNDICE D) para mães por aplicativo de mensagens, conforme número de telefone disponibilizado no Serviço;

- 4º Passo: Pré teste: Apresentação de termos de consentimento (APENDICE E) e termo de assentimento (APENDICE F), de forma individual e aplicação dos instrumentos por envio dos formulários em *Google Forms*: Questionário socioeconômico (APENDICE A), SQR-20, PSQI-BR e Avaliação dos distúrbios do sono da 1ª infância, conforme indicação de Orientações de Procedimento em Pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual, redigida pelo Ministério da Saúde e datada em fevereiro de 2021;
- 5º Passo: Realizada a orientação breve para o grupo, há controle e ampla orientação, conforme o que já é rotina dos profissionais do serviço para os pais, sobre o sono do bebê (tópico 1.2.1 e 1.2.2) e entrega do folder de orientação para as mães do grupo intervenção (APENDICE B). Caso haja dúvidas por parte da mãe sobre as orientações, aquelas serão esclarecidas pela psicóloga pesquisadora, conforme a necessidade de cada mãe.
- 6º Passo: O pós-teste foi agendado no dia da aplicação dos instrumentos e oferta das orientações (grupo controle e intervenção), ao final da entrevista, para +-30 (30-37) dias a contar do momento de início da coleta de dados.
- 7º Passo: Fazer contato semanal com as integrantes dos grupos, conforme protocolo;
- 8º Passo: Realização do pós teste com a aplicação dos seguintes instrumentos: SQR-20, PSQI-BR e Avaliação dos distúrbios do sono da 1ª infância.
- 9º Passo: Agradecimento à participação e se colocar à disposição para encaminhamentos se for necessário.

4.5.1 Intervenção

O grupo intervenção (GI) recebeu orientação detalhada e psicoeducativa sobre:

- 1) observar os hábitos do sono do bebê;
- 2) separar o ambiente de sono da mãe e do bebê;
- 3) favorecer a ocorrência da maior quantidade de sono do bebê durante a noite;
- 4) melhorar a saúde materna com a melhora do sono do bebê.

Para tanto, a pesquisadora utilizou recursos de infográfico descritos no folder elaborado pela própria autora, a partir da compilação das evidências científicas apresentadas nas diretrizes apontadas pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal e

Sociedade de Pediatria de São Paulo e outras referências relativas ao tema (BARBISAN; SANTOS; MOTTA, 2019; DIAS; SEABRA, 2018; FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL, 2011; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Esse folder de orientações de sono, utilizado com o GI, é um infográfico que contempla, sobretudo, o conteúdo do tópico “Regulação e higiene do sono”. Nesse material se informa sobre condutas adequadas de rotina de sono e formas de realizar higiene do sono em bebês. Tem apresentação simples, com informações escritas, tabelas e gráficos, de forma que propicie entendimento fácil das orientações compiladas. Ainda, o material conta com chamadas de segurança e de favorecimento de melhor desenvolvimento neuropsicomotor possível, disposta em tópicos com frases curtas e palavras-chave em destaque (APÊNDICE B).

A orientação psicoeducativa ofertada ao GI está descrita a seguir. Ainda, após esse primeiro momento, no CEACRI, foram feitos contatos semanais pelo pesquisador com as mães do GI para averiguar suas dificuldades com o sono da criança e possíveis dúvidas no manejo do bebê em relação à higiene do sono e relembrar orientações iniciais. Esses contatos ocorreram por meio de dispositivo de mensagem rápida ou por chamada no próprio aplicativo.

Orientações para GI:

- Este é um momento importante para pensarmos e discutirmos sobre o desenvolvimento e a saúde psicológica, emocional e física do seu bebê e a relação disso na sua vida (de mãe)
- Ao longo dos anos e ao redor do mundo inteiro, os cientistas já descobriram formas de se lidar com os bebês de maneira que tanto os bebês quanto as famílias sejam mais felizes e mais saudáveis, e este conhecimento quero colocar à sua disposição;
- Vamos falar sobre o desenvolvimento do cérebro do bebê: até os 3 anos de vida, o cérebro do seu bebê: metade do crescimento cerebral acontece até os 2 anos, 80% até os 3 anos e quase 90% até os 6 anos de idade. O restante será desenvolvido até os 21 anos. O sono adequado é fundamental para esse desenvolvimento acontecer da melhor maneira possível. Além disso, bons hábitos de sono vão contribuir para o humor e o desenvolvimento cognitivo/de inteligência do seu bebê e podem contribuir muito positivamente para sua relação com seu bebê;

- Afinal, o que é sono adequado? Cada fase de vida do bebê requer uma quantidade de horas de sono noturno e sono diurno para satisfazer a necessidade do cérebro. A diferença de sono noturno e sono diurno é justamente a presença do Sol, ou seja, entre as 18:00 ou 19:00 horas da noite até 06:00 ou 07:00 horas da manhã, temos a possibilidade de fazer o sono noturno, que requer um controle ambiental muito rigoroso para fazer a produção e liberação do hormônio do sono.
- Existe um lugar no nosso cérebro que controla todas as substâncias que nos fazem ter vontade de comer, dormir, fazer nossas necessidades. Essas substâncias são chamadas de hormônios. Existe um hormônio só para regular o sono. Seu nome é Melatonina. A condição para isso é: pouca luz, pouco calor (fresquinho), pouco barulho (ou barulho constante) e pouca atividade mental. Tudo isso é potencializado se houver rotina.
- Então, fazendo a conta de 06:00 a 07:00 para trás, para atingirmos 10 horas de sono noturno, o horário ideal do bebê dormir seria 20 horas (fazer a conta de trás para frente de quantidade de horas de sono noturno);
- Pouca luz significa ter um ambiente sem incidência de luz sobre os olhos, ou seja, sem a luz do quarto ou do corredor acesa, sem luz de celular, sem abajur. No máximo pode-se utilizar uma luz indireta para não haver desespero, se o bebê despertar durante a noite, mas é importante que seja apenas uma penumbra.
- Pouco calor significa ter um ambiente em torno de 20°. Caso estiver muito calor, aconselha-se dar um banho e refrescar o bebê e deixá-lo sem muitas roupas, além de deixar o quarto ventilado. Caso esteja muito frio, abaixo de 20°, o bebê deve estar vestido com roupas quentinhas, pois, muitas vezes, eles não ficam cobertos. Além disso, cobertas soltas no berço do bebê interferem na segurança do local de dormir.
- Pouco barulho significa não ter ruídos altos ou inconstantes. Caso o ambiente esteja muito ruidoso, pode-se fazer uma neutralização das inconstantes com uma fala monótona, ruído branco ou música de ninar com volume mais baixo possível, mas que seja o suficiente para ser “confundidor” dos ruídos externos. Barulhos como conversas altas, televisão ou música devem, contudo, ser evitadas, especialmente quando se estiver realizando a regulação de rotina.
- Por fim, a diminuição de atividade mental trata-se de, num bebê, brincadeiras agitadas, interações ativas, ou seja, tudo aquilo que faz com que o bebê queira ver o que está acontecendo e ter interesse de participar. Mostrar que não haverá mais nada

de interessante para fazer rebaixa a atividade mental do bebê e permite que ele consiga relaxar.

- A adoção de uma rotina fixa favorece a liberação programada de melatonina no cérebro do bebê. Por isso, ajustar os fatores ambientais e comportamentais por alguns dias mais rigidamente permite que se organize uma rotina, que leva aproximadamente 15 dias. Depois disso, o bebê já conseguirá tolerar melhor as alterações ambientais não ideais.
- Como fazer o bebê entender que está na hora de dormir? Primeiro precisamos entender que o bebê irá se beneficiar de mudanças comportamentais. Por isso, nem sempre será totalmente confortável para o bebê receber uma mudança, mas, os adultos responsáveis que recebem as orientações e sabem como é importante regular o sono é que devem tomar essa decisão pelo bebê. É por isso que somos chamados de “responsáveis”;
- Abrimos um parêntese aqui para falar da tolerância à frustração. Não é possível passarmos pelo mundo sem nunca nos frustrar e não será possível impedir que os nossos filhos se frustrem nunca. Por isso, é mais adequado que possamos ajudá-los a se preparar para conseguir lidar quando isso acontecer. Regular rotinas do bebê favorece inclusive essa percepção.
- Existem diferentes procedimentos para fazer a regulação do sono do bebê. Método de extinção isoladamente (deixar a criança chorar até dormir); Extinção gradativa (colocar a criança no berço acordada e ignorar choros e chamados por períodos gradativamente maiores: 2, 5, 7, 10, 13, 15, 17 minutos); Retirada gradativa da presença dos pais (redução de contato físico com os pais de forma gradual até saída dos pais do quarto e diminuição do tempo entre cada visita) e Rotinas positivas (criar um ambiente agradável e positivo, curto e agradável para pais e criança antes de dormir e frente a birras parar a rotina e colocar a criança imediatamente na cama.
- O bebê já está apto a dormir em um quarto separado do quarto da mãe a partir dos 6 meses de idade corrigida. Os principais riscos do compartilhamento de cama envolvem aumento de temperatura provindo dos adultos para o bebê, que está associado à maior ocorrência de síndrome da morte súbita por superaquecimento ou reinalação do ar expirado. Este risco aumenta para bebês recém-nascidos, que tiveram baixo peso ao nascer, prematuros, quando o adulto está exausto, sob efeito de substâncias ou possui sobrepeso

- Para que essa adaptação possa acontecer da melhor maneira possível, é fundamental que haja uma relação de mãe e bebê adequada, com suprimento das necessidades do bebê durante o dia, troca de carinho, estimulação e proteção. A saúde mental das pessoas da família, principalmente a da mãe estão associadas e afetam o desenvolvimento da inteligência e da personalidade do bebê.
- Por isso, preservar momentos de tranquilidade e relaxamento da mãe é extremamente importante, inclusive para o bebê. Se o bebê dormir mais cedo e em um lugar só para ele, a mamãe poderá ter um tempo para si enquanto seu bebê está crescendo saudável - enquanto o indivíduo dorme, é produzida a quantidade de sono que seu cérebro e corpo precisam.

4.5.2 Controle

O grupo controle (GC) foi submetido as orientações de rotina do CEACRI, que acontecem atualmente de forma não sistematizada e abrangem aspectos gerais do cuidado com o bebê, conforme descrito abaixo, de acordo com a expertise e avaliação de cada profissional, abordando pontos introdutórios, como separar o ambiente de sono, sem dar informações específicas dos procedimentos para essa conduta e de aumentar a quantidade de horas de sono noturno, também sem especificações individualizadas de acordo com a necessidade de cada díade.

A fim de padronizar essas orientações para todas as unidades amostrais do grupo controle, apresenta-se o protocolo com orientações genéricas que abordam em discurso organizado, a necessidade das mães 1) observar os hábitos do sono do bebê; 2) separar o ambiente de sono da mãe e do bebê; 3) favorecer a ocorrência da maior quantidade de sono do bebê durante a noite. Ainda, após esse primeiro momento no CEACRI, foram feitos contatos semanais pelo pesquisador com as mães do GC para verificar se havia dúvidas e relembrar as orientações realizadas. Esses contatos foram realizados por meio de dispositivo de mensagem rápida ou por chamada no próprio aplicativo.

Orientações para grupo controle:

- É muito importante ter rotina e observar a quantidade de horas de sono e as horas de sono que seu bebê faz;
- Sono adequado é dormir cedo, sem claridade e separado da cama dos pais;

- O sono adequado deve ter maior quantidade de horas de sono noturna, mas até os 4 anos, a criança tem necessidade de fazer sonecas diurnas, e isso é muito importante para o desenvolvimento do seu bebê;
- Sua relação com seu bebê interfere muito no sono e a regulação de sono do bebê interfere na saúde mental materna.

A seguir, apresenta-se o fluxograma de como a pesquisa foi estruturada e a inclusão e exclusão da amostra.

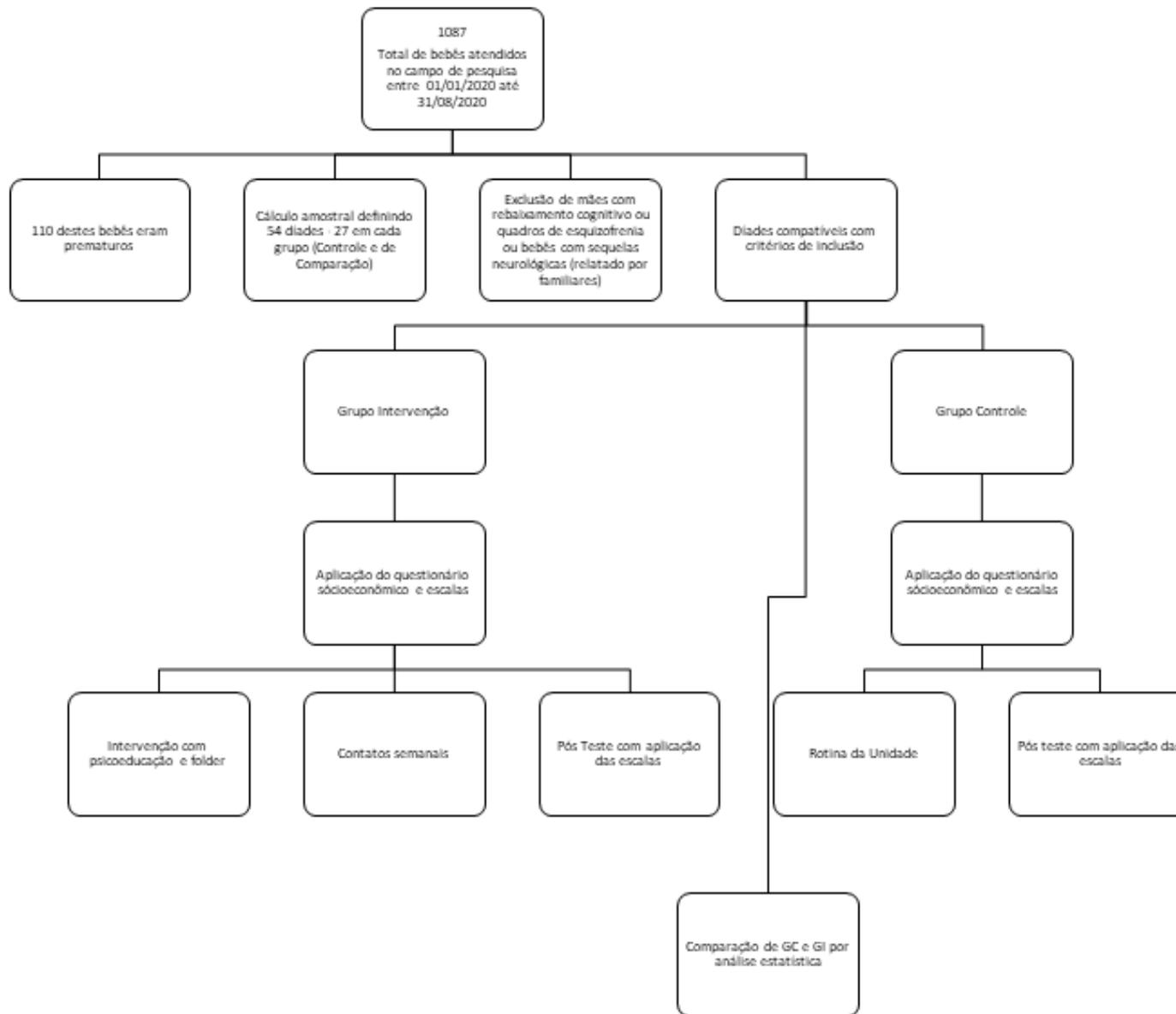


Figura 01 - Fluxograma de coleta de dados da pesquisa. Fonte: Autora, 2020.

4.6 Análise dos dados

As variáveis sociodemográficas foram comparadas entre os dois grupos de mães. As variáveis quantitativas foram avaliadas quanto à normalidade (Teste de Shapiro-Wilk) e homocedasticidade (Teste F), e como os dados não se encontravam em acordo com tais pressupostos, estas foram comparadas por meio do teste não-paramétrico Mann-Whitney-U. As frequências absolutas das categorias das variáveis qualitativas foram comparadas entre os grupos por meio do teste de Qui-quadrado de Independência com ajuste pelo Método Permutacional de Monte Carlo.

As variáveis obtidas por meio da aplicação dos instrumentos de avaliação dos distúrbios do sono na 1ª infância, SRQ20 e PSQI-BR foram analisadas por meio de Equações de Estimativa Generalizada (GEE).

4.6.1 Análise dos instrumentos por meio de Equações de Estimativa Generalizada (GEE)

Após a preparação das variáveis preditoras, modelos de regressão de média populacional foram realizados para dados correlacionados, sendo aplicada a metodologia de Equação de Estimativa Generalizada [GEE]. Este método é aplicado para estimar as mudanças dos valores de VMhab durante o seguimento, apresentados como mudança média (inclinação) e identificando-se variáveis preditoras que estavam associadas durante o período do estudo. Os modelos GEE são projetados para análise de dados longitudinais e consideram medidas repetidas por mulher durante o seguimento (pré e pós-intervenção) entre os grupos (controle e intervenção), sendo que tais medidas provavelmente se correlacionam umas com as outras. Uma vantagem importante dos modelos GEE é que todos os dados disponíveis podem ser usados.

A seleção dos melhores ajustes dos modelos foi definida pelo parâmetro QIC (*Quasi Information Criterion*), sendo que os menores valores indicam melhor ajuste ao modelo. Para todas as análises, foi utilizado um nível de significância de 0,05, utilizando-se o pacote 'geepack' e 'MuMIn'. As análises foram realizadas utilizando um nível de significância de 0,05, com os programas XStat Versão 2014 e R (R Core Team, 2021).

4.6.2 Segundo delineamento estatístico

Em complementação às análises anteriores, foi ainda apurado o tempo de sono que as mulheres declararam ter, sendo este obtido pela subtração do tempo do sono pós-intervenção, do tempo de sono pré-intervenção, visando determinar a variação de tempo de sono, ou seja, o aumento ou a redução após o nascimento do bebê (Eq. 1).

Variação de sono

$$= \text{Tempo de sono pós intervenção} - \text{Tempo de sono pré intervenção}$$

Esta variação foi relacionada com os grupos (controle e intervenção), bem como associada à ordem de nascimento dos bebês, ao número de pessoas que habitam a casa, ao peso do bebê ao nascer e à idade da mãe ao engravidar. Vale ressaltar que a escolha dessas variáveis para esta análise associativa foi realizada após a identificação da significância prévia delas ($p < 0,05$). Essa análise foi realizada por meio de Modelo Linear Generalizado, utilizando distribuição Gaussiana, sendo também denominada de Análise de Covariância (ANCOVA). Foi utilizado um nível de significância de 0,05, sendo as análises realizadas no programa R.

4.7 Considerações Éticas

A pesquisa é parte integrante do projeto guarda-chuva “O cuidado em saúde mental: aspectos relacionados às políticas, aos serviços, às redes de apoio, aos profissionais e aos usuários” sob responsabilidade da orientadora deste estudo. Foi desenvolvida de acordo com os aspectos éticos descritos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Para isso, a presente pesquisa está autorizada e registrada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Parecer 4.124.227 data 30/06/2020) (ANEXO D) e autorizado pela Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Cascavel, em ofício No: 0363/2020, registrado na Escola de Saúde Pública Municipal e datado em 21/05/2020 (ANEXO E).

Os dados foram coletados mediante a assinatura virtual das mães ou dos responsáveis no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), em que autoriza a própria participação e outro termo, de igual conteúdo, em que consente a participação da criança. Além disso, as mães manifestaram o

assentimento no Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE B) conforme protocolo de orientação específico (MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA EXECUTIVA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA, 2021).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

Foram analisadas 52 mulheres, mães de filhos prematuros, quanto ao perfil sociodemográfico, avaliação dos distúrbios do sono na 1ª infância, SQR-20 e PSQI-BR. Essas mulheres foram separadas em dois grupos: Controle e Intervenção, sendo avaliadas nos momentos pré e pós-intervenção. Ressalta-se a homogeneidade do grupo controle e grupo intervenção com relação ao número de unidades amostrais a serem utilizadas, ao realizar-se as análises estatísticas finais.

Justifica-se a diferença entre a amostra coletada e a estimativa realizada inicialmente em função das condições que seguem: mudanças na dinâmica de atendimento da coleta de dados em função da pandemia Covid-19, faltas acima da média da população alvo e impossibilidade da pesquisadora comparecer no local da coleta de dados em função de trabalho remoto segundo Decreto Municipal No 15.337 de 2020.

A comparação das variáveis sociodemográficas indicou diferença significativa entre os grupos Controle e Intervenção ($p < 0,05$) apenas para três variáveis. O número de filhos das mães do GI foi significativamente maior do que do GC ($p = 0,0042$), assim como um maior número de pessoas que moram nas respectivas casas ($p = 0,0158$). A composição familiar, incluindo o bebê, apresentou uma indicação de haver significativamente mais pessoas no grupo Intervenção do que no grupo Controle ($p = 0,0504$; Tabela 1). As demais variáveis sociodemográficas não indicaram diferença significativa entre os grupos ($p > 0,05$), sendo estas descritas a seguir. A idade mediana das mães foi de 29,5 [IQ: 24,25 – 33,75] anos e a idade mediana dos bebês foi de 14 [IQ: 10,25 – 16,75] meses. A idade gestacional mediana do nascimento das crianças participantes no estudo foi de 34 [IQ: 31 – 35,75] semanas. A renda mediana dos grupos foi de R\$ 2500,00 [IQ: 1766,25 – 3507,50] (Tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas descritivas das variáveis relativas ao perfil sociodemográfico das mães de recém-nascidos prematuros. Cascavel – PR, 2021

Variáveis	Controle	Intervenção	p-valor
Idade da mãe (mediana, 1°Q – 3°Q)	29 [23.5 - 32]	30 [24.5 - 36]	0,4278*
Idade do bebê (mediana, 1°Q – 3°Q)	13 [8.75 - 15]	15 [10.5 - 18]	0,0988*
Idade Gestacional do nascimento (mediana, 1°Q – 3°Q)	34 [30 - 35]	34 [31 - 36]	0,5167*
Renda da casa (mediana, 1°Q – 3°Q)	2420 [1316.25 - 3375]	3000 [2070 - 4340]	0,1228*
Número de filhos (mediana, 1°Q – 3°Q)	2 [1 - 2]	3 [1 - 3]	0,0042*
Número de pessoas na casa (mediana, 1°Q – 3°Q)	3 [2 - 4]	4 [3 - 4,75]	0,0158*
Composição familiar com o bebê (mediana, 1°Q – 3°Q)	4 [3 - 4]	4 [3 - 5]	0,0504*
Função / trabalho mãe (n, %)	Dona de casa Emprego nível fundamental Emprego nível médio Emprego nível superior Desempregada	9 (33,3%) 4 (14,8%) 8 (29,6%) 3 (11,1%) 3 (11,1%)	0,9678
Estado civil mãe (n, %)	Casada Solteira União Estável Mora junto Separada	17 (63,0%) 2 (7,4%) 8 (29,6%) 0 (0%) 0 (0%)	0,0668
Escolaridade da mãe (n, %)	Fund. Incompleto Fund. Completo Médio incompleto Médio completo Superior incompleto Superior completo Pós-graduação	3 (11,1%) 2 (7,4%) 2 (7,4%) 8 (29,6%) 4 (14,8%) 8 (29,6%) 0 (0%)	0,0781
Doença pré-gestacional (n, %)	Sim Não Não sabe	7 (25,9%) 18 (66,7%) 2 (7,4%)	0,5528

Fonte: Dados da pesquisa, 2021. *P-valor do Teste Mann Whitney-U ou p-valor do teste de qui quadrado para independência.

5.2 Avaliação dos distúrbios do sono na 1ª infância

Ao avaliar as respostas obtidas por meio dos instrumentos de Avaliação dos distúrbios do sono na 1ª infância, foi possível verificar que as variáveis Q3, Q4, Q5, Q6, Q7, Q11, Q13, Q14, Q16, Q17d, Q17e, Q24, Q25, Q34, Q35, Q36, Q37, Q39, Q40 e Q41 não apresentaram diferenças ao longo do tempo do seguimento, assim como não houve diferença entre os grupos ou na interação entre grupos e tempo ($p > 0,05$).

As variáveis citadas referem-se a: “você considera que seu filho tem problemas de sono?” em Q3; “Quando você coloca seu(sua) filho(a) no berço ou na cama à noite, ele(a) tem dificuldade para dormir?” em Q4; “Quanto tempo ele(a) demora para dormir a partir do momento que ele(a) deveria dormir, do seu ponto de

vista?” em Q5; “Ele(a) consegue iniciar o sono sozinho?” em Q6; “Seu(sua) filho(a) levantou-se ou se acordou à noite ao longo do último mês?” em Q7; “Quanto tempo seu(sua) filho(a) demora, em geral, para voltar a dormir quando ele(a) se levanta ou se acorda durante a noite?” em Q11; “Quando vocês não estão em casa (nas férias, visitas), seu(sua) filho(a) vai dormir e dorme como se estivesse em casa?” em Q13; “Algumas crianças têm um despertar “difícil”, têm mau humor, resmungam, choram. Este é o caso do(a) seu(sua) filho(a)?” em Q14; “Seu(sua) filho(a) fez “soninho” durante o dia no último mês? EM CASA” em Q16; “Se assiste televisão à tarde, perguntar: por quanto tempo?” em Q17d; “Se assiste televisão à noite, perguntar: por quanto tempo?” em Q17e; “A senhora amamenta seu(sua) filho(a)?” em Q24; “” em Q25; “O pai do bebê vive com a senhora?” em Q34; “Você considera que o pai ou alguém com quem divide os cuidados da criança lhe dá apoio?” em Q35; “O bebê tem alguma doença?” em Q36; “O bebê já teve alguma doença?” em Q37; “A mãe tem depressão?” em Q39; “A senhora teve depressão em algum momento após o nascimento do seu(sua) filho(a)?” em Q40 e “Alguém que divide os cuidados do bebê tem depressão?” em Q41.

Por outro lado, as variáveis Q8 e Q9 apresentaram diferenças significativas entre os grupos ($p < 0,05$), porém independentemente do tempo do seguimento ($p > 0,05$). Isso demonstra que os filhos das mães que realizaram a intervenção geralmente acordavam 1 vez à noite, independentemente do tempo do seguimento (Q8), assim como geralmente tais crianças iam dormir sempre no mesmo horário (Q9).

Foi observado que em ambos os grupos (Controle e Intervenção), no período pós-intervenção, as crianças aumentaram o tempo de “soninho” durante o dia ($p = 0,003$). Contudo, vale ressaltar novamente que tal fato ocorreu nos dois grupos, não sendo, portanto, possível mencionar que tal efeito foi resultado da intervenção.

As variáveis Q12, Q17, Q17a, Q17c, Q25a e Q38 apresentaram diferenças estatísticas na interação entre tempo e grupos em estudo ($p < 0,05$; Figura 1; Tabela 2). Ao avaliar a frequência dos locais onde a criança costuma dormir, foi observado que, no período pré-intervenção, as crianças do grupo controle dormiam em maior frequência na cama com os pais (30,77%) ou junto com os irmãos (38,46%); no período pós-intervenção, grande parte passou a dormir em seu próprio quarto (42,31%). Grande parte das crianças no grupo intervenção, no período pré-intervenção, dormia em seu próprio quarto (46,15%), e no período pós-intervenção

passaram a dormir na cama junto com os pais (34,62%), na cama junto com os irmãos (19,23%) e no quarto dos pais (23,08%).

Quanto ao Período de Sono (Q17a), no período pré-intervenção, as mães do grupo controle não sabiam em qual horário a criança dormia (42,31%) e no período pós-intervenção, mencionam que as crianças dormem ou de manhã (23,08%) ou de manhã e à tarde (26,92%). O grupo de mães do grupo intervenção teve comportamento inverso ao controle, mencionando no período pré-intervenção que as crianças dormiam ou de manhã (26,92%) ou de manhã e à tarde (30,77%); e no período pós-intervenção, não sabiam (30,77%).

Em relação à ação de a criança assistir televisão (Q17), foi possível observar que, após o período de intervenção, mais crianças do grupo controle passaram a assistir TV (Pré=57,7%; Pós=84,6%), enquanto as crianças do grupo intervenção apresentaram uma tênue redução (Pré=76,9%; Pós=69,2%). Quanto ao tempo que assistem TV (Q17c), foi possível notar que as crianças do grupo intervenção aumentaram este tempo, enquanto as crianças do grupo controle reduziram a mediana de tempo.

Sobre a idade da amamentação (Q25a), foi possível verificar que, após a intervenção, o grupo de mães submetidas à intervenção aumentou a idade em que amamentaram seus filhos, passando de 2 para 4 meses em média. Por outro lado, o grupo controle passou de 4 para 3 meses após a intervenção.

Por fim, quanto ao tabagismo na casa em que vivem, foi observado que houve uma redução significativa da frequência de fumantes na casa das mães que sofreram a intervenção (Pré=34,6%; Pós=15,4%).

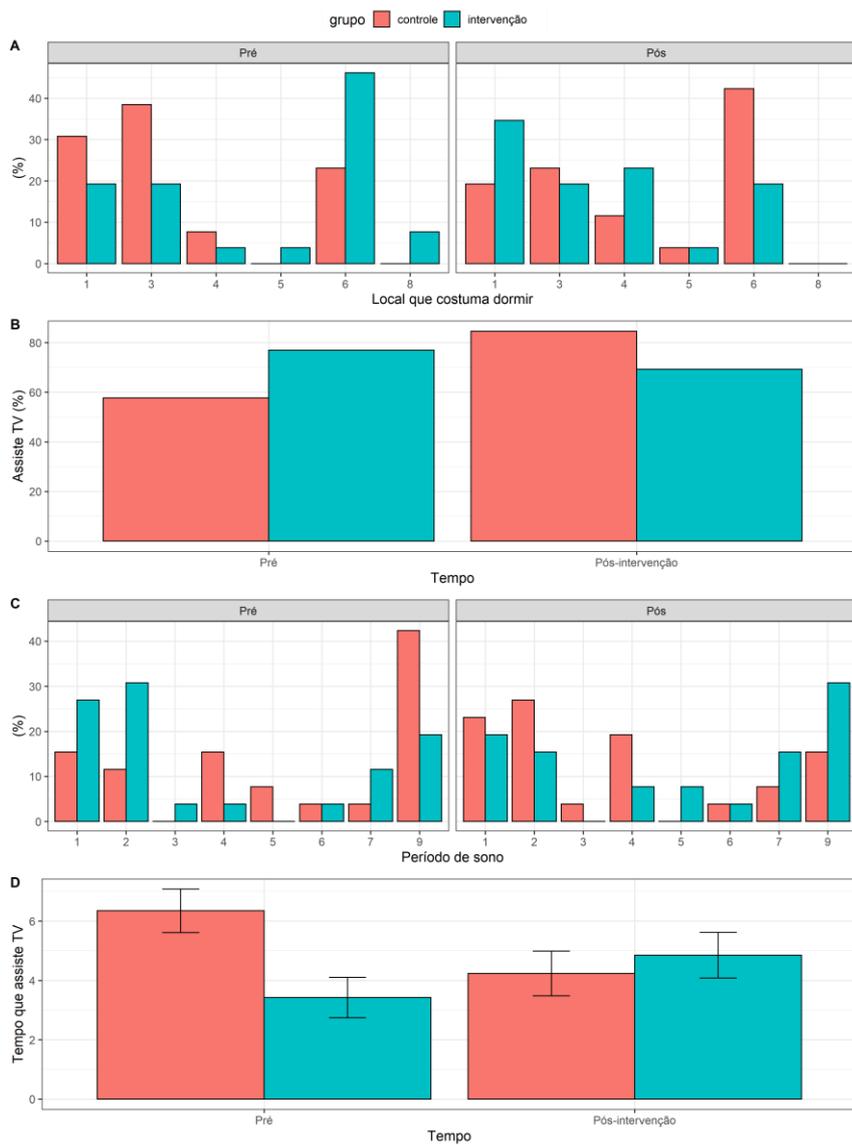


Figura 1 – Demonstrações gráficas das variáveis consideradas significativas na avaliação dos distúrbios do sono na 1ª infância. A) Q12, B) Q17, C) 17a, D) Q17c.

Tabela 2 – Medianas e intervalos interquartílicos (1° e 3° quartis) das questões da avaliação dos distúrbios do sono na 1ª infância nos grupos Controle e Intervenção, nos períodos pré e pós-intervenção Local. ano

	Controle						Intervenção						p-valor tempo	p-valor grupo	p-valor interação	
	Pré			Pós			Pré			pós						
	Median a	1o Q	3o Q	Median a	1o Q	3o Q	Median a	1o Q	3o Q	Median a	1o Q	3o Q				
Q3	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	0,590	0,280	0,590
Q4	4,50	2,25	5,00	4,00	3,25	5,00	4,00	2,50	5,00	4,00	3,00	5,00	0,840	0,840	0,840	
Q5	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	1,25	3,75	2,00	2,00	3,00	0,620	0,870	0,510	
Q6	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	0,842	0,550	0,069	
Q7	3,50	1,00	4,75	3,00	2,00	4,00	3,00	1,25	4,00	4,00	2,25	4,00	0,220	0,560	0,500	
Q8	2,00	1,00	3,00	1,50	1,00	3,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	0,709	0,016	0,860	
Q9	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,490	0,032	0,772	
Q11	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	0,380	0,77	0,930	
Q12	3,00	1,00	4,00	4,00	3,00	6,00	6,00	3,00	6,00	3,00	1,00	4,00	0,630	0,562	0,004	
Q13	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	0,690	0,690	0,430	
Q14	4,00	3,00	5,00	4,00	3,00	5,00	5,00	4,00	5,00	4,00	4,00	5,00	0,620	0,140	0,890	
Q16	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,75	0,270	0,790	0,410	
Q16.a)	4,00	2,00	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00	3,00	8,00	0,003	0,116	0,079	
Q17	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	0,270	0,826	0,042	
Q17.a)	5,50	2,50	9,00	2,50	2,00	5,50	2,00	1,25	7,00	5,50	2,00	9,00	0,665	0,805	0,009	
Q17.c)	9,00	2,00	9,00	2,00	1,00	9,00	2,00	1,00	7,25	2,00	1,00	9,00	0,646	0,125	0,021	
Q17.d)	9,00	1,00	9,00	2,00	1,00	9,00	9,00	1,00	9,00	9,00	1,00	9,00	0,700	0,460	0,650	
Q17.e)	9,00	1,25	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	3,75	9,00	9,00	3,75	9,00	0,310	0,660	0,380	
Q24	2,00	1,00	2,00	2,00	1,25	2,00	2,00	1,25	2,00	2,00	2,00	2,00	0,510	0,510	0,820	
Q34	1,00	1,00	1,75	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,000	0,320	0,310	
Q35	1,00	1,00	1,75	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	0,842	0,842	0,087	
Q36	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	0,800	0,800	0,200	
Q37	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,000	0,665	0,082	
Q39	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	0,780	0,400	0,780	
Q40	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	0,800	0,075	0,199	
Q41	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,000	1,000	0,150	

Fonte: P-valor de tempo, P-valor de grupo, P-valor da interação tempo e grupo obtidos por meio da aplicação das Equações de Estimativa Generalizada (GEE).

5.3 Self-Report Questionnaire – SRQ20

Ao analisar as questões relativas ao SRQ20, foi possível observar que apenas as questões relativas à “Falta de Apetite” e ao “Sentir-se Triste” foram consideradas estatisticamente significativas ($p < 0,05$; Figura 2; Tabela 3).

Verificou-se que, após a intervenção, houve a redução de mães do grupo controle que sentiam falta de apetite (Pré=46,2%; Pós=15,4%), enquanto houve um ténue aumento de mães do grupo intervenção que manifestou falta de apetite (Pré=15,4%; Pós=23,1%).

Quanto ao sentimento de tristeza, também foi observado que houve a redução de mães do grupo controle que se sentiam tristes (Pré=46,2%; Pós=23,1%), enquanto houve um grande aumento de mães do grupo intervenção que manifestou a tristeza (Pré=23,1%; Pós=46,2%).

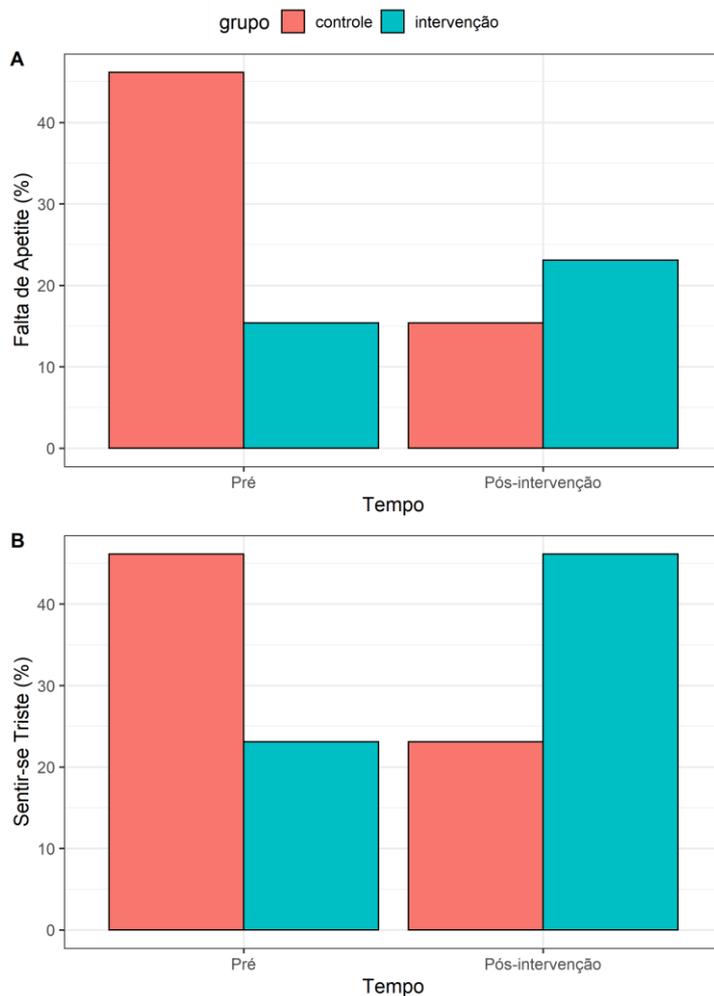


Figura 2 – Demonstrações gráficas das variáveis consideradas significativas no SRQ20. A) Falta de Apetite, B) Sentir-se Triste. Cascavel, 2022

Tabela 3 – Medianas e intervalos interquartílicos (1° e 3° quartis) das questões do SRQ-20 nos grupos Controle e Intervenção, nos períodos pré e pós-intervenção. Cascavel, 2022

	Controle						Intervenção						p-valor tempo	p-valor grupo	p-valor interação
	pré			Pós			Pré			pós					
	Median a	1o Q	3o Q	Median a	1o Q	3o Q	Median a	1o Q	3o Q	Median a	1o Q	3o Q			
DOR CABECA	2,00	1,00	2,00	1,50	1,00	2,00	1,50	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	0,690	0,690	0,240
FALTA APETITE	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	0,173	0,169	0,019
DORME MAL	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	0,690	0,110	0,670
ASSUSTA-SE	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	0,690	0,420	0,690
TREMORES MÃOS	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	0,180	0,060	0,400
NERVOSO TENSO	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	0,30	0,840	0,140
MÁ DIGESTÃO	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,000	0,460	0,460
DIFICULDADE PENSAR	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,25	2,00	0,670	0,670	1,000
TRISTE	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,000	1,000	0,012
CHORADO	2,00	1,25	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,000	0,640	0,160
SATISF ATIV DIARIAS	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	0,230	0,230	0,210
DIFICULD DECISÕES	2,00	2,00	2,00	2,00	1,25	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,25	2,00	0,830	0,510	0,510
DIFICULD NO SERVIÇO	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,000	1,000	0,630
INCAPAZ DESEMP PAPEL	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	0,590	0,100	0,990
PERDIDO INTERESSE	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	0,360	0,360	0,640
PESSOA INÚTIL	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	0,800	0,022	0,205
IDEIA ACABAR VIDA	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	0,540	0,220	0,530
CANSADO TEMPO TODO	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,50	1,00	2,00	1,50	1,00	2,00	1,00	0,430	1,000
CANSA C FACILIDADE	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	0,690	0,420	0,990
SENS DESAGR ESTÔMAGO	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	0,450	0,450	0,210

Fonte: P-valor de tempo, P-valor de grupo, P-valor da interação tempo e grupo obtidos por meio da aplicação das Equações de Estimativa Generalizada (GEE).

5.4 PSQI-BR

Ao analisar as questões relativas ao PSQI-BR, foi possível observar que apenas as variáveis e (“Tossiu ou roncou forte”), Q7 (“Durante o último mês, você tomou medicamento para dormir (prescrito ou "por conta própria") para lhe ajudar a dormir?”) e Q8 (“Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade para ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)”) foram consideradas estatisticamente significativas ($p < 0,05$; Figura 3; Tabela 4).

Quanto à questão “Tossiu ou roncou forte”, foi possível observar que após a intervenção houve o aumento da percepção das mães de ambos os grupos. As mães do grupo controle passaram a notar 3 ou mais vezes por mês que tossiam ou roncavam (Pré = 3,85%; Pós=19,23%), enquanto as mães submetidas à intervenção passaram a notar menos de uma vez por mês (Pré = 11,54%; Pós =26,92%).

Quanto à Q7, foi possível observar as mães do grupo controle passaram a tomar mais medicação para dormir, enquanto as mães submetidas à intervenção reduziram significativamente.

Quanto a Q8, foi possível observar que as mães do grupo intervenção apresentaram maior frequência na dificuldade para ficar acordada enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social, reduzindo tal frequência no grupo controle.

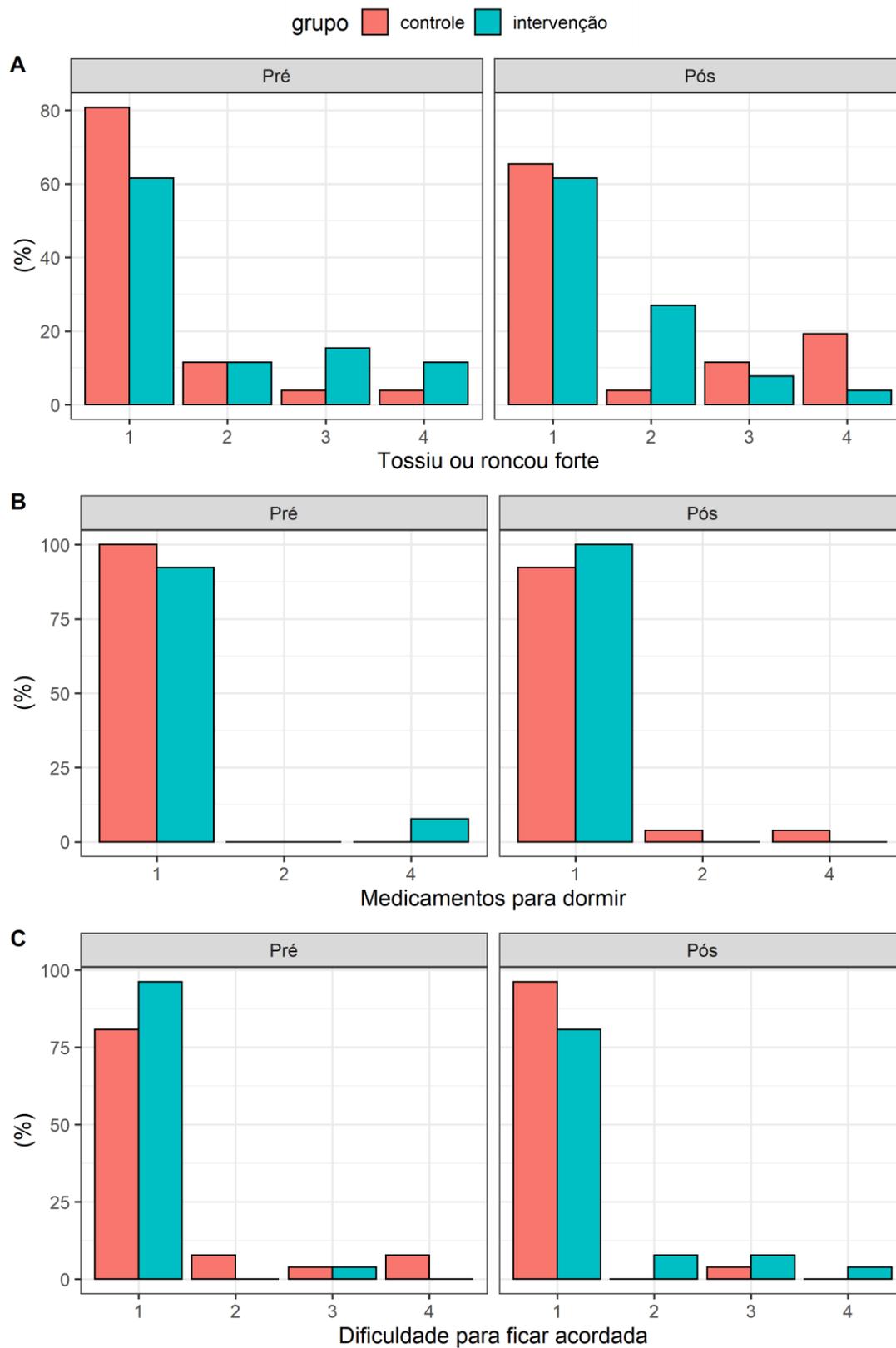


Figura 3 – Demonstrações gráficas das variáveis consideradas significativas no PSQI-BR. A) Tossiu e Roncou, B) Medicamentos para dormir, C) Dificuldade para ficar acordada. Cascavel, 2022

Tabela 4 – Medianas e intervalos interquartílicos (1º e 3º quartis) das questões do PSQI-BR nos grupos Controle e Intervenção, nos períodos pré e pós-intervenção. Cascavel, 2022

	Controle						Intervenção						p-valor tempo	p-valor grupo	p-valor interação
	Pré			Pós			Pré			pós					
	Median a	1o Q	3o Q	Median a	1o Q	3o Q	Median a	1o Q	3o Q	Median a	1o Q	3o Q			
Q2	30	10	60	15	2.5	30	20	10	30	10	2.75	15	<0,0001	0.800	0.320
Q4	7.00	6.00	8.00	7.00	6.00	8.00	8.00	6.00	8.00	8.00	6.00	9.00	0.665	0.091	0.849
Qa)	2.00	1.00	3.75	1.00	1.00	3.00	1.50	1.00	4.00	1.00	1.00	3.00	0.400	0.940	0.700
Qb)	4.00	2.25	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	1.00	4.00	2.00	1.25	4.00	0.878	0.065	0.887
Qc)	3.00	1.00	4.00	2.00	1.25	4.00	3.00	1.00	4.00	3.00	1.25	4.00	0.870	0.870	0.520
Qd)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.483	0.063	0.488
Qe)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	3.00	1.00	1.00	2.75	1.00	1.00	2.00	0.432	0.695	0.036
Qf)	2.00	1.00	3.00	2.00	1.00	3.00	2.00	1.00	4.00	1.50	1.00	3.00	0.250	0.870	0.250
Qg)	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00	1.75	1.00	1.00	2.00	0.780	0.780	0.930
Qh)	1.00	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00	1.00	1.00	3.00	1.00	1.00	2.00	0.790	0.930	0.650
Qi)	1.50	1.00	3.00	2.00	1.00	4.00	1.00	1.00	3.75	1.00	1.00	2.00	0.580	0.230	0.280
Q6	2.00	2.00	2.75	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.75	2.00	2.00	2.00	0.650	0.880	0.880
Q7	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.699	0.699	0.032
Q8	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.883	0.883	0.015
Q9	2.00	1.00	2.00	1.00	1.00	2.00	1.50	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00	0.830	0.660	0.510

Fonte: P-valor de tempo, P-valor de grupo, P-valor da interação tempo e grupo obtidos por meio da aplicação das Equações de Estimativa Generalizada (GEE).

Em nova análise estatística, a partir da ANCOVA, foi possível verificar que houve um ajuste adequado das associações das variáveis analisadas ($R^2 = 0,6706$, $F_{4,47} = 23,9228$; $p < 0,0001$; Tabela 1). Em todas as análises, pôde-se observar que o grupo controle apresentou uma piora significativa no tempo do sono após o nascimento do bebê, quando comparado ao grupo intervenção, como ditam os dados a seguir. Ressalta-se que o grupo controle recebeu apenas um material explicativo simplificado, enquanto o grupo intervenção recebeu um material explicativo em formato de vídeo com um número maior de explicações sobre o tema de cuidado do recém-nascido prematuro.

Tabela 1 – Média dos quadrados das variáveis e suas interações. F e p-valor da Análise de Covariância.

Variáveis e interações	Média dos quadrados	F	p-valor
Grupos	562,3269	68,0110	< 0,0001
Idade da mãe * Grupos	79,6011	9,6274	0,0032
Grupos * Peso do filho ao nascer * Ordem de nascimento	50,4006	6,0957	0,0172

Valores em negrito indicam significância estatística.

A variação média do tempo de sono das mães do grupo controle diminuiu significativamente ($p < 0,0001$; Tabela 1) em cerca de 6,33 horas, à medida em que o das mães do grupo intervenção aumentou em 0,25 horas, isto é, em 15 minutos, mostrando a eficiência da intervenção realizada (Figura 1).

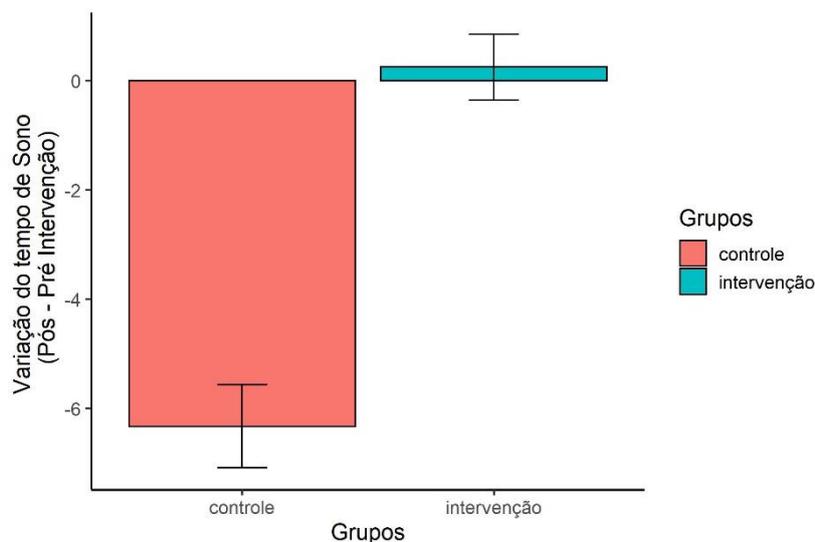


Figura 1 – Média + erro-padrão da variação de tempo de sono entre os períodos pós e pré-intervenção dos grupos controle e intervenção.

Houve diferença significativa na interação entre a variação média do tempo de sono pós-intervenção das mães dos grupos (controle e tratamento) com as suas respectivas

idades ($p = 0,0032$; Tabela 1). Pôde-se notar que, no grupo controle, entre as mães com maior idade, menos horas de sono elas perderam após o nascimento de seus filhos. Já as mães mais jovens possuem uma maior redução na variação no tempo de sono (Figura 2), indicando um piora na qualidade de sono. Padrão diferente foi observado para o grupo intervenção, no qual praticamente não foi observada alteração na variação do tempo de sono pós-intervenção em relação à idade das mães (Figura 2).

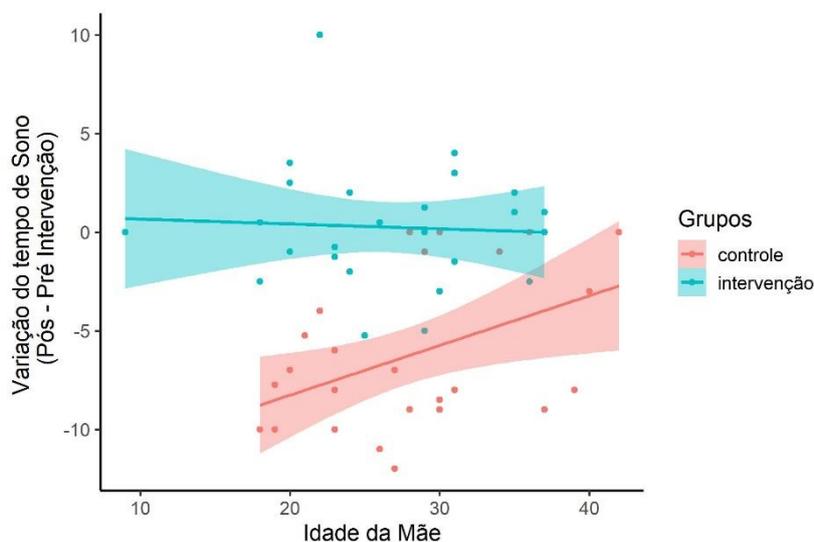


Figura 2 – Relação entre a variação do tempo de sono pós e pré-intervenção (y) e idade das mães (x) nos grupos controle (vermelho) e intervenção (azul).

Diferença estatística foi também obtida na variação média do tempo de sono pós-intervenção das mães quando avaliada a interação entre os grupos controle e tratamento, o peso dos filhos ao nascer e a ordem de nascimento destes ($p = 0,0172$; Tabela 1). Verificou-se que para bebês com menos do que 2kg, a ordem do nascimento praticamente em nada afetou a variação do tempo de sono pós e pré-intervenção em nenhum dos grupos estudados (controle e intervenção), havendo, ainda, certa melhora no tempo do sono de mães do grupo intervenção em relação aos seus últimos filhos (Figura 3).

Para bebês com mais de 2kg, entretanto, observou-se uma queda no tempo do sono para mães do grupo intervenção em relação à ordem dos filhos, ou seja, mães que tiveram seu 4º filho dormiram menos após a intervenção. Já para as mães do grupo controle, notou-se o contrário, sendo que, nos últimos filhos, tais mães dormiram mais (Figura 3). Porém, vale ressaltar que, apesar de uma indicação de piora da qualidade do sono nas mães que receberam a intervenção e cujos filhos tinham mais de 2 kg, essa redução de sono foi de aproximadamente – 2 horas, enquanto as mães do grupo controle chegaram a reduzir mais de 10 horas de sono (Figura 3).

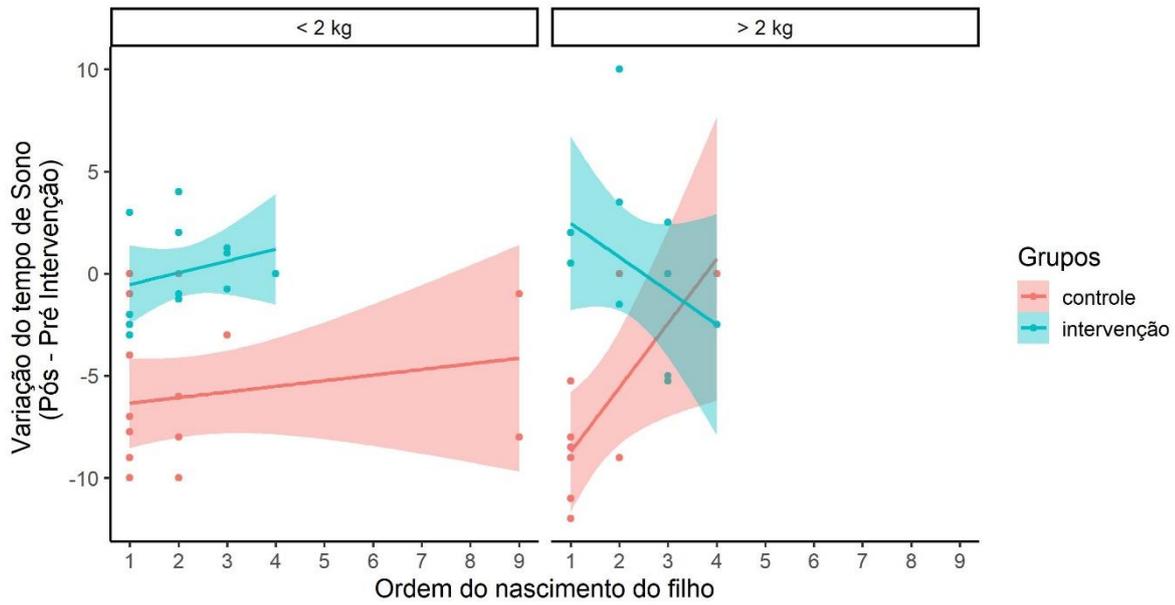


Figura 3 – Relação entre a variação do tempo de sono pós e pré-intervenção (y) e a ordem do nascimento dos filhos (x) nos grupos controle (vermelho) e intervenção (azul).

6 DISCUSSÃO

Observou-se na análise estatística que as mães componentes do grupo intervenção já apresentavam um hábito de sono mais regulado, quando referiram que acordavam apenas uma só vez durante a noite e possuíam rotina de horário de sono para adormecer. Ter diferença estatística neste ponto, diferencia todo o olhar sobre as eventuais consequências que hábitos deletérios ou saudáveis de sono podem ter sobre a saúde materna. Como apontado na discussão de Baleia (2015), está compreendido como passo para educação sobre a higiene de sono, a manutenção de um horário de sono regular. Também, no estudo realizado por Rafihi-Ferreira (2015), as orientações para estabelecimento de horários de rotina para dormir foi indicada como técnica nas sessões do programa de intervenção comportamental para problemas de sono. Especificamente neste último estudo citado, não houve diferença entre grupo controle e intervenção sobre rotina de sono prévia, sendo que ambos os grupos apresentavam algum tipo de rotina. O resultado indicou que houve melhora dos indicadores de bons hábitos de sono após a orientação no grupo intervenção, tendo estado o grupo controle em lista de espera e não com orientação alternativa, tal como a presente pesquisa se apresentou.

Ainda sobre os resultados da pesquisa com relação aos indicadores de qualidade de sono da criança, demonstrou-se estatisticamente significativo o aumento de “soninhos” durante o dia, tendo havido aumento em ambos os grupos. Acredita-se que, frente à discussão de hábitos de higiene do sono, ambas as intervenções favoreceram a melhora. Cita-se que, apesar de as orientações que o grupo controle recebeu serem as habitualmente passadas às famílias pela equipe interdisciplinar, para a pesquisa, ambas foram realizadas pela psicóloga. Valida-se a ideia, como também na pesquisa de Rafihi-Ferreira (2015) que realizar orientações, mesmo que simples, sobre higiene do sono, resultou em melhora ou regulação de (alguns) hábitos de sono das crianças.

Sobre a frequência dos locais onde a criança costuma dormir, no período pré intervenção, as crianças do grupo controle dormiam com os pais ou com irmãos e no pós intervenção, passaram a dormir em seu próprio quarto. Este resultado foi diferente do apontado em outros estudos, sobretudo no supracitado, uma vez que houve a inserção das crianças do grupo intervenção em sono no quarto dos pais. Considerando os dados sociodemográficos, cabe citar que o grupo intervenção possuía diferença estatisticamente significativa para número de integrantes da família maior do que do grupo controle. Ao contrário do que se encontrou na pesquisa feita por Santos, Mota e Matijasevich (2010)

indicou que as taxas de coleito não estavam associadas ao aumento de taxas de coleito em famílias mais numerosas.

Com relação ao monitoramento de horário de dormir das crianças, o resultado da presente pesquisa indicou que o grupo controle não exercia atenção sobre este ponto, quando o grupo intervenção já o fazia. Frente às orientações, o grupo controle passou a fazer esta observação. Já o grupo intervenção deixou de dispor desta informação. Novamente, acredita-se que, frente à orientação mais extensa feita ao grupo intervenção, pode ter havido uma baixa adesão ao material ofertado e possível acomodação deste cuidado, com menor evidência a este monitoramento.

Sobre o uso da televisão, o grupo controle apresentou aumento no número de crianças que faziam uso deste eletrônico e o grupo intervenção apresentou tênue diminuição do número de crianças expostas à televisão. Com relação ao tempo de uso da televisão, as crianças do grupo intervenção aumentaram o número de horas de exposição enquanto as crianças do grupo controle tiveram diminuição desse tempo. Cita-se que uma falha do questionário foi de que, apesar de questionar sobre o uso da televisão, não o relacionou com a rotina de sono e nem com o horário próximo ao adormecer. Então, não há como prever ou identificar se há real interferência nos hábitos de sono em função do uso da televisão. Outra característica que poderia ser alterada em estudos futuros é a expansão do conceito “televisão” para “eletrônicos”, com a finalidade de abranger, além da televisão, celular, tablet e computador.

Com relação aos dados dos questionários, inicia-se a discussão do SQR-20, uma vez que este apontou como dados estatisticamente significativos a redução de falta de apetite nas mães do GC e pequeno aumento de falta de apetite no GI. Correlaciona-se aqui os dados de que, no grupo intervenção, as crianças passaram a dormir mais com os pais (coleito) e esta prática está associada a alterações de humor e funcionalidade diurna da família, produzindo maior ocorrência de estresse, bem como prejuízo nos relacionamentos entre os familiares. Frente a alterações de sono ou de qualidade/quantidade de sono inadequada dos bebês, estudos indicam que há maior predisposição para desenvolvimento de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático. A mudança de hábitos alimentares/apetite, está relacionada à depressão e ansiedade, principalmente (OLIMPIA et al., 2014; SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2008).

No mesmo sentido do que foi colocado anteriormente, houve aumento de mães do grupo intervenção que manifestou tristeza e redução de mães do grupo controle que indicaram sentir tristeza. A base da interpretação deste fenômeno está diretamente

relacionada aos descritos na literatura sobre piores condições de sono dos pais em ocorrência de cama compartilhada e seus prejuízos: despertares noturnos mais frequentes, atraso do horário de dormir dos bebês (OLIMPIA et al., 2014; SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2008). Sobre a avaliação qualitativa dos dados, um dado que se destacou foi a diferença entre o número de mães que acreditam estar em sofrimento psicológico, das que apresentam sintomas característicos de estados deprimidos e ansiosos. A presença destes sintomas em mães de prematuros é comumente encontrada na literatura (CARVALHO, 2010; SANTOS; MOTA; MATIJASEVICH, 2010; FAVARO; PERES; SANTOS, 2012; BALEIA, 2015; NUNES; BRUNI, 2015; RAFIHI-FERREIRA, 2015; BARBISAN; SANTOS; MOTTA, 2019). O público-alvo pesquisado mostrou-se identificado com estes achados.

Na avaliação do sono materno, houve um aumento do olhar das mães de ambos os grupos para seu estado de sono do que no teste pré intervenção e controle, conseguindo identificar maior ocorrência de ronco ou tosse durante a noite, talvez por prestarem mais atenção nesta característica. Ainda sobre o sono materno, ao mencionar o dado de que as mães do grupo controle passaram a tomar mais medicação do que do grupo intervenção, enquanto estas reduziram significativamente seu uso de remédios, pode-se compreender que outra explicação alternativa para a diferença dos resultados deste teste para os citados na literatura também possa estar associado a mudanças químicas. Outra condição que pode ter influenciado no uso de medicação é de que, frente à situação de COVID-19, para além das interferências na dinâmica da presente pesquisa, pode ter havido influência direta sobre as mães, no intervalo entre uma coleta de dados e outra, pois, como apontam artigos atuais sobre o tema, houve um aumento significativo de ocorrência de psicopatologias e uso de medicação pela população durante a ocorrência da pandemia (FEITOSA; CRUZ JUNIOR, 2021).

De maneira geral, os marcadores estatisticamente significativos demonstraram que as mães do grupo intervenção pioraram nas condutas relativas ao comportamento relacionado ao sono dos bebês e o seu, bem como dos sinais e sintomas de humor e ansiedade. Outra forte associação a essa explicação é a última característica estatisticamente significativa apontar dificuldade das mães do grupo intervenção de ficarem acordadas durante o dia, enquanto se esperava que elas ficassem acordadas (enquanto dirigiam, por exemplo).

Para além da análise estatística/quantitativa, pode-se realizar uma análise qualitativa dos dados alcançados uma vez que se verificou tanto a manifestação de sintomas quanto se realizaram perguntas diretas sobre se as mães acreditavam ter bons hábitos de sono ou

estarem deprimidas. O mesmo tipo de dados foi encontrado em pesquisas científicas, indicando que há dificuldade de falar sobre sua condição de supostos sintomas depressivos. (CAMACHO et al., 2006; ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014; ALBUQUERQUE, 2014; PETZOLDT et al., 2015; BAPTISTA et al., 2018) Ainda, na presente pesquisa, com relação ao sono, de maneira geral, houve indicadores de sonos satisfatórios no questionário de sintomas, apesar da descrição das unidades amostrais de ambos os grupos afirmarem que dormem mal em questão.

O questionário PSQI-BR, que avalia a qualidade de sono materno, apresentou, em seus resultados, que houve alteração de sono materno em grupo controle e intervenção, em pré e pós teste conforme segue: Pré teste, GC – 17 unidades amostrais (UA) com alterações moderadas de sono e nove com alterações graves de sono. GI – 16 unidades amostrais com alterações moderadas de sono e 10 com alterações graves de sono. Em pós teste, GC – 18 UA com alteração moderada de sono e oito com alteração grave de sono. GI – 19 unidades amostrais com alterações moderadas de sono e sete com alterações graves.

Com relação à saúde mental, o resultado desta comparação foi inversamente proporcional, havendo mais mães com pontuações altas na sintomatologia para depressão e ansiedade do que as que se autoavaliaram na pergunta específica. Também negaram dificuldade de manter o entusiasmo para fazer atividades de vida diária em ambos os testes dos dois grupos. Isso pode estar justificado na inibição de assumir, na resposta direta do questionário, a situação de vulnerabilidade. Estudos diversos já indicaram a dificuldade de as mães de bebês prematuros comunicarem a ocorrência de sentimentos ambíguos ou negativos relacionados ao bebê, contudo estes não são raros e, em certo ponto, característicos do contexto da prematuridade (CAMACHO et al., 2006b; SOUZA et al., 2012).

Ao se considerar dois grandes grupos (pré e pós intervenção), puderam-se perceber diversos pontos em que a intervenção resultou em melhora da resposta do grupo que recebeu a intervenção mais detalhada, em detrimento do grupo controle, que recebeu a intervenção breve. As principais diferenças estatisticamente significativas foram com relação ao tempo de sono das mães, que aumentou entre as mães do grupo intervenção, sem a mesma proporção para o grupo controle.

Observou-se também que houve diferença estatisticamente significativa com relação ao tempo de sono perdido após o nascimento do filho e a idade materna. No grupo controle, houve mudança pequena da formatação inicial das horas de sono. Já no grupo intervenção, na segunda testagem, pós-intervenção, praticamente não houve alteração na variação de

tempo de sono em relação à idade das mães, indicando uma homogeneização das horas de sono e uma provável e consequente melhora de horas de sono das mães mais jovens. Esses dados aproximam-se dos achados de literatura que indicam que os aspectos hormonais da mãe podem estar influenciados nessa adaptação (CAMACHO et al., 2006; ALBUQUERQUE, 2014).

Finalmente, na segunda forma de análise dos dados, em que se escolheu separar apenas em dois grandes grupos os dados colhidos – pré intervenção e pós-intervenção, também houve diferenças estatisticamente significativas com relação ao tempo de sono pós-intervenção das mães de bebês com menos de dois quilos, em que se percebeu melhora no tempo de sono de mães do grupo intervenção em relação aos seus últimos filhos. Já para mães de bebês de mais de dois quilos, houve uma indicação de piora da qualidade do sono nas mães que receberam a intervenção. Essa redução foi de aproximadamente duas horas, enquanto as mães do grupo controle reduziram mais de 10 horas de sono.

7 CONCLUSÃO

Considera-se como cumprido o objetivo inicial do trabalho, uma vez que foi possível verificar a condição de sono da mãe e bebê e a saúde mental materna, através da comparação por pré e pós testes, buscando entender a repercussão da orientação psicoeducativa padronizada na mudança de padrão de sono da díade mãe-bebê prematuro. O raciocínio desta explicação está descrito a seguir.

O presente estudo apresentou resultados peculiares com relação ao comportamento do grupo intervenção em comparação ao grupo controle no teste pós orientação, uma vez que houve piora estatisticamente significativa para alguns indicadores, como não saber descrever os horários de sono dos filhos adequadamente, crianças que passaram a dormir com os pais e aumento de uso de eletrônicos por parte dos componentes do grupo intervenção.

Pode-se atribuir este resultado a diversos fatores, dentre eles o uso de medicação por parte do grupo controle em diferença estatisticamente significativa do que comparado ao grupo intervenção. Além disso, uma hipótese alternativa é a de que a apresentação do material informativo de forma assíncrona (vídeo e folder), sendo o vídeo de intervenção mais longo, tenha diminuído a adesão e conseqüente comprometimento com as rotinas de sono e saúde mental das unidades amostrais.

Contudo, foi possível observar que mesmo orientações simples parecem ter gerado efeito produtivo de melhora de hábitos de sono, e estas estão associadas a maiores indicadores de saúde mental materna, validando, dessa forma, parte da hipótese descrita inicialmente na pesquisa: existindo influência da regulação de hábitos de sono na saúde mental materna.

Estão apontadas como limitações da pesquisa: menor adesão das mães em responder de forma independente; coleta remota *versus* coleta presencial; limitações sanitárias devido à pandemia COVID_19. Percebeu-se que houve menor adesão das mães em responder a pesquisa de forma independente, sendo este um viés da presente pesquisa.

Dessa mesma forma, as orientações realizadas de forma assíncrona podem ter comprometido o sucesso da intervenção, considerando que vivemos atualmente um cenário em que o imediatismo e as breves interações/informações são o foco das relações e há baixa tolerância a conteúdos complexos, discussões aprofundadas e riqueza de detalhes.

A coleta de dados realizada de maneira presencial, pessoalmente, aumenta a adesão e agiliza o processo, uma vez que houve latência do tempo de envio da pesquisa

quando de forma virtual e recebimento da resposta. Contudo, frente às limitações sanitárias atuais, novas formas de pesquisa ou metodologias específicas para a coleta de dados virtual devem ser base para discussões futuras, favorecendo o avanço da ciência, alinhado com a tecnologia e cotidiano.

As contribuições do estudo se traduzem na avaliação dos participantes em relação ao seu quadro de saúde mental e a oportunidade de terem um acompanhamento transversal

No conhecimento de hábitos saudáveis de sono, pode-se regular biológica e psicologicamente, de forma a terem ganhos em curto, médio e longo prazo com neuro proteção advinda da regulação de hábitos de sono.

E na avaliação dos marcos de desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) do bebê de forma transversal (ao longo do tempo), o que permite realizar posteriores encaminhamentos junto à unidade de saúde a que a família está vinculada, para apuração mais detalhada acerca do suposto atraso no DNPM.

Sugere-se, para estudos futuros, a adoção de orientações simples, por equipe interdisciplinar nas unidades básicas de saúde, considerando que esta é a porta de entrada do SUS e que possui contato direto com grande parte da população. Posterior avaliação de resultados em termos de saúde mental materna e qualidade de sono da mãe e do bebê. Ainda, que se possa avaliar, longitudinalmente eventuais progressões importantes em marcos dos desenvolvimentos dos prematuros, frente a melhores indicadores de sono.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, J. G. **Ações de promoção à saúde mental da mulher no ciclo gravídico- puerperal**. Pernambuco: [s.n.]. Disponível em: <http://sigproj1.mec.gov.br/apoiados.php?projeto_id=142159>.
- APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)**. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARRAIS, A. DA R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saude e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 251–264, 2014.
- ARRUDA, D. C. DE; MARCON, S. S. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 120–128, 2007.
- BALEIA, V. M. F. **O sono e a saúde**. [s.l.] INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA, 2015.
- BAPTISTA, J. et al. Being a mother of preterm multiples in the context of socioeconomic disadvantage: perceived stress and psychological symptoms. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 5, p. 491–497, 2018a.
- BAPTISTA, J. et al. Being a mother of preterm multiples in the context of socioeconomic disadvantage : perceived stress and psychological symptoms. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 5, p. 491–497, 2018b.
- BARBISAN, B. N.; SANTOS, C. F. DOS; MOTTA, E. H. G. DA. **Medicina do Sono**. 1a. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.
- BERTOLAZI, A. N. **Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh**. [s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.
- BORCK, M. et al. Interdisciplinaridade Na Atenção Humanizada Ao Recém-Nascido De Baixo-Peso Num Centro De Referência Nacional Do Método Canguru. **Holos**, v. 3, p. 404, 2015.
- BOWLBY, J. **Vínculos afetivos: formación, desarrollo y pérdida**. 5a. ed. Madrid: Ediciones Morata, S.A., 1920.
- BOWLBY, J. **Los Cuidados Maternos y la Salud Mental**. 2. ed. Washington DC: Organizacion Mundial de La Salud, 1954.
- BRASIL. **Decreto Lei n. 3914, de 09 de dezembro de 1941**. , 1941.
- BRASIL, M. DA S. S. DE V. EM S. S. DE A. À. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, BrasilMinistério da Saúde, , 2010.
- CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: Classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 92–102, 2006a.

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério : classificação , diagnóstico e tratamento. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 11, p. 92–102, 2006b.

CANANI, S., F.; SILVA, F. A. DE A. A evolução do sono do feto ao adulto: aspectos respiratórios e neurológicos. **Jornal da Pediatria**, v. 74, p. 357, 1998.

CARVALE, B. et al. Sleep Characteristics and Temperament in Preterm Children at Two Years of Age. v. 13, n. 9, 2017.

CARVALHO, C. **Enfermagem Na Promoção Da Transição Para a Maternidade E Do aleitamento materno**. Tese de Doutorado—[s.l.] Universidade de Lisboa, 2010.

CASTRAL, T. C. et al. Maternal factors regulating preterm infants' responses to pain and stress while in maternal kangaroo care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 435–443, 2012.

CHORA, M. A.; AZOUGADO, C. Influência da promoção do sono no desenvolvimento do recém-nascido pré termo. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 1, n. 3, p. 357–371, 2015.

COLSON, E. R.; JOSLIN, S. C. Changing nursery practice gets inner-city infants in the supine position for sleep. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, v. 156, n. 7, p. 717–720, 2002.

CRARY, J. **24/7 Capitalismo tardio e os fins do sono**. São Paulo: Cosac Naify, 2014.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DIAS, N. M.; SEABRA, A. G. **Neuropsicologia com pré-escolares: avaliação e intervenção. Coleção Neuropsicologia na prática clínica**. 1a. ed. São Paulo: Editora Pearson Clinical Brasil, 2018.

DUCROCCHI, E. Universidade do Minho. **Estudos Italianos em Portugal**, n. 5, p. 32, 2010.

DUTRA, H. S.; REIS, V. N. DOS. Desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais: definições e desafios na pesquisa em enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE O**, v. 10, n. 6, p. 2230–2241, 2016.

FAVARO, M. DE S. F.; PERES, R. S.; SANTOS, M. A. DOS. Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. **Psico-USF**, v. 17, n. 3, p. 457–465, 2012.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de Gestão de Alto Risco**. Brasil: FEBRASGO, 2011.

FEITOSA, R. DA S.; CRUZ JUNIOR, R. A. DA. DEPRESSÃO, ANSIEDADE E O USO DE PSICOFÁRMACOS NA PANDEMIA DA COVID-19. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 10, p. 2925–2937, 22 nov. 2021.

FELIPE, A. O. B.; SOUZA, J. DE J.; CARVALHO, A. M. P. Impactos do nascer prematuro na saúde mental das mães Impacts of preterm birth in the mothers' mental health. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 21, n. 5, p. 16–27, 2014.

- FERRAZ, S. T. et al. Programa de Follow-up de recém-nascido de alto risco: relato de experiência de uma equipe interdisciplinar. **Revista de APS**, v. 13, n. 1, p. 133–139, 2010.
- FERREIRA, R. E. R. et al. Sono e Comportamento em Crianças Atendidas em Um Serviço de Psicologia. **Psicologia - Teoria e Prática**, v. 18, n. 2, p. 159–172, 30 ago. 2016.
- FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL. **Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos**. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011.
- GEIB, C.; TERESINHA, L. Redalyc. Desenvolvimento dos estados de sono na infância. 2007.
- GEVA, R.; YARON, H.; KUINT, J. Neonatal Sleep Predicts Attention Orienting and Distractibility. **Journal of Attention Disorders**, v. 20, n. 2, p. 138–150, 2016.
- GOMES, A. DE A. **A TEORIA DO APEGO NO CONTEXTO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA CONTEMPORÂNEA**. 1a. ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.
- GOMES, R.; DESLANDES, S. F. INTERDISCIPLINARIDADE NA SAÚDE PÚBLICA : UM campo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 103–114, 1994.
- GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: Um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saude Publica**, v. 24, n. 2, p. 380–390, 2008.
- GORENSTEIN, C.; WANG, Y.-P.; HUNGERBUHLER, I. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. 1a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- GREENHALGH, T. **Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências**. 4a Ed. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- HERNANDEZ, J. A. E.; HUTZ, C. S. Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. **Psico**, v. 40, n. 4, p. 414–421, 2009.
- HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, n. 2, p. 397–408, 2005.
- ISSLER, R. M. S. et al. Coleito no primeiro semestre de vida: Prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saude Publica**, v. 26, n. 5, p. 942–948, 2010.
- JENIK, A.; CONTI, R. Colecho en el hogar , lactancia materna y muerte súbita del lactante . Recomendaciones para los profesionales de la salud. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 115, n. 5, p. 105–110, 2017.
- KELLAMS, A. et al. Today's Baby quality improvement: Safe sleep teaching and role modeling in 8 US Maternity Units. **Pediatrics**, v. 140, n. 5, 2017.
- KROB, A. D. et al. Depressão na Gestação e no Pós-Parto e a Responsividade Materna Nesse Contexto. **Revista Psicologia e Saúde**, p. 3–16, 2017.
- KROB, ADRIANE, D. et al. Depressão na Gestação e no Pós-Parto e a Responsividade Materna Nesse Contexto. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 3–16, 2017.

KUHN, M. L. et al. **Seguimento do bebê de risco após alta hospitalar: uma experiência em equipe interdisciplinar** Hospital de Clínicas de Porto Alegre, , 2019. (Nota técnica).

LOPES, E. R. et al. Depressão pós-parto e alterações de sono aos 12 meses em bebês nascidos na zona urbana da cidade de Pelotas / RS. v. 55, n. 53, p. 55–60, 2006.

LOPES, E. R. et al. Depressão pós-parto e alterações de sono aos 12 meses em bebês nascidos na zona urbana da cidade de Pelotas/RS. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 2, p. 88–93, 2010.

MARI, J. D. J.; WILLIAMS, P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire. **British Journal of Psychiatry**, v. 148, p. 23–27, 1986.

MARTHINSEN, G. N.; HELSETH, S.; FEGRAN, L. Sleep and its relationship to health in parents of preterm infants : a scoping review. **BMC Pediatrics**, v. 18, n. 352, p. 3–14, 2018.

MCGARVEY, C. et al. An 8 year study of risk factors for SIDS: Bed-sharing versus non-bed-sharing. **Archives of Disease in Childhood**, v. 91, n. 4, p. 318–323, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA EXECUTIVA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. **SEI/MS - 0019229966 - Comunicado** ., 2021.

NANCY, K. et al. A DEPRESSÃO PERINATAL E O IMPACTO QUE AS OS SINTOMAS DEPRESSIVOS PERINATAL DEPRESSION AND THE IMPACT INTERVENTIONS MAY HAVE ON DEPRESSIVE SYMPTOMS. v. 29, p. 93–107, 2020.

NEWLAND, R. P. et al. Infant Behavior and Development Full length article Goodness of fit between prenatal maternal sleep and infant sleep : Associations with maternal depression and attachment security. **Infant Behavior and Development**, v. 44, p. 179–188, 2016.

NUDELMANN, M. M.; VIVIAN, A. G. Prevalência de distúrbios do sono e fatores associados em crianças de 0 a 3 anos de um bairro do sul do Brasil. **Aletheia**, v. 52, n. 2, p. 52–66, 2019a.

NUDELMANN, M. M.; VIVIAN, A. G. Prevalência de distúrbios do sono e fatores associados em crianças de 0 a 3 anos de um bairro do sul do Brasil. **Aletheia**, v. 52, n. 2, p. 52–66, 2019b.

NUNES, M. L.; BRUNI, O. Insomnia in childhood and adolescence : clinical aspects , diagnosis , and therapeutic approach. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 91, n. 6, p. S26–S35, 2015.

OLIMPIA, A. et al. Impactos do nascer prematuro na saúde mental das mães Impacts of preterm birth in the mothers ' mental health. v. 21, n. 5, p. 16–27, 2014.

OLIVEIRA, D. S. DE; LOPES, R. DE C. S. Implicações Emocionais Da Chegada De Um Irmão Para O Primogênito : Emotional Implications of the Arrival of a Sibling for the Firstborn : a Literature Review Repercusiones Emocionales Del Nascimento Del Segundo Hijo En El Primogênito : Una Revision De La L. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 1, p. 97–106, 2010.

OLIVEIRA, L. D.; PERUZZOLO, D. L.; SOUZA, A. P. R. Intervenção Precoce em um caso de Prematuridade e Risco ao Desenvolvimento: Contribuições da Proposta de Terapeuta Único sustentado na Interdisciplinaridade. **Distúrbio Comum**, v. 25, n. 2, p. 187–202, 2013.

ONO, C. M. et al. VALOR PREDITIVO DE AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA NO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO. Nº, v. IXi, p. 93–102, 2011.

PAPALIA, DIANE. E.; FELDMAN, RUTH. D. **Desenvolvimento Humano**. 12a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Decreto 4230 de 16 de março de 2020**. Paraná 16 de março de 2020, , 2020.

PARANHOS, L.; CORTÊS, L. B. **Decreto 16.010 de 18 de março de 2021**. Brasil Declara estado de calamidade pública no município de Cascavel, Paraná, em virtude dos problemas de saúde pública e econômicos gerados pelo enfrentamento da pandemia decorrente do Coronavírus Sars-Cov-2, , 2021.

PEREIRA PADOVANI, F. H. et al. Anxiety and depression symptoms assessments in pre-term neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 251–254, 2004.

PETZOLDT, J. et al. Maternal anxiety versus depressive disorders: specific relations to infants' crying, feeding and sleeping problems. **Child: care, health and development**, v. 42, n. 2, p. 231–245, 2015.

PINTO, I. D.; PADOVANI, F. H. P.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 1, p. 075–083, 2009a.

PINTO, I. D.; PADOVANI, F. H. P.; LINHARES, M. B. M. Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 2002, p. 75–83, 2009b.

RABELO, M. Z. D. S. et al. Feelings and expectations of mothers of preterm babies at discharge. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 333–337, 2007.

RAFIHI-FERREIRA, R. EL. **Intervenção comportamental para problemas de sono na infância**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2015.

REICHI, T. I. J. DE S.; MOURA- RIBEIRO, M. V. L. **Desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo Interface biopsicossocial**. 1a. ed. [s.l.] Thieme Revinter, 2012.

RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: Aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 215–226, 2014.

SADEH, A. **Desarrollo del Sistema de Sueño y Vigilia y su Relación con el Desarrollo Psicosocial de los Niños** Enciclopédia sobre el desarrollo de la Primeira Infância. Tel Aviv - Israel: [s.n.].

SALAVESSA, M.; VILARIÇA, P. Problemas de sono em idade pediátrica. **Revista Portal Clínica Geral**, v. 25, p. 584–591, 2009.

SANTOS, I. S.; MOTA, D. M.; MATIJASEVICH, A. Epidemiology of co-sleeping and nighttime waking at 12 months in a birth cohort. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 2, p. 114–122, mar. 2008.

SANTOS, I. S.; MOTA, D. M.; MATIJASEVICH, A. Epidemiologia do co-leito e do despertar noturno aos 12 meses de idade em uma coorte de nascimentos ARTÍCULO ORIGINAL BRASIL. **Arch Pediatr Urug**, v. 81, n. 2, p. 121–129, 2010.

SCHWENGBER, D. D. DE S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 8, n. 3, p. 403–411, 2003.

SHAUGHNESSY, J. J.; ZECHMEISTER, E. B.; ZECHMEISTER, J. S. **Metodologia de pesquisa em psicologia**. 9a. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

SILVEIRA, R. DE C. **Manual Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco**. 1a. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Ped, 2012.

SLOMIAN, J. et al. Consequences of maternal postpartum depression : A systematic review of maternal and infant outcomes. **Women's Health**, v. 15, p. 1–55, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. #MENOS TELAS #MAIS SAÚDE. [s.l: s.n.]. SOUZA, M. DE et al. Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. p. 457–465, 2012.

STERNBERG, R. J. **Psicologia Cognitiva**. 4a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TENENBOJM, E. T. Eficácia adaptativa, padrão de sono e depressão em mães de crianças de três a 24 meses com insônia. p. 159, 2008.

TERESINHA, L.; GEIB, C. Moduladores dos hábitos de sono na infância. **Revista Brasileira de Enferma-gem. Bras Enferm**, v. 60, n. 5, p. 564–572, 2007.

THERNSTR, Y. Parents need support to find ways to optimise their own sleep without seeing their preterm infant ' s sleeping patterns as a problem. p. 223–228, 2017.

TIKOTZKY, L. Postpartum Maternal Sleep , Maternal Depressive Symptoms and Self-Perceived Mother-Infant Emotional Relationship. **Behavioral Sleep Medicine**, n. April 2015, p. 37–41, 2014.

TOKARIEV, A. et al. Large-scale brain modes reorganize between infant sleep states and carry prognostic information for preterms. **Nature Communications**, v. 10, n. 2619, 2019.

APENDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO

Questionário Socioeconômico – Pesquisa de Mestrado Biociências e Saúde Unioeste

Padrões de sono da díade mãe-bebê e suas implicações nos indicadores de saúde mental
materna.

DATA DA COLETA 1: ___/___/___ IDADE CORRIGIDA 1:
--

DATA DA COLETA 2: ___/___/___ IDADE CORRIGIDA 2:
--

SUJEITO: _____ TELEFONE: _____ APLICAÇÃO: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> GRUPO: GC <input type="checkbox"/> GE <input type="checkbox"/>

1. Nome da mãe: _____
2. Nome do bebê: _____
3. Telefone: _____ / _____
4. Data de Nascimento da mãe: _____ Idade da mãe: _____
5. Data de Nascimento do bebê: _____ Idade do bebê: _____
6. Idade gestacional do nascimento: _____
7. Idade materna ao nascimento da criança: _____
8. Função/trabalho mãe: _____
9. Estado civil da mãe: _____
10. Composição familiar (quem mora na casa com a mãe? Incluir o bebê) (Ex.: Relação com o bebê, Nome completo, idade, se trabalha e em quê?): _____

11. Renda da casa: _____
12. Escolaridade da mãe: _____
13. Doença pré gestacional: _____
14. Intercorrências durante a gestação: _____

APÊNDICE B – FOLDER DE ORIENTAÇÃO

MAMÃE FICA BEM QUANDO BEBÊ DORME BEM!

Ter uma boa noite de sono faz
com que seu bebê se desenvolva
melhor e fique mais tranquilo.

Se o bebê dorme bem, a mamãe
pode descansar também! Uma
mãe descansada, fica mais
disposta e mais feliz!



MAMÃE fica bem quando BEBÊ dorme bem!

Folheto de Psicoducção do Sono

Joice Amanda Schwab Bieger
Psicóloga CRP 08/17244

Pesquisa para obtenção de título de Mestre em Biociência e Saúde – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)

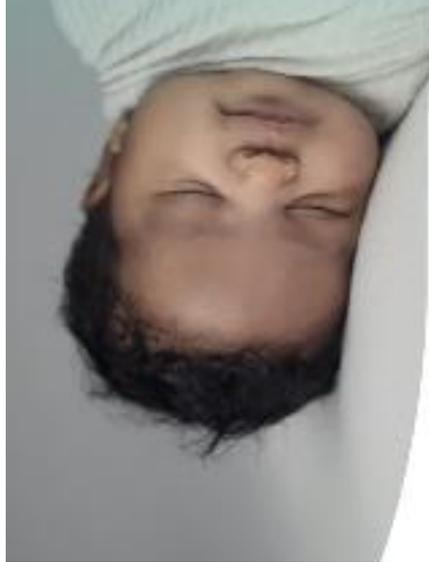
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Parecer 4124/227 data 30/06/2020)

FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDAL. Dormindo melhor: O sono do bebê, bebê de casa e conselhos para um sono tranquilo. O sono do bebê. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidal, 2014.

BRASSAN, Beatriz Neufuss; SANTOS, Cristiane Fumo Dos; MOTTA, Erlaine Nishizawa; Gonçalves Da Medeiros do Sono. 1a. ed., Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

DMS, Nicoló Martins; ZAVISA, Alessandra. Guia de Neurofisiologia com pré-ecógrafos avaliação e intervenção. Coleção Neurofisiologia na prática clínica. 1a. ed., São Paulo: Editora Pearson Clinical Brasil, 2018.

PEREIRA, Diana. E; FREDMAN, Ruth. Dúasling. Desenvolvimento Humano. 2a. ed., Porto Alegre: Artmed, 2013.



Nos primeiros 36 meses de vida o cérebro do bebê alcança cerca de 80% do tamanho do cérebro de um adulto. O sono é muito importante para este desenvolvimento.

CADA IDADE DO BEBÊ TEM UMA QUANTIDADE CERTA DE HORAS DE SONO

Idade	Sono noturno	Sono diurno	Média total
3 meses	10 horas	5 horas (2 a 3 sonecas)	14 a 15 horas
4 meses	10 horas	5 horas (2 sonecas)	14 a 15 horas
5 meses	11 horas	4 horas (2 sonecas)	13 a 15 horas
6 meses	11 horas	3 horas (2 sonecas)	12 a 14 horas
1 ano	11 horas	3 horas (2 sonecas)	12 a 14 horas
1 ano e 6 m.	11 horas	2,5 horas (2 sonecas)	12 a 14 horas
2 anos	11 horas	2 horas (2 sonecas)	12 a 14 horas
3 anos	11 horas	De 1 a 1,5 hora (2 sonecas)	11 a 13 horas

PASSOS PARA MELHORAR A QUALIDADE DE SONO DO BEBÊ:

- Estabeleça uma **ROTINA** para o bebê dormir sempre no mesmo lugar e na mesma hora;
- Deixe o quarto do seu bebê **ESCURO**, evitando luzes ou abajur;
- Monitore a temperatura, para o ambiente estar **FRESQUINHO**, em torno de 20° C;
- Mantenha **SILÊNCIO** próximo ao horário do seu bebê dormir, isso favorece o relaxamento;
- Diminua a **AGITAÇÃO** na casa e principalmente com o bebê, próximo do horário de dormir.

Os bebês não devem ser expostos a nenhuma tela (celular, televisão, computador, tablet) antes dos 2 anos de idade.

Principalmente na hora de dormir, expor o bebê a luz, brilho e estímulos ópticos eletrônicos, agita o cérebro do seu bebê e dificulta a chegada do sono.

MANTENHA SEU BEBÊ EM SEGURANÇA

O bebê deve ter seu próprio espaço e **jamais compartilhar a cama** com adultos. A partir de 36 meses o bebê já tem maturidade para dormir sozinho em seu quarto. Isso também ajuda mãe e bebê a terem um sono melhor.

MONITORE O SONO DO BEBÊ

Seguindo esses passos, mamãe e papai podem ter mais saúde e bem-estar.

A adaptação a nova rotina de sono pode levar até 15 dias.

Adote essas medidas e monitore o sono do seu bebê. A saúde de vocês merece esses cuidados!

**APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO
“AVALIAÇÃO DOS DISTÚRBIOS DE SONO DA PRIMEIRA INFÂNCIA”**



Mateus Nudemann
Joice Amanda Schwab Bieger

30 de ago



Olá Joice.

Sim, autorizo a utilização do meu instrumento no teu estudo e podes fazer adaptações.

Atenciosamente,
Mateus Nudemann

...



Joice Amanda Schwab Bieger 30 de ago
Mateus Nudemann



Avaliação dos distúrbios do sono...
PDF - 142 KB



📎 2 anexos (206 KB)

← ∨ Responder

APENDICE D - CARTA CONVITE

CARTA CONVITE

Prezado (a) Pesquisado (a),

Vimos através deste, muito respeitosamente, apresentar nosso estudo, intitulado “**Padrões de sono da díade mãe-bebê e suas implicações nos indicadores de saúde mental materna**”, do qual sou orientadora. Tal estudo é requisito parcial para a Psicóloga Joice Amanda Schwab Bieger (CRP 08/17244) obter o título de Mestre em Biociência e Saúde, vinculado à Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE); e é parte integrante do projeto guarda-chuva “*O cuidado em saúde mental: aspectos relacionados às políticas, aos serviços, às redes de apoio, aos profissionais e aos usuários*” sob minha responsabilidade.

Para aceitar, basta assinar digitalmente o termo de consentimento livre e esclarecido fornecido e explicado pela pesquisadora. Quaisquer dúvidas, favor entrar em contato pelos e-mails: psico_joyce@hotmail.com ou gachineski@gmail.com. Não obstante, reiteramos nosso agradecimento por sua atenção e gentileza em nos receber nesta etapa de desenvolvimento desse estudo e, conforme acordado, reafirmamos nosso compromisso em passar os resultados integrais da pesquisa à Secretaria de Saúde de Cascavel, antes de publicar ou divulgar os dados.

Atenciosamente,

Prof^a. Dra. Gicelle Galvan Machineski

Professora Adjunta do Colegiado do Curso Pós graduação Stricto Sensu, Nível Mestrado do PPGBCS Unioeste, Campus Cascavel, PR

Coordenadora responsável pelo projeto guarda-chuva “*O cuidado em saúde mental: aspectos relacionados às políticas, aos serviços, às redes de apoio, aos profissionais e aos usuários*”

Psicóloga e Neuropsicóloga (CRP 08/17.244)

Mestranda do primeiro ano do Programa de Mestrado em Biociências e Saúde do PPGBCS Unioeste – Campus Cascavel-PR

APENDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE
 CCBS - Campus de Cascavel
 Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Mestrado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012 E RESOLUÇÃO CNS 580/2018.

Prezado (a) Senhor (a) esta pesquisa é sobre “O cuidado em saúde mental: aspectos relacionados às políticas, aos serviços, às redes de apoio, aos profissionais e aos usuários”. O tema central dessa proposta é analisar o cuidado em saúde mental na rede de atenção psicossocial nos aspectos relacionados às políticas, aos serviços, às redes de apoio, aos profissionais e aos usuários em todas as fases do ciclo vital. Para tanto, será realizada uma pesquisa exploratória, descritiva, quantiqualitativa, de campo e avaliativa sobre políticas, serviços, redes de apoio e com profissionais e usuários da saúde mental em todos os níveis de atenção e serviços intersetoriais. Os dados serão coletados por meio de questionários, formulários, entrevistas e aplicação de escalas validadas no Brasil. Sendo que os dados quantitativos serão analisados por meio de estatística descritiva e inferencial e as informações qualitativas por técnica de análise de conteúdo e fenomenologia social. O estudo pretende contribuir para que os direitos da população em relação aos cuidados com a saúde mental sejam garantidos por meio da avaliação, análise e compreensão das políticas, serviços, redes de apoio, práticas profissionais e visão dos usuários nos seus distintos momentos de vida. Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário com perguntas abertas e fechadas, em entrevista gravada, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa poderá ocasionar possíveis desconfortos devido à dificuldade de responder

algumas perguntas, e caso ocorra algum desconforto ou alteração clínica, o participante poderá ser encaminhado para atendimento na Unidade de Saúde. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Este TCLE será disponibilizado em duas vias, sendo que uma ficará com o Senhor(a) e outra com a pesquisadora.

A senhora, ao aceitar participar da pesquisa deverá: 1. Eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura do TCLE, o qual poderá ser impresso se assim o desejar. 2. Responder ao questionário on-line. O questionário será on-line e, portanto respondido no momento e local de sua preferência. Não é obrigatório responder a todas as perguntas se assim você o desejar.

Ass: _____

(campo digital) Assinatura do participante, considerando, que fui informado (a) dos objetivos e relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações).

Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Cascavel, ____ de _____ de _____

Ass: _____

Assinatura da pesquisadora responsável.

Contato da Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Gicelle Galvan Machineski-Telefone: 45-99981-0684 ou para o Comitê de Ética da Universidade do Oeste do Paraná -Endereço: R. Universitária, 2069 - Universitário, Cascavel - PR, 85819-110, telefone (45) 3220-3000. E-mail: gmachineski@gmail.com

APENDICE F – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE
CCBS - *Campus* de Cascavel
Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde – Mestrado

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE

BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012 E RESOLUÇÃO CNS 580/2018.

Convidamos você a participar desta pesquisa que é sobre “**O cuidado em saúde mental: aspectos relacionados às políticas, aos serviços, às redes de apoio, aos profissionais e aos usuários**”. O tema central dessa proposta é analisar o cuidado em saúde mental na rede de atenção psicossocial nos aspectos relacionados às políticas, aos serviços, às redes de apoio, aos profissionais e aos usuários em todas as fases do ciclo vital. Para tanto, será realizada uma pesquisa exploratória, descritiva, quantiqualitativa, de campo e avaliativa sobre políticas, serviços, redes de apoio e com profissionais e usuários da saúde mental em todos os níveis de atenção e serviços intersetoriais. Os dados serão coletados por meio de questionários, formulários, entrevistas e aplicação de escalas validadas no Brasil. Sendo que os dados quantitativos serão analisados por meio de estatística descritiva e inferencial e as informações qualitativas por técnica de análise de conteúdo e fenomenologia social. O estudo pretende contribuir para que os direitos da população em relação aos cuidados com a saúde mental sejam garantidos por meio da avaliação, análise e compreensão das políticas, serviços, redes de apoio, práticas profissionais e visão dos usuários nos seus distintos momentos de vida. Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário com perguntas abertas e fechadas, em entrevista gravada, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa poderá ocasionar possíveis desconfortos devido à dificuldade de responder algumas perguntas, e caso ocorra algum desconforto ou alteração clínica, o participante

poderá ser encaminhado para atendimento na Unidade de Saúde. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

A senhora, ao aceitar participar da pesquisa deverá: 1. Eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura do TCLE, o qual poderá ser impresso se assim o desejar. 2. Responder ao questionário on-line. O questionário será on-line e, portanto respondido no momento e local de sua preferência. Não é obrigatório responder a todas as perguntas se assim você o desejar.

Ass: _____

(campo digital) Assinatura do participante, considerando, que fui informado (a) dos objetivos e relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações).

Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Cascavel, ___ de _____ de _____

Ass: _____

Assinatura da pesquisadora responsável.

Contato da Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Gicelle Galvan Machineski-Telefone: 45-99981-0684 ou para o Comitê de Ética da Universidade do Oeste do Paraná -Endereço: R. Universitária, 2069 - Universitário, Cascavel - PR, 85819-110, telefone (45) 3220-3000. E-mail: gmachineski@gmail.com

ANEXO A – SQR-20

TESTE 3: SRQ 20 - Self Report Questionnaire.

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
1- Você tem dores de cabeça freqüente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
2- Tem falta de apetite?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
3- Dorme mal?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
4- Assusta-se com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
5- Tem tremores nas mãos?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
7- Tem má digestão?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação Suas atividades diárias?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
19- Você se cansa com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>

RESULTADO

Se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental

ANEXO B – PSQI-BR

4. ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH (PSQI-BR)

Instruções:

As seguintes questões são relativas aos seus hábitos de sono durante o **último mês somente**. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?
Hora usual de deitar: _____
2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?
Número de minutos: _____
3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?
Hora usual de levantar: _____
4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama).
Horas de sono por noite: _____

Para cada uma das questões restantes, marque a **melhor (uma)** resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você...
 - a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos
 - nenhuma no último mês
 - menos de 1 vez / semana
 - 1 ou 2 vezes / semana
 - 3 ou mais vezes / semana
 - b) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo
 - nenhuma no último mês
 - menos de 1 vez / semana
 - 1 ou 2 vezes / semana
 - 3 ou mais vezes / semana
 - c) Precisou levantar para ir ao banheiro
 - nenhuma no último mês
 - menos de 1 vez / semana
 - 1 ou 2 vezes / semana
 - 3 ou mais vezes / semana
 - d) Não conseguiu respirar confortavelmente
 - nenhuma no último mês
 - menos de 1 vez / semana
 - 1 ou 2 vezes / semana
 - 3 ou mais vezes / semana
 - e) Tossiu ou roncou forte
 - nenhuma no último mês
 - menos de 1 vez / semana
 - 1 ou 2 vezes / semana
 - 3 ou mais vezes / semana
 - f) Sentiu muito frio
 - nenhuma no último mês
 - menos de 1 vez / semana
 - 1 ou 2 vezes / semana
 - 3 ou mais vezes / semana

- g) Sentiu muito calor
- nenhuma no último mês
 - menos de 1 vez / semana
 - 1 ou 2 vezes / semana
 - 3 ou mais vezes / semana

- h) Teve sonhos ruins
- nenhuma no último mês
 - menos de 1 vez / semana
 - 1 ou 2 vezes / semana
 - 3 ou mais vezes / semana

- i) Teve dor
- nenhuma no último mês
 - menos de 1 vez / semana
 - 1 ou 2 vezes / semana
 - 3 ou mais vezes / semana

j) Outra(s) razão(ões), por favor, descreva: _____

Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a essa razão?

- nenhuma no último mês
- menos de 1 vez / semana
- 1 ou 2 vezes / semana
- 3 ou mais vezes / semana

6. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

- Muito boa
- Ruim
- Boa
- Muito ruim

7. Durante o último mês, você tomou medicamento para dormir (prescrito ou "por conta própria") para lhe ajudar a dormir?

- nenhuma no último mês
- menos de 1 vez / semana
- 1 ou 2 vezes / semana
- 3 ou mais vezes / semana

8. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade para ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

- nenhuma no último mês
- menos de 1 vez / semana
- 1 ou 2 vezes / semana
- 3 ou mais vezes / semana

9. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?

- Nenhuma dificuldade
- Um problema leve
- Um problema razoável
- Um grande problema

ANEXO C – AVALIAÇÃO DOS DISTÚRBIOS DE SONO DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Avaliação dos distúrbios de sono da primeira infância

1ª Aplicação

Sujeito: _____

1. Qual sua idade quando o bebê nasceu?

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | - até 18 anos. |
| <input type="checkbox"/> | - até 25 anos. |
| <input type="checkbox"/> | - até 35 anos. |
| <input type="checkbox"/> | - até 45 anos: _____ |

2. Quem é a pessoa que mais cuida do bebê?

- | | |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | - mãe. |
| <input type="checkbox"/> | - pai. |
| <input type="checkbox"/> | - avó. |
| <input type="checkbox"/> | - outro: _____ |

3. Você considera que seu filho tem problemas de sono?

- | | |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Sim. |
| <input type="checkbox"/> | Não. |

4. Quando você coloca seu(sua) filho(a) no berço ou na cama à noite, ele(a) tem dificuldade para dormir?

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | - todas as noites. |
| 2 | - quase todas as noites. |
| 3 | - noite sim, noite não. |
| 4 | - raramente. |
| 5 | - nunca. |

5. Quanto tempo ele(a) demora para dormir a partir do momento que ele(a) deveria dormir, do seu ponto de vista?

- | | |
|---|---|
| 1 | - quase que imediatamente. |
| 2 | - em menos de 15 minutos aproximadamente. |
| 3 | - em menos de 30 minutos aproximadamente. |
| 4 | - em menos de 1 hora aproximadamente. |
| 5 | - em mais de 1 hora aproximadamente. |

6. Ele(a) consegue iniciar o sono sozinho?

- | | |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Sim. |
| <input type="checkbox"/> | Não. |

6.a) Se ele(a) não consegue iniciar o sono sozinho, perguntar: o que ele(a) precisa para iniciar o sono?

- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - estar no colo dos pais. |
| <input type="checkbox"/> | - levar para a cama dos pais. |
| <input type="checkbox"/> | - dar chupeta. |
| <input type="checkbox"/> | - embalar. |
| <input type="checkbox"/> | - murmurar gentilmente. |
| <input type="checkbox"/> | - dar mamadeira/seio. |
| <input type="checkbox"/> | - cantar. |
| <input type="checkbox"/> | - falar em um tom bravo. |
| <input type="checkbox"/> | - brincar. |
| <input type="checkbox"/> | - bater/dar uma palmada. |
| <input type="checkbox"/> | - acartelar. |
| <input type="checkbox"/> | - outro: _____ |

7. Seu(sua) filho(a) levantou-se ou se acordou à noite ao longo do último mês?

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | - todas as noites. |
| 2 | - quase todas as noites. |
| 3 | - noite sim, noite não. |
| 4 | - raramente. |
| 5 | - nunca. |

8. Ao longo de uma noite comum, quantas vezes seu filho(a) se levantou ou se acordou, em média no último mês?

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 | - 1x por noite. |
| 2 | - 2x por noite. |
| 3 | - 3x por noite. |
| 4 | - 4x por noite. |
| 5 | - mais de 4x por noite. |

9. Seu(sua) filho(a) costuma ir dormir sempre nos mesmos horários?

- Sim.
 Não.

10. Os pais costumam ter alguns "truques" para fazerem seu(sua) filho(a) voltar a dormir, como por exemplo cantar, dar chupeta ou xingar gentilmente.

10. a) Na lista abaixo, assinale 1 no que corresponde ao que você faz mais frequentemente, 2 em seguida etc... Risque o que você não faz nunca.

- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - dar chupeta. |
| <input type="checkbox"/> | - embalar. |
| <input type="checkbox"/> | - murmurar gentilmente. |
| <input type="checkbox"/> | - dar mamadeira/solo. |
| <input type="checkbox"/> | - cantar. |
| <input type="checkbox"/> | - não fazer nada e esperar. |
| <input type="checkbox"/> | - levar para a cama dos pais. |
| <input type="checkbox"/> | - falar em um tom bravo. |
| <input type="checkbox"/> | - brincar. |
| <input type="checkbox"/> | - bater/dar uma palmada. |
| <input type="checkbox"/> | - acartelar. |
| <input type="checkbox"/> | - outro: _____ |

11. Quanto tempo seu(sua) filho(a) demora, em geral, para voltar a dormir quando ele(a) se levanta ou se acorda durante a noite?

- | | |
|---|--|
| 1 | - quase que imediatamente. |
| 2 | - em menos de 15 minutos, aproximadamente. |
| 3 | - em menos de 30 minutos, aproximadamente. |
| 4 | - em menos de 1 hora, aproximadamente. |
| 5 | - em mais de 1 hora, aproximadamente. |

12. Em que lugar da casa seu(sua) filho(a) dormiu à noite no último mês?

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - na cama junto com os pais. |
| <input type="checkbox"/> | - na cama junto com os irmãos. |
| <input type="checkbox"/> | - no quarto dos pais. |
| <input type="checkbox"/> | - em um quarto com o irmão ou irmã. |
| <input type="checkbox"/> | - na sala. |
| <input type="checkbox"/> | - em seu próprio quarto. |
| <input type="checkbox"/> | - na cozinha. |
| <input type="checkbox"/> | - outro: _____ |

13. Quando vocês não estão em casa (nas férias, visitas), seu(sua) filho(a) vai dormir e dorme como se estivesse em casa?

- Sim.
 Não.

14. Algumas crianças têm um despertar "difícil", têm mau humor, resmungam, choram. Este é o caso do(a) seu(sua) filho(a)?

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | - todos os dias |
| 2 | - quase todos os dias. |

III	3	- dia sim, dia não.
	4	- raramente.
	5	- nunca.

15. Seu(sua) filho(a) vai para a creche?

- Sim.
 Não.

15.a) Se ele(a) vai para creche, perguntar: vai desde que idade?

III	1	- 0 a 6 meses.
	2	- 7 a 12 meses.
	3	- 1 ano a 1 ano e meio.
	4	- 1 ano e meio a 2 anos.
	5	- mais de 2 anos.

15.b) Se ele(a) vai para creche, perguntar: houve alteração no sono depois que seu(sua) filho(a) começou a ir para creche?

III	1	- piorou bastante.
	2	- piorou um pouco.
	3	- continuou igual.
	4	- melhorou um pouco.
	5	- melhorou bastante.

16. Seu(sua) filho(a) fez "soninho" durante o dia no último mês?

EM CASA

III	1	- todos os dias.
	2	- quase todos os dias.
	3	- dia sim, dia não.
	4	- raramente.
	5	- nunca.

NA CRECHE/NO BERÇÁRIO

1	- todos os dias.
2	- quase todos os dias.
3	- dia sim, dia não.
4	- raramente.
5	- nunca.

16.a) Se seu(sua) filho(a) fez "soninho" durante o dia, perguntar: quanto tempo durou em média?

EM CASA

V	1	- de 0 a 15 minutos.
	2	- de 16 a 30 minutos.
	3	- de 31 a 45 minutos.
	4	- de 46 minutos a 1 hora.
	5	- mais de 1 hora.

NA CRECHE/NO BERÇÁRIO

1	- de 0 a 15 minutos.
2	- de 16 a 30 minutos.
3	- de 31 a 45 minutos.
4	- de 46 minutos a 1 hora.
5	- mais de uma hora.

17. Seu(sua) filho(a) assiste televisão?

- Sim.
 Não.

17.a) Se sim, perguntar: qual(is) período(s)?

- manhã.

- tarde.
 - noite.
 - manhã e tarde.
 - manhã e noite.
 - tarde e noite.
 - manhã, tarde e noite.

17.b) Se sim, perguntar: qual(is) período(s)?

- manhã.
 - tarde.
 - noite.
 - manhã e tarde.
 - manhã e noite.
 - tarde e noite.
 - manhã, tarde e noite.

17.c) Se assiste televisão de manhã, perguntar: por quanto tempo?

- ≤ 1 hora.
 - > 1 hora.

17.d) Se assiste televisão à tarde, perguntar: por quanto tempo?

- ≤ 1 hora..
 - > 1 hora.

17.e) Se assiste televisão à noite, perguntar: por quanto tempo?

- ≤ 1 hora.
 - > 1 hora.

18. Qual foi a idade gestacional do nascimento de seu(sua) filho(a)?

- pré-termo.
 - a termo.
 - pós-termo.

19. Qual o peso que seu(sua) filho(a) nasceu?

- mais de 4 Kg.
 - entre 3 e 4 Kg.
 - entre 2 e 3 Kg.
 - entre 1 e 2 Kg.
 - menos de 1 Kg.

20. Onde nasceu o seu nenê?

- hospital.
 - domicílio.

21. Qual foi o tipo de parto que a senhora teve?

- normal.
 - cesárea.

22. A senhora realizou acompanhamento pré-natal?

- Sim.
 Não.

23. Qual a idade que a senhora tinha quando engravidou? _____ anos

24. A senhora amamenta seu(sua) filho(a)?

- Sim.
 Não.

24.a) Se sim, perguntar: a amamentação é feita somente com leite materno, água e chá?

- Sim.
 Não.

25. A senhora já amamentou seu(sua) filho(a)?

- Sim.
 Não.

25.a) Se já amamentou, perguntar: até que idade de seu(sua) filho(a) a senhora amamentou?

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | - 0 a 3 meses. |
| 2 | - 4 a 6 meses. |
| 3 | - 7 a 12 meses. |
| 4 | - 1 a 2 anos. |
| 5 | - mais de 2 anos. |

25.b) Se já amamentou, perguntar: por quanto tempo o amamentamento foi feito somente com leite materno, água e chá?

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | - 0 a 3 meses. |
| 2 | - 4 a 6 meses. |
| 3 | - 7 a 12 meses. |
| 4 | - 1 a 2 anos. |
| 5 | - mais de 2 anos. |

26. Quantos filhos a senhora tem? ____

27. Qual é a ordem de nascimento seu(sua) filho(a)? ____

28. Quantas crianças mais velhas vivem na casa?

- | | |
|---|--------------|
| 1 | - 0. |
| 2 | - 1. |
| 3 | - 2. |
| 4 | - 3. |
| 5 | - mais de 3. |

29. Quantas crianças mais novas vivem na casa?

- | | |
|---|--------------|
| 1 | - 0. |
| 2 | - 1. |
| 3 | - 2. |
| 4 | - 3. |
| 5 | - mais de 3. |

30. Quantas pessoas vivem na casa?

- | | |
|---|--------------|
| 1 | - 2. |
| 2 | - 3. |
| 3 | - 4. |
| 4 | - 5. |
| 5 | - mais de 5. |

31. A senhora perdeu algum filho?

- Sim.
 Não.

31.a) Se sim, perguntar: como a senhora perdeu este filho?

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | - aborto espontâneo. |
| <input type="checkbox"/> | - aborto provocado. |
| <input type="checkbox"/> | - nasceu morto. |
| <input type="checkbox"/> | - doença. |
| <input type="checkbox"/> | - outro motivo: _____ |

32. A senhora estava pensando em engravidar deste bebê?

- Sim.
 Não.

33. Quando a senhora soube que estava grávida, o que sentiu?

- Fiquei triste.
 Fiquei feliz.

34. O pai do bebê vive com a senhora?

- Sim.
 Não.

35. Você considera que o pai ou alguém com quem divida os cuidados da criança lhe dá apoio?

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | - suficiente. |
| 2 | |
| 3 | - mais ou menos. |
| 4 | |
| 5 | - não suficiente. |

36. O bebê tem alguma doença?

- Sim. Qual? _____
 Não.

37. O bebê já teve alguma doença?

- Sim. Qual? _____
 Não.

38. A senhora ou alguém que mora na mesma casa que o bebê fuma?

- Sim.
 Não.

39. A mãe tem depressão?

- Sim.
 Não.

40. A senhora teve depressão em algum momento após o nascimento do seu(sua) filho(a)?

- Sim.
 Não.

41. Alguém que divide os cuidados do bebê tem depressão?

- Sim.
 Não.

41.a) Se sim, perguntar: quem?

- pai.
 - avó.
 - irmão.
 - outro: _____

42. Alguém que divide os cuidados do bebê teve depressão em algum momento após o nascimento do seu(sua) filho(a)?

- Sim.
 Não.

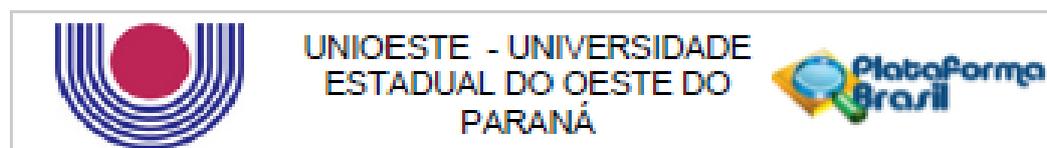
42.a) Se sim, perguntar: quem?

- pai.
 - avó.
 - irmão.

- outro: _____

(Carter, Hathaway, Lettini, 2014; McDonald, Wardle, Llewellyn, van Jaarsveld, Fisher, 2014; Nevarez, Rifas-Shiman, Kleinman, Gillman, Taveras, 2010; Touchette, Petit, Tremblay, Montplaisir, 2009; Pinto, 2004; Zuckerman, Stevenson, Bailey, 1987).

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: ASPECTOS RELACIONADOS ÀS POLÍTICAS, AOS SERVIÇOS, ÀS REDES DE APOIO, AOS PROFISSIONAIS E AOS USUÁRIOS

Pesquisador: Gicele Galvan Machneski

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 33352220.2.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.687.137

Apresentação do Projeto:

Saneamento de pendências

Objetivo da Pesquisa:

Vide descrição anteriormente apresentada

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide descrição anteriormente apresentada

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide descrição anteriormente apresentada

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide descrição anteriormente apresentada

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O cronograma de execução foi saneado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_173311_6_E.L.pdf	02/05/2021 20:04:24		Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITÁRIA 2020

Bairro: UNIVERSITÁRIO

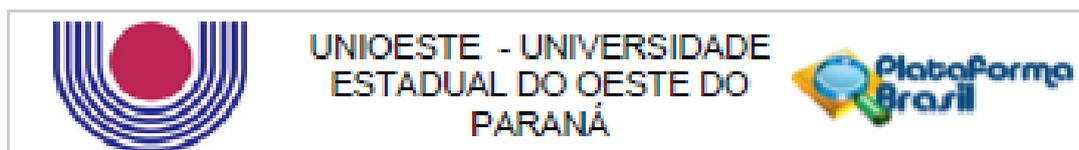
CEP: 85.019-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prog@unioeste.br



Continuação do Parecer: 4.667.137

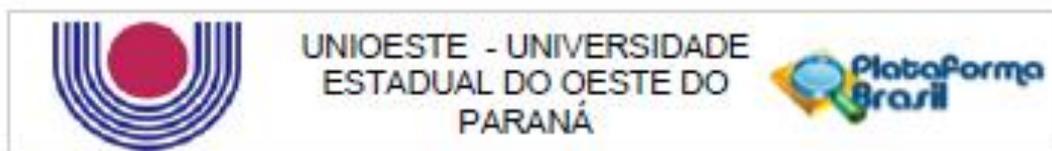
Outros	Carta_resposta_emenda_GEP.pdf	02/05/2021 18:53:22	Gicelle Galvan Machineski	Acelto
Outros	Instrumentos_de_pesquisa.pdf	10/04/2021 11:21:12	Gicelle Galvan Machineski	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_virtual.pdf	09/04/2021 10:23:25	Gicelle Galvan Machineski	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_virtual.pdf	09/04/2021 10:23:14	Gicelle Galvan Machineski	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_maior.pdf	09/06/2020 09:42:26	Gicelle Galvan Machineski	Acelto
Outros	Autorizacao_Nucleo_Regional_Educacao_Cascavel_PR.pdf	04/06/2020 13:55:45	Gicelle Galvan Machineski	Acelto
Outros	Autorizacao_HUOP2.jpg	29/05/2020 13:57:11	Gicelle Galvan Machineski	Acelto
Outros	Autorizacao_HUOP1.jpg	29/05/2020 13:56:20	Gicelle Galvan Machineski	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	25/05/2020 18:17:25	Gicelle Galvan Machineski	Acelto
Outros	Formulario_CEP.pdf	22/05/2020 13:50:09	Gicelle Galvan Machineski	Acelto
Outros	AutorizacaoSesau.jpg	22/05/2020 13:40:49	Gicelle Galvan Machineski	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	22/05/2020 13:36:22	Gicelle Galvan Machineski	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/05/2020 13:36:08	Gicelle Galvan Machineski	Acelto
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados.pdf	22/05/2020 11:59:02	Gicelle Galvan Machineski	Acelto
Outros	Autorizacao10RS.pdf	22/05/2020 11:55:26	Gicelle Galvan Machineski	Acelto
Outros	AutorizacaoUnioeste.pdf	22/05/2020 11:54:59	Gicelle Galvan Machineski	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: RUA UNIVERSITÁRIA 2089
 Bairro: UNIVERSITÁRIO CEP: 85.819-110
 UF: PR Município: CASCAVEL
 Telefone: (45)3220-3092 E-mail: cep.prgg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 4.667.137

Não

CASCABEL, 03 de Maio de 2021

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITÁRIA 2089
Bairro: UNIVERSITÁRIO CEP: 85.819-110
UF: PR Município: CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3082 E-mail: cep.prgg@unioeste.br

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASCAVEL



ESCOLA DE SAÚDE
PÚBLICA MUNICIPAL
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

Ofício DAS/ESPM nº. 0363/2020

Cascavel, 21 de maio de 2020.

A/C
COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE
COORDENAÇÕES: UNIDADES DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL-PR
(SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASCAVEL-PR)

Autorização para Pesquisa,

Autorizamos o projeto de pesquisa intitulado “O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: ASPECTOS RELACIONADOS ÀS POLÍTICAS, AOS SERVIÇOS, ÀS REDES DE APOIO, AOS PROFISSIONAIS E AOS USUÁRIOS”, tendo como pesquisadora: Profª. Dra. Gicelle Galvan Machineski, do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, por estar de acordo com as normas estabelecidas.

Salientamos que esta pesquisa poderá ser realizada nas Unidades de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Município de Cascavel-PR, após ser agendado horário com o coordenador responsável conforme disponibilidade do mesmo, sendo que na ausência do coordenador agendar com a pessoa responsável.

Destacamos que esta pesquisa deverá seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e a resolução 510/2015.

Compromete-se ainda, o acadêmico, a repassar o resultado da pesquisa em sua integralidade, a Secretaria de Saúde de Cascavel, antes de qualquer divulgação e/ou publicação.

Atenciosamente,

Gilson Fernandes da Silva
Mat: 25.851-2 / 32.082-0
Gerente/Enfermeiro
Escola de Saúde Pública Municipal
Secretaria de Saúde de Cascavel - PR

Gilson Fernandes da Silva
Gerente Escola de Saúde Pública Municipal
Secretaria de Saúde de Cascavel