

# DIFICULDADES NA APLICAÇÃO DA INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL PARA PROBLEMAS DE SONO NA INFÂNCIA

*Difficulties in the Application of Behavioral Intervention for Sleep Problems in Childhood*  
*Dificultades en la Aplicación de la Intervención Conductual para problemas de sueño en la niñez*

RENATHA EL RAFIHI-FERREIRA<sup>1</sup>  
MARIA LAURA NOGUEIRA PIRES<sup>2</sup>  
EDWIGES FERREIRA DE MATTOS SILVARES<sup>3</sup>

**Resumo:** Estudos apontam a eficácia da técnica de extinção para o manejo dos problemas de sono na infância. Contudo, a literatura aponta para a aversividade da técnica, o que muitas vezes pode dificultar a adesão ao tratamento e levar a desistência. O objetivo deste trabalho foi investigar a quantidade de mães que apresentaram dificuldades na aplicação das orientações para o manejo da insônia infantil e investigar a relação entre as dificuldades de aplicar a intervenção com características e comportamentos da criança e da mãe. Participaram 49 mães de crianças de um a cinco anos de idade que foram submetidas a orientação parental para o manejo dos problemas de sono infantil. Os resultados demonstraram que 53,1% (n=26) das mães relataram dificuldade em aplicar o procedimento de extinção e que as crianças cujas mães tiveram dificuldade, tiveram piores escores em problemas internalizantes e total de problemas de comportamento, avaliado pelo CBCL.

**Palavras-chave:** Crianças; Intervenção Comportamental; Extinção; Problemas de Sono; Comportamento.

**Abstract:** Studies indicate the effectiveness of the extinction technique for the management of sleep problems in childhood. However, the literature points to the aversivity of the technique, which can often hamper adherence to treatment and lead to withdrawal. The objective of this study was to investigate the number of mothers who presented difficulties in applying guidelines for the management of childhood insomnia and to investigate the relationship between the difficulties of applying the intervention with characteristics and behaviors of the child and the mother. The participants were 49 mothers of children from one to five years of age who underwent parental guidance for the management of child sleep problems. The results showed that 53.1% (n = 26) of the mothers reported difficulty in applying the extinguishing procedure and that the children whose mothers had such difficulty had worse scores on internalizing problems and total behavioral problems evaluated by CBCL.

**Keywords:** Children; Behavioral Intervention; Extinction; Sleep Problems; Behavior.

**Resumen:** Estudios apuntan a la eficacia de la técnica de extinción para el manejo de los problemas de sueño en la infancia. Sin embargo, la literatura apunta a la aversión de la técnica, lo que muchas veces puede dificultar la adhesión al tratamiento y llevar a la desistencia. El objetivo de este trabajo fue investigar la cantidad de madres que presentaron dificultades en la aplicación de las orientaciones para el manejo del insomnio infantil e investigar la relación entre las dificultades de aplicar la intervención con características y comportamientos del niño y de la madre. Participaron 49 madres de niños de uno a cinco años de edad que fueron sometidas a orientación parental para el manejo de los problemas de sueño infantil. Los resultados demostraron que 53,1% (n = 26) de las madres relataron dificultad en aplicar el procedimiento de extinción y que los niños cuyas madres tuvieron dificultad, tuvieron peores puntuaciones en problemas internalizados y total de problemas de comportamiento, evaluado por la escala CBCL.

**Palabras clave:** Niños; Intervención Comportamental; extinción; Problemas de sueño; comportamiento.

<sup>1</sup> Psicóloga, Mestre em Análise do Comportamento (UEL), Doutora e Pós-doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo, USP. Bolsista de pós-doutorado FAPESP.

<sup>2</sup> Endereço: Avenida Professor Mello Morais 1721. Butantã. CEP: 05508-900 São Paulo, SP. Telefone: (11) 30911961 Fax: (11) 30914173. E-mail: rerafihi@usp.br

<sup>3</sup> Psicóloga, Mestre em Psicobiologia, Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Pós-Doutora pelo Departamento dos Transtornos do Sono e do Humor da Oregon Health Sciences University. Professora Assistente Doutora da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Campus de Assis. Coordenadora do Laboratório de Psicologia da Saúde do Sono-LAPSS.

<sup>4</sup> Endereço: Avenida Dom Antônio 2100 - Parque Universitário. CEP: 19806-900 - Assis, SP - Brasil. Telefone: (18) 33025896. E-mail: laurapires@assis.unesp.br

<sup>5</sup> Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Experimental (Northeastern University e Universidade de São Paulo), Livre-docente, Professora titular e colaboradora senior da Universidade de São Paulo, USP. Endereço: Avenida Professor Mello Morais 1721. Butantã. CEP: 05508-900 São Paulo, SP. Telefone: (11) 30911961 Fax: (11) 30914173. E-mail: efdmsilv@usp.br

## Introdução

Problemas no momento de dormir e despertares noturnos são queixas comuns de sono na primeira infância, com prevalência de 20% a 30% (Mindell & Moore, 2014). Estudo nacional, conduzido por Pires, Vilela, e Câmara (2012) indicam que uma a cada duas crianças apresenta dificuldade para adormecer e uma a cada três desperta várias vezes durante a noite e se mostra sonolenta durante o dia. Essas dificuldades com o sono são sinalizadas a partir de comportamentos infantis que solicitam a atenção do cuidador, quando trata-se de crianças menores, o comportamento de chorar é o mais comum, a medida que os bebês vão crescendo, comportamentos como protestos, solicitações e sair da cama também começam fazer parte do quadro.

Os problemas do sono na infância têm sido associados com o excessivo envolvimento parental durante a noite, com atrasos mais curtos, em resposta as sinalização de despertares e pouco incentivo da autonomia infantil na hora do sono (Burnham, Goodlin-Jones, Gaylor, & Anders, 2002; Sadeh, Tikotzky, & Scher, 2010). Considerando a estreita relação entre problema de sono e envolvimento excessivo dos pais durante a noite, o estudo de Sadeh, et al. (2016) investigou a tolerância parental ao choro da criança e sua associação com os problemas de sono na infância. Participaram 144 casais que foram divididos em três grupos: pais de crianças com problemas de sono, pais de crianças sem problemas de sono e casais sem filhos. A tolerância ao choro foi avaliada por meio de questionários, gravações de áudio de choro de bebê e um vídeo de um bebê chorando, no qual os participantes eram questionados sobre o momento em que eles iriam intervir. Os resultados apontaram que os pais de crianças com problemas de sono demonstraram ter menor tolerância ao choro infantil, uma vez que diante do estímulo de choro infantil apresentaram respostas mais rápidas de intervenção, comparados aos outros casais ( $p < 0,001$ ). Também atribuíram maior estresse aos choro do bebê, comparados com os casais dos outros grupos ( $P < 0,05$ ). De acordo com os autores, pais de bebês com distúrbios de sono apresentam menor tolerância ao choro infantil, o que pode ser uma predisposição subjacente ao seu envolvimento excessivo em acalmar seus bebês, levando ao desenvolvimento de problemas de sono.

Devido a influência dos comportamentos parentais no momento de dormir, o tratamento para tais queixas consiste de orientação parental com

estratégias que incorporem técnicas comportamentais baseadas no princípio de aprendizagem operante. A Academia Americana de Medicina do Sono (2005) indica a técnica de extinção para o tratamento de problemas de sono na infância. O objetivo da técnica é extinguir comportamentos aprendidos indesejáveis por meio da remoção dos reforços que mantêm o comportamento. Os pais são orientados a ignorar os protestos (choro, birra) da criança no momento de dormir e quando desperta durante a noite. A extinção visa permitir que a criança desenvolva habilidades para adormecer sozinha, sem a ajuda dos pais (Hill, 2011). A técnica de extinção pode ocorrer de forma sistemática, gradual e na presença dos pais e sua execução somente acontece na hora de dormir.

A extinção sistemática consiste em colocar a criança na cama e ignorar seus protestos (choros, solicitações e birras) até o horário designado para a criança acordar. Exceções para não ignorar o comportamento inadequado da criança incluem situações em que a criança pode se machucar ou quando a criança está doente. O maior obstáculo na execução da técnica é a inconsistência parental. Se os pais fornecerem atenção para a criança depois de determinado tempo ou de vez em quando, reforçarão intermitentemente o comportamento inadequado da criança, de forma que ela aprenderá a chorar mais nas próximas ocasiões. Esse procedimento configura-se como uma técnica muito estressante para os pais. Muitos não são capazes de ignorar os protestos por tempo suficiente para que a intervenção seja eficaz. Por essa razão, alguns estudos passaram a utilizar variações da técnica de extinção, ou seja, a extinção na presença dos pais ou a extinção gradual.

A extinção na presença dos pais tem a mesma metodologia da extinção sistemática, tendo como diferencial a presença dos pais. Nessa variação, os pais permanecem no quarto ou próximos à criança, contudo ignoram o comportamento inadequado do(a) filho(a). Nesta modalidade de extinção, os pais são instruídos a não interagirem com a criança. Muitos pais optam por esta técnica por apresentarem dificuldades em ficar longe da criança ou ficam excessivamente preocupados com o que possa ocorrer em sua ausência (Mindell, Kuhn, Lewin, Meltzer, & Sadeh, 2006).

Outra variação do procedimento de extinção é denominada extinção gradual. Nesta variação, os pais são instruídos a ignorar os protestos da criança, isto é saírem do quarto do (a) filho(a), podendo retornar para verificar a criança em períodos específicos (intervalo fixo – a cada 5 minutos ou horários progressivos, aumentando gradualmente o intervalo de tempo entre

uma verificação e outra). Esta técnica permite que a criança acostume com a ausência dos pais de maneira gradual e se auto-acomode na ausência parental. A duração de tempo durante o qual os protestos são ignorados e o intervalo entre as verificações são adaptados de acordo com a idade e temperamento da criança, e também com a capacidade de tolerância dos pais frente aos protestos da criança. Os pais são orientados a minimizar as interações com a criança durante as verificações, pois a atenção pode reforçar o comportamento inadequado da criança. Esse procedimento tem como vantagem a verificação da criança, o que muitas vezes serve de conforto e segurança para os pais (Meltzer & Mindell, 2011). As diferentes técnicas de extinção são igualmente eficazes, contudo, comparadas a extinção sistemática, na extinção gradual e na extinção na presença dos pais há uma demora maior para os resultados surgirem (Mindell et al., 2006).

A eficácia de intervenções que utilizaram a extinção já foi reportada em estudos de revisão (Meltzer & Mindell, 2014; Mindell, et al.) e pesquisa empírica nacional (Rafih-Ferreira, Pires, & Silveiras, 2015).

Apesar do sucesso do tratamento, Kuhn (2014) aponta para a aversividade da técnica de extinção, o que muitas vezes pode dificultar a adesão ao tratamento e levar a desistência deste. Estudos que utilizaram o procedimento de extinção apontam resistência por parte dos pais em aplicar o método, desistência do tratamento, desgaste e dificuldades (Tse & Hall, 2008; Seymour, Bayfield, & Brock, 1983). Uma recente revisão realizada por Etherton, Blunden, & Hauck (2016) apontou que entre as razões pelas quais os cuidadores encontram dificuldades em aplicar o método de extinção, destaca-se o choro persistente; o medo de repercussões negativas; considerações práticas, tais como, o barulho perturbar o sono de vizinhos e moradores da casa; desinformação; incongruência com crenças pessoais por parte dos pais; diferentes práticas culturais e o bem estar parental. Frente a esses aspectos, os objetivos do presente estudo foram: a) investigar a quantidade de mães que apresentaram dificuldades na aplicação das orientações para o manejo da insônia infantil; b) investigar a relação entre as dificuldades de aplicar a intervenção com características e comportamentos da criança e da mãe.

## **Método**

### **Participantes**

Participaram do estudo 49 mães de 57 crianças que apresentavam problemas de ordem comportamental

relacionados ao sono (insônia de associação, insônia por dificuldades de imposição de limites e a combinação entre elas) e que foram participantes de outra pesquisa, realizada pelas autoras, que teve como objetivo avaliar a eficácia da intervenção comportamental para problemas de sono na infância. O programa de intervenção foi composto por cinco sessões em que os pais receberam orientações quanto ao estabelecimento de rotinas pré-sono e quanto a técnica de extinção em suas diferentes variações, isto é, sistemática, gradual e na presença dos pais. No programa de intervenção nenhum cuidador aplicou a extinção de forma sistemática. A maioria das mães aplicou a extinção de forma gradual e algumas a combinação entre gradual e na presença dos pais.

A idade das crianças (34 meninos e 23 meninas) variou entre 1 e 5 anos ( $m=2,37$ ,  $dp=1,32$ ), sendo a maioria ( $n=44$ , 77%) na faixa etária entre 1 e 3 anos e meio. A idade das mães variou entre 20 e 46 anos ( $m=33,3$ ,  $dp=5,7$ ), com mais da metade delas ( $n=33$ , 61%) com idade entre 30 e 39 anos, sendo a maioria casada ( $n=45$ , 83%), com escolaridade superior ( $n=34$ , 63%) e estrato social médio ( $n=29$ , 54%), de acordo com o Critério de Classificação Socioeconômica Brasil da ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2012).

### **Local**

O estudo foi realizado em duas clínicas-escolas de duas universidades públicas.

### **Instrumentos**

*Roteiro para Entrevista Inicial:* Compreende as seguintes informações: idade, sexo, data de nascimento, histórico médico e psiquiátrico da criança e idade, escolaridade, estado civil, ocupação e estrato social dos pais.

*Índice Composto de Distúrbios de Sono (ICDS):* adaptado do estudo de Richman e Graham (1971), de forma a contemplar as principais variáveis de sono infantil e obter uma pontuação total. O índice compreende as variáveis “resistir a ir para a cama”, “tempo para adormecer”, “despertares noturnos” e “dormir com os pais”, fornecendo uma pontuação que varia de 0 a 12, de maneira que, quanto maior a pontuação, maior o problema de sono.

*Inventário de Comportamentos para Crianças entre 1½ a 5 anos (CBCL):* trata-se de um instrumento desenvolvido por Achenbach e Rescorla (2000) destinado a obter taxas padronizadas de problemas comportamentais de crianças a partir do relato dos pais.

A versão brasileira do CBCL/1,5-5 apresenta bons índices de confiabilidade, avaliados em uma amostra não probabilística de 157 mães. A análise teste-reteste resultou em coeficientes de correlação intraclasse elevados nas escalas Internalizante (0,99), Externalizante (0,99) e Total de Problemas (0,98). Os valores de consistência interna (Alfa de Cronbach) variaram de 0,69 (Problemas Somáticos) a 0,94 (Total de Problemas) (Pires, Silveiras, Rafihi-Ferreira, Rocha, Fernandes & Melo, 2014). Por meio da análise dos itens dessas síndromes, obtém-se também uma caracterização da criança quanto a seu Funcionamento Global (clínico e não clínico) e nos perfis Internalizante e Externalizante. Como até o momento não foram realizados estudos psicométricos conclusivos no Brasil, para fins de avaliação e comparação, foi utilizada a amostra normativa americana. Os valores para análise dos escores T em total de Problemas de Comportamento, Perfil Internalizante e Perfil Externalizante são: clínico, com escores iguais ou superiores a 60; e não clínico, com escores inferiores a 60. Para as síndromes, os escores clínico, iguais ou superiores a 65; e não clínico, com escores inferiores a 65. O presente estudo considerou as subescalas de problemas de comportamento internalizante, problemas de comportamento externalizante, total de problemas de comportamento e problemas de sono. Entende-se por problemas externalizantes aqueles que se voltam para o ambiente e para outras pessoas. Esses comportamentos envolvem agressão, agitação e impulsividade. Já os problemas de comportamento internalizantes são os que se expressam em relação a própria criança, sendo mais difíceis de serem identificados. Se manifestam por meio de preocupação em excesso, retraimento, timidez, tristeza, insegurança e medos, e estão geralmente presentes na depressão, no isolamento social e na ansiedade (Achenbach & Rescorla, 2000; Rafihi-Ferreira, Silveiras, Pires, Assumpção-Jr & Moura, 2016).

*Inventário de Autoavaliação para Adultos de 18 a 59 anos (ASR)* (Achenbach & Rescorla, 2003): Questionário auto-aplicável para indivíduos de 18 a 59 anos, composto por 126 itens no total. Este instrumento avalia o aspectos do funcionamento adaptativo e psicopatológico dos participantes. Cada item possui três opções de resposta que varia de um “não é verdadeira” a dois “muito verdadeira ou frequentemente verdadeira”. Esse instrumento foi traduzido para o português do Brasil por Rocha et al (Unpublished Data) e mostrou-se confiável, apresentando consistência interna (Alfa de Cronbach) com valor acima de

0,6. No presente estudo, os valores alfas das diferentes síndromes variaram entre 0,6 e 0,8.

*Inventário de Satisfação da Intervenção*: Instrumento, elaborado pelas pesquisadoras para este estudo, com questões fechadas referentes à aceitação, dificuldade e satisfação dos cuidadores frente ao programa de intervenção. Entre as perguntas deste instrumento, o foco do presente estudo foi na seguinte questão: “Você teve dificuldades para aceitar e colocar em prática as orientações recebidas no programa de intervenção?”

### **Procedimento de coleta dos dados**

Os dados das crianças e das mães, foram coletados como parte de outra pesquisa, realizada pelas autoras, que teve como objetivo avaliar a eficácia de uma intervenção comportamental para problemas de sono na infância. Os dados foram coletados pela primeira autora em duas clínicas-escolas de Psicologia de duas universidades públicas.

As mães que se inscreveram para a participação na pesquisa de intervenção foram esclarecidas quanto ao uso dos resultados das avaliações e aquelas que concordaram com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta dos dados se deu através de uma avaliação individual, por meio de um Roteiro para Entrevista Inicial com a mãe de cada criança no período anterior a intervenção. Nesta ocasião, as mães foram instruídas, pela pesquisadora, a responder os questionários (ICDS, CBCL, ASR). As respostas do Inventário de Satisfação da Intervenção foram coletadas após uma semana do término do período de intervenção.

### **Procedimento de análise dos dados**

Foram realizadas análises descritivas (proporções, médias e desvio padrão). As mães foram divididas em dois grupos: as que apresentaram dificuldades na implementação da intervenção e as que não apresentaram. Os grupos foram comparados por meio do teste t de Student não pareado (variável contínua), e diferenças entre proporções foram analisadas usando o teste qui quadrado.

### **Considerações Éticas**

Este estudo recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos das universidades onde foram realizadas as coletas dos dados. Os participantes receberam a devolutiva dos resultados da avaliação e intervenção. Aqueles, nos quais a intervenção não foi efetiva e que apresentavam outros

problemas de comportamento, foram encaminhados para atendimento na clínica-escola da universidade.

## Resultados

Os resultados foram divididos em a) Dificuldades na aplicação da intervenção; b) Dificuldades e características/comportamentos maternos; c) Dificuldades e características/sono/comportamentos infantis.

### Dificuldades na aplicação da intervenção

Das 49 mães que receberam as orientações para o manejo dos problemas de sono infantil, 53,1% (n=26) relataram apresentar dificuldades. De acordo com o relato das participantes, a dificuldade referia-se a

aplicação da técnica de extinção, isto é, o ato de ignorar os comportamentos inadequados da criança no momento de dormir.

A partir da resposta a questão do Inventário de Satisfação da Intervenção, que indagava se a participante apresentou dificuldades na aplicação da intervenção, as mães foram divididas em dois grupos: mães com dificuldades e mães sem dificuldades.

### Dificuldades e características / comportamentos maternos

A Tabela 1 demonstra as características sócio-demográficas e os comportamentos avaliados pelo instrumento ASR das mães que apresentaram e das que não apresentaram dificuldades em aplicar a intervenção.

**Tabela 1:** Características/ comportamentos maternos dos grupos com e sem dificuldades.

Características e comportamentos maternos	Mães com Dif. N=26	Mães sem Dif. N=23	qui quadrado	p
<b>Estado civil N(%)</b>				
Solteira	01(03,8%)	01(04,3%)	0,03	0,98
Casada	22(84,6%)	19(82,6%)		
Separada	03(11,5%)	03(13,0%)		
<b>Escolaridade N(%)</b>				
Superior	18(69,2%)	15(65,2%)	2,38	0,30
Médio	08(30,8%)	06(26,1%)		
Fundamental	-	02(08,7%)		
<b>Estrato Social N(%)</b>				
Alto (A1, A2, B1)	11(42,3%)	07(30,4%)	1,74	0,41
Médio (B2, C1)	14(53,8%)	13(56,5%)		
Baixo (C2, D, E)	01(03,8%)	03(13,1%)		
<b>Idade N(%)</b>				
20 - 29 anos N(%)	03(11,5%)	09(39,1%)	5,08	0,07
30 - 39 anos N(%)	19(72,1%)	12(52,2%)		
40 - 49 anos N(%)	04(15,4%)	02(08,7%)		
<b>Comportamento N(%)</b>				
ASR Total	14(53,8%)	09(39,1%)	1,06	0,30
ASR Externalizante	12(46,2%)	06(26,1%)	2,11	0,14
ASR Internalizante	17(65,4%)	11(47,8%)	1,53	0,21
Características e comportamentos maternos	Mães com Dif. N=26	Mães sem Dif. N=23	t	p
<b>Idade M(DP)</b>				
	34,42(4,74)	32,35(6,41)	1,29	0,20
<b>Comportamento M(DP)</b>				
ASR Total	59,35(07,85)	56,30(09,50)	1,23	0,22
ASR Externalizante	56,92(07,03)	54,39(09,20)	1,08	0,28
ASR Internalizante	64,04(10,07)	60,96(10,31)	1,05	0,29

Observa-se que a maioria das mães em ambos os grupos estavam casadas, tinham ensino superior, estrato social médio, idade entre 30 e 39 anos e um número considerável delas tinham escores clínico em total de problemas de comportamento, problemas de comportamento internalizante e externalizante. Conforme demonstrado na Tabela 1, não houve diferença detectável em qualquer característica e problemas de comportamento entre as mães que apresentaram e não apresentaram dificuldades.

Para comparar as características e os comportamentos infantis, as crianças, cujas mães

apresentaram e não apresentaram dificuldades também foram divididas em grupos a partir desses critérios.

### **Dificuldades e características/sono/comportamentos infantis.**

As características (idade e sexo), os problemas de sono, avaliado pelo ICDS e os problemas de comportamento, avaliado pelo CBCL das crianças, cujas mães apresentaram e não apresentaram dificuldades na aplicação da intervenção, estão apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2:** Características / sono /comportamentos infantis dos grupos com e sem dificuldades.

<b>Características /sono/ comportamento infantil</b>	<b>Crianças com Dif. N=29</b>	<b>Crianças sem Dif. N=28</b>	<b>qui quadrado</b>	<b>p</b>
<b>Sexo N(%)</b>				
Feminino	15(51,7)	8(28,6)	3,17	0,07
Masculino	14(48,3)	20(71,4)		
<b>Idade N(%)</b>				
12 – 42 meses (1 - 3½ anos)	23(79,3)	21(75,0)	0,15	0,69
43 – 60 meses (3½ - 5 anos)	6(20,7)	7(25,0)		
<b>Comportamento N(%)</b>				
CBCL Sono	25(86,2%)	22(78,6%)	0,57	0,44
CBCL Total	22(75,9%)	15(53,6%)	3,10	0,07
CBCL Externalizante	17(58,6%)	10(35,7%)	2,99	0,08
CBCL Internalizante	18(62,1%)	11(39,3%)	2,95	0,08
<b>Características /sono/ comportamento infantil</b>	<b>Crianças com Dif. N=29</b>	<b>Crianças sem Dif. N=28</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Idade M(DP)</b>	2,34(1,34)	2,39(1,31)	0,14	0,88
<b>Comportamento M (DP)</b>				
CBCL Sono	79,45(11,89)	79,07(13,13)	0,11	0,90
CBCL Total	64,17(9,14)	59,18(9,45)	2,02	0,04
CBCL Externalizante	60,55(9,31)	57,18(10,78)	1,26	0,21
CBCL Internalizante	61,34(9,78)	54,32(9,43)	2,75	0,007
ICDS	9,97(1,82)	10,04(1,97)	0,13	0,88

Conforme demonstrado na Tabela 2, em ambos os grupos, a maioria das crianças era do sexo masculino e tinha idade entre 1 e 3½ anos. Os grupos não diferiram nestas características. A pontuação do ICDS que avalia problema de sono foi alta para os dois grupos, apontando que ambos tinham problemas de sono em nível similar, também não existindo diferenças estatisticamente detectáveis.

Um número considerável de crianças apresentavam escores clínicos no CBCL, não somente para problemas de sono, mas também em problemas internalizantes e externalizantes.

Entretanto, no que refere-se a problemas de comportamento, avaliados pelo CBCL, observa-se que as crianças, cujas mães apresentaram dificuldades em aplicar a extinção, tinham significativamente escores

mais altos em total de problemas de comportamento e problemas de comportamento internalizantes.

## **Discussão**

O objetivo deste trabalho foi investigar as dificuldades na aplicação da intervenção comportamental para o manejo dos problemas de sono na infância. Os resultados demonstraram que mais da metade das mães que foram orientadas quanto ao procedimento de extinção relatou dificuldade e estresse na aplicação da intervenção. Esses achados corroboram o estudo de Lawton, France e Blampied (1991) que também encontrou relatos de estresse na aplicação da extinção em metade dos cuidadores. A revisão realizada por Mindell, et. al (2006) também

destaca a presença do estresse e dificuldade parental no procedimento de extinção.

Essas dificuldades podem ser decorrentes da denominada “extinction burst”, isto é à “explosão” de repostas que ocorrem no início do procedimento de extinção. A frequência e gravidade dos comportamentos inadequados na hora de dormir da criança aumentam substancialmente durante as primeiras noites do tratamento. Quando um comportamento inadequado é ignorado, a tendência é um aumento acentuado na frequência deste comportamento, antes da redução. Assim, após as mães ignorarem os choros e protestos do filho, o comportamento de chorar e protestar se intensificaram. Este fato faz com que muitas mães deem atenção à criança na tentativa de cessar os protestos, e neste momento ocorre o reforçamento intermitente, que prejudica a rápida extinção da resposta inadequada e prolonga o estresse parental.

O reforçamento intermitente pode ocorrer pela dificuldade de os pais suportarem a aversividade do aumento da frequência do comportamento inadequado, ou pelos pais, apesar de serem alertados sobre a explosão da extinção, interpretarem essa condição como evidência de que o tratamento não está funcionando. Contudo, apesar da aversividade da “extinction burst”, estudiosos (Didden, Sigafos, & Lancioni, 2011; Kuhn, 2014; Reid, Huntley, & Lewin, 2009) apontam a sua ocorrência como um sinal da eficácia do procedimento, e não de sua ineficácia, por ser um sinal de que a criança está consciente da mudança de contingência e demonstrar uma conseqüente alteração no comportamento. Kuhn (2014) aponta que a “extinção burst” é possivelmente um fator responsável pela dificuldade de adesão as intervenções, bem como pelo abandono do tratamento.

Além da explosão da extinção, as razões apontadas por Etherton, Blunden e Hauck (2016) na dificuldade da aplicação da extinção oferecem hipóteses que podem explicar os resultados deste estudo. Por exemplo, o choro prolongado pode ser interpretado para alguns cuidadores como um choro exarcebado para ser ignorado, apresentando-se para alguns pais como um sinal de angústia, de modo que eles acreditem ser negligentes ao deixar a criança chorar, levando ao sentimento de culpa na aplicação do método. Além disso, levanta-se a hipótese que os cuidadores possuem crenças que se opõem à extinção o que fortalece a culpa em aplicar a estratégia. Outra razão pode ser o medo das conseqüências do choro intenso e prolongado, por acreditarem que ignorar

o choro pode prejudicar emocionalmente suas crianças. Questões práticas, como preocupação com o choro acordar vizinhos ou outros moradores da casa também podem influenciar a dificuldade na aplicação da técnica.

Etherton, Blunden e Hauck (2016) também apontam práticas culturais, desinformação e bem estar parental como razões que expliquem as dificuldades da aplicação da técnica. No entanto, no presente estudo, as mães participantes receberam amplas informações sobre o sono infantil e sobre seu manejo. Outro aspecto que não teve destaque foi em relação a saúde mental e bem estar das mães, uma vez que não foi observada diferença estatisticamente detectável por meio dos resultados do ASR entre aquelas que apresentaram e não apresentaram dificuldades na aplicação da intervenção. Quanto as práticas culturais, a maioria das crianças participantes tinha quarto próprio e seus cuidadores desejavam não mais compartilhar o quarto. Os poucos casos em que as crianças não tinham quarto próprio, suas mães manifestaram extremo interesse em não mais compartilhar da mesma cama.

Frente aos aspectos citados, ressalta-se a importância de questionar e conhecer as crenças parentais sobre o sono infantil, bem como a tolerância dos cuidadores frente aos choros/protestos da criança para o planejamento de intervenções efetivas para o perfil da família.

Considerando a aversividade do choro e o quanto isso pode influenciar a resposta dos pais, Kuhn (2014) indica a possibilidade de os pais aprenderem habilidades de autorregulação para se tornarem menos hiper-reativos ao choro da criança. No estudo de Tyson (1996), por exemplo, que usou a dessensibilização sistemática frente à aversividade do choro, os resultados apontaram que mulheres que passaram pelo treino de dessensibilização tiveram ansiedade significativamente reduzida diante de respostas de choro. No entanto, esse experimento foi realizado em um laboratório. Para maior aprofundamento desta questão, são necessárias pesquisas que explorem essas intervenções no contexto das dificuldades de sono na infância.

O estudo de Sadeh et al (2016) apontou uma relação entre baixa tolerância aos protestos da criança e problemas com o sono, no entanto, no presente estudo, todas as crianças participantes tinham problemas de sono e metade das mães, quando orientadas, não apresentaram dificuldades na aplicação da extinção, isto é, conseguiram tolerar os protestos e choros. Contudo, as crianças, cujas mães apresentaram

maiores dificuldades em tolerar os protestos/choros, apresentaram piores escores em problemas de comportamento internalizante. Este achado permite levantar as seguintes hipóteses: as mães que apresentaram dificuldades em tolerar os protestos/choros são mais hiper-reativas e que isso pode estar relacionado a problemas internalizantes das crianças ou que crianças com problemas internalizantes podem demandar mais atenção, cuidado, preocupação, ou mesmo chorar mais, o que dificulta a aplicação, por parte das mães, da intervenção.

A hipótese de que as mães que apresentaram dificuldades em tolerar os protestos/choros são mais hiper-reativas e que isso pode estar relacionada a problemas internalizantes das crianças remete a relação entre comportamento parental e problemas internalizantes. De acordo com estudiosos (Bayer, Hastings, Sanson, Ukoumunne, & Rubin, 2010; Bayer, Sanson, e Hemphill, 2006; Lins & Alvarenga, 2015) entre as diversas práticas parentais que podem estar associadas ao desenvolvimento de problemas internalizantes, encontra-se a superproteção.

O estudo de Lins e Alvarenga (2015) analisou as relações entre o controle psicológico e o controle comportamental materno e os problemas internalizantes de 103 crianças com idade entre 3 e 5 anos, por meio a respostas dadas pelas mães aos instrumentos CBCL e Entrevista Estruturada sobre Práticas Educativas Parentais e Socialização Infantil. Os resultados revelaram que duas das síndromes que representam o agrupamento de problemas internalizantes, ansiedade/depressão e retraimento, estiveram positivamente correlacionadas ao controle crítico, uma das dimensões do controle psicológico. De acordo com as autoras a limitação da autonomia impossibilita o acesso a reforçadores que são importantes para o aprendizado de novas habilidades para o desenvolvimento infantil. Além disso, o controle crítico por parte da mãe dificulta o desenvolvimento socioemocional da criança, contribuindo para o surgimento do retraimento e de sintomas de ansiedade/ depressão.

Parker (1983) aponta que o envolvimento excessivo por parte dos pais, como a intrusão, o encorajamento da dependência e a exclusão de influências externas, protege as crianças dos desafios da vida natural, tirando a oportunidade de desenvolver habilidades para lidar com dificuldades. Tais comportamentos parentais transmitem para às crianças que o mundo inclui muitos perigos e os impede de aprender a lidar com sucesso com o estresse. Considerando a possível relação entre práticas parentais de controle,

como a superproteção e problemas internalizantes, supõe-se que as mães que tiveram maiores dificuldades na aplicação da extinção, eram mais hiper-reativas e superprotetoras, o que contribui para a manutenção dos problemas internalizantes dos filhos.

Por outro lado, levanta-se a hipótese de que crianças com problemas internalizantes podem demandar mais atenção, cuidado, preocupação, ou mesmo chorar mais, o que dificulta a aplicação, por parte das mães, da intervenção.

A relação entre problemas de sono e problemas de comportamento internalizantes já foi referida em outros estudos (Rafih-Ferreira, et al., 2016; Stein, Mendelsohn, Obermeyer, Amromin, & Benca, 2001; Storch, Murphy, Lack, Geffken, Jacob e Goodman, 2008). Steinsbekk, Berg-Nielsen e Wichstrom (2013) avaliou a prevalência de problemas de sono em 995 crianças em idade pré-escolar e examinou a relação entre distúrbios de sono e sintomas psiquiátricos. Os resultados apontaram que a insônia é comum em crianças nessa faixa etária e as dificuldades de iniciar e manter o sono, bem como os pesadelos, estão especificamente associados aos sintomas de ansiedade. Há poucos estudos que referem a relação entre sono e ansiedade em crianças, contudo, uma revisão realizada por Alfano, Ginsburg, e Kingery (2007) aponta que aproximadamente 85% das crianças com ansiedade têm problemas relacionados ao sono, como a dificuldade de adormecer e o medo noturno.

De fato, a extinção é contraindicada em casos de ansiedade severa ou quando a criança passou por um trauma no passado, como por exemplo, situações de abuso e negligência (Meltzer & Mindell, 2011). Contudo não foi o caso dos participantes da presente pesquisa. Além disso, é importante frisar que o fato das mães relatarem dificuldades na aplicação da extinção não significa que o procedimento não foi efetivo, mas que demandou bastante estresse para sua execução.

Os achados do presente estudo atentam para as dificuldades relatadas pelas mães, que devem ser consideradas para o desenvolvimento e planejamento de novos modelos de intervenção, sobretudo em crianças com problemas internalizantes.

Problemas de sono na infância já foram tratados de maneira eficaz sem o uso da extinção, com o estabelecimento de rotinas positivas, isto é, sequência fixa de eventos diários, que finaliza com o momento de ir para a cama (Milan, Mitchell, Berger, & Pierson, 1982; Mindell, Meltzer, Carskadon, & Chervin, 2009; Mindell, Mond, Sadeh, Telofski, Kulkarni, & Gunn, 2011). Embora o uso da extinção seja amplamente recomendado,



nos casos em que os cuidadores relatam excessiva dificuldade de aplicação, é possível que o profissional trabalhe com outras possibilidades, como o estabelecimento de rotinas e reforço positivo, o uso de histórias infantis com modelos de rotinas pré-sono, passe para dormir, quadro de pontos, etc., com o foco no reforço do comportamento apropriado e que favorece o adormecer.

## Conclusão

Este estudo chama a atenção para um aspecto importante no campo do tratamento comportamental para os problemas de sono na infância, ao indicar a possível associação entre dificuldade na aplicação da extinção, por parte das cuidadoras, e problemas internalizantes nas crianças.

## Referências

- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2000). Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2003). Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Alfano, C. A., Ginsburg, G. S. & Kingery, J. N. (2007). Sleep-related problems among children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 224-232. doi: 10.1097/01.chi.0000242233.06011.8e
- American Academy of Sleep Medicine. (2005). International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual, second ed. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- Bayer, J. K., Hastings, P. D., Sanson, A. V., Ukoumunne, O., & Rubin, K. H. (2010). Predicting mid-childhood symptoms: a longitudinal community study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(1), 16-28. doi:10.1080/14623730.2010.9721802
- Bayer, J. K., Sanson, A. V., & Hemphill, S. A. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27(6), 542-559. doi:10.1016/j.appdev.2006.08.002
- Burnham, M. M., Goodlin-Jones, B. L., Gaylor, E. E. & Anders, T. F. (2002). Nighttime sleep-wake patterns and self-soothing from birth to one year of age: a longitudinal intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 713-725. doi: 10.1111/1469-7610.00076
- Didden, R., Sigafos, J. & Lancioni, G.E. (2011). Unmodified Extinction for Childhood Sleep Disturbance. In: M. Perlis, M. Aloia & B. Kuhn (Orgs.). Behavioral Treatments for Sleep Disorders: A Comprehensive Primer of Behavioral Sleep Medicine Interventions. (pp. 257-263). London: Elsevier.
- Etherton, H., Blunden, S., & Hauck, Y. (2016). Discussion of extinction-based behavioral sleep interventions for young children and reasons why parents may find them difficult. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(11), 1535-1543. doi: 10.5664/jcsm.6284
- Hill, C. (2011). Practitioner Review: Effective treatment of behavioural insomnia in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(7), 731-741. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02396.x
- Kuhn, B. R. (2014). Practical Strategies for Managing Behavioral Sleep Problems in Young Children. In: J.A. Owens. (Orgs.). Behavioral Aspects of Sleep Problems in Childhood and Adolescence. (pp. 181-197). London: Elsevier.
- Lawton, C., France, K.G., & Blampied, N.M. (1991). Treatment of infant sleep disturbance by graduated extinction. *Journal of Child & Family Behavior Therapy*, 13(1), 39-56. doi: 10.1300/J019v13n01\_03
- Lins, T. & Alvarenga, P. (2015). Controle Psicológico Materno e Problemas Internalizantes em Pré-Escolares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 311-319. doi: 10.1590/0102-37722015032092311319
- Meltzer, L. J. & Mindell, J. A. (2014). Systematic Review and Meta-Analysis of Behavioral Interventions for Pediatric Insomnia. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(8), 932-948. doi: 10.1093/jpepsy/jsu041.
- Meltzer, L.J. & Mindell, J. A. (2011). Graduated Extinction: Behavioral Treatment for Bedtime Problems and Night Wakings in Young Children. In M. Perlis, M. Aloia & B. Kuhn. (Orgs.). Behavioral Treatments for Sleep Disorders: A Comprehensive Primer of Behavioral Sleep Medicine Interventions. (pp. 265-273). London: Elsevier.
- Milan, M.A., Mitchell, Z.P., Berger, M.I. & Pierson, D.F. (1982) Positive routines: a rapid alternative to extinction for elimination of bedtime tantrum behavior. *Journal of Child & Family Behavior Therapy*, 3(1), 13-25.
- Mindell, J.A., Kuhn, B., Lewin, D.S, Meltzer, L.J., & Sadeh, A. (2006) Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children – an American academy of sleep medicine review. *Sleep*, 29(10), 1263-76.
- Mindell, J.A., Meltzer, L.J., Carskadon, M.A. & Chervin, R.D. (2009) Developmental aspects of sleep hygiene: findings from the 2004 National Sleep foundation Sleep in America Pool. *Sleep Medicine*, 10(7), 771-779. doi: 10.1016/j.sleep.2008.07.016.

- Mindell, J. A. & Moore, M. (2014). Bedtime Problems and Night Wakings. In: S.H. Sheldon, R. Ferber, M.H. Kryger & D. Gozal (Orgs.). *Principles & Practice of Pediatric Sleep Medicine*. (pp. 105-110). London: Elsevier.
- Mindell, J.A., Mond, C.E., Sadeh, A., Telofski, L., Kulkarni, N. & Gunn, E. (2011a) Efficacy of an Internet-Based Intervention for Infant and Toddler Sleep Disturbances. *Sleep*, 34(4), 451-458.
- Parker, G. (1983). *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development*. NY: Grune & Stratton.
- Pires, M. L. N., Silveira, E. F. M., Rafihi-Ferreira, R., Rocha, M. M., Fernandes, L. F. B. & Melo, M. B. (2014). Reprodutibilidade e consistência interna do CBCL/1,5-5 e problemas de comportamento em uma amostra crianças pré-escolares. Anais da 44 Reunião Anual de Psicologia.
- Pires, M. L. N., Vilela, C. B. & Câmara, R. L. (2012). Desenvolvimento de uma medida de hábitos de sono e aspectos da prevalência de problemas comportamentais de sono na infância: uma contribuição. In N. S. Filho, D. P. S. A. Ribeiro & H. R. Rosa (Orgs.). *Processos Clínicos e Saúde Mental*. (pp. 167-192). São Paulo: Cultura Acadêmica Editora & Vetor Editora.
- Rafihi-Ferreira, R. (2015). Intervenção comportamental para problemas de sono na infância. Tese de doutorado, p171. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Rafihi-Ferreira, R., Silveira, E. F. M., Pires, M. L. N., Assumpção-Jr, F. B. & Moura, C. B. (2016). Sono e Comportamento em Crianças Atendidas em um Serviço de Psicologia. *Psicologia: Teoria e Prática*, 18(2), 159-172. doi: 10.15348/1980-6906.
- Reid, G.J. Huntley, E. D. & Lewin, D. S. (2009). Insomnias of Childhood and Adolescence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(4), 979-1000. doi: 10.1016/j.chc.2009.06.002.
- Richman, N. & Graham, P. (1971). A behaviour screening questionnaire for use with three year old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 12(1), 5-33.
- Rocha, M. M., Silva, G. J. S., Oliveira, M. S., Azevedo, A. C. P., Souza, F. B., Ferreira, T. S., Casanova, M. L. M., Lohr, S. S., Rocha, A. S., Gimeniz-Paschoal, S. R., Giacheti, C. M., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. & Silveira, E. F. M. Validation evidences for the Brazilian versions of Adult Self Report (ASR) and Adult Behavior checklist (ABCL). Unpublished Data.
- Sadeh, A. Tikotzky, L. & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14(2), 89-96. doi: 10.1016/j.smr.2009.05.003.
- Sadeh, A., Juna-Hadael, M., Livne-Karp, E., Kahn, M., Tikotzky, L., Anders, T.F., Calkins, S., & Sivan, Y. (2016). Low parental tolerance for infant crying: an underlying factor in infant sleep problems? *Journal of Sleep Research*, 25(1), 501-507. doi: 10.1111/jsr.12401
- Seymour, F.W., Bayfield, G., & Brock, P. (1983). During M. Management of night-waking in young children. *Aust J Fam Ther*, 4, 217-23.
- Stein, M. A., Mendelsohn, J., Obermeyer, W.H., Amromin, J. & Benca, R. (2001). Sleep and Behavior Problems in Scholl-aged Children. *Pediatrics*, 107(4), e60.
- Steinsbekk, S., Berg-Nielsen, T. S. & Wichstrom, L. (2013). Sleep disorders in preschoolers: prevalence and comorbidity with psychiatric symptoms. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34(9), 633-641. doi: 10.1097/01.DBP.0000437636.33306.49.
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Lack, C. W., Geffken, G. R., Jacob, M. L. & Goodman, W. K. (2008). Sleep-related problems in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(5), 877-885. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.09.003
- Tse, L. & Hall, W. (2008). A qualitative study of parents' perceptions of a behavioural sleep intervention. *Child Care Hlth Dev*, 34, 162-72.
- Tyson, P. D. (1996). Biodesensitization: Biofeedback-Controlled Systematic Desensitization of the Stress Response to Infant Crying. *Biofeedback and Self-Regulation*, 21(3), 273-290.

**Recebido: 21/09/2017 / Corrigido: (sem necessidade de ajustes) / Aprovado: 14/02/2018**