



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**PERCEÇÃO MATERNA SOBRE O SONO DE SUA
CRIANÇA: UM ESTUDO QUALITATIVO**

JULIANA SILVA FRANÇA

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ LUIS PAIS RIBEIRO

Coorientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA LAURA NOGUEIRA PIRES

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia da Saúde

2014

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação dos Professores Doutores José Luís Pais Ribeiro e Maria Laura Pires Nogueira, apresentada no ISPA - Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

Dedico essa tese a todas as mães que participaram e permitiram a realização deste estudo, por onde, pela janela de seus olhos, pelo conteúdo de suas palavras e por suas histórias carregadas de afeto e confissões, pude vislumbrar a “*dor e a delícia*” da maternidade.

A minha mais profunda gratidão ao universo, ao sopro divino que me trouxe à luz e à toda generosidade que a vida tem comigo.

Nessa trajetória, felizmente, são muitos os que não só estiveram ao meu lado, mas que foram pra mim “*like a bridge over troubled water*” e me ajudaram a seguir sempre em frente.

Sem dúvidas, primeiramente, minha sincera gratidão ao meu pai e à minha mãe, que me deram a vida e – em um entorno de amor, cuidado e dedicação – me ensinaram a arte de viver.

Às minhas irmãs, Gabriela e Carolina, simplesmente por existirem e fazerem de mim alguém mais completo, mesmo com minhas faltas.

A Olívia, Leonardo, Giovana e Marcelo, pessoinhas preciosas, que emprestam sentido e alegria à minha vida.

Ao meu orientador, Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, por confiar na minha capacidade e me possibilitar desenvolver um projeto que me foi muito rico.

À Professora Doutora Laura Pires, minha coorientadora, a quem dedico todas as honras desse trabalho e agradeço carinhosamente por sua dedicada parceria.

Aos meus amigos, elo fundamental para que eu chegasse até esta página de agradecimento. Meu reconhecimento de gratidão vai especialmente a Pit, meu arcanjo, a Bia, minha parceira de caminhada e a Carol, minha leal e amada amiga.

Muito obrigada!

*“If you need a friend, I’m sailing right behind,
Like a bridge over troubled water, I will lay me down
Like a bridge over troubled water,
I will ease your mind”.*

Simon & Garfunkel

Resumo

Os distúrbios de comportamento de sono infantil suscitam preocupação nos pais e geram potencial impacto na vida da família e da criança. Uma vez que ainda não estão bem definidas as cognições que influenciam a percepção materna de um padrão de sono como problemático, e dada a importância do papel que as mães geralmente desempenham como cuidadoras, torna-se imprescindível elucidar os tipos de cognições que podem ajudar no entendimento das respostas maternas durante a noite. Este trabalho tem como objetivo explorar a complexa relação entre a percepção materna sobre o sono de sua criança e os padrões de sono infantil, guiados pelo Modelo Transacional de Sadeh, Tikotzky e Scher (2010). A avaliação foi realizada através de um questionário semiestruturado, cujas categorias de análise eram: *descrição do sono, dimensões de atribuição, crenças, sentimentos e impacto*. A amostra foi composta por 29 mães, sendo uma delas com 02 filhos, em idade pré-escolar entre 6 meses e 6 anos. Através da Análise de Conteúdo, os dados sugerem que a rotina de sono construída no ambiente da criança, para o momento de adormecer, e o comportamento das mães nesse momento, estão estreitamente ligados à qualidade do sono infantil. Parece que as atribuições de *causalidade externa, estabilidade-traço, controlabilidade centrada na criança e intencionalidade-proposital* estão particularmente associadas aos problemas de sono infantil. No entanto, conforme previsto pelo modelo, a percepção materna, e suas interpretações da qualidade do sono infantil, não só contribuem para comportamentos relacionados ao momento do sono de sua criança, como também acabam por produzir padrões nesse sono, seja negativo ou positivo. O sono infantil de má qualidade, seja ele por questões emocionais ou fisiológicas, é um fator de risco para o desenvolvimento e manutenção de padrões de sono infantis problemáticos.

Palavras-chave: criança pré-escolar, distúrbio/problemas de sono, percepção materna.

Abstract

Infant sleep behavior disorders raise concerns in parents and generate a potential impact on the family and children life. Since which cognitions influence maternal perception of problematic sleep pattern are not well defined, given the important role that mothers usually plays as caregivers, it is essential to clarify types of cognitions that may help in understanding of the maternal answers in bedtime interactions. This paper aims to explore the complex relationship between maternal perceptions of their own infant sleep patterns and the child sleep patterns, guided by Sadeh, Tikotzky and Scher (2010) Transactional Model. The evaluation was performed using a semi-structured questionnaire, which categories for analysis were: sleep description, attributional dimensions, beliefs, feelings and impact, in a sample composed of 30 mothers of preschool children aged 6 months to 6 years. Through the content analysis, the data suggests that mother's behavior, particularly those linked to the bedtime interactions and the sleep routine developed, are closely linked to infant sleep. It seems that assignments of external causality, stability child centered (trait), purposeful intentionality and controllability are associated with problematic infant sleep patterns. However, as predicted by the Transactional Model, both the maternal perception related to sleep time contributes to maternal behaviors with your own child and ultimately influences the patterns of children's sleep, as infant poor sleep is a risk factor for development and maintenance of problematic infant sleep patterns.

Key Words: preschool children, sleep disorders/problems, maternal perception.

Índice

Introdução.....	1
<i>Funcionamento e problemas do sono na infância.....</i>	<i>4</i>
<i>Sono infantil e funcionamento parental.....</i>	<i>6</i>
<i>Critérios diagnósticos de problemas de sono infantil.....</i>	<i>7</i>
<i>Cognição parental e sono infantil.....</i>	<i>9</i>
<i>Percepção parental e problemas de sono infantil.....</i>	<i>10</i>
<i>Atribuições parentais sobre sono infantil.....</i>	<i>12</i>
<i>Atribuições parentais em outros contextos do desenvolvimento infantil.....</i>	<i>15</i>
<i>O papel das atribuições parentais no sono infantil.....</i>	<i>16</i>
Problemática e Objetivos.....	18
<i>Problemática.....</i>	<i>18</i>
<i>Objetivos.....</i>	<i>19</i>
Métodos.....	19
<i>Participantes.....</i>	<i>21</i>
<i>Material.....</i>	<i>22</i>
<i>Procedimento de recolha de dados.....</i>	<i>23</i>
<i>Procedimento de análise de dados.....</i>	<i>23</i>
Resultados.....	27
<i>Frequência de ocorrência das categorias de análise.....</i>	<i>27</i>
<i>Análise de dados por categoria.....</i>	<i>28</i>
<i>Dimensões causais das atribuições.....</i>	<i>28</i>
<i>Locus.....</i>	<i>28</i>
<i>Estabilidade.....</i>	<i>29</i>
<i>Controlabilidade.....</i>	<i>30</i>
<i>Intencionalidade.....</i>	<i>31</i>
<i>Generalização.....</i>	<i>31</i>
<i>Atitude.....</i>	<i>32</i>

<i>Crença</i>	33
<i>Impacto</i>	33
<i>Sentimentos</i>	34
<i>Descrição</i>	35
<i>Expectativa</i>	35
Discussão	37
<i>Considerações finais</i>	50
Referências	53
<i>Quadro 1: Descrição das categorias e subcategorias de análise</i>	26

A presente investigação foi realizada no âmbito da Dissertação da Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde, submetida ao ISPA - Instituto Universitário, Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Este estudo enquadra-se no âmbito de um estudo mais vasto, “Contexto familiar e sono na infância”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências e Letras, UNESP, Campus de Assis que tem o objetivo de explorar, por meio de um estudo qualitativo, a percepção materna sobre o sono de sua criança e analisar a contribuição de variáveis do contexto familiar no padrão de sono de crianças, visando identificar fatores de proteção e de risco à saúde.

Os padrões de sono infantis passam por uma evolução intensa durante o primeiro ano de vida. Os bebês, nos seus primeiros 12 meses, comumente adormecem sem muito esforço dos cuidadores durante ou logo depois da mamada. O processo de maturação do ciclo de sono-vigília que se inicia com múltiplos episódios de sono distribuídos no período de 24 horas é guiado principalmente por um processo genético. A rotina de sono com as crianças por volta dos 18 meses parece ser bastante diferente, já que geralmente elas precisam de alguma forma de relaxamento para dormir, induzidas por elas mesmas ou pelos cuidadores.

As práticas parentais nos despertares noturno são conhecidas por terem um impacto na consolidação do sono. Nessa faixa etária aproximadamente, o sono que antes era conduzido por predisposições biológicas, podendo sofrer influências de fatores maturacionais, genéticos e médicos, passam a ser guiado por fatores ambientais. Portanto na faixa etária de 18 meses, em média, o padrão de sono da criança pode ser desenvolvido em função das práticas dos cuidadores, o que pode levar a criar diferenças individuais nesses padrões de sono, que pouco têm a ver com as variáveis iniciais (Dionne *et al.*, 2011). O complexo processo de regulação e consolidação do sono é conduzido por forças diversas, e alcançar o padrão de apenas um episódio de sono consolidado à noite depende altamente de estímulos ambientais. Aí se incluem os estímulos parentais, especialmente aqueles gerados por fatores mediados pelos comportamentos relacionais (Teng & Sadeh, 2012). Tal fenômeno desafia a competência parental e envolve toda família de forma relevante ao longo da primeira infância, especialmente no primeiro ano (Sadeh, Tikotzky, & Scher, 2010).

Intercorrências no processo de consolidação do sono nos específicos estágios do desenvolvimento da criança frequentemente trazem muito prejuízo familiar e à própria criança, sendo uma das maiores queixas relatadas aos profissionais de saúde infantil.

Dificuldades nesse processo de desenvolvimento estão associadas a dificuldades no adormecer e a múltiplos e prolongados episódios de despertar noturno.

Diversos estudos revelam uma prevalência de problemas de sono infantil em crianças de idade pré-escolar (Meltzer, Johnson, Crosette, Ramos, & Mindell, 2010). Problemas no sono durante a infância, especialmente despertar noturno e dificuldades na hora de dormir, em crianças que já completaram 06 meses de vida, são vistos pelos pais como um problema comportamental de sono e podem incorrer em problemas emocionais e comportamentais, no desenvolvimento cognitivo e da linguagem (Dionne *et al.*, 2011; Scher, Zukerman, & Epstein, 2005), além de distúrbios na qualidade de vida dos pais (Sinai & Tikotzky, 2012). 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 agitadas, nervosas ou com medo (22%), acordam várias vezes durante a noite (35%) e ficam sonolentas durante o dia (35%).

Crianças com distúrbios no comportamento de sono, frequentemente demandam suporte especial dos pais. Isso normalmente leva a uma dificuldade desses pais em ter, eles próprios, uma noite de sono satisfatória, tão necessária para estarem aptos, fisicamente, até mesmo para dar suporte aos cuidados noturnos da criança, o que gera um ciclo vicioso, ensejando problemas psicológicos, como p.ex., a ansiedade e a depressão parental (Giallo, Rose, & Vittorino, 2011; Gregory & Sadeh, 2012).

Pais cujos filhos têm uma noite de sono fragmentada tendem a perceber de forma mais negativa o temperamento da criança, o que pode levar a comportamentos negativos direcionados aos próprios filhos, destacando-se abusos físicos e ou psicológicos (Giallo, Rose, Cooklina, & McCormacka, 2012). É concebível que, quanto mais estressados os pais estejam pelo “mal dormir” de seus filhos, maior a probabilidade de que eles considerem o sono como problemático. O contrário também pode ocorrer: os médicos podem diagnosticar o sono da criança como problemático, e os pais não. Esse fato resulta numa lacuna de concordância entre o que os pais e os médicos consideram como comportamentos problemáticos.

Os estudos empíricos qualitativos têm destoado dos estudos baseados em critérios de clínicos. Por sua vez, os levantamentos conduzidos por pesquisadores acadêmicos não costumam desviar muito dos critérios adotados por médicos. Daí percebe-se que uma diversidade de critérios de pesquisa foi surgindo para responder à pergunta central, ampliando sobremaneira a literatura vigente.

No entanto, prevalece o consenso de que os critérios científicos, sejam eles de abordagem clínica (médica) ou acadêmica (pesquisadores), normalmente não são coincidentes com aqueles adotados pelos pais, e ainda não está claro que cognições levam os pais a considerarem o sono infantil problemático (Sadeh, Flint-Ofir, Tirosh, & Tikotzky, 2007).

Os principais cuidadores são responsáveis por iniciar um tratamento para os problemas de sono infantil e, portanto, somente quando estes avaliam o comportamento de sono de sua criança como disruptivo é que buscam cuidados de saúde. Por este fato, o papel da cognição parental no desenvolvimento e manutenção dos padrões de sono infantil tem recebido considerável atenção nos últimos anos (Sadeh *et al.*, 2010; Sadeh & Anders, 1993). Essa influência dos pais refere-se a um complexo conjunto de comportamentos, deveres, regras, expectativas, cognições e emoções relacionadas aos cuidados com a criança, especialmente, no educar, cuidar, e nas adaptações ao ambiente (Burnham, Goodlin-Jones, Galor, & Andres, 2002). Morrell (1999) foi o primeiro autor a sugerir que a cognição parental poderia influenciar problemas no sono infantil. Vários outros estudos avaliaram essa relação e demonstraram a importância da cognição parental na avaliação dos problemas nos diversos contextos do desenvolvimento infantil.

Comportamento dos pais e sono infantil têm sido um dos achados mais persistentes na literatura de parentalidade e sono infantil. A partir dos diversos significados que os pais dão aos comportamentos de sua criança, incluindo a sua própria percepção de competência parental e suas expectativas projetadas, é gerada uma reação comportamental parental, especialmente as que dizem respeito às interações na hora de ir dormir que por sua vez impactam na conduta da criança. Este fato enfatiza a ligação contínua e bidirecional (Sadeh *et al.*, 2010; Sadeh & Anders, 1993) entre a parentalidade e sono infantil (Bugental & Jhonston, 2000). Portanto não se trata apenas da evidente influência parental no sono infantil, mas também da viável interpretação que crianças com padrões de sono mais perturbados requerem mais envolvimento parental (Jenni & O'Connor, 2005). Essa evidência suporta a influência sistêmica que pode vir a se tornar um determinante de risco ou de proteção à saúde não só da criança, mas de toda a família.

Apesar do enorme impacto que os comportamentos disruptivos de sono causam não só à criança, mas a toda a família, ainda não está claro quais são os diferentes tipos de cognições parentais que conduzem a uma percepção do que vem a ser considerado

um problema de sono. Este estudo propõe uma exploração da complexa relação entre as atribuições maternas e o sono de sua criança, no contexto do Modelo Transacional de Sadeh *et al.* (2010).

Este provê um método teórico de entendimento das cognições e comportamentos parentais relacionados ao sono infantil, especialmente na hora de dormir, onde tais cognições - crenças, expectativas, emoções e comportamentos relacionados ao sono infantil - são influenciadas pelo seu próprio contexto sociocultural, sua história e memórias, personalidade e psicopatologias. E também pela idade da criança, suas características de desenvolvimento e os próprios padrões de sono infantil. Estes fatores dirigem os comportamentos parentais que influenciam no sono da criança num fluxo bidirecional e incerto em ambas as direções.

A despeito dos inúmeros estudos que apontam o importante fato de que o sono, assim como qualquer outra instância do amadurecimento infantil, ocorre sob a suplência do contexto social familiar, a escolha do foco desta problemática, na perspectiva materna, foi assim assumida devido à relevância da mãe, enquanto potencialmente a principal cuidadora. É ela, portanto, quem vivencia experiências singulares nos primeiros contextos de vida e desenvolvimento da criança, constituindo-se assim um modelo de comportamento e significações.

A hipótese orientadora deste estudo é que existe uma estreita relação entre a percepção materna e o desenvolvimento e manutenção do problema de sono infantil. Entretanto, ainda não foram suficientemente esclarecidos quais os fatores subjacentes que induzem algumas mães a se envolver de maneira mais intensa durante a hora de sua criança dormir, e outras, a limitar seu envolvimento, encorajando autonomia e auto regulação na criança. Não pretendemos abarcar todos os fatores constitucionais biológicos e médicos que desempenham um papel significativo na modelagem do sono infantil. Nas seguintes sessões exploraremos o suporte científico para os componentes do modelo que relaciona parentalidade e sono infantil.

Funcionamento e problemas do sono na infância

O sono, parte essencial da vida humana, engloba componentes tanto fisiológicos, quanto psicossociais. A maturação neurobiológica que se dá através da regulação e da consolidação dos padrões de sono no primeiro ano de vida são algumas das grandes

tarefas do desenvolvimento infantil que se dá no contexto da parentalidade, além de ser um importante marco no desenvolvimento das relações psicossociais (Erath & Tu, 2011; Fischer, Hallschmid, Elsner, & Born, 2012).

Fortes evidências científicas demonstram o inestimável valor do período de sono como agente otimizador, não somente da restauração física do corpo, como também do desenvolvimento do cérebro e de sua plasticidade neuronal (Velten-Schurian, Hautzinger, Poets, & Schlarb, 2010). O sono de qualidade restauradora, de maneira especial nos primeiros 24 meses de vida, tem um significativo papel nas funções essenciais do amadurecimento infantil, tais como linguagem, memória e cognição (Kurth, Achermann, Rusterholz, & LeBourgeois, 2013). Além disso, precede a consolidação de bons hábitos de sono ao longo das posteriores etapas de desenvolvimento da infância (Sadeh & Anders, 1993).

De maneira geral, do nascimento até os três anos de idade, as crianças passam mais de 50% do tempo dormindo, sendo que, nos doze primeiros meses de vida o bebê tem a necessidade biológica de nutrir-se em intervalos curtos de tempo, o que leva naturalmente a repetidos episódios de despertar noturno, tanto do bebê, quanto da mãe (DeLeon & Karraker, 2007; Ferber, 2006). Embora a tendência natural no decorrer da primeira infância, especialmente ao longo do segundo ano de vida e seguintes, seja diminuir gradativamente os episódios de despertar noturno (Sadeh & Anders, 1993; Taveras, Shiman, Oken, Gunderson, & Gillman, 2008), muitos estudos indicam que crianças em idade pré-escolar, e mesmo depois desta fase, persistem acordando e buscando a atenção parental (Morrell, 1999; Meltzer & Mindell, 2006; Sadeh *et al*, 2010; Sadeh, Flint-Ofir, Tirosh, & Tikotzy, 2007; Sadeh, Mindell, & Rivera, 2011) podendo se tornar um impactante estressor para toda a família (Beebe, 2012; Tikotzy & Sadeh, 2009).

Para os autores citados acima, existe o entendimento de que o despertar noturno é um fenômeno natural e característico na maioria das crianças e é, portanto, a inabilidade em acalmarem-se, e voltarem a dormir sem necessitar da presença dos pais. Aí, nesta inabilidade, é que se faz a distinção, segundo aqueles autores, entre as crianças que dormem bem, e as que tem um sono de má qualidade. É importante enfatizar que muitas investigações têm identificado a incidência de problemas relacionados ao sono infantil, com foco no momento do adormecer, tal como recusa em dormir, e também nos despertares noturnos, os quais alarmam os pais (Chou, 2007), atingindo entre 20 e 40 % da população das crianças em idade pré-escolar (Lam, Hiscock, & Wake, 2003; Pires et

al., 2012; Sadeh et al., 2007; Sadeh, Mindell, Luedtke, & Wiegand, 2009; Tsai, Hu, Lai, Lee, & Wu, 2014).

Tais problemas representam distúrbios na regulação, tanto da habilidade da criança em estabelecer uma transição suave da vigília ao sono e a consolidação do sono, quanto da habilidade em sustentar o sono de maneira contínua durante o período na noite (Sadeh & Anders, 1993).

Sono infantil e funcionamento parental

Prejuízos no sono nessa fase da vida estão quase sempre relacionados a agravos no desenvolvimento físico e cognitivo da criança, como também na sua regulação emocional e comportamental (Buckhalt, Wolfson, & El-Sheikh, 2009; Johnson & McMahan, 2008) e podem, inclusive, predizer diversos distúrbios de comportamento no decorrer do desenvolvimento humano do sujeito (Hoedlmoser, *et al.*, 2014). Somado a isso, geralmente engendraram sérios fatores de risco ao bem-estar parental (Donnan, Pagliari, & Sullivan, 2005; McGreavey, Sadeh, Mindell, Luedtke, & Wiegand, 2009; Morrell, 1999; Sadeh, *et al.*, 2007), associados estreitamente à depressão materna (Meltzer & Mindell, 2007; Lam *et al.*, 2003) e condução também a uma possível redução na qualidade de vida da família como um todo (Buckhalt *et al.*, 2009; Meltzer & Mindell, 2007; Sinai & Tikotzky, 2012).

Portanto, um sono infantil de má qualidade pode duplamente reduzir as interações positivas entre pais e filhos, através da contribuição direta na desregulação emocional e comportamental no contexto da relação pais-filho através da privação de sono sentida pelos pais. E também, pela inabilidade parental em regular emoções de uma maneira que sustente uma maternidade e paternidade positivas (Erath & Tu, 2011).

Em razão da existência de uma pluralidade de prejuízos – tanto no funcionamento da criança no que concerne as esferas do desenvolvimento cognitivo, emocional e social (Dionne *et al.*, 2011; Erath & Tu, 2011; Lam *et al.*, 2003; Taveras, *et al.*, 2008) quanto no da família (Lam *et al.*, 2003; Meltzer & Mindell, 2006a, 2007b; Meltzer & Moore, 2008; Sinai & Tikotzky, 2012) – um vasto número de estudos, nos últimos vinte anos, tem se empenhado em compreender o problema comportamental de sono infantil (Buckhalt, *et al.*, 2009). Porém antes de se propor qualquer avaliação e/ou intervenção nestes problemas, é imprescindível que se estabeleçam os critérios

necessários para que o comportamento desse sono possa caracterizar, de fato, a existência de um problema.

Existem diferentes critérios utilizados nesse empenho para rotular e quantificar tais problemas, uns na perspectiva dos pais, outros dos médicos ou dos pesquisadores dessa área.

Crítérios diagnósticos de problemas de sono infantil

Convencionalmente, o sono é examinado a partir do ponto de vista dos profissionais de saúde, especialmente os médicos, já que, quando os pais suspeitam da existência de um problema, habitualmente buscam o pediatra. Estes profissionais geralmente se valem de compêndios de saúde, tal qual o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), que tem como premissa estabelecer tantos diagnósticos quanto forem possíveis em um indivíduo, sem levar em conta as comorbidades. Dessa forma, perde-se a perspectiva biopsicossocial e a possibilidade de distinguir os distúrbios e suas comorbidades, o que conduz, muitas vezes, a tratamentos pouco eficazes (Maldonado-Durán *et al.*, 2003). Relativamente aos comportamentos de sono, o DSM caracteriza tais distúrbios através dos critérios de iniciação e manutenção do sono e da sua quantidade e qualidade. Além disso, estes mesmos parâmetros são usados para avaliação de distúrbios do sono, tanto no adulto, como na criança, o que evidencia ser esse método, pouco apropriado (Gaylor, Goodlin-Jones, & Anders, 2001).

Reconhecendo a significância dos distúrbios de sono infantil e prosseguindo ainda nesta vertente, na tentativa de desenvolver uma linguagem comum que permita um diagnóstico dos distúrbios de comportamento infantil, outro critério foi desenvolvido, agora considerando os comportamentos de crianças na faixa etária de zero a três anos - o DC: 0-3 (Zero-to-Three, 1994). Com suas limitações, é uma classificação diagnóstica de saúde mental e desenvolvimento de desordens na infância. Deixa lacunas no que concerne aos critérios diagnósticos de desordens nos comportamentos de sono, pelo fato de não ter sido derivado de estudos empíricos e sim, baseado em teorias e, por conseguinte não permite que certos comportamentos específicos sejam mensuráveis, como por exemplo, os que não são percebidos pelos pais, como uma depressão infantil que é facilmente confundida com uma percepção errônea de uma criança com “bom comportamento”. Outra limitação decorre da sua

limitada amostra de crianças exclusivamente com problemas na esfera do sono (Maldonado-Durán, *et al.*, 2003).

Os estudos que usam critério clínico costumam indicar uma menor taxa de prevalência de problemas de sono em relação aos estudos que se utilizam de critérios parentais, explicitando as divergências entre as avaliações de determinados comportamentos como sendo distúrbio do comportamento de sono infantil ou não (Karraker & Young, 2007).

No campo acadêmico, por sua vez, pesquisadores dos comportamentos de sono desenvolveram diferentes critérios para avaliar o sono infantil a partir de ajustes no critério clínico e traçando uma comparação ou correlação com o critério de avaliação parental (Karraker & Young, 2007). A procura pelos resultados clínicos e, portanto quantificáveis, são geralmente mais utilizados pelos pesquisadores, já que a avaliação dos pais sobre o sono de suas crianças é tipicamente de natureza mais subjetiva e arbitral. Analisando a bibliografia existente nesse campo de estudo, observamos que, de uma maneira geral, os métodos ainda não se afastam muito daqueles da metodologia clínica, os quais se baseiam em compêndios médicos que, como vimos, costumam deixar lacunas, por não abarcarem a totalidade de questões referentes ao problema de sono infantil, e, portanto, não podem ser usados de maneira eficiente em estudos empíricos (Mindell, Kuhn, Lewin, Meltzer, & Sadeh, 2006).

Como já foi referido, os resultados alcançados pelos estudos empíricos qualitativos têm destoado dos estudos baseados em critérios de medições clínicas. Algumas vezes, inclusive, os médicos podem diagnosticar o sono da criança como problemático, e os pais não. Esse fato resulta numa lacuna de concordância entre o que os pais e os médicos consideram como comportamentos problemáticos.

Por sua vez, os levantamentos conduzidos por pesquisadores acadêmicos, não costumam desviar muito dos critérios adotados por médicos. Daí percebe-se que uma diversidade de critérios de pesquisa foi surgindo para responder à pergunta central, ampliando sobremaneira a literatura vigente. No entanto, prevalece o consenso de que os critérios científicos, sejam eles de abordagem clínica (médica) ou acadêmica (pesquisadores), normalmente não são coincidentes com aqueles adotados pelos pais, e ainda não está claro por que os pais consideram o sono infantil problemático de forma diferente dos médicos e pesquisadores.

Alguns destes estudos, mesmo usando a perspectiva parental, trazem à tona resultados discrepantes, de natureza numérica, alcançados através da avaliação de graus

de severidade dos problemas relacionados a comportamentos de sono, por meio de escalas do tipo likert (Lam *et al.*, 2003).

Dentro desta perspectiva, existem ainda divergências nas taxas de prevalência destes problemas, mesmo dentro do universo da percepção parental, que podem decorrer da influência cultural, a qual leva a dissensões na percepção das relações entre as práticas de sono e o sono problemático, como por ex., o “co-sleeping” - hábito de alguns pais de dormir na mesma cama com sua criança (Keller & Goldberg, 2004; McKenna & Volpe, 2007).

Cognição parental e sono infantil

No geral, os autores apontam o reconhecimento parental de um comportamento problemático do sono, como sendo o ponto decisivo da busca de auxílio, e tal problemática relacionada ao sono tem sido a preocupação parental mais relatada nos consultórios pediátricos (Bayer, Hiscock, Hampton, & Wake, 2007; Ferber, 2006; Mindell, 2006). Tais dados sugerem que os pais tendem a perceber mais problemas comportamentais de sono em sua criança, e isso talvez derive da sua percepção do impacto que o comportamento infantil causa no seu contexto familiar, e da causa atribuída por eles ao problema. Os pais também variam muito em seu grau de tolerância às interrupções no sono infantil (Sadeh *et al.*, 2010) e é possível que eles se sintam prejudicados e estressados por essas questões, mesmo que, pelo critério clínico, tais distúrbio de sono não sejam reconhecidos pelo profissional de saúde solicitado (Bell & Belsky, 2008).

Quando crianças têm dificuldade em pegar no sono, ou permanecer dormindo durante toda a noite, com diversos episódios de despertares noturno, elas geralmente demandam suporte excessivo dos pais, e isso normalmente leva a uma dificuldade desses pais em ter, eles próprios, uma noite de sono satisfatória, tão necessária para estarem aptos, fisicamente, até mesmo para dar suporte aos cuidados noturnos da criança. Essas situações geram um ciclo vicioso, ensejando efeitos negativos inclusive na saúde dos pais, como, p.ex., fadiga durante o dia, problemas de humor e cognição, assim como comorbidades mais graves como ansiedade, depressão, problemas cardíacos, uso e abuso de substâncias químicas, lícitas, ou não. (Bayer *et al.*, 2007; Johnson & McMahon, 2008).

Além disso, há uma premissa onde a interação diática produz comportamentos de maneira bidirecional, e estudos mostram que pais cujos filhos dormem mal, veem de uma forma mais ampliada o temperamento negativo de suas crianças, ao tempo em que assumem, paradoxalmente, sentimento de culpa e responsabilidade, o que muitas vezes acaba por gerar uma conduta não funcional: investem um menor empenho na busca da regulação infantil, desempenham comportamentos intrusivos ou abusivos, como abusos físicos e psicológicos ou mesmo negligências. É concebível, portanto, que quanto mais estressados os pais estejam, pelo “mal dormir” de seus filhos, maior a probabilidade de considerarem o sono como problemático (Sadeh *et al.*, 2010).

Diante de tantas associações negativas com a criança, pais e família, prevenir e tratar problemas de sono infantil se torna crucial. Perante essa dissonância encontrada nos resultados dos distintos critérios de avaliação para quantificar e classificar os problemas de sono, fica evidente a necessidade de clarificar a compreensão sobre as variáveis que influenciam a percepção e definição parental do que é um problema de sono infantil. Em outras palavras, quando um comportamento de sono infantil perturbador reúne os critérios para ser considerado um problema. As tentativas de responder a esta pergunta estão repletas de dificuldades e as causas não estão ainda bem esclarecidas.

Percepção parental e problemas de sono infantil

Apesar do sono da criança ocorrer no contexto social da família (Erath & Tu, 2011) e do imenso impacto causado nesta, o eixo da literatura é focalizado nas cognições parentais. (Loutzenhiser, Ahlquist, & Hoffman, 2011) e nas suas respectivas condutas adotadas diante das circunstâncias (Buckhalt *et al.*, 2009). Ou seja, focam na qualidade das interações pais-filhos, no impacto no comportamento dos pais e no sono de seus filhos, assim como nas respostas infantis que trazem compreensão sobre o comportamento dos pais (Morrell, 1999; Morrell & Steele, 2003; Sadeh *et al.*, 2007; Sadeh *et al.*, 2010).

Este foco não apresenta, entretanto, a luz necessária a uma clarificação da grande questão que, de fato, define o que é um problema de sono, sob a ótica dos pais. Pouco se explorou sobre as cognições relacionadas ao sono infantil que atuam efetivamente nas respostas parentais, em como os pais apreendem e definem um comportamento como

problemático em presença a diferentes estímulos. Responder a esta questão se torna um desafio, já que quantificar e qualificar problemas de sono têm diferentes critérios, variáveis e perspectivas.

O critério da percepção parental, por ser estabelecido através do relato dos pais sobre o sono de sua criança, pode trazer resultados oblíquos e introduzir um viés, já que recebe influência de fatores individuais tais como depressão e ansiedade parental, problemas conjugais, desemprego, aborrecimentos diurnos, eventos negativos, etc. (Sadeh *et al.*, 2010). Apesar de o critério de estudo dos comportamentos de sono através da percepção parental ser subjetivo por natureza, como mencionado anteriormente, ocupar o papel do cuidador principal, faz deles responsáveis por buscarem ajuda quando considerarem o sono da criança problemático.

Resta-nos evidente que somente eles eliciam as variações encontradas nos julgamentos que fazem a respeito do problema de sono infantil. Sendo assim, tal critério tem inestimável valor, dada a sua forma mais ampla de abarcar aspectos não comumente alcançados a partir de avaliações mais objetivas e sistemáticas. Isso é especialmente evidente quando lidamos com a percepção materna, já que, geralmente são as mães que ocupam o papel de principal cuidador, constituindo-se no mais importante gerador de vínculos e afetos nos primeiros meses de vida (Bugental & Johnson, 2000; Morrell & Stelle, 2003).

Tecidas as considerações acima, torna-se fundamental que sejam identificados os critérios parentais para que o sono seja considerado um problema. Aumentar esse entendimento sobre as cognições que levam às definições, representa uma importante chave na perspectiva da compreensão a se examinar. E o como os pais determinam se o comportamento é indicativo de um problema pode ser em função do quê os pais pensam ser a causa da conduta disruptiva (Blampied, 2013). Nesse percurso de busca de entendimento, alguns estudos têm demonstrado uma relação entre as significações dos pais, ou seja, suas cognições interpretativas, e a tendência para eliciarem uma estratégia de abordagem com sua criança (Sadeh, Tikotzky, & Scher, 2010). Dentro deste universo de estudo sobre cognições parentais e suas influências nas emoções, e nos comportamentos dos pais e também no dos seus filhos, as investigações apuram a maneira pela qual esse conteúdo vai ser acessado.

Atribuições parentais sobre sono infantil

Dentro dos estudos das investigações parentais, nas duas últimas décadas, vários investigadores tem se debruçado sobre as atribuições de causalidade feitas pelos pais (Sadeh, *et al.*, 2011). O foco diagnóstico no papel das cognições, ações e emoções dos membros da família tem emergido nesse campo e situa-se ao nível dos conteúdos das significações parentais em categorias (Bugental & Johnson, 2000; Sadeh *et al.*, 2010).

As cognições parentais a respeito do comportamento da criança têm sido associadas ao comportamento das crianças e, portanto, se constituem num determinante de proteção ou de risco, que irá influenciar a adaptação da criança. E embora o critério diagnóstico parental de problemas de sono infantil não tenha testado nenhum enquadramento teórico em profundidade, comparado ao critério clínico, os pesquisadores têm levado em conta a avaliação parental dos problemas de sono infantil, tendo em vista a perspectiva de que pertence a uma esfera de problema comportamental infantil (Bugental & Johnson, 2000). Estudos têm mostrado consistentemente que existe uma forte ligação entre o padrão de sono infantil e a interação pais-filho na hora de dormir.

A causa de um comportamento é sempre percebida pelo expectador e as decisões de atribuição de causa são, portanto um fenômeno que difere, tanto de sujeito para sujeito, quanto num mesmo sujeito em distintas ocasiões da vida, ao longo do tempo e em distintos contextos culturais. E isto é verdadeiro não só para inferências específicas de causa, mas também para o significado ou dimensão de localização de causa. Isto é, segundo Weiner (1985), as dimensões são concebidas como invariáveis, enquanto que o locus específico de causa de uma dimensão é variável.

Tal autor foi um dos primeiros autores a definir uma sistematização de categorização através de dimensões causais das atribuições parentais. As atribuições são significações parentais e em seu modelo, o autor postula categorias que integram cognição, emoção e atitude e dividem tais atribuições em três dimensões principais, propriedades comuns às atribuições: Locus de Causa (Interno/Externo), isto é, em que medida é que as causas apontadas para o comportamento das crianças são internas a estas ou externas; Estabilidade (Estável/Instável), isto é, se o comportamento é visto como um traço imutável ou algo temporário; Controlabilidade (Controlável/Incontrolável), isto é, em que medida quem atribui sente que pode controlar o comportamento ou não. Weiner inclui a possibilidade de surgimento de

conteúdos de outras estruturas causais como, Intencionalidade (Proposital/Involuntário) e Generalização (Geral/Específico) (Weiner, 1985).

O modelo atribucional demonstra que quando os pais começam a se preocupar se um comportamento de sono infantil é problemático, é porque provavelmente o comportamento de sono já está causando algum nível de prejuízo. A forma pela qual os pais determinam se o comportamento de sono é indicativo de um distúrbio de sono pode ser que seja em função do que os pais pensam do que seja a causa deste comportamento de sono disruptivo. E a depender do que se julga como causa do comportamento, diferentes estratégias são usadas para o enfrentamento da situação. Por exemplo, se julgam a causa do comportamento de sono negativo como algo mais difícil de mudar, por atribuírem ao temperamento da criança, é mais provável que considerem esse padrão de sono indicativo de um distúrbio mais grave. Ou seja, o que os pais julgam como causa do comportamento, está estreitamente relacionada à emoção e motivação.

Alguns estudos têm demonstrado a estreita relação entre o comportamento dos pais e o de sua criança em diversos contextos de problemas comportamentais infantis (Schwichtenberg & Goodlin-Jones, 2010). Nestes estudos, o foco nas Dimensões de Atribuição tem servido de instrumento para verificar e confirmar a associação dos problemas comportamentais infantis e a cognição de seus pais a este respeito. É sabido que as três dimensões causuais determinam as experiências emocionais de raiva, gratidão, culpa, desespero, pena, orgulho e vergonha (Weiner, 1985). Nesse domínio, vários foram os estudos relacionando a cognição parental em vários contextos do desenvolvimento infantil.

Através do Modelo Atribucional de Weiner (1985), o estudo de Mills e Rubin (1990) explorou a contribuição que as crenças parentais sobre hipotéticos problemas de comportamento social em crianças de idade pré-escolar, podem prever suas reações comportamentais diante de determinadas condutas infantis e em que medida tais crenças, processos cognitivos e afetivos, podem refletir e mediar o desenvolvimento de tais problemas desta ordem nas crianças.

Através da perspectiva da Modelo Atribucional, em estudo similar sobre cognição e comportamento social infantil, ratificaram que a forma com a qual os pais interagem com seus filhos, em parte, é produto de suas crenças sobre estes e, portanto, considerável atenção deve ser dada para a cognição parental. Neste percurso científico, Johnston, Reynolds, Freeman e Geller (1998), contribuíram na avaliação da influência da atribuição parental no comportamento da criança, utilizando-se do modelo

atribucional de Weiner (1985) juntamente com a metodologia de perguntas abertas de Mills e Rubin (1990).

Traçando um paralelo com os estudos supracitados, desordens de humor nas mães confirmam os resultados de muitas outras investigações corroborando a ideia de que o comportamento parental é o fator que mais contribui no desenvolvimento e manutenção dos problemas comportamentais infantis (Ross, Murray, & Steiner, 2005). Estudos que compararam grupos de mães de crianças em idade pré-escolar e recém-nascidos (Field *et al.*, 2007) estando metade da amostra clinicamente deprimida e a outra não, proveram evidências de que mães deprimidas têm uma atribuição tendenciosa quando comparada com as mães sem esta sintomatologia. As mães com o olhar enviesado pelo distúrbio de humor percebem as causas do problema de uma forma mais estável e atribuem a si a causa do comportamento da criança e isso media o impacto nos seus comportamentos e conseqüentemente aumenta o fator de risco de problemas de sono infantil, geralmente conduzindo a prejuízos (Dennis & Ross, 2005). Assim como, mães que percebem um sono de qualidade são menos prováveis de relatar depressão (Hiscock & Wake, 2001).

A despeito de toda esta construção teórica e pressupostos científicos, Morrell (1999) fez a primeira tentativa de correlacionar a cognição materna e o sono infantil. Usando um questionário para avaliar esse domínio, o MCISQ (Maternal Cognitions about Infant Sleep Questionnaire), ele afirma que os problemas de sono na criança estão estreitamente correlacionados às cognições maternas que descrevem a dificuldade na imposição de limites, à raiva perante a demanda da criança e dúvidas a respeito da competência parental. Geralmente quando a mãe começa a se preocupar com o comportamento de sua criança é provavelmente porque o comportamento está trazendo prejuízo à sua qualidade de vida.

Morrell sugere que no momento estressante do despertar noturno infantil, é possível que tais cognições maternas problemáticas supracitadas, levem a uma atuação parental mais invasiva ou de rejeição e esta, mantém o problema de sono. A hipótese é que seria mais fácil pra criança desenvolver habilidades de se auto-regular se os seus pais pudessem ter cognições e reações mais apropriadas.

Em outros contextos de problemas no desenvolvimento infantil, estudos mais recentes têm demonstrado que as atribuições parentais podem prever não só uma variedade de resultados, já que modula não só o comportamento das crianças e as

reações dos pais na conduta com sua criança, como também gera impactos no bem estar parental e no seu envolvimento na adesão ao tratamento do problema infantil.

Atribuições parentais em outros contextos do desenvolvimento infantil

Examinando o peso das cognições parentais no contexto do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e das cognições maternas sobre a Desordem do Espectro Autista, Johnston e Ohan (2005) e Dale, Jahoda, e Knott (2006), respectivamente, sugerem, na perspectiva do Modelo Atribucional, que diante de eventos estressantes, os pais são motivados a buscar um sentido para os comportamentos de suas crianças, e essas explicações, podem prever pelo menos em parte, suas reações emocionais e comportamentais e determina o nível de esforços que farão em vista a uma possível intervenção.

A diversidade de atribuições expressas pelas mães e pais, reflete o complexo processo de busca de sentido. Esse achado aponta para uma importante questão; o entendimento sobre a tomada de decisão dos pais, a qualidade dessa informação recebida, abarcando as formas pelas quais os pais tentam dar sentido ao comportamento de sua criança, pode melhor capacitar os profissionais de saúde a desenvolverem medidas de proteção de riscos e prevenção de danos e melhor apoiar as famílias no cuidados com suas crianças. A evidência destes estudos sugere que examinar o que influencia as atribuições causais parentais pode ser um importante fator na melhora das habilidades parentais na relação com suas crianças.

Face aos estudos revistos anteriormente, que enfatizam a influência das atribuições parentais nos comportamentos e emoções dos pais e nas estratégias que os mesmos utilizam para lidar com os problemas comportamentais de seus filhos, o problema de sono, foco deste estudo, será examinado a partir da perspectiva de que é um problema comportamental como qualquer outro dentro do contexto do desenvolvimento infantil, onde é motivado pelas cognições parentais (Mindell, Sadeh, Kohyama, & How, 2010). As crenças e comportamentos parentais sobre sono infantil no contexto mais amplo da parentalidade envolvem a interação pais-filho e isso modela a qualidade do sono da criança.

O critério parental, por ser construído a partir do relato dos pais, fica atestado a natureza subjetiva de seu caráter. Apesar das pesquisas de cognições parentais buscarem

o esclarecimento das definições relatadas pelos pais, de como eles julgam e apreendem o problema, essas pesquisas trazem luz às cognições dos próprios pais, que por seu turno, geram impactos em suas atitudes perante o sono da criança. Nesse terreno, alguns teóricos têm se dedicado ao estudo e compreensão das cognições e comportamentos dos pais relativos ao sono (Johnson & MacMahon, 2008; Morrell, 1999; Morrell & Cortina-Borja, 2002; Morrell & Steele, 2003; Sadeh *et al.*, 2010; Sadeh, *et al.*, 2007; Tsai, *et al.*, 2014) e alguns especificamente às cognições maternas (Morrell, 1999; Morrell & Stelle, 2003; Sadeh *et al.*, 2010;).

No que concerne à abordagem, apenas poucos pesquisadores se propuseram a investir numa perspectiva menos quantificável, já que os estudos qualitativos sofrem influências das variações individuais e introduzem um caminho bastante delicado, o qual pode ser tendencioso, devido às particularidades da família. Portanto, torna-se indispensável uma leitura fina e grande acurácia na elucidação dos relatos parentais. Por outro lado, quando as premissas exigidas por essa abordagem são satisfeitas, obtém-se um entendimento mais claro a respeito da percepção parental, daquilo que viria a ser um sono infantil problemático.

O papel das atribuições parentais no sono infantil

Sobre cognição, comportamento e atitudes parentais relacionados ao sono infantil, diversos modelos de pesquisa emergiram nos últimos anos, como forma de ampliar o entendimento do tema. Sadeh e Anders (1993), propuseram o Modelo Transacional, que foi revisto por Sadeh *et al.*, (2010). Este modelo estipula uma ligação contínua e bidirecional entre parentalidade e sono infantil.

Por parentalidade entende-se um complexo conjunto de comportamentos parentais, deveres, regras, expectativas, cognições e emoções relacionadas a cuidados, cuidar, educar e adaptar sua criança. As crenças parentais, suas expectativas, emoções e comportamentos relacionados ao sono infantil sofrem influência do seu contexto ambiental e sociocultural, de sua própria história de desenvolvimento e de suas memórias, assim como de sua personalidade e psicopatologias, da idade de sua criança e fase de desenvolvimento em que esta se encontra, inclusive dos próprios padrões de sono da criança.

O sono infantil por sua vez é influenciado por fatores do processo de seu amadurecimento, pelos aspectos inerentes a sua constituição, a fatores biológicos, médicos e instáveis. Embora o foco esteja na regulação do sono-vigília da criança dentro do contexto da relação mãe-filho, o modelo Transacional assume que tanto os participantes quanto o contexto interagem de maneira contínua, com fluxo bidirecional, mediada, sobretudo pelos comportamentos interativos entre criança e pais. Os padrões de interação familiar prejudiciais, portanto, podem emergir rapidamente na presença de privação crônica de sono.

Múltiplos achados na literatura dão suporte a esta ligação. Morrell e Stelle (2003) demonstraram a diferente relação que se estabelece entre mães com habilidade em impor limites, das mães que dão conforto físico à sua criança nas interações noturnas. Destas últimas, por sua vez, é previsível que se mantenham problemas de sono na primeira infância. Sadeh, *et al.*, (2007), confirma os achados anteriores quando na adaptação do MCISQ avaliaram a percepção parental e comparar as cognições de um grupo controle, que não refere problemas de sono e outro grupo de pais que consideram como problemático o sono de sua criança. A associação entre as habilidades de impor limites se distingue entre pais cujos filhos têm problemas de sono e os que não têm, pois para os pais, adotar a estratégia de evitar a demanda, lhe causa muito estresse, já que a leitura subjetiva que fazem de sua ação é de negligência e insensibilidade.

Já no estudo de Sadeh e Tikotzky (2009), através do Modelo Transacional, os autores sugeriram que a presença excessiva dos pais na hora de dormir costuma prever o desenvolvimento e manutenção de padrões problemáticos de sono infantil.

Tais questões sugerem que as cognições parentais relacionadas ao sono da criança podem influenciar o tipo e a quantidade de envolvimento parental durante a noite e sugerem que o excesso de envolvimento parental no sono da criança pode limitar a auto-regulação da criança e aumentar seus problemas de sono (Morrell & Cortina-Borja, 2002; Sadeh, *et al.*, 2007; Sadeh *et al.*, 2009). A ligação entre problemas de sono infantil e o excessivo envolvimento parental na hora de dormir já foi bastante explorado. No entanto, poucos estudos procuraram elucidar os fatores que levam os pais a esse nível de envolvimento (Morrell, 1999; Morrell & Stelle, 2003; Sadeh *et al.*, 2007), ou seja, o processo pelo qual os pais definem o sono como problemático, de uma maneira geral, não é ainda claro.

Em síntese, problemas de sono infantil são uma das principais preocupações dos pais e médicos no contexto do desenvolvimento infantil já que está associado a um

elevado número de consequências negativas não só para a criança como para toda família. Os problemas de sono infantil têm sido largamente avaliados, pelos médicos, pais e pesquisadores, porém a depender do viés pelo qual se percebe, as taxas de prevalência indicam resultados que não coincidem. Tal inconsistência tem uma importante implicação devido ao papel dos pais, e com particular importância, o papel da mãe, que geralmente vivencia uma relação singular com sua criança ocupando lugar de principal cuidadora e, portanto, quem identifica um comportamento problemático e busca ajuda.

A fim de aprofundar esse entendimento, faz-se crucial explorar a maneira pela qual as mães processam as informações e desenvolvem percepções, expectativas e emoções relativas ao sono de sua criança e como se comportam em relação a elas.

Problemática

De maneira geral, ante a literatura supracitada que discorre sobre o comportamento de sono infantil e sua relação com a percepção materna, a depender da cognição e percepção materna, ou seja, do que as mães atribuem como causalidade do problema observado, tal atribuição vai mobilizar emoções e expectativas e conduzir a distintas estratégias na forma de lidar com tais comportamentos. O núcleo de causa destas atribuições influencia também o nível de procura de auxílio profissional assim como a adesão ao tratamento (Mills & Rubin, 1990; Tsai, *et al.*, 2014).

Na presente investigação pretende-se explorar, meio de um estudo qualitativo, a percepção materna sobre o sono de sua criança, numa amostra de trinta mães, onde metade da amostra considera que seu filho tem um problema de sono.

Embora problemas de sono em crianças sejam comuns e a importância do tema, vale ressaltar que são vários os estudos investigando cognição parental e outros problemas de comportamento. Contudo, são poucos os estudos dedicados a examinar a cognição materna, atribuições e sono infantil. E, que seja do nosso conhecimento, nenhum qualitativo e no Brasil. Essa condição reforçou nossa escolha pelo método qualitativo que segundo Mynaio (1994) é um enfoque que permite desvelar fenômenos sociais ainda pouco conhecidos.

Objetivos

O objetivo desta pesquisa é contribuir para um aprofundamento da compreensão dos fatores que levam as mães a considerarem o comportamento de sono de sua criança como problemático ou não e toda a influência desta percepção materna sobre o desenvolvimento e manutenção do comportamento de sono de seu filho.

Dada à elevada taxa de prevalência de crianças em idade pré-escolar com dificuldades com o sono e as consequências negativas para o crescimento, a aprendizagem, o comportamento e a regulação emocional e também a associação com o estresse parental, depressão materna e redução da qualidade de vida dos pais, o tema recebe destaque quando se considera que as intervenções clínicas para o manejo dos problemas comportamentais de sono na infância baseiam-se fortemente em programas dirigido aos pais (Sadeh *et al.*, 2009). O estudo das significações maternas, culturalmente quem ocupa o lugar de principal cuidadora, sobre sono infantil faz-se essencial inclusive pela influência no nível de procura de ajuda e também adesão aos tratamentos propostos.

Tais resultados podem vir a indicar norteadores para uma fundamentação de estratégias preventivas e de intervenção na melhoria da qualidade de sono infantil. Levamos em consideração que medidas preventivas podem vir a ser um determinante de proteção ou de risco não só para o desenvolvimento da criança, mas também para toda a família.

Ao mesmo tempo, esperamos elaborar reflexões teóricas que permitam embasar práticas mais focalizadas nas mudanças das atribuições maternas de modo que influencie a maneira de como elas veem os problemas de sono e conseqüentemente atuem com seus filhos.

Método

O presente trabalho é considerado um estudo transversal de natureza exploratória, uma vez que busca recolher dados e informações relativamente à relação entre o sono infantil e a variáveis que influenciam a percepção materna.

Tendo em vista a problemática deste estudo e tendo em conta que se pretende aclarar através do discurso materno o conteúdo das dimensões de atribuições de causalidade que estas mães fazem sobre o padrão de sono de seu filho, foi eleita uma abordagem qualitativa que recorre a um guião de entrevista semi-estruturada como método primordial de recolha de dados. Os aspectos essenciais da pesquisa qualitativa consistem na escolha de métodos e teorias oportunas, no reconhecimento e na análise de diferentes perspectivas, bem como nas reflexões dos pesquisadores a respeito de sua pesquisa como parte do processo de produção de conhecimento (Flick, 2009).

Para obtenção destes dados, buscamos investigações que apuram as maneiras de se avaliar os conteúdos destas significações, um guião de entrevista com perguntas norteadoras que funcionaram como roteiro, permitindo o registro tanto os conteúdos espontâneos manifestos dos relatos quanto os conteúdos latentes no discurso materno. O uso dessa metodologia possibilita abarcar minudências sobre fenômenos que seria custoso depreender através de outros métodos de investigação mais convencionais .

As perguntas se estruturaram segundo a premissa que as significações parentais do comportamento de seu filho, influenciam expectativas, mobiliza emoções e a partir desse estímulo recorrem a diferentes estratégias comportamentais com sua criança.

Considerando a natureza do material coletado, o percurso de análise deste trabalho toma como referencial a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (1977) para análise dos dados. Esta análise pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Chizzotti, 2006).

Neste estudo, o objetivo do uso da Análise de Conteúdo de Bardin foi a de compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas, buscando explorar as variáveis que sustentam a avaliação das mães em relação ao sono de seus filhos. Com essa técnica buscamos ultrapassar o senso comum do subjetivismo e alcançar o rigor científico necessário.

Participantes

Participaram deste estudo uma amostra de 29 mães, entre os 31 a 41 anos de idade, uma delas com dois filhos, a maioria casada (n=25), todas alfabetizadas (n=29), com nível superior (n=22), de classe econômica alta e média (n=25; Critério de Classificação Econômica do Brasil). Todas elas com filhos em idade pré-escolar, entre 06 meses a 6 anos. O critério de inclusão das participantes foi, além da idade de suas crianças, o seu nível de instrução, onde excluímos as não alfabetizadas.

Na escolha das mães, procuramos a princípio saber qual a percepção primária das mães sobre a qualidade do sono de sua criança. Escolheu-se, por conveniência, 15 entrevistadas que reportaram perceber algum problema de sono em seus filhos e 15 mães que asseguravam, a princípio, não experimentar esse problema, objetivando formar dois grupos distintos com igual número de pessoas. Para garantir o anonimato dos participantes, as referências feitas ao longo dos encontros que os pudessem identificar foram excluídas ou alterada sem no entanto alterar o conteúdo das entrevistas.

Na abordagem inicial foi realizado um contato prévio por telefone com o intuito da aquiescência da entrevistada para desenvolvimento da pesquisa. Pessoalmente, foi-lhes apresentada a temática do estudo e solicitada à assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como explicado que as respostas de cada questionário seriam apenas utilizadas para fins de pesquisa qualitativa e não como resultados individuais, garantindo, assim, a confidencialidade dos relatos. Antes de iniciar a entrevista, era informado que as participantes poderiam desistir de conceder seu relato a qualquer momento, se assim desejassem.

As participantes foram parte de uma amostra de conveniência e esta investigação enquadra-se num âmbito de um estudo mais vasto: “Contexto familiar e sono na infância”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências e Letras, UNESP, Campus de Assis (CAAE: 06959612.3.0000.5401; sob coordenação da Dra. Maria Laura Nogueira Pires), que tem como objetivo geral analisar a contribuição de variáveis do contexto familiar no padrão de sono de crianças, visando identificar fatores de proteção e de risco à saúde.

Material

A construção do instrumento de coleta iniciou-se após uma revisão de literatura de pesquisas efetuadas em bibliotecas da cidade de Lisboa, Portugal e da UNESP, Universidade Estadual de São Paulo, Brasil, assim como em banco de dados virtuais por meio da EBSCO HOST tais como Psychologicalandbehavioralsciencescollection, PsycINFO, PsycARTICLES e Medline. Os descritores de pesquisa foram; sleep, sleep disorders, preschool age, parental cognition, maternal cognition, parenting, parents, behavior disorders in children.

O instrumento que construímos foi um questionário semi-estruturado com cinco perguntas norteadoras que permitissem a coleta de informações sobre a percepção das mães a cerca do sono de seus filhos. Este embasou-se em diversos estudos, iniciando pelo modelo de atribuição de Weiner (1985), onde a premissa é de que as significações parentais e suas reações emocionais e comportamentais dependem de como os eventos são avaliados, das causas de atribuição dos comportamento de seus filhos.

Nessa linha de raciocínio, inspirados no estudo de Mills e Rubin (1990), que utilizaram desta metodologia de atribuição e criaram uma sequência de perguntas para avaliar as crenças parentais sobre o comportamento de seus filhos no presente estudo, as perguntas que compõe o questionário foram estruturadas e organizadas de forma a permitir abarcar as categorias de análise pré determinadas fundamentadas nas dimensões propostas por Weiner (1985): Locus de causa, Contrabilidade e Estabilidade, assim como nos aspectos apontados como inerentes ao desenvolvimento e manutenção de problemas de sono pelo Modelo Transional de Sadeh *et al.*, (2007) na exploração de conteúdos referentes a descrição que a mãe faz do sono de seu filho, suas crenças sobre sono infantil, suas atitudes perante a criança e o impacto sentido em suas vidas. As perguntas norteadoras utilizadas foram:

- 1- Como você descreveria o sono de sua criança?
- 2- Como o sono de sua criança influencia na sua vida?
- 3- O que você acha que influencia a maneira que sua criança dorme?
- 4- Como você se sente em relação ao sono dela?
- 5- Por que você acha que algumas crianças dormem bem e outras não?

A pesquisadora, com base nas perguntas norteadoras pré-estabelecidas, buscou manter um clima informal, a fim de permitir que as entrevistadas pudessem expressar de modo espontâneo suas crenças e percepções sobre o sono de seus filhos.

Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados teve início em 25 de outubro de 2013 e terminou em 23 de maio de 2014 e se deu através de entrevistas individuais feitas pessoalmente pela pesquisadora. As entrevistas tiveram duração média de 10 a 20 minutos, foram documentadas por meio de gravação de voz e transcritas na íntegra.

Após elaboração do roteiro, a entrevista em si, primeira etapa do processo de coleta de dados, o foco se manteve na ação de entrevistar, coletar informações, argumentar e explicitar. Depois de realizadas e gravadas, o áudio de todas as entrevistas e o seu conteúdo, todas as entrevistas foram transcritas na íntegra.

A transcrição das entrevistas realizadas constituiu o corpus de análise, onde o enfoque é dado naquilo que foi e no que não foi dito. Incluído o que não foi respondido, o que estava inaudível ou incompreensível, agregando assim conteúdos colhidos de inferências a comportamentos muitas vezes não verbais como expressões, pausas, silêncios e risos. Esta etapa se constituiu em uma pré-análise do material de investigação, já que foi realizada pela própria investigadora e revisto por dois outros analistas.

Procedimento de análise de dados

Buscando sistematizar tais conteúdos, organizamos estes em categorias de análise. Dentro dos estudos das significações parentais, primeiramente, nos debruçamos nas atribuições maternas baseadas no modelo de Weiner (1985). Neste modelo, as atribuições que as mães fazem acerca das causas dos problemas das crianças situam-se ao nível dos conteúdos das significações parentais.

Através da categoria de análise Atribuições - causalidade, controlabilidade, estabilidade, é possível apreender se as mães atribuem problemas de comportamento de sono infantil a fatores parentais ou a fatores infantis, o quanto de controle as mães acreditam que têm sobre o sono de sua criança e o quão persistente as mães julgam ser

um comportamentos de sono quando elas percebem um problema de sono infantil. Podemos inferir a partir do conteúdo dessas categorias, algumas relações com emoções e atitudes.

Incluímos nesse cenário de análise, outras significações maternas sobre sono infantil que podem auxiliar na maior compreensão na relação que existe entre tais conteúdos e os comportamentos de sono. Exploramos a descrição materna sobre o sono de sua criança, suas atitudes com elas, a sensação de impacto percebido, as expectativas quanto ao futuro comportamento de sono, a intencionalidade da criança, os comportamentos vistos como generalizáveis ou não e por fim, os sentimentos suscitados.

Para validar essa análise, qualificando o material coletado, os dados foram tratados de forma sistemática, de acordo com Bardin (1977), levando em consideração o critério de exaustividade e exclusividade das unidades de registro. As transcrições foram então inseridas no software QSR NVivo (versão 10), ferramenta auxiliar utilizada para esta análise de dados, para codificação dos dados e categorização. O software, além da finalidade básica de facilitar a exploração e organização sistemática dos conteúdos codificados manualmente pela pesquisadora, através da seleção de trechos destacados a critério desta, tem a função tanto de validar como de gerar confiança, qualificando o material coletado. Este suporta a exploração detalhada dos conteúdos mais sutis de uma pesquisa qualitativa e facilita a identificação e o agrupamento das unidades de registro dentro das dimensões categoriais já previstas, bem como, gera relatórios das ocorrências mais frequentes.

No processo de codificação, o material, em seguida, foi submetido à leitura minuciosa com o objetivo de identificar as Unidades de Registro (UR) que participavam do primeiro plano de categorias de análise escolhidas *à priori*. Como UR, definiu-se a frase, tendo-se, no entanto, segmentado frases que remetiam para mais do que uma categoria ou subcategoria. A unidade de contexto utilizada foi o parágrafo e a unidade de enumeração foi a frequência.

Durante a codificação, foram respeitados os critérios de exaustividade e exclusividade, o que significa que todo o material recolhido foi codificado e que cada UR foi inserida apenas numa categoria ou subcategoria.

A leitura flutuante do material e o processo de codificação de tais entrevistas foram estabelecidas a partir do arcabouço teórico e da revisão da literatura pré-estabelecidas, sustentado-se guiados através do referencial teórico do Modelo

Transacional de Sono Infantil, desenvolvido por Sadeh *et al* (2010) e sistematizado através das categorias de análise previamente definidas, onde poderemos comparar e contrastar as variáveis. Tais categorias foram:

1. Controlabilidade;
2. Estabilidade;
3. Locus de causalidade;
4. Atitudes;
5. Crenças;
6. Impacto;
7. Sentimentos, incluindo experiências e pensamentos;
8. Descrição;
9. Expectativas.

As dimensões causais das atribuições segundo modelo de Weiner (1985): *Locus, Estabilidade e Controlabilidade*, trazem conteúdos mais específicos dos estudos das significações parentais.

Utilizou-se nessa investigação um processo de definição de categorias misto (a *priori* e a *posteriori*), ajustado à medida que a codificação avançava.

Surgem a *posteriori*, categorias previstas pro Weiner (1985);

1. Generalização
2. Intencionalidade

E a critério da pesquisadora, a despeito do modelo previsto, surgiu uma subcategoria;

1. Ambiente, derivada da dimensão *Locus de causalidade*.

As categorias de análise supracitadas estão descritas no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1: Descrição das categorias e subcategorias de análise

CATEGORIAS DE ANÁLISE	DESCRIÇÃO
DIMENSÕES CAUSAIS DAS ATRIBUIÇÕES	Propriedades das causas das atribuições dos comportamentos de sono infantil
1. CONTROLABILIDADE	Inserem-se nesta categoria todas as URs que se referem ao grau em que um comportamento individual está sob controle de si mesmo
SUBCATEGORIAS	
1.1. Controlabilidade Centrado_Criança	Atribuição da causa está centrado na criança, pressupõe um grau de intencionalidade da criança
1.2. Controlabilidade Centrado_Pais	Atribuição da causa está centrada na Mãe (Ambiente ou Situação), pressupõe sensações de competência/incompetência
2. ESTABILIDADE	Inserem-se nessa categoria todas as URs que referem o grau em que um comportamento individual deve persistir ao longo do tempo
SUBCATEGORIAS	
2.1. Estabilidade_Temporária_Fase	Inserem-se nessa categoria todas as Urs que se referem a comportamentos temporários
2.2. Estabilidade_ Estável_Traço personalidade	Inserem-se nessa categoria todas as Urs que se referem a comportamentos que devem se manter
3. LOCUS DE CAUSALIDADE	Inserem-se nessa categoria as URs que referem em que medida é que as causas de um evento são percebidas como internas ou externas (Ambiente ou Criança)
SUBCATEGORIAS	
3.1. Causalidade_Externo_Ambiente	Atribuição de causalidade que não se relaciona nem com a influência parental e nem com a criança e sim com influência do ambiente.
3.2. Causalidade_Externo_Criança	Atribuição de causalidade ligada à Criança (lôcus externo centrado na criança). Não necessariamente de controlabilidade centrada na criança.
3.3. Causalidade_Interno_Pais	Atribuição de causalidade ligada à influência Parental (lôcus interno centrado nos pais)
4. INTENCIONALIDADE	Inserem-se nessa categoria as URs que referem em que medida o comportamento individual é proposital ou intencional.
4.1. Não proposital_ Criança	Atribuição de que o comportamento da criança não foi intencional
4.2. Proposital_ Criança	Atribuição de intencionalidade deliberada por natureza
5. GENERALIZAÇÃO	Inserem-se nessa categoria todas as URs que se referem a um comportamento que é visto como específico de determinadas situações ou generalizáveis
SUBCATEGORIAS	
5.1. Comparação entre crianças	Inserem-se nessa categoria todas as URs que se referem a relatos maternos sobre comportamentos que são comparados com o do irmão (irmãos)
5.2. Específico	Inserem-se nessa categoria todas as URs que se referem a um comportamento específico de uma determinada situação
5.3. Geral	Inserem-se nessa categoria todas as URs que se referem a um comportamento que pode ser generalizável
6. ATITUDE	Inserem-se nessa categoria todas as URs que se referem às estratégias utilizadas pelas mães com sua criança
7. CRENÇAS	Inserem-se nessa categoria todas as URs que se referem ao que permeia o imaginário da mãe a respeito das causas de certas crianças dormirem bem e outras não, de maneira geral

8. IMPACTO	Inserem-se nessa categoria todas as URs que se referem à percepção de impacto sentida pelos pais
9. SENTIMENTOS	Inserem-se nessa categoria todas as URs que se referem aos sentimentos, experiências e pensamento suscitados em decorrência da díade mãe-bebê que estejam relacionadas ao comportamento de sono infantil
10. DESCRIÇÃO	Inserem-se nessa categoria todas as URs que se referem aos conteúdos manifestos como descritivos dos comportamentos de sono
11. EXPECTATIVA	Inserem-se nessa categoria todas as URs que se referem às expectativas em relação ao futuro comportamento de sono da criança

Resultados

A análise de dados realizada através da técnica de Análise de Conteúdo permitiu-nos, por um lado, identificar e explorar os conteúdos que emergiram nas entrevistas e, por outro, analisar a sua frequência e inferência de novas subcategorias assim como a definição das URs. Face aos dados obtidos, procuraremos ilustrar os resultados encontrados atendendo aos objetivos propostos e ressaltando a relevância de cada dimensão categorial em análise para que possamos discutir os resultados encontrados no presente estudo.

Frequência de ocorrência das categorias de análise

De um modo geral, todas as categorias de análise enumeradas e descritas no Quadro 1 foram citadas por alguma das fontes entrevistadas, obtendo um alto índice de responsividade. As categorias *impacto*, *descrição* e *sentimentos* foram as mais frequentemente mencionadas no corpus de análise, com 90%, 100% e 93%, respectivamente, de presença de respostas na distribuição final dos questionários. Por outro lado, as categorias *Intencionalidade* e *Generalização* foram as menos citadas pelas fontes, alcançando um nível de 17% e 40%, respectivamente, das respostas enunciadas. O gráfico apresentado na figura 1 ilustra tal resultado.

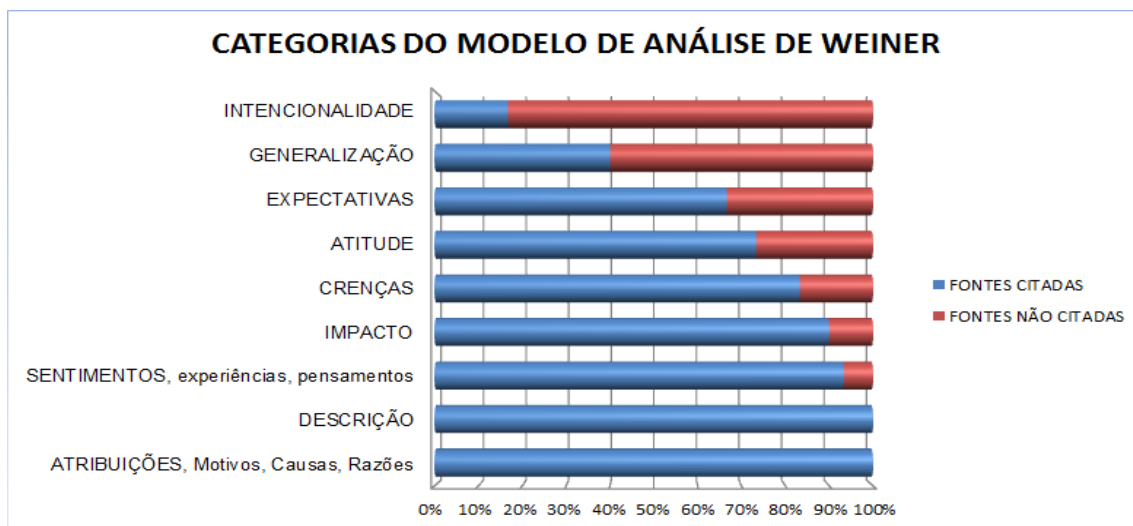


Figura 1: Distribuição das categorias de análise por frequência

Análises de dados por categoria:

Dimensões causais das atribuições

A percepção das causas de um comportamento dividem três propriedades comuns que são as dimensões previstas no modelo de Weiner (1985), a saber: *Locus*, *Estabilidade* e *Controlabilidade*, além dos conteúdos que podem surgir sobre *Intencionalidade* e *Generalização*. Levando em consideração a análise de cada uma das dimensões do modelo de forma particular, podemos observar a partir dos gráficos os percentuais de distribuição e frequência de cada uma de suas subcategorias.

Locus

A dimensão *Locus*, refere-se ao *Locus de causalidade*. Para esta categoria, a teoria de Weiner estabelece sub-categorias que definem a causalidade de atribuição. Elas podem ter sua origem (*Locus*) centrada nos Pais/Ambiente (Interno), onde as mães acreditam que a causa do comportamento de sua criança está relacionada à influência dela ou no ambiente ou então centrada na Criança (Externo).

Na presente pesquisa, as *causas externas* foram as mais recorrentes, com mais da metade das citações (52% das URs) atribuindo responsabilidade às crianças pelo seu comportamento de sono. Em seguida, as *causas internas* assumiram 34% das atribuições. Por fim, 14% das unidades de registro atribuem ao *ambiente* à causalidade dos problemas, no conjunto do corpus de análise. O gráfico apresentado na figura 2 ilustra este cenário;

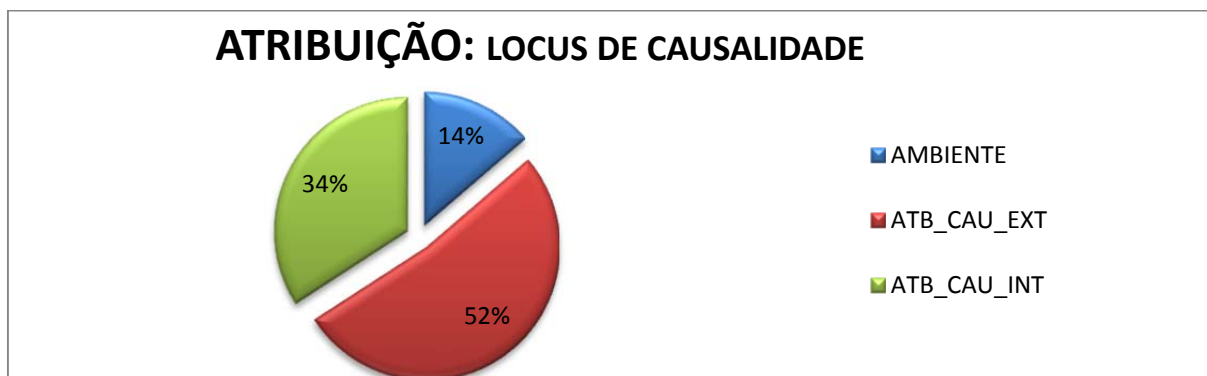


Figura 2: Distribuição da dimensão Locus

Estabilidade

Para esta categoria, a teoria de Weiner estabelece duas condições com relação aos lapsos de duração do problema. Elas consistem nas subcategorias *temporário* (*fase da criança*) e *estável* (*traço de personalidade*). A primeira, subcategoria *temporário*, incorre na percepção de que o problema é passageiro e sofrerá uma mudança com o desenvolvimento da criança, algo como uma *fase da criança* e, portanto momentâneo. Ela é responsável por 39% das codificações da categoria. A segunda subcategoria, *estável*, assume que o problema tem um caráter mais permanente e é atribuído ao *traço de personalidade* da criança, algo mais estável por ser da característica da criança. Ela responde por 61% das codificações. O gráfico apresentado na figura 3 ilustra este cenário:

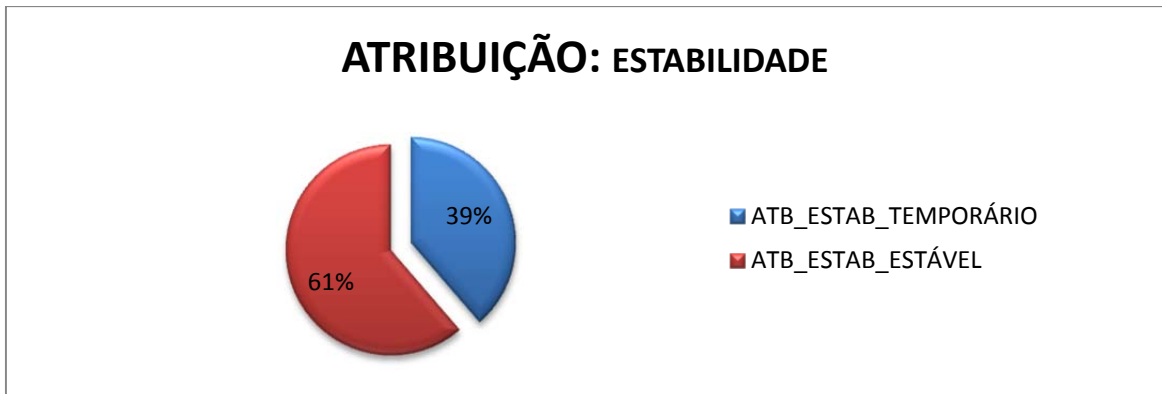


Figura 3: Distribuição da dimensão Estabilidade

Controlabilidade

Para esta categoria, admite-se o quanto de controle que os pais acreditam que as crianças têm sobre seu próprio sono. Ela encerra outras duas subcategorias que atribuem o controle da situação às *Mães/Ambiente*, supondo um grau de *competência/incompetência* das mães ou à própria *criança*, supondo um grau de *intencionalidade* por estas. Em nosso estudo, 38% das codificações são atribuídas ao controle das *mães*, i.e., a situação seria controlável por ser decorrente de situações ou ambientes sob os quais os pais ou cuidadores admitem exercer influência. O gráfico apresentado na figura 4 ilustra tal categoria e sua distribuição.

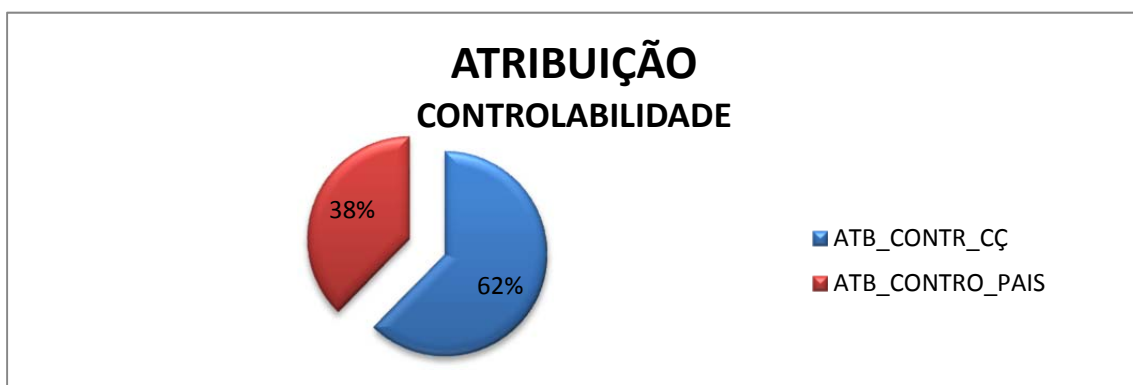


Figura 4: Distribuição da dimensão Controlabilidade

Intencionalidade

Inserem-se nessa categoria as URs que referem em que medida o comportamento individual é proposital ou intencional. Para 33% das ocorrências, o problema de sono não é relatado como proposital, enquanto para os outros 67% a atribuição é intencional. O gráfico apresentado na figura 5 ilustra tal categoria e sua distribuição.



Figura 5: Distribuição da dimensão Intencionalidade

Generalização

Esta categoria de análise surgiu em algumas entrevistas e trata-se de um comportamento visto pela mãe como específico de uma determinada situação ou se pode ser generalizável. Dividimos essa categoria em duas sub-categorias, *Geral/Específico*. Esta categoria quando surgiu foi em decorrência da pergunta norteadora: “O que você acha que influencia a maneira que sua criança dorme?”.

Devido a sua baixa frequência de ocorrência, o resultado apresentado na figura 6, em formato de nuvem de palavras, demonstra quais foram as palavras mais frequentes.

Crenças:

Esta categoria se refere à cognição materna relacionada não só ao sono de sua criança, mas inclusive sobre as crenças que esta têm em seu imaginário sobre os padrões de comportamento de sono de crianças de um modo geral. Esses aspectos influenciam a avaliação se o comportamento de sono é um problema de sono ou não. Nesta, podemos avaliar quais as cognições que influenciam a definição do que é um problema de sono.

As 10 unidades de registro citadas mais frequentemente e que respondem por 82% das ocorrências nesta categoria foram as constantes no gráfico abaixo. Outras 8 unidades foram eliciadas, mas suas ocorrências individuais foram sempre inferiores a 3%, como demonstra o gráfico apresentado na figura 8.

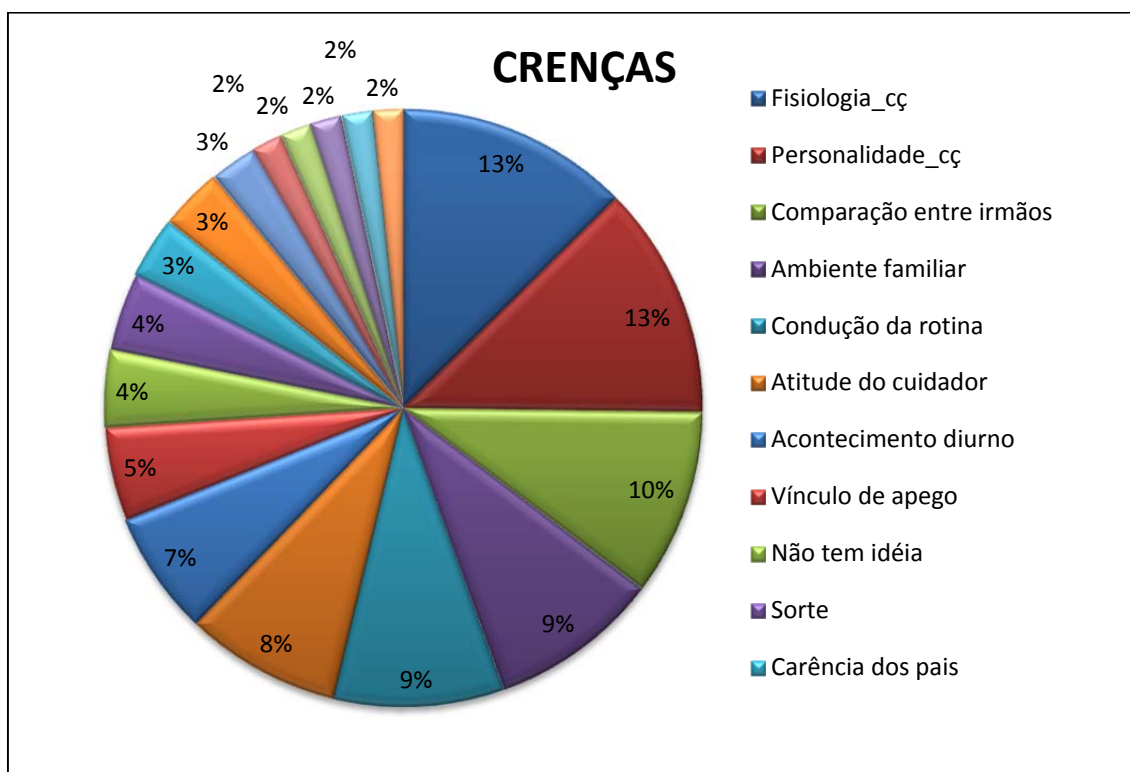


Figura 8: Distribuição da categoria Crença

Impacto

Esta categoria refere-se à maneira como o padrão de comportamento de sono da criança, pelo relato de sua mãe, impacta na vida desta. Observamos as 7 unidades de registro citadas mais frequentemente e que respondem por 74% das ocorrências nesta

categoria foram as constantes no gráfico ilustrado pela figura 9. Outras 14 unidades foram eliciadas, mas suas ocorrências individuais foram sempre inferiores a 3%.

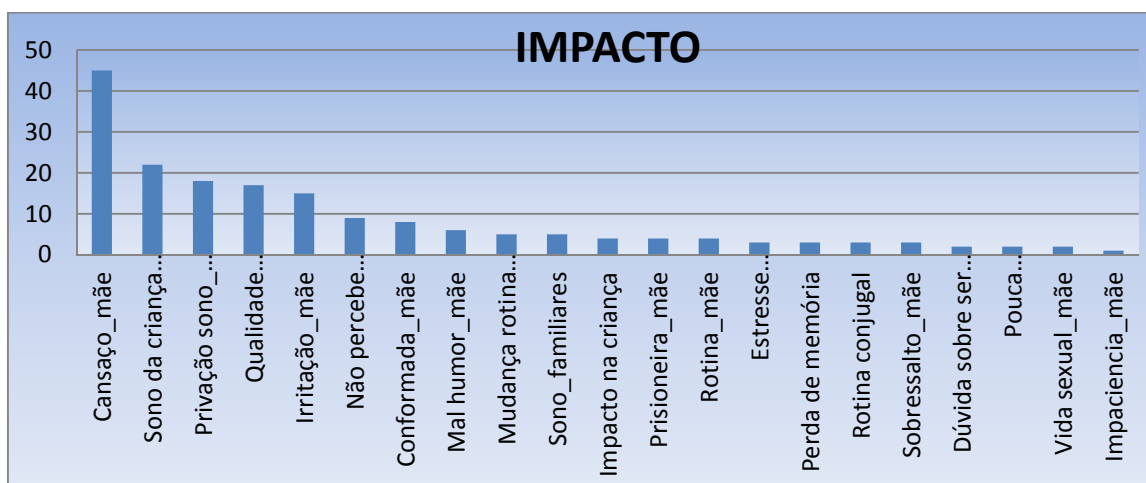


Figura 9: Distribuição da categoria Impacto

Sentimentos

Inserem-se nessa categoria todas as UR que se referem aos sentimentos, pensamento suscitados em decorrência da díade mãe-bebê que estejam relacionadas ao comportamento de sono infantil. Foram 13 as UR eliciadas e que se encontram no gráfico ilustrado pela na figura 10. Podemos observar o sentimento de impotência prevalece, respondendo por 20% das ocorrências, seguidos dos sentimentos de culpa (15%) e incompetência (14%).

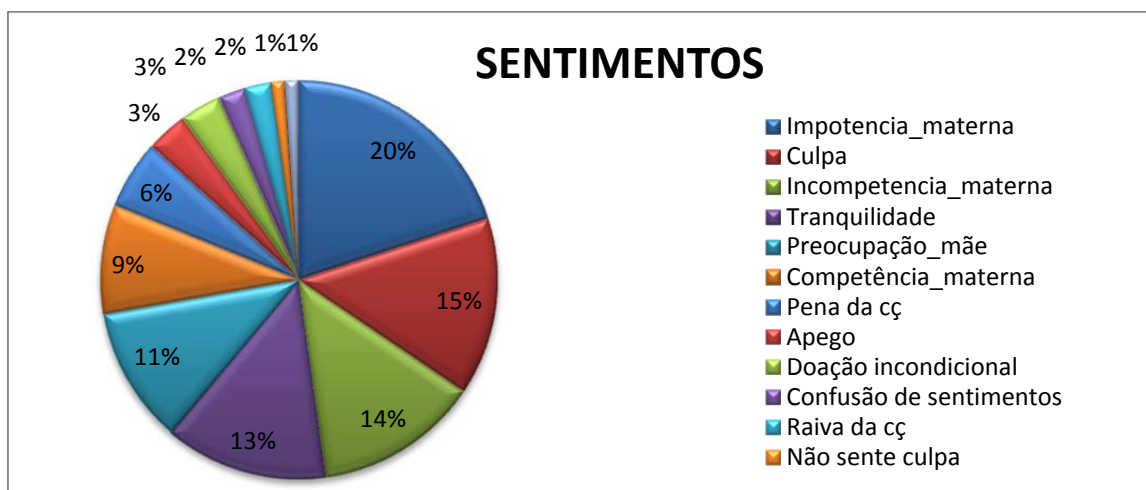


Figura 10: Distribuição da categoria Sentimentos

Descrição

Esta é uma dimensão bastante genérica, que visa a descrever simplesmente o sono da criança tal como sua mãe o percebe. As 14 unidades de registro citadas mais frequentemente foram as constantes no gráfico da figura 11. Juntas, elas respondem por 70%. Outras 28 unidades foram eliciadas, mas suas ocorrências individuais foram sempre inferiores a 3%. Sono tranquilo e Sono agitado respondem por 20% das ocorrências.

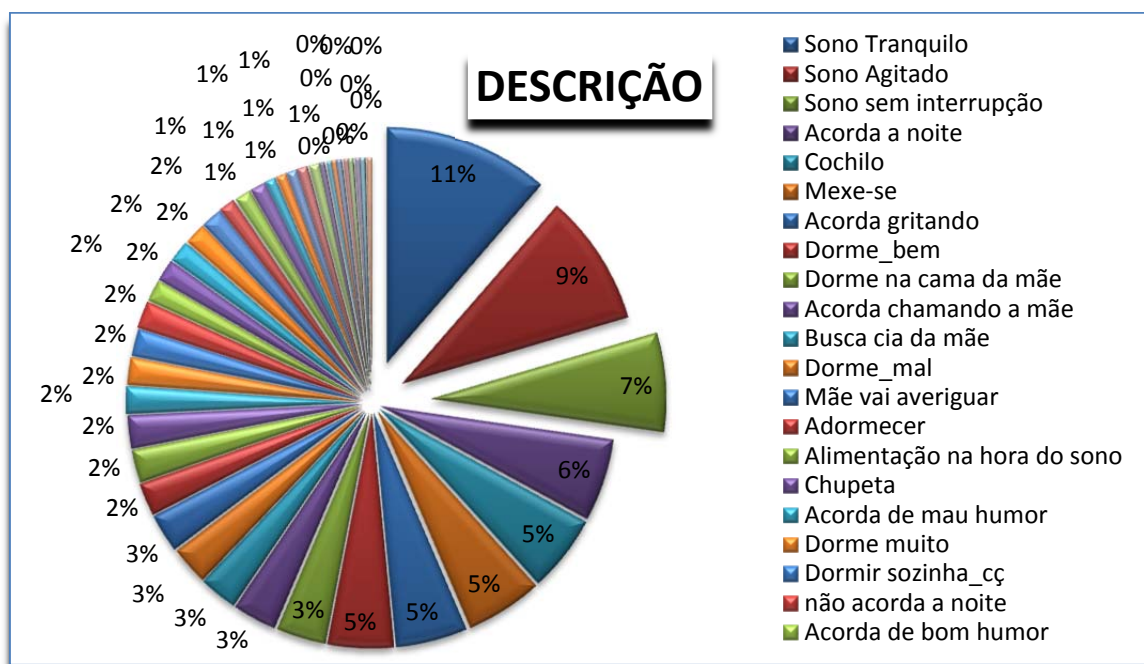


Figura 11: Distribuição da categoria Descrição

Expectativa

Aqui enumeramos as subcategorias que emergiram da análise das entrevistas e elas resumem as aspirações e anseios das mães com relação ao problema de sono de seus filhos. Quatro aspectos foram eliciados: *desejo de mudança*, que responde por 17% das ocorrências; *desesperança*, respondendo por 8% das ocorrências; *esperança de mudança*, abarcando 31% e, por fim, *incertezas quanto ao futuro*, com 44% das ocorrências, assumindo a maior importância dentro da categoria. O gráfico da figura 12 a seguir resume os achados:

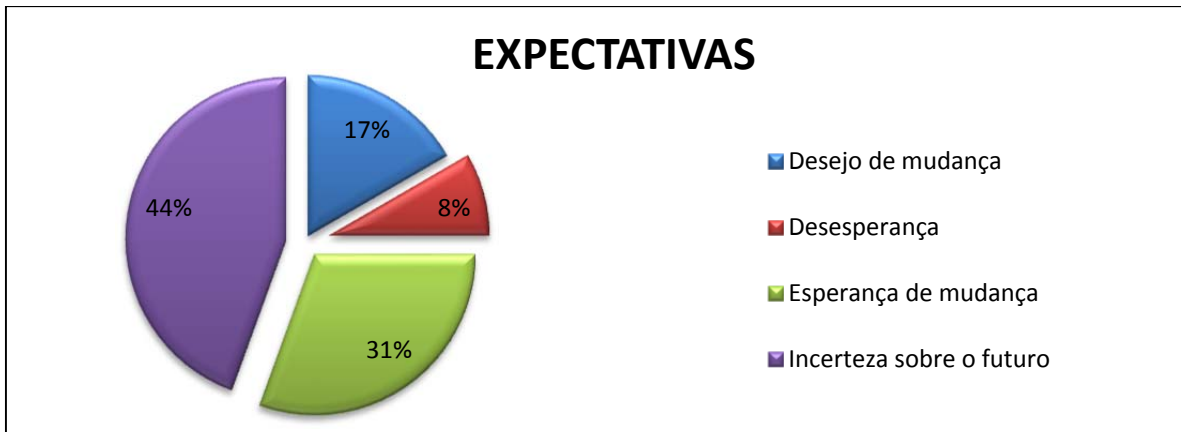


Figura 12: Distribuição da categoria Expectativas

Ainda sobre a categoria *expectativas*, a subcategoria *esperança de mudança* forneceu uma interessante codificação de suas unidades de registro, eliciando os tópicos do gráfico da figura 13 abaixo, que dizem respeito à forma como as mães lidam com suas expectativas: Pelo exposto, 46% das ocorrências indicam que mães depositam suas esperanças de que o comportamento do sono de seus filhos irá mudar em função de suas maturidades. Para 36% das ocorrências, existem empecilhos atuais a serem superados. Outros 9% dizem respeito à mudança de hábito dos pais, enquanto 9% das ocorrências dizem que é ainda há uma descoberta ainda à espera de solução.

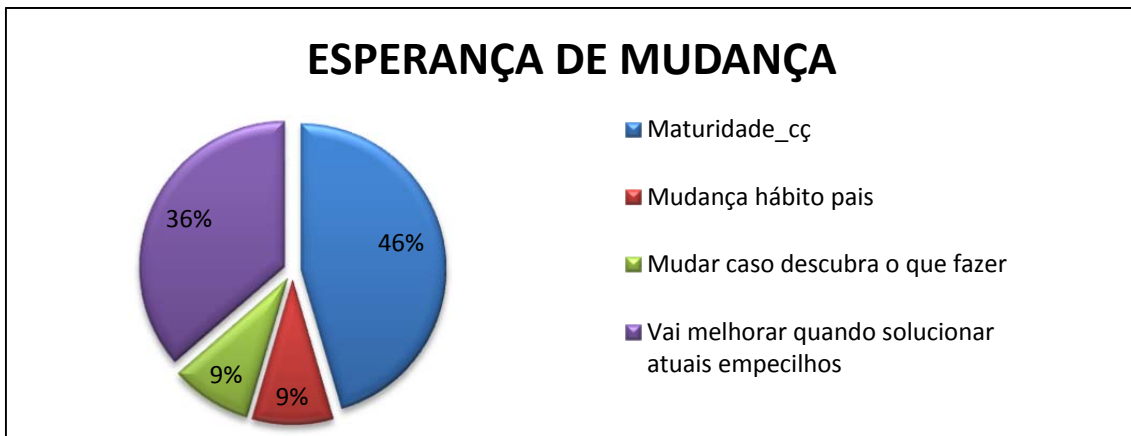


Figura 13: Distribuição das ocorrências de Esperança de Mudança

Discussão

Explorando diferentes tipos de cognições maternas relacionadas ao sono infantil pudemos aumentar a nossa compreensão sobre a forma como as mães classificam um padrão de sono como problemático. Como elas são as principais cuidadoras e quem busca ajuda quando aponta um problema, suas cognições representam assim uma importante perspectiva a se examinar. Desse modo, nos propusemos a colaborar com o estudo das significações maternas no contexto de sono infantil, buscando ampliar o entendimento sobre os fatores que podem influenciar essa percepção.

Neste contexto de pesquisa exploratória inserem-se cognições, emoções e comportamentos maternos no que tange o sono infantil. Através do Modelo Transacional de Sadeh *et al.*, (2010), que se utiliza do modelo de significações parentais proposto por Weiner (1985) na investigação das atribuições causais, pudemos avaliar os conteúdos das cognições maternas; suas crenças, atitudes, atribuições, expectativas, emoções e comportamentos relacionados ao sono infantil e aos fatores íntimos à criança e os padrões de sono infantil em si, que são dirigidos por forças biológicas subjacentes mas que é altamente dependente de estímulos ambientais.

Sob a ótica deste modelo, as intervenções maternas na rotina de sono infantil tem uma relação bidirecional com os padrões de sono de sua criança. Apesar da direção da causalidade ser incerta, nesta investigação pudemos observar o que já foi previsto por outros autores nesse eixo da literatura; que por um lado crianças com problemas de sono são a causa de um maior envolvimento materno à noite, e por outro lado, a presença excessiva da mãe na rotina de sono infantil incorre em padrões problemáticos de sono na criança: *“Com meu outro filho ele acordava mais porque eu dava o leite de 3 em 3h ou de 4 em 4h, e ele acordava, entendeu? E ele também tinha essa coisa, né?! De dar um choro e eu me preocupar, entendeu”*.

Em nossa discussão levaremos em consideração o pressuposto teórico do modelo das significações parentais proposta por Weiner (1985), de que as dimensões causais tem o poder de influenciar experiências emocionais de raiva, reconhecimento, culpa, desesperança, pena, orgulho e vergonha e, por conseguinte, o comportamento das mães.

A alta frequência de referências sobre a categoria *descrição* é plausível já que as mães por tradição, principais cuidadoras, são demandadas e desafiadas a auxiliar sua

de suas *crenças* a respeito do que influencia os comportamentos de sono infantil de uma maneira geral.

Nesse contexto de bidirecionalidade, quanto mais o comportamento da criança tiver intensidade negativa e impactar de maneira negativa na mãe, seja por *causas internas* ou *externas*, levando-as quase que ia um alto nível de desgaste e estresse, bem como ao surgimento de sentimentos negativos, é mais provável que o sono de sua criança seja visto como problemático, engendrando assim a manutenção de um comportamento de sono prejudicial a ambos: “*Às vezes se eu estiver no meu limite eu perco o controle (...) choro na frente dela, grito com ela para que ela durma. Quando ela acorda a noite eu tento me controlar porque eu também acordo de sobressalto, então quando eu sinto que ela está nervosa eu fico mais nervosa! E acho que isso atrapalha o fato dela voltar a dormir, porque eu digo para ela calar a boca, parar de chorar e ela grita mais forte, ela chora mais forte. Então eu sinto que eu passo o meu estresse, meu cansaço para ela e acho que isso também corta o sono dela, impede que ela durma bem.*”.

Na nossa análise qualitativa, pudemos evidenciar essa relação. Apenas 34% das ocorrências denotavam *causalidade_interna* ilustrada pela figura 16 a seguir: “*(...) a gente criou essa dependência muito grande. Quando ele fez nove meses eu me estressei e disse:- Olha, a gente vai colocar ele no quarto com os irmãos e seja o que deus quiser. Vai acabar essa festa e eu não quero nem saber! (...). A gente sabe faz tudo errado (...) foi muito da nossa disponibilidade em atender ele (...) é o pequenininho, eu acho que foi tudo assim meio por conta dele ser o caçula, a gente fica com peninha (...) meu marido tem o maior cuidado, não gosta de ver chorando, é o mais protegido. Meu marido dizia:- ah mas ele é tão pequenininho para estar na cama sozinho.- Mas ele vai fazer dois anos, eu disse. Com os irmãos a gente conseguiu fazer com que eles aprendessem que tem um limite.*”

Em outra ocorrência percebemos o *locus_causalidade_interna* muito vinculada à questão do apego da mãe, onde esta relata muito cansaço, mas tem dificuldades de cortar o padrão de comportamento que ela mesma julgar estar prejudicando a ela e a criança: “*(...) mas ela ainda acorda a noite, acho que hoje mais pelo mal costume meu, de colocar ela para dormir, de ninar ela, de pro para dormir no meu colo e no deitar com ela na cama. Eu acordo muito cansada, fico exausta de dia, irritada (...). Se ela as vezes acorda a noite e a não consegue voltar a dormir sozinha eu fico com ela (...) acho que acostumei ela a dormir muito comigo, sentindo o calor do meu corpo quando*

acorda a noite (...) hoje eu procuro me trabalhar, porque gosto muito de dormir abraçada com ela, de que ela esteja sempre perto de mim e que ela nunca quebre esse laço de se ela precisar de alguma coisa, ela sabe que a mãe estará aqui (...) então isso é um problema meu. Tenho que resolver essa questão minha e talvez isso possa prejudicá-la (...) tenho que me trabalhar para quebrar um pouco esse laço, que eu acho que eu mesma procuro manter. Talvez seja até uma carência até minha, não sei.”.

Em outra ocorrência, uma mãe que julga que sua filha dormia bem, acredita que a causalidade ou é devido a alguma questão de saúde infantil ou é interna aos pais: “(...) tem mães que às vezes ficam nessa, sentem falta de querer a criança acordada, de querer... e aí eu acho que isso acaba estressando mais a criança. Ficam com culpa porque foram trabalhar e não ficaram com seu filho”.



Figura 16: Nuvem de palavras mais frequentes na atribuição Causalidade_Interna_pais

A grande maioria das ocorrências, relatos maternos de *atribuições de causalidade_externa_criança* (figura 15) estão associadas ao comportamento de sono de sua criança, ou seja, a causa está ou na criança (por ex., problemas de saúde, genética, personalidade) ou no ambiente (casa barulhenta), e não está sob a competência materna: “*ta aí... uma interrogação... Não tenho resposta... Eu vivo em busca dessa resposta, pra saber o que é que leva ele a dormir tanto, é demais. Não sei informar porque ele dorme tanto e isso prejudica ele (...) não sei se é genético, mas não é de mim! Acho que ele puxou a tia, porque ele tem uma tia que dorme muito, muito.”.*

Esta atribuição influencia *emoções* e *expectativas*, assim como as *generalizações* feitas por algumas mães que rotulam o sono infantil como um problema, também influenciam em parte as motivações de mudança e as tomadas de decisão. Ou seja, o núcleo da causa da atribuição influencia o nível de procura de ajuda e também na adesão de algum tratamento uma vez proposto. A motivação se acredita ser determinada por aquilo que se pode obter, bem como pela probabilidade de consegui-lo, a expectativa.

Em uma ocorrência surgiu um caso misto de *causalidade interna* e *externa*, demonstrando certa ambivalência da mãe em toda a entrevista: “*Às vezes penso que ela está tendo algum problema ou está com dor e não sei mais o que pode ser (...) eu acordo muito nervosa e brigo com ela porque ela acordou depois eu me culpo porque as vezes me pergunto se ela acordou porque ela estava sentindo alguma coisa e eu brava com ela e reclamei com ela forte. (...) Esse negócio do meu estresse, talvez ela pode ser mais sensível eu passando meu estresse para ela. (...) as vezes acho que é da personalidade dela, como tem irmã gêmea, é a forma que ela encontra de ficar sozinha comigo.*”

Porém, no modelo de Sadeh *et al.*, (2010) a dimensão *estabilidade* (figura 17) ao invés de seu *Locus*, é que determina as *expectativa* e influencia as mudanças comportamentais. Nesta investigação tivemos uma prevalência de ocorrências de relatos maternos onde estas consideram que o comportamento de sua criança tem um caráter permanente, atribuído ao *traço de personalidade* desta. E quanto mais as mães acham que o comportamento da criança vai persistir, mais provável é que rotulem o comportamento como problemático e que invistam menos nas mudanças comportamentais de sua criança.

Além disso, se o comportamento se repete muito é provável que a atribuição de estabilidade seja maior: “*aaaiiii... eu espero, eu espero, mas eu não sei, porque se for relacionado a um problema digestivo... eu tenho que ver com o pediatra... mas se for relacionado a mim, eu espero que depois da passagem dessa prova, eu ficando mais tranquila que ela também fique, mas não sei se vai haver alguma mudança (...) eu acho que é da personalidade dela (...) ela é mais chorona que a irmã. Durante o dia eu a observo, como ela é, e eu acho que isso pode explicar o fato de ela ter esse comportamento à noite*”.



Figura 17: Nuvem de palavras mais frequentes na categoria Estabilidade

Neste cenário de atribuições, percebemos que quando um evento é atribuído a uma *causa estável - traço de personalidade*, tal como o foi nesse estudo, são mobilizadas *expectativas* (figura 18) de cunho de baixa esperança em relação a mudanças no comportamento de sono: “A gente tentou dar comida mais pesada, para ver se ele dormia mais de noite, tentou dar atividade para ele, botou na natação e em tudo que imaginar... botava ele para correr. A gente fez de tudo humanamente possível... e nada resolvia. Já fiquei disponível para ele, trabalhando menos e dava no mesmo (...)”. “(...) fico naquela esperança... de daqui alguns dez anos vai estar tudo bem, sossegado e eu ainda vou ser nova!”.

Enquanto que emoções ligadas à vergonha suscitam inibição. Em uma ocorrência específica pudemos perceber uma manifestação do sentimento de baixa esperança e vergonha, onde tal emoção está associada a uma possível falta de habilidade da mãe: “Eu me sinto meio impotente de não conseguir resolver esse problema. Então eu me sinto meio como se eu tivesse falhando como mãe, sabe? O que falta mais eu fazer para ele ter um sono bom? (...) não tem sentido aparente ele ter esse sono inquieto (...) sou muito presente então eu não acho que seja aquela coisa assim da criança sentir falta da mãe. (...) fico perguntando as mães na escolinha o que elas fazem... será que elas conseguem abordar melhor? Tipo... sei lá! Conseguem fazer alguma coisa que eu não consiga... não tem explicação, me sinto até super mal por isso.”



Figura 19: Nuvem de palavras mais frequentes na categoria Sentimentos

Neste estudo, as crenças que permeiam o imaginário das mães sobre os padrões de comportamento de sono infantil de uma forma geral referem-se especialmente a questões relacionadas ao organismo, problemas fisiológicos ou o próprio modo de ser da criança: *“Bom eu acho que em primeiro lugar, algum distúrbio físico mesmo, tipo apneia do sono, o nariz que entope (...)”*. *“Não sei... eu acho que é da pessoa, não é?! Da fisiologia da pessoa (...) na verdade no caso de organismo, tem organismo que leva poucas horas para estar inteiro, tem organismo que precisa de mais ou de menos entendeu?”*. Tal conteúdo sobre crenças influenciam a avaliação dos comportamentos de sono vistos como problemáticos ou não.

Associado a isso, em relação à dimensão *controlabilidade*, a predominância de ocorrências está centrado na criança, isto é, o padrão de sono infantil é percebido pelas mães da amostra como algo controlado pela própria criança, como por ex., associados ao temperamento da criança e em alguns casos percebem até como algo intencional: *“... eu não sei lhe dize (...), mas ele é uma criança bem difícil de ter rotina, sempre foi assim desde pequeno. Sempre tentei botar rotina com tudo, da comida ao sono, mas ele não tem rotina! (...). Eu tento, eu tento colocar rotina para ele no almoço, no sono (...). Geralmente a criança consegue ter aquela rotina não é?! (...) e ele sempre foi assim desde pequenininho. O sono eu não podia contar com ele... porque tem criança que tem uma rotina assim, não é?! De dormir mesmo sendo bebezinho, não é?! Dorme de tal a*

tal hora e eu nunca, nunca consegui saber qual era a rotina de meu filho, por mais que eu tentasse botar. Eu tinha rotina para o banho, para tudo que dependia de mim. Mas o que dependia dele, eu não pude controlar nunca...”.

As mães podem atribuir um menor grau de *controlabilidade* a si mesmas, se elas perceberem o comportamento de sua criança sendo principalmente fora de seu comando e isso pode influenciar diretamente o nível de investimento materno tanto para buscar ajuda quanto para aderir a novos comportamentos.

Esta dimensão, *controlabilidade*, elicia emoções de cunho social que envolva uma avaliação negativa de si mesmo, como a culpa e a vergonha: A culpa vem acompanhada de sentimentos de responsabilidade, ou seja, a mãe se sente pessoalmente responsável pelos seus atos: *“Ah, eu acho que o sentimento de culpa faz com que os pais acabem se envolvendo demais com eles hora de dormir. A culpa por... sei lá! Por não ficar tanto tempo com as crianças ou por conta do dia a dia que hoje é muito corrido. eles acabam tipo mimando demais as crianças pelo sentimento de culpa (...)”.* *“(...) até pela circunstância que eu engravidei, onde morávamos em outro país, e quando voltamos pra cá numa situação super difícil, meu esposo desempregado, a gente morando na casa de meus pais (...) então todas essas circunstâncias foram bem complicadas, então, essa minha cobrança só fez aumentar mês após. Então, tenho certa cobrança de mim em relação a minha filha. Então, eu acho no fundo, lhe falando de coração, que eu me sinto culpada por essas... turbulências no sono dela, sabe?!”.* *“Você tinha que trabalhar, ir resolver as coisas, ficar com a criança e a sensação que você tem é que você não está tão disponível para ele, para o ritmo dele (...) ele demandava de noite e de dia... então de dia, que ele estava mais consciente, você se sentia... a sensação que não estava dando tudo que ele merecia, apesar que eu estava dando tudo que eu podia.”*

A culpa sentida em relação a sua criança algumas vezes gera uma sensação de que podem ser julgadas pelos outros, especialmente se esta culpa se advir da sensação da falta de esforço empreendido por parte da mãe: *“Às vezes eu paro para pensar se será que eu estou errando em alguma coisa? Se eu tiver, eu não sei.”.* Por vezes, a culpa promove comportamentos mais ativos:

A culpa e a raiva são eliciadas por causas controláveis, mas a culpa é um sentimento direcionado para dentro, enquanto que a raiva é tipicamente direcionada para fora e tende a motivar agressividade; ir embora, ir ao encontro de, ir contra algo (Weiner, 1985): *“(...) um pouco de culpa. Eu acordo muito nervosa e brigo com ela*

porque ela acordou. Depois eu me culpabilizo, porque às vezes eu me pergunto se ela acordou porque estava sentindo alguma coisa e eu brava com ela e eu reclamei com ela forte (...) eu acordo com esse sentimento de culpa.”

Já a raiva é proveniente de uma resposta negativa a um evento ou fator entendido como passível de ser controlável por outra pessoa: *“De madrugada eu dava um chique; - que droga, esse menino não dorme, não tem motivo de acordar!”*. *“Simplesmente não encontra justificativa. Tudo está na cntp’s (condições normais de temperatura e pressão) em casa, final de semana, os pais estão aqui, a gente fica com ele e mesmo assim ele grita... é difícil. A gente procura explicação, mas às vezes não acha. Ah, é estressante, fatigante... ele ficava tão agitado que gritava, gritava, gritava, gritava e gritava que eu fechava a porta se não as pessoas iam pensar que eu estava batendo (...) uma noite perdida é um coisa, todas as noites perdidas é um caos!(...) A gente perdia a paciência e eu o deixava chorando lá e ficava no meu quarto contando até duzentos mais ou menos, porque até dez é pouco (...) na verdade na hora você fica com raiva, irritada, porque você não sabe mais o que fazer.”*

Diante do exposto, onde a percepção de *controlabilidade* está centrada na criança e a *intencionalidade proposital* da criança prevaleceu em detrimento dos comportamentos vistos como não propositais, não é de surpreender que este eixo de *controlabilidade centrado na criança* esteja influenciando a prevalência de emoções relacionadas à impotência, incompetência e culpa nas URs da categoria *sentimentos*.

Estes sentimentos justificam o alto índice de ocorrências de relatos onde as mães depositam esperanças de um futuro melhor quando esta *expectativa* somente vem condicionada ao processo de amadurecimento da criança ou a outros fatores externos, como a

superação dos atuais empecilhos percebidos no ambiente, e nada que esteja em poder de mudança das mães: *“Sei lá, que dia que vai acontecer. Eu acho que a medida que vai crescendo... meu filho foi assim, quando foi crescendo ele foi dormindo melhor.”*. *“E eu tenho esperança, não é? Que dizem que adolescente dorme horrores e ele falou que ele vai ser um adolescente normal, que vai dormir horrores, eu fiquei durante esses anos todos na esperança de melhorar e fazendo o que podia”*.

Já a categoria *impacto* assume um lugar de destaque na presente investigação, com uma frequência alta de referências e de achados que são semelhantes aos da maioria dos estudos utilizados na revisão desta investigação, tal como cansaço materno, privação de sono, noites interrompidas e mal dormidas e uma alta frequência de

irritação com a constatação de um elevado impacto na sua qualidade de vida:

“(...)exausta, cansada, irritada, com concentração ruim.”. “Eu me sinto cansada, fico sobressaltada, e isso me deixa cansada porque corta meu sono e durante o dia eu me sinto cansada, sinto que estou precisando dormir. Isso me estressa (...) se a noite foi muito cortada eu tenho um dia péssimo, estressada mais cansada do que o normal”. “(...) me deixa impaciente me deixa irritada me deixa com sono me deixa mal-humorada”.

O impacto percebido pelas mães está associado ao sistema interpessoal mãe-criança, que envolvem apego, cuidados ou assistência oferecida assim como sua disponibilidade emocional, mas também aos comportamentos interativos entre mãe-criança, tais como interações na hora de dormir, métodos para reconfortar a criança e definição de limites (Sadeh *et al.*, 2010). Podemos visualizar na figura 20 através da nuvem de palavras, esses conteúdos mais frequentemente expostos.



Figura 20: Nuvem de palavras mais frequentes na categoria Impacto

As atitudes (figura 21), ou seja, os métodos maternos de interações para acalmar a criança na hora de dormir e sua definição de limites constituem o *corpus* de estratégias utilizadas perante a demanda infantil. Respondendo por 16% das ocorrências, estão algumas atitudes que geram e reforçam a dependência da criança à mãe e que por consequência mantém um comportamento prejudicial de sono. Usar excessivamente intervenções de conforto físico, como ninar (8%): “(...) ela acorda gritando me chamando, às vezes ela dorme seguida, às vezes eu tenho que pegá-la no colo para

tentar acalma-la e tentar fazer ela dormir mais uma vez.”. E ofertar alimento como forma de apaciar a demanda infantil (8%): “E eu acho que... meio que eu acostumei mal ele, sabe?! Essa coisa da mãe ir lá dar o leite e achar que está com fome. Às vezes a criança chora no início e para. Quando ele era um pouco menor, ele chorava e eu já enfiava a mamadeira de leite sabe?”. “Não sei, eu acho que essa coisa da preocupação com a alimentação eu acho que é uma coisa que realmente estressa um pouco a criança (...).”.



Figura 21: Nuvem de palavras mais frequentes na categoria Atitudes

Na porcentagem de 10%, encontramos relatos de mães que buscaram ajuda de um profissional de saúde na tentativa de resolver o problema de sono. E apenas 7% das ocorrências falam em definir limites. Mesmo nessa ocorrência onde podemos perceber certa ambivalência nos sentimentos expressados: “ela dorme tranquila (...) acho que é porque ela tem uma rotina de sono dela. A gente também cuida dela, leva para passear, dá atenção (...)mas eu também não sou... como é que eu vou dizer... assim; eu sempre fico brincando que sou xiita, que não sou mãe por amor, dessas mães cheias de muito amor, eu sempre sou uma mãe muito ríspida (...) eu sempre acho que como eu não dou muito espaço pra ela estar me questionando, se ela vai dormir, se ela não vai dormir então eu acho que o fato de eu dizer para ela: “olha, agora está na hora de você dormir”. Pronto. Acabou. Então eu acho que isso faz com que ela tenha essa disciplina de dormir tranquilo.” e 5% de fornecer autonomia: “(...) ela tem certa rotina antes de dormir (...) não preciso ficar sacudindo, ninando como algumas pessoas fazem, não faço, com nenhum dos dois (...) e não gosto de ficar botando eles na minha cama pra

dormir comigo e com meu esposo (...) eu vejo mães que ficam desesperadas por conta de comer e o negócio de arrotar depois, meus filhos, terminava de comer, eu ficava uns minutinhos, botava na cama e já dormiam. Não precisava ficar ninando e nunca deixei nenhuma das babás fazer isso. Eu sempre deixo eles adormecerem sozinhos (...)”.

“Meu outro filho eu achava muito bebê! Sabe? E já com ela agora, não! Eu penso; meu deus, ela está enorme! Sabe, assim, cheia de reações, esse tipo de coisa assim, de bebezão mesmo, entendeu? Então você consegue libertar ela mais pro crescimento.”

Considerações finais

Buscamos conhecer melhor, as cognições maternas relativas ao sono de sua criança através das suas atribuições de causalidade, crenças, impacto, expectativas assim como através de seus sentimentos e comportamentos perante o comportamento da criança, a fim de entender quais fatores moderam sua avaliação do sono de sua criança como problemático e dessa forma, podemos prever problemas comportamentais de sono infantil.

Como esboçado pelo modelo de Sadeh *et al.*, (2010) as cognições maternas são impactadas pelo seu humor, variáveis familiares e de contexto, estresse, interação relacionadas a hora de dormir, pelo o que a mãe percebe do temperamento da criança e por fatores intrínsecos a criança, como problemas de saúde e se vinculam de forma bidirecional com os comportamentos de sono infantil.

Quanto aos aspectos que influenciam a percepção das mães, notamos que suas experiências vividas com outros filhos e sua habilidade em tolerar as manifestações relacionadas ao sono de sua criança variam individualmente e podem prever uma avaliação de sono infantil problemático e também sua conduta com a criança. Isso pode ser resultado das repetidas experiências de frustração no manejo da rotina de sono do infante. Em nossa amostra, a tolerância tendeu a baixar especialmente pelo impacto sentido pelas noites mal dormidas, pelo cansaço diurno, a privação de sono e o humor irritado.

O resultado mostrou que quanto mais a mãe percebe o sono como problemático, mais provável é que acreditem que o sono ruim tem a ver com a criança, sendo proposital e controlável por ela. As mães de nossa amostra, em sua maioria atribuíram controlabilidade centrada na criança, intencionalidade proposital da criança e

estabilidade do seu comportamento, e, por conseguinte, essas mães julgavam o comportamento de seu filho (a) como problemático. Muitas mães que já tiveram problemas relacionados ao sono com outros filhos são mais prováveis de avaliar o sono de sua criança como um problema, assim como tendem a inferir que se sua criança tem problema, qualquer outra da mesma idade também tem.

Mães que demonstram atribuir sentimentos de angústia ou estresse à criança quando esta demanda à noite, prediz um alto nível de envolvimento noturno, o uso de técnicas de contato físico mais ativas para acalmar a criança e são mais prováveis de experimentar dificuldade em determinar limites e encorajá-las a se acalmarem-se sozinhas. Este padrão por sua vez, cria uma dificuldade para a criança no sentido de desenvolver suas próprias habilidades de auto tranquilização que são tão necessárias para a consolidação do sono. Não concluímos com isso que as mães devam se abster do seu contato com sua criança na hora de coloca-la para dormir, pois durante os primeiros meses de vida as crianças precisam das mães (ou principal cuidador) para auxiliá-las a gradativamente desenvolverem habilidades em consolidar um bom padrão de sono.

Entra nesse contexto também, como identificamos em algumas ocorrências, que algumas mães experimentam dificuldades na sua própria relação de separação-individuação. O excesso de envolvimento da mãe na hora de dormir pode levar a um problema de sono infantil. Por outro lado, crianças com padrões de maiores dificuldade de sono, requerem mais envolvimento materno. Já as mães que não interpretam o momento do sono como uma experiência de angústia, tanto da criança quanto dela, perante essa percepção, enfatizaram a importância de limitar o seu envolvimento à noite, não desvalorizando a importância de acalmá-los quando necessário, e oferecem ajuda, embora de forma menos intensa e o fazem especialmente quando as mães sabiam que seus filhos estavam doentes. Esse padrão comportamental foi encontrado nesta investigação relacionado a um melhor sono infantil.

O eixo da literatura que investe nas pesquisas da relação entre percepção materna, emoções e comportamentos na interação da mãe com sua criança dentro do cenário do desenvolvimento do sono infantil é vasto e complexo. Não pretendíamos nessa investigação abarcar todos os fatores que desempenham um papel significativo na regulação e consolidação do sono infantil. Porém, acreditamos que as cognições maternas podem ser o ponto de partida para a compreensão das experiências relacionais das mães com suas crianças, fornecendo direcionamento para as intervenções.

Existem, portanto muitas outras vias de interpretação e fica evidente a natureza bidirecional de influência, de acordo com o modelo. Esses achados oferecem dados para intervenções clínicas na medida em que quando se conhece os fatores que influenciam a percepção materna, sabendo quais são as mais prováveis de se atribuir um rótulo de distúrbio, medidas preventivas podem ser tomadas no sentido de orientar as mães sobre hábitos de sono.

A amostra desse estudo, composto por um grupo heterogêneo de mulheres, traz em si mesmo, uma riqueza de relatos, o que contribuiu para o melhor entendimento dos núcleos das atribuições e a sua relação com o comportamento da mãe e com o comportamento de sono da criança. Assim, é possível prever variáveis de comportamento de risco onde podem ser fundamentadas intervenções de prevenção de distúrbios de sono e de prejuízo a todo contexto familiar.

Em estudos futuros, poderia ser interessante estabelecer quais as variáveis mudam a percepção materna dentro de diferentes grupos etários, já que mães tendem a atribuir negativamente comportamentos em crianças a partir dos dois anos.

Referências

- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Blampied, N. M. (2013). Functional behavioral analysis of sleep in infants and children. In A. R. Wolfson e H.E. Montgomery-Downs (Edts.): *The Oxford handbook of infant, child, and adolescent sleep and behavior*, (177).New York: Oxford University Press.
- Bayer, J., Hiscock ,H., Hampton, A., Wake, M. (2007). Sleep problems in young infants and maternal mental and physical health. *Journal of pediatrics and child health*, 43, 66–73. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01302.x.
- Beebe, D. W. (2012). A brief primer on sleep for pediatric and child clinical neuropsychologists. *Child neuropsychology*, 18, 313-338. doi: 10.1080/09297049.2011.602014.
- Bell, B. G., & Belsky, J. (2008). Parents, parenting, and children's sleep problems: Exploring reciprocal effects. *British journal of developmental psychology*, 26, 579-593. doi:10.1348/026151008X285651.
- Buckhalt, J. A., Wolfson, A. R., & El-Sheikh, M. (2009). Children's sleep and school psychology practice. *School psychology quarterly*, 24, 60. doi:10.1037/a0014497.
- Bugental, D. B., & Johnston, C. (2000). Parental and child cognitions in the context of the family. *Annual review of psychology*, 51, 315-344. doi: 10.1146/annurev.psych.51.1.315
- Burnham, M. M., Goodlin-Jones, B. L., Gaylor, E. E., & Anders, T. F. (2002). Use of sleep aids during the first year of life. *Pediatrics*, 109, 594-601. doi: 10.1542/peds.109.4.594.
- Chou, Y. H. (2007). Survey of sleep in infants and young children in northern Taiwan. *Sleep and Biological Rhythms*, 5, 40-49. doi 10.1111/j.1479-8425.2006.00245.x.
- Dale, E., Jahoda, A., & Knott, F. (2006). Mothers' attributions following their child's diagnosis of autistic spectrum disorder: Exploring links with maternal levels of stress, depression and expectations about their child's future. *Autism*, 10, 463-479. doi.org/10.1177/13623613060666600.
- Dionne, G., Touchette, E., Forget-Dubois, N., Petit, D., Tremblay, R. E., Montplaisir, J. Y., & Boivin, M. (2011). Associations between sleep-wake consolidation and language development in early childhood: a longitudinal twin study. *Sleep*, 34, 987. Doi: 10.5665/sleep.1148.
- DeLeon, C. W., & Karraker, K. H. (2007). Intrinsic and extrinsic factors associated with night waking in 9-month-old infants. *Infant behavior and development*, 30, 596-605. doi: 10.1016/j.infbeh.2007.03.009.

- Erath, S. A. & Tu (2011). The parenting context of children's sleep. In: M. El-Sheikh, Sleep and development: Familial and socio-cultural considerations (p. 456). New York: Oxford University Press.
- Ferber, R. (2006). Solve Your Child's Sleep Problems: New, revised and expanded edition. New York: Simon and Schuster.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2007). Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant behavior and development*, 30, 127-133. doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.08.002.
- Fischer, S., Hallschmid, M., Elsner, A. L., & Born, J. (2002). Sleep forms memory for finger skills. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99, 11987-11991. doi: 10.1073/pnas.182178199.
- Flick, U. (2009). Introdução à Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: Artmed.
- Gaylor, E. E., Goodlin-Jones, B. L., & Anders, T. F. (2001). Classification of young children's sleep problems: a pilot study. *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry*, 40, 61-67. doi: 10.1097/00004583-200101000-00017
- Giallo, R., Rose, N., Cooklin, A., & McCormack, D. (2013). In survival mode: mothers and fathers' experiences of fatigue in the early parenting period. *Journal of reproductive and infant psychology*, 31, 31-45. doi: 10.1080/02646838.2012.751584
- Giallo, R., Rose, N., & Vittorino, R. (2011). Fatigue, wellbeing and parenting in mothers of infants and toddlers with sleep problems. *Journal of reproductive and infant psychology*, 29, 236-249. doi.org/10.1080/02646838.2011.593030.
- Gregory, A. M., & Sadeh, A. (2012). Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep medicine reviews*, 16, 129-136. doi: org/10.1016/j.smrv.2011.03.007.
- Hoedlmoser, K., Heib, D. P., Roell, J., Peigneux, P., Sadeh, A., (...), & Schabus, M. (2014). Slow sleep spindle activity, declarative memory, and general cognitive abilities in children. *Sleep*, 37, 1501. doi:org/10.5665/sleep.4000.
- Jenni, O. G., & O'Connor, B. B. (2005). Children's sleep: an interplay between culture and biology. *Pediatrics*, 115, 204-216. doi: 10.1542/peds.2004-0815B.
- Johnston, C., & Ohan, J. L. (2005). The importance of parental attributions in families of children with attention-deficit/hyperactivity and disruptive behavior disorders. *Clinical child and family psychology review*, 8, 167-182. doi:10.1007/s10567-005-6663-6.
- Johnson, N., & McMahon, C. (2008). Preschoolers' sleep behaviour: associations with parental hardiness, sleep related cognitions and bedtime interactions. *Journal of child psychology and psychiatry*, 49, 765-773. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01871.x

- Karraker, K. H., & Young, M. (2007). Night waking in 6-month-old infants and maternal depressive symptoms. *Journal of applied developmental psychology*, 28, 493-498. doi:10.1016/j.appdev.2007.06.002
- Keller, M. A., & Goldberg, W. A. (2004). Co-sleeping: Help or hindrance for young children's independence?. *Infant and child development*, 13, 369-388. doi:10.1002/icd.365.
- Kurth, S., Achermann, P., Rusterholz, T., & LeBourgeois, M. K. (2013). Development of brain EEG connectivity across early childhood: Does sleep play a role?. *Brain sciences*, 3, 1445-1460. doi:10.3390/brainsci3041445.
- Lam, P., Hiscock, H., & Wake, M. (2003). Outcomes of infant sleep problems: a longitudinal study of sleep, behavior, and maternal well-being. *Pediatrics*, 111, 203-207. doi: 10.1542/peds. 111.3e203.
- Loutzenhiser, L., Ahlquist, A., & Hoffman, J. (2011). Infant and maternal factors associated with maternal perceptions of infant sleep problems. *Journal of reproductive and infant psychology*, 29, 460-471. doi:10.1080/02646838.2011.653961.
- McKenna, J. J., & Volpe, L. E. (2007). Sleeping with baby: an internet-based sampling of parental experiences, choices, perceptions, and interpretations in a western industrialized context. *Infant and child development*, 16, 359-385. doi: 10.1002/icd.525.
- Maldonado-Durán, M., Helmig, L., Moody, C., Fonagy, P., Fulz, J., Lartigue, T., ... & Glinka, J. (2003). The Zero-to-Three diagnostic classification in an infant mental health clinic: Its usefulness and challenges. *Infant mental health journal*, 24, 378-397. doi.org/10.1002/imhj.10063.
- McGreavey, J. A., Donnan, P. T., Pagliari, H. C., & Sullivan, F. M. (2005). The Tayside children's sleep questionnaire: A simple tool to evaluate sleep problems in young children. *Child: care, health and development*, 31, 539-544. doi: 10.1111/j.1365-2214.2005.00548.x
- Meltzer, L. J., & Mindell, J. A. (2007). Relationship between child sleep disturbances and maternal sleep, mood, and parenting stress: A pilot study. *Journal of family psychology*, 21, 67. Doi:10.1037/0893-3200.21.1.67.
- Meltzer, L. J., & Mindell, J. A. (2006). Sleep and sleep disorders in children and adolescents. *Psychiatric clinics of north america*, 29, 1059-1076. doi.org/10.1016/j.psc.2006.08.004.
- Meltzer, L. J., Johnson, C., Crosette, J., Ramos, M., & Mindell, J. A. (2010). Prevalence of diagnosed sleep disorders in pediatric primary care practices. *Pediatrics*, 125, 1410-1418. doi: [10.1542/peds.2009-2725](https://doi.org/10.1542/peds.2009-2725)
- Meltzer, L. J., Moore, M., & Mindell, J. A. (2008). The need for interdisciplinary pediatric sleep clinics. *Behavioral sleep medicine*, 6, 268-282. doi:10.1080/15402000802371395.

- Mills, R. S., & Rubin, K. H. (1990). Parental beliefs about problematic social behaviors in early childhood. *Child development*, *61*, 138-151. doi: 10.1111/j.1467-8624.1990.tb02767.x.
- 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. *Sleep*, *29*, 1263-1276.
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Kohyama, J., & How, T. H. (2010). Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: a cross-cultural comparison. *Sleep medicine*, *11*, 393-399. doi:10.1542/peds.2009-2725.
- Minayo, M.C.S. (1994). O desafio do conhecimento científico: Pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: *Caderno de saúde pública*, *8*.
- Morrell, J. (1999). The role of maternal cognitions in infant sleep problems as assessed by a new instrument, the maternal cognitions about infant sleep questionnaire. *Journal of child psychology and psychiatry*, *40*, 247-258. doi: 10.1111/1469-7610.00438
- Morrell, J., & Cortina-Borja, M. (2002). The developmental change in strategies parents employ to settle young children to sleep, and their relationship to infant sleeping problems, as assessed by a new questionnaire: the parental interactive bedtime behaviour scale. *Infant and child development*, *11*, 17-41. doi: 10.1002/icd.251.
- Morrell, J., & Steele, H. (2003). The role of attachment security, temperament, maternal perception, and care-giving behavior in persistent infant sleeping problems. *Infant mental health journal*, *24*, 447-468. doi: 10.1002/imhj.10072.
- 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. *Processos clínicos e saúde mental*, São Paulo: Vetor, 167-192.
- Ross, L. E., Murray, B. J., & Steiner, M. (2005). Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. *Journal of psychiatry and neuroscience*, *30*, 247.
- Sadeh, A. (2011). Sleep assessment methods. In: M. El-Sheikh. *Sleep and development: Familial and socio-cultural considerations* (355-374). New York: Oxford University Press.
- Sadeh, A., & Anders, T. F. (1993). Infant sleep problems: Origins, assessment, interventions. *Infant mental health journal*, *14*, 17-34.
- Sadeh, A., Flint-Ofir, E., Tirosh, T., & Tikotzky, L. (2007). Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *Journal of family psychology*, *21*, 74. doi:10.1037/0893-3200.21.1.74
- Sadeh, A., Mindell, J., Luedtke, K., & Wiegand, B. (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *Journal of sleep research*, *18*, 60-73. doi: 10.1111/j.1365-2869.2008.00699.x.

- Sadeh, A., Mindell, J., & Rivera, L. (2011). "My child has a sleep problem": A cross-cultural comparison of parental definitions. *Sleep medicine*, *12*, 478-482. doi:10.1016/j.sleep.2010.10.008.
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep medicine reviews*, *14*, 89-96. doi:10.1016/j.smrv.2009.05.003.
- Scher, A., Zukerman, S., & Epstein, R. (2005). Persistent night waking and settling difficulties across the first year: early precursors of later behavioural problems?. *Journal of reproductive and Infant Psychology*, *23*, 77-88. doi:10.1080/02646830512331330929
- Schwichtenberg, A. J., & Goodlin-Jones, B. (2010). Causes and correlates of frequent night awakenings in early childhood. *International review of neurobiology*, *93*, 177-191.
- Sinai, D., & Tikotzky, L. (2012). Infant sleep, parental sleep and parenting stress in families of mothers on maternity leave and in families of working mothers. *Infant behavior and development*, *35*, 179-186. doi: 10.1016/j.infbeh.2012.01.006
- Taveras, E. M., Rifas-Shiman, S. L., Oken, E., Gunderson, E. P., & Gillman, M. W. (2008). Short sleep duration in infancy and risk of childhood overweight. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *162*, 305-311. doi:10.1001/archpedi.162.4.305.
- Teng, A., Bartle, A., Sadeh, A., & Mindell, J. (2012). Infant and toddler sleep in Australia and New Zealand. *Journal of pediatrics and child health*, *48*, 268-273. doi: 10.1111/j.1440-1754.2011.02251.x.
- Tikotzky, L., & Sadeh, A. (2009). Maternal sleep-Related cognitions and infant sleep: A longitudinal study from pregnancy through the 1st Year. *Child development*, *80*, 860-874. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01302.x.
- Tsai, S. Y., Hu, W. Y., Lee, Y. L., & Wu, C. Y. (2014). Infant sleep problems: A qualitative analysis of first-time mothers' coping experience. *Midwifery*, *30*, 750-755. doi: 10.1016/j.midw.2013.08.005.
- Velten-Schurian, K., Hautzinger, M., Poets, C. F., & Schlarb, A. A. (2010). Association between sleep patterns and daytime functioning in children with insomnia: The contribution of parent-reported frequency of night waking and wake time after sleep onset. *Sleep medicine*, *11*, 281-288. doi:10.1016/j.sleep.2009.03.012.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological review*, *92*, 548. doi: 10.1037/0033-295X.92.4.548.