

Universidades Lusíada

Silvares, Edwiges Ferreira de Mattos
Ferreira, Renatha El Rafihi
Pires, Maria Laura Nogueira

Acompanhamento psicológico de criança com problema de sono : um relato de caso

<http://hdl.handle.net/11067/1346>
<https://doi.org/10.34628/h52v-ev45>

Metadados

Data de Publicação	2014
Resumo	Dificuldades com o sono são frequentes em crianças em idade pré-escolar. O objetivo do presente estudo foi de apresentar um relato de caso de uma intervenção comportamental por meio de orientação parental para o manejo de problemas de sono em uma criança em idade pré-escolar. Participaram do estudo um menino de quatro anos de idade que apresentava dificuldades de iniciar e manter o sono na ausência dos pais e sua mãe que recebeu orientação através de um programa de orientação parental. O programa...
Palavras Chave	Perturbações do sono em crianças
Tipo	article
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] RPCA, v. 05, n. 2 (Julho-Dezembro 2014)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-07-12T16:12:06Z com informação proveniente do Repositório

**ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DE CRIANÇA COM PROBLEMA
DE SONO: UM RELATO DE CASO**

**PSYCHOLOGICAL MONITORING OF A CHILD WITH SLEEP
PROBLEMS: A CASE REPORT**

Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras

Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo (USP),
São Paulo, Brasil.

Renatha El Rafihi-Ferreira

Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo (USP),
São Paulo, Brasil. Bolsista de Doutorado da FAPESP.

Maria Laura Nogueira Pires

Departamento de Psicologia Experimental e do Trabalho da Universidade Estadual Paulista "Julio
de Mesquita Filho", Campus Assis (UNESP), São Paulo, Brasil.

Contacto para correspondência:

Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras
Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia,
Departamento de Psicologia Clínica. Av Prof Mello Moraes 1721.
Butantã. CEP: 05508-900 - Sao Paulo, SP - Brasil.
e-mail: efdmsilv@usp.br

Resumo: Dificuldades com o sono são frequentes em crianças em idade pré-escolar. O objetivo do presente estudo foi de apresentar um relato de caso de uma intervenção comportamental por meio de orientação parental para o manejo de problemas de sono em uma criança em idade pré-escolar. Participaram do estudo um menino de quatro anos de idade que apresentava dificuldades de iniciar e manter o sono na ausência dos pais e sua mãe que recebeu orientação através de um programa de orientação parental. O programa foi composto por cinco sessões em que a mãe recebia orientações sobre o sono da criança e sobre as técnicas de extinção e reforço positivo para o manejo das dificuldades de sono infantil. O sono e o comportamento da criança foram avaliados em quatro momentos (pré-intervenção, pós-intervenção, follow-up 1 e 6 meses)

por meio dos seguintes instrumentos: 1) *Escala UNESP de Hábitos e Higiene do Sono-Versão Crianças*, 2) *Escala de Distúrbios do Sono para Crianças e Adolescentes*, 3) *Inventário de Comportamentos para Crianças entre 1½ a 5 anos* e 4) diários de sono. Os resultados demonstraram que após a intervenção a criança passou a dormir independentemente, resistir menos a ir para cama e apresentou melhora nos seus comportamentos diurnos. Pode se concluir que a intervenção comportamental dirigida aos pais, foi efetiva para os problemas de sono da criança.

Palavras-chave: criança, sono, insônia, comportamento, intervenção comportamental.

Abstract: Difficulties with sleep are frequent in the pre-schooler children. The aim of this study was to present a case report of behavioural intervention by parental guidance to sleeping problems in a pre-schooler child. Participated in this study a four years old boy that had difficulties to sleep without the presence of his parents and his mother who was oriented through a parental program. The program of intervention was composed by five sessions in which the mother acquired education about the child's sleep, received orientation about the establishment of time and routine to sleep and about the use of techniques (extinction and positive reinforcement) for the improvement of the sleep difficulties. The sleep and behaviour were evaluated in four periods (pre-treatment, post-treatment, one and six months follow up) according to the following instruments: 1) UNESP Scale of Habits and Hygiene of the Sleep – Children Version, 2) Scale of Sleep Disorders for Children and Teenagers, 3) Child Behavior Checklist (CBCL 1,5-5) and 4) sleep diary. The results showed that after intervention the child developed independent sleep, reduced the bed resistance and showed improvement in daily behaviors. To conclude: a behavioral intervention by parental guidance was effective to sleep problems of the child.

Key-words: child, sleep, insomnia, behavior, behavioral intervention.

Introdução

Muitas famílias sofrem com as dificuldades de sono de seus filhos, o que não é surpreendente tendo em vista a alta prevalência desses problemas em crianças. O problema de sono mais comum na infância é a insônia comportamental, que afeta cerca de 20% a 30% da população infantil (Moore, 2010; Owens, 2007; Tikotzky & Sadeh, 2010).

A prevalência de problemas de sono, entretanto, varia conforme o tipo e a idade. Dificuldade para iniciar o sono e o despertar noturno ocorrem em 40% dos bebês recém-nascidos e em 20% a 50% dos pré-escolares, enquanto a resistência

de dormir é relatada em 15% a 27% das crianças em idade escolar (Durand, 2008; Owens, 2007). Dados de pesquisa realizada no Brasil por Pires, Vilela, e Câmara (2012) apontam que uma parcela importante de crianças pré-escolares resiste ir para cama (56%), tem dificuldade de adormecer (30%), antes de adormecer ficam agitados, nervosos ou com medo (22%), acordam várias vezes durante a noite (35%) e ficam sonolentos durante o dia (35%).

De acordo com a American Academy of Sleep Medicine (2005) a insônia comportamental na criança se manifesta como dificuldade para adormecer quando é colocada na cama ou de permanecer dormindo ao longo da noite, despertando várias vezes e resistindo a voltar a dormir. Pesquisadores (Moore, 2010; Owens, 2007) apontam que existem três subtipos de insônia comportamental na infância: insônia de associação para iniciar o sono, insônia por dificuldades de imposição de limites, ou a combinação entre elas.

Na insônia do tipo de associação ocorrem despertares noturnos frequentes, e estes são resultado de associações inapropriadas com o sono, tais como quando seu início se associa a fatores externos como colo, mamadeira, televisão, música e presença dos pais. As crianças que adormecem com contato físico ou envolvimento parental ativo têm maior probabilidade de precisarem de ajuda para voltarem a dormir após os despertares que normalmente acontecem durante a noite (Durand, 2008; Moore, 2010; Owens, 2007).

Crianças com insônia comportamental do tipo dificuldades de imposição de limites caracteristicamente relutam na hora de ir para cama ou atrasam esse momento com repetidas requisições (mais uma estória, um beijo a mais, etc). A insônia do tipo associação é mais frequente entre as crianças até três anos de idade, enquanto a do tipo por dificuldades de imposição de limites ocorre com maior frequência entre os pré-escolares ou em idade escolar (Durand, 2008; Moore, 2010; Owens, 2007).

Os distúrbios de sono na infância podem causar danos nas crianças e conseqüentemente também em seus familiares. A má qualidade de sono pode prejudicar o funcionamento diurno e afetar aspectos comportamentais, cognitivos, emocionais e escolares da criança (Meltzer, 2010; Moore, 2010). O comprometimento do sono na infância está associado à irritabilidade, agressividade, impulsividade, baixa tolerância à frustração, ansiedade, depressão, hiperatividade, labilidade emocional, desatenção e estresse familiar (Fallone, Owens, Deane, 2002; Nunes & Cavalcante, 2005; Owens, 2007). Pesquisadores apontam que a má qualidade de sono na infância pode prejudicar a funcionalidade diurna e afetar aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais da criança.

Estudo conduzido no Brasil por Rafihi-Ferreira, Silveiras, Pires, Assumpção-Jr, e Moura (submetido à publicação) investigou a presença de problemas de sono em 83 crianças pré-escolares (2 a 5 anos) e suas relações com problemas de comportamento. Os resultados apontaram que existem associações entre sono e comportamento externalizante e internalizante, de maneira que a má qualidade de sono parece favorecer problemas de comportamento externalizantes e

internalizantes. Os comportamentos externalizantes são aqueles voltados para o ambiente externo, como por exemplo, quebrar regras e agressividade, enquanto os comportamentos internalizantes referem-se a comportamentos voltados para si mesmo, como isolamento, queixas somáticas e ansiedade/depressão. Além do impacto na vida da criança, problemas de sono prejudicam o sono dos pais, afetando o humor e a funcionalidade diurna da família (Moore, 2010).

Ao atentar para o impacto do sono na qualidade de vida da criança, ressalta-se a relevância de se tratar da problemática, o mais rápido possível e de uma forma compreensiva. A insônia comportamental infantil é decorrente da história de aprendizagem operante (Meltzer, 2010). Durante o desenvolvimento, muitas crianças apresentam comportamentos inadequados em relação ao sono. Esses comportamentos podem ser descritos como: resistir em ir para cama no momento de dormir, chorar, fazer birra momentos antes de dormir, despertar durante a noite chorando e buscando o auxílio dos cuidadores demasiadamente. Tais comportamentos, característicos da insônia comportamental infantil, muitas vezes são seguidos de atenção e colo dos pais. A atenção e o colo dos pais são reforços positivos e fortalecem esses comportamentos inadequados da criança. Os comportamentos inadequados da criança no momento de dormir também são reforçados negativamente. Isto ocorre quando dormir sozinho é aversivo para criança e ao emitir os comportamentos inadequados a criança consegue fugir da situação de dormir sozinha. Desta forma, os comportamentos inadequados da criança são mantidos tanto por reforço positivo (por meio de colo e atenção dos pais) quanto por reforço negativo (evitam ou fogem da situação de dormir sozinho) (Didden, Sigafos, & Lancioni, 2011).

Outra questão fundamental que também mantém este quadro são os comportamentos dos pais. Os comportamentos de “dar atenção” e “embalar a criança” também são reforçados negativamente. Isso ocorre, pois o choro da criança funciona como um estímulo discriminativo aversivo, na presença do qual, o comportamento de “embalar” e “dar atenção” é reforçado negativamente (fuga) pela retirada do estímulo aversivo (choro).

Os reforços (positivos e negativos) que mantém os comportamentos podem ocorrer em dois esquemas: reforço contínuo e reforço intermitente. Em um esquema de reforço contínuo, o comportamento é sempre seguido de consequências reforçadoras. Por exemplo, sempre que a criança emite o comportamento de chorar, este é seguido de colo e embalo dos pais. O esquema de reforço contínuo é previsível e acontece de forma consistente. Em contrapartida no esquema de reforço intermitente o comportamento é reforçado de forma imprevisível, e, portanto, mais difícil de extinguir. Isto acontece, pois no esquema de reforço intermitente o comportamento é reforçado apenas algumas vezes (Skinner, 1953/1998). Por exemplo, de vez em quando o comportamento de chorar da criança é seguido de atenção dos pais.

Os cuidadores que estabelecem limites inconsistentes estão utilizando um esquema de reforço intermitente. Considera-se que a atenção é uma

consequência reforçadora. Desta forma, as crianças emitem comportamentos inadequados (choro, protestos) no momento de dormir, “acreditando” que eventualmente os cuidadores irão “ceder” e responder a solicitação por meio de atenção. Se o cuidador ignora esses protestos de forma consistente, isto é, sempre que a criança solicita inadequadamente atenção ela é ignorada, os pedidos de atenção inadequados vão parar. Em contrapartida, se após algumas solicitações inadequadas de atenção, o cuidador decide que é mais fácil responder ao comportamento da criança, ao invés de ignorá-lo, a criança aprende que a atenção (reforço positivo) pode vir após algumas solicitações inadequadas. Na outra noite, se o cuidador demorar mais para responder, a criança aprende que, enquanto ela continuar a se comportar inadequadamente (choros e protestos), eventualmente, ela vai conseguir o reforço, ou seja, a atenção dos pais (Meltzer, 2010).

Por meio da análise funcional é possível identificar os fatores que mantêm os comportamentos inadequados das crianças e dos pais e traçar estratégias para alterar tais comportamentos. No caso da insônia comportamental infantil, fica claro que os comportamentos inadequados da criança são mantidos por reforçamento, e muitas vezes em esquemas intermitentes. Uma vez que os comportamentos inadequados da criança no momento de dormir são operantes, sua frequência pode ser reduzida por meio da interrupção das consequências reforçadoras que mantêm tais comportamentos, ou seja, por meio do procedimento da extinção.

Considerando que os comportamentos dos pais e /ou cuidadores são responsáveis pelos comportamentos inadequados da criança no momento de dormir e ao despertar durante a noite, o objetivo da intervenção comportamental para insônia infantil é o de modificar os comportamentos dos pais frente as respostas inadequadas da criança em relação ao sono. A intervenção consiste em um processo de orientação para pais e/ou cuidadores a fim de que esses compreendam a origem dos comportamentos de suas crianças e a partir da modificação de seus comportamentos, aconteça a modificação dos comportamentos de suas crianças. Neste processo, os pais recebem informações sobre o sono da criança e são orientados quanto as técnicas de extinção e reforço positivo.

Estudiosos (Moore, 2010; Nunes & Cavalcanti, 2005; Tikotzky & Sadeh, 2010) apontam que intervenções comportamentais, administradas pelos pais, são efetivas a curto e longo prazo para o manejo da insônia em crianças.

Em um estudo de revisão, Morgenthaler, et al. (2006) apontam que intervenções comportamentais que utilizam técnicas de extinção, estabelecimento de rotinas, educação preventiva aos pais e hábitos de higiene do sono são consideradas como terapias efetivas em problemas relacionados ao deitar e despertar durante a noite.

A técnica de extinção é indicada pela Academia Americana de Medicina do Sono (2006) para o tratamento de problemas de sono na infância. O objetivo da técnica é extinguir comportamentos aprendidos indesejáveis por meio da remoção dos reforços que mantêm o comportamento. Desta forma, os pais são orientados

a ignorar os protestos (choro, birra) da criança no momento de dormir e quando desperta durante a noite. A extinção visa permitir que a criança desenvolva habilidades para adormecer sozinha, sem a ajuda dos pais (Hill, 2011).

A extinção foi um dos primeiros métodos comportamentais, desenvolvidos e validados para o tratamento da insônia comportamental em crianças (Mindell, et al., 2006), e sua eficácia é apontada em muitos estudos (Hill, 2011; Moore, 2010; Morgenthaler, et al., 2006; Paine & Gradisar, 2011; Tikotzky & Sadeh, 2010). Mindell, et al (2006) verificaram que a extinção é eficaz na eliminação de comportamentos referentes aos problemas antes de dormir e de despertares durante a noite. Contudo, enquanto a extinção é efetiva em reduzir comportamentos (choro, birra) que interferem com início do sono, ela não ensina ou reforça comportamentos pré-sono apropriados. Desta forma, o reforço positivo torna-se essencial como técnica complementar à extinção (Kuhn, 2011).

O reforço positivo é utilizado no estabelecimento de rotinas pré-sono (escovar os dentes, colocar pijama, ir para o quarto, deitar, escutar uma história, relaxar) (Kuhn, 2011). Na execução da técnica, pais são orientados a reforçar (com atenção, carinho, elogios, brinquedo, etc) o filho sempre que a criança se comportar adequadamente (ficar quieto, não chorar, permanecer na cama) (Didden, Sifagoos & Lancioni, 2011). Assim, a combinação entre a técnica de extinção e reforço positivo mostra-se eficaz no tratamento comportamental da insônia infantil (Mindell & Durand, 1993; Mindell, et al., 2006; Moore, Meltzer, & Mindell, 2008).

De modo a demonstrar como é satisfatório o trabalho do psicólogo com os pais de uma criança com problemas de sono, o presente trabalho teve o objetivo de apresentar a um relato de caso de uma intervenção comportamental para insônia infantil por meio de um programa dirigido aos pais.

Método

Trata-se de um relato de caso que ocorreu em quatro etapas (pré-intervenção, intervenção, pós-intervenção e período de seguimento).

Participante

Participou deste trabalho uma criança de quatro anos de idade, do sexo masculino, que apresentava dificuldades de iniciar e manter o sono na ausência dos pais.

Aspectos Éticos

Este estudo apresentou todos os cuidados éticos que resultou no parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde foi conduzido

o estudo. A mãe participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Local

Clínica-Escola de Psicologia de uma Universidade Pública.

Instrumentos

1. *Roteiro para Entrevista Inicial*: Este roteiro foi elaborado para o direcionamento da entrevista inicial. Compreende as seguintes informações sobre a criança: idade, sexo, data de nascimento, histórico médico e psiquiátrico e informações sobre o sono da criança, questionando as preocupações dos cuidadores frente aos problemas de sono da criança e o que já tentaram fazer para solucionar tais problemas. O roteiro também compreende informações sobre os pais, como: idade, escolaridade, ocupação, quantas pessoas moram na casa e histórico familiar de sono.

2. *Diário de sono*: Os diários de sono foram elaborados com o objetivo de registrar os horários em que o participante dormiu, despertou, estimativa de quanto tempo demorou a adormecer e o número e duração dos despertares ao longo da noite. Os diários foram realizados durante todo período do estudo.

3. *Escala UNESP de Hábitos e Higiene do Sono-Versão Crianças*: Trata-se de um instrumento com questões fechadas que buscam avaliar as características do sono de crianças, respondidas pelo cuidador, elaborado por Pires, et al. (2012). A escala é composta por questões iniciais sobre os horários habituais de sono da criança, uma seção chamada Hábitos de Higiene do Sono, composta por 16 questões (pontuados numa escala de frequência) que avaliam indicadores sobre: a rotina do sono (conjunto de atividades que precedem o horário de dormir); alerta fisiológico (conjunto de hábitos diurnos que promoveriam estado de excitação ou desconforto físico antes do horário de dormir); aspecto cognitivo/emocional (engloba indicadores de regulação e bem estar emocional pré-sono) e conforto do ambiente de dormir. A Escala ainda conta com itens suplementares que avaliam a presença de dificuldades para dormir e sonolência diurna (anotados numa escala de frequência). A confiabilidade da seção Hábitos de Higiene do Sono foi estimada por meio do coeficiente alfa de Cronbach numa amostra composta por pré-escolares e escolares, resultando num valor de 0,68, o que assegura sua confiabilidade.

4. *Escala de Distúrbios do Sono para Crianças e Adolescentes*: Trata-se de um instrumento com questões fechadas, de autopreenchimento, elaborado por Bruni et al (1996). Este instrumento foi traduzido, adaptado e validado para o português do Brasil por Ferreira, Carvalho, Ruotolo, Morais, Prado & Prado (2009), apresentando consistência interna (Alfa de Cronbach) com valor maior que 0,55. É composto por itens referentes aos comportamentos relacionados ao sono de crianças e medem diferentes problemas de sono (dificuldades de iniciar e manter o sono; transtornos de transição sono-vigília, qualidade do sono, despertares noturnos, movimentos

anormais durante o sono, problemas respiratórios durante o sono, parassonias, sintomas matutinos e sonolência excessiva diurna). Cada item é anotado numa escala que varia de 1 a 5 (1=nunca; 5=sempre). Trata-se de um instrumento com questões fechadas, de autopreenchimento, elaborado por Bruni et al (1996). É composto por itens referentes aos comportamentos relacionados ao sono de crianças e medem diferentes problemas de sono (dificuldades de iniciar e manter o sono; transtornos de transição sono-vigília, qualidade do sono, despertares noturnos, movimentos anormais durante o sono, problemas respiratórios durante o sono, parassonias, sintomas matutinos e sonolência excessiva diurna). Cada item é anotado numa escala que varia de 1 a 5 (1=nunca; 5=sempre).

5. *Inventário de Comportamentos para Crianças entre 1½ a 5 anos (CBCL/1,5-5)*: Trata-se de um instrumento desenvolvido por Achenbach e Rescorla (2000) destinado a obter taxas padronizadas de problemas comportamentais de crianças a partir do relato dos pais. A versão brasileira do CBCL/1,5-5 apresenta bons índices de confiabilidade, avaliados em uma amostra não-probabilística de 157 mães. A análise teste-reteste resultou em coeficientes de correlação intraclasse elevados nas escalas Internalizante (0,99), Externalizante (0,99) e Total de Problemas (0,98). Os valores de consistência interna (alfa de Cronbach) variam de 0,69 (Problemas Somáticos) a 0,94 (Total de Problemas) (Pires, Silveiras, Rafihi-Ferreira, Rocha, Fernandes, & Melo, 2014). Essa versão avalia as seguintes síndromes: Reatividade Emocional, Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas de Atenção, Comportamento Agressivo e Problemas de Sono. Por meio da análise dos itens dessas síndromes, obtém-se também uma caracterização da criança quanto a seu Funcionamento Global (clínica, normal ou borderline) e nos perfis Internalizante e Externalizante. Os valores para análise dos escores T em total de Problemas de Comportamento, Perfil Internalizante e Perfil Externalizante são: borderline – escores entre 60 e 63; clínico – escores iguais ou superiores a 64; e normal – escores inferiores a 60. Para as síndromes, os escores borderlines são entre 65 e 69; clínico – escores iguais ou superiores a 70; e normal – escores inferiores a 65. Para este estudo foram considerados o total de problemas de comportamento, problemas externalizantes, problemas internalizantes e problemas de sono.

Procedimento

A presente intervenção compreendeu quatro etapas. Na primeira etapa foi realizada uma entrevista inicial, através do Roteiro para Entrevista Inicial, com a mãe da criança. A mãe respondeu os questionários Escala Unesp de Hábitos e Higiene do Sono-Versão Crianças, Escala de Distúrbios do Sono para Crianças e Adolescentes e CBCL foi instruída a completar os diários de sono. A avaliação teve duração de aproximadamente de 60 minutos.

A segunda etapa compreendeu o programa de intervenção, o qual foi composto por cinco sessões com duração de 60 minutos. Como a avaliação, as sessões foram individuais com a mãe da criança sendo que as três primeiras foram

realizadas semanalmente e as duas finais quinzenais. Os registros em diários foram realizados durante toda a etapa da intervenção. No início das sessões, os dados obtidos pelos diários foram discutidos. Em seguida, a mãe recebeu informações sobre o sono da criança, orientações sobre o estabelecimento de horários e rotina para dormir e quanto ao uso das técnicas de extinção e reforço positivo para a melhoria do momento de dormir e redução de despertares noturno da criança. A descrição das sessões está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Descrição dos procedimentos realizados nas sessões

Sessões	Descrição dos conteúdos abordados durante as sessões
1	<p>1) Verificação e discussão acerca dos diários (sono e de comportamentos): Verificação dos comportamentos dos pais/cuidadores frente às respostas da criança no momento de dormir e nos despertares noturnos.</p> <p>2) Informações sobre sono e desenvolvimento da criança e horários e rotinas para dormir.</p> <p>3) Educação parental sobre sono e desenvolvimento da criança: Informações acerca das mudanças necessárias no sono das crianças nos primeiros anos de vida. Estabelecimento de horários e rotinas para dormir: Informações sobre o padrão consistente de sono e horário adequado à idade para dormir e acordar. Discussão sobre a utilização do reforço positivo em atividades prévias ao sono.</p>
	<p>1) Revisão dos diários</p> <p>2) Discussão sobre os progressos familiares desde a última sessão</p> <p>3) Informações sobre extinção para problemas no momento de dormir e despertares noturnos.</p> <p>3) Implementação da extinção: Os cuidadores são informados sobre dois tipos de extinção.</p> <p>a) Extinção Gradual: Após concluir a rotina para dormir, os cuidadores devem colocar o bebê/criança acordado (a) no berço/cama e sair do quarto, voltando para verificar a criança em um breve período (por exemplo, a cada 3 minutos, depois a cada 5 minutos, a cada 7 minutos e assim sucessivamente), mantendo o mínimo de contato e interação.</p> <p>b) Extinção na presença dos pais: Após concluir a rotina para dormir, os cuidadores devem colocar a criança acordada no berço/cama e ficar próximo ao berço até a criança adormecer, após alguns dias o cuidador se distancia do berço/cama e permanece entre o berço/cama e a porta, gradualmente o cuidador vai se distanciando no decorrer dos dias, até sair do quarto.</p>
3	<p>1) Revisão dos diários</p> <p>2) Discussão sobre os progressos familiares desde a última sessão</p> <p>3) Apoio aos cuidadores frente às dificuldades na adesão ao programa de intervenção</p>
4	<p>1) Revisão dos diários</p> <p>2) Discussão sobre os progressos familiares desde a última sessão</p> <p>3) Apoio aos cuidadores frente às barreiras na adesão ao programa de intervenção.</p>
5	<p>1) Revisão dos diários</p> <p>2) Discussão sobre os progressos familiares desde a última sessão</p> <p>3) Apoio aos cuidadores frente às barreiras na adesão ao programa de intervenção.</p> <p>4) Educação aos pais sobre situações que podem levar ao retorno dos problemas de sono na criança: Os cuidadores devem ser instruídos que algumas circunstâncias na vida da criança, bem como períodos de transição (férias, nascimento de irmãozinho, interrupção do uso de chupeta, etc), podem resultar no retorno de problemas de sono. Contudo o foco na manutenção de regras e consistência parental previnem o desenvolvimento e o retorno dos problemas de sono.</p>

Após uma semana do término do período de intervenção (terceira etapa), o participante foi avaliado por meio dos mesmos instrumentos aplicados na etapa inicial.

O período de seguimento compreende 1 e 6 meses pós-intervenção (quarta etapa) e tem como objetivo avaliar a manutenção dos efeitos da intervenção. Após um mês e seis meses do término da intervenção, o participante foi reavaliado.

Resultados

Os dados foram analisados a partir dos instrumentos aplicados.

As características da mãe da criança foram coletadas por meio do Roteiro de Entrevista Inicial. A mãe da criança no período de avaliação tinha 23 anos de idade, era casada, com escolaridade superior e estrato social médio (B2).

A criança residia em uma casa com dois quartos, sala, banheiro e cozinha, com seu pai e sua mãe. A mãe relatou que desde que a criança nasceu sempre dormiu ao lado dela. Apesar de esta situação incomodar muito o casal, estes nunca procuraram ajuda médica ou psicológica para resolver esta questão.

Antes da intervenção, a criança resistia ir para cama três ou mais vezes na semana e na ausência dos pais, a criança demorava mais de meia hora para adormecer, despertava frequentemente à noite. A criança não conseguia dormir e manter o sono na ausência dos pais. Desta forma, dormia todos os dias com o casal, ou muitas vezes o pai da criança saía do quarto para criança e a mãe poderem dormir com mais conforto na cama.

Momentos antes de dormir a criança assistia televisão, praticava atividades vigorosas, bebia líquido em excesso e sentia emoções fortes como raiva e medo.

Durante a avaliação a criança apresentou escores clínicos na escala de problemas internalizantes, externalizantes e total de problemas de comportamento. Além disso, apresentou escores limítrofe nas síndromes de reatividade emocional, ansiedade/depressão, problemas de sono e comportamento agressivo.

A partir dos resultados do instrumento *Escala UNESP de Hábitos e Higiene do Sono-Versão Crianças* pode se perceber que após a intervenção a criança antes de dormir deixou de assistir TV e sentir emoções fortes, como raiva e medo (todos os dias para nenhum dia).

Por meio dos resultados da Escala de Distúrbios de Sono para Crianças e Adolescentes e dos registros de diários de sono, pode se observar uma redução na resistência em ir para cama, latência de sono, despertares noturno e dormir com os pais. Tais resultados são demonstrados nas figuras abaixo, que apresentam a latência de início de sono em minutos, e as frequências a partir de porcentagens da ocorrência em dias de resistência em ir para cama, despertares noturnos e dormir com os pais.

Figura 1. Resistência no momento de dormir

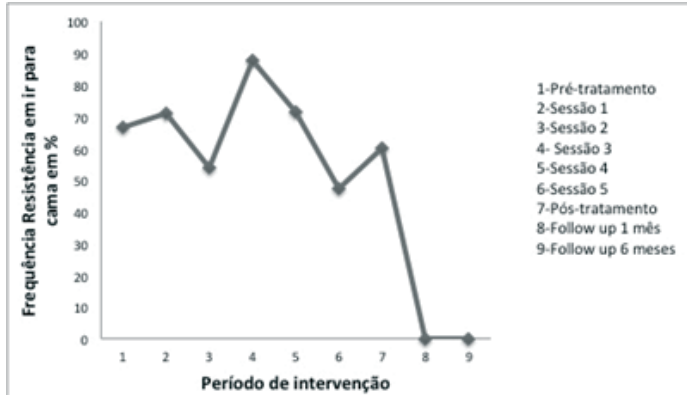


Figura 2. Latência de sono

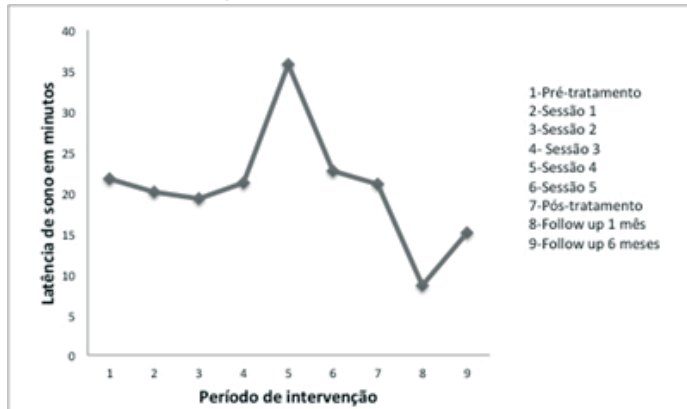


Figura 3. Despertares noturnos

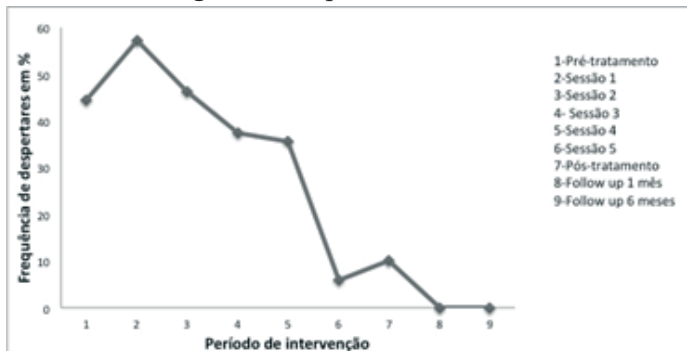
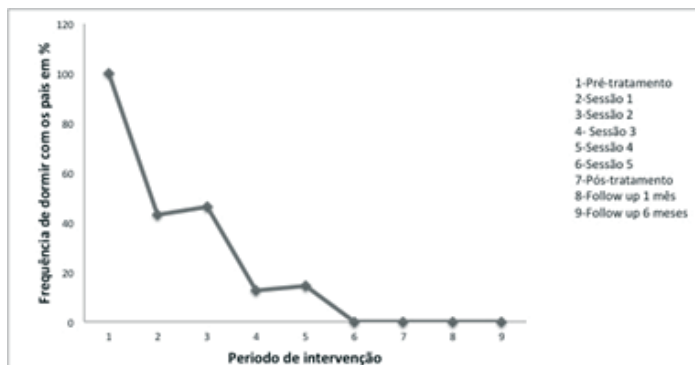


Figura 4. Dormir com os pais

Como observado nas figuras, após a intervenção a criança teve melhora nos padrões de sono e passou a resistir menos em ir para cama, demorar menos para adormecer, reduziu os despertares noturnos e passou a dormir independentemente. Além disso, a mãe relatou que agora a criança dorme em seu próprio quarto e tem uma rotina pré-sono com histórias e atividades calmas antes de dormir. O casal passou a dormir sozinho no quarto e a criança passou a gostar de seu quarto.

Foi observado também melhora nos comportamentos diurnos da criança, conforme os resultados do CBCL que demonstraram que a criança pontuou menos, passando de limítrofe (escores entre 65 e 69) para normal (escores inferiores a 65) nas síndromes de reatividade emocional, ansiedade/depressão, problemas de sono e comportamento agressivo (CBCL). Quanto aos escores nas escalas externalizantes, internalizantes e total de problemas de comportamento, a criança passou de escores clínicos para escores normais nestes domínios.

Tais resultados foram mantidos também no período de seguimento.

Discussão

Os resultados do presente estudo demonstraram que após a intervenção com orientação parental a criança apresentou redução da resistência em ir para cama, do tempo para adormecer, de despertares noturnos como também o desenvolvimento de habilidade para adormecer independentemente da presença dos pais. As melhoras nos padrões de sono foram mantidas também no período de seguimento. Desta forma, os resultados deste estudo demonstraram a eficácia do tratamento baseado na aprendizagem operante no caso relatado.

A eficácia da presente intervenção está relacionada a mudança comportamental dos pais frente aos problemas de sono da criança. Na presente intervenção, na medida que os pais começaram a extinguir os comportamentos

inadequados no momento de dormir e ao despertar durante a noite, a criança intensificou os protestos, porém os pais foram consistentes e depois de algumas semanas os comportamentos inadequados da criança reduziram significativamente. Este processo é denominado “extinction burst”, isto é à “explosão” de repostas que ocorrem no início do procedimento de extinção. A frequência e gravidade dos comportamentos inadequados na hora de dormir da criança aumentam substancialmente durante as primeiras noites do tratamento. Contudo, apesar da aversividade da “extinction burst”, estudiosos (Didden, et al., 2011; Reid, et al., 2009) apontam a ocorrência da “extinction burst” como um sinal da eficácia do procedimento, e não de sua ineficácia. Quando um comportamento inadequado é ignorado, a tendência é um aumento acentuado na frequência deste comportamento, antes da redução. Assim, após a mãe ignorar os choros e protestos do filho, o comportamento de chorar e protestar se intensificaram. Este fato, faz com que muitas mães deem atenção a criança na tentativa de cessar os protestos, nesse momento ocorre o reforçamento intermitente que prejudica muitas vezes a rápida extinção da resposta inadequada. Por isso a importância da consistência do comportamento parental na aplicação da intervenção.

Outra questão que merece destaque é que a intervenção para problemas de sono em crianças envolve a relação entre pais e filhos. A forma de interação desta relação muitas vezes está relacionada com o desenvolvimento de tais dificuldades e a melhora nesta relação pode conseqüentemente favorecer comportamentos adequados nas crianças. Sobre isso Owens e Mindell (2011) apontam que o desenvolvimento da insônia comportamental infantil pode ter como uma de suas causas, fatores específicos dos pais, como estilo parental permissivo, estilos de disciplina inconsistente entre os pais, bem como expectativas irrealistas por parte dos cuidadores. Desta forma, com a intervenção, os pais compreendem que seus comportamentos muitas vezes mantêm os problemas de sono de seus filhos, e assim são orientados a modificarem tais comportamentos. À medida que as mudanças ocorrem, os pais passam a lidar de forma diferente com o problema da criança, tornando-a mais independente. Este aspecto é um fator que pode contribuir para melhora dos comportamentos relacionados ao sono da criança como também melhora de outros comportamentos diurnos. No presente caso, além da melhora dos problemas de sono, a criança apresentou melhora de comportamentos avaliadas pelo CBCL. Estes dados podem sugerir também que a qualidade de sono pode interferir no comportamento das crianças e que a melhora deste pode contribuir também para melhora no comportamento da criança.

Embora efetivo, este relato apresenta limitações. Os dados do estudo são baseados em relato parental. Além disso, trata-se do relato de um caso, sem a realização de comparação com outros participantes. Por estes fatores, réplicas de casos como este são necessárias para controle de variáveis internas e externas, como também a combinação de relato parental com outras medidas de avaliação, como actigrafia ou registros de vídeo.

A contribuição maior deste estudo foi demonstrar como é possível modificar comportamentos inadequados em um curto espaço de tempo a partir da mudança de respostas parentais, indicando a importância do comportamento dos pais na manutenção dos comportamentos das crianças.

Considerações finais

Pode se concluir que a intervenção comportamental dirigida aos pais, foi efetiva para os problemas de sono da criança.

Referências

- Achenbach, T. & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont.
- American Academy of Sleep Medicine. (2005) International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual, second ed. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- Bruni, O., Ottaviano, S., Guidetti, V., Romoli, M., Innocenzi, M., Cortesi, F., et al. (1996) The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC). Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *Journal of Sleep Research*, 5: 251-261.
- Didden, R., Sigafoos, J. & Lancioni, G.E. (2011) Unmodified Extinction for Childhood Sleep Disturbance. In: M. Perlis, M. Aloia & B. Kuhn (Orgs) *Behavioral Treatments for Sleep Disorders: A Comprehensive Primer of Behavioral Sleep Medicine Interventions* (pp. 257-263). London: Elsevier.
- Durand, V.M. (2008) *When Children Don't Sleep Well*. University Press, Oxford.
- Fallone, G., Owens, J.A. & Deane, J. (2002) Sleepiness in children and adolescents: clinical implications. *Sleep Medicine Review*, 6: 287-306.
- Ferreira, V.R., Carvalho, L.B.C., Ruotolo, F., Morais, J.F., Prado, L.B.F., & Prado, G.F. (2009). Sleep disturbance scale for children: translation, cultural adaptation, and validation. *Sleep Medicine*, 10(4), 457-463.
- Hill, C. (2011) Practitioner Review: Effective treatment of behavioural insomnia in children, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(7), 731-741.
- Kuhn, B.R. (2011) Behavioral Protocol to Promote Independent Sleep Initiation Skills and Reduce Bedtime Problems in Young Children. In: M. Perlis, M. Aloia & B. Kuhn (Orgs) *Behavioral Treatments for Sleep Disorders: A Comprehensive Primer of Behavioral Sleep Medicine Interventions* (pp. 299-309). London: Elsevier.
- Meltzer, L. J. (2010) Clinical Management of Behavioral Insomnia of Childhood: Treatment of Bedtime Problems and Night Wakings in Young Children. *Behavioral Sleep Medicine*, 8, 172-189.
- Mindell, J.A. & Durand, V.M. (1993) Treatment of childhood sleep disorders:

- generalization across disorders and effects on family members. *Journal of Pediatric Psychology*, 18(6), 731-750.
- Mindell, J.A., Kuhn, B., Lewin, D.S, Meltzer, L.J., & Sadeh, A. (2006) Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children – an American academy of sleep medicine review. *Sleep*, 29, 1263-76.
- Moore, M (2010) Bedtime Problems and Night Wakings: Treatment of Behavioral Insomnia of Childhood. *Journal of clinical psychology: in session*, 66(11): 1195-1204.
- Moore, M., Meltzer, L.J. & Mindell, J.A. (2008). Bedtime Problems and Night Wakings in Children. *Prim Care Clin Office Pract*, 35, 569-581.
- Morgenthaler, T.I., Owens, J., Alessi, C., Boehlecke, B., Brown, T.M., Coleman, J. et al. (2006) Practice Parameters for Behavioral Treatment of Bedtime Problems and Night Wakings in Infants and Young Children. *Sleep*, 29(10):1277-1281.
- Nunes, M.L. & Cavalcante, V. (2005) Avaliação clínica e manejo da insônia em pacientes pediátricos. *Jornal de Pediatria*, 81(4): 277-286.
- Owens, J. (2007) Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Sleep Medicine Clinics*, 2: 353-361.
- Owens, J. A. & Mindell, J. A. (2011) Pediatric Insomnia. *Pediatric Clinics of North America*, 58, 555-569.
- Paine, S & Gradisar, M. (2011) A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for behavioural insomnia of childhood in school-aged children. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 379-388.
- Pires, M.L.N., Silveiras, E.F.M., Rafihi-Ferreira, R., Rocha, M.M., Fernandes, L.F.B., & Melo, M.B. (2014) Reprodutibilidade e consistência interna do CBCL/1,5-5 e problemas de comportamento em uma amostra crianças pré-escolares. Anais da 44 Reunião Anual de Psicologia.
- Pires, M.L.N., Vilela, C.B., & Câmara, R.L. (2012) Desenvolvimento de uma medida de hábitos de sono e aspectos da prevalência de problemas comportamentais de sono na infância: uma contribuição. In D.P.S.A. Ribeiro, H.R.Rosa, N.S Filho (Eds) *Processos Clínicos e Saúde Mental* (pp. 167-192). São Paulo: Vetor.
- Rafihi-Ferreira, R., Silveiras, E.F.M., Pires, M.L.N., Assumpção-Jr, F., & Moura, C.B. Problemas de Sono e Comportamentos avaliados pelo Child Behavior Checklist em Pré-Escolares. Trabalho submetido à publicação.
- Reid, G.J. Huntley, E.D., & Lewin, D.S. (2009) Insomnias of Childhood and Adolescence. *Child Adolesc Psychiatric Clin*, 18, 979-1000.
- Skinner, B.F.(1953/1998) *Ciência e Comportamento Humano*. (Todorov JC, Azzi R Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Tikotzky, L. & Sadeh, A. (2010) The role of cognitive-behavioral therapy in behavioral childhood insomnia. *Sleep Medicine*, 11, 686-691.

