UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Lenise Dutra da Silva

Análise da aplicabilidade do método *pick up and put down* na promoção do sono infantil

Florianópolis
2026

Lenise Dutra da Silva

Análise da aplicabilidade do método *pick up and put down* na promoção do sono infantil

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientador(a): Profa. Marli Terezinha Stein Backes, Dra.
Coorientador(a) (se houver): Profa. Márcia Pestana-Santos, Dra.

Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

Grupo de Pesquisa: Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

Florianópolis
2026

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC. Dados inseridos pelo próprio autor.

da Silva, Lenise Dutra
Análise da aplicabilidade do método pick up and put down na promoção do sono infantil / Lenise Dutra da Silva ; orientador, Marli Terezinha Stein Backes, coorientador, Márcia Pestana Santos, 2026.
237 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2026.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Sono. 4. Promoção da saúde. 5. Saúde da criança. I. Backes, Marli Terezinha Stein . II. Santos, Márcia Pestana. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Lenise Dutra da Silva

Análise da aplicabilidade do método *pick up and put down* na promoção do sono infantil

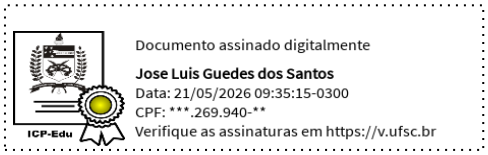
O presente trabalho em nível de Doutorado foi avaliado e aprovado, em 24 de fevereiro de 2026, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profª. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

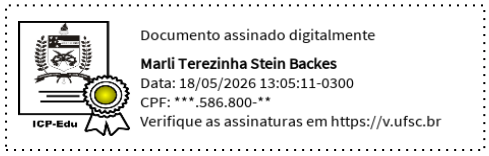
Profª. Letícia Maria Santoro Franco Azevedo Soster, Dra.
Universidade de São Paulo

Profª. Robyn Lynne Stremler, Dra.
University of Toronto

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.



Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Profa. Marli Terezinha Stein Backes, Dra.
Orientador(a)

Florianópolis, 2026.

Dedico à Lenise, que nunca desistiu. Que este título seja o símbolo da força que você descobriu ter, e do cuidado que você sempre desejou oferecer ao mundo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço **a Deus**, pela vida e por nunca me abandonar. Sei que foi Ele quem conduziu todo o processo e que tudo o que vivi foi necessário para o meu crescimento espiritual, emocional e psicológico.

Aos meus pais, Helenice Reni Dutra da Silva e Juvêncio José Dutra da Silva por terem me dado a vida e cuidado de mim com todo amor e carinho. Hoje eu faço valer a pena toda dedicação e esforço de vocês para que eu chegasse até aqui. Mesmo não estando mais presentes fisicamente, sinto que seguem em mim e que estarão sempre comigo, guiando meus passos. Agradeço, em especial, à minha mãe, pessoa fundamental ao me incentivar a ler e estudar. Como a senhora me disse antes da minha viagem a Portugal: “as tuas vitórias são as minhas vitórias”. Esta é mais uma vitória nossa, Mãe!

A mim mesma, pela resiliência e coragem. Agradeço pela força interior que me permitiu seguir em frente nos momentos de maior fragilidade, transformando obstáculos em degraus. Nesta jornada, descobri ser muito mais forte do que imaginava e mais determinada do que supunha ser; não desisti do meu sonho e hoje celebro a mulher que me tornei.

Ao Anderson Godinho, meu futuro esposo, que não mediu esforços para que eu estivesse dedicada à minha pesquisa. Agradeço por me apoiar, incentivar e estar sempre ao meu lado, dando todo o suporte necessário. Obrigada por cuidar incondicionalmente da nossa casa e dos nossos filhos de quatro patas, Laika e Mustafá. Passamos por momentos delicados e desafiadores, porém seguimos juntos, cada dia mais fortes e unidos. Muito obrigada por ser meu companheiro e parceiro de vida.

À minha orientadora Prof.ª Dra. Marli Terezinha Stein Backes, agradeço pela oportunidade de desenvolvimento desta pesquisa, vinculada ao Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR), pelas contribuições dadas ao longo do processo, pelas oportunidades e por sua confiança na organização de eventos científicos.

À minha coorientadora Prof.ª Dr.ª Márcia Pestana-Santos, expresso minha mais profunda e sincera gratidão. Jamais esquecerei o dia em que cheguei a Portugal; ao passar por um momento tão delicado, mesmo sem me conhecer, foste acolhedora e humana, respeitando cada momento do meu luto. Agradeço sua

orientação constante, sua generosidade em compartilhar conhecimento e sua presença em cada etapa deste desafio. Obrigada por acreditar no meu potencial e por ser o suporte fundamental que guiou esta trajetória com tanta excelência.

Às colegas, amigas e parceiras de pesquisa Patrícia Amidianski, Rejane Cassol e Anna Milanez, vocês foram pessoas especiais nesta jornada. Fizeram escuta ativa, choraram, riram, comemoraram e pesquisaram comigo. Nos últimos dias, até cuidaram de mim. Minha mais sincera e profunda gratidão a vocês.

Aos profissionais, consultoras do sono e às famílias, minha gratidão por dedicarem seu tempo, compartilharem suas experiências e conhecimentos para participar desta pesquisa. Sem a colaboração de vocês, este trabalho não seria possível.

À Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pelo suporte institucional e acadêmico.

O presente estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, a quem eu agradeço por ter me concedido uma bolsa PROEX durante todo o período de doutoramento.

Agradeço, também, **ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq**) pela concessão da bolsa para a realização do Doutorado Sanduíche em Portugal.

À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal, em especial à Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, que permitiu o enriquecimento desta pesquisa por meio da minha experiência internacional.

Aos colegas e professoras do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, agradeço pela convivência, pelas trocas de experiências, pelas discussões em sala e momentos de partilha. Agradeço ao programa pelas oportunidades de crescimento.

Aos colegas do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR), agradeço pela parceria e pelo ambiente de aprendizado e inovação.

Às Professoras Membras da Banca Examinadora de Defesa desta Tese, Profª Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Profª. Drª. Letícia Maria Santoro Franco Azevedo Soster, Profª. Drª. Robyn Lynne Stremler, Profª Drª. Regina Gema Santini Costenaro e Profª. Drª. Juliana Coelho Pina, agradeço imensamente pela

disponibilidade em ler essa Tese e pelas valiosas contribuições oferecidas. O rigor científico e o olhar crítico, criterioso e cuidadoso de vocês foram fundamentais para o aperfeiçoamento e a finalização dessa Tese.

Promover a saúde do sono é um ato de amor que floresce na parceria; é estender a mão à família para que, juntos, possamos cultivar por meio da saúde do sono a serenidade necessária para o viver saudável.

(Lenise Dutra)

RESUMO

Introdução: O sono é um processo fisiológico essencial e uma necessidade humana básica, crucial para o pleno desenvolvimento e o crescimento infantil. A ocorrência de problemas de sono na infância é frequente, sendo as intervenções comportamentais reconhecidas como a principal estratégia não farmacológica para sua resolução. **Objetivo geral:** analisar a aplicabilidade do método *pick up and put down* como intervenção comportamental na promoção do sono infantil. **Metodologia:** A pesquisa adotou um delineamento multimétodo, seguindo o referencial do *Medical Research Council* para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas. O estudo concentrou-se na fase de desenvolvimento da intervenção, estruturada em três fases interconectadas: (1) revisão de escopo realizada com o objetivo de mapear as intervenções não farmacológicas disponíveis, os profissionais envolvidos e os instrumentos de avaliação do sono em lactentes, identificando lacunas na literatura; (2) estudo descritivo-exploratório, abordagem qualitativa que investigou as motivações, barreiras e facilitadores na implementação do método *pick up and put down* por consultores do sono; e (3) relatos de caso, aplicação prática do método *pick up and put down* em casos pediátricos, com o objetivo de identificar os desafios e os sucessos da intervenção. **Resultados:** Os resultados estão apresentados em sete manuscritos os quais demonstram a resolutividade e a natureza gentil do método *pick up and put down*. A revisão de escopo evidenciou que a abordagem educacional, frequentemente combinada com métodos comportamentais, é a mais utilizada, destacando a atuação do enfermeiro na implementação dessas intervenções. O estudo exploratório-descritivo e os relatos de caso reforçam que o sucesso da intervenção está intrinsecamente relacionado à adesão e consistência parental, bem como à disponibilidade emocional materna. O método *pick up and put down* foi caracterizado como uma intervenção comportamental resolutiva, capaz de aumentar a eficiência e duração do sono; promover a autonomia do sono infantil, mediante a diminuição de associações de sono dependentes; e consolidar a arquitetura do sono noturno e diurno. **Considerações finais:** A Tese alcançou seu propósito ao identificar que o método *pick up and put down* é uma intervenção comportamental gentil que melhora a duração e promove a autonomia do sono na criança. Atua como uma estratégia de baixo custo e alta replicabilidade, com potencial significativo para ser integrada em políticas públicas de saúde infantil e na prática da enfermagem. A Tese também destaca a formação da "Enfermagem do Sono" como área de atuação promissora. Sugere-se para futuras pesquisas a realização de estudos clínicos randomizados, a utilização de medidas objetivas de sono e a investigação do método em populações diversas.

Palavras-chave: Enfermagem; Higiene do Sono; Promoção da saúde; Saúde da criança; Sono.

ABSTRACT

Introduction: Sleep is an essential physiological process and a basic human need, crucial for children's full development and growth. Sleep problems are common in childhood, and behavioral interventions are recognized as the primary non-pharmacological strategy for addressing them. **Objective:** To analyze the applicability of the pick up and put down method as a behavioral intervention to promote sleep in children. **Methodology:** The study employed a multi-method design, following the Medical Research Council's guidelines for the development and evaluation of complex interventions. The study focused on the intervention development phase, which was structured into three interconnected phases: (1) A scoping review conducted to identify available non-pharmacological interventions, the professionals involved, and sleep assessment tools for infants, with the aim of identifying gaps in the literature; (2) A descriptive-exploratory study using a qualitative approach that investigated the motivations, barriers, and facilitators in the implementation of the pick up and put down method by sleep consultants; and (3) case reports, practical application of the pick up and put down method in pediatric cases, with the aim of identifying the challenges and successes of the intervention. **Results:** The results are presented in seven papers that demonstrate the effectiveness and non-invasive nature of the pick up and put down method. The scope review revealed that the educational approach, often combined with behavioral methods, is the most widely used, highlighting the role of nurses in implementing these interventions. This exploratory-descriptive study and the case reports underscore that the success of the intervention is intrinsically linked to parental adherence and consistency, as well as to the mother's emotional availability. The pick up and put down method has been described as an effective behavioral intervention capable of improving sleep quality and duration; promote children's sleep independence by reducing dependent sleep associations; and consolidate the structure of nighttime and daytime sleep. **Final considerations:** The thesis achieved its objective by demonstrating that the pick up and put down method is a gentle behavioral intervention that improves the duration of sleep and promotes sleep independence in children. It serves as a low-cost, highly scalable strategy with significant potential for integration into public health policies for children and nursing practice. The thesis also highlights the development of "Sleep Nursing" as a promising field. For future research, we suggest conducting randomized clinical trials, using objective measures of sleep, and investigating the method in diverse populations.

Keywords: Nursing; Sleep hygiene; Health promotion; Child health; Sleep.

LISTA DE FIGURAS

Referencial teórico

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (traduzido).....41

Manuscrito 2

Figura 1 – Fluxograma PRISMA.....74
Figura 2 - Distribuição dos estudos conforme país de origem e ano de publicação..75
Figura 3 - Porcentagem dos estudos por desenho de estudo.....76
Figura 4 - Instrumentos avaliativos de intervenções não-farmacológicas para o sono infantil.....79

Manuscrito 5

Figura 1 - Perfil do sono do lactente: antes e depois da intervenção.....170

LISTA DE QUADROS

Revisão de literatura

Quadro 1 – Recomendações de duração do sono ideal conforme a faixa etária 36

Resultados e discussões

Quadro 1 - Síntese dos produtos oriundos dos resultados da tese. 54

Manuscrito 1

Quadro 1- Expressão de pesquisa na Pubmed em 16 de dezembro de 2024. 61

Manuscrito 3

Quadro 1 - Roteiro de perguntas para a entrevista 127

Quadro 2 - Fases da Análise Temática 128

Quadro 3 - Exemplo de extração de dados, com códigos e temas aplicados. 128

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 3

Tabela 1 - Implementação do método *pick up and put down* 135

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	Academia Americana de Pediatria
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	*Chief Executive Officer*
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COREQ	*Consolidated criteria for reporting qualitative research*
EAP	Equipe de Atenção Primária
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GH	*Growth Hormone*
GRUPESMUR	Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MPC	Modelo de Parceria de Cuidados
MPS	Modelo de Promoção da Saúde
MRC	*Medical Research Council*
NREM	*Non Rapid Eye Movement*
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSF	*Open Science Framework*
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PROASP	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
PSF	Programa Saúde Família
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
REM	*Rapid Eye Movement*
SMSI	Síndrome da Morte Súbita Infantil
TCD	Termo de Confidencialidade dos Dados

TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICEF	*United Nations International Children's Emergency Fund*

LISTA DE SÍMBOLOS

® Marca registrada

APRESENTAÇÃO

A pesquisadora principal deste estudo graduou-se em Enfermagem em 2017 no Centro Universitário Franciscano, localizado em Santa Maria/RS. No mesmo ano, ingressou no Curso de Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil na mesma instituição - que no ano de 2018 passou a ser Universidade Franciscana. Durante o Curso de Mestrado, Lenise Dutra desenvolveu um aplicativo para o atendimento e acompanhamento de gestantes e puérperas, que pelo caráter inovador, foi em 2019 registrado junto ao Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (INPI).

Com o desenvolvimento de um projeto de empresa, Lenise foi selecionada em 2017 para ingressar no Ambiente de Inovação da Universidade Franciscana (ITEC), onde desenvolveu seu perfil empreendedor, participou de eventos de empreendedorismo, tecnologia e inovação e aprimorou seu projeto, que resultou no seu produto do mestrado.

Em abril de 2018 iniciou sua carreira profissional assistencial no Instituto de Radiologia Vascular (IRV) de Santa Maria/RS e, em decorrência disso, afastou-se da ITEC. A sustentação da sua dissertação ocorreu em 21 de dezembro de 2018, com aprovação máxima da banca examinadora. Como já almejada a carreira docente em nível superior, Lenise submeteu seu currículo lattes a instituições de ensino no estado do Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

Em janeiro de 2019 realizou seu primeiro processo seletivo para professora auxiliar no Centro Universitário Estácio de Santa Catarina. Com a aprovação, encerrou suas atividades assistenciais na Clínica de Neurorradiologia em fevereiro de 2019 e assumiu sua primeira turma de Enfermagem na docência em 14 de março de 2019. As atividades como docente consistiam na condução das atividades práticas das disciplinas Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Ensino Clínico Médico Cirúrgico Prático, Ensino Clínico Prático - Saúde do Adulto e Idoso e Estágio Supervisionado II - Saúde da Mulher. Estas atividades foram desenvolvidas no Hospital Regional de São José/SC e na Atenção primária à saúde com Estratégias de Saúde da Família da região.

Em outubro de 2019 participou do processo seletivo emergencial para professor horista na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) – Câmpus Santigo, no qual foi aprovada`, tendo iniciado as suas atividades em

2019 e ficou responsável pelas disciplinas de Saúde da Criança e do Adolescente e Saúde da Mulher (teoria e prática).

No ano de 2020 cursou a Especialização em Saúde Materna e Neonatal da Universidade Franciscana obtendo o grau de especialista em 2021. Com a pandemia da covid-19, Lenise realizou a ativação do aplicativo construído no mestrado, denominado GestarCare. E, juntamente com seus alunos da URI-Santiago realizou teleconsultas de pré-natal, puerpério e puericultura por intermédio do aplicativo entre 2020 e 2021. Durante o período em que era docente na URI-Santiago, participou de bancas de trabalho de conclusão de curso, realizou coorientação de trabalhos de conclusão a nível de graduação, orientou trabalhos para eventos e foi professora homenageada da XVI Turma de Enfermagem. Em setembro de 2021, com o fim do contrato emergencial, encerrou as atividades como docente na URI-Santiago.

Em outubro de 2021 realizou o curso de Consultoria do Sono Infantil e Instrutora de Shantala e, posteriormente, intensificou suas atividades na rede social, compartilhando seus conhecimentos com a população e realizando consultorias on-line. Ainda, deu continuidade à atividade de assessoria acadêmica, a qual realiza desde 2017 e retornou com o projeto de Startup no Ambiente de Inovação da Universidade Franciscana, com a qual manteve vínculo até 2023.

A implementação do aplicativo foi muito desafiadora, teve custos altos e todo o investimento foi realizado por meios próprios. Na percepção da Lenise, o desconhecimento de alguns métodos iniciais durante a construção do aplicativo foram cruciais para a difícil adesão dele por parte dos usuários. Porém, levá-lo até o mercado, apesar das dificuldades, a ajudou a identificar as falhas iniciais cometidas e perceber outras necessidades da população.

Durante essa trajetória ela se fez presente em incubadoras tecnológicas, participou de eventos, imersões, editais voltados para o empreendedorismo, tecnologia e inovação em saúde. Inserida nesse contexto, compreendeu e aprendeu estratégias de empreender e redirecionou o seu foco para uma área ainda pouco explorada cientificamente no Brasil: a Enfermagem do Sono. A implementação de projetos anteriores ensinou-a que o sucesso de uma tecnologia, seja ela um produto digital ou uma intervenção assistencial, depende da profunda compreensão das necessidades do cliente final.

Desta forma, a presente Tese surge como uma resposta a uma necessidade, o desenvolvimento saudável das crianças e o bem-estar da família por meio da promoção do sono infantil. Utilizando o referencial metodológico *Medical Research Council*, esta investigação buscou não apenas descrever relatos, mas analisar a aplicabilidade do método *pick up and put down*. Sob a luz dos referenciais de Nola Pender (Promoção da Saúde) e Anne Casey (Parceria no Cuidado), esta Tese defende uma abordagem gentil e comportamental para o sono infantil, alinhada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU e à consolidação da autonomia do enfermeiro nesta área de atuação.

Esta Tese está organizada em seis Seções. Inicia com a introdução na qual aborda-se a função do sono para o organismo humano e o sono na infância. Seguida da problematização dos impactos da privação de sono na criança e família, identificação da lacuna na literatura, delimitação da faixa etária, enquadramento das políticas públicas e impactos na sociedade e justificativa, apresentação do objeto de estudo o método *pick up and put down*, finalizando com a Tese que está sendo defendida e a pergunta de pesquisa do estudo. Na sequência, apresenta-se, os objetivos da presente pesquisa.

A sessão seguinte (segunda) trata da revisão de literatura. Nesta aborda-se uma breve contextualização histórica e social da saúde da criança, bem como a criação e implementação de programadas e políticas públicas de atenção à saúde da criança, a importância do sono na infância e o encerramento dessa Seção se dá com a conceitualização do que é promoção da saúde. A terceira Seção aborda o Referencial teórico em que se utilizou o referencial de Nola Pender de Promoção da Saúde. Por compreender que a criança é um ser dependente de cuidados e que os cuidados são prestados, majoritariamente, pela família, cabendo aos profissionais da saúde acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança e fornecer as orientações pertinentes, utilizou-se também o referencial teórico de parceira do cuidado de Anne Casey.

A quarta Seção detalha o percurso metodológico fundamentado no referencial do *Medical Research Council* (MRC) para intervenções complexas. A pesquisa foi operacionalizada em três etapas interdependentes, que resultaram na construção de sete manuscritos, que são apresentados na quinta Seção. A primeira etapa concentrou-se no mapeamento das intervenções não-farmacológicas para o sono infantil. Esta fase resultou em dois manuscritos: um protocolo de revisão de

escopo, elaborado e publicado no periódico Servir, o qual é apresentado em seu formato original de publicação conforme consta no periódico e, o relatório final da revisão em formato de artigo. A segunda etapa refere-se à construção de um estudo qualitativo que buscou conhecer as motivações, barreiras e facilitadores na implementação do método *pick up and put down* por consultores do sono. E a terceira e última etapa foi dedicada à observação do método em cenários reais, demonstrando a sua aplicabilidade e resultou em quatro manuscritos, três relatos de caso e um relato de experiência.

Na sequência, apresenta-se a sexta Seção que se refere as considerações finais da Tese. A sétima e última Seção compreende as Referências, seguido dos Apêndices e Anexos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 24
1.1 OBJETIVOS 28
1.1.1 Objetivo geral 28
1.1.2 Objetivos específicos 28
2 REVISÃO DA LITERATURA 29
2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL DA SAÚDE DA CRIANÇA 29
2.2 PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE DA CRIANÇA 30
2.3 A IMPORTÂNCIA DO SONO PARA A SAÚDE DA CRIANÇA 34
2.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE 37
3 REFERENCIAL TEÓRICO 38
3.1 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER 38
3.2 MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY 42
4 PERCURSO METODOLÓGICO 44
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES 54
5.1 MANUSCRITO 1 - **INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DESTAS PARA A PROMOÇÃO DO SONO INFANTIL EM CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS: UM PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO** 55
5.2 MANUSCRITO 2 - **INTERVENÇÕES EDUCATIVAS E COMPORTAMENTAIS PARA PROMOVER O SONO EM LACTENTES: UMA REVISÃO DE ESCOPO** 67
5.3 MANUSCRITO 3 - **MOTIVAÇÕES DE CONSULTORES DO SONO INFANTIL PARA A UTILIZAÇÃO DO MÉTODO PICK UP AND PUT DOWN: DESAFIOS E IMPACTOS DE SUA IMPLEMENTAÇÃO** 122
5.4 MANUSCRITO – 4 - **INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL BASEADA NO MÉTODO PICK UP AND PUT DOWN: RELATO SOBRE A RESOLUÇÃO DE UM CASO PEDIÁTRICO COMPLEXO** 153
5.5 MANUSCRITO 5 - **PLANO DE INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL FUNDAMENTADO NAS RECOMENDAÇÕES DA ACADEMIA AMERICANA DO**

SONO E NO MÉTODO PICK UP AND PUT DOWN PARA PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DO SONO EM LACTENTE – RELATO DE CASO 165
5.6 MANUSCRITO - **IMPACTO DA DISPONIBILIDADE EMOCIONAL MATERNA NA IMPLEMENTAÇÃO DO MÉTODO PICK UP AND PUT DOWN: RELATO DE CASO** 180
5.7 MANUSCRITO 7 - **ENFERMAGEM DO SONO – UMA PROMISSORA ÁREA DE ATUAÇÃO PARA ENFERMEIROS: RELATO DE EXPERIÊNCIA** 195
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE 206
REFERÊNCIAS 209
APÊNDICES 221
ANEXOS 234

1 INTRODUÇÃO

O sono é um processo fisiológico e uma necessidade humana básica, assim como se alimentar, ingerir água e respirar. As crianças passam boa parte da sua infância dormindo, isso porque é durante o sono que ocorre o equilíbrio do organismo e isso contribui para o pleno desenvolvimento e crescimento infantil. Também, é durante o sono que toda a aprendizagem adquirida ao longo do dia é consolidada (Mindell; Williamson, 2018; Pires *et al.*, 2023).

Para que a criança desenvolva seu máximo potencial, deve ser garantido a ela bem-estar e um ambiente favorável. Considerando que o sono é fator marcante na saúde e bem-estar das crianças, faz-se necessário um olhar cuidadoso a essa necessidade humana, visto que crianças que não dormem bem sofrem impactos no seu desenvolvimento (Mindell; Williamson, 2018; Pires *et al.*, 2023).

Os problemas de sono estão associados a atrasos no desenvolvimento neurocognitivo, emocional, social, físico e na construção de vínculos familiares (Bayes; Bullock, 2019; Beebe, 2011; Mason *et al.*, 2021; Turnbull; Reid; Morton, 2013; Williams *et al.*, 2017). Além disso, as queixas principais das famílias com relação ao sono infantil perpassam pela dificuldade de adormecer/manter o sono, associações para o início do sono e despertares noturnos. Crianças privadas de sono podem apresentar dificuldade de aprendizagem e memorização, irritabilidade, hiperatividade, impulsividade, problemas de atenção e labilidade emocional (Erath *et al.*, 2015; Fallone *et al.*, 2005; Mason *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2016). Além dessas alterações, a privação de sono na infância pode acarretar em um atraso no crescimento. Isso porque é durante a primeira hora de sono que é sintetizado e liberado o Hormônio do Crescimento Humano ou *Growth Hormone* (GH) (Lampl; Johnson, 2011; Santos *et al.*, 2016; Takahashi; Kipnis; Daughaday, 1968).

Os impactos da má qualidade do sono durante a primeira infância também podem gerar problemas na saúde mental a longo prazo. Achados recentes evidenciaram associação entre a curta duração de sono em crianças com psicoses na idade adulta, predisposição ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno do Espectro Autista (Huhdanpää *et al.*, 2019; Morales-Muñoz *et al.*, 2023; Morales-Muñoz *et al.*, 2024).

Além dos impactos diretos que a privação do sono gera na saúde da criança, esses se estendem à saúde da família. A privação crônica do sono eleva os níveis

de cortisol e reduz a testosterona, cujas alterações hormonais estão correlacionadas a predisposição do indivíduo a desenvolver depressão, ansiedade, hipertensão, obesidade e diabetes tipo II (Hanson; Huecker, 2023). Na saúde materna observa-se uma relação bidirecional entre a má qualidade do sono e a depressão pós-parto até 12 meses após o nascimento da criança (Iranpour *et al.*, 2016; Khadka; Hong; Chang, 2020; McEvoy *et al.*, 2019). Além disso, distúrbios do sono em lactentes estão associados a consequências na saúde da família, como fadiga, estresse psicológico e prejuízos na saúde geral e mental (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021).

Em decorrência dos impactos na saúde materna e infantil, a Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam que sejam incluídas orientações para a promoção da saúde do sono infantil nas consultas de puericultura (American Academy of Pediatrics, 2008; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021). Entre as orientações que a família[1] precisa receber está a média e variação de horas de sono, despertares noturnos, higiene do sono, número de sonecas diárias, duração das sonecas de acordo com a idade da criança e local ideal para a criança dormir (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2021). Os profissionais de saúde, também, são encorajados a recomendar quanto a posição e ambiente seguro do sono, a fim de reduzir os riscos da Síndrome da Morte Súbita Infantil (SMSI) no primeiro ano de vida (Moon *et al.*, 2016).

A importância do sono para o desenvolvimento infantil e o bem-estar familiar contrastam com a limitada replicabilidade das intervenções não farmacológicas existentes para a promoção do sono. Este estudo visa suprir esta lacuna por meio da avaliação de uma intervenção comportamental adaptável no contexto da atenção primária. A justificativa para essa abordagem reside na necessidade de educação em saúde do sono das famílias, que frequentemente apresentam desconhecimento sobre a duração recomendada de sono, rotinas e hábitos saudáveis (Hirshkowitz *et al.*, 2015; Williamson *et al.*, 2020). Além disso, o profissional de saúde da atenção primária que acompanham a saúde infantil, reconhecem a relevância do tema, mas demandam mais recursos e estratégias para orientar adequadamente as famílias (Williamson *et al.*, 2020).

[1] Nesta tese utilizar-se-á o termo família para se referir a todo indivíduo que cuida da criança. Visto que esse estudo se fundamenta no Modelo de Parceria do Cuidado de Anne Casey. De acordo com Casey, família é todo indivíduo que cuida e supre as necessidades da criança e que, prioritariamente, essa responsabilidade é ocupada pelos pais.

Acredita-se que uma intervenção comportamental do sono infantil adaptada à realidade familiar possui um potencial significativo de escalabilidade e impacto na saúde pública. Ao considerar a flexibilidade na implementação, com ajustes ao ambiente da criança e priorizando o empoderamento familiar, pode-se superar as barreiras identificadas em estudos anteriores e aumentar o engajamento das famílias (Kazdin; Whitley, 2003; Kendall *et al.*, 2008). Dada a escassez de intervenções eficazes e replicáveis, especialmente para famílias de menor nível socioeconômico (Schwichtenberg *et al.*, 2019), esta pesquisa se torna crucial para fornecer uma base de evidências para a implementação de estratégias de promoção do sono infantil que pode ser integrada de forma rotineira nos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e do desenvolvimento saudável das crianças.

Nesse contexto, surge o método *pick up and put down*, uma intervenção comportamental gentil que visa auxiliar as crianças a desenvolverem a capacidade de adormecerem de forma autônoma. A técnica, descrita por Tracy Hogg, envolve o conforto responsivo da criança ao ser pega no colo quando chora e, após a calma ser reestabelecida, imediatamente ser colocada no berço, sendo esse processo repetido quantas vezes forem necessárias. Esse método busca oferecer segurança e previsibilidade à criança, enquanto gradualmente a ensina a se autorregular. Consequentemente, o método desassocia maneiras antigas de iniciar o sono (mamadeira, amamentação, balanço, passeio de carro, colo do adulto) e estabelece a associação do ambiente de sono a um local seguro e tranquilo, facilitando o adormecer independente da permanência constante da família (Hogg; Blau, 2006).

Diante do exposto, com o desenvolvimento deste estudo defende-se a seguinte Tese: “O método *pick up and put down* é uma intervenção comportamental gentil que melhora a duração de sono e promove a autonomia de sono na criança. Atua como uma estratégia de baixo custo e com potencial de replicabilidade para o manejo de problemas de sono comportamentais em crianças pequenas”. Nessa direção, por meio dessa Tese, buscou-se responder a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a contribuição do método *pick up and put down* nos problemas de sono de crianças de zero a dois anos de idade?"

Para fundamentar esta Tese, considerou-se o referencial teórico de Nola Pender e Anne Casey como complementares, sendo a integração destes necessária para uma abordagem multidimensional para a promoção do sono infantil. Diante

disso, o Modelo de Promoção da Saúde de Pender fundamenta a análise das variáveis determinantes do comportamento de saúde, permitindo compreender as motivações, barreiras e a autoeficácia da família na adoção de novos hábitos. Concomitante, o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey sustenta a prática no cuidado centrado na criança e na família, delimitando a parceria entre enfermeiro e família no ambiente doméstico. O encontro dessas teorias possibilita uma sustentação teórica robusta, que une o comportamento de saúde à aplicação prática do cuidado colaborativo, essencial para a implementação de intervenções no sono.

A escolha pela faixa etária de zero a dois anos foi cientificamente embasada, sendo este período representado por uma janela de oportunidade para o desenvolvimento saudável. Durante este período, a arquitetura do sono infantil passa por significativas transformações, concomitante à rápida plasticidade cerebral e ao crescimento neurobiológico, com a consolidação do sono impactando positivamente a memória, linguagem, funções executivas e regulação emocional (Lenehan *et al.*, 2023). Reconhecendo essa importância, diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelecem recomendações específicas de horas de sono para crianças pequenas, visando prevenir a obesidade infantil e promover o bem-estar mental (World Health Organization, 2019). No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde por meio da Política Nacional Integrada da Primeira Infância (Decreto nº 12.574/2025) reforça a prioridade da assistência integral à saúde da criança, incluindo o sono, nos primeiros 1.000 dias de vida (Brasil, 2025b).

O desenvolvimento deste estudo traz contribuições e subsídios valiosos para a promoção do sono infantil de crianças e com isso favorecer o pleno desenvolvimento e crescimento destas, bem como o bem-estar geral das famílias que sofrem com a privação de sono. Diante disso, este estudo alinha-se com a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas, especificamente com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: Saúde e bem-estar. Ao propor avaliar uma intervenção comportamental para a promoção do sono infantil no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a Tese contribui para a meta de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as idades. A melhoria na qualidade do sono infantil, por meio de uma estratégia de baixo custo e com potencial de replicabilidade, representa um avanço na promoção da saúde e no fortalecimento do suporte familiar, pilares essenciais para o alcance dos objetivos globais de desenvolvimento e um direito fundamental da criança.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar a aplicabilidade do método *pick up and put down* como intervenção comportamental na promoção do sono infantil

1.1.2 Objetivos específicos

Definiram-se ainda os seguintes objetivos específicos:

- Mapear as intervenções não farmacológicas para promoção do sono infantil existentes e disponíveis para a orientação de famílias.
- Mapear os instrumentos disponíveis e usados na avaliação da eficácia de intervenções não farmacológicas para a promoção do sono infantil.
- Descrever as motivações de consultores do sono infantil para a utilização do método *pick up and put down* e os desafios e impactos de sua implementação.
- Relatar casos de crianças com problemas de sono, detalhando a implementação do método *pick up and put down* por sua família e os desfechos no sono infantil.
- Relatar a experiência autônoma do enfermeiro na consultoria do sono infantil e articulá-la com achados de uma revisão de escopo para demonstrar a expansão do campo de atuação profissional.

.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta Seção abordar-se-á a contextualização histórica e social da saúde da criança; Programas e políticas públicas voltadas à saúde da criança; A importância do sono para a saúde da criança. A construção desta seção está sustentada em artigos científicos, livros, páginas e documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americada da Saúde, American *Academy Pediatrics*, *American Academy of Sleep Medicine*, *National Sleep Foundation* e Academia Brasileira do Sono.

2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL DA SAÚDE DA CRIANÇA

O contexto histórico-social da criança é marcado pela ausência da significância de ser criança. A evolução da representatividade da criança perpassa diferentes momentos na história. A descoberta da infância inicia-se com as pinturas medievais, por volta do século XII, quando os artistas distinguem a criança do adulto por seu tamanho. As pinturas dessa época retratam a criança como um “adulto em miniatura”. Acredita-se que esta representatividade, não seja pela ausência de habilidades e competências artísticas, mas pela ausência de lugar da infância no mundo (Ariès, 2011).

Entre os séculos XIII e XVI, a criança começa a ser representada e notada pelos adultos/pintores da época, por meio da figura do menino Jesus, despida, como anjo, ou na figura morta, no colo ou de mãos dadas com a mãe. Entretanto, ao aparecer nas pinturas percebe-se que sua inserção na sociedade está em acompanhar os adultos no seu cotidiano, jogos e trabalho e que o seu protagonismo pode, apenas ser, devido a sua graciosidade diante da multidão (Ariès, 2011).

A insensibilidade presente na sociedade contemporânea com relação ao embrião e feto perpassa por esse contexto histórico de como a sociedade percebia a criança. As famílias não construíam sentimentos com a criança, a criança não era digna de ser lembrada, até porque muitas não sobreviviam e morriam antes dos sete anos. A morte de uma criança na época era acompanhada de tristeza, porém, por ser vista como uma perda eventual, muitas famílias “não se apegavam” (Araújo *et al.*, 2014).

O século XVIII é marcado pelo abandono das crianças nas rodas dos enjeitados ou rodas dos expostos. Esse abandono ocorria devido a extrema pobreza das famílias, ao nascimento de um filho fora do casamento, a morte ou adoecimento dos pais ou porque as escravas precisavam amamentar o filho das famílias de elite. Entretanto, as condições de saúde e cuidado infantil permaneciam precários, o que favorecia o adoecimento e morte das crianças (Araújo *et al.*, 2014; Ariès, 2011).

O adoecimento infantil e, consequentemente, a mortalidade, ocorriam devido a diversos fatores, entre eles a má nutrição e higiene, falta de saneamento básico, vestimentas inapropriadas para a idade e a ausência ou a procura tardia por assistência médica. As instituições que acolhiam as crianças abandonadas buscavam oferecer o melhor em abrigo e alimentação. As crianças menores eram entregues e amamentadas pelas chamadas “amas de leite”, contudo, essas mulheres viviam em condições precárias de higiene e instalações, o que favorecia o adoecimento dessas crianças (Araújo *et al.*, 2014).

Esse contexto de abandono das crianças brasileiras, dividiu-se em três fases: Caritativa, meados do século XIX; Filantrópica, até a década de 1960 e; Estado de Bem, últimas décadas do século XX. Durante esse período histórico até o século XX, nem o Estado e nem a igreja assumiram a responsabilidade pelas crianças abandonadas. Esta época foi marcada pelo alto índice de mortalidade infantil (MI) e a família pouco entendia qual era seu papel no cuidado à criança (Araújo *et al.*, 2014).

2.2 PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE DA CRIANÇA

Para combater a mortalidade infantil foram desenvolvidas estratégias e ações ao longo dos anos, sendo criado, em 1975, o primeiro programa de atenção à saúde, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujo objetivo era reduzir a morbimortalidade da mulher e da criança (Brasil, 2011). Porém, essas ações eram preventivas e desconsideravam a diversidade regional do país. Com o índice de mortalidade infantil se mantendo alto (113/1000 nascidos vivos), buscou-se em 1980, por uma assistência integral à saúde da criança, que considerou o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de todas as crianças. Então, o Ministério da Saúde criou em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da

Mulher e da Criança (PAISMC), que tinha como objetivo melhorar as condições de saúde da mulher e da criança (Brasil, 2011; Araújo *et al*., 2014).

Considerando a complexidade da assistência à saúde da mulher e da criança, a partir de 1984, divide-se o PAISMC em dois programas, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Entre os objetivos do PAISC estava a promoção da saúde das crianças de forma integral, sendo priorizadas as crianças que pertenciam aos grupos de risco, bem como a qualificação da assistência e o aumento da cobertura de saúde (Brasil, 2011).

Num contexto geral, as décadas de 1980 e 1990 tornam-se marcantes na história de saúde pública brasileira, pois durante esse período ocorreram importantes transformações no modelo de saúde que contribuem com a saúde da criança (Brasil, 2011). Destaca-se que estas transformações no modelo de saúde ocorreram a partir da Constituição Brasileira de 1988 e das Leis Orgânicas nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, bem como com a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 e da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.

Com o ECA (Brasil, 1990) a criança passa a ser um sujeito de direito, sendo

> dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 1990, p.1).

A assistência à saúde da criança passa a se fortalecer com a implementação em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994 com o Programa de Saúde da Família (PSF), ampliado posteriormente para Estratégia de Saúde da Família (ESF). Estes dois programas reestruturaram os serviços de saúde e direcionaram a assistência para a promoção da saúde e participação comunitária. Concomitante, foi instituído o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência ao parto e ao recém-nascido, criar as instalações de alojamento conjunto e incentivar o aleitamento materno (Brasil, 2011).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi lançada em 1991 pela OMS e UNICEF em resposta à Declaração de *Innocentti* (UNICEF, 2008). Continuamente, com o propósito de incentivar, promover, proteger e apoiar o aleitamento materno e uma assistência humanizada à criança, a partir 1992, o Ministério da Saúde brasileiro juntamente com o UNICEF certificam na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) hospitais públicos e privados que cumprem os "Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" em 1992, o Cuidado Amigo da Mulher ainda não fazia parte como critério, passando a ser em 2014, por meio da Portaria nº.1153, e outros requisitos. A IHAC teve e tem importantes repercussões na assistência materno-infantil, pois oportuniza a autonomia da mãe e seu filho durante o parto e aleitamento materno, assim como contribui para a redução de doenças e somente entre os anos de 1990 e 2014 reduziu 80% da mortalidade de crianças menores de cinco anos (Brasil, 2011; 2022b; 2022d).

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento com o propósito de desenvolver ações de prevenção, promoção e assistência à saúde da gestante e recém-nascido e a Norma de Orientação para a Implementação do Método Canguru. O Método Canguru é um modelo de atenção perinatal, com intervenções biopsicosocioespirituais que favorece o cuidado ao recém-nascido e à sua família (Brasil, 2011; 2017).

Entre 2000 e 2015, foram implementadas muitas ações e programas de assistência à saúde da criança, destacando-se o Programa Nacional de Triagem Neonatal, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a disponibilização gratuita da Caderneta da Criança, os calendários de vacinação e o Programa Saúde na Escola. Também, foi instituída a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas, com o objetivo de priorizar o cuidado integral à saúde e enfatizar a qualidade de vida das crianças e a Rede Cegonha. A Rede Cegonha tinha um foco abrangente na saúde da mulher, assegurando à mulher o planejamento reprodutivo, atenção humanização na gestação, parto e pós-parto, bem como ações de atenção integral à saúde da criança de zero a 24 meses, garantindo a redução da mortalidade infantil e o desenvolvimento saudável desde o início da vida (Brasil, 2011, Justino *et al.*, 2019).

Em 2015, instituiu-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com o propósito de

> promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (Brasil, 2015, p.3).

Com a criação dessas e outras estratégias, o Brasil em 2011, conseguiu atingir as metas de redução do índice de mortalidade infantil propostas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), atingindo o índice de 16/1000 nascidos vivos e reduzindo em dois terços a mortalidade de crianças menores de cinco anos até 2015 (Roma, 2019).

Entretanto, em janeiro de 2016 entrou em vigor a “Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável”, constituída de 17 objetivos, sendo o terceiro objetivo – Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Entre as metas do terceiro objetivo dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estão acabar com as mortes por causas evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos e reduzir a mortalidade neonatal a 12/1000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de cinco anos para 25/1000 nascidos vivos (Marinho *et al*., 2020).

Com a instituição dos ODS, o governo brasileiro precisou desenvolver estratégias para atingi-los. À vista disso, foi implementada a Lei nº 13.257 de 8 de março de 2016 do Marco Legal da Primeira Infância, que estabelece princípios e diretrizes para a formulação e implementação de políticas públicas para a primeira infância, enfatizando a promoção do desenvolvimento infantil (Brasil, 2016). Em 2019 foi disponibilizado o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos com o objetivo de promover a saúde, o crescimento e desenvolvimento das crianças para que elas atinjam o seu máximo potencial (Brasil, 2019).

De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2021, da Secretaria de Vigilância em Saúde, a taxa de mortalidade infantil tem se mantido desde 2017 em torno de 13,3/1000 nascidos vivos. Apesar do avanço na redução da mortalidade infantil, ainda são necessárias estratégias para atingir índices mais baixos e enfrentar as diferenças regionais (Brasil, 2021).

Sendo assim, em 2022, por meio da Portaria GM/MS Nº 715, de 4 de abril de 2022 foi instituída a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Entre os objetivos da RAMI, estava assegurar ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável até os 24

meses. Porém, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS Nº 13, de 13 de janeiro de 2023, revogou a Portaria GM/MS Nº 715 que instituiu a RAMI, retomando o vigor da Rede Cegonha (Brasil, 2022c, 2023).

Em 2024 a Rede Cegonha foi substituída pela Rede Alyne e essa mudança visa aprimorar o acesso aos serviços de saúde para gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças, fortalecer a atenção primária e promover a integração eficaz dos diversos níveis de atenção à saúde. Ainda, renova-se o compromisso com a humanização do parto e no acompanhamento integral da mulher no ciclo gravídico-puerperal e propõem-se aprimoramentos que impactam diretamente a saúde das gestantes, parturientes, puérperas e crianças. Um dos avanços significativos da Rede Alyne é o fomento e custeio do Ambulatório de Seguimento do Recém-Nascido e da Criança (A-SEG) que visa preencher uma lacuna vital, oferecendo acompanhamento multiprofissional especializado para crianças de alto risco, especialmente, aquelas egressas de unidades neonatais intensivas, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e promover o desenvolvimento saudável em todas as suas dimensões - cognitiva, motora, sensorial e de linguagem, garantindo um suporte contínuo e integrado à criança e sua família (Brasil, 2024b).

Ainda em 2024, a Portaria GM/MS Nº 5.427, de 2 de outubro de 2024, ao instituir o Comitê Nacional de Amamentação (CNAM) e o Programa Nacional de Promoção, Proteção e Apoio à Amamentação, reforçou o compromisso do Ministério da Saúde com a saúde e o bem-estar da díade mãe-bebê (Brasil, 2024a). Complementarmente, a Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPI) instituída pelo Decreto nº 12.574, de 5 de agosto de 2025, visa a articulação de diferentes instâncias para garantir a proteção, o desenvolvimento integral e o pleno exercício dos direitos das crianças de zero a seis anos (Brasil, 2025b). Avançando no processo de articulação a Lei nº 15.220, de 26 de setembro de 2025, alterou o Marco Legal da Primeira Infância para criar o Sistema Nacional de Informação sobre o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância. Esse sistema, ao ser implementado em articulação com os entes federados, integrará bancos de dados das áreas de saúde, educação, assistência social e proteção (Brasil, 2025a).

2.3 A IMPORTÂNCIA DO SONO PARA A SAÚDE DA CRIANÇA

O sono é considerado uma necessidade humana básica, visto que ao dormir o ser humano passa por uma série de acontecimentos que contribuem para o equilíbrio do organismo e da saúde. A saúde do sono em crianças é fundamental para o bom desenvolvimento cognitivo, emocional, físico e social (Buysse, 2014; Ramar *et al*., 2021).

A privação de sono está associada a diversas alterações metabólicas, cardiovascular, cerebrovascular que podem levar a doenças como obesidade, diabetes, câncer e até a morte. Sendo assim, melhorar a qualidade do sono de pessoas que dormem menos horas à noite está associado aos benefícios para a saúde. Melhorar o sono noturno requer cuidar da duração do sono, regularidade, tempo de sono, distúrbios de sono e boa qualidade, considerado sempre, as necessidades individuais da pessoa (Sletten *et al.,* 2023; Ramar *et al*., 2021; Watson *et al*., 2015; Luyster *et al*., 2012).

A fisiologia do sono é estruturada e foi identificado que este se divide em duas fases: Rapid Eye Movement (REM) (movimentos oculares rápidos) e o Non Rapid Eye Movement (NREM) (movimentos não rápidos dos olhos), sendo este último divido em três estágios: sono superficial (N1), sono (N2) e sono profundo (N3). Nos bebês nomeia-se o REM como sono ativo e o NREM como sono passivo. O sono infantil se difere do sono do adulto no que tange a vulnerabilidade para despertares noturnos, estando associado os despertares as necessidades das crianças como fome, colo ou frio (Mindell; Owens, 2015).

Brazelton (2021) também identificou seis estados de sono no recém-nascido:

- Sono profundo: onde ocorrem os sonhos;
- Sono ligeiro: ocorre ligeira agitação;
- Estado indeterminado: apresenta interação parcial com o ambiente;
- Vigília total: acordado e interagindo com o ambiente;
- Agitado: ocorre após o estado de vigília total. Nesse estado observa-se movimentos desordenados do recém-nascido;
- Choro: recém-nascido apresenta movimentos bruscos e cansaço, exigindo atenção redobrada da família.

Os ciclos do sono do recém-nascido são indiferentes ao meio ambiente, ou seja, não há organização circadiana. O ciclo circadiano progressivamente se estabelece a partir dos três meses de vida da criança, onde observa-se que a

criança começa a dormir mais tempo à noite do que durante o dia. Isto é, um recém-nascido que dormia entre 16 a 18 horas em 24 horas, aos três meses de idade dorme em torno de 14 horas por dia e conforme vai crescendo, esse tempo total de sono vai diminuindo durante a infância (Choudhury *et al*., 2020; Sheldon *et al*., 2014; Rana *et al*., 2019; Gonilha, 2023).

A *National Sleep Foundation* (2020) publicou um consenso apresentando as recomendações sobre a duração de sono ideal para cada faixa etária, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Recomendações de duração do sono ideal conforme a faixa etária

FAIXA ETÁRIA	HORAS DE SONO IDEAL
De 0 a 3 meses	14-17
De 4 a 12 meses	12-15
De 1 a 2 anos	11-14
De 3 a 5 anos	10-13
De 6 a 13 anos	9-11

Fonte: *National Sleep Foundation* (2020).

A recomendação das horas ideais de sono é uma ferramenta fundamental na implementação de intervenções de promoção da saúde e políticas sobre o comportamento saudável do sono. Isso porque cada vez mais estudos vêm sendo realizados para promover a saúde do sono infantil. Alguns fatores influenciam na qualidade do sono infantil entre eles os biológicos, os ambientais e os comportamentais, conforme segue na sequência.

- Fatores ambientais:

A Academia Americana de Pediatria (AAP), com o intuito de prevenir a Síndrome da Morte Súbita Infantil (SMSI) publicou recomendações para um sono seguro. As recomendações incluem, que a criança seja colocada em posição supina para dormir, em uma superfície firme, plana e não inclinada. A criança deve dormir em quarto compartilhado, em cama não compartilhada, preferencialmente, até os seis meses de idade. Deve ser evitado o uso de objetos macios e roupas soltas no ambiente do sono. Além disso, reforça que a amamentação materna seja realizada, pois ajuda a reduzir os riscos de SMSI. Também, todas as crianças devem ser imunizadas e manter distanciamento de pessoas fumantes como forma de proteção contra a SMSI (American Academy of Pediatrics, 2022).

Portanto, o ambiente de sono seguro é fundamental para a redução da SMSI. Porém, somente o ambiente não é suficiente para assegurar a melhora do sono infantil, pois a criação de rotinas também está associada aos benefícios à saúde das crianças. Estudos observaram que rotinas noturnas melhoraram a eficiência do sono e, consequentemente, a regulação emocional e comportamental infantil, o funcionamento cognitivo e contribuiu no desenvolvimento da linguagem (Lobermeier *et al*., 2022; Bahadur *et al*., 2021; Mindell; Williamson, 2018; Hale et al. 2011). Ainda, a higiene do sono foi relacionada à diminuição de doenças na infância. Também, observou-se benefícios na saúde dos familiares como a redução de estresse e depressão (Covington *et al*., 2019, Mindell; Williamson, 2018).

- Fatores comportamentais:

A má qualidade e a curta duração do sono noturno estão associadas às consequências à saúde da criança, a saber, maior propensão à obesidade, dificuldade de aprendizagem, baixa imunidade, baixo desempenho escolar (Xiu *et al*., 2020; Mindell; Williamson, 2018).

2.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Após a Segunda Guerra Mundial, surgiu um dos primeiros conceitos em saúde, formulados pela Organização Mundial da Saúde (1946, s.p.), o qual diz-se que: “Saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”. Na época, esse era um conceito ampliado de saúde, pois considerava que ter saúde não era apenas a ausência de doença. Entretanto, a ideia de “completo estado” imprimia um “objetivo ilusório”, impossível de ser alcançado (Neves, 2021).

Sendo assim, no final do século XX, ampliou-se o conceito de saúde, envolvendo aspectos culturais/espirituais. Um importante avanço na saúde, marcado pela Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 1986, que definiu a promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Ottawa, 1986, s.p.). Acrescenta ainda que, a saúde engloba o bem-estar e não apenas o estilo de vida.

Assim, a promoção da saúde configura-se como um conjunto de estratégias que objetivam melhorar a qualidade de vida individual ou coletiva. Na saúde infantil, promover a saúde das crianças caracteriza-se por ações integrais e integradas de cuidado à saúde que visam atender as necessidades básicas em saúde e a criação de oportunidades para que as crianças alcancem seu pleno potencial (Brasil, 2014; 2015).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Nessa direção, adotou-se como referencial teórico para fundamentar o presente estudo o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender, criado em 1982 e atualizado pelos autores em 2021 e o Modelo de Parceria de Cuidados (MPC) de Anne Casey de 1988, apresentados, respectivamente, a seguir.

3.1 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

O MPS foi criado por Nola J. Pender na década de 1980. Nola Pender nasceu em 1941, possui graduação em Enfermagem, é doutora e professora emérita da Escola de Enfermagem na Universidade de Michigan. Sua teoria é utilizada internacionalmente em pesquisas, educação e práticas de Enfermagem (Gonzalo, 2023).

O MPS subsidia os enfermeiros a identificarem os fatores predisponentes a uma melhor qualidade de vida e encorajarem o indivíduo a desenvolver hábitos promotores de saúde (Pender; Murdaugh; Parsons, 2011). Esse modelo integra três componentes principais (Figura 1), são eles:

- Características e Experiências Individuais: comportamentos anteriores, fatores pessoais (biológicos, psicológicos, socioculturais) e características gerais do indivíduo (raça, etnia, idade, personalidade e socioeconômicos). Reconhece que cada pessoa possui histórico, comportamento prévio e características biológicas/sociais únicas que influenciam ações futuras.

- Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar: inclui perceber os benefícios da ação, percebe as consequências das ações positivas ou reforça-as para a adoção de comportamento saudável; perceber

barreiras para a ação, os bloqueios para adesão de comportamento saudável; perceber autoeficácia, autoconfiança e julgamento da capacidade de organizar e executar um comportamento saudável de sucesso; sentimento em relação ao comportamento, observa os sentimentos e emoções provenientes antes, durante ou após um comportamento saudável; influências interpessoais, percebe se há ou não influencia social em um comportamento saudável e; influências situacionais, percebe se há ou não interferência do ambiente na realização de um comportamento saudável. Refere-se à percepção de benefícios, barreiras, autoeficácia e o afeto relacionado ao comportamento desejado.

- Resultado do comportamento (**Comportamento de Promoção da Saúde):** estado de compromisso com o plano de ação e adoção de comportamentos promotores da saúde.

Os pressupostos do MPS consideram a pessoa, o ambiente, a enfermagem, a saúde e a doença. Percebe a *pessoa* como um organismo biopsicossocial que se adapta parcialmente ao ambiente, bem como a capacidade de criar um ambiente para desenvolver seu potencial; o *ambiente* é o cenário físico, social e cultural onde a vida se desenvolve; a *enfermagem* caracteriza-se como facilitadora de ações promotoras da saúde junto ao indivíduo, família e comunidade; a *saúde* refere-se ao atingimento do potencial humano, por intermédio de relacionamentos satisfatórios, comportamentos e autocuidado e; a *doença* seja aguda ou crônica, apresenta-se como o desafio para a adesão aos comportamentos saudáveis (Pender; Murdaugh; Parsons, 2011).

Considerando os pressupostos desse modelo e o papel do enfermeiro como educador em saúde, este deve oportunizar que a criança atinja o seu máximo potencial em saúde. E, isso será possível, com o desenvolvimento de estratégias em conjunto com a família e a criança (Murdaugh; Parsons; Pender, 2018).

A Figura 1 permite a visualização da interdependência entre os componentes do MPS, evidenciando que o comportamento de promoção da saúde não é um evento isolado, mas o desfecho de um processo dinâmico. No centro desse dinamismo, situam-se as Cognições e Afetos Específicos ao Comportamento, que constituem a principal fonte de motivação para a mudança. No contexto do sono infantil, esses construtos representam a subjetividade da família diante das práticas de cuidado, onde o enfermeiro atua como mediador. A seguir, detalham-se os conceitos fundamentais desse núcleo motivacional, explorando como a percepção

de benefícios, barreiras, autoeficácia e o afeto à Ação moldam a prontidão parental para a implementação de novos hábitos (Pender; Murdaugh; Parsons, 2011).

- Percepção de Benefícios à Ação: configura-se como construtos cognitivos que representam as consequências reforçadoras de um comportamento, atuando como mediadores centrais no nível de comprometimento do indivíduo. Baseando-se na teoria da expectativa-valor, essas percepções oriundas de experiências diretas ou observacionais direcionam o investimento de recursos pessoais em condutas de alta probabilidade resolutiva. Os benefícios podem ser extrínsecos (recompensas sociais ou materiais) determinantes na fase de adesão inicial ou, intrínsecos (como a percepção de vitalidade e autoimagem) são preditores da sustentabilidade do hábito a longo prazo. A crença na eficácia da intervenção é necessária, mesmo não sendo exclusiva para o comprometimento de um comportamento promotor da saúde.

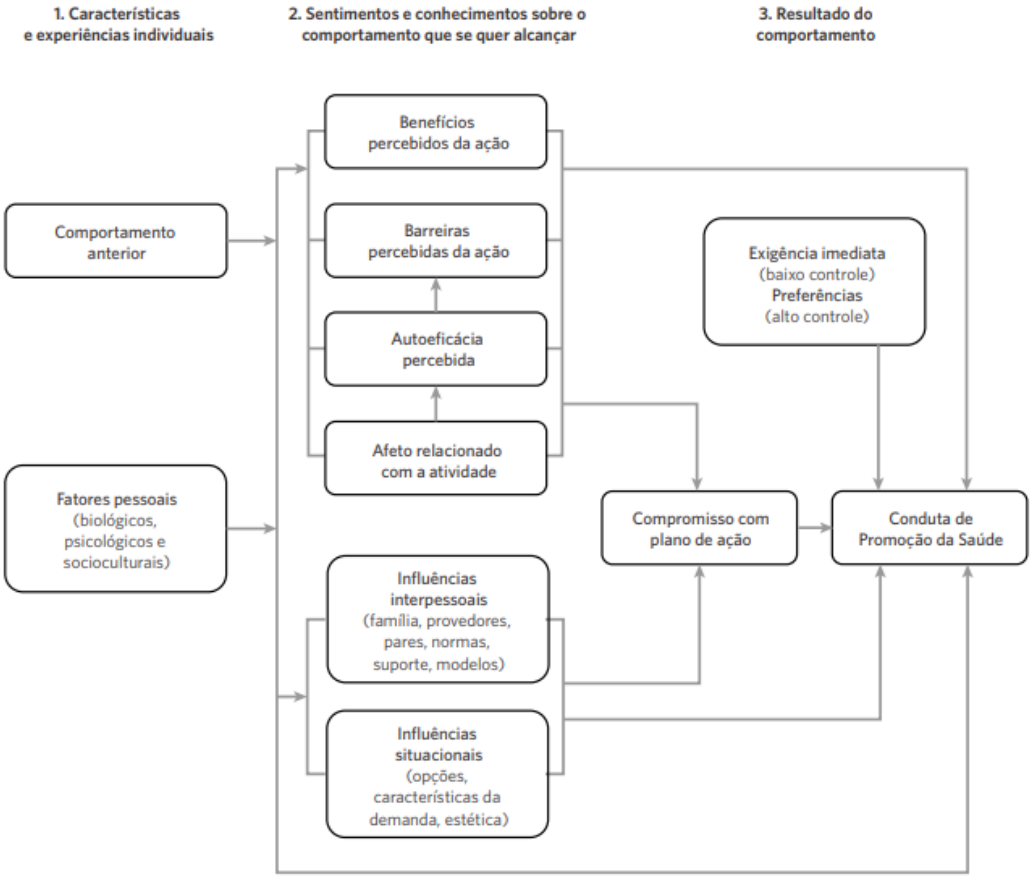
- Percepção de Barreiras à Ação: as barreiras são vistas como bloqueios mentais, obstáculos e custos pessoais associados à adoção de um determinado comportamento. Portanto, antes mesmo de tentar mudar, a antecipação de dificuldades já reduz a intenção de agir. No manejo do sono infantil, estas barreiras manifestam-se frequentemente como o cansaço acumulado da família, o medo em relação a que o choro da criança indique sofrimento desamparado. Na perspectiva de Pender, essas percepções atuam como bloqueadores diretos que competem com a motivação. Portanto, a clareza sobre as barreiras permite ao enfermeiro mediar intervenções que minimizem o custo percebido pela família em relação ao esforço necessário para a mudança de hábito.

- Autoeficácia Percebida: é o julgamento da própria capacidade em organizar e executar as ações necessárias para atingir um resultado de saúde. Para a família que está com problemas com o sono infantil, a autoeficácia refere-se à confiança da família em sua habilidade de aplicar as orientações de manejo de forma consistente e responsiva. Conforme o MPS, quanto maior a percepção de autoeficácia, menor será a força atribuída às barreiras e maior será a persistência diante de episódios de resistência da criança. A construção dessa confiança é fundamental na educação em saúde, visto que o empoderamento parental é o que sustenta a manutenção do comportamento em longo prazo.

- Cognições e Afetos Específicos do Comportamento: Este conceito engloba as reações emocionais subjetivas que ocorrem antes, durante e após o comportamento de saúde. No contexto do cuidado infantil, o afeto está intrinsecamente ligado à

qualidade do vínculo e à percepção de segurança durante o processo de adormecer. Se a família percebe a intervenção como um momento de acolhimento e conexão, o afeto positivo resultante fortalece a autoeficácia e o compromisso com a saúde. Por outro lado, afetos negativos, como culpa ou ansiedade extrema, podem comprometer a continuidade da prática. Pender defende que comportamentos associados a afetos positivos tendem a ser repetidos e integrados ao estilo de vida da família.

Figura 1 – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (traduzido).



Fonte: Pender; Murdaugh; Parsons, 2011.

Sendo assim, a adesão a uma intervenção para o sono infantil transcende o acesso à informação em saúde. Estando o sucesso da intervenção intrinsecamente ligado ao equilíbrio dinâmico entre benefícios e barreiras, mediado pela autoeficácia e pelas respostas afetivas. Sob a ótica do MPS, o enfermeiro assume o papel estratégico de facilitador, atuando na desconstrução de barreiras e no fortalecimento da autoeficácia parental. Nesse sentido, o profissional pode desenhar estratégias de educação em saúde mais assertivas e humanizadas, transformando o manejo do sono em um comportamento sustentável, capaz de promover não apenas o sono da

criança, mas a qualidade de vida e o bem-estar de toda a família (Pender; Murdaugh; Parsons, 2011).

3.2 MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY

A criança nasce com total imaturidade para o autocuidado, estando dependente dos cuidados de terceiros. Esse ser humano responsável pelos seus cuidados precisa estar disponível para atender e reconhecer as necessidades físicas e emocionais dessa criança, caso contrário, colocará em risco a sua sobrevivência (Ferrari; Ribeiro, 2020).

Para a teórica Anne Casey, a família é a principal cuidadora da criança, sendo o enfermeiro o agente educador e apoiador dos cuidados (Casey, 1993; Farrel, 1994). Dessa maneira, cabe ao enfermeiro capacitar a família, para que ela consiga identificar e atender as necessidades da criança.

Anne Casey é uma enfermeira inglesa que durante a sua atuação profissional na unidade de oncologia do *Hospital Great Ormond Street*, em Londres, desenvolveu um modelo de cuidado de Enfermagem, conhecido como Modelo de Enfermagem de Casey. Este Modelo de Enfermagem desenvolvido por Casey em 1988, foi um dos primeiros na área da saúde infantil e, destaca-se por referenciar a importância de o cuidado à criança ser compartilhado entre profissional da saúde e a família (Monteiro, 2003).

Para esta teórica, a participação da família nos cuidados à criança diminui os medos, angústias e o estresse, proporcionando um espaço onde a criança desenvolva a autoconfiança e aperfeiçoamento de suas competências e habilidades. Ainda, a família é o elo do cuidado entre a criança e os profissionais de saúde. Ressalta-se, no entanto, que os membros da equipe de saúde necessitam reconhecer e identificar as potencialidades e aptidões da família, para que possam integrá-la de forma adequada nos cuidados à criança (Carneiro, 2010).

O princípio do modelo de parceria de cuidados diz que a relação criança-família-ambiente influencia no crescimento e desenvolvimento saudável. Nesse pressuposto, necessita-se que a família esteja empoderada acerca dos cuidados a serem prestados à criança. Ou seja, que ela tenha previamente desenvolvido competências e habilidades para tal evento mediado pelo profissional da saúde/enfermeiro. Reforça-se que, cabe ao profissional, no momento da educação

em saúde, considerar as necessidades individuais da criança e a singularidade de cada família (Carneiro, 2010; Pinto; Figueiredo, 1995).

No seu modelo, para além dos quatro conceitos basilares da enfermagem (Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermeiro/Cuidados de Enfermagem), Casey identificou mais um: a *criança*, e estabeleceu que o "indivíduo" é a *família*. Após a fase inicial de total dependência da família para sobreviver, e com crescimento e desenvolvimento de habilidades e competências, a criança vai conquistando sua independência (Casey, 1993; Farrel, 1994).

A *saúde* se define como o ótimo bem-estar, que quando presente, permite que a criança atinja todo seu potencial. Porém, se há *déficit* na saúde este deve ser identificado e tratado, evitando que isso comprometa a saúde da criança (Farrell, 1994).

Para Casey, o *ambiente* interfere no desenvolvimento infantil, sendo necessário promover um ambiente em que a criança consiga sentir-se segura e amada. A teórica refere que a *família* é composta por todos os indivíduos que cuidam da criança e que os pais são os principais responsáveis por essa função. Reforçando que é a *família* cuidadora que reconhece e satisfaz as necessidades diárias da criança. O *enfermeiro* é definido pelas ações que desempenha no cuidado, nas estratégias de apoio, no ensino e nos encaminhamentos (Farrell, 1994).

Ressalta-se que para a prestação de cuidados efetivos durante a infância e para o desenvolvimento saudável da criança, os profissionais de saúde, principalmente, o enfermeiro, deve empoderar a família por intermédio da educação em saúde, respeitando a singularidade e pluralidade de cada indivíduo, utilizando de uma comunicação acessível ao nível de conhecimento da família (Hill; Knafl; Santacroce, 2018).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta secção, descreve-se os procedimentos metodológicos para a realização dessa tese, a qual adotou o referencial metodológico para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas, delineado conforme o *Medical Research Council* (MRC) (Craig *et al*., 2008).

De acordo com o modelo MRC, a fase inicial de desenvolvimento de uma intervenção consistiu em três etapas:

Identificação de evidências existentes: consistiu na realização de uma revisão sistemática a fim de identificar o conhecimento prévio sobre intervenções similares e métodos utilizados para avaliá-las.

Identificação e desenvolvimento de teorias: etapa que auxiliou a entender como a intervenção funciona, fatores contextuais que influenciaram sua implementação e a perspectiva das pessoas envolvidas, quando necessário, realizadas por pesquisas primárias.

Processo de modelagem e resultados: processo fundamental que forneceu informações tanto para o desenvolvimento da intervenção quanto para a avaliação. Sugeriu-se realizá-la antes de um estudo randomizado, a fim de testar a intervenção em um pequeno grupo de pessoas, verificando a viabilidade, aceitabilidade, fidelidade e coletando dados preliminares sobre os resultados.

Nesse sentido, o presente estudo se propôs a seguir a fase de desenvolvimento de uma intervenção complexa, realizando três etapas interconectadas, sendo a primeira uma revisão de escopo com o objetivo de mapear as intervenções disponíveis, os profissionais envolvidos, identificar lacunas, bem como informar instrumentos para a avaliação da intervenção para o sono. A segunda etapa ocorreu por meio de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa que forneceu *insights* para a adaptação ao contexto, pilotagem e futura implementação do método *pick up and put down*, revelando barreiras e facilitadores com a percepção de profissionais que já utilizaram esse método. E a terceira etapa, relato de caso, permitiu a aplicação prática do método *pick up and put down*, onde se identificaram os desafios e os sucessos da intervenção, fornecendo informações iniciais sobre a experiência no sono infantil, antes de progredir para a sua implementação em larga escala.

A seguir, fez-se a caracterização de cada uma das etapas, iniciando pelo tipo de estudo, seguido do local onde este foi desenvolvido, coleta de dados, participantes do estudo, análise de dados e, por último, apresentaram-se os critérios éticos.

ETAPA 1 – IDENTIFICAÇÃO DE EVIDÊNCIAS EXISTENTES

Revisão de escopo

Realizou-se um estudo de revisão de escopo (*scoping review*), que seguiu rigorosamente as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), conforme estabelecido por (Tricco *et al.*, 2018). Todas as etapas da revisão foram conduzidas em conformidade com um protocolo de revisão de escopo previamente elaborado e registrado na *Open Science Framework* (OSF) (https://osf.io/sd9yj/), e subsequentemente publicado no periódico *Servir* (Silva; Pestana; Backes, 2025).

Perguntas de pesquisa

a) Quais as intervenções não farmacológicas de promoção do sono infantil que se encontram disponíveis para a orientação de famílias com crianças até os dois anos de idade?
b) Qual a duração e a frequência de implementação das intervenções não farmacológicas de promoção do sono infantil?
c) Que instrumentos são usados para a avaliação das intervenções não farmacológicas de promoção do sono infantil?
d) Quem são os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento e implementação das intervenções não farmacológicas de promoção do sono infantil?

Busca e identificação dos estudos relevantes

Uma estratégia de busca foi desenvolvida, empregando palavras-chave combinadas com termos de indexação específicos para cada base de dados. As sequências de busca foram formuladas e adaptadas às particularidades de cada base, sendo refinadas com a consultoria de uma pesquisadora experiente em revisões sistemáticas para otimizar a abrangência e precisão.

A busca foi realizada entre 16 de dezembro de 2024 e 14 de fevereiro de 2025, abrangendo as seguintes bases de dados/fontes: PubMed, Web of Science (WoS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scopus (Elsevier), CINAHL (EBSCOhost), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), PsycINFO (EBSCOhost), Index Psi Periódicos (IndexPsi) e *Cochrane Library*. A literatura cinzenta também foi incluída, com buscas no *ProQuest Dissertations & Theses Global* (PQDT Global) e *Google Scholar*® (considerando os primeiros 100 resultados).

O processo de seleção dos estudos iniciou-se com a exportação dos registros para o *software Rayyan*® para a remoção de duplicatas, realizada automaticamente pela ferramenta e manualmente pelo primeiro autor (LDS). Posteriormente, dois revisores (LDS e PA) realizaram, de forma independente, a triagem inicial por meio da leitura de títulos e resumos, aplicando os critérios de elegibilidade. As discordâncias foram resolvidas por consenso entre os revisores.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão: Foram considerados estudos que abordavam famílias com recém-nascidos a termo e lactentes saudáveis até dois anos, explorando intervenções não farmacológicas para promoção do sono infantil (higiene do sono, educação para a saúde do sono, terapias psicológicas e complementares/integrativas, terapia de luz e mudanças ambientais). As intervenções deveriam ser orientadas para o contexto domiciliar, originadas de cuidados primários ou serviços públicos/privados. Todos os tipos de estudo (qualitativos, quantitativos, mistos, revisões sistemáticas e de escopo) foram contemplados, incluindo artigos publicados e não publicados, nos idiomas inglês, espanhol e português, sem restrição de data de publicação.

Critérios de Exclusão: Foram excluídos estudos com recém-nascidos pré-termo, crianças com necessidades especiais de saúde, acompanhamento ambulatorial especializado, comorbidades (refluxo, cólicas, distúrbios do sono, infecções, síndromes, transtornos psiquiátricos, etc.), e intervenções tecnológicas, farmacoterapias, ingeríveis ou cirúrgicas.

Extração e Análise dos Dados

Os estudos potencialmente relevantes foram lidos na íntegra e examinados pelos mesmos revisores, de forma independente, segundo os critérios de inclusão e exclusão, sem discordâncias nesta etapa. A extração dos dados foi efetuada por meio de uma tabela no *Microsoft Excel*®, previamente elaborada pelas autoras. Após a busca inicial, uma triagem manual das referências de artigos de revisões sistemáticas e de escopo resultou na identificação de 13 novos estudos, que foram submetidos aos mesmos critérios de elegibilidade. A extração de dados foi iniciada após um processo de calibração entre os dois autores (LDS e PA), testando a tabela em uma amostra inicial de três estudos para garantir consistência. A primeira autora (LDS) extraiu dados da primeira metade dos estudos, e a segunda autora (PA) ficou responsável pelos subsequentes, com posterior revisão cruzada das tabelas para garantir a precisão.

O mapeamento dos dados foi realizado pela primeira autora, com discussões com as três últimas autoras (RC, MPS e MTSB) para a finalização do modelo. A descrição geral das características dos estudos foi apresentada por meio de figuras e gráficos, resumindo informações como a distribuição dos estudos por ano de publicação e localização. Os dados correspondentes a cada questão de pesquisa foram detalhados, combinando descrições narrativas e recursos visuais para otimizar a clareza e a compreensão dos resultados.

Relato de experiência

Este estudo (Manuscrito 7) foi motivado após a realização da revisão de escopo, que evidenciou a escassez de literatura científica sobre o método *pick up and put down*. O estudo teve como objetivo relatar a experiência autônoma da enfermeira na consultoria do sono infantil e articulá-la com os achados de uma revisão de escopo, visando demonstrar a expansão do campo de atuação profissional.

Caracterizou-se como um estudo descritivo de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, que articulou a prática clínica de uma enfermeira na consultoria do sono infantil com alguns resultados da revisão de escopo. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CAAE: 90862925.2.0000.0121, parecer nº 7.853.708).

Descrição da Experiência e Intervenção

A experiência relatada ocorreu de forma *online* entre setembro e outubro de 2024, envolvendo uma família com uma criança de nove meses e meio que apresentava dificuldades de sono. O percurso iniciou-se com uma anamnese aprofundada de aproximadamente duas horas, realizada via *Google Meet*®, que explorou cinco eixos fundamentais: contexto familiar e rede de apoio; história de saúde da criança; desenvolvimento neuropsicomotor; padrões e associações de sono; e ambiente e rotinas de higiene do sono.

Com base nos diagnósticos de enfermagem de Padrão do Sono Ineficaz e Disposição para o Conhecimento de Saúde Melhorado, a enfermeira traçou um plano de cuidados focado na desassociação do seio materno e na promoção da autonomia do sono. A intervenção utilizou o método comportamental *pick up and put down*, aplicado de forma personalizada à realidade da família. O acompanhamento foi realizado de maneira assíncrona via *WhatsApp*® por sete dias consecutivos, permitindo ajustes contínuos, como a inclusão de técnicas de relaxamento para lidar com resistências adaptativas.

Revisão de Escopo e Fundamentação Científica

A revisão de escopo, conduzida entre dezembro de 2024 e agosto de 2025, serviu como base de evidências para o estudo. A busca foi realizada de forma independente por duas pesquisadoras em nove bases de dados (PubMed, WoS, LILACS, Scopus, CINAHL, BDENF, PsycINFO, IndexPsi e *Cochrane Library*), além de fontes de literatura cinzenta. O processo resultou na análise de 48 estudos.

A análise comparativa entre a experiência prática e os achados da revisão revelou dois pontos cruciais:

Protagonismo da Enfermagem: O enfermeiro foi identificado como o profissional que mais frequentemente implementa intervenções não farmacológicas para o sono infantil, legitimando sua atuação autônoma na área.

Lacuna de Evidências: Apesar da diversidade de intervenções comportamentais descritas na literatura (como extinção gradual e choro controlado), nenhum dos 48 estudos analisados abordou especificamente o método *pick up and put down*.

Essa ausência de dados científicos, contraposta aos resultados observados no relato de experiência, estabeleceu a originalidade e a necessidade deste estudo, justificando a investigação aprofundada sobre a aplicabilidade do método *pick up and put down* na promoção do sono infantil.

ETAPA 2 – IDENTIFICAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE TEORIAS

Estudo qualitativo

Estudo qualitativo com desenho exploratório-descritivo realizado com consultores do sono infantil

O estudo configurou-se como uma pesquisa exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa, que buscou compreender as motivações de consultores do sono infantil para a utilização do método *pick up and put down*, bem como os desafios e impactos inerentes à sua implementação. Para assegurar a qualidade metodológica na elaboração do relatório, o pesquisador aderiu às recomendações do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) (Souza *et al.*, 2021).

Local e contexto do estudo

A investigação foi conduzida no cenário brasileiro, de forma inteiramente *online*, e contou com a participação de indivíduos provenientes de diversos estados do país.

Participantes do estudo

Os participantes foram profissionais da saúde e educação que atuam como consultores do sono infantil, selecionados por conveniência. O processo de recrutamento iniciou-se com o contato da pesquisadora principal com a diretora do "Instituto Assessoria Mamãe", uma empresa que certifica consultores no método *pick up and put down*. Após a obtenção da autorização, a pesquisadora principal realizou o convite para participação na pesquisa em um grupo de *Telegram*® composto por 182 consultores certificados. Inicialmente, três consultores manifestaram interesse. Diante da baixa adesão, um novo convite, desta vez em formato de vídeo e divulgado também nas redes sociais da empresa, foi realizado, totalizando em mais nove participantes.

O contato individual com os interessados foi feito via *Telegram*® e *WhatsApp*®, com agendamento de entrevistas conforme a disponibilidade dos participantes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado via *Google Forms*®, e a formalização da anuência ocorreu mediante o preenchimento de dados e a confirmação do aceite das condições do estudo. O

número final de participantes foi de nove consultores, uma vez que três não responderam aos contatos subsequentes, sendo interpretado como desistência.

Critérios de Inclusão: Foram incluídos consultores do sono infantil e/ou profissionais de saúde que aplicavam o método *pick up and put down* em seus atendimentos, com idade superior a 18 anos e acesso à internet e celular.

Critérios de Exclusão: Foram excluídos consultores certificados no método que haviam realizado menos de três atendimentos.

Característica da pesquisadora principal

A coleta de dados foi integralmente conduzida pela primeira autora, uma enfermeira com título de Mestre em Saúde Materno-Infantil e doutoranda em Enfermagem, possuindo experiência prévia em coleta de dados qualitativos. Não houve relacionamento prévio estabelecido entre a pesquisadora e os participantes antes do início do estudo. Aos participantes, foi comunicado o interesse da pesquisadora em investigar e construir conhecimento científico sobre o método *pick up and put down*, dada a escassez de literatura publicada sobre o tema.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2025, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas *online*, utilizando a plataforma *StreamYard*®. As entrevistas foram gravadas para otimizar o aproveitamento dos dados, e a confidencialidade foi assegurada pela presença exclusiva da pesquisadora e do participante na sala virtual. O roteiro da entrevista foi dividido em duas partes: caracterização do perfil dos participantes e questões abertas direcionadas ao consultor do sono infantil.

Previamente à coleta principal, uma entrevista piloto foi conduzida para testar o roteiro e realizar os ajustes necessários. A duração das entrevistas variou entre 30 e 80 minutos, e anotações de campo complementares foram realizadas. A saturação dos dados foi identificada na quinta entrevista, mas optou-se por esgotar o universo de participantes interessados.

Análise de dados

A análise de dados foi realizada por meio da Análise Temática de Braun e Clarke, que visa identificar, analisar e relatar padrões temáticos no conjunto de dados (Braun; Clarke, 2006). O processo seguiu seis fases:

1. Familiarização com os dados: A primeira autora transcreveu as gravações de áudio e vídeo com o auxílio do *software Turboscribe.ai*®, e realizou leituras aprofundadas e anotações iniciais para familiarização.
2. Codificação: A primeira autora codificou sistematicamente características relevantes dos dados, reunindo os dados pertinentes a cada código.
3. Busca por temas: As autoras (LDS e RC) agruparam os códigos em temas potenciais.
4. Revisão dos temas: Todas as autoras verificaram a coerência dos temas em relação aos trechos codificados e ao conjunto de dados completo.
5. Definição e nomeação dos temas: As autoras refinaram os detalhes de cada tema e a narrativa geral, gerando definições e nomes claros, incorporando trechos das falas dos profissionais na nomeação dos subtemas.
6. Produção do relatório: Sistematização dos resultados e redação final do manuscrito, com seleção de exemplos de trechos e análise final, relacionando-a à questão de pesquisa e à literatura.

A codificação manual resultou em 30 códigos iniciais e a rastreabilidade e o anonimato foram mantidos por meio de identificação alfanumérica (ex: P1, P2). A síntese dos dados em temas potenciais e a revisão subsequente resultaram em quatro temas com seus respectivos subtemas.

Aspectos éticos

Os aspectos éticos foram rigorosamente respeitados. Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os consultores e o Termo de Confidencialidade dos Dados (TCD), assegurando sigilo, anonimato e privacidade. Os nomes dos participantes não foram registrados, e toda a informação foi anonimizada por códigos. Os dados serão armazenados em uma pasta encriptada no computador da primeira autora e destruídos após cinco anos.

A pesquisa seguiu as recomendações das Resoluções nº 466/12 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, bem como o Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, que trata de pesquisas em ambiente virtual (Brasil,

2012, 2016, 2021). O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CAAE: 90862925.2.0000.0121, parecer nº 7.853.708).

ETAPA 3 – PROCESSO DE MODELAGEM E RESULTADOS

Relatos de caso

O estudo em questão delineou-se como três relatos de caso descritivos qualitativos, fundamentados na necessidade de investigar a implementação do método *pick up and put down* por famílias com crianças menores de dois anos que apresentavam dificuldades de sono. Estes três relatos são apresentados em forma de manuscrito (manuscrito 4, 5 e 6). O objetivo central foi relatar essas implementações e descrever os desfechos observados na promoção do sono infantil. Para assegurar o rigor e a qualidade metodológica, adotou-se as diretrizes do CARE *checklist* (*CAse REport guidelines*) (Riley *et al.*, 2017).

Descrição do caso e coleta de dados

O processo de obtenção do consentimento informado foi planejado para ocorrer de forma remota, via *Google Forms*®, garantindo a formalização da anuência antes do início da coleta de dados. A descrição dos casos previu a inclusão de dados sociodemográficos da família (pai e mãe) e informações das crianças focais (idade e sexo), seguidas pela queixa principal que motivou a busca por auxílio.

A investigação abrangeu um detalhamento da história da saúde do sono das crianças, contemplando horários, despertares noturnos, latência, associações para o início do sono, comportamento durante episódios de dificuldade e o impacto da privação de sono na dinâmica familiar. Além disso, o pesquisador considerou o contexto familiar amplo, incluindo rede de apoio, condições socioeconômicas e o ambiente de sono. Informações sobre a história de saúde pregressa (gestação, parto, desenvolvimento neuropsicomotor) e tentativas anteriores de intervenção também foram integradas ao escopo da coleta.

História da situação e intervenção

Estabeleceu-se o registro de marcos temporais significativos, como a data de nascimento das crianças, o início dos problemas de sono, o primeiro contato

profissional e o início da intervenção. A intervenção com o método *pick up and put down* foi planejada para ser descrita de forma detalhada e replicável, abrangendo seus fundamentos, duração, frequência, rotina de sono pré-estabelecida, resposta ao choro e as orientações fornecidas. O pesquisador também previu o registro de adaptações do método às necessidades específicas das famílias e a identificação do profissional responsável pela orientação.

Acompanhamento, Desfechos e Discussão

O acompanhamento dos casos foi estruturado para avaliar os resultados da intervenção após o seu início, focando em desfechos objetivos (número de despertares, latência, duração do sono) e subjetivos (percepção das famílias sobre a qualidade do sono, redução da fadiga e melhora na dinâmica familiar).

A etapa de discussão foi planejada para confrontar os achados das implementações com a literatura científica existente sobre sono infantil e intervenções comportamentais, visando validar os desfechos e gerar novas perspectivas sobre os resultados do método.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi estruturada em conformidade com as Resoluções nº 466/12 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012, 2016). O início das atividades foi condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CAAE: 90862925.2.0000.0121 e sob o parecer nº 7.853.708). Os dados foram armazenados em pasta criptografada, com acesso restrito à equipe de investigação, e o material gravado foi destinado à destruição após a análise.

A pesquisadora principal identificou riscos potenciais, como cansaço e constrangimento e estabeleceu algumas medidas, incluindo flexibilidade de horários e garantia de privacidade. Para minimizar esses riscos, as entrevistas foram agendadas previamente em horários flexíveis e realizadas em ambiente que garantia a privacidade, ordem, respeito e o sigilo, bem como conforme fosse necessário, seria oferecido acompanhamento ou assistência, sendo tomadas as providências necessárias pela Pesquisadora responsável.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados da tese são apresentados nesta secção sob a forma de sete manuscritos conforme estabelece a Instrução Normativa nº de 02 de 01 de julho de 2024, do PEN/UFSC, são apresentados no Quadro 2. O protocolo da revisão de escopo está publicado no periódico *Servir* e o manuscrito relato de experiência foi submetido à Revista Enfermagem em Foco. Os demais manuscritos serão posteriormente submetidos às revistas científicas da área.

Quadro 2 – Síntese dos produtos oriundos dos resultados da Tese.

ESTUDO	TÍTULO	OBJETIVO
1	Intervenções não farmacológicas e instrumentos de avaliação destas para a promoção do sono infantil em crianças menores de dois anos: um protocolo de revisão de escopo	Mapear as intervenções não farmacológicas para promoção do sono infantil disponíveis para a orientação de famílias com crianças até dois anos de idade e os instrumentos usados para a avaliação da eficácia dessas intervenções.
2	Intervenções educativas e comportamentais para promover o sono em lactentes: uma revisão de escopo	Mapear as intervenções não farmacológicas para promoção do sono infantil disponíveis para a orientação de famílias e os instrumentos usados para a avaliação da eficácia destas intervenções.
3	Experiências de consultores do sono infantil com o método *pick up and put down*: um estudo qualitativo	Descrever as motivações de consultores do sono infantil para a utilização do método *pick up and put down* e analisar os desafios e impactos de sua implementação na prática assistencial
4	Intervenção comportamental baseada no método *pick up and put down*: relato sobre a resolução de um caso pediátrico complexo	Relatar o processo de reestruturação da rotina e a promoção na qualidade do sono alcançados por meio de uma intervenção comportamental baseada no método *pick up and put down* aplicada a um caso pediátrico complexo
5	Método *pick up and put down* na promoção da autonomia do sono em lactente – relato de caso	Relatar a promoção da autonomia no adormecer de lactente de cinco meses, melhorando a qualidade do sono por meio de intervenção comportamental baseada no método *pick up and put down.*
6	Impacto da disponibilidade emocional materna na implementação do método *pick up and put down*: relato de caso	Relatar o impacto da disponibilidade emocional materna na implementação do método *pick up and put down* em uma criança de 15 meses.
7	Enfermagem do sono – uma promissora área de atuação para Enfermeiros: Relato de experiência	Relatar a experiência autônoma do enfermeiro na consultoria do sono infantil e articulá-la com achados de uma revisão de escopo para demonstrar a expansão do campo de atuação profissional.

Fonte: elaborado pelos autores.

5.1 MANUSCRITO 1 - **INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DESTAS PARA A PROMOÇÃO DO SONO INFANTIL EM CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS: UM PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO**

RESUMO

Introdução: Cerca de 30% das crianças apresentam algum distúrbio do sono na primeira infância, condições que podem ser prevenidas ou tratadas com intervenções comportamentais desde o nascimento para promover o bem-estar familiar. **Objetivo:** mapear as intervenções não farmacológicas para promoção do sono infantil disponíveis para a orientação de famílias com crianças de até dois anos de idade, bem como identificar os instrumentos usados para a avaliação da eficácia dessas intervenções. **Método:** A metodologia seguiu as recomendações do *Joanna Briggs Institute* para revisões de escopo. A busca abrangeu as bases de dados Medline, *Web of Science*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scopus, CINAHL, Bases de Dados de Enfermagem, PsycINFO, Index Psi Periódicos, *Cochrane Library* e literatura cinzenta. A seleção e extração de dados foram realizadas por dois revisores independentes. **Resultados:** Os resultados serão apresentados em formato de tabela, acompanhados de um resumo narrativo descritivo. **Considerações finais:** Conclui-se que este protocolo contribui para o mapeamento das intervenções disponíveis, oferecendo subsídios para a melhoria da qualidade do sono infantil por meio de suporte e orientação adequados às famílias. Protocolo de pesquisa registrado no Open Science Framework (https://osf.io/sd9yj/).

Palavras-chave: avaliação de eficácia-efetividade de intervenções; promoção da saúde; revisão; saúde da criança; sono.

ABSTRACT

Introduction: Approximately 30% of children experience some form of sleep disorder in early childhood, conditions that can be prevented or treated with behavioral interventions from birth to promote family well-being. **Objective:** To map non-pharmacological interventions for promoting infant sleep available to guide families with children up to two years of age, as well as to identify the instruments used to assess the effectiveness of these interventions. **Method:** The methodology followed the recommendations of the Joanna Briggs Institute for scoping reviews. The search covered the Medline, Web of Science, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature, Scopus, CINAHL, Nursing Databases, PsycINFO, Index Psi Periodicals, Cochrane Library, and gray literature databases. Data selection and extraction were performed by two independent reviewers. **Results:** The results were presented in table format, accompanied by a descriptive narrative summary. **Final considerations:** It is concluded that this protocol contributes to the mapping of available interventions, offering support for improving the quality of children's sleep through adequate support and guidance for families. Research protocol registered in the Open Science Framework (https://osf.io/sd9yj/).

Keywords: Evaluation of effectiveness of interventions; Health promotion; Review; Child health; Sleep.

INTRODUÇÃO

O sono é fundamental para o neurodesenvolvimento saudável na infância. As dificuldades no padrão de sono noturno são comuns na primeira infância e podem afetar cerca de 30% das crianças entre os seis meses a três anos e, também, influenciar no bem-estar da família. Nesse sentido, existe um crescente interesse em intervenções não farmacológicas para melhorar a qualidade do sono, reduzindo a recorrência ao uso de medicamentos (Luijk *et al*., 2020; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2022; Webb *et al*., 2024; Zreik *et al*., 2022).

As intervenções não farmacológicas para o sono infantil abrangem rotinas, higiene do sono, horários de deitar e acordar, adormecer e permanecer a dormir de forma independente durante a noite, ambiente e comportamentos (Luijk *et al*., 2020; Williamson *et al*., 2020). Entre as estratégias estudadas estão as intervenções com terapia cognitivo-comportamental, extinção, choro e extinção gradual, atividade física, psicoeducação, reação dos pais ao comportamento infantil (elogiar os bons comportamentos e ignorar comportamentos inadequados) e comportamentais como: massagem, histórias de embalar, toque, redução da luz ambiente, evitar eletrônicos 60 minutos antes de dormir, horário de dormir antes das 21h e rotina consistente (Kudchadkar *et al*., 2022; Luijk *et al*., 2020; Williamson *et al*., 2022). Apesar da baixa evidência científica sobre a eficácia e escalabilidade destas intervenções, são consideradas valiosas, pois apresentam uma melhoria na duração do sono noturno e não oferecem efeitos adversos ou colaterais para a saúde como as intervenções farmacológicas (Williamson *et al*., 2022).

Embora estas intervenções tenham vindo a ser amplamente discutidas na literatura, ainda existem lacunas sobre as intervenções não farmacológicas para o sono, especialmente, quando aplicadas em contextos domiciliários ou nos cuidados primários com crianças com menos de dois anos e saudáveis. Além disso, os instrumentos específicos para avaliar o sono da criança no domicílio encontram-se dispersos, facto que dificulta a possibilidade de avaliar a eficácia destas diferentes estratégias de forma precisa (Kudchadkar *et al*., 2022; Williamson *et al*., 2022).

Entre as dificuldades na implementação das intervenções não farmacológicas está o fornecimento de informações consistente baseada em evidência científica, considerando a individualidade de cada família. E a

disponibilidade da família para implementar a intervenção e ter conhecimento das intervenções e sua aplicação prática (Gonilha, 2023).

Diferentes revisões da literatura abordam aspetos específicos relacionados com o sono infantil. Estudos exploraram os padrões de sono em lactentes frequentadores de creches, enfatizando a importância de rotinas e intervenções adequadas para o ambiente seguro de sono (Cerqueira *et al*., 2018). As revisões também destacaram a eficácia da higiene do sono na gestão de distúrbios como o bruxismo infantil e a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (Camargo, 2014; Santos *et al*., 2020). Outros trabalhos analisaram a relação entre o uso de meios de ecrã e alterações nos padrões de sono, além de problemas de iniciação e manutenção do sono em crianças pré-escolares (Kerr; Jowett, 1994; Moorman *et al*., 2019).

Existem duas revisões sistemáticas que abordam sobre quais intervenções que são eficazes para a educação em higiene do sono na infância. Ambas exploraram práticas educativas que visam a promoção do sono saudável na infância e identificaram abordagens mais eficazes. Contudo, a primeira foi realizada em 2014 e a segunda revisão, apesar de ter sido efetuada em 2024 apresenta lacunas no rigor metodológico exigido para uma revisão sistemática (Halal; Nunes, 2014; Oliveira *et al*., 2024). Uma revisão narrativa da literatura identificou os instrumentos brasileiros de avaliação do sono na infância. Os resultados demonstraram que as ferramentas eram eficazes, de baixo custo e foram consideradas fiáveis (Almeida *et al*., 2016). Apesar disso, torna-se necessário uma abordagem abrangente da literatura que integre intervenções não farmacológicas direcionadas à promoção do sono infantil e os instrumentos utilizados para avaliar sua eficácia no âmbito nacional e internacional.

Após a condução de uma pesquisa nas bases de dados PROSPERO, *Joanna Briggs Institute Evidence Synthesis* e *Cochrane Library*, constatou-se a ausência de qualquer revisão concluída ou em curso que se debruçasse sobre o tópico proposto para síntese deste estudo. Esta lacuna identificada sublinha a premência de um mapeamento abrangente e sistemático das intervenções não farmacológicas para a promoção do sono infantil, com o intuito de orientar as famílias, bem como dos instrumentos disponíveis para aferir a efetividade destas. Tal análise perspectiva ampliar o corpo de conhecimento acerca das estratégias existentes e assinalar áreas ou assuntos que carecem de maior investigação.

Destarte, demonstra-se a relevância de um estudo de revisão de escopo concerne a esta temática, que visa mapear as intervenções não farmacológicas para promoção do sono infantil acessíveis para a orientação de familiar e os instrumentos utilizados na avaliação da eficácia dessas intervenções. A revisão será orientada pelos métodos preconizados pelo *Joanna Briggs Institute*, possibilitando identificar práticas existentes, ponderar as suas potencialidades e limitações, e evidenciar lacunas na literatura científica. Desta forma, espera-se fornecer subsídios relevantes para investigadores e profissionais da saúde, além de robustecer estratégias e políticas públicas vocacionadas para a promoção da qualidade do sono na infância.

MÉTODO

A revisão seguirá as recomendações metodológicas do *Joanna Briggs Institute* (JBI) para revisões de escopo (Peters *et al*., 2024; Pollock *et al*., 2023). A elaboração do relatório observará as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Tricco *et al*., 2018).

Perguntas de revisão

a) Quais as intervenções não farmacológicas de promoção do sono infantil que se encontram disponíveis para a orientação de famílias com crianças até os dois anos de idade?
b) Qual a duração e a frequência de implementação das intervenções não farmacológicas de promoção do sono infantil, e que instrumentos são usados para a sua avaliação?
c) Quem os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento e implementação das intervenções não farmacológicas de promoção do sono infantil?

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participantes

Esta revisão irá contemplar estudos que incluam famílias com recém-nascidos de termo e lactentes com idades até aos dois anos, de ambos os sexos,

considerados saudáveis. Serão excluídos estudos realizados com crianças com faixas etárias superiores a três anos de idade, recém-nascidos pré-termo, crianças com alguma necessidade especial em saúde ou que realizem acompanhamento em ambulatório especializado. Adicionalmente, serão excluídos estudos que incluam crianças com comorbidades como: refluxo gastroesofágico, cólicas, distúrbios do sono, infeções virais, fúngicas ou bacterianas, síndromes, transtornos psiquiátricos e/ou outras doenças.

Conceito

Serão incluídos estudos que explorem intervenções não farmacológicas promotoras do sono infantil. Serão igualmente considerados os seguintes termos: higiene do sono, educação para a saúde do sono, intervenções psicológicas, incluindo: terapia comportamental, cognitiva, cognitivo-comportamental, relaxamento, relaxamento muscular progressivo, terapias complementares e integrativas (por exemplo, Reiki, aromaterapia, constelações familiares), terapia de luz, mudanças no ambiente.

Salienta-se que serão excluídas: intervenções tecnológicas, terapia medicamentosa, medicamentos, farmacoterapia, ingeríveis, incluindo ervas e medicina chinesa, intervenções cirúrgicas.

Contexto

Serão consideradas intervenções orientadas para serem realizadas no contexto domiciliar, podendo ter origem no cuidado primário em saúde ou em serviços de saúde públicos e privados, tais como comunidades, redes sociais, clínicas de especialidade do sono, universidades e centros ou unidades de saúde.

Tipos de fonte

Serão considerados todos os desenhos de estudos: qualitativos, quantitativos e métodos mistos. Serão incluídas revisões sistemáticas e de escopo. Serão igualmente considerados estudos publicados e não publicados, entre os quais se destacam artigos de conferência, dissertações e teses.

Estratégia de busca

A estratégia de pesquisa será efetuada de forma a incluir estudos primários e revisões, quer estejam publicados quer não publicados. Assim, inicialmente, realizou-se uma pesquisa na Medline (PubMed) para identificar estudos relacionados com o tópico em estudo e construir uma maior compreensão dos conceitos. Ela foi planeada, associando o termo população1 (Family, Parent*, Mother, Father, Tutor) e população 2 (Newborn, Toddler, Child*, Infant) com o termo de conceito, que também se dividiu em conceito 1 (Psychologic*, Behavior*, Behaviour*, Cognitive, “Cognitive Behavioral therapy”, “Cognitive Behavioural therapy”, Relaxation, “progressive muscle relaxation”, “complementary therapy”, “integrative therapy”, Reiki, Aromatherapy, “Family constellation*”, “light therapy”, Environment*) e conceito 2 (Sleep, “Sleep hygiene”, “sleep health”). A pesquisa foi efetuada em 16 de dezembro de 2024 (Quadro 1). As adaptações serão feitas de acordo com as características de cada base de dados. Na Medline (PubMed), as pesquisas foram efetuadas, usando termos MeSH. O booleano “OR” foi usado para conectar as expressões dentro dos termos populacionais. O mesmo booleano “OR” foi usado para conectar expressões dentro dos termos conceptuais. Estes dois grupos principais (termos populacionais e termos conceptuais) foram então associados à expressão booleana “AND” para gerar publicações, contendo a população e o conceito de interesse. Foi encontrado um total de 3.511 registros. A segunda etapa será efetuada com o auxílio de um bibliotecário de pesquisa para construir, traduzir e adaptar os termos de busca para as diferentes bases de dados. As listas de referências incluídas serão examinadas para identificar fontes secundárias relevantes.

Serão incluídos na revisão textos disponíveis em inglês, espanhol e português, sem limite temporal.

Seleção dos estudos/fonte de dados

Os dados serão pesquisados nas seguintes bases: Medline (PubMed), Web of Science (WoS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scopus (Elsevier), CINAHL (EBSCOhost), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), PsycINFO (EBSCOhost), Index Psi Periódicos (IndexPsi) e

Cochrane Library. A literatura cinzenta será igualmente incluída, sendo efetuada pesquisas no *ProQuest Dissertations & Theses Global* (PQDT Global), *Google* e *Google Scholar* (primeiros 100 resultados).

Após a pesquisa dos estudos, todas as referências identificadas serão carregadas no programa *EndNote*® 21 e as duplicadas removidas. Seguidamente, as referências serão carregadas no programa *Rayyan*® e dois investigadores realizarão, de forma independente, a leitura de título e resumo de cada referência, utilizando os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Os estudos potencialmente relevantes serão lidos na íntegra e examinados segundo os critérios de inclusão e exclusão, de forma independente pelos mesmos investigadores. Em caso de divergência, os investigadores realizarão uma discussão e, caso não cheguem a um acordo, um terceiro investigador será consultado, podendo este processo ocorrer em cada etapa.

Quadro 1- Expressão de pesquisa na Pubmed em 16 de dezembro de 2024.

PESQUISA	EXPRESSÃO	RESULTADOS
#1	Family[Title/Abstract] OR Parent*[Title/Abstract] OR Mother[Title/Abstract] OR Father[Title/Abstract] OR Tutor[Title/Abstract]	1,609,830
#2	Newborn[Title/Abstract] OR Toddler[Title/Abstract] OR Child*[Title/Abstract] OR Infant[Title/Abstract]	2,066,630
#3	Psychologic*[Title/Abstract] OR Behavior*[Title/Abstract] OR Behaviour*[Title/Abstract] OR Cognitive[Title/Abstract] OR "Cognitive Behavioral therapy"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behavioural therapy"[Title/Abstract] OR Relaxation[Title/Abstract] OR "progressive muscle relaxation"[Title/Abstract] OR "complementary therapy"[Title/Abstract] OR "integrative therapy"[Title/Abstract] OR Reiki[Title/Abstract] OR Aromatherapy[Title/Abstract] OR "family constellation*"[Title/Abstract] OR "light therapy"[Title/Abstract] OR Environment*[Title/Abstract]	3,771,521
#4	Sleep[Title/Abstract] OR "Sleep hygiene"[Title/Abstract] OR "sleep health"[Title/Abstract]	237,717
#5	("Family"[Mesh:NoExp]) OR "Parents"[Mesh]	234,004
#6	("Infant, Newborn"[Mesh:NoExp]) OR "Infant"[Mesh:NoExp]	1,291,726
#7	(((((("Complementary Therapies"[Mesh:NoExp]) OR "Relaxation Therapy"[Mesh:NoExp]) OR "Aromatherapy"[Mesh]) OR "Therapeutic Touch"[Mesh]) OR "Environment"[Mesh:NoExp]) OR "Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh]	135,049
#8	("Sleep"[Mesh]) OR "Sleep Hygiene"[Mesh]	105,178
#9	#1 AND #2	395,990
#10	#5 AND #6	52,695
#11	#3 AND #4	70,474

#12	#7 AND #8	1,616
#13	#9 OR #10	419,463
#14	#11 OR #12	70,950
#15	#13 AND #14	5,377
#16	#13 AND #14 Filters: in the last 10 years, English, Portuguese, Spanish	3,511

Fonte: elaborado pelas autoras.

As razões para a exclusão e inclusão dos estudos serão apresentados por meio do Fluxograma PRISMA-ScR e serão relatadas descritivamente no final da revisão de escopo.

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos investigativos será conduzida mediante a aplicação sistemática de *checklists* específicos para cada delineamento de pesquisa, consoante as diretrizes estabelecidas pela rede EQUATOR (*Enhancing the QUAlity and Transparency Of health Research*). Essa abordagem metodológica padronizada permitirá uma análise crítica e estruturada dos componentes essenciais de cada estudo, visando identificar potenciais vieses e assegurar a validade e a confiabilidade das evidências científicas sintetizadas.

Extração de dados

A extração dos dados será efetuada por meio de uma tabela que conterá as seguintes informações:

- Autor (es)
- Ano de publicação
- País de publicação
- Nome da fonte de publicação
- Tipo de publicação (exemplo: artigo de periódico, tese, dissertação, artigo de conferência)
- Objetivo (s)
- Desenho do estudo (exemplo, ensaio clínico randomizado, estudo de coorte, prospetivo, revisão sistemática, estudo qualitativo)
- Participantes (por exemplo, idade dos participantes, sexo)
- Tipo de intervenção (por exemplo, duração, frequência, se teve comparador, profissionais envolvidos, instrumento de avaliação, resultados)
- Principais descobertas, nível de evidência.

Assim, a ferramenta de extração incluirá campos relevantes, não sendo necessário que o preenchimento ocorra de forma unanime para todos os manuscritos.

A tabela de extração será pilotada pelos dois primeiros autores com três estudos, garantindo que todos os dados sejam extraídos adequadamente. Após a consistência e fiabilidade na extração dos dados, proceder-se-á à extração dos dados dos estudos restantes. O segundo autor revisará a extração aleatoriamente como uma verificação adicional.

ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados serão sumariados e apresentados numa tabela, acompanhada de um resumo narrativo das intervenções não farmacológicas para a promoção do sono infantil e dos instrumentos de avaliação da eficácia dessas intervenções, respondendo às questões da revisão. Assim, incluirá uma descrição das intervenções existentes, dos instrumentos de avaliação, da população participante nos estudos e dos profissionais que desenvolveram as intervenções.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que os resultados sobre as intervenções não farmacológicas para a promoção do sono infantil e os instrumentos de avaliação de eficácia identificados na literatura ofereçam subsídios para a prática clínica. Acredita-se que, ao identificar as abordagens mais utilizadas e seus respetivos desfechos, os profissionais de saúde poderão tomar decisões mais fundamentadas, qualificando, assim, as orientações fornecidas às famílias sobre o sono infantil. O mapeamento realizado poderá, igualmente, direcionar o desenvolvimento de futuros estudos primários com enfoque em intervenções específicas ou na investigação de lacunas identificadas na literatura, bem como na padronização de instrumentos de avaliação. No âmbito das políticas públicas, almeja-se que a identificação de intervenções eficazes possa fundamentar a criação de diretrizes e a alocação mais eficiente de recursos destinados ao apoio ao sono infantil na primeira infância. Por fim, espera-se que os achados da revisão possam contribuir para o desenvolvimento de programas de cuidado primário que priorizem ações educativas vocacionadas para a promoção de hábitos de sono saudáveis desde os primeiros anos de vida, favorecendo o desenvolvimento infantil e o bem-estar familiar.

A revisão poderá apresentar limitações potenciais, como a exclusão de estudos em idiomas não contemplados, o que poderá restringir a abrangência dos achados. A heterogeneidade metodológica entre os estudos incluídos poderá também impactar a interpretação dos resultados. Futuras revisões com critérios mais rigorosos e estratégias de busca ampliadas poderão minimizar essas limitações.

CONTRIBUIÇÕES DO AUTOR

LDS conceção do projeto, redação, execução e análise do protocolo. MTSB e MPS contribuíram substancialmente para a execução do protocolo e a sua análise. Todos os autores leram e aprovaram o manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesse.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. M. F. D.; SANTOS, P. Q. D.; SCHLINDWEIN-ZANINI, R. Instrumentos de avaliação do sono na infância: **Revisão da literatura brasileira**. Fiep Bulletin - online, [s. l.], v. 86, 2016. Disponível em: https://ojs.fiepbulletin.net/fiepbulletin/article/view/86.a1.140. Acesso em: 12 fev. 2025.

CAMARGO, F. A. **Síndrome da apneia obstrutiva do sono em crianças: Revisão de literatura**. 2014. Monografia (Especialização em Ortodontia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014. Disponível em: https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/50030/R%20-%20E%20-%20FRANCIELI%20ASSIS%20CAMARGO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CERQUEIRA, A. C. D. R. *et al*. Integrative literature review: Sleep patterns in infants attending nurseries. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 424–430, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0480. Acesso em: 12 fev. 2025.

GONILHA, M. M. C. de A. **Sono Quer: Projeto de intervenção de enfermagem para a promoção de um sono saudável nas crianças nos cuidados de saúde**

primários. 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica) – Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, [S. l.], 2023. Disponível em: http://hdl.handle.net/10400.26/49530. Acesso em: 12 fev. 2025.

HALAL, C. S. E.; NUNES, M. L. Education in children's sleep hygiene: Which approaches are effective? A systematic review. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 5, p. 449–456, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jped.2014.05.001. Acesso em: 12 fev. 2025.

KERR, S.; JOWETT, S. Sleep problems in pre-school children: A review of the literature. **Child: Care, Health and Development**, [s. l.], v. 20, n. 6, p. 379–391, 1994. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1994.tb00400.x. Acesso em: 12 fev. 2025.

KUDCHADKAR, S. R. *et al*. Non-pharmacological interventions for sleep promotion in hospitalized children. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 6, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1002/14651858.CD012908.pub2. Acesso em: 13 jan. 2025.

LUIJK, M.; BEIJERS, R.; ROSMALEN, L. van. Slaapproblemen bij jonge inderen. **Ned Tijdschr Geneeskd**, [s. l.], 2020. Disponível em: https://www.ntvg.nl/artikelen/slaapproblemen-bij-jonge-kinderen. Acesso em: 06 dez. 2024.

MOORMAN, J. D.; MORGAN, P.; ADAMS, T. L. The Implications of Screen Media Use for the Sleep Behavior of Children Ages 0–5: A Systematic Review of the Literature. **Current Sleep Medicine Reports**, [s. l.], v. 5, n. 3, p. 164–172, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s40675-019-00151-0. Acesso em: 13 jan. 2025.

OLIVEIRA, I. D. F. de; SÁ, J. L. de; PONTES, J. F. Educação em higiene do sono na infância: Quais abordagens são efetivas? Uma revisão sistemática da literatura. **Journal Archives of Health**, [s. l.], v. 5, n. 3, p. e2308, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.46919/archv5n3espec-615. Acesso em: 13 jan. 2025.

PETERS, M. D. *et al*. Scoping reviews. In: **JBI Manual for Evidence Synthesis**. [S. l.]: JBI, 2024. Disponível em: https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355862497/10.+Scoping+reviews. Acesso em: 06 dez. 2024.

POLLOCK, D. *et al*. Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. **JBI Evidence Synthesis**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 520, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00123. Acesso em: 06 dez. 2024.

SANTOS, T. R. dos *et al*. Controle do bruxismo do sono na infância: Revisão de literatura. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Duque de Caxias, v. 14, n. 1, 2020. Disponível em: https://publicacoes.unigranrio.edu.br/rcs/article/view/5853. Acesso em: 13 jan. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Em nota, SBP alerta para a importância da qualidade do sono na infância.** Rio de Janeiro: SBP, 19 maio 2022. Disponível em: https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/em-nota-sbp-alertapara-a-importancia-da-qualidade-do-sono-na-infancia/. Acesso em: 06 dez. 2024.

TRICCO, A. C. *et al*. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, [s. l.], v. 169, n. 7, p. 467–473, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.7326/M18-0850. Acesso em: 06 dez. 2024.

WEBB, L.; PHILLIPS, A. J. K.; ROBERTS, J. A. Mapping the physiological changes in sleep regulation across infancy and young childhood. **PLOS Computational Biology**, [s. l.], v. 20, n. 10, p. e1012541, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1012541. Acesso em: 06 dez. 2024.

WILLIAMSON, A. A. *et al*. Early Childhood Sleep Intervention in Urban Primary Care: Caregiver and Clinician Perspectives. **Journal of Pediatric Psychology**, [s. l.], v. 45, n. 8, p. 933–945, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa024. Acesso em: 12 jan. 2025.

WILLIAMSON, A. A. *et al*. Sleep Well! An adapted behavioral sleep intervention implemented in urban primary care. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 1153–1166, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.5664/jcsm.9822. Acesso em: 12 jan. 2025.

ZREIK, G. *et al*. Maternal insomnia and depressive symptoms and early childhood sleep among Arab and Jewish families in Israel. **Sleep Medicine**, [s. l.], v. 100, p. 262–268, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.08.015. Acesso em: 13 jan. 2025.

5.2 MANUSCRITO 2 - **INTERVENÇÕES EDUCATIVAS E COMPORTAMENTAIS PARA PROMOVER O SONO EM LACTENTES: UMA REVISÃO DE ESCOPO**

RESUMO

Introdução: O sono desempenha um papel crucial no neurodesenvolvimento infantil, sendo frequentemente polifásico na infância e influenciado por sinais de fome e saciedade. Embora se esperem padrões de sono estáveis, muitos pais se deparam com dificuldades, como despertares noturnos e problemas para adormecer, laços frequentemente ligados à saúde mental dos pais e à dinâmica familiar. **Objetivo:** mapear as intervenções não farmacológicas para promoção do sono infantil disponíveis para a orientação de famílias e os instrumentos usados para a avaliação da eficácia destas intervenções. **Método:** A revisão considerou estudos com famílias com recém-nascidos a termo e lactentes saudáveis com idade até dois anos, que exploraram intervenções não farmacológicas promotoras do sono infantil realizadas no contexto domiciliar. Foram incluídos 48 artigos resultantes da pesquisa em bases de dados e em repositórios de literatura cinzenta. **Resultados:** A intervenção mais predominante foi a educacional, muitas vezes combinada com estratégias comportamentais. A avaliação dessas intervenções foi realizada, principalmente, por meio de questionários, escalas e diários de sono. A revisão destacou a atuação central dos enfermeiros na implementação dessas práticas. A exclusão de participantes com necessidades especiais em saúde e com distúrbios do sono é uma limitação que impede a generalização dos resultados para essa população, indicando a necessidade de estudos futuros direcionados a esses grupos. **Considerações finais:** Os achados deste estudo têm implicações significativas para a implementação de intervenções educacionais e comportamentais para a promoção do sono infantil na atenção primária à saúde, especialmente, por enfermeiros, durante consultas de puericultura, em visitas domiciliares ou sessões em grupos.
Registo do estudo: Esta revisão foi registrada na *Open Science Framework* (OSF) (https://osf.io/sd9yj/).

Palavras-chave: Saúde infantil; Sono; Higiene do sono; Qualidade do sono.

ABSTRACT

Introduction: Sleep plays a crucial role in infant neurodevelopment, often being polyphasic in childhood and influenced by hunger and satiety cues. Although stable sleep patterns are expected, many parents face difficulties such as night awakenings and trouble falling asleep, often linked to parental mental health and family dynamics. **Objective:** This scoping review aimed to map the non-pharmacological interventions for promoting infant sleep available for family guidance and the instruments used to assess the effectiveness of these interventions. **Method:** The review considered studies with families of healthy full-term newborns and infants up to two years of age that explored non-pharmacological interventions promoting infant sleep carried out in the home setting. Forty-eight articles resulting from searches in databases and grey literature repositories were included. **Results:** The most prevalent intervention was educational, often combined with behavioral strategies. The evaluation of these

interventions was mainly carried out through questionnaires, scales, and sleep diaries. The review highlighted the central role of nurses in the implementation of these practices. The exclusion of participants with special health needs and sleep disorders is a limitation that prevents the generalization of the results to this population, indicating the need for future studies directed at these groups. **Final considerations:** The findings of this study have significant implications for the implementation of educational and behavioral interventions to promote infant sleep in primary health care, especially by nurses, during well-child visits, home visits, or group sessions. Study registration: This review was registered in the Open Science Framework (OSF) (https://osf.io/sd9yj/).

Keywords: Child Health; Sleep; Sleep Hygiene; Sleep Quality.

INTRODUÇÃO

O sono é um processo fisiológico essencial à vida humana, especialmente, para o neurodesenvolvimento infantil (Barry, 2021, 2022). Na infância é geralmente polifásico e determinado pelos sinais de fome e saciedade, fator predisponente à maioria dos despertares (Barry, 2021; Paavonen *et al*., 2020). Conforme ocorre o crescimento e desenvolvimento da criança, por volta dos dois anos de vida há uma redução nos despertares noturnos e nas sonecas diurnas (Ball *et al*., 2019; Barry, 2021; Paavonen *et al*., 2020). Entretanto, na perspectiva da família, há uma idealização de que os ciclos de sono infantil sejam ininterruptos, consolidados, autoconfortáveis e independentes (Goodlin-Jones *et al*., 2001). Nesse sentido, despertares noturnos e prolongados, assim como dificuldades para adormecer e manter o sono são preocupações comumente trazidas às consultas com profissionais da saúde infantil (Algarvio *et al*., 2013; Sadeh; Sivan, 2009).

Quando o comportamento de sono da criança não corresponde às expectativas sociais, esta caracteriza-se como sendo um “problema de sono” o qual deve ser resolvido pela família. No contexto familiar os despertares noturnos da criança estão relacionados à privação de sono da família, à discórdia parental e conjugal, depressão e ansiedade dos pais, com principal impacto à saúde materna, acometimento da saúde mental e emocional, comprometimento do vínculo mãe-filho, desmame precoce e aumento de traumatismos cranianos não acidentais na criança (Liebregts *et al*., 2025; Park *et al*., 2013; Ystrom *et al*., 2017; Zreik *et al*., 2022). Idealmente, as famílias que buscam por intervenções no sono infantil desejam que

as intervenções estejam alinhadas às suas necessidades e que sejam de aplicação prática (Gonilha, 2023).

As intervenções não farmacológicas para a regulação do sono em lactentes e crianças pré-escolares englobam uma diversidade de abordagens comportamentais e educativas. A literatura científica categoriza essas intervenções, predominantemente comportamentais, com a promoção da higiene do sono, a implementação de rotinas consistentes e a aplicação de técnicas de treinamento do sono, como a extinção e a extinção gradual. Adicionalmente, a psicoeducação parental e estratégias focadas na resposta dos cuidadores aos comportamentos noturnos da criança são componentes integrais e eficazes (Kudchadkar *et al*., 2017, 2022; Luijk *et al*., 2020; Williamson *et al*., 2022).

Embora a eficácia de muitas destas intervenções, particularmente, as de natureza comportamental, seja amplamente estudada e a sua implementação seja frequentemente realizada em contextos de atenção primária e hospitalar, observa-se uma lacuna na literatura. Especificamente, no que tange à síntese das diversas intervenções não farmacológicas disponíveis para a orientação familiar. Essa síntese é fundamental para prover aos profissionais de saúde um direcionamento baseado em evidências sobre as intervenções mais prevalentes e eficazes para aconselhamento do sono infantil (Kudchadkar *et al*., 2022; Mombelli *et al*., 2023; Williamson *et al*., 2022).

A ausência de um mapeamento claro sobre as intervenções mais utilizadas, dos instrumentos que avaliam a eficácia, a duração e frequência recomendadas e os profissionais responsáveis pela sua implementação, cria uma lacuna que dificulta a tomada de decisão dos profissionais da saúde informada por evidências. Corroborando, D'Souza e Cassels (2023), ressaltam a importância de investigar as diversas intervenções disponíveis para oferecer suporte qualificado às famílias. Desta forma, justifica-se a realização desta revisão pela necessidade de organizar e clarificar o panorama atual das intervenções não farmacológicas para o sono infantil, de modo a otimizar a sua aplicação e a potencializar a disseminação dessas intervenções na saúde infantil como forma de promover a saúde das crianças.

Sendo assim, o objetivo geral deste estudo foi mapear as intervenções não farmacológicas para promoção do sono infantil disponíveis para a orientação de famílias e os instrumentos usados para a avaliação da eficácia destas intervenções. Ainda, o estudo explorou a duração e frequência de implementação dessas

intervenções não farmacológicas de promoção do sono infantil e os profissionais responsáveis pelo seu desenvolvimento e implementação.

MÉTODO

Estudo *scoping review*, que seguiu as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Tricco *et al*., 2018).

Todas as etapas da revisão seguiram o protocolo de revisão de escopo, previamente elaborado e registrado na *Open Science Framework* (OSF) (https://osf.io/sd9yj/) e publicado no periódico Servir (Silva; Pestana; Backes, 2025).

Perguntas de pesquisa:

a) Quais as intervenções não farmacológicas de promoção do sono infantil que se encontram disponíveis para a orientação de famílias com crianças até os dois anos de idade?
b) Qual a duração e a frequência de implementação das intervenções não farmacológicas de promoção do sono infantil?
c) Que instrumentos são usados para a avaliação das intervenções não farmacológicas de promoção do sono infantil?
d) Quem são os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento e implementação das intervenções não farmacológicas de promoção do sono infantil?

Busca e identificação dos estudos relevantes

Desenvolveu-se uma estratégia de busca, utilizando as palavras-chave combinadas com os respetivos termos de indexação para cada uma das bases de dados/fontes.

As sequências de buscas foram formuladas e adaptadas para as particularidades de cada base de dados/fontes (Suplemento 1). Posteriormente, foram refinadas com a consultoria de uma pesquisadora experiente em revisões sistemáticas (MPS) para garantir melhor abrangência e precisão.

Uma busca sistemática foi conduzida entre 16 de dezembro de 2024 à 14 de fevereiro de 2025, abrangendo as seguintes bases de dados/fontes: PubMed, Web of Science (WoS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

(LILACS), Scopus (Elsevier), CINAHL (EBSCOhost), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), PsycINFO (EBSCOhost), Index Psi Periódicos (IndexPsi) e *Cochrane Library*. Além disso, a literatura cinzenta foi igualmente incluída, sendo efetuadas buscas no *ProQuest Dissertations & Theses Global* (PQDT Global) e *Google Scholar*® (selecionados os primeiros 100 resultados). A título de exemplo, apresenta-se a estratégia de busca realizada no PubMed (Quadro 1).

Quadro 1 - Expressão de pesquisa na PUBMED em 16 de dezembro de 2024.

PESQUISA	EXPRESSÃO	RESULTADOS
#1	Family[Title/Abstract] OR Parent*[Title/Abstract] OR Mother[Title/Abstract] OR Father[Title/Abstract] OR Tutor[Title/Abstract]	1,609,830
#2	Newborn[Title/Abstract] OR Toddler[Title/Abstract] OR Child*[Title/Abstract] OR Infant[Title/Abstract]	2,066,630
#3	Psychologic*[Title/Abstract] OR Behavior*[Title/Abstract] OR Behaviour*[Title/Abstract] OR Cognitive[Title/Abstract] OR "Cognitive Behavioral therapy"[Title/Abstract] OR "Cognitive Behavioural therapy"[Title/Abstract] OR Relaxation[Title/Abstract] OR "progressive muscle relaxation"[Title/Abstract] OR "complementary therapy"[Title/Abstract] OR "integrative therapy"[Title/Abstract] OR Reiki[Title/Abstract] OR Aromatherapy[Title/Abstract] OR "family constellation*"[Title/Abstract] OR "light therapy"[Title/Abstract] OR Environment*[Title/Abstract]	3,771,521
#4	Sleep[Title/Abstract] OR "Sleep hygiene"[Title/Abstract] OR "sleep health"[Title/Abstract]	237,717
#5	("Family"[Mesh:NoExp]) OR "Parents"[Mesh]	234,004
#6	("Infant, Newborn"[Mesh:NoExp]) OR "Infant"[Mesh:NoExp]	1,291,726
#7	(((((("Complementary Therapies"[Mesh:NoExp]) OR "Relaxation Therapy"[Mesh:NoExp]) OR "Aromatherapy"[Mesh]) OR "Therapeutic Touch"[Mesh]) OR "Environment"[Mesh:NoExp]) OR "Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh]	135,049
#8	("Sleep"[Mesh]) OR "Sleep Hygiene"[Mesh]	105,178
#9	#1 AND #2	395,990
#10	#5 AND #6	52,695
#11	#3 AND #4	70,474
#12	#7 AND #8	1,616
#13	#9 OR #10	419,463
#14	#11 OR #12	70,950
#15	#13 AND #14	5,377
#16	#13 AND #14 Filters: in the last 10 years, English, Portuguese, Spanish	3,511

Fonte: elaborado pelas autoras.

O processo de seleção dos estudos iniciou-se com a exportação dos registros identificados nas bases de dados/fontes para o *software Rayyan*® para a remoção de duplicatas, processo que envolveu a identificação automática pela ferramenta e a remoção manual pelo primeiro autor (LDS). Na sequência, dois revisores (LDS e PA) conduziram, de forma independente, a primeira fase de triagem por meio da leitura de títulos e resumos, aplicando os critérios de

elegibilidade (inclusão e exclusão) previamente estabelecidos. As discordâncias na seleção foram solucionadas em reuniões de consenso entre os dois revisores, alcançando-se um acordo em todos os casos e tornando desnecessária a participação de um terceiro revisor para discussão sobre a sua inclusão.

Critérios de inclusão

A revisão considerou estudos que incluíram famílias com recém-nascidos a termo e lactentes com idade até dois anos, de ambos os sexos, e que eram considerados saudáveis e que exploraram intervenções não farmacológicas promotoras do sono infantil, como: higiene do sono, educação para a saúde do sono, terapias psicológicas (terapia comportamental, cognitiva, cognitivo-comportamental, relaxamento, relaxamento muscular progressivo), terapias complementares e integrativas (Reiki, aromaterapia, constelações familiares), terapia de luz e mudanças no ambiente. Ainda, considerou-se para inclusão estudos onde as intervenções eram orientadas para serem realizadas no contexto domiciliar, podendo ter origem em cuidados primários de saúde ou em serviços públicos e privados, como comunidades, redes sociais, clínicas de sono, universidades e centros de saúde.

Todos os tipos de estudo foram contemplados, incluindo desenhos qualitativos, quantitativos e de métodos mistos, revisões sistemáticas e de escopo. Artigos publicados e não publicados (como artigos de conferência, dissertações e teses) foram igualmente considerados. Foram incluídos textos disponíveis em inglês, espanhol e português, sem restrição de data de publicação.

Critérios de exclusão

Foram excluídos estudos que incluíram famílias com recém-nascidos pré-termo ou com necessidades especiais de saúde ou que realizavam acompanhamento ambulatorial especializado. Adicionalmente, foram desconsiderados estudos que incluíram crianças com comorbidades, como refluxo gastroesofágico, cólicas, distúrbios do sono, infecções virais, fúngicas ou bacterianas, síndromes, transtornos psiquiátricos e/ou outras doenças. Além disso, foram excluídos estudos/publicações que envolviam intervenções tecnológicas, farmacoterapias, ingeríveis (incluindo ervas e medicina chinesa) e intervenções cirúrgicas.

Extração dos dados

Os estudos potencialmente relevantes foram lidos na íntegra e examinados segundo os critérios de inclusão e exclusão, de forma independente pelos mesmos revisores. Nesta etapa não houve discordâncias. A extração dos dados foi efetuada por meio de uma tabela no programa *Microsoft Excel*® (Suplemento 2) previamente elaborada pelas autoras.

Após a busca sistemática inicial, foi realizada uma triagem manual das referências dos artigos de revisões sistemáticas e de escopo incluídos, resultando na identificação de 13 novos estudos. Para o acesso a um estudo foi necessário o auxílio do software *Consensus*®, e dois estudos foram obtidos por meio de uma solicitação à bibliotecária da universidade de vínculo da primeira autora. Todos esses 13 estudos foram, então, submetidos à aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, sendo incluídos na lista final de estudos desta revisão.

A extração de dados foi iniciada após um processo de calibração entre os dois autores (LDS e PA). A tabela de extração de dados foi testada em uma amostra inicial de três estudos, garantindo a consistência e a confiabilidade na extração. Após a validação da tabela, a extração dos dados prosseguiu: a primeira autora (LDS) extraiu dados da primeira metade dos estudos, e a segunda autora (PA) ficou responsável pelos estudos subsequentes. Ao final, para uma verificação adicional, as tabelas de extração foram trocadas entre as autoras, permitindo uma revisão cruzada e a garantia da precisão dos dados coletados.

Análise e apresentação dos dados

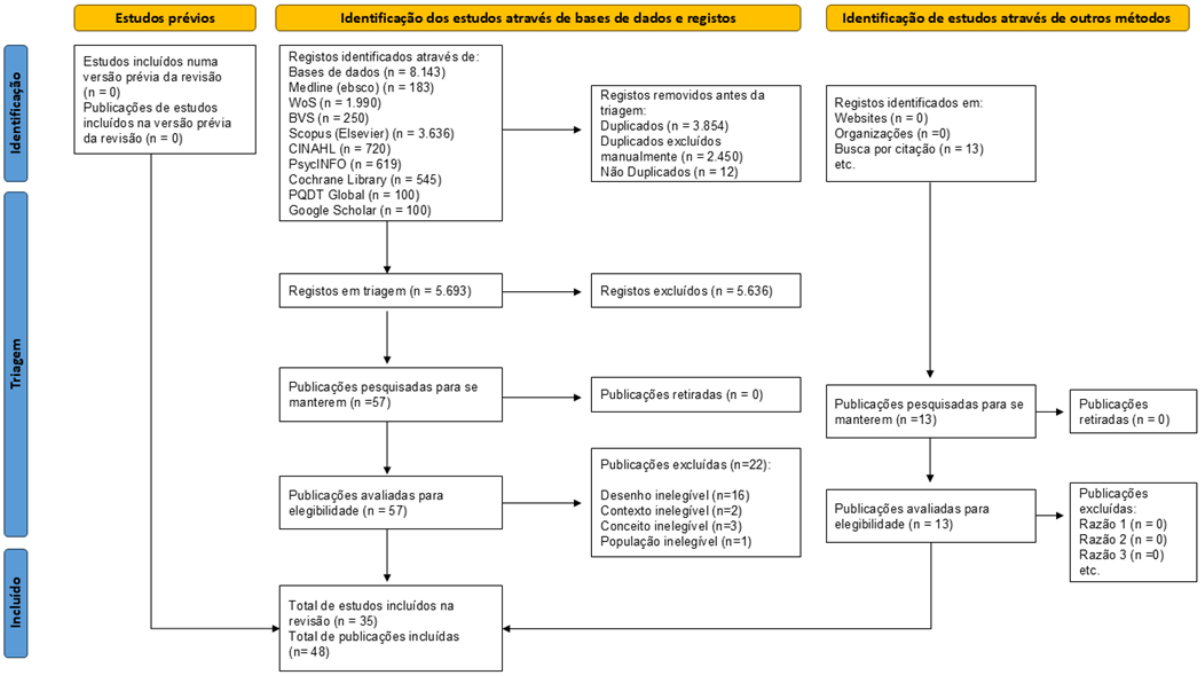
O mapeamento dos dados foi realizado pela primeira autora, mas, tiveram discussões com as três últimas autoras (RC, MPS e MTSB) para finalizar o modelo. Foi realizada uma descrição geral das características dos estudos por meio de figuras e gráficos para resumir informações, como a distribuição dos estudos por ano de publicação e localização. Adicionalmente, os dados correspondentes a cada questão de pesquisa serão apresentados de forma detalhada, combinando descrições narrativas e recursos visuais, para otimizar a clareza e a compreensão dos resultados.

RESULTADOS

Visão Geral

A busca resultou na identificação de 8.143 estudos, dos quais 48 atenderam os critérios de inclusão. O processo de seleção da literatura, bem como os critérios aplicados, está detalhado no fluxograma PRISMA apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA



Fonte: Fluxograma adaptado do Page *et al*. (2021).

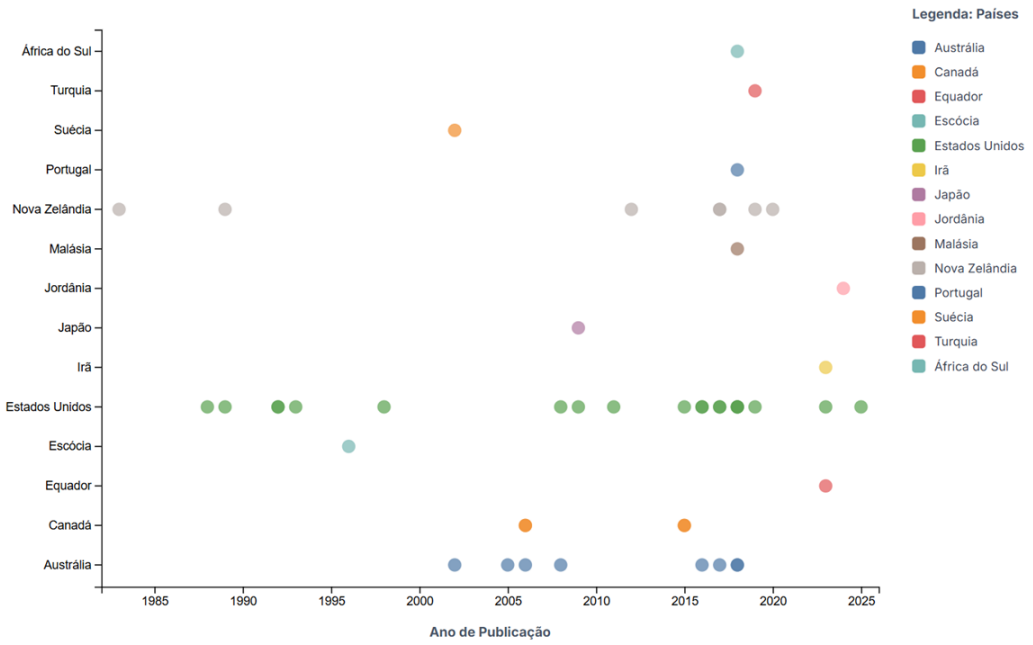
Os estudos incluídos representam um total de 14 países, com a maioria das publicações provenientes dos Estados Unidos (n=18) e Austrália (n=7). A Nova Zelândia e o Canadá contribuíram com seis e quatro estudos, respectivamente, enquanto os demais países (Figura 2) foram representados por apenas um estudo cada. A análise da distribuição temporal das publicações mostrou uma tendência flutuante de publicação, com um aumento de publicações notável em 2018 (n=7) conforme ilustrado na Figura 2.

O tamanho das amostras variou amplamente de n=9 (Chan et al., 2018) a um máximo de n=4.906 (Ahlers-Schmidt *et al*., 2024), com uma mediana de 140 participantes.

Em relação aos participantes, os resultados indicam que a maioria dos estudos focou em participantes adultos do sexo feminino (mães). A proporção de

meninos e meninas nas amostras de crianças apresentou grande variedade entre os estudos.

Figura 2 - Distribuição dos estudos conforme país de origem e ano de publicação

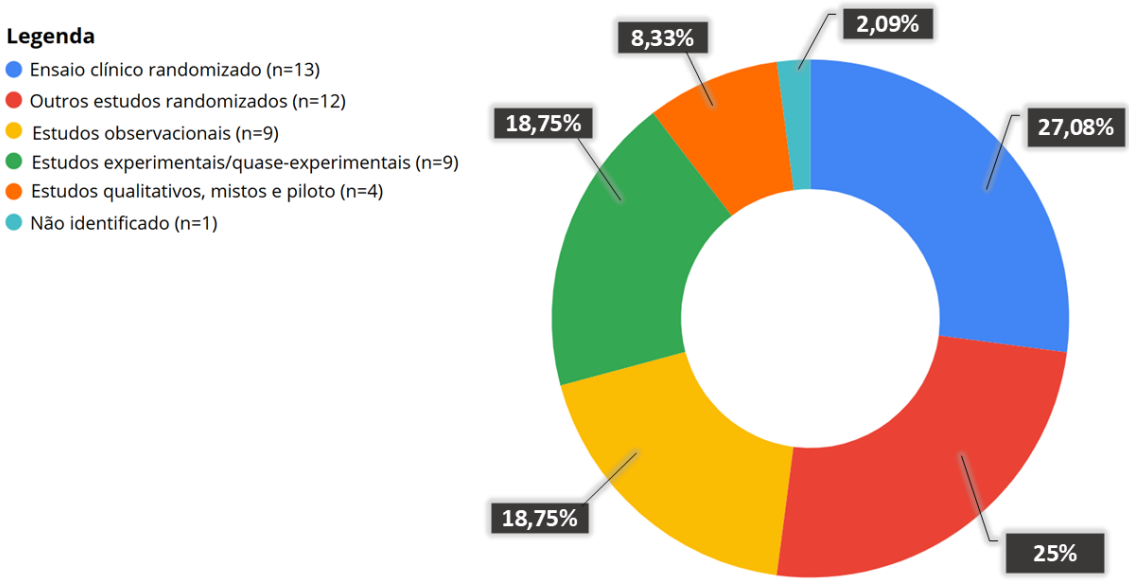


Fonte: elaborado pelas autoras.

Em alguns casos observou-se um equilíbrio de sexo (ex: 50% meninas, 50% meninos) (Rickert; Johnson, 1988), enquanto em outros, uma predominância de meninas (Adams; Rickert, 1989; Covington *et al*., 2019; Dönmez; Temel, 2019; Field *et al*., 2008; Honaker *et al*., 2018; Mindell *et al*., 2009, 2018; Paul *et al*., 2011; Rezaei *et al*., 2023; Symon *et al*., 2005; Wolfson *et al*., 1992) ou de meninos (Eckerberg, 2002; Galland *et al*., 2017; Hall; Liva *et al*., 2015; Hiscock, 2002; Hiscock *et al*., 2007; Honaker *et al*., 2018; Martins *et al*., 2018; Rickert; Johnson, 1988; Seymour *et al*., 1983). No entanto, a maioria dos estudos não especificou o sexo dos participantes infantis, o que impossibilitou a identificação de um padrão claro.

O delineamento metodológico predominantemente foi o ensaio clínico randomizado (n=13), seguido por outros estudos randomizados (n=12), observacionais e experimentais/quase-experimentais (n=9) e, estudos qualitativos, mistos e piloto (n=4). Apenas um estudo não teve seu método de pesquisa identificado, conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3 - Porcentagem dos estudos por desenho de estudo



Fonte: elaborado pelas autoras.

Intervenções e orientações práticas para o sono infantil

Na análise dos 48 estudos, identificaram-se diferentes intervenções para o sono infantil, com predominância das abordagens educacionais. Essas intervenções foram implementadas por meio de múltiplos formatos e formas, como sessões em grupos e individuais, presenciais ou on-line, programas de visitas domiciliares, materiais impressos (folhetos, livretos, livros) e recursos multimídia (vídeos e materiais de áudio) (Abuhammad; Bani Younis; Ahmed, 2024; Adachi *et al*., 2009; Adair *et al*., 1992; Dönmez; Temel, 2019; Dorjulus *et al*., 2023; Eckerberg, 2002; Galland *et al*., 2017; Hall *et al*., 2006b, 2015b; Hatch *et al*., 2019; Hiscock *et al*., 2007; Hutton *et al*., 2017; Kerr; Jowett; Smith, 1996, p. 2006; Martins *et al*., 2018; Osborne; Blunden, 2018; Paul *et al*., 2011, 2016; Sayers *et al*., 2017; Seymour *et al*., 1989; Sweeney; Signal; Babbage, 2020; Symon *et al*., 2005; Wolfson; Lacks; Futterman, 1992). Observou-se, frequentemente, a integração dessas intervenções com estratégias comportamentais como o "*Possums Sleep Program*", que utilizou recursos audiovisuais e manuais de exercícios como suporte (Ball *et al*., 2018). E estudos que associaram massagem com material instrutivo e orientações sobre rotinas e higiene do sono (Chan *et al*., 2018; Field *et al*., 2016; Mindell *et al*., 2018; Rezaei *et al*., 2023).

Além disso, as intervenções incorporaram técnicas cognitivo-comportamentais para a modificação do comportamento do sono. Essas estratégias incluíram a implementação de rotinas, higiene do sono, bem como métodos como a extinção gradual, extinção não modificada, extinção modificada, presença parental, presença parental com apoio, despertares programados, ignorar sistematicamente, choro controlado e o desvanecimento da hora de dormir (Adams; Rickert, 1989; Covington *et al*., 2019; Gradisar *et al*., 2016; Hiscock, 2002; Hiscock *et al*., 2007, 2008; Honaker *et al*., 2018; Martins *et al*., 2018; Mindell *et al*., 2009, 2017; Rickert; Johnson, 1988; Sweeney; Signal; Babbage, 2020).

Outras intervenções menos comuns também foram identificadas. Apenas um estudo utilizou uma intervenção olfativa, utilizando o odor materno (Goodlin-Jones; Eiben; Anders, 1997), e outro aplicou um banho com óleo de lavanda antes de dormir (Field *et al*., 2008). Três estudos se concentraram na prevenção da síndrome da morte súbita infantil (SMSI), fornecendo berços portáteis, kits de berço seguro e caixas com colchão para famílias de baixa renda associadas a uma intervenção educativa (Ahlers-Schmidt *et al*., 2024; Hauck *et al*., 2015; Ward *et al*., 2018). E outros três estudos utilizaram-se de intervenções comportamentais (Pinilla; Birch, 1993; Seymour *et al*., 1983; Symon; Crichton, 2017).

Com relação à duração e frequência das intervenções, essas variaram consideravelmente entre os estudos. Diversas abordagens consistiram em uma única sessão educativa em grupo, com duração de 20 minutos a cinco horas, realizadas on-line ou presencial (Abuhammad; Bani Younis; Ahmed, 2024; Adachi *et al*., 2009; Field *et al*., 2016, 2008; Galland *et al*., 2017; Hall *et al*., 2006b, 2006a, 2015a, 2015b; Hatch *et al*., 2019; Osborne; Blunden, 2018; Sayers *et al*., 2017; Seymour *et al*., 1989; Sweeney; Signal; Babbage, 2012, 2020). Frequentemente, essa sessão única era complementada por um período de acompanhamento, que incluía suporte por telefone, visitas domiciliares ou materiais educativos, estendendo-se de duas semanas a alguns meses (Galland *et al*., 2017; Hall *et al*., 2015a, 2015b; Hall *et al*., 2006, 2006; Hatch *et al*., 2019; Paul *et al*., 2016; Rickert; Johnson, 1988; Sayers *et al*., 2017; Seymour *et al*., 1989; Sweeney; Signal; Babbage, 2012, 2020). Outras intervenções foram estruturadas em múltiplas sessões, com encontros semanais ou quinzenais, ou envolveram práticas diárias, como rotinas de sono ou massagens, por um período determinado de semanas

(Chan et al., 2018; Martins *et al*., 2018; Mindell *et al*., 2009, 2017; Rezaei *et al*., 2023; Seymour *et al*., 1983; Wolfson; Lacks; Futterman, 1992).

Alguns estudos realizaram a intervenção por meio de sessão individual (Gradisar *et al*., 2016), consultas em consultório (Adair *et al*., 1992; Ball *et al*., 2018; Eckerberg, 2002; Hiscock, 2002; Hiscock *et al.*, 2007, 2007; Symon; Crichton, 2017; Symon *et al*., 2005) ou visitas domiciliares (Dönmez; Temel, 2019; Hutton *et al*., 2017; Ward *et al*., 2018) que incluíam suporte por telefone, materiais educativos seguidos de acompanhamento ou não. Estudos implementaram programas de longo prazo, com duração de vários meses a mais de um ano (Adams; Rickert, 1989; Covington *et al*., 2019; Goodlin-Jones; Eiben; Anders, 1997; Hauck *et al*., 2015; Honaker *et al*., 2018; Kerr; Jowett; Smith, 1996; Mindell *et al*., 2018; Rickert; Johnson, 1988; Seymour *et al*., 1983). No entanto, em alguns casos, a duração e a frequência não foram claramente informadas, eram contínuas, ou ajustadas conforme a necessidade de cada família (Adams; Rickert, 1989; Ahlers-Schmidt *et al*., 2024; Dorjulus *et al*., 2023; Feld *et al*., 2023; Field *et al*., 2008; Paul *et al*., 2011, 2016).

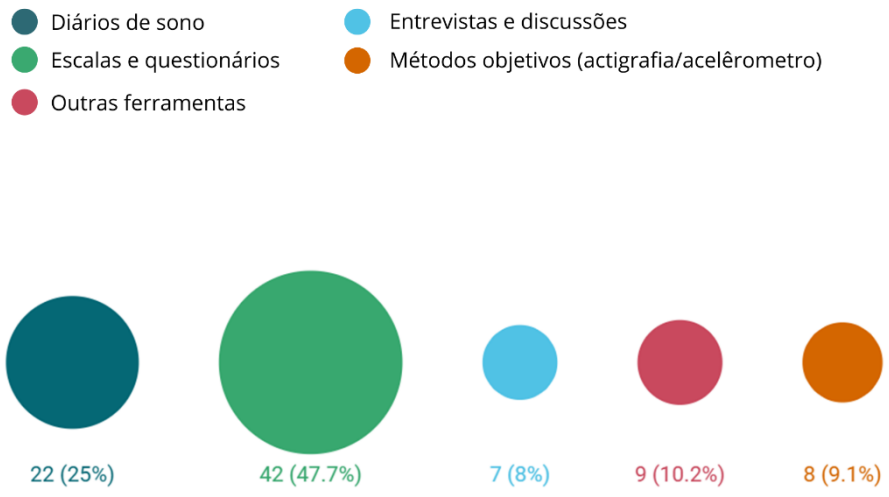
Instrumentos de avaliação das intervenções

Um total de 88 instrumentos foram identificados para avaliar as intervenções não-farmacológicas para o sono infantil. Os instrumentos de avaliação mais encontrados incluem questionários pré e pós intervenção (Ahlers-Schmidt *et al*., 2024; Osborne; Blunden, 2018; Ward *et al*., 2018), *Brief Infant Sleep Questionnaire* (BISQ) (Covington *et al*., 2019; Field *et al*., 2016; Honaker *et al*., 2018; Mindell *et al*., 2009, 2018; Paul *et al*., 2016; Rezaei *et al*., 2023), questionários relacionados ao sono, humor e fatores psicossociais (Goodlin-Jones; Eiben; Anders, 1997; Sweeney; Signal; Babbage, 2012), a cognição materna sobre o sono infantil (Hall *et al*., 2015b), o conhecimento sobre o sono (Abuhammad; Bani Younis; Ahmed, 2024; Hauck *et al*., 2015), as estratégias parentais e rotinas na hora de dormir (Hatch *et al*., 2019; Paul *et al*., 2016), a saúde do paciente (PHQ-2) (Feld *et al*., 2023), os hábitos de sono (Martins *et al*., 2018; Sweeney; Signal; Babbage, 2020) e questionários que avaliaram os padrões de sono, problemas de sono em crianças e mães e os comportamentos dos pais em resposta ao despertar noturno (Adachi *et al.*, 2009). E, escalas como a Escala de Avaliação Multidimensional de Fadiga, Escala da Medida de Depressão (Hall; Hutton, *et al*., 2015), Escala de Sonolência de *Epworth* para os

pais (Hall et al., 2006b; Mindell et al., 2018), Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo e Escala Breve de Introspecção de Humor (Mindell *et al*., 2018), Escala de Ajustamento Diádico (Adams; Rickert, 1989), o Índice de estresse parental e o Inventário de ansiedade traço-estado (Mindell *et al*., 2018), Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh para os pais (Hall *et al*., 2006b, 2015b; Mindell *et al*., 2018; Rezaei *et al*., 2023).

Além disso, foram usados os diários de sono, em 19 estudos (Eckerberg, 2002; Galland *et al*., 2017; Gradisar *et al*., 2016; Hall *et al*., 2006a, 2015a, 2015b; Hiscock *et al*., 2007; Mindell *et al*., 2009, 2017; Paul *et al*., 2011; Pinilla; Birch, 1993; Rickert; Johnson, 1988; Sayers *et al*., 2017; Seymour *et al*., 1983, 1989; Sweeney; Signal; Babbage, 2012, 2020; Symon *et al*., 2005; Wolfson; Lacks; Futterman, 1992). Ressalta-se que em alguns estudos ocorreu a combinação entre questionários, escalas, índices, diários de sono e/ou actigrafia para avaliar a eficácia da intervenção (Eckerberg, 2002; Galland *et al*., 2017; Gradisar *et al*., 2016; Hall et al., 2006b, 2006a, 2015a, 2015b; Mindell *et al*., 2009, 2018; Pinilla; Birch, 1993; Rezaei *et al*., 2023; Sayers *et al*., 2017; Sweeney; Signal; Babbage, 2012, 2020). Instrumentos com métodos objetivos também foram encontrados para avaliar o sono das crianças como actigrafia (Galland *et al*., 2017; Gradisar *et al*., 2016; Hall *et al*., 2006a, 2015a, 2015b; Sweeney; Signal; Babbage, 2012, 2020) e acelerômetro (Hatch et al., 2019). A Figura 4 ilustra os instrumentos avaliativos de intervenções não-farmacológicas para o sono infantil.

Figura 4 - Instrumentos avaliativos de intervenções não-farmacológicas para o sono infantil.



Fonte: Figura gerada pela Inteligência Artificial *Infogram*® em 07 de novembro de 2025 e texto elaborado pelas autoras, 2025.

Profissionais da saúde envolvidos na promoção do sono infantil

A análise dos estudos incluídos nesta revisão revela que a implementação de intervenções não farmacológicas para a promoção do sono infantil é predominantemente conduzida por profissionais da saúde que atuam na linha de frente do cuidado materno-infantil. De forma destacada por enfermeiros (n=16) (Abuhammad; Bani Younis; Ahmed, 2024; Ball *et al*., 2018; Chan *et al*., 2018; Dorjulus *et al*., 2023; Hall *et al*., 2006b, 2006a, 2015b; Hatch *et al*., 2019; Hauck *et al*., 2015; Hiscock *et al.*, 2007, 2008; Paul *et al*., 2011, 2016; Symon; Crichton, 2017; Symon *et al*., 2005; Ward *et al*., 2018) e médicos clínicos/da família/pediatras (n=10) (Adachi *et al*., 2009; Adair *et al*., 1992; Ball *et al*., 2018; Chan *et al*., 2018; Dönmez; Temel, 2019; Eckerberg, 2002; Hiscock, 2002; Martins *et al.*, 2018; Osborne; Blunden, 2018; Symon; Crichton, 2017) como os principais responsáveis pela aplicação dessas estratégias, o que é consistente com seu papel central no acompanhamento do desenvolvimento infantil e no contato direto e contínuo com as famílias. Além da atuação individual, observou-se também a relevância de abordagens colaborativas, com intervenções sendo implementadas por equipes multiprofissionais (com formação em psicologia, medicina, serviço social, ensino, enfermagem e cuidados infantis e/ou consultores do sono) (n=4) (Honaker *et al*., 2018; Hutton *et al*., 2017; Kerr; Jowett; Smith, 1996; Seymour *et al*., 1983) e equipes de centros de saúde (n=1) (Feld *et al*., 2023), indicando um reconhecimento da natureza multifatorial dos desafios do sono e da necessidade de uma abordagem integrada.

Adicionalmente, os achados apontam para um campo em especialização, com a presença de pesquisadores com treinamento específico em sono infantil (n=5) (Adams; Rickert, 1989; Ball *et al*., 2018; Dönmez; Temel, 2019; Galland *et al*., 2017; Osborne; Blunden, 2018) e instrutores do sono (n=1) (Ahlers-Schmidt *et al*., 2024), além de profissionais com focos terapêuticos específicos, como massoterapeutas (n=2) (Field *et al*., 2016; Rezaei *et al*., 2023) e psicólogos (n=1) (Rickert; Johnson, 1988). Contudo, destacou-se a expressiva quantidade de estudos (n=11) que não especificaram a qualificação do profissional que conduziu a intervenção (Covington *et al*., 2019; Field *et al*., 2008; Gradisar *et al*., 2016; Hall *et al*., 2015a; Mindell *et al*.,

2009, 2018; Pinilla; Birch, 1993; Sayers *et al*., 2017; Sweeney; Signal; Babbage, 2012, 2020; Wolfson; Lacks; Futterman, 1992). E apenas três estudos mencionaram o assistente de pesquisa como profissional envolvido na implementação de intervenções para o sono infantil (Goodlin-Jones; Eiben; Anders, 1997; Hall *et al*., 2015b; Mindell *et al*., 2017).

DISCUSSÃO

Principais descobertas

As intervenções não-farmacológicas para o sono infantil foram majoritariamente de caráter educacional, aplicadas em sessões individuais ou grupais. Um componente comum a muitas das intervenções foi a inclusão de um período de acompanhamento com suporte telefônico e visitas domiciliares com duração variável, indo de duas semanas a vários meses. A duração e frequência das intervenções apresentam considerável heterogeneidade, desde uma sessão única (de 20 minutos a 5 horas) até múltiplos encontros semanais ou quinzenais. A avaliação dos desfechos das intervenções foi realizada, principalmente, por meio de questionários, escalas e diários de sono. Os profissionais que implementaram as intervenções foram predominantemente enfermeiros.

Abordagens para promover o sono infantil

No contexto das pesquisas, as intervenções comportamentais parecem funcionar melhor em crianças maiores de dois anos (Halal; Nunes, 2014). Dentre as intervenções mais encontradas estão as de extinção. A extinção fundamenta-se na supressão do reforço contingente a comportamentos disruptivos, como o choro ao acordar, visando sua eliminação a longo prazo. A apresentação mais rigorosa é a extinção não modificada, a qual exige que os pais coloquem a criança na cama em um horário pré-estabelecido e a ignoram até o horário de despertar matinal. Contudo, a falta de consistência e a ansiedade parental são fatores que comprometem a implementação desse método (Etherton; Blunden; Hauck, 2016; Halal; Nunes, 2014).

Em contraste, métodos de extinção gradual consistem em ignorar as demandas da criança por períodos de tempo específicos, ajustados conforme a idade da criança e tolerância dos pais ao choro da criança, variando de 15 segundos

a um minuto. O objetivo dessa intervenção é promover a capacidade da criança de autoacalmar (Etherton; Blunden; Hauck, 2016; Halal; Nunes, 2014). De modo similar, a extinção sistemática permite que os pais confortem a criança rapidamente a cada 5 a 10 minutos, garantindo que não haja complicações (Halal; Nunes, 2014). Outra variação é a extinção modificada uma abordagem na qual um o familiar se retira do ambiente, mas retorna em intervalos para verificar ou tranquilizar o lactente (Honaker *et al*., 2018).

As intervenções destinadas à melhoria na qualidade do sono de crianças são predominantemente de natureza comportamental-educacional. Essas intervenções orientam os pais sobre práticas de sono seguro, higiene do sono e estratégias comportamentais, bem como na redução de despertares noturnos, problemas de resistência ao sono ou insônia (Aggelou *et al*., 2024; Bastida-Pozuelo; Sánchez-Ortuño; Meltzer, 2018; Kirkpatrick; Louw; Leader, 2019; Tsai *et al*., 2020). Contudo, estudo clínico randomizado conduzido por Santos *et al*. (2019), no Brasil, avaliou a eficácia de uma intervenção educativa na promoção da duração do sono noturno em crianças de 3 a 24 meses. As conclusões do estudo indicaram que a intervenção educativa não resultou em um aumento na duração do sono noturno para os lactentes do grupo de intervenção. Essa discordância sugere que a eficácia dessas intervenções pode variar, dependendo do contexto cultural e socioeconômico, como destacado pelos autores, que observaram hábitos de sono distintos na população brasileira em comparação com a de países de alta renda (Santos *et al*., 2019).

Estudos demonstram que intervenções educativas, implementadas em diferentes contextos como programas hospitalares, visitas domiciliares ou durante as consultas de puericultura, são eficazes. Essas práticas demonstram uma melhora significativa no conhecimento parental e na adesão às práticas de sono seguro (Bastida-Pozuelo; Sánchez-Ortuño; Meltzer, 2018; McDonald *et al*., 2019). Essas evidências sugerem que abordagens multifacetadas, combinadas com o acompanhamento contínuo, mostram-se altamente eficazes, quando comparadas aos métodos de intervenção única (Aggelou *et al*., 2024). Estruturalmente, essas intervenções com suporte de materiais informativos e conduzidas por profissionais qualificados demonstram consistentemente resultados positivos, com altas taxas de retenção e aceitação dos programas de promoção do sono infantil. As orientações no pré-natal, seguidas de apoio pós-natal, também desempenham papel importante,

contribuindo para a confiança e satisfação materna (Aggelou *et al*., 2024; Malkani *et al*., 2022).

O predomínio de intervenções educacionais identificado na revisão de escopo é coerente com os fundamentos do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, segundo o qual o conhecimento e a percepção de benefícios da ação constituem elementos centrais para a mudança de comportamento em saúde (Pender; Murdaugh; Parsons, 2011). Ao oferecer às famílias informações estruturadas sobre fisiologia do sono infantil, higiene do sono, rotinas e sinais de cansaço, as intervenções educacionais atuam diretamente sobre os fatores cognitivo-perceptuais que, conforme o MPS, predispõem o indivíduo à adoção de comportamentos promotores da saúde. O reconhecimento dos benefícios de uma rotina de sono consistente, aliado à redução das barreiras percebidas, como o medo de que a criança sofra ou de que a intervenção comprometa o vínculo afetivo, configura-se como o mecanismo pelo qual essas intervenções promovem desfechos favoráveis no sono infantil e no bem-estar familiar.

Tipos de avaliação (objetiva/subjetiva) / tempo / idade dos participantes

No que tange à frequência e à duração das intervenções, destaca-se uma considerável heterogeneidade. Em um estudo quase-experimental, enfermeiros conduziram uma intervenção de sessão única em grupo com duração de 45 minutos (Bastida-Pozuelo; Sánchez-Ortuño; Meltzer, 2018). Outro estudo, com intervenção contínua com um programa de quatro sessões em domicílio, também demonstrou eficácia. Sendo assim, observa-se que a eficácia das intervenções é independente da sua frequência ou duração, estando relacionada com o foco da educação, na adaptação às necessidades específicas das famílias e na facilidade de implementação das recomendações (Aggelou *et al*., 2024; Bastida-Pozuelo; Sánchez-Ortuño; Meltzer, 2018; Chung *et al*., 2024; Pattison *et al*., 2022).

A predominância de questionários, escalas e diários de sono se deve à sua capacidade de captar múltiplas dimensões do sono, rotinas, o comportamento infantil e a percepção dos pais com relação ao sono, sendo úteis em grandes amostras e em contextos domiciliares (Clarke *et al*., 2024; Papadopoulos et al., 2022). Diante disso, estudos evidenciaram o uso extensivo de instrumentos subjetivos, como questionários preenchidos por pais/cuidadores, escalas de hábitos

de sono e diários de sono, para mensurar desfechos relacionados ao sono infantil (Chae *et al*., 2024; Sadeh; Mindell, 2016).

A avaliação de intervenções para o sono infantil frequentemente integra a combinação de instrumentos subjetivos, com objetivos, como a actigrafia. Estudos sugerem a importância da combinação de instrumentos subjetivos com objetivos, especialmente, após os seis meses de idade, quando os pais subestimam os despertares noturnos (Horger *et al*., 2021; Tikotzky; Volkovich, 2019). A actigrafia é um método objetivo que mede o movimento, em que o monitor é posicionado no pulso ou tornozelo da criança durante o período de observação (Camerota *et al*., 2018). Esse dispositivo complementa os questionários, sendo este recomendado para avaliação precisa dos estados de sono e vigília (Antsygina *et al*., 2025; Chae *et al*., 2024; Horger *et al*., 2021).

Os instrumentos subjetivos são mais prevalentes, uma vez que oferecem maior praticidade, baixo custo e facilidade de aplicação (McDaid *et al*., 2019; Papadopoulos *et al*., 2022; Tsai *et al*., 2020). O Brief Infant Sleep Questionnaire (BISQ) é um questionário amplamente utilizado para avaliar padrões de sono, número de despertares noturnos e outros aspectos do sono infantil (Antsygina *et al*., 2025; Tikotzky; Volkovich, 2019). Já os questionários para os pais e diários de sono são frequentemente utilizados para medir padrões de sono, problemas de sono, comportamentos parentais e conhecimento sobre o sono, sendo úteis tanto em avaliações pré quanto pós-intervenção (Antsygina *et al*., 2025; Horger *et al*., 2021). As escalas de cognição parental também são utilizadas para avaliar mudanças após uma intervenção (Antsygina *et al*., 2025; Inhulsen *et al*., 2022; Kahn *et al*., 2020).

Contudo, a validade desses instrumentos é limitada, devido à subjetividade dos relatos fornecidos pela família. Os relatos estão suscetíveis e podem sofrer influência do contexto e percepção individual dos familiares, podendo comprometer a precisão da coleta de dados (Antsygina *et al*., 2025; Chae *et al*., 2024; McDaid *et al*., 2019). Em um esforço para aprofundar a compreensão dessas influencias, Boedker *et al*. (2024), desenvolveram o *Views oN Infant Sleep Questionnaire* (VNIS). Este instrumento foi criado para avaliar crenças parentais sobre o sono infantil, abordando aspectos como independência, proximidade e percepção dos despertares noturnos. Ao incluir a perspectiva transcultural, o VNIS permite uma exploração mais profunda sobre as práticas de sono dos familiares, reconhecendo o

papel fundamental que a cognição e o contexto desempenham nos relatos das famílias (Boedker *et al*., 2024).

Principal profissional envolvido na implementação das intervenções

Enfermeiros são frequentemente os principais responsáveis por promover, implementar e monitorar intervenções para o sono seguro de recém-nascidos (Abdelrahman; Hashem; Abo-Seif, 2024; Firmino *et al*., 2022; Gu *et al*., 2025; Patterson; Adams; Ramieh, 2022). Eles lideram iniciativas de educação, aplicam técnicas de manejo ambiental, posicionamento terapêutico e relaxamento, além de orientar pais e cuidadores sobre práticas seguras de sono (Abdelrahman; Hashem; Abo-Seif, 2024; Firmino *et al*., 2022; Gu *et al*., 2025; Patterson; Adams; Ramieh, 2022; Robinette; Palokas, 2023; Stringer *et al*., 2022). Entretanto, observa-se um domínio insuficiente de conhecimento sobre o sono de crianças saudáveis e prematuros (Gu *et al*., 2025). Nesse sentido, enfatiza-se a importância de treinamentos, capacitações e formações especializadas no sono infantil (Abdelrahman; Hashem; Abo-Seif, 2024).

Estudo quase-experimental conduzido por Skuladottir, Sigurdardottir e Svavarsdottir (2021), avaliaram a confiança de enfermeiros em prestar cuidados às famílias de bebês com problemas de sono na atenção primária. As conclusões evidenciaram que o programa *Better Sleep Better Well-being* (BSBW) conduzido em 20 sessões com discussão de casos clínicos e com informações baseadas em evidências científicas aumentou o nível de confiança dos profissionais da prestação dos cuidados às famílias com crianças com problemas de sono (Skuladottir; Sigurdardottir; Svavarsdottir, 2021). Corroborando, percebe-se que o aprimoramento do conhecimento e habilidades dos enfermeiros resulta em melhorias na adesão às recomendações de sono seguro e na educação aos familiares, com potencial de redução para os riscos de morte súbita neonatal e melhores desfechos no desenvolvimento infantil (Abdelrahman; Hashem; Abo-Seif, 2024; Cho *et al*., 2020).

A atuação do enfermeiro como principal implementador das intervenções não farmacológicas para o sono infantil, evidenciada pelos estudos incluídos nesta revisão, expressa o papel que Anne Casey atribui ao profissional de Enfermagem no Modelo de Parceria de Cuidados: o de agente educador e apoiador que capacita a família para reconhecer e atender às necessidades da criança (Casey, 1993). O enfermeiro, ao conduzir orientações sobre sono em consultas de puericultura, visitas

domiciliares ou sessões em grupo, estabelece uma parceria com a família, respeitando sua singularidade e potencializando sua competência para o cuidado. Esse papel protagonista do Enfermeiro reforça a pertinência de integrar sistematicamente a promoção do sono infantil nas práticas de Enfermagem em Atenção Primária à Saúde, constituindo-o como espaço privilegiado de implementação de intervenções baseadas em evidências e centradas na família.

Limitações do estudo

Um número significativo de estudos não menciona a qualificação do profissional envolvido na implementação da intervenção para o sono infantil, isso representa uma limitação significativa na literatura. Estudos ressaltam que a implementação bem-sucedida de intervenções para o sono infantil não depende apenas do conteúdo do programa, mas também do treinamento, suporte e engajamento dos profissionais (Drozd *et al*., 2024; Jarvis *et al*., 2024; Levenson; Williamson, 2023). A omissão de dados sobre os implementadores e as adaptações realizadas em contextos reais restringe a avaliação da eficácia e impede a replicação em diferentes cenários e prática clínica (Bromley, 2023; Jarvis *et al*., 2024; Levenson; Williamson, 2023).

Outras limitações são de caráter metodológico, importantes de serem consideradas na interpretação dos resultados. Esta revisão limitou-se aos idiomas inglês, português e espanhol, resultando em uma representação incompleta das intervenções não-farmacológicas para a promoção do sono infantil. Além disso, foram excluídos estudos que envolveram intervenções que utilizaram meios ou tecnologias digitais, restringindo a aplicabilidade das intervenções em diferentes cenários. A exclusão de participantes com necessidades especiais em saúde e com distúrbios do sono impede a generalização dos resultados para essa população, ressaltando a realização de estudos futuros direcionados a esses grupos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou mapear as intervenções não farmacológicas para promoção do sono infantil disponíveis para a orientação de famílias e os instrumentos usados para a avaliação da eficácia destas intervenções. Os achados indicam que a abordagem educacional foi a intervenção predominante,

frequentemente combinada com métodos comportamentais. Essas intervenções normalmente foram realizadas na modalidade presencial, por meio de sessões em grupo, visitas domiciliares ou durante consultas de puericultura. Também, observou-se a utilização de materiais informativos (folhetos, livretos, livros e vídeos) complementares às sessões educativas. A duração e a frequência das intervenções variaram consideravelmente, de 20 minutos a cinco horas, com períodos de acompanhamento de semanas a meses. No entanto, a variabilidade temporal reforça a importância de que as intervenções sejam adaptadas às necessidades individuais de cada família, independentemente da sua duração ou frequência.

A avaliação das intervenções não-farmacológicas foi realizada em sua maioria, por meio de questionários, escalas e diários de sono, muitos dos questionários aplicados foram de pré e pós-intervenção. Ainda, a revisão destacou a atuação central de enfermeiros na implementação dessas intervenções, ressaltando o papel crucial desses profissionais na promoção da saúde do sono infantil.

Esta revisão de escopo contribui para o conhecimento sobre as intervenções não-farmacológicas para a promoção do sono infantil disponíveis para a orientação de famílias com crianças até os dois anos de idade, apresentando os principais profissionais responsáveis pela implementação e os instrumentos utilizados para avaliação dessas intervenções. Os resultados deste estudo apresentam implicações significativas para a implementação de intervenções educacionais e comportamentais no contexto da atenção primária, especialmente, quando conduzidas por enfermeiros. As lacunas identificadas na literatura brasileira sobre a promoção do sono infantil, especificamente, em publicações de autoria de enfermeiros, apontam para a necessidade urgente de pesquisas futuras. Essas investigações poderiam focar no desenvolvimento, implementação e avaliação de intervenções adaptadas à realidade brasileira.

REFERÊNCIAS

ABDELRAHMAN, M. M.; HASHEM, R.; ABO-SEIF, L. M. E.-S. Promoting infant safe sleep practices among neonatal and paediatric nurses through simulation-based training program. **Journal of Pediatric Nursing**, [*s. l.*], v. 77, p. e474–e479, 2024. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0882596324001945. Acesso em: 4 set. 2025.

ABUHAMMAD, S.; BANI YOUNIS, A.; AHMED, A. H. Impact of a structured sleep education program on mothers' knowledge and attitudes toward infant sleeping. **Heliyon**, [*s. l.*], v. 10, n. 9, p. e29885, 2024. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11070819/. Acesso em: 3 jul. 2025.

ADACHI, Y. *et al.* A Brief Parental Education for Shaping Sleep Habits in 4-Month-Old Infants. **Clinical Medicine & Research**, [*s. l.*], v. 7, n. 3, p. 85–92, 2009. Disponível em: http://www.clinmedres.org/cgi/doi/10.3121/cmr.2009.814. Acesso em: 20 ago. 2025.

ADAIR, R. *et al.* Reducing Night Waking in Infancy: A Primary Care Intervention. **Pediatrics**, [*s. l.*], v. 89, n. 4, p. 585–588, 1992. Disponível em: https://publications.aap.org/pediatrics/article/89/4/585/58076/Reducing-Night-Waking-in-Infancy-A-Primary-Care. Acesso em: 20 ago. 2025.

ADAMS, L. A.; RICKERT, V. I. Reducing Bedtime Tantrums: Comparison Between Positive Routines and Graduated Extinction. **Pediatrics**, [*s. l.*], v. 84, n. 5, p. 756–761, 1989. Disponível em: https://publications.aap.org/pediatrics/article/84/5/756/56324/Reducing-Bedtime-Tantrums-Comparison-Between. Acesso em: 20 ago. 2025.

AGGELOU, M. *et al.* Evaluating Educational Patterns and Methods in Infant Sleep Care: Trends, Effectiveness, and Impact in Home Settings—A Systematic Review. **Children**, [*s. l.*], v. 11, n. 11, p. 1337, 2024. Disponível em: https://www.mdpi.com/2227-9067/11/11/1337. Acesso em: 3 set. 2025.

AHLERS-SCHMIDT, C. R. *et al.* Safe sleep crib clinics: Promoting risk reduction strategies for sudden unexpected infant death. **PEC Innovation**, [*s. l.*], v. 6, p. 100370, 2024. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11750555/. Acesso em: 3 jul. 2025.

ALGARVIO, S.; ISABEL, L.; MAROCO, J. Parental concerns' prevalence and socio-demographic variables in general parenting. **Journal of Child Health Care**, [*s. l.*], v. 17, n. 2, p. 204–214, 2013. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493512456107. Acesso em: 5 set. 2025.

ANTSYGINA, O. *et al.* Reliability and validity of instruments containing reported sleep measures among children from birth to <5 years of age: A systematic review. **Sleep Medicine Reviews**, [*s. l.*], v. 79, p. 102023, 2025. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1087079224001278. Acesso em: 4 set. 2025.

BALL, H. L. *et al.* The Possums Infant Sleep Program: parents' perspectives on a novel parent-infant sleep intervention in Australia. **Sleep Health**, [*s. l.*], v. 4, n. 6, SI: Global and Evolutionary Perspectives on Sleep, p. 519–526, 2018. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352721818301372. Acesso em: 3 jul. 2025.

BALL, H. L.; TOMORI, C.; MCKENNA, J. J. Toward an Integrated Anthropology of Infant Sleep. **American Anthropologist**, [*s. l.*], v. 121, n. 3, p. 595–612, 2019. Disponível em: https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aman.13284. Acesso em: 5 set. 2025.

BARRY, E. S. Infant sleep: Impacts on cognitive, social, and physical development. **Infant Behavior and Development**, [*s. l.*], v. 69, p. 101777, 2022. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163638322000911. Acesso em: 5 set. 2025.

BARRY, E. S. What Is “Normal” Infant Sleep? Why We Still Do Not Know. **Psychological Reports**, [*s. l.*], v. 124, n. 2, p. 651–692, 2021. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0033294120909447. Acesso em: 5 set. 2025.

BASTIDA-POZUELO, M.-F.; SÁNCHEZ-ORTUÑO, M.-M.; MELTZER, L. J. Nurse-led brief sleep education intervention aimed at parents of school-aged children with neurodevelopmental and mental health disorders: Results from a pilot study. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, [*s. l.*], v. 23, n. 4, p. e12228, 2018. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jspn.12228. Acesso em: 3 set. 2025.

BOEDKER, I. *et al.* Construction of the Views oN Infant Sleep (VNIS) Questionnaire. **Early Human Development**, [*s. l.*], v. 191, p. 105989, 2024. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378378224000586. Acesso em: 4 set. 2025.

BROMLEY, A. R. Flexibility within fidelity: A narrative review of practitioner modifications to child welfare interventions. **Children and Youth Services Review**, [*s. l.*], v. 149, p. 106908, 2023. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190740923001032. Acesso em: 4 set. 2025.

CAMEROTA, M. *et al.* Assessment of infant sleep: how well do multiple methods compare? **Sleep**, [*s. l.*], v. 41, n. 10, 2018. Disponível em: https://academic.oup.com/sleep/article/doi/10.1093/sleep/zsy146/5067292. Acesso em: 4 set. 2025.

CHAE, S. *et al.* Infant sleep interventions with sleep measurements using actigraphy: A systematic review. **International Journal of Nursing Practice**, [*s. l.*], v. 30, n. 1, p. e13196, 2024. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.13196. Acesso em: 4 set. 2025.

CHAN, K. G. *et al.* Experience of mothers’ learning and doing infant massage. **Malaysian Applied Biology**, [*s. l.*], v. 47, p. 189–194, 2018.

CHO, J. A. *et al.* Knowledge on sudden unexplained infant death-related safe sleep practices and infant cardiopulmonary resuscitation in pediatric nurses. **Child Health Nursing Research**, [*s. l.*], v. 26, n. 4, p. 454–462, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8650866/. Acesso em: 4 set. 2025.

CHUNG, A. *et al.* Parent Engagement with Digital Sleep Health Interventions for Young Children: A Global Scoping Review. [*s. l.*], v. 47, n. 1, p. A361, 2024. Disponível em: https://osf.io/tnfy2/. Acesso em: 3 set. 2025.

CLARKE, M. A. C. *et al.* An evaluation of a stepped-care telehealth program for improving the sleep of autistic children. **Research in Autism Spectrum Disorders**, [*s. l.*], v. 112, p. 102356, 2024. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S175094672400031X. Acesso em: 4 set. 2025.

COVINGTON, L. B. *et al.* Toddler Bedtime Routines and Associations With Nighttime Sleep Duration and Maternal and Household Factors. **Journal of Clinical Sleep Medicine : JCSM : Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 15, n. 6, p. 865–871, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6557658/. Acesso em: 3 jul. 2025.

DÖNMEZ, R. Ö.; TEMEL, A. B. Effect of soothing techniques on infants' self-regulation behaviors (sleeping, crying, feeding): A randomized controlled study. **Japan Journal of Nursing Science**, [*s. l.*], v. 16, n. 4, p. 407–419, 2019. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jjns.12250. Acesso em: 3 jul. 2025.

DORJULUS, B. *et al.* An evaluation of factors associated with safe infant sleep practices among perinatal home visiting participants in Florida, United States. **Journal of Child Health Care**, [*s. l.*], v. 27, n. 1, p. 78–90, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1177/13674935211044871. Acesso em: 3 jul. 2025.

DROZD, F. *et al.* Identifying and developing strategies for implementation of a guided internet- and mobile-based infant sleep intervention in well-baby and community mental health clinics using group concept mapping. **BMC Health Services Research**, [*s. l.*], v. 24, n. 1, p. 175, 2024. Disponível em: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-10632-w. Acesso em: 4 set. 2025.

D'SOUZA, L.; CASSELS, T. Contextual considerations in infant sleep: Offering alternative interventions to families. **Sleep Health**, [*s. l.*], v. 9, n. 5, p. 618–625, 2023. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352721822000778. Acesso em: 5 set. 2025.

ECKERBERG, B. Treatment of sleep problems in families with small children: is written information enough?. **Acta Paediatrica**, [*s. l.*], v. 91, n. 8, p. 952–959, 2002. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2002.tb02861.x. Acesso em: 20 ago. 2025.

ETHERTON, H.; BLUNDEN, S.; HAUCK, Y. Discussion of Extinction-Based Behavioral Sleep Interventions for Young Children and Reasons Why Parents May Find Them Difficult. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 12, n. 11, p. 1535–

1543, 2016. Disponível em: http://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.6284. Acesso em: 27 set. 2025.

FELD, H. *et al.* The provision of the baby box was associated with safe sleep practices in a low-resource community: a randomized control trial in Ecuador. **BMC Pediatrics**, [*s. l.*], v. 23, p. 31, 2023. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9850697/. Acesso em: 3 jul. 2025.

FIELD, Tiffany *et al.* Lavender bath oil reduces stress and crying and enhances sleep in very young infants. **Early Human Development**, [*s. l.*], v. 84, n. 6, p. 399–401, 2008. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378207002265. Acesso em: 3 jul. 2025.

FIELD, T. *et al.* Mothers massaging their newborns with lotion versus no lotion enhances mothers' and newborns' sleep. **Infant Behavior and Development**, [*s. l.*], v. 45, p. 31–37, 2016. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638316300637. Acesso em: 3 jul. 2025.

FIRMINO, C. *et al.* Nursing Interventions That Promote Sleep in Preterm Newborns in the Neonatal Intensive Care Units: An Integrative Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [*s. l.*], v. 19, n. 17, p. 10953, 2022. Disponível em: https://www.mdpi.com/1660-4601/19/17/10953. Acesso em: 4 set. 2025.

GALLAND, B. C. *et al.* Anticipatory guidance to prevent infant sleep problems within a randomised controlled trial: infant, maternal and partner outcomes at 6 months of age. **BMJ Open**, [*s. l.*], v. 7, n. 5, p. e014908, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5623410/. Acesso em: 3 jul. 2025.

GONILHA, M. M. C. de A. **Sono quer: projeto de intervenção de enfermagem para a promoção de um sono saudável nas crianças nos cuidados de saúde primários**. 2023. 244 f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa, 2023. Disponível em: http://hdl.handle.net/10400.26/49530. Acesso em: 5 set. 2025.

GOODLIN-JONES, B. L. *et al.* Night Waking, Sleep-Wake Organization, and Self-Soothing in the First Year of Life:. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, [*s. l.*], v. 22, n. 4, p. 226–233, 2001. Disponível em: http://journals.lww.com/00004703-200108000-00003. Acesso em: 5 set. 2025.

GOODLIN-JONES, B. L.; EIBEN, L. A.; ANDERS, T. F. Maternal well-being and sleep–wake behaviors in infants: An intervention using maternal odor. **Infant Mental Health Journal: Infancy and Early Childhood**, [*s. l.*], v. 18, n. 4, p. 378–393, 1997. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/%28SICI%291097-0355%28199724%2918%3A4%3C378%3A%3AAID-IMHJ5%3E3.0.CO%3B2-H. Acesso em: 3 jul. 2025.

GRADISAR, M. *et al.* Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems: A Randomized Controlled Trial. **Pediatrics**, [*s. l.*], v. 137, n. 6, p. e20151486, 2016. Disponível em: https://publications.aap.org/pediatrics/article/137/6/e20151486/52401/Behavioral-Interventions-for-Infant-Sleep-Problems. Acesso em: 3 jul. 2025.

GU, Y. *et al.* Nurses' perspectives on implementing sleep protection for premature infants in the neonatal intensive care unit: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, [*s. l.*], v. 25, n. 1, p. 347, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12913-025-12511-4. Acesso em: 4 set. 2025.

HALAL, C. S. E.; NUNES, M. L. Education in children's sleep hygiene: which approaches are effective? A systematic review. **Jornal de Pediatria**, [*s. l.*], v. 90, n. 5, p. 449–456, 2014. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755714000941. Acesso em: 3 jul. 2025.

HALL, W. A. *et al.* A Comparison of Actigraphy and Sleep Diaries for Infantsâ€™ Sleep Behavior. **Frontiers in Psychiatry**, [*s. l.*], v. 6, 2015a. Disponível em: http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fpsyt.2015.00019/abstract. Acesso em: 3 jul. 2025.

HALL, W. A. *et al.* A randomized controlled trial of an intervention for infants' behavioral sleep problems. **BMC Pediatrics**, [*s. l.*], v. 15, p. 181, 2015b. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4643535/. Acesso em: 3 jul. 2025.

HALL, W. A. *et al.* Effects of an Intervention Aimed at Reducing Night Waking and Signaling in 6- to 12-Month-Old Infants. **Behavioral Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 4, n. 4, p. 242–261, 2006a. Disponível em: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15402010bsm0404_4. Acesso em: 20 ago. 2025.

HALL, W. A. *et al.* Effects on Parents of an Intervention to Resolve Infant Behavioral Sleep Problems. **Pediatric Nursing**, [*s. l.*], v. 32, n. 3, p. 243–250, 2006b. Disponível em: https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=193b53f8-2bca-3e7b-8b32-42e13c37e306. Acesso em: 3 jul. 2025.

HATCH, B. *et al.* Consistent use of bedtime parenting strategies mediates the effects of sleep education on child sleep: secondary findings from an early-life randomized controlled trial. **Sleep health**, [*s. l.*], v. 5, n. 5, p. 433–443, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7434047/. Acesso em: 3 jul. 2025.

HAUCK, F. R. *et al.* Evaluation of bedtime basics for babies: a national crib distribution program to reduce the risk of sleep-related sudden infant deaths. **Journal of Community Health**, [*s. l.*], v. 40, n. 3, p. 457–463, 2015.

HISCOCK, H. *et al.* Improving infant sleep and maternal mental health: a cluster randomised trial. **Archives of Disease in Childhood**, [*s. l.*], v. 92, n. 11, p. 952–958,

2007. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2083609/. Acesso em: 3 jul. 2025.

HISCOCK, H. *et al.* Long-term Mother and Child Mental Health Effects of a Population-Based Infant Sleep Intervention: Cluster-Randomized, Controlled Trial. **Pediatrics**, [*s. l.*], v. 122, n. 3, p. e621–e627, 2008. Disponível em: https://publications.aap.org/pediatrics/article/122/3/e621/72287/Long-term-Mother-and-Child-Mental-Health-Effects. Acesso em: 20 ago. 2025.

HISCOCK, H. Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. **BMJ**, [*s. l.*], v. 324, n. 7345, p. 1062–1062, 2002. Disponível em: https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.324.7345.1062. Acesso em: 20 ago. 2025.

HONAKER, S. M. *et al.* Real-World Implementation of Infant Behavioral Sleep Interventions: Results of a Parental Survey. **The Journal of Pediatrics**, [*s. l.*], v. 199, p. 106-111.e2, 2018. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347618304992. Acesso em: 3 jul. 2025.

HORGER, M. N. *et al.* Researcher Choices for Infant Sleep Assessment: Parent Report, Actigraphy, and a Novel Video System. **The Journal of Genetic Psychology**, [*s. l.*], v. 182, n. 4, p. 218–235, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1080/00221325.2021.1905600. Acesso em: 4 set. 2025.

HUTTON, J. S. *et al.* Randomized Trial of a Children's Book Versus Brochures for Safe Sleep Knowledge and Adherence in a High-Risk Population. **Academic Pediatrics**, [*s. l.*], v. 17, n. 8, p. 879–886, 2017. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876285917301742. Acesso em: 3 jul. 2025.

INHULSEN, M.-B. M. R. *et al.* Measuring sleep health in primary school-aged children: A systematic review of instruments and their content validity. **Sleep**, [*s. l.*], v. 45, n. 11, p. zsac215, 2022. Disponível em: https://academic.oup.com/sleep/article/doi/10.1093/sleep/zsac215/6695369. Acesso em: 4 set. 2025.

JARVIS, K. *et al.* Review of implementation models for children's sleep support services in the UK. **Archives of Disease in Childhood**, [*s. l.*], v. 109, n. 11, p. 875–881, 2024. Disponível em: https://adc.bmj.com/lookup/doi/10.1136/archdischild-2023-326120. Acesso em: 4 set. 2025.

KAHN, M. *et al.* Behavioral interventions for infant sleep problems: the role of parental cry tolerance and sleep-related cognitions. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 16, n. 8, p. 1275–1283, 2020. Disponível em: http://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.8488. Acesso em: 4 set. 2025.

KERR, S. M.; JOWETT, S. A.; SMITH, L. N. Preventing sleep problems in infants: a randomized controlled trial. **Journal of Advanced Nursing**, [*s. l.*], v. 24, n. 5, p. 938–

942, 1996. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.1996.tb02929.x. Acesso em: 3 jul. 2025.

KIRKPATRICK, B.; LOUW, J. S.; LEADER, G. Efficacy of parent training incorporated in behavioral sleep interventions for children with autism spectrum disorder and/or intellectual disabilities: a systematic review. **Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 53, p. 141–152, 2019. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945718307913. Acesso em: 3 set. 2025.

KUDCHADKAR, S. R. *et al.* Non-pharmacological interventions for sleep promotion in hospitalized children. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [*s. l.*], 2017. Disponível em: https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012908. Acesso em: 5 set. 2025.

KUDCHADKAR, S. R. *et al.* Non-pharmacological interventions for sleep promotion in hospitalized children. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [*s. l.*], v. 2022, n. 6, 2022. Disponível em: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012908.pub2. Acesso em: 5 set. 2025.

LEVENSON, J. C.; WILLIAMSON, A. A. Bridging the gap: leveraging implementation science to advance pediatric behavioral sleep interventions. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 19, n. 7, p. 1321–1336, 2023. Disponível em: http://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.10476. Acesso em: 4 set. 2025.

LIEBREGTS, H. *et al.* Characterising non-pharmacological infant sleep interventions for theoretical underpinnings and behaviour change techniques: A scoping review. **Early Human Development**, [*s. l.*], v. 209, p. 106346, 2025. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378378225001562. Acesso em: 5 set. 2025.

LUIJK, M. P. C. M.; BEIJERS, R.; ROSMALEN, L. van. **Slaapproblemen bij jonge kinderen**. [*S. l.*], 2020. Disponível em: https://www.ntvg.nl/artikelen/slaapproblemen-bij-jonge-kinderen. Acesso em: 5 set. 2025.

MALKANI, M. K. *et al.* Behavioral Sleep Interventions for Children With ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Attention Disorders**, [*s. l.*], v. 26, n. 14, p. 1805–1821, 2022. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10870547221106239. Acesso em: 4 set. 2025.

MARTINS, R. M. A. *et al.* Sleep habits in infants: the role of maternal education. **Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 52, p. 138–144, 2018. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945718306968. Acesso em: 3 jul. 2025.

MCDAID, C. *et al.* Outcome domains and outcome measures used in studies assessing the effectiveness of interventions to manage non-respiratory sleep disturbances in children with neurodisabilities: a systematic review. **BMJ Open**, [*s. l.*], v. 9, n. 6, p. e027205, 2019. Disponível em:

https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-027205. Acesso em: 4 set. 2025.

MCDONALD, E. M. *et al.* Health education intervention promoting infant safe sleep in paediatric primary care: randomised controlled trial. **Injury Prevention**, [*s. l.*], v. 25, n. 3, p. 146–151, 2019. Disponível em: https://injuryprevention.bmj.com/content/25/3/146. Acesso em: 3 set. 2025.

MINDELL, J. A. *et al.* A Nightly Bedtime Routine: Impact on Sleep in Young Children and Maternal Mood. **Sleep**, [*s. l.*], v. 32, n. 5, p. 599–606, 2009. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2675894/. Acesso em: 3 jul. 2025.

MINDELL, J. A. *et al.* Implementation of a nightly bedtime routine: How quickly do things improve?. **Infant behavior & development**, [*s. l.*], v. 49, p. 220–227, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587179/. Acesso em: 3 jul. 2025.

MINDELL, J. A. *et al.* Massage-based bedtime routine: impact on sleep and mood in infants and mothers. **Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 41, p. 51–57, 2018. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945717303635. Acesso em: 3 jul. 2025.

MOMBELLI, S. *et al.* Non-pharmacological and melatonin interventions for pediatric sleep initiation and maintenance problems: A systematic review and network meta-analysis. **Sleep Medicine Reviews**, [*s. l.*], v. 70, p. 101806, 2023. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S108707922300062X. Acesso em: 5 set. 2025.

OSBORNE, J. M.; BLUNDEN, S. Evaluating Accessible Sleep Health Information in Rural and Urban Contexts: Delivery Face-to-Face or Online?. **Clinical Medicine Insights. Pediatrics**, [*s. l.*], v. 12, p. 1179556518815168, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6295703/. Acesso em: 3 jul. 2025.

PAAVONEN, E. J. *et al.* Normal sleep development in infants: findings from two large birth cohorts. **Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 69, p. 145–154, 2020. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1389945720300381. Acesso em: 5 set. 2025.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, [*s. l.*], p. n71, 2021. Disponível em: https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.n71. Acesso em: 17 set. 2025.

PAPADOPOULOS, N. *et al.* Sleeping Sound Autism Spectrum Disorder (ASD): a randomised controlled trial of a brief behavioural sleep intervention in primary school-aged autistic children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, [*s. l.*], v. 63, n. 11, p. 1423–1433, 2022. Disponível em: https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.13590. Acesso em: 4 set. 2025.

PARK, E. M.; MELTZER-BRODY, S.; STICKGOLD, R. Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal depression symptom severity. **Archives of Women's Mental Health**, [*s. l.*], v. 16, n. 6, p. 539–547, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00737-013-0356-9. Acesso em: 5 set. 2025.

PATTERSON, K. J.; ADAMS, E. D.; RAMIEH, C. Infant Safe Sleep Initiative in a Small Volume Maternity Service. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, [*s. l.*], v. 47, n. 4, p. 189–194, 2022. Disponível em: https://journals.lww.com/10.1097/NMC.0000000000000836. Acesso em: 4 set. 2025.

PATTISON, E. *et al.* Randomised Controlled Trial of a Behavioural Sleep Intervention, 'Sleeping Sound', for Autistic Children: 12-Month Outcomes and Moderators of Treatment. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [*s. l.*], v. 54, p. 1–16, 2022. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9684935/. Acesso em: 4 set. 2025.

PAUL, I. M. *et al.* INSIGHT Responsive Parenting Intervention and Infant Sleep. **Pediatrics**, [*s. l.*], v. 138, n. 1, p. e20160762, 2016. Disponível em: https://publications.aap.org/pediatrics/article/138/1/e20160762/52504/INSIGHT-Responsive-Parenting-Intervention-and. Acesso em: 20 ago. 2025.

PAUL, I. M. *et al.* Preventing Obesity during Infancy: A Pilot Study. **Obesity**, [*s. l.*], v. 19, n. 2, p. 353–361, 2011. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2010.182. Acesso em: 20 ago. 2025.

PINILLA, T.; BIRCH, L. L. Help Me Make It Through the Night: Behavioral Entrainment of. [*s. l.*], v. 91, 1993.

REZAEI, R. *et al.* The efficacy of massage as a nightly bedtime routine on infant sleep condition and mother sleep quality: A randomized controlled trial. **Journal of Neonatal Nursing**, [*s. l.*], v. 29, n. 2, p. 393–398, 2023. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184122001508. Acesso em: 3 jul. 2025.

RICKERT, V. I.; JOHNSON, M. Reducing Nocturnal Awakening and Crying Episodes in Infants and Young Children: A Comparison Between Scheduled Awakenings and Systematic Ignoring. [*s. l.*], v. 81, n. 2, 1988.

ROBINETTE, B.; PALOKAS, M. Promoting sleep and rest of infants using nonpharmacological interventions within the neonatal intensive care unit at Children's of Mississippi. **JBI Evidence Implementation**, [*s. l.*], v. 21, n. 1, p. 78–86, 2023. Disponível em: https://journals.lww.com/10.1097/XEB.0000000000000343. Acesso em: 4 set. 2025.

SADEH, A.; MINDELL, J. A. Infant sleep interventions – Methodological and conceptual issues. **Sleep Medicine Reviews**, [*s. l.*], v. 29, p. 123–125, 2016. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1087079215001537. Acesso em: 4 set. 2025.

SADEH, A.; SIVAN, Y. Clinical practice. **European Journal of Pediatrics**, [*s. l.*], v. 168, n. 10, p. 1159–1164, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00431-009-0982-4. Acesso em: 5 set. 2025.

SANTOS, I. S. *et al.* Effect of Parental Counseling on Infants' Healthy Sleep Habits in Brazil: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Network Open**, [*s. l.*], v. 2, n. 12, p. e1918062, 2019. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2757880. Acesso em: 3 set. 2025.

SAYERS, R. *et al.* Does early parental education prevent infant sleep problems?. [*s. l.*], v. 26, n. S1, p. 9, 2017. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jsr.11_12618. Acesso em: 3 jul. 2025.

SEYMOUR, F. W. *et al.* Management of Night-Waking in Young Children. [*s. l.*], v. 4, n. 4, p. 217–22, 1983. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/j.1467-8438.1983.tb00066.x. Acesso em: 20 ago. 2025.

SEYMOUR, F. W. *et al.* Reducing Sleep Disruptions in Young Children: Evaluation of Therapist-guided and Written Information Approaches: A Brief Report. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, [*s. l.*], v. 30, n. 6, p. 913–918, 1989. Disponível em: https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.1989.tb00293.x. Acesso em: 20 ago. 2025.

SILVA, L. D. da; PESTANA, M.; BACKES, M. T. S. Intervenções não farmacológicas e instrumentos de avaliação destas para a promoção do sono infantil em crianças menores de dois anos. **Servir**, [*s. l.*], v. Vol. 2 N.º 12, p. e40016 Páginas, 2025. Disponível em: https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/40016. Acesso em: 11 jul. 2025.

SKULADOTTIR, A.; SIGURDARDOTTIR, A. O.; SVAVARSDOTTIR, E. K. The better sleep better well-being programme: Educating and training community healthcare nurses in developing interventions for families of infants with moderate sleep problems: a pilot study. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, [*s. l.*], v. 35, n. 1, p. 268–276, 2021. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12844. Acesso em: 4 set. 2025.

STRINGER, M. *et al.* Subject Matter Expert Nurses in Safe Sleep Program Implementation. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, [*s. l.*], v. 47, n. 6, p. 337–344, 2022. Disponível em: https://journals.lww.com/10.1097/NMC.0000000000000859. Acesso em: 4 set. 2025.

SWEENEY, B. M.; SIGNAL, T. L.; BABBAGE, D. R. Effect of a behavioral-educational sleep intervention for first-time mothers and their infants: pilot of a controlled trial. **Journal of Clinical Sleep Medicine : JCSM : Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 16, n. 8, p. 1265–1274, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7446095/. Acesso em: 3 jul. 2025.

SWEENEY, B. M.; SIGNAL, L.; BABBAGE, D. R. Parent information on parent and infant sleep: trial of a sleep intervention for first time mothers in early postpartum. *In*: ANNUAL MEETING OF THE ASSOCIATED PROFESSIONAL SLEEP SOCIETIES, 2012, United States. **Sleep**. United States: [*s. d.*], 2012. p. A417. Disponível em: https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01041933/full. Acesso em: 22 ago. 2025.

SYMON, B. G. *et al.* Effect of a consultation teaching behaviour modification on sleep performance in infants: a randomised controlled trial. **Medical Journal of Australia**, [*s. l.*], v. 182, n. 5, p. 215–218, 2005. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2005.tb06669.x. Acesso em: 20 ago. 2025.

SYMON, B.; CRICHTON, G. E. The joy of parenting: infant sleep intervention to improve maternal emotional well-being and infant sleep. **Singapore Medical Journal**, [*s. l.*], v. 58, n. 1, p. 50–54, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5331130/. Acesso em: 3 jul. 2025.

TIKOTZKY, L.; VOLKOVICH, E. Infant nocturnal wakefulness: a longitudinal study comparing three sleep assessment methods. **Sleep**, [*s. l.*], v. 42, n. 1, 2019. Disponível em: https://academic.oup.com/sleep/article/doi/10.1093/sleep/zsy191/5115272. Acesso em: 4 set. 2025.

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, [*s. l.*], v. 169, n. 7, p. 467–473, 2018. Disponível em: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850. Acesso em: 1 ago. 2024.

TSAI, S.-Y. *et al.* Behavioral-educational sleep interventions for pediatric epilepsy: a randomized controlled trial. **Sleep**, [*s. l.*], v. 43, n. 1, p. zsz211, 2020. Disponível em: https://academic.oup.com/sleep/article/doi/10.1093/sleep/zsz211/5573595. Acesso em: 3 set. 2025.

WARD, T. C. S. *et al.* Evaluation of a Crib Distribution and Safe Sleep Educational Program to Reduce Risk of Sleep-Related Infant Death. **Journal of Community Health**, [*s. l.*], v. 43, n. 5, p. 848–855, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10900-018-0493-1. Acesso em: 3 jul. 2025.

WILLIAMSON, A. A. *et al. Sleep Well!* An adapted behavioral sleep intervention implemented in urban primary care. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 18, n. 4, p. 1153–1166, 2022. Disponível em: http://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.9822. Acesso em: 5 set. 2025.

WOLFSON, A.; LACKS, P.; FUTTERMAN, A. Effects of parent training on infant sleeping patterns, parents' stress, and perceived parental competence. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, US, v. 60, n. 1, p. 41–48, 1992.

YSTROM, E. *et al.* Maternal Symptoms of Anxiety and Depression and Child Nocturnal Awakenings at 6 and 18 Months. **Journal of Pediatric Psychology**, [*s. l.*],

v. 42, n. 10, p. 1156–1164, 2017. Disponível em: https://academic.oup.com/jpepsy/article/42/10/1156/3089723. Acesso em: 5 set. 2025.

ZREIK, G. *et al.* Maternal insomnia and depressive symptoms and early childhood sleep among Arab and Jewish families in Israel. **Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 100, p. 262–268, 2022. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1389945722011169. Acesso em: 5 set. 2025.

SUPLEMENTO 1 – PROTOCOLO DE BUSCA DE REGISTRO NAS BASE DE DADOS

Identificação
Nome: Lenise Dutra da Silva
E-mail: dralenisedutra@gmail.com

Estratégia adaptada para as bases

MEDLINE / EBSCO

- Base de dados de acesso restrito/pago. Acesso via Portal de Periódicos da CAPES (http://periodicos.capes.gov.br/), utilizando a opção "Acervo" > "Lista de bases". Utilize o VPN ou Acesso CAFe para acessá-la quando estiver fora da UFSC.

(TI (Family OR Parent* OR Mother OR Father OR Tutor)) OR (AB (Family OR Parent* OR Mother OR Father OR Tutor)) OR MM "Family+" OR MM "Parents" AND (TI (Newborn OR Toddler OR Child* OR Infant)) OR (AB (Newborn OR Toddler OR Child* OR Infant)) OR MM "Infant, Newborn" OR MM "Infant" AND TI (Psychologic* OR OR Relaxation OR “progressive muscle relaxation” OR “complementary therapy” OR “integrative therapy” OR Reiki OR Aromatherapy OR “family constellation*” OR “light therapy” OR “non-pharmacological intervention” OR “Sleep education”) OR AB (Psychologic* OR OR Relaxation OR “progressive muscle relaxation” OR “complementary therapy” OR “integrative therapy” OR Reiki OR Aromatherapy OR “family constellation*” OR “light therapy” OR “non-pharmacological intervention” OR “Sleep education”) OR MM "Complementary Therapies" OR MM "Relaxation Therapy" OR MM "Aromatherapy" OR MM "Therapeutic Touch" OR MM "Cognitive Behavioral Therapy" AND (TI (Sleep OR "Sleep hygiene")) OR (AB (Sleep OR "Sleep hygiene")) OR MM "Sleep" OR MM "Sleep Hygiene"
*Não foram utilizados filtros.
* Acesso em 10 de fevereiro de 2025.

CINAHL

- Base de dados de acesso restrito/pago. Acesso via Portal de Periódicos da CAPES (http://periodicos.capes.gov.br/), utilizando a opção "Acervo" > "Lista

de bases". Utilize o VPN ou Acesso CAFe para acessá-la quando estiver fora da UFSC.

(TI (Family OR Parent* OR Mother OR Father OR Tutor)) OR (AB (Family OR Parent* OR Mother OR Father OR Tutor)) OR MM "Family+" OR MM "Parents" AND (TI (Newborn OR Toddler OR Child* OR Infant)) OR (AB (Newborn OR Toddler OR Child* OR Infant)) OR MM "Infant, Newborn" OR MM "Infant" AND TI (Psychologic* OR OR Relaxation OR “progressive muscle relaxation” OR “complementary therapy” OR “integrative therapy” OR Reiki OR Aromatherapy OR “family constellation*” OR “light therapy” OR “non-pharmacological intervention” OR “Sleep education”) OR AB (Psychologic* OR OR Relaxation OR “progressive muscle relaxation” OR “complementary therapy” OR “integrative therapy” OR Reiki OR Aromatherapy OR “family constellation*” OR “light therapy” OR “non-pharmacological intervention” OR “Sleep education”) OR MM "Complementary Therapies" OR MM "Relaxation Therapy" OR MM "Aromatherapy" OR MM "Therapeutic Touch" OR MM "Cognitive Behavioral Therapy" AND (TI (Sleep OR "Sleep hygiene")) OR (AB (Sleep OR "Sleep hygiene")) OR MM "Sleep" OR MM "Sleep Hygiene"
*Não foram utilizados filtros.
* Acesso em 14 de janeiro de 2025.

PsycINFO

- Base de dados de acesso restrito/pago. Acesso via Portal de Periódicos da CAPES (http://periodicos.capes.gov.br/), utilizando a opção "Acervo" > "Lista de bases". Utilize o VPN ou Acesso CAFe para acessá-la quando estiver fora da UFSC.

((((title: (Family)) OR (title: (Parent*)) OR (title: (Mother)) OR (title: (Father)) OR (title: (Tutor))) OR ((abstract: (Family)) OR (abstract: (Parent*)) OR (abstract: (Mother)) OR (abstract: (Father)) OR (abstract: (Tutor)))) OR (((Any Field: (MM "Family+")) OR (Any Field: (Any Field: MM "Parents"))))) AND ((((title: (Newborn)) OR (title: (Toddler)) OR (title: (Child*)) OR (title: (Infant))) OR ((abstract: (Newborn)) OR (abstract: (Toddler)) OR (abstract: (Child*)) OR (abstract: (Infant)))) OR (((Any Field: (MM "Infant, Newborn")) OR (Any Field: (MM "Infant"))))) AND ((((title:

(Psychologic*)) OR (title: (Relaxation)) OR (title: ("progressive muscle relaxation")) OR (title: ("complementary therapy")) OR (title: ("integrative therapy")) OR (title: (Reiki)) OR (title: (Aromatherapy)) OR (title: ("family constellation*")) OR (title: ("light therapy")) OR (title: ("non-pharmacological intervention")) OR (title: ("Sleep education"))) OR ((abstract: (Psychologic*)) OR (abstract: (Relaxation)) OR (abstract: ("progressive muscle relaxation")) OR (abstract: ("complementary therapy")) OR (abstract: ("integrative therapy")) OR (abstract: (Reiki)) OR (abstract: (Aromatherapy)) OR (abstract: ("family constellation*")) OR (abstract: ("light therapy")) OR (abstract: ("non-pharmacological intervention")) OR (abstract: ("Sleep education")))) OR (((Any Field: (MM "Complementary Therapies")) OR (Any Field: (MM "Relaxation Therapy")) OR (Any Field: (MM "Aromatherapy")) OR (Any Field: (MM "Therapeutic Touch")) OR (Any Field: (MM "Cognitive Behavioral Therapy"))))) AND ((((title: (Sleep)) OR (title: ("Sleep hygiene"))) OR ((abstract: (Sleep)) OR (abstract: ("Sleep hygiene")))) OR (((Any Field: (MM "Sleep")) OR (Any Field: (MM "Sleep Hygiene")))))

*Não foram utilizados filtros.

* Acesso em 11 de fevereiro de 2025.

SCOPUS (Elsevier)

- Base de dados de acesso restrito/pago. Acesso via Portal de Periódicos da CAPES (http://periodicos.capes.gov.br/), utilizando a opção "Acervo" > "Lista de bases". Utilize o VPN ou Acesso CAFe para acessá-la quando estiver fora da UFSC.

(TITLE-ABS-KEY (family OR parent* OR mother OR father OR tutor)) AND (TITLE-ABS-KEY (newborn OR toddler OR child* OR infant)) AND (TITLE-ABS-KEY (sleep OR "Sleep hygiene")) AND (TITLE-ABS-KEY (psychologic* OR relaxation OR "progressive muscle relaxation" OR "complementary therapy" OR "integrative therapy" OR reiki OR aromatherapy OR "family constellation*" OR "light therapy" OR "non-pharmacological intervention" OR "Sleep education"))

*Adicionado manualmente filtro com os idiomas português, inglês e espanhol.

* Acesso em 10 de fevereiro de 2025.

Web of Science (Clarivate Analytics)

- Base de dados de acesso restrito/pago. Acesso via Portal de Periódicos da CAPES (http://periodicos.capes.gov.br/), utilizando a opção "Acervo" > "Lista de bases". Utilize o VPN ou Acesso CAFe para acessá-la quando estiver fora da UFSC.

Family OR Parent* OR Mother OR Father OR Tutor (All Fields) AND ALL=(Newborn OR Toddler OR Child* OR Infant) AND ALL=(Psychologic* OR Relaxation OR “progressive muscle relaxation” OR “complementary therapy” OR “integrative therapy” OR Reiki OR Aromatherapy OR “family constellation*” OR “light therapy” OR “non-pharmacological intervention” OR “Sleep education”) AND ALL=(Sleep OR “Sleep hygiene”)

*Adicionado manualmente filtro com os idiomas português, inglês e espanhol.

* Acesso em 10 de fevereiro de 2025.

LILACS, BDENF e INDEX PSI PERIODICOS (Biblioteca Virtual em Saúde)

- Acesso gratuito via BVS: http://bvsalud.org/

Family OR Parent* OR Mother OR Father OR Tutor OR mh:("Family" OR "Parents") AND Newborn OR Toddler OR Child* OR Infant OR mh:("Infant" OR "Infant, Newborn" OR "Child, Preschool") AND Psychologic* OR Relaxation OR "progressive muscle relaxation" OR "complementary therapy" OR "integrative therapy" OR Reiki OR Aromatherapy OR "family constellation*" OR "light therapy" OR "non-pharmacological intervention" OR "Sleep education" OR mh:("Cognitive Behavioral Therapy" OR "Relaxation Therapy" OR "Aromatherapy" OR "Therapeutic Touch" OR "Complementary Therapies") AND Sleep OR "Sleep hygiene" OR mh:("Sleep" OR "Sleep Hygiene")

* Não foram utilizados filtros.

* Acesso em 12 de fevereiro de 2025.

Cochrane

- Acesso remoto via VPN ou Acesso CAFE e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo” > "Lista de bases e coleções".

MeSH descriptor: [Family] OR (family):ti,ab,kw OR MeSH descriptor: [Mothers] OR (Mother):ti,ab,kw OR MeSH descriptor: [Fathers] OR (Father):ti,ab,kw OR (Parent*):ti,ab,kw OR (Tutor):ti,ab,kw AND MeSH descriptor: [Infant, Newborn] OR (Newborn):ti,ab,kw OR MeSH descriptor: [Child] OR (Child*):ti,ab,kw OR MeSH descriptor: [Infant] OR (Infant):ti,ab,kw OR (Toddler):ti,ab,kw AND MeSH descriptor: [Cognitive Behavioral Therapy] OR (Psychologic*):ti,ab,kw OR MeSH descriptor: [Relaxation] this term Only OR (Relaxation):ti,ab,kw OR MeSH descriptor: [Complementary Therapies] OR (“complementary therapy”):ti,ab,kw OR MeSH descriptor: [Therapeutic Touch] OR (Reiki):ti,ab,kw OR MeSH descriptor: [Aromatherapy] OR (Aromatherapy):ti,ab,kw OR (“progressive muscle relaxation”):ti,ab,kw OR (“integrative therapy”):ti,ab,kw OR (“light therapy”):ti,ab,kw OR (“non-pharmacological intervention”):ti,ab,kw OR (“Sleep education”):ti,ab,kw AND MeSH descriptor: [Sleep Hygiene] OR (Sleep):ti,ab,kw OR MeSH descriptor: [Sleep] OR (“Sleep hygiene”):ti,ab,kw.

* Não foram utilizados filtros.

* Acesso em 11 de fevereiro de 2025.

ProQuest Dissertations & Theses Global (PQDT Global)

- Acesso remoto via VPN e por meio do site http://bases.bu.ufsc.br/proquest/.

family AND sleep AND Infant AND "Behavior Therapy"

* Adicionado manualmente teses e dissertações.

* Acesso em 14 de fevereiro de 2025.

GOOGLE SCHOLAR

- Acesso gratuito: https://scholar.google.com.br/.

family AND Infant AND “behavioral therapy” AND sleep

* Não foram utilizados filtros.

* Acesso em 11 de fevereiro de 2025.

SUPLEMENTO 2– EXTRACTION TABLE – LIST OF STUDIES INCLUDED IN THE REVIEW

Author(s) / Year of publication / Country where the study was conducted	Objective(s)	Study design (method)	Participants (n; sex / age and sex of children)	Type of intervention	Duration and frequency of intervention	Professionals involved	Assessment instruments
Abuhammad et. al., 2024; Jordan	To evaluate the effect of educational programs offered to mothers about their babies' sleep on their mothers' knowledge and attitudes regarding their babies' sleep.	Quasi-experimental	n = 208; F. 5-12 months; Not reported	Educational program	Five-hour duration Only one session was held. Implemented online and in-person	Nurses	Questionnaire before and after two weeks of the intervention.
Hall et al., 2015; Canada	To compare actigraphy data for nighttime sleep and sleep diaries for children with parent-identified sleep behavior problems.	Randomized controlled pragmatic study	n = 194; F and M 6-12 months; F=87; M=105	Cognitive-behavioral intervention	One group sleep education session or safety. Followed by two weeks of twice-weekly support phone calls. The primary follow-up to evaluate the intervention was 6 weeks after the education, and a secondary follow-up occurred 24 weeks after the	Not provided	Actigraphy; Sleep diaries.

					education session.		
Hatch et al., 2019; New Zealand	Conduct secondary analyses of data collected during the POI study to investigate bedtime strategy use in relation to child sleep at later ages.	Randomized controlled trial	n = 802; F and M 0 to 5 years; not reported	Educational	A group sleep education session during the prenatal period and a 1-hour home visit at 3 weeks of age	Nurse	Questionnaire and Accelerometer.
Hutton et al., 2017; USA	To compare a specially designed children's book incorporating AAP safe sleep recommendations with pamphlets during the perinatal period.	Randomized clinical trial	n=282; F 0 to 2 months; not reported	Educational (book and pamphlets)	Pamphlet and book were read at each home visit, no mention of number of visits.	Trained professionals with a bachelor's or master's degree in social work, early childhood education, or a related field.	Open-ended questions, maternal report, and visitor observation.
Ahlers-Schmidt et al., 2025; USA	To evaluate the outcomes of Crib Clinics (individualized education) and identify any differences in outcomes compared to community-based group education events.	Cross-sectional study	n=4,906; F Children under one year; not reported	Crib Clinics for Safe Sleep: Individualized Education; Community Safe Sleep Baby Showers: Group educational events	Crib Clinics: 20 minutes to one hour. Baby Showers: One hour Frequency not specified	Certified Safe Sleep Instructors.	Pre- and post-testing forms.
Feld et al., 2023; Ecuador	To describe participants' intentions regarding their infant's sleep environment prior to AAP education and	Longitudinal, controlled, randomized study	n=100; F Children up to six months; not	Educational intervention + baby box with mattress	Duration not specified Frequency: one in the third trimester of pregnancy,	Health center staff	Patient Health Questionnaire

	assess changes over time and between intervention groups in prenatal intentions and postnatal behaviors related to infant sleep practices at 1 month and 6 months.		reported		others at 1 and 6 months of the child's life		
Dorjulus et al., 2023; USA	To examine rates of safe infant sleep practices and associated factors among participants enrolled in Florida's Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting programs	Cross-sectional study	n=1,651; F and M 2-3 months; not reported	Educational	The duration and frequency were not clear in the study. However, it is understood that it occurs continuously.	Nurses or parent educators	Not reported
Covington et al., 2019; USA	To examine the relationships between the implementation of a sleep routine, night wakings, and nighttime sleep duration in young children from low-income and minority families. To examine the differences in maternal and household characteristics between mothers	Observational study	n=118; F 12-47 months; F=60; M=58	Routine	Not reported	Not reported	Brief and Expanded Infant Sleep Questionnaire

	who implemented a nighttime sleep routine for their young children and those who did not.						
Ward et al., 2018; USA	To describe parents' knowledge of the recommended sleeping position and self-reported practices regarding sleeping position, and differences by race and ethnicity. To compare bed-sharing rates among parents before and after receiving the crib and describe differences by race and ethnicity. To describe mothers' pacifier use and feeding methods before and after receiving the Safe Sleep Kit and educational materials.	Prospective cohort study	n=3,303; F Children's gender or age not reported	Bedtime Basics for Babies" program provided a portable crib and educational materials on safe sleep	There was only one visit. Subsequent visits were for data collection (follow-up) from 1 to 3 months of age.	Nurse	Pre and postnatal questionnaires
Chan et al., 2018; Malaysia	To explore mothers' experiences with learning and practicing infant massage.	A qualitative and exploratory study	n=9; F 4-6 weeks; not reported	Infant massage with support material	Four weekly group sessions lasting 45 minutes to an hour were held with weekly	Nurse, pediatrician, with certified infant massage practitioner.	Semi-structured interview

					breaks. Mothers performed the massage twice a day for 15 minutes at home.		
Galland et al., 2017; New Zealand	To evaluate the effectiveness of sleep education delivered before birth and 3 weeks after birth to prevent sleep problems in 6-month-old infants.	Randomized clinical trial	n=802; F Age up to six months old; M=57%	Group education	A single prenatal session (up to 1 hour), followed by a home visit 3 weeks after birth + provision of a booklet + availability of guidance when needed by parents.	Researcher trained in infant sleep	Sleep questionnaire; Actigraphy; Sleep diary
Symon and Crichton, 2017; Australia	To examine how improving infant sleep impacted mothers' emotional well-being.	Intervention study	n=802; F 6-12 months; not reported	Behavioral intervention	Single, individual, 45-minute office visit. Follow-up visit occurred in the clinic 2 to 6 weeks after the first visit.	General practitioner specializing in infant sleep and nurse	Interview
Gradisar et al., 2016; Australia	To evaluate the effects of behavioral interventions on infant sleep/wake, parent and infant stress, and, subsequently, on child emotional/behavioral problems and parent-	Randomized controlled trial	n=43; F 6-16 months; F=63%	Gradual Extinction; Bedtime Fading; Sleep Education Control	Individualized treatment session; duration and frequency not reported.	Not reported	Actigraphy; Sleep Diary; Salivary Cortisol Collection

	child attachment.						
Hauck et al., 2015; USA	To describe parental knowledge and practices regarding infant sleep position, bed-sharing, pacifier use, and feeding practices before and after receiving a free crib and safe sleep education.	Prospective cohort study	n=4,786; F and M Newborn and infants up to 6 months; not reported	Crib (Travel Tender Playard™), a Safe Sleep Kit (crib sheet, wearable blanket, and pacifier), and educational materials	Follow-up 1 to 3 months after receiving the crib	Nurse	Questionnaires
Field et al., 2008; USA	To evaluate the effects of a bath with lavender oil on mother-infant interaction, infant behavior (including crying and sleep), and cortisol levels in both mothers and infants.	Experimental study	n=30; F 1 week and 4 months; F=73%; M=27%	Bath with lavender oil	A 10-minute bath session + 20 minutes of recording in the room; Frequency not specified	Not reported	Video observation
Hall et al., 2006; Canada	To evaluate an intervention designed to help parents resolve behavioral sleep problems in infants between 6 and 12 months of age.	Quasi-experimental study	n=117; F and M 6-12 months; not reported	Educational	Two-hour session; Twice-weekly telephone support by the research coordinator for 2 weeks	Nurse	Questionnaires; Epworth Sleepiness Scale ; Pittsburgh Sleep Quality Index
Kerr et al., 1996; Scotland	To evaluate the effectiveness of health education in reducing the incidence of sleep	Randomized experimental clinical trial	n=169; not reported 3-9 months; not reported	Health education booklet	A home visit was conducted. Follow-up: 9 months.	Health professionals (with out definition of area) with experience with children with sleep problems.	Interviews before and after the intervention.

	problems. To evaluate the effectiveness of health education in preventing sleep problems in infants.						
Goodlin-Jones et al., 1998; USA	To test the effectiveness of an olfactory intervention designed to bridge the transition from physiological regulation to social regulation in the organization of the sleep-wake state and promote nocturnal autonomy in infants.	Longitudinal study	n=21; F=7 and M=14 1-12 months; not reported	Olfactory intervention using maternal odor	A T-shirt that had been worn by the mother was placed in the infant's crib as a sleep aid. Duration: 12 months.	Research assistant	Phone calls; video recordings; structured questionnaires
Wolfson et al., 1992; USA	To determine whether first-time parents who receive brief, specific training can influence their babies' sleep patterns.	Randomized study	n=60; F and M 6-20 weeks; F=51.7%; M=48.3%	Educational	Duration of 20 weeks. It was conducted in three periods: last trimester of pregnancy, 6 weeks after birth, and 16 to 20 weeks of age. Two group sessions were held.	Not reported	Sleep diary
Pinilla et al., 1993; USA	To investigate whether exclusively breastfed infants	Short-term longitudinal	n=26; F and M	Behavioral techniques	Duration: 8 weeks. One visit before	Not reported	Sleep diary; Questionnaire

	could be taught to sleep through the night (defined as 12 a.m. to 5 a.m.) during the first 8 weeks of life.	study	1-8 weeks; not reported		birth + one visit 3 weeks after birth + weekly visits reinforcing guidance		
Martins et al., 2018; Portugal	To assess the impact of maternal education on the development of infants' sleep habits. To assess the impact of early maternal education on the development of healthy sleep habits at 1, 2, 4, and 6 months of age.	Longitudinal experimental study	n= 314; F 1-6 months; M=88 and F=71	Educational	Individual educational sessions on sleep hygiene, with a 15-minute oral presentation and computer support + Information leaflet Duration of six months (weekdays).	Doctor	Questionnaire
Hall et al., 2015; Canada	To determine the effectiveness of a cognitive-behavioral group intervention delivered by public health nurses.	Randomized clinical trial	n=235; not reported 6-7 months; M	Educational	One two-hour group session + 4 biweekly telephone support calls over 2 weeks	Nurses	Multidimensional Fatigue Rating Scale, Center for Epidemiologic Studies Depression Measure, Pittsburgh Sleep Quality Index, and Maternal; Child Sleep Questionnaire; Actigraphy; Sleep diaries
Sayers et al., 2017; New Zealand	To determine whether a brief infant sleep education program reduced the prevalence of parent-reported sleep	Randomized clinical trial	n=802; not specified Sex and age	Educational	One prenatal group education session + a Home visit after 3 weeks reinforcing prenatal sleep	Not reported	Actigraphy; Sleep diaries

	problems and nighttime awakenings and influenced sleep duration in infants.		not specified		education		
Sweeney et al., 2012; New Zealand	Test a behavioral educational intervention to promote maternal and infant sleep in the first three months.	Randomized study	n= 40; F= 40 0-12 weeks; not reported	Behavioral educational	A 2-hour prenatal sleep session + weekly postnatal support phone calls during weeks 1 to 6 + informational booklet	Not reported	Actigraphy; Sleep diaries; Questionnaires
Osborne et al., 2018; Australia and South Africa.	To determine whether knowledge acquisition is equivalent between in-person and remote teaching modalities regarding infant sleep.	Qualitative pilot study	n=32; F=31 and M=1 12-36 months; not reported	Educational	The intervention was delivered only once and lasted 60 minutes, with an additional 30 minutes for questions with the presenter.	Experienced sleep clinician and pediatric sleep researcher.	Questionnaires
Ball et al., 2018; Australia	To assess parental perspectives on the acceptability and usefulness of a "cued-care" approach to infant sleep, implemented in an Australian primary care setting.	Mixed-methods study	n=64; Fand M 0-12 months; not reported	Educational (Possums Sleep Program)	1-hour consultations, online and in-home visits, as appropriate for each family involved. The intervention is not fixed and is delivered according to each family's needs during postnatal visits + DVD and	Experienced maternal and child health researcher, general practitioner, nurse	Group Discussions; Online Survey; Annual Audit; Questions/Feedback online, in-person, in groups, and individually

					workbook		
Sweeney et al., 2020; New Zealand	To test the acceptability and effectiveness of a behavioral-educational sleep intervention carried out in the perinatal period.	Pilot study of a controlled trial research	n=40; F=40 6-12 weeks; not reported	Educational	A 2-hour prenatal education group session + telephone follow-up; 5 groups of up to 6 people were formed. Frequency: weekly phone calls over the course of 5 weeks, after the 7th day postpartum.	Not reported	Actigraphy; Questionnaire on sleep habits; Sleep diary
Field et al., 2016; USA	To evaluate the effects of mothers massaging their newborns on the sleep behaviors of both mothers and newborns and the relative effects of using lotion versus no lotion during massage.	Experimental study	n= 76; F= 76 Age up to one month; not reported	Therapeutic massage	One 30-minute session. Mothers were instructed to perform 15 minutes daily for one month. DVD provided with massage information + lavender lotion	Massage Therapist	Brief Infant Sleep Questionnaire
Donmez; Temel, 2019; Turkey	To determine the effect of teaching 4S calming techniques (swaddling, holding at side or tummy, shushing with white noise, rocking) on	Randomized experimental study	n= 42; F= 42 0-23 weeks; F= 22 and M= 20,	Educational	1st home visit: standard baby care manuals; 2nd home visit: baby's sleep	Family doctor and researcher	Infant Sleep Activity Record

	infants' self-regulation behaviors reported by parents regarding sleep, crying, and feeding.				activity record; Four weeks after birth, a 90-minute educational program was delivered at the home visit using the manual and video "The Easy Way to Soothe the Baby.		
Mindell et al., 2018; USA	To examine the impact of a massage-based bedtime routine on infant sleep, maternal sleep, and maternal mood.	Randomized clinical trial	n=123; F=123 3-18 months; F=66 and M=57	Massage + instructional material+ Guidance on routines and sleep hygiene	Duration: 3 weeks Frequency: Not reported	Not reported	Brief Infant Sleep Questionnaire; Pittsburgh Sleep Quality Index; Epworth Sleepiness Scale; Edinburgh Postnatal Depression Scale; Brief Mood Introspection Scale; Parenting Stress Index; State-Trait Anxiety Inventory
Honaker et al., 2018; USA	To describe parenting practices that implement behavioral sleep intervention outside of a clinical setting.	Observational survey study	n= 796; F= 491 and M= 161 1-66 months; F=163 and M=489	Unmodified extinction; Modified extinction; Parental presence; Supported parental presence	Duration of 18 months. Frequency: Not reported	Pediatricians or family physicians, nonclinical sleep consultants or coaches, or clinical sleep specialists.	Brief Infant Sleep Questionnaire
Rezaei et al., 2023;	To evaluate the effectiveness of	Randomized	n=140;	Educational vídeo about	Baby massage was performed in	Massage therapist	Brief Infant Sleep Questionnaire;

Iran	infant massage on infants' nighttime sleep status and mothers' sleep quality.	clinical trial	F=140 15-20 days; F=72 and M=66	massage	three 5-minute cycles. Massages were performed 15 minutes before bedtime for a two-week period.		Pittsburgh Sleep Quality Index
Mindell et al., 2017; USA	To examine nighttime changes in infant sleep and maternal perceptions after implementing a bedtime routine.	Unidentified	n=134; F 8-18 months; M= 44.8% and F=55.2%	Behavioral	Every night for a two-week period.	Research assistant	Sleep diary
Mindell et al., 2009; USA	To examine the impact of a consistent bedtime routine on the sleep of infants and young children, as well as on maternal mood.	Randomized clinical trial	n=405; F 7-36 months; F=55%	Behavioral	Instructed to perform the bedtime routine every night for a period of 2 weeks	Not reported	Brief Infant Sleep Questionnaire; Sleep Diary; Profile of Mood States.
Hiscock et al., 2006; Australia	To determine whether a community-led intervention targeting infant sleep problems improves infant sleep and maternal well-being and to report the costs of this approach to the health system.	Cluster-randomized trial	n=328; F=90%; M=10% 7-12 months; M=51%	Controlled crying; “Acampar”	An 8-month visit + follow-up two weeks later to facilitate recognition of sleep patterns and set future goals.	Nurse and a child psychologist	Sleep diary
Paul et al., 2011; USA	To test the independent and combined effects of	Randomized clinical trial	n=160; F Age under	Educational	Home visit + leaflet +	Nurse	Sleep diary

	two behavioral interventions delivered to parents, designed to promote healthy infant growth in the first year.		one year; F=51%		instructional vídeo Does not address duration Frequency 2 to 3 weeks after birth		
Paul et al., 2016; USA	Improving sleep behaviors and duration through a responsive parenting (RP) intervention designed for obesity prevention.	Randomized clinical trial	n=279; F 0-1 year; M=54%	Educational	Duration not specified Frequency - 3 to 4, 16, 28, and 40 weeks of age, and a visit to the research center occurred at 1 year of age	Nurses	Brief Infant Sleep Questionnaire; Bedtime Routine Questionnaire
Hiscock; Wake, 2002; Australia	To compare the effect of a behavioral sleep intervention with written information about normal sleep on child sleep problems and maternal depression.	Randomized controlled trial	n=156; F 6-12 months; M=89 and F=79	Controlled crying	Three private consultations, held biweekly	Senior pediatrician	Questionnaires
Adachi et al., 2009; Japan	To examine the effectiveness of a simple behavioral intervention with an educational booklet on modifying parental behaviors and preventing sleep disorders in 4-month-old infants.	Prospective cohort with sample controls	n=136; F Age up to 4 months; not reported	Educational and behavioral	10-minute group guidance+booklet Frequency: not reported	Doctor	Questionnaire

Symon et al., 2005; Australia	To evaluate the effect of a behavior modification program, taught to parents in a single visit with a trained nurse, on improving sleep performance in newborns in Australia.	Randomized controlled trial	n=268; F 2-3 weeks of age; F=51%	Educational	One 45-minute visit (2 to 3 weeks after birth) + information book	Nurse	Sleep diary
Hiscock et al., 2008; Australia	To determine the long-term effects of a behavioral intervention for infant sleep problems on maternal depression and parenting style, as well as on the child's mental health and sleep at 2 years of age.	Cluster-randomized clinical trial	n=739; F 4-24 months; F=49%	Graduated extinction; adult disappearance; leaflet	One consult at 8 months + first 25-minute visit and follow-up visits lasted an average of 19 minutes.	Nurses	Maternal report
Adair et al., 1992; USA	Implement and evaluate a brief intervention to prevent night waking.	Prospective cohort	n=292; F 4 months; not reported	Educational	Leaflet + consultation + sleep chart Three consultations performed. The first at 4 months, at five months they completed the sleep chart at home, at six months they completed the	Pediatrician	Questionnaire and sleep chart

					chart in the office, and the assessment at 9 months		
Adams et al., 1989; USA	To evaluate treatment strategies to better equip pediatricians and other health care professionals with a reasonable protocol to help parents manage this distressing problem.	Clinical trial	n=36; not reported 18-48 months; F=20 and M=16	Graduated extinction; Positive routine	Duration: 6 weeks of intervention, with follow-up assessments 3 and 6 weeks after completion. Frequency: Interventions were administered daily during the bedtime routine	Researchers/therapists	Parent-requested sleep and behavior data recording form; Dyadic Adjustment Scale
Eckerberg, 2002; Sweden	To evaluate a standardized sleep program (two-step variation of gradual extinction) and compare the outcome after therapist consultations and telephone support versus written information alone during the first intervention.	Randomized study	n = 67; not reported 4 months to less than 18 months; M=36 and F=31	Educacional	One-hour consultation with guidance, received telephone calls the next day and subsequently as needed. After 2 weeks, there was a follow-up consultation, lasting about half an hour, when the intervention for night wakings was introduced. This consultation was also followed by one or a few telephone calls. In total, support and	Clinical	Sleep diary; questionnaire

					counseling took 2 to 3 hours per family.		
Seymour et al., 1983; New Zealand	Develop and evaluate a parent-implemented home-based night waking management program for young children.	Intervention study	n = 208; not reported 0-6 years; F=46% and M=54%	Behavioral	Duration: Initial one-month period, with daily telephone follow-up in the first few days, in-person sessions after one week, and follow-ups at 1, 3, and 6 months.	Multidisciplinary team with backgrounds in psychology, social work, teaching, nursing, and child care.	Parent interview; Sleep diary
Seymour et al., 1989; New Zealand	To experimentally evaluate a standardized sleep program that the authors had been using; To investigate the effectiveness of a written parenting guide that could be used without intensive therapist support.	Experimental study	n=45; not reported 9 months to 5 years; M=28	Standardized Sleep Program Educacional (Written Information)	The written information group received only the initial intervention. The standardized program group received intensive telephone support, especially at the beginning. Follow-up was conducted 1 month and 3 months after the post-treatment assessment.	Therapist	Sleep Diary; Sleep Problems Assessment Schedule
Rickert; Johnson, 1988; USA	States To evaluate the relative effectiveness of programmed awakenings and	Randomized clinical trial	n=33; not reported 6-54 months;	Programmed awakenings; Systematic ignoring	Duration: 8 weeks of treatment, with follow-up assessments at 3 and 6 weeks after	Psychologists	Sleep Diaries

	systematic ignoring procedures for reducing spontaneous awakenings and crying in infants, toddlers, and preschoolers.		M=18 and F=15		completion Frequency: nighttime interventions according to the child's awakening pattern (1 to 3 times per night, depending on the case)		
Hall et al., 2006; Canada	To assess changes in infant sleep patterns and behavior after an intervention and determine the feasibility of measurement procedures.	Quasi-experimental pilot study	n=39; not reported 6-12 months; F=50% and M=50%	Educacional	Two-hour teaching session group, followed by telephone support twice a week for 2 weeks.	Nurses	Sleep diary; Actigraphy.

5.3 MANUSCRITO 3 - **MOTIVAÇÕES DE CONSULTORES DO SONO INFANTIL PARA A UTILIZAÇÃO DO MÉTODO PICK UP AND PUT DOWN: DESAFIOS E IMPACTOS DE SUA IMPLEMENTAÇÃO**

RESUMO

Objetivo: descrever as motivações de consultores do sono infantil para a utilização do método *pick up and put down* e os desafios e impactos de sua implementação. **Método:** Estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, realizado com nove consultores do sono infantil por meio de entrevista semiestruturada. Os dados foram submetidos à análise temática. **Resultados:** As consultoras relataram usar o método *pick up and put down* por este ser uma abordagem gentil e acolhedora, promotora da autonomia do sono. As principais barreiras ao sucesso emergiram da ansiedade e cansaço familiar e não da resposta da criança. O papel da consultora foi definido como uma mediadora crucial para a adesão. Os resultados positivos das intervenções comportamentais para o sono infantil estão intrinsecamente ligados à gestão emocional familiar. **Considerações finais:** Este estudo fornece informações essenciais para a formação profissional e aponta para a necessidade de futuras pesquisas que integrem a perspectiva familiar e medidas objetivas de desfecho.

Palavras-chave: Consultores, Educação em saúde, Enfermagem, Relações familiares, Saúde da criança, Sono.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to describe the motivations of infant sleep consultants for using the pick up and put down method and the challenges and impacts of its implementation. **Method:** This was a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, conducted with nine infant sleep consultants through semi-structured interviews. The data were submitted to thematic analysis. **Results:** The consultants reported using the pick up and put down method because it is a gentle and welcoming approach that promotes sleep autonomy. The main barriers to success emerged from family anxiety and fatigue rather than the child's response. The role of the consultant was defined as a crucial mediator for adherence. The positive results of behavioral interventions for infant sleep are intrinsically linked to family emotional management. **Final considerations:** This study provides essential information for professional training and points to the need for future research that integrates the family perspective and objective outcome measures.

Keywords: Consultants, Health education, Nursing, Family relations, Child health, Sleep.

INTRODUÇÃO

O sono é fundamental para o desenvolvimento neurocognitivo e emocional da criança, sendo um indicador de saúde e bem-estar na primeira infância (West; Schwichtenberg, 2025). Problemas comportamentais de sono, como despertares noturnos e dificuldade para iniciar o sono são prevalentes e impactam negativamente a qualidade de vida da criança e da família (Sandoz *et al.*, 2022). A literatura tem explanado sobre uma natureza bidirecional dessa relação, em que a privação de sono infantil está associada a sintomas de ansiedade e depressão materna no puerpério, gerando estresse e comprometendo a saúde mental familiar (Astbury *et al*., 2025; Saad *et al.*, 2025).

Nesse contexto, intervenções comportamentais para o sono infantil têm-se consolidado como primeira escolha no tratamento, por exemplo, de insônia comportamental, com evidências da sua eficácia e segurança a longo prazo (Kahn; Barnett; Gradisar, 2023a). Contudo, a escolha do método de intervenção apresenta frequentemente resistências, especialmente, em relação às abordagens de extinção, como método *Ferber* ou *Cry It Out*, que embora cientificamente comprovados, geram barreiras na adesão das famílias devido ao estresse pelo choro prolongado (Bilgin; Wolke, 2020). Em contrapartida, métodos que priorizam o acolhimento, como o *pick up and put down*, podem ser percebidos como uma alternativa que busca o equilíbrio entre a necessidade de autonomia do sono e a manutenção do vínculo afetivo (Hogg; Blau, 2006).

A promoção do sono infantil e, consequentemente, a melhoria da saúde materna e da qualidade de vida da família estão alinhados com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Ao analisar uma intervenção que objetiva restaurar o sono e o equilíbrio familiar, este estudo contribui para o ODS 3 ao direcionar para a saúde e bem-estar em todas as idades e o ODS 5 ao abordar a sobrecarga e a saúde da mulher no contexto da maternidade (United Nations, 2015). Reconhece-se o sono como um pilar fundamental na saúde que influencia a equidade social e a sustentabilidade do cuidado familiar.

Apesar da crescente relevância das intervenções comportamentais para o sono infantil, observa-se uma lacuna na literatura de estudos qualitativos que explorem a perspectiva dos profissionais que aplicam o método *pick up and put down*. Nessa direção, este estudo partiu da seguinte questão de pesquisa: Quais as

motivações dos consultores do sono infantil para a utilização do método *pick up and put down* e os desafios e impactos na sua implementação?

A compreensão das motivações que levam os consultores a escolher essa abordagem, bem como a análise dos desafios práticos e dos impactos na dinâmica familiar é fundamental para aprimorar a formação profissional e as orientações às famílias. Desta forma, o objetivo deste estudo foi descrever as motivações de consultores do sono infantil para a utilização do método *pick up and put down* e os desafios e impactos de sua implementação, justificando-se pela necessidade de preencher esta lacuna de conhecimento e fornecer subsídios para a prática assistencial.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa que buscou responder ao seguinte questionamento: “Quais as motivações dos consultores do sono infantil para a utilização do método *pick up and put down* e os desafios e impactos na sua implementação?”

Este estudo utiliza a pesquisa descritiva e exploratória para caracterizar o campo de atuação e os fenômenos observados. A adoção da abordagem qualitativa permite entender as percepções e interpretações do participante da pesquisa sobre uma determinada experiência (Minayo, 2017; Gil, 2010). Para garantir a qualidade metodológica na redação do relatório deste estudo, seguiram-se as recomendações do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) (Souza et al., 2021).

Local e contexto do estudo

A pesquisa foi realizada no cenário brasileiro, de forma telemática, com participantes de diferentes estados. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que o Brasil tenha mais de 203 milhões de habitantes (IBGE, 2022). O país possui 26 estados, além do Distrito Federal, onde situa-se Brasília, a capital do Brasil, localizada na região Centro-Oeste do país.

Participantes do estudo

As participantes do estudo foram profissionais da saúde e educação que atuam como consultoras do sono infantil, selecionadas por conveniência. Inicialmente, foi realizado o contato da pesquisadora principal com a diretora da empresa “Instituto Assessoria Mamãe” (Apêndice C), selecionada intencionalmente para mediar o recrutamento das participantes na pesquisa. O Instituto Assessoria Mamãe realiza a certificação de consultores do sono infantil com a utilização do método *pick up and put down*. A pesquisadora apresentou o objetivo da pesquisa e solicitou autorização para realizar o convite para a pesquisa no grupo do *Telegram*® de consultores do sono infantil certificados pelo Instituto Assessoria Mamãe. O contato ao grupo de *Telegram*® foi fornecido pela diretora da empresa à pesquisadora principal.

Após a autorização, realizou-se o primeiro contato da pesquisadora com os 182 consultores do sono infantil certificados pelo Instituto Assessoria Mamãe via grupo do *Telegram*®, por meio do qual enviou-se o primeiro convite, em forma de texto, para a participação na pesquisa. Três consultores manifestaram interesse em participar da pesquisa. Na sequência, a pesquisadora principal entrou em contato individualmente com cada consultora interessada por meio do *Telegram*®, explicando o estudo e agendando data e horário conforme a disponibilidade das participantes.

Após cinco dias sem a manifestação de mais interessados, a pesquisadora realizou novamente o convite no grupo dos consultores no *Telegram*®, desta vez em forma de vídeo. A diretora do Instituto Assessoria Mamãe sugeriu que a pesquisadora gravasse um vídeo convidando os consultores e este foi divulgado, também, nas redes sociais da empresa. Com este processo mais nove consultores manifestaram interesse em participar da pesquisa. Então, a pesquisadora principal entrou em contato individualmente com cada consultora interessada por meio do *WhatsApp*® e *Telegram*® explicando o estudo e agendando data e horário conforme disponibilidade dos participantes.

Sendo assim, foram convidadas 12 consultoras para participar da pesquisa. Três consultoras foram contactadas cinco vezes via *WhatsApp*® e não responderam às mensagens, o que foi compreendido como desistência em participar do estudo. A amostra final totalizou nove consultoras participantes da pesquisa.

Durante o contato por meio do *WhatsApp*® a pesquisadora enviou um link de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado na

plataforma *Google Forms*®. A formalização da anuência por parte da consultora foi realizada por meio do preenchimento de seu nome completo, indicação da autorização (ou não) para a gravação de voz e imagem e a confirmação do aceite das condições do estudo via caixa de seleção. O envio de retorno do formulário para a pesquisadora principal gerou o registro do consentimento (TCLE) para a pesquisadora principal e o envio automático, por e-mail, de uma cópia a participante.
Critérios de inclusão: consultores do sono infantil que aplicaram o método *pick up and put down* em seus atendimentos; e/ou profissionais de saúde que realizaram consultoria do sono infantil com o método *pick up and put down*; maiores de 18 anos de idade; e que possuíam rede de internet e celular (smartphone ou iphone).
Critérios de exclusão: consultores do sono infantil certificados com o método *pick up and put down*, mas que realizaram menos de três atendimentos.

Características da pesquisadora principal

A coleta de dados foi conduzida integralmente pela primeira autora, uma pesquisadora do sexo feminino. Na época da coleta de dados, ela era enfermeira, possuía o título de Mestre em Saúde Materno Infantil e estava cursando o Doutorado em Enfermagem. Além de sua qualificação acadêmica, a pesquisadora principal possuía experiência prévia na condução e coleta de dados qualitativos.

Não foi estabelecido um relacionamento prévio entre a referida pesquisadora e os participantes antes do início do estudo. A única informação fornecida aos participantes, além dos objetivos do estudo foi o interesse da pesquisadora em estudar e iniciar a construção de conhecimento científico sobre o método *pick up and put down*, dada a ausência de literatura publicada sobre o tema. Os objetivos pessoais da pesquisadora não foram compartilhados.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2025. Utilizou-se a entrevista semiestruturada, pois essa entrevista permite ter acesso a um material mais denso e com maior profundidade ao tema a ser investigado. As entrevistas foram realizadas de forma on-line por meio da plataforma *StreamYard*® e foram gravadas para o melhor aproveitamento dos dados. Ressalta-se que, no momento da coleta, a sala virtual contava com a presença apenas da pesquisadora e do participante, garantindo a confidencialidade. O roteiro da entrevista (Apêndice

D) foi dividido em duas partes: a primeira para caracterização do perfil dos participantes, seguida de questões abertas direcionadas ao consultor do sono infantil.

Previamente, à coleta principal, foi conduzida uma entrevista piloto para teste do guião (o teste do guião é um teste prévio da entrevista com um participante e tem o objetivo de garantir clareza nas perguntas, otimizar o tempo e ajustar o roteiro da entrevista antes da coleta de dados principal), e após a análise e discussão em equipe, procedeu-se aos ajustes necessários, assim como sobre a inclusão desta entrevista no estudo.

Na sequência, é apresentado o Quadro 1 referente ao roteiro de perguntas realizadas aos participantes durante a entrevista.

Quadro 1- Roteiro de perguntas para a entrevista

• Como você conheceu e qual foi a sua percepção inicial sobre o método *pick up and put down*?
• Quais foram as principais motivações para você decidir implementar este método na sua prática assistencial?
• Que vantagens ou benefícios específicos do método *pick up and put down* o tornam atrativo para você e para as famílias?
• Para quais casos ou perfis de crianças/famílias você considera o método mais indicado?
• Quais os principais desafios enfrentados por você ao implementar o método?
• Como avalia a aceitação e adesão das famílias ao método na sua experiência?
• Se pudesse sugerir melhorias ou recursos para a implementação do método, quais seriam?
• Há algo mais que gostaria de compartilhar sobre o que lhe influenciou ou sobre como você aplica o método *pick up and put down* que não abordamos?

Fonte: elaborado pelas autoras.

A duração das entrevistas variou entre 30 a 80 minutos. Durante cada sessão, a pesquisadora realizou anotações de campo complementares. A análise preliminar indicou que a saturação dos dados foi alcançada na quinta entrevista (Minayo, 2017).

Análise de dados

A análise de dados ocorreu por meio da Análise Temática de Braun e Clarke (2006), a qual busca identificar, analisar e relatar temas (padrões) em um conjunto de dados. O processo seguiu as seis fases, conforme mostrado no Quadro 2.

Na primeira fase, todas as gravações de áudio e vídeo foram transcritas pelo primeiro autor com o auxílio do software *Turboscribe.ai*®. Embora não tenha sido

realizada a validação das transcrições pelos participantes, procedeu-se com a leitura e análise profunda, visando a familiarização com os dados e a identificação de padrões emergentes.

Quadro 2 - Fases da Análise Temática

Fase	Descrição do processo
Familiarização com os dados	A primeira autora transcreveu os dados, leu e releu os dados e fez anotações iniciais.
Codificação	A primeira autora codificou características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados e reuniu os dados relevantes para cada código.
Buscando por temas	As autoras (LDS e RC) reuniram os códigos em temas potenciais, coletando todos os dados relevantes para cada tema potencial.
Revisão dos temas	Todas as autoras verificaram se os temas funcionavam em relação aos trechos codificados e ao conjunto de dados completo.
Definição e nomeação dos temas	A análise contínua para refinar os detalhes de cada tema e a narrativa geral que a análise apresenta, gerando definições e nomes claros para cada tema foi realizada por todas as autoras.
Produção do relatório	Redação dos resultados com seleção de exemplos de trechos vívidos e convincentes, análise final dos trechos selecionados, relacionando a análise à questão de pesquisa e à literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise.

Fonte: elaborado pelos autores.

A segunda fase consistiu na codificação manual, resultando na geração de 30 códigos iniciais exemplificados pelos códigos 1, 2, 20 e 24 apresentados no Quadro 3. Os trechos foram revisados diversas vezes para assegurar que todos os dados fossem capturados adequadamente com os códigos relevantes. Para manter a rastreabilidade e o anonimato, adotou-se uma identificação alfanumérico, onde a letra “P” designa o profissional, seguida pelo número sequencial da entrevista (ex: P1, P2, P3…).

Quadro 3 - Exemplo de extração de dados, com códigos e temas aplicados.

Extração de dados	Codificado para	Subtema	Tema principal
P2. Não vai estar judiando da criança. Porque é uma coisa acolhedora. Você vai estar ali com a paciência e trazendo ela (a criança) e acalmando. Ela (a criança) vai ter autonomia para dormir. Até quando chega o sétimo dia, ela (a família) já sente a diferença. Já tem diferença. Eu já havia conhecido antes. Eu usava esse método com os meus filhos, mas não documentado, né?	1.Método acolhedor e gentil 2.Promoção da autonomia do sono 20. Percebem resultados e eficácia nos primeiros dias 24. Aplicaram com seus filhos e viram resultado	Método acolhedor e promotor da autonomia do sono	Motivações das consultoras para a aplicação do método *pick up and put down*

Fonte: elaborado pelos autores.

Na terceira fase, os dados foram sintetizados em temas potenciais, seguida da quarta fase que envolveu a revisão dos autores para avaliar a coerência entre os trechos codificados e o conjunto de dados, resultando em quatro temas com seus respectivos subtemas. Na quinta fase os temas receberam denominações, incorporou-se trechos das falas dos profissionais na nomeação dos subtemas para garantir um retrato da realidade investigada. Por fim, na sexta fase, procedeu-se com a sistematização dos resultados e redação final do manuscrito.

Aspetos éticos

Os aspectos éticos são relevantes e foram respeitados. Foi utilizado o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice E) para os consultores do sono infantil, e a disponibilização do Termo de Confidencialidade dos Dados (TCD) (Apêndice F) o qual assegura o sigilo, anonimato e compromisso com a privacidade dos dados.

Os nomes dos participantes não foram registrados e toda a informação foi anonimizada por meio de códigos. Os dados ficarão armazenados numa pasta encriptada no computador da primeira autora e, após cinco anos, o material gravado será destruído. A pesquisa seguiu as recomendações das Resoluções nº 466/12 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que prescrevem a ética em pesquisas com seres humanos (Brasil, 2012, 2016). Da mesma forma, foi considerado o Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS que trata dos procedimentos em pesquisas que envolvem qualquer etapa em ambiente virtual (Brasil, 2021).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, CAAE: 90862925.2.0000.0121 e sob o parecer nº 7.853.708 (Apêndice G).

RESULTADOS

No total este estudo foi constituído por nove participantes, todas do gênero feminino (n=9). Quanto à faixa etária, as participantes apresentaram idades entre 28 e 57 anos. Geograficamente, a amostra caracterizou-se por uma dispersão, com predominância no estado de São Paulo (n=3), seguido pelo Rio Grande do Norte (n=2) e representações únicas no Distrito Federal, Minas Gerais e Rio Grande do Sul e uma participante brasileira que no momento da coleta residia no Canadá.

Quanto à formação acadêmica, observou-se um elevado grau de especialização. Todas as participantes possuíam pós-graduação, distribuídas entre Especialização (n=7) e Mestrado (n=2). A base profissional foi na área da saúde, sendo a Enfermagem a formação predominante (n=6), complementada por profissionais da Fisioterapia, Fonoaudiologia e Pedagogia. Em relação à experiência específica na Consultoria do Sono Infantil, o tempo de atuação variou desde profissionais em fase inicial (dois meses) até nove anos de prática, sendo a média de cerca de cinco anos de experiência.

Da análise qualitativa dos dados, foram identificados quatro temas principais, seguidos dos seus respectivos subtemas: Motivações das consultoras para a aplicação do método *pick up and put down;* Desafios e dinâmicas familiares e profissionais na implementação do método *pick up and put down;* A consultora do sono infantil como facilitadora do processo e; impactos na qualidade de vida e bem-estar familiar.

Tema 1. Motivações das consultoras para a aplicação do método *pick up and put down*

O Tema 1 compreende os seguintes subtemas: Método acolhedor e promotor da autonomia do sono e; da experiência pessoal a profissional: resultados percebidos pelos consultores.

Método acolhedor e promotor da autonomia do sono

As consultoras do sono infantil percebem o método *pick up and put down* como um método acolhedor e gentil, que equilibra o acolhimento e resultados efetivos, posicionando-se como uma alternativa em relação a outras intervenções comportamentais. A P1 descreveu-o da seguinte forma "*existe um outro método que é ainda mais lento. Então, o pick up and put down está ali em um equilíbrio. Não existe crueldade. Existe acolhimento*". As consultoras destacam o método como uma abordagem moderada, diferenciando-o de outras intervenções que preconizam o distanciamento da família em relação à criança por meio do choro prolongado. Conforme descrito pela P6 "*foi principalmente ele não deixar chorar, né? Não era aquela coisa de abandonar a criança, de não ter essa tortura do choro*" e a P2 "*Não vai estar judiando da criança. Porque é uma coisa acolhedora. Você vai estar ali com a paciência e trazendo ela e acalmando*".

A escolha, também, é motivada pela possibilidade de oferecer à família e à criança uma intervenção onde a presença do familiar assegura que o choro seja acolhido em um colo conhecido pela criança, minimizando o estresse e sensação de abandono na criança. A P7 descreveu-o assim:

"*Ela não está chorando no colo de um estranho, ela está chorando no colo da mãe, né, que carregou ela ali por nove meses. Então, ela está no melhor colo do mundo, vai estar no colo do pai, talvez, das avós, se assim aceitar, né. Então acho que é o método mais acolhedor também, né, a criança já conhece quem está ali*."

Sendo por vezes reconhecido como "o ponto alto do método", pois é oferecido à criança suporte emocional, comunicando à criança que ela não está sozinha e que sua necessidade está sendo atendida. A P8 falou "*dizendo, óbvio, através do comportamento, que a criança não tá sozinha, né? Que ela tem um suporte emocional por trás ali. Pra mim, é o ponto alto do método*".

O método *pick up and put down* pode ser visto como um meio de ensinar a criança a se autorregular e ter independência de forma gradual, permitindo que desenvolva a capacidade de dormir sem a intervenção constante da família. As P2 e P5 afirmaram, respectivamente, "*Ela vai ter autonomia para dormir*", "*O bom é quando você ensina a criança... A ter autonomia para que ela durma em diferentes lugares... E com diferentes pessoas*". As consultoras relataram que o método oferece à criança a "oportunidade de se autorregular" com a segurança de que terá ao seu lado, inicialmente, um adulto, caso seja necessário. Segundo P4: "*Então, a criança tem uma oportunidade de se autorregular. Uma prática acolhedora e que dá para a criança essa questão de eu consigo sozinha, mas se eu precisar ela tá ali*". Essa combinação entre ser um método acolhedor, gentil e que promove a autonomia no sono o torna atrativo às famílias e às consultoras.

Da experiência pessoal a profissional: resultados percebidos pelos consultores

As consultoras relataram ter aplicado o método com seus filhos, antes mesmo de vislumbrarem uma carreira na área do sono infantil. A vivência com a aplicação do método, mesmo que por vezes de forma intuitiva, validou a abordagem e impulsionou a busca por qualificação. A consultora P2, relatou ter aplicado o método com o próprio filho: "*Eu já havia conhecido antes. Eu usava esse método com os meus filhos, mas não documentado, né?*", e a P6 percebeu no curso que já

tinha aplicado o método com sua filha sem saber e isso deu sentido para a sua certificação: "*eu fiz isso sem saber que tava fazendo certo. Minha filha sempre dormia muito bem. Então, pra mim, o curso fez sentido, as coisas que eu fazia sem saber que tava fazendo certo*". Essa validação pessoal transformou a consultoria em uma missão, onde a experiência de sucesso com os próprios filhos serviu como um incentivador para outras famílias. Conforme a fala de P1 "*Eu digo, meu filho passava o dia inteiro chorando, ele passou a ser um bebê calmo, ele não dormia, ele passou a dormir. Aí isso dá uma motivação, né? Para elas continuarem*".

Contudo, a profissionalização, por sua vez, é percebida como uma forma de legitimar a prática e expandir o conhecimento, a P1 referiu "*Aí eu fiz o curso. O curso me ajudou a aprimorar os meus conhecimentos*". A obtenção de uma certificação confere "credibilidade", essencial para a atuação no mercado. A P2 descreveu como "*Às vezes a gente tem um certificado ali, dá uma credibilidade às vezes, né? É, faz diferença*". Para outra profissional, P3, o curso foi uma oportunidade de entender o método, pois durante sua formação acadêmica, pouco foi abordado sobre o sono infantil, relatando, "*Então eu não sabia nada de sono, muito menos sono infantil. Aí quando eu fui fazer o curso, eu entendi o que era o método, o pick up and put down, como era aplicado*".

Para outras, a consultoria do sono infantil surgiu como uma necessidade complementar à sua atuação na saúde materno infantil, como a amamentação. E perceberam que a privação de sono impactava diretamente na produção de leite e no bem-estar materno. A P5 disse "*quando eu comecei a fazer os meus atendimentos, eu vi que faltava algo ali auxiliar melhor essas famílias. E assim, eu fiz o curso... eu já me tornei tanto consultora do sono quanto instrutora de Shantala também"* e P9 "*porque um bebê que não dorme bem, ele não mama bem. Uma mãe que não dorme bem, ela não tem uma produção adequada de leite. Hoje, a minha consultoria está muito mais completa*". Nesse contexto, o método *pick up and put down* é percebido como uma ferramenta que torna a consultoria materno infantil mais completa, permitindo um cuidado integral à díade mãe-filho.

As consultoras enfatizaram que o método "funciona" e que é possível ver resolutividade em poucos dias. As P1 e P7 enfatizaram, respectivamente: "*Porque ele funciona, ele realmente funciona. E é ali num tempo razoável. Nos primeiros dias você já começa a ver alguns avanços*", "*Eu acho que ele é muito rápido, a resolutividade dele, os resultados dele aparecem de forma muito rápida*". A

observação de avanços significativos, já nos primeiros dias de acompanhamento é um fator de engajamento tanto para a família quanto para as consultoras.

A interpretação dos resultados pelas consultoras é marcada pela valorização das "pequenas vitórias" que se acumulam rapidamente. A P1 relatou "*Ele dormia 25 minutos. Hoje ele dormiu 45 minutos. Aí quando passa uns dias, ele passa a dormir uma hora. Eu tenho até medo de comemorar. Aí eu falo assim: comemore! Pequenas vitórias são grandes vitórias*". A redução no número de despertares ou o aumento do tempo de sono, mesmo que em minutos, é celebrada como um sucesso transformador. Os avanços são percebidos pela família quase que de forma imediata, conforme a fala da P5: "*Eu iniciei um acompanhamento de uma família que o bebê só dormia 25 minutos. E hoje, já no primeiro dia, ele já dormiu uma hora*" ou a partir do terceiro dia, segundo P7: "*Elas começam a notar a partir do terceiro dia*" com resultados satisfatórios no quinto dia. A P3 relatou: "*Eu consigo ter perto do quinto dia, quarto dia, eu já consigo ter um resultado bem satisfatório*". Ressalta-se, no entanto, que a rápida resposta ocorre quando há consistência na aplicação do método pela família.

Tema 2. Desafios e dinâmicas familiares na implementação do método *pick up and put down*

O Tema 2 compreende os seguintes subtemas: Ansiedade e expectativas irreais da família e; a tríade da implementação: Organização, consistência e disponibilidade.

Ansiedade e expectativas irreais da família

As consultoras revelaram que o principal obstáculo para o sucesso do método *pick up and put down* não reside na criança, mas na família. Elas descreveram uma dicotomia entre os resultados reais do método e a dificuldade de adesão parental, frequentemente marcada pela não execução das orientações e pela tentativa de apressar o processo. Conforme as falas de P1 e P2, respectivamente: "*Agora, o que acontece é que os pais não seguem as orientações*", "*você sente que a mãe não está fazendo o método... Ela está burlando... Mas fala para você o que está fazendo. Sabe, é um desafio muito grande isso*". Para as consultoras, a criança é vista como um ser apto ao aprendizado, enquanto a família é descrita como a principal limitadora. Isso porque, na maioria das vezes, as famílias

chegam para a consultoria com cansaço extremo. Embora esse seja o motivador para a busca de ajuda, o cansaço atua como barreira à persistência necessária para a consolidação dos novos hábitos. A P7 falou: “*E a questão do cansaço, porque essas pessoas que chegam até nós, elas chegam porque elas estão muito cansadas*”.

A baixa tolerância ao choro e a falta de disponibilidade emocional das famílias são apontadas como dificuldades críticas. Os consultores observaram que a sociedade contemporânea impõe um senso de urgência, o que vai na contramão ao processo gradual do método *pick up and put down.* A P4 disse: “*A principal dificuldade que eu tenho hoje é uma sociedade de pais que querem* [resultado] *imediatíssimo*”. Essa falta de alinhamento entre a expectativa de resultados rápidos e a realidade do tempo fisiológico comportamental da criança gera frustração e compromete a continuidade da aplicação da intervenção.

Outra interpretação das consultoras é sobre a expectativa de “mágica” por parte das famílias. O relato é de que muitas famílias buscam a consultoria, esperando uma solução instantânea e indolor, como expresso por P1, "*Eu acho que eles pensam que vai acontecer uma mágica de três dias*". A consultora P3 utilizou uma metáfora: "*muitas vezes eu até brinco com eles, eu falo, ah, vocês querem que eu traga aqui uma pílula mágica, uma canetinha mágica, que todo mundo vai sair dormindo*". A motivação da família é frequentemente testada quando percebem que o método exige esforço e consistência e não apenas uma intervenção milagrosa, desafiando as consultoras a atuar não apenas no sono da criança, mas na reeducação das expectativas parentais.

A tríade da implementação: organização, consistência e disponibilidade

O modelo de intervenção comportamental com o método *pick up and put down* caracteriza-se por uma consulta, seguida de acompanhamento de curto prazo, em média de 15 dias, estruturado em formato híbrido com suporte assíncrono via *WhatsApp*®. A faixa etária de atendimento concentra-se em lactentes de três a 12 meses, tendo como principal objetivo a extinção de associações de sono (colo e amamentação), redução de despertares noturnos, visando a consolidação da autonomia no adormecer.

A Tabela 1 consolida as informações coletadas com as consultoras, demonstrando a faixa etária, queixas principais, tempo de acompanhamento,

modalidade de atendimento e indicações específicas na implementação do método *pick up and put down*.

Tabela 1 - Implementação do método *pick up and put down*

	Idade das crianças	Queixas principais	Tempo de acompanhamento	Forma de atendimento	Indicação
P1	3 a 9 meses	Associações (mamando/balançando), sonecas curtas e despertares noturnos.	10 ou 30 dias (via WhatsApp)	Online e Presencial	Todos os bebês.
P2	2 anos e meio	Despertares frequentes, dependência de amamentação noturna ("mamar a noite inteira").	10 dias	Online e Presencial	Mães de primeira viagem.
P3	0 a 5 anos	Dormir no colo, balançando, no peito, com mamadeira ou na cama dos pais.	7 dias	Online e Presencial	Famílias onde o comportamento prejudica o sono.
P4	3 a 9 meses	(Não informada)	7, 15 ou 30 dias (com opção de renovação)	Online e Presencial	(Não informada)
P5	0 a 5 anos	Despertares, só volta a dormir no colo ou peito, sonecas curtas.	30 dias (grupo de WhatsApp)	Online	(Não informada)
P6	7 meses a 2 anos	Rotina desajustada, muitos despertares, cultura de mamar à noite e cama compartilhada.	7 dias	Online e Presencial (curso de gestante)	(Não informada)
P7	0 a 2 anos	Associações (mamar/sucção/balanço) e problemas no ambiente de sono.	15 e 30 dias (via WhatsApp)	Online e Presencial	Todas as famílias.
P8	6 meses a 1 ano	Inúmeros despertares noturnos e múltiplas associações (só dorme mamando).	30 dias (via WhatsApp)	Online	(Não informada)
P9	3,5 meses a 3 anos	Janela de sono inadequada, rotina instável, só dorme no colo e não dorme no berço.	10 e 30 dias (via WhatsApp)	Online	Crianças com rotina instável e janelas inadequadas.

Fonte: Pesquisa de campo com as consultoras.

As consultoras destacaram que à medida que a criança cresce é necessário adaptar o método. A P1 disse: "*É um bebê que já está muito pesado. Você pode ajudá-lo a se deitar, mas sem pegar no colo*". As participantes do estudo enfatizaram ainda, a necessidade de adaptação do método, principalmente, com crianças maiores de um ano, justificando pelos aspectos ergonômicos de manipulação no berço quanto pela maturidade cognitiva da criança. A P3 afirmou: "*Depois de um*

ano, você precisa dar uma boa adaptada para a realidade de cada criança. Primeiro pelo tamanho das crianças mesmo, que ninguém consegue mais ficar pondo e tirando de berço, e outra pela maturidade". Complementarmente, é possível, quando necessário, realizar acolhimento dentro do berço, sugerindo realizar a técnica de "tombamento" a partir de nove meses, período em que a criança já consegue se levantar sozinha. P7 sugeriu: "*A questão no colo sempre, assim, não tem idade. Só a questão do acolher dentro do berço, quando a criança já levanta ali. Acredito que tem algumas que com oito meses, nove meses, que aí eu peço para eles fazerem esse tombamento*".

Contudo, a eficácia do método *pick up and put down* está diretamente ligada à consistência e a repetição por parte da família, sendo esta a chave para o progresso e para a consolidação das sinapses de sono na criança. A repetição é vista como um método de desenvolvimento que permite à criança aprender "sem tortura", sendo o alicerce para a aquisição da autonomia. Neste sentido explicaram: "*Eu acho que é muito bom para a criança, porque a criança aprende através do neurônio espelho, de repetição, muita repetição*" (P9).

> "*Então, você também precisa repetir isso para gravar essa sinapse. Eu acho que esse fato de você repetir a ação, da mesma forma que você quer que o bebê aprenda algo de dar um tchau. Repetir a ação é um método que ele vai aprender sem tortura. É um método de desenvolvimento*"(P7).

A falta de consistência, aliada a uma rotina desajustada, foi percebida pelas consultoras como um fator que prolonga o processo de aprendizagem e pode levar a desistência, conforme ilustrado pela fala de P1: "*Se colocar somente o pick up and put down junto com uma rotina desajustada, vai funcionar? Vai funcionar. Só que vai ser de um processo muito mais lento*". Sendo assim, a repetição é o segredo do método e a consistência parental um fator de sucesso.

Outro ponto de destaque reforçado pelas falas das consultoras é o de que o sono é um fenômeno multifatorial, ou seja, o sucesso nos resultados transcende a simples aplicação do método. A P8 falou: "*Tô pensando em todo o conjunto da obra. Então... Mudança de hábito, rotina, ambiente... Momento de conexão com a família... Então... Todo conjunto, até porque a gente sabe que o sono não é um único fator, né? Ele é bem multifatorial*". A estabilidade emocional da família é destacada como pré-requisito para a implementação bem-sucedida, pois a apreensão e o cansaço podem influenciar diretamente o processo.

Nesse sentido, a consultoria exige que a família aprenda a gerir a situação, visto que a aplicabilidade do método, maioritariamente, depende dela. Conforme elucidado nas falas: "*como eu digo, é nós adultos, né, nós adultos, porque a gente precisa estar estável, né, para gerir aí essa situação, né. Tu está aqui para passar o método, ensinar, mas quem vai fazer a aplicabilidade é eles. Na verdade, eu digo que é 25% nosso e 75% dos pais*" (P7) e, "*Porque, assim, eu sei o quanto elas estão cansadas. Eu acho que, principalmente, a questão dos 50% deles, que é eles que têm que colocar em prática, eu acho que é o principal, a dificuldade. Mas vai depender deles e do seu empenho*" (P6). Diante dessa responsabilidade da família, o consultor do sono infantil torna-se essencial, fornecendo o suporte necessário e viabilizando o empenho familiar.

Tema 3. O consultor do sono infantil como facilitador do processo

O Tema 3 compreende os seguintes subtemas: O suporte profissional na adesão das famílias; educar para transformar e; o protagonismo da família no processo de implementação.

O suporte profissional na adesão das famílias

Os consultores observaram que muitas famílias buscam a consultoria personalizada como uma "última alternativa", após tentativas frustradas de autoimplementação ou o uso de cursos genéricos. A P8 disse: "*Vem como última alternativa, sabe? Fazer a consultoria personalizada, individual"*. A falha nessas tentativas iniciais é atribuída à falta de persistência e desconhecimento sobre a implementação, percebida pela desistência da família após apenas um ou dois dias. P4 afirmou: "*Tentam por pouco tempo... Ah, eu já tentei o método. Tentou quanto tempo? Ah, não sei, acho que foi um dia, não sei, uns dois*". A aplicação incorreta, muitas vezes, baseada em choro controlado, gera receio e bloqueios emocionais. E, portanto, a consultoria individualizada surge como uma forma de resgatar essas famílias, oferecendo ajuste e suporte emocional. Neste sentido, P9 destacou: "*famílias que já tentaram de tudo, menos o nosso método... crianças sem rotina, crianças que não têm autonomia do sono e famílias que já estão querendo desistir*".

O diferencial da consultoria reside no suporte contínuo e no fornecimento de material educativo como planos de ação e *e-books* os quais auxiliam a família com orientações detalhadas, que foi observado nas falas: "*E eu mando o material de*

apoio. Tem todas as informações sobre o sono do bebê" (P1), "*E encaminho para essa família, todas as orientações em cima daquilo que vão ter que fazer*" (P5) e "*Sempre mando material de apoio. Então eu tenho um e-book. Esse e-book vai de zero meses até três anos*" (P7).

Além disso, as consultoras interpretaram a disponibilização de suporte nos primeiros dias como fundamental para evitar a desistência, "*Porque elas têm vontade de desistir. Eu acho que muitas, no meio do caminho, tentam desistir. E o nosso suporte é muito importante*" (P9). A relação profissional-cliente tem sido percebida como uma parceria, onde a demonstração de interesse e a presença constante da consultora fazem com que a família não se sinta sozinha, tal como referido por P1: "*A demonstração do meu interesse, ela vê ali que realmente não está sozinha*".

Educar para transformar

A educação parental é o alicerce para a adesão ao método *pick up and put down.* As consultoras enfatizaram que quando a família compreende os "porquês" e o motivo do choro da criança, isso a capacita a sair do estado de desespero e se tornar agente ativa no processo de aprendizagem do sono. P4 afirmou: "*Então, às vezes eu pego um pai no primeiro momento que,* [me diz] *assim, 'eu não consigo ver meu filho chorar, eu entro em desespero'. E aí, quando eu entendo o porquê ele tá chorando, qual o motivo daquele choro, né? Quando você entende o porquê daquilo, aí eles vão se tornando mais capazes".* Diante disso, a atuação do consultor visa proporcionar clareza sobre as necessidades da criança, promovendo segurança à família.

Nesse contexto, o conhecimento empodera a família para a gestão do choro e da privação de sono, de modo que a funcionalidade do método está vinculada à qualidade da orientação. Explicou P3: "*Eu acho que ele funciona bem quando é bem explicadinho, quando é bem orientado*". Dessa forma, a transparência e o alinhamento de expectativas são facilitadores na implementação do método. Ao comunicar os prós e contras, o profissional sustenta a confiança da família. P8 disse: "*Eu acho que quando você alinha com a família, né? De uma forma clara e transparente, os prós e os contras do método... Essa transparência da nossa parte como profissional com a família é que facilita ou não a aplicação do método*". Essa

postura é o que permite que a família tenha a clareza necessária para mudar atitudes e executar as orientações de forma adequada.

Contudo, a consultoria do sono infantil, muitas vezes, encontra barreiras em resistências culturais, exigindo que a consultora atue também na desconstrução de mitos. Uma consultora contrastou a realidade brasileira com a de países como os norte-americanos e os europeus, onde os métodos de treinamento de sono são mais consolidados e aceitos. P8 falou:

> "*Eu acho que talvez divulgar mais informações mesmo sobre ele. Esses métodos aqui no Canadá, nos Estados Unidos, na Europa, são métodos mais consolidados. No Brasil, eu ainda sinto muito preconceito com relação a essa questão de você ensinar hábitos de sono, né?*".

No contexto brasileiro, as consultoras se deparam com falas de que o ensino de hábitos de sono é "besteira" ou "frescura", o que leva as famílias a adiarem a busca por ajuda. P9 declarou: "*Eu acho que a gente tenta educar os pais que eles acham que é bobeira, que é frescura, que daqui a pouco vai dar certo. Nessa de daqui a pouco vai dar certo, eu tô com uma paciente que a bebê tem três anos e não dorme*".

Nesse sentido, as consultoras ressaltaram a necessidade de formação de mais profissionais e a divulgação de informações, visando consolidar o método e torná-lo conhecido como uma intervenção comportamental na saúde do sono infantil. Conforme destacado nas falas: "*Formando mais profissionais ali e tivesse sim um método realmente consolidado para que as pessoas realmente soubessem que ele existe*" (P2), "*Conhecimento difundido de uma forma facilitadora, para que as pessoas conheçam mais e conheçam o melhor do método"* (P4) e *"Eu acho que algo assim para trazer mais informações para os pais, mais conhecimento"* (P7).

Nesse contexto, a educação da família torna-se uma intervenção preventiva essencial, evitando que crianças e famílias fiquem privadas de sono durante "três anos" devido a uma crença de que o problema se resolverá sozinho com o tempo.

O protagonismo da família no processo de implementação

Percebe-se por meio da fala das consultoras que a implementação do método *pick up and put down* atua como um processo de fortalecimento da competência parental. Ao longo de sete dias, as consultoras observaram uma família mais "forte", segura e capaz de acolher a criança de forma eficaz. Conforme descreveu P4: "*Então, eles vão acolhendo melhor e eu vejo que, assim, num prazo*

de sete dias se tornam pais muito mais fortes, formados, forjados". A percepção de que estão evoluindo no processo gera um ciclo de confiança, onde os pequenos avanços consolidam a crença na metodologia e na própria capacidade de cuidar, transformando a insegurança inicial em domínio emocional. Também P5 assumiu: "*E isso é bom, porque isso te demonstra que a família está no caminho certo, sabe. Para eles é bom, eles sentem que estão, que começam a confiar mais ainda*".

Um achado relevante é o papel estratégico da figura paterna na implementação do método, especialmente, pela sua maior tolerância ao choro comparado à mãe. P4 observou: "*E muitas vezes, dá mais certo com o pai. Porque o pai tem uma tolerância maior para o choro*". A participação ativa paterna pode acelerar os resultados, pois a estabilidade emocional ajuda a manter a consistência necessária. Ainda, essa interpretação reforça a importância da participação paterna no cuidado da criança e a destaca como um facilitador que complementa o suporte materno e fortalece a resiliência da tríade familiar.

Tema 4. Impactos na qualidade de vida e bem-estar familiar

O Tema 4 compreende os seguintes subtemas: Promoção da saúde e restauração do equilíbrio familiar e conjugal e; segurança e previsibilidade para a criança.

Promoção da saúde e restauração do equilíbrio familiar e conjugal

A prevenção e o aconselhamento precoce são fundamentais para evitar crises familiares, como desgaste conjugal e até separações. A intervenção preventiva, iniciada preferencialmente no último trimestre gestacional, é vista como um caminho facilitador que reduz situações extremas como exaustão e conflitos familiares. P5 comentou: "*É igual eu já tive pais, inclusive, que entraram em contato comigo, se não iam se separar. Agora, quando é a prevenção, aí não precisa passar por isso, né? Então, fica muito mais fácil. Por isso que a prevenção é fundamental*" e P9: "*Então, eu acho que a gente poderia também é pegar muito mais é aconselhamento*[2]*. Eu acho que se fala muito no problema, e não na prevenção*". As consultoras percebem que o direcionamento atual da sociedade está na resolução

[2] **Aconselhamento**: é um momento realizado durante a gestação com o objetivo de educar as famílias sobre o sono infantil.

de problemas já instalados, negligenciando o potencial transformador de educação preventiva sobre o sono infantil.

A regulação do sono infantil é essencial para o equilíbrio da dinâmica familiar, e promove melhorias que impactam a relação do casal, saúde dos pais e o bem-estar da família. As consultoras relataram casos em que a resolução do sono da criança evitou separações e permitiu que as mães retomassem cuidados essenciais à própria saúde e ao autocuidado. Conforme evidenciado nas falas a seguir: "*Que não é só sobre sonho. Eu vejo casais sendo restabelecidos... você transformou a minha vida, meu casamento, minha vida, minha espiritualidade*" (P4); "*Tem um tempo para a mãe se cuidar... Tempo para o casal, coisa que não acontecia antes... qualidade de vida no geral e tempo*" (P5); "*É recompensador a gente promover saúde, né? Porque no sono é isso... Já vi muita família, por exemplo, melhorar casamento... a criança dormia e o casamento mudou absurdamente*" (P8) e "*Eu acho que o atrativo para a família é, às vezes, fazer ter um vínculo com o bebê que antes nem estava tendo*" (P9)

O sono adequado devolve à família o “tempo de qualidade’ e a tranquilidade para realizar as atividades do dia a dia, fortalecendo, inclusive, o vínculo entre a família e a criança, que por vezes estava fragilizado pela exaustão. Portanto, promover o sono é uma forma direta de promover a saúde familiar e a qualidade de vida.

Segurança e previsibilidade para a criança

A previsibilidade e a rotina são necessidades fisiológicas e emocionais fundamentais para a criança em desenvolvimento, que impactam diretamente no seu comportamento. As falas das consultoras revelam que a estruturação do sono por meio do método *pick up and put down* torna a criança “mais tranquila”, pois a previsibilidade reduz a ansiedade infantil. Exemplificadas nas falas a seguir: "*Uma criança que é mais tranquila, porque a criança gosta de previsibilidade... como ele mudou o dia, como ele é mais sorridente, como ele é mais tranquilo*" (P4). "*Isso dá a previsibilidade, que é o que a criança precisa, rotina e previsibilidade para saber os fatos que vão acontecer, é questão da segurança*" (P7) e "*Às vezes, elas acham que o adulto, elas pensam como adulto para o bebê. Não, o bebê gosta de previsibilidade e rotina*" (P9).

As consultoras interpretaram que as famílias frequentemente cometem o erro de projetar o pensamento adulto sobre a criança, negligenciando que ela depende da repetição e da rotina para se sentir segura e responder melhor aos estímulos diários. Nesse sentido, a conquista da autonomia do sono é percebida como um processo que deve ser precedido de transmissão de segurança e confiança.

As consultoras motivam-se a ensinar a família a perceber e interpretar os sinais da criança, permitindo que a própria criança conduza o processo dentro de um ambiente seguro. A P5 disse: "*Mas antes de trazer essa autonomia do sono, a gente precisa transmitir àquele bebê e àquela família a segurança e confiança através dos sinais que o bebê mostra. Ali, o bebê mesmo vai conduzindo*". A segurança emocional torna-se o alicerce sobre o qual a autonomia é construída, ou seja, na ausência de um ambiente confiável e previsível, a criança não consegue se autorregular de forma saudável. Sendo assim, o método *pick up and put down*, ao oferecer o acolhimento, garante que essa base de confiança seja mantida durante o processo de aprendizagem.

DISCUSSÃO

As questões levantadas neste estudo sobre a prevenção reforçam a necessidade de uma educação em saúde preventiva e proativa no âmbito da atenção primária à saúde. Assim como observado em sistemas de saúde internacionais, as famílias desejam receber informações sobre o desenvolvimento do sono infantil, escuta ativa e empática sobre os problemas e orientações personalizadas às suas necessidades (Whittall *et al.*, 2021). A implementação de cuidados em etapas, incluindo educação parental sobre rotinas positivas e higiene do sono durante a gestação, antes do início de intervenções comportamentais, mostraram-se valiosas para aumentar a confiança familiar e reduzir a prevalência de distúrbios de sono na primeira infância (Whittall *et al.*, 2021).

Embora haja um volume excessivo de informações sobre o sono infantil, observa-se uma carência de orientações que sejam aplicáveis na prática pelas famílias. As famílias buscam por informações qualificadas aliadas ao apoio emocional e respeito às crenças parentais (Cook; Appleton; Wiggs, 2022). Portanto, faz-se necessário adaptação dos materiais informativos, mantendo o rigor cientifico

e garantindo que as intervenções sejam, de fato, personalizadas aos diferentes contextos e necessidades das famílias (Cook; Appleton; Wiggs, 2022).

Em relação à qualificação profissional na saúde do sono infantil, esse estudo demonstrou o interesse e a busca dos profissionais por qualificação profissional. Apesar das consultoras serem formadas na área da saúde, estas sentiam-se despreparadas para o sono infantil, ou ainda, identificaram fragilidade nos seus atendimentos na área materno-infantil por não possuírem conhecimento sobre o sono. Esses relatos estão em consonância com a falta de conhecimento e de formação específica entre profissionais da saúde como uma das principais barreiras percebidas pelas famílias ao buscarem orientações sobre o sono de seus filhos (Cook; Appleton; Wiggs, 2022). A transmissão de informações contraditórias ou a ausência de continuidade no acompanhamento, não apenas reduz a confiança no sistema de saúde, como também compromete a adesão a qualquer plano de intervenção (Cook; Appleton; Wiggs, 2020, 2022).

Nesse contexto, a qualificação profissional emerge como um fator determinante para a resolução e a segurança das práticas de sono. A formação primária deve integrar esse conhecimento, incorporando uma abordagem integral e um cuidado culturalmente sensível que reconheça as variações nas práticas parentais e as necessidades individuais de cada família (Pretorius; Rew, 2020). A Academia Americana de Pediatria reforça essa necessidade, salientando que a formação em sono infantil deveria ser obrigatória para todos os profissionais da saúde, com início no pré-natal e estendendo-se ao longo do primeiro ano de vida do lactente (Moon *et al.*, 2022).

A implementação de programas educativos e de treinamento específicos para profissionais da saúde tem demonstrado resultados promissores na melhoria da assistência prestada às famílias. O estudo de Skuladottir, Sigurdardottir e Svavarsdottir (2021), revelou que enfermeiros da atenção primária à saúde que participaram de um programa de intervenção educacional desenvolveram maior habilidade e confiança na assistência e no apoio às famílias com problemas de sono. O investimento na formação não apenas capacita o profissional com o conhecimento técnico-científico como também o posiciona como agente de transformação, capaz de promover bem-estar à díade mãe-filho por meio de um sono saudável e seguro (Skuladottir; Sigurdardottir; Svavarsdottir, 2021).

Quanto às barreiras e soluções para o sono infantil, a implementação de intervenções comportamentais como o método *pick up and put down* perpassa por uma complexa barreira que transcende a técnica em si. Observa-se por meio da literatura que fatores socioculturais, como o estigma do choro e a falta de letramento em saúde, atuam como impeditivos à adesão parental (Whittall *et al.*, 2021). Ainda, a baixa tolerância ao choro e a presença de psicopatologias maternas, frequentemente resultam em altas taxas de desistência da aplicação de intervenções comportamentais (Whittall *et al.*, 2021). Nesse cenário, a funcionalidade do método não depende exclusivamente da resposta biológica da criança, mas sim da capacidade da família em sustentar a intervenção diante dos desafios ambientais e emocionais. Reforça-se, assim, a necessidade do suporte profissional, o qual precisa oferecer estratégias de regulação emocional e planejamento antecipado para a família (Modern Parenthood Institute, [*s. d.*]; Whittall *et al.*, 2021).

Segundo o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, as influências interpessoais e os sentimentos em relação ao comportamento desejado são determinantes da adesão a práticas promotoras de saúde (Pender; Murdaugh; Parsons, 2011). No contexto do sono infantil, isso significa que a baixa autoeficácia parental, traduzida na insegurança para tolerar o choro da criança e na percepção de que o processo é intransponível, atua como uma barreira central que inibe o engajamento consistente com a intervenção. O papel das consultoras, ao trabalharem ativamente para reduzir essas barreiras, reforçar a confiança familiar e reconhecer os benefícios percebidos do sono autônomo, configura-se, portanto, como uma estratégia de promoção da saúde ancorada neste modelo, ao atuar sobre os fatores cognitivo-perceptuais que modulam o comportamento promotor de saúde.

A compreensão do sono como fenômeno multifatorial é fundamental para o sucesso da consultoria. Isso porque os resultados são moldados pela interação entre rotina, ambiente, vínculo familiar e disponibilidade emocional (Liu *et al.*, 2022; Pittner *et al.*, 2023). A repetição e a consistência são mecanismos essenciais para a consolidação de sinapses de sono, permitindo que a criança desenvolva autonomia por meio da neuroplasticidade dependente da experiência (Blumberg; Dooley; Tiriac, 2022). Sendo assim, o papel do consultor, portanto, evolui para um de facilitador que auxilia a família a gerir a carga emocional da intervenção, transformando o cansaço em empenho estruturado (Modern Parenthood Institute, [*s. d.*]). Ao integrar o suporte assíncrono e o acompanhamento personalizado, a consultoria consegue reduzir as

barreiras da implementação, garantindo que a repetição necessária para o aprendizado ocorra em um ambiente seguro, respeitando o tempo fisiológico da criança e a capacidade de gestão da família (Liu *et al.*, 2022; Pittner *et al.*, 2023).

Sob a luz do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, a definição do papel da consultora como mediadora crucial para a adesão ao método *pick up and put down* revela a centralidade da relação profissional-família no sucesso das intervenções pediátricas. Casey diz que a família deve ser empoderada pelo profissional de saúde para identificar e atender às necessidades da criança, cabendo ao Enfermeiro reconhecer as potencialidades familiares e integrá-la como corresponsável ativa no cuidado (Carneiro, 2010). Os resultados desse estudo evidenciam que as consultoras, ao adaptarem a intervenção à singularidade de cada família, ao oferecerem suporte emocional e ao promoverem a psicoeducação sobre o sono, constroem exatamente esse vínculo de parceria. Tal abordagem transforma a família de espectadora passiva em protagonista ativa do cuidado, o que, segundo Casey, é condição indispensável para o ótimo bem-estar da criança (Farrell, 1994).

O método *pick up and put down quando* comparado com outras intervenções comportamentais, atua como uma intervenção intermediária e singular entre as intervenções comportamentais, especialmente, quando comparada às abordagens de extinção (modificada e não modificada) e a presença parental. Enquanto a extinção não modificada é reconhecida por sua rapidez e eficácia na consolidação do sono (Kahn; Barnett; Gradisar, 2023b), o método *pick up and put down* exige um período de implementação mais longo e cansativo para algumas famílias. Sendo assim, a principal diferença está na regulação, onde a extinção preconiza a redução rápida da interferência familiar (Kahn; Barnett; Gradisar, 2023b), enquanto o método *pick up and put down* utiliza a presença física ativa como ferramenta de aprendizado.

Embora intervenções com menor grau de participação parental direta sejam mais desafiadoras emocionalmente, as evidências sugerem que elas são mais rápidas e eficazes na redução de despertares noturnos do que métodos de alta interatividade, como o método *pick up and put down* e a presença parental (Park; Kim; Lee, 2022). Essa última, inclusive, tende a ser menos eficaz na prática, podendo levar mais tempo para apresentar melhoras e evoluir para um compartilhamento de quarto não intencional (Kahn; Barnett; Gradisar, 2023b).

O diferencial do método *pick up and put down* é sua abordagem mais estruturada, a família intervém fisicamente para acalmar e, após, retira o estímulo antes do adormecer (Hogg; Blau, 2006). Assim, enquanto a presença parental passiva pode prolongar a dependência de regulação externa, o método *pick up and put down* foca na transição para a autonomia por meio da repetição, sendo a alternativa preferida por famílias com menor tolerância ao choro (Kahn; Barnett; Gradisar, 2023b).

No que tange à segurança do vínculo e do desenvolvimento infantil, o método *pick up and put down* alinha-se às outras intervenções comportamentais. Estudo recente, como o de West e Schwichtenberg (2025), desmistificou a ideia de que intervenções comportamentais, mesmo as baseadas em extinção, causem danos ao apego ou à saúde mental das famílias. Portanto, a escolha entre o método *pick up and put down* e a extinção deve basear-se nos valores familiares e na capacidade de consistência da família, uma vez que a tolerância ao choro é o principal preditor de sucesso de qualquer abordagem (Kahn *et al.*, 2020; Kahn; Barnett; Gradisar, 2023b).

O sucesso do método *pick up and put down* assim como o da extinção modificada, depende da capacidade da família de evitar o fornecimento de regulação externa desnecessária a longo prazo. Enquanto a extinção não modificada reduz as visitas ao berço, o método *pick up and put down* exige que a família aprenda a identificar as necessidades da criança para pegar ou colocá-la no berço no momento exato. Um ponto de destaque do método *pick up and put down* é a adaptação para crianças maiores, refletindo uma sensibilidade ao desenvolvimento que as intervenções comportamentais muitas vezes negligenciam, posicionando o método como uma alternativa viável para famílias que buscam um equilíbrio entre a eficácia técnica e o acolhimento (Liu *et al.*, 2023).

No que se refere à importância da rotina para o desenvolvimento saudável da criança, a literatura corrobora a percepção das consultoras ao demonstrar que a previsibilidade e a regularidade nas rotinas de sono são preditoras da regulação emocional e comportamental mais do que apenas a duração total do sono (Moebus; Holz, 2025). Estudos demonstraram que ambientes estruturados, caracterizados pela repetição de rituais pré-sono, como banho e leitura, atuaram como sinalizadores biológicos e psicológicos de segurança, reduzindo a ansiedade pré-sono (Larsen; Jordan, 2022; Selman; Dilworth-Bart, 2024). Nesse contexto, a

aplicação do método *pick up and put down* alinha-se a essa necessidade fisiológica e emocional do desenvolvimento infantil. Ao oferecer um acolhimento físico em um ambiente previsível, o método promove um estado de tranquilidade que reflete positivamente no comportamento diário e no bem-estar psicológico a longo prazo (Glynn *et al.*, 2024).

Além disso, a construção da autonomia do sono é compreendida como um processo intrinsicamente ligado à segurança emocional, onde a autorregulação emerge de um ambiente confiável e responsivo (Xu *et al.*, 2023). Sendo assim, a capacidade da criança de conduzir o próprio processo de adormecer é mediada pela interpretação sensível e consistente de seus sinais por parte da família. O método *pick up and put down* cumpre esse papel ao estabelecer uma base de confiança e suporte físico, garantindo que a transição para a independência do sono não seja vivenciada como um evento estressante, mas sim como uma estabilidade e vínculo seguro estabelecidos entre a família e a criança (Pudasainee-Kapri; Zhang; Razza, 2025).

A força deste estudo reside em ele oferecer uma perspectiva qualitativa inédita sobre o método *pick up and put down*, preenchendo uma lacuna na literatura ao explorar a implementação do método, as motivações e a prática de consultores do sono infantil. Os resultados reforçam a necessidade de considerar a intervenção no sono infantil como uma estratégia de prevenção primária na saúde materno infantil. Ainda, fornece subsídios para aprimorar a formação de consultores, destacando a faixa etária, duração e formas de acompanhamento, atenção à disponibilidade emocional das famílias, bem como indica o tempo médio para resultados e a importância do suporte na adesão.

As limitações incluem a amostra ter sido por conveniência, podendo introduzir um viés de homogeneidade do cuidado. A ausência das famílias e de dados objetivos limita a triangulação dos resultados, focando apenas na percepção profissional. Diante disso, faz-se necessário cautela ao aplicar esses resultados na prática clínica.

Sendo assim, como complemento a este estudo, pesquisas futuras devem explorar a experiência das famílias na implementação do método *pick up and put down,* examinar a eficácia do método com dados objetivos, como por exemplo, o uso de actigrafia, a fim de consolidar a efetividade e os benefícios desta abordagem na

saúde do sono infantil. Estudos em diferentes contextos sociais e com crianças de diferentes faixas etárias e atípicas também são sugeridos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresenta as motivações de consultoras do sono infantil ao implementar o método *pick up and put down*, demonstrando que a sua escolha foi fundamentada pelo acolhimento e pelos resultados na autonomia do sono proporcionados pelo método, comparado a outras abordagens. Os resultados demonstram que esta intervenção oferece um equilíbrio entre o suporte emocional e os resultados positivos. Os desafios são marcados pela exaustão, ansiedade e expectativas de resultados imediatos e irreais por parte das famílias. Desse modo, emerge por meio deste estudo o papel complexo e fundamental da consultoria do sono infantil no amparo as famílias.

Os resultados destacam a promoção da saúde materno-infantil a qual perpassou pelo fortalecimento dos vínculos familiares e resolução dos problemas de sono. O estudo, ainda reforça que a aplicação de intervenções comportamentais para o sono infantil não pode ser dissociada do suporte à família, demonstrando que o profissional atua como um facilitador da competência e confiança familiar. O estudo também evidencia a necessidade de apresentar o método à sociedade por meio do conhecimento e de informações, a fim de desmitificar as crenças a respeito da consultoria do sono infantil.

REFERÊNCIAS

ASTBURY, L. *et al.* Bi-directional associations between maternal and infant sleep, and maternal mental health from late pregnancy to 2 years postpartum. **Scientific Reports**, [*s. l.*], v. 15, n. 1, p. 24076, 2025. Disponível em: https://www.nature.com/articles/s41598-025-09541-7. Acesso em: 1 jan. 2026.

BILGIN, A.; WOLKE, D. Parental use of ‘cry it out’ in infants: no adverse effects on attachment and behavioural development at 18 months. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, [*s. l.*], v. 61, n. 11, p. 1184–1193, 2020. Disponível em: https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.13223. Acesso em: 1 jan. 2026.

BLUMBERG, M. S.; DOOLEY, J. C.; TIRIAC, A. Sleep, Plasticity, and Sensory Neurodevelopment. **Neuron**, [*s. l.*], v. 110, n. 20, p. 3230–3242, 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9588561/. Acesso em: 6 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS. **Ofício Circular nº 2/2021**: 24 fev. 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 12 jan. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília publisher: Diário Oficial da União: 12 dez. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. 7 abr. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 3 jun. 2025.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, [*s. l.*], v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa. Acesso em: 26 jun. 2025.

COOK, G.; APPLETON, J. V.; WIGGS, L. Parentally reported barriers to seeking help and advice for child sleep from healthcare professionals. **Child: Care, Health and Development**, [*s. l.*], v. 46, n. 4, p. 513–521, 2020. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cch.12739. Acesso em: 6 jan. 2026.

COOK, G.; APPLETON, J. V.; WIGGS, L. UK parents' help-seeking for child sleep: A qualitative investigation into parental preferences and reservations about resources. **Health & Social Care in the Community**, [*s. l.*], v. 30, n. 6, p. e5378–e5390, 2022. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hsc.13959. Acesso em: 6 jan. 2026.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa.** 5° ed. Editora Atlas. São Paulo, 2010.

GLYNN, L. M. *et al.* Leveraging the science of early life predictability to inform policies promoting child health. **Developmental Cognitive Neuroscience**, [*s. l.*], v. 69, p. 101437, 2024. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1878929324000987. Acesso em: 8 jan. 2026.

HOGG, T.; BLAU, M. **A encantadora de bebês resolve todos os seus problemas: sono, alimentação e comportamento: do nascimento até os primeiros anos da infância.** Barueri, SP: Manoele, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População do último censo** [2022]. Brasil: IBGE, 2023. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama. Acesso em: 04 jul. 2024.

KAHN, M. *et al.* Behavioral interventions for infant sleep problems: the role of parental cry tolerance and sleep-related cognitions. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 16, n. 8, p. 1275–1283, 2020. Disponível em: http://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.8488. Acesso em: 7 jan. 2026.

KAHN, M.; BARNETT, N.; GRADISAR, M. Behavioral infant sleep interventions: helping parents and clinicians make scientifically informed decisions. **The Journal of Pediatrics**, [*s. l.*], v. 261, p. 113334, 2023a. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022347623000446. Acesso em: 1 jan. 2026.

KAHN, M.; BARNETT, N.; GRADISAR, M. Implementation of Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems in Real-World Settings. **The Journal of Pediatrics**, [*s. l.*], v. 255, p. 137-146.e2, 2023b. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347622010009. Acesso em: 7 jan. 2026.

LARSEN, K. L.; JORDAN, S. S. Factors associated with consistent bedtime routines and good sleep outcomes. **Children's Health Care**, [*s. l.*], v. 51, n. 2, p. 139–162, 2022. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02739615.2021.1981331. Acesso em: 8 jan. 2026.

LIU, J. *et al.* Childhood sleep: assessments, risk factors, and potential mechanisms. **World Journal of Pediatrics**, [*s. l.*], p. 1–17, 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9702880/. Acesso em: 6 jan. 2026.

LIU, J. *et al.* Effects of psychosocial sleep interventions on improving infant sleep and maternal sleep and mood: A systematic review and meta-analysis. **Sleep Health**, [*s. l.*], v. 9, n. 5, p. 662–671, 2023. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352721823001328. Acesso em: 7 jan. 2026.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev Pesq Qual.** São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, Abr. 2017. Disponível em: https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82. Acesso em: 20 mai 2024.

MODERN PARENTHOOD INSTITUTE. **Why Sleep Consultants Are Essential for New Parents | Better Sleep for Babies & Families**. [*S. l.*], [*s. d.*]. Disponível em: https://www.modernparenthoodinstitute.com/blog/why-sleep-consultants-are-essential-for-parents-of-newborns-and-toddlers. Acesso em: 6 jan. 2026.

MOEBUS, M.; HOLZ, C. Beyond the hours slept: inconsistent sleep routines threaten mental health in 100,000 UK Biobank participants. **BMC Public Health**, [*s. l.*], v. 25, n. 1, p. 4009, 2025. Disponível em:

https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-025-24794-7. Acesso em: 8 jan. 2026.

MOON, R. Y. *et al.* Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. **Pediatrics**, [*s. l.*], v. 150, n. 1, p. e2022057990, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1542/peds.2022-057990. Acesso em: 6 jan. 2026.

PARK, J.; KIM, S. Y.; LEE, K. Effectiveness of behavioral sleep interventions on children's and mothers' sleep quality and maternal depression: a systematic review and meta-analysis. **Scientific Reports**, [*s. l.*], v. 12, p. 4172, 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8907206/. Acesso em: 17 nov. 2025.

PITTNER, K. *et al.* Sleep across the first year of life is prospectively associated with brain volume in 12-months old infants. **Neurobiology of Sleep and Circadian Rhythms**, [*s. l.*], v. 14, p. 100091, 2023. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2451994423000032. Acesso em: 6 jan. 2026.

PRETORIUS, K.; REW, L. Outpatient- or community-based interventions to prevent SIDS and sleep-related deaths. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, [*s. l.*], v. 25, n. 2, p. e12279, 2020. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jspn.12279. Acesso em: 6 jan. 2026.

PUDASAINEE-KAPRI, S.; ZHANG, Y.; RAZZA, R. A. Early bedtime routines and behavioral outcomes among children from low-income families: Mediating role of emotion regulation. **Infant Behavior and Development**, [*s. l.*], v. 78, p. 102027, 2025. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163638325000013. Acesso em: 8 jan. 2026.

SAAD, W. *et al.* The association between maternal depression and anxiety symptoms during pregnancy and child sleep patterns at age 3 years. **Journal of Affective Disorders**, [*s. l.*], v. 374, p. 460–466, 2025. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032725000035. Acesso em: 1 jan. 2026.

SANDOZ, V. *et al.* Maternal Mental Health Symptom Profiles and Infant Sleep: A Cross-Sectional Survey. **Diagnostics**, [*s. l.*], v. 12, n. 7, p. 1625, 2022. Disponível em: https://www.mdpi.com/2075-4418/12/7/1625. Acesso em: 1 jan. 2026.

SELMAN, S. B.; DILWORTH-BART, J. E. Routines and child development: A systematic review. **Journal of Family Theory & Review**, [*s. l.*], v. 16, n. 2, p. 272–328, 2024. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jftr.12549. Acesso em: 8 jan. 2026.

SKULADOTTIR, A.; SIGURDARDOTTIR, A. O.; SVAVARSDOTTIR, E. K. The better sleep better well-being programme: Educating and training community healthcare nurses in developing interventions for families of infants with moderate sleep problems: a pilot study. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, [*s. l.*], v. 35, n.

1, p. 268–276, 2021. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12844. Acesso em: 6 jan. 2026.

SOUZA, V. R. dos S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 34, p. eAPE02631, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/abstract/?lang=pt. Acesso em: 29 nov. 2025.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: https://undocs.org/en/A/RES/70/1. Acesso em: 1 jan. 2026.

WEST, M.; SCHWICHTENBERG, A. J. Infant and toddler sleep research: A narrative review of developmental shifts, clinical guidelines, parenting practices, assessments, and interventions. **Infant Behavior and Development**, [*s. l.*], v. 80, p. 102095, 2025. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638325000694. Acesso em: 18 nov. 2025.

WHITTALL, H. *et al.* Parents matter: barriers and solutions when implementing behavioural sleep interventions for infant sleep problems. **Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 84, p. 244–252, 2021. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S138994572100321X. Acesso em: 2 jan. 2026.

XU, Y. *et al.* Childhood unpredictability and the development of exploration. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, [*s. l.*], v. 120, n. 49, p. e2303869120, 2023. Disponível em: https://pnas.org/doi/10.1073/pnas.2303869120. Acesso em: 8 jan. 2026.

5.4 MANUSCRITO – 4 - **INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL BASEADA NO MÉTODO PICK UP AND PUT DOWN: RELATO SOBRE A RESOLUÇÃO DE UM CASO PEDIÁTRICO COMPLEXO**

RESUMO

Objetivo: relatar o processo de reestruturação da rotina e a promoção na qualidade do sono alcançados por meio de uma intervenção comportamental baseada no método *pick up and put down* aplicada a um caso pediátrico complexo. **Caso:** O plano de cuidados articulou a intervenção, baseada no método *pick up and put down*, com a rotina sono-vigília e foi implementado em fases, incluindo a antecipação gradual do horário de despertar, a inclusão paterna no ritual de sono e a transição para o quarto da criança. Apesar das dificuldades iniciais, a adesão às recomendações resultou em melhora significativa do padrão do sono, com redução da latência, aumento da duração do sono noturno e autonomia no início do sono. **Considerações finais:** Este caso ilustra a eficácia do método *pick up and put down* no manejo de problemas do sono infantil, mesmo diante de um caso complexo.

Palavras-chave: Relato de caso; Saúde da criança; Promoção da saúde; Sono infantil.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to report on the process of restructuring routine and promoting sleep quality achieved through a behavioral intervention based on the pick up and put down method applied to a complex pediatric case. **Case:** The care plan coordinated the intervention, based on the pick up and put down method, with the sleep-wake routine and was implemented in phases, including the gradual anticipation of the wake-up time, the inclusion of the father in the sleep ritual, and the transition to the child's room. Despite initial difficulties, adherence to the recommendations resulted in a significant improvement in sleep patterns, with reduced latency, increased nighttime sleep duration, and autonomy in falling asleep. **Final considerations:** This case illustrates the effectiveness of the pick up and put down method in managing childhood sleep problems, even in complex cases.

Keywords: case report; Child health; health promotion; sleep child.

INTRODUÇÃO

O sono infantil consolidado é um pilar fundamental para o desenvolvimento neurocognitivo da criança e o bem-estar da família. Embora mudanças no sono infantil ocorram fisiologicamente, os problemas de sono são os principais desafios relatados pelas famílias aos profissionais de saúde infantil (Williamson *et al*., 2019). A literatura tem sido consistente ao posicionar as intervenções comportamentais como a primeira abordagem nos problemas do sono infantil (Gebre *et al*., 2024; Hart

et al., 2022; Mombelli *et al*., 2023), mas o sucesso a longo prazo dessas estratégias depende da consistência e do manejo de barreiras emocionais parentais (Kahn *et al*., 2020; Kahn; Barnett; Gradisar, 2023).

Justifica-se a apresentação deste relato, visto que não foram encontrados estudos que abordassem o uso do método *pick up and put down* como intervenção comportamental em problemas de sono infantil. O método *pick up and put down* foi desenvolvido pela enfermeira britânica Tracy Hogg e objetiva ensinar as crianças a adormecerem sozinhas durante o dia e à noite; estabelecer ou restabelecer rotinas; estender sonecas muito curtas e incentivar a criança a dormir mais pela manhã, quando costuma acordar cedo (Hogg; Blau, 2006). Este relato se torna singular ao fornecer dados sobre a aplicabilidade do método *pick up and put down* e a resolução em um caso com resistência ao sono associada ao início do sono dependente da presença materna, latência de sono prolongado, múltiplos despertares e cama compartilhada.

Nessa direção, este relato de caso teve como objetivo relatar o processo de reestruturação da rotina e a promoção na qualidade do sono alcançados por meio de uma intervenção comportamental baseada no método *pick up and put down* aplicada a um caso pediátrico complexo. A coleta de dados para este estudo ocorreu por meio de entrevista com a família e foi analisada e discutida com estudos disponíveis. Os aspectos éticos foram assegurados pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, CAAE: 90862925.2.0000.0121 e sob o parecer nº 7.853.708. A construção deste relato de caso seguiu as diretrizes do CARE *checklist* (*CAse REport guidelines*) (Riley *et al*., 2017).

DESCRIÇÃO DO CASO

Criança, sexo feminino, com dois anos e três meses de idade, apresentava comportamento opositor ao adormecer ("brigava para dormir"), latência de sono prolongada, múltiplos despertares, horário de início do sono tardio (aproximadamente 22h) e cama compartilhada. A família relatou que o início do sono era exclusivamente dependente da presença materna com associação ao peito materno, a criança requisitava o peito materno para adormecer sem intuito de alimentar-se (sucção não nutritiva). Segundo a família, os problemas de sono

estavam presentes desde o nascimento, com breve melhora após o desmame com um ano e nove meses de idade da criança.

O desenvolvimento neuropsicomotor da criança era normotípico para a idade, porém apresentava restrição do crescimento. A história patológica pregressa incluía refluxo gastroesofágico fisiológico com resolução espontânea aos seis meses de idade, otite aos 12 meses, tratada clinicamente e um episódio de pneumonia aos 21 meses (1 ano e 9 meses) que necessitou de internação hospitalar para tratamento. Este último evento gerou um trauma significativo na mãe, resultando em cama compartilhada e um medo intenso de deixar a filha dormir sozinha. A família relatou ter realizado diversas estratégias para o sono, com resultados inconsistentes e sem adesão a um plano contínuo.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E INTERVENÇÃO

O contato inicial com a profissional de saúde, uma enfermeira especialista em pediatria e em consultoria do sono, ocorreu em novembro de 2024. A avaliação foi conduzida presencialmente e teve duração aproximada de duas horas. Com base no relato familiar, a hipótese diagnóstica foi de resistência ao sono com associação de início do sono dependente da presença materna. Um plano de intervenção comportamental foi elaborado em colaboração com a família, fundamentado nas recomendações da Academia Americana do Sono e no método pick up and put down, com foco no ajuste da rotina de sono-vigília. O plano foi estruturado em três fases:

- *Ajuste da rotina sono-vigília*: consistiu na antecipação gradual do horário de despertar da criança, com decréscimo de 15 minutos a cada três dias, até um despertar matinal próximo das 07h. O objetivo era alinhar o ritmo circadiano e otimizar a pressão de sono para o início do sono noturno ocorrer por volta das 20h.

- *Inclusão paterna e desassociação*: após a consolidação da nova rotina, esta fase visava à inclusão paterna no ritual de sono noturno, a fim de reduzir a associação exclusiva com a figura materna. Simultaneamente, considerando que a criança não estava mais em aleitamento materno, orientou-se a substituição gradual do seio materno por um objeto de transição (ex: urso de pelúcia, naninha) promovendo a desassociação do seio materno como indutor do sono.

- *Transição para o quarto da criança*: a última fase do plano consistiu na transição da criança para seu próprio quarto. A família foi orientada a permanecer no quarto da criança durante as três primeiras noites completas. Subsequentemente, a presença parental seria gradualmente reduzida, limitando-se ao período inicial de adormecimento. Em caso de choro, a orientação era aplicar o método *pick up and put down*: acolher a criança até que se acalmasse e recolocá-la na cama, repetindo conforme necessário para reforçar a autonomia do sono. O método foi escolhido por oferecer conforto e segurança, ao mesmo tempo que reforça a capacidade da criança se acalmar e adormecer sozinha.

ACOMPANHAMENTO E RESULTADOS

A família recebeu o plano de cuidados com as orientações digitalizadas via *WhatsApp*®. O acompanhamento inicial durou sete dias seguidos, durante os quais a mãe observou múltiplos despertares noturnos e dificuldade de desassociação do seio. Foram adicionadas orientações quanto ao ambiente (luminosidade e ruídos), cansaço da criança pré-sono e redução gradual da oferta do seio, considerando que era uma requisição da criança apenas para adormecer. No sétimo dia a mãe trouxe a queixa de que a criança apresentava dificuldade para iniciar as sonecas (1h30min) e despertares noturnos para ingesta hídrica, sendo orientado a redução do uso de telas antes das sonecas, substituindo por brincadeiras calmas, banhos de imersão e ajuste da hidratação diurna e durante a noite aumentar a umidificação do ambiente. Após alguns dias, observou-se melhora nesses aspectos. No entanto, devido as viagens de trabalho e festividades de final de ano, a família optou por não iniciar os demais pontos do plano, retomando-os de forma autônoma em janeiro de 2025, sem acompanhamento profissional.

De acordo com o relato da mãe em outubro de 2025, a evolução do padrão de sono da criança foi notável. Inicialmente, houve resistência à transição da associação ao peito materno. Contudo, após uma conversa da mãe com a criança explicando o desconforto, a criança parou de solicitar o peito. Quinze dias após o início autônomo da família ao plano, a criança demonstrou progressão e melhora na qualidade do sono. Atualmente, ela dorme 11 horas por noite (início às 20h com

despertar às 07h30min), com latência de sono de até 10 minutos e despertares esporádicos (aproximadamente três vezes por semana).

As sonecas são realizadas na escola sem dificuldades, com duração de 1h15min. A inclusão paterna foi bem-sucedida, com a criança solicitando a presença do pai em mais noites ao longo da semana. A criança dorme em seu próprio quarto, e o trauma materno relacionado à pneumonia foi significativamente reduzido após aconselhamento psicológico, permitindo que a mãe não permanecesse mais no quarto com a criança. E também a criança está com crescimento adequado para a idade.

DISCUSSÃO

Este é um caso único, visto que não há estudos semelhantes na literatura que descrevam o uso do método *pick up and put down* como intervenção comportamental no manejo de problemas de sono infantil. Nesse contexto, torna-se essencial a compreensão da interrelação entre sono, crescimento e desenvolvimento infantil, apresentada pelos padrões de sono da criança.

A latência de sono prolongada, múltiplos despertares, início do sono tardio, início do sono dependente da presença materna em associação à restrição do crescimento ressaltam a complexa inter-relação entre sono, comportamento e desenvolvimento físico. Esses fatores comportamentais e ambientais sugerem significativo impacto negativo na arquitetura do sono da criança. Tais padrões levam à fragmentação do sono e à redução do tempo de sono profundo, fases cruciais para a secreção do hormônio do crescimento (GH), o qual ocorre predominantemente durante o sono de ondas lentas (Zaffanello *et al*., 2024).

A melhora substancial nos padrões de sono, especialmente no tempo total de sono e na redução da latência e dos despertares, é relevante para a discussão sobre o crescimento da criança. O restabelecimento da qualidade do sono, com um início de sono por volta das 20h e o aumento da duração de horas contínuas, são fundamentais para otimizar a secreção do GH. O fato de a criança apresentar crescimento adequado para a idade, após a resolução dos problemas de sono, reforça a hipótese de que a má qualidade do sono estava contribuindo para a restrição de crescimento e alinha-se com a literatura que sugere que a otimização do sono nos primeiros anos de vida pode ter impacto positivo direto no estado

nutricional e no crescimento das crianças (Oliveira *et al*., 2024; Zaffanello *et al*., 2024).

No relato a família associa uma breve melhora dos problemas de sono com o desmame. Contudo, um estudo longitudinal realizado por Astbury *et al*. (2022) concluiu que a amamentação em si não estava associada a um sono mais curto ou ruim na amostra com pais de primeira viagem. Esse resultado é fundamental para desconstruir a percepção de que a amamentação é o principal fator de problemas de sono nos primeiros anos da infância. Nesse sentido, o fator prejudicial ao sono da família está associado ao ato de se levantar e alimentar a criança, independentemente da forma de alimentação (Astbury *et al*., 2022).

Sendo assim, a melhora no sono relatada pela família após o desmame estaria relacionada à redução ou eliminação das interrupções noturnas para alimentação. Esse ponto é essencial, pois o despertar noturno é um conceito complexo, no qual as crianças acordam por diversos motivos que transcendem a necessidade de serem amamentadas, incluindo o desenvolvimento de novas habilidades motoras, associações aprendidas com o sono e outras variáveis. Nesse contexto, profissionais da saúde podem utilizar esses resultados para educar as famílias, incentivando o cuidado noturno compartilhado entre as parcerias, a fim de reduzir o impacto negativo no sono e bem-estar da família, visto que a amamentação não deve ser um impeditivo para implementação desse cuidado compartilhado (Astbury *et al*., 2022; Manková; Švancarová; Štenclová, 2023).

O fato de a família implementar diversas estratégias para o sono, com resultados inconsistentes, demonstra que o sucesso das intervenções comportamentais está diretamente relacionado à implementação dessas intervenções de forma consistente. Fatores como a baixa tolerância ao choro da criança, tendência a interpretar problemas de sono como um sinal de sofrimento e insucesso na primeira tentativa, podem diminuir a adesão e a constância na implementação da intervenção comportamental como ocorre na extinção modificada, não modificada e choro controlado (Bai *et al*., 2022; Bai; Whitesell; Teti, 2020; Kahn *et al*., 2020; Kahn; Barnett; Gradisar, 2023).

Portanto, as intervenções comportamentais devem incluir um forte componente de psicoeducação e treinamento parental, capacitando a família a compreender o sentido das técnicas e a gerenciar suas próprias respostas emocionais. Ao orientar as famílias por meio de um plano estruturado, os

profissionais de saúde não apenas ajudam a criança a desenvolver habilidades de autorregulação do sono, mas também fortalecem a confiança e a competência da família, promovendo um ambiente familiar mais saudável e resiliente (Blunden et al., 2025; Kahn *et al*., 2020; Sweeney; Signal; Babbage, 2020).

A adoção da cama compartilhada em decorrência do medo intenso de deixar a filha dormir sozinha após a pneumonia pode ser interpretada como uma reação pós-traumática. O evento traumático pode ter induzido um estresse parental elevado, no qual o medo se traduziu em uma hipervigilância e uma profunda dificuldade em tolerar a separação física (Faleschini *et al*., 2021). Nesse contexto, a cama compartilhada é uma manifestação de *co-sleeping* reativo, impulsionada pela necessidade materna de controlar a segurança da criança e reduzir o próprio sofrimento (Marakovitz *et al*., 2023; Ragni; De Stasio; Barni, 2020; Teti *et al*., 2022). Essa estratégia de proximidade, se não houvesse apoio psicológico, poderia perpetuar numa dependência da criança e dificultar o desenvolvimento da autonomia do sono (Perpétuo; Diniz; Veríssimo, 2021).

A trajetória deste caso complexo está em consonância com os fundamentos do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que identifica nas experiências prévias e nos fatores pessoais psicológicos determinantes centrais do comportamento de saúde (Pender; Murdaugh; Parsons, 2011). O trauma materno decorrente da pneumonia e internação da filha resultou em cama compartilhada e hipervigilância noturna, constituindo o tipo de experiência anterior que o MPS reconhece como moduladora das percepções de ameaça e das barreiras à ação. A reação materna, embora compreensível, criou uma barreira emocional significativa à implementação de práticas promotoras da autonomia do sono. Nesse sentido, a psicoeducação oferecida pela enfermeira e o suporte psicológico que a mãe posteriormente recebeu atuaram como intervenções que reduziram essas barreiras percebidas, restaurando a confiança materna e viabilizando o compromisso com o plano de ação, com resultados expressivos na qualidade do sono da criança.

Esse relato de caso descreve uma intervenção com o método *pick up and put down* bem-sucedida em uma criança de dois anos e três meses com múltiplos problemas de sono desde o nascimento. A singularidade deste caso reside na resolução eficaz dos problemas de sono após a implementação de um plano de intervenção comportamental fundamentado no método *pick up and put down*, o qual incluiu o ajuste da rotina sono-vigília, inclusão paterna, desassociação do seio

materno e transição para o quarto da criança, mesmo com a família retomando o plano de forma autônoma após o acompanhamento inicial. Esses resultados estão em consonância com estudos que apoiam intervenções comportamentais para melhorar o sono em crianças com desenvolvimento atípico (Gebre *et al*., 2024; Hart *et al*., 2022; Hart; Hawley; Wing, 2016)

A combinação de um plano de intervenção responsivo e a orientação especializada de um profissional do sono podem ter auxiliado o empoderamento e a segurança da família, facilitando a implementação autônoma e bem-sucedida da intervenção comportamental. Diante disso, recomenda-se que a implementação de intervenções comportamentais como o método *pick up and put down* seja personalizada para os problemas de sono infantil, enfatizando a importância do envolvimento familiar e a consistência na aplicação do método. Apesar de ser um caso isolado e necessitar de mais pesquisas para avaliar o método *pick up and put down*, os resultados observados sugerem que esta intervenção pode ser altamente eficaz na melhoria significativa da qualidade do sono infantil e na adesão da família à implementação da intervenção comportamental, mesmo em cenários desafiadores.

Sob o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, a implementação autônoma do plano pela família, após o acompanhamento inicial estruturado pela enfermeira, representa o estágio mais avançado da parceria de cuidados, o empoderamento familiar pleno. Casey preconiza que, ao longo do processo de cuidado, o profissional de saúde deve capacitar progressivamente a família para que ela identifique e atenda às necessidades da criança de forma independente (Carneiro, 2010; Farrell, 1994). O desfecho desse caso, em que a família retomou e concluiu exitosamente o plano de forma autônoma, mesmo sem acompanhamento profissional contínuo, evidencia que o enfermeiro, ao exercer seu papel educador e empoderador, não cria dependência, mas constrói competência familiar sustentável. Esse resultado tem implicações relevantes para a prática clínica e para as políticas de saúde, ao sugerir que intervenções baseadas na parceria profissional-família podem ser escaláveis e de alta resolutividade mesmo com recursos humanos limitados.

Em última análise, entende-se que a aplicação e o efeito do método *pick up and put down* podem variar dependendo do contexto socioeconômico, cultural e das dinâmicas familiares, sendo necessário pesquisar adaptações e a aceitação dessa intervenção em diferentes populações. E que a implementação autônoma de

intervenção comportamental para problemas de sono infantil por famílias, após orientação inicial, pode ser tão eficaz quanto com acompanhamento profissional contínuo na melhoria da qualidade do sono infantil e no bem-estar familiar.

O estudo apresentou algumas limitações como a melhora na qualidade e a autonomia do sono, e o bem-estar da família basearam-se no relato materno. Sendo assim, pode ter viés de informações e interpretação sobre os resultados do sono, bem como na implementação do método pela família, visto que o sono é influenciado pelo ambiente, rotina, hábitos e aspectos emocionais maternos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato de caso contribui significativamente com a saúde do sono infantil, visto que a integração do método *pick up and put down* com o ajuste da rotina sono-vigília se mostrou eficaz na resolução dos problemas de sono de uma criança pequena. Além disso, apresentou como resultado a melhoria substancial da qualidade e autonomia do sono da criança e contribuiu com o bem-estar e tempo para o casal. Este caso também ilustra a complexidade dos problemas do sono infantil, frequentemente interligados a fatores emocionais e psicossociais familiares.

Os achados deste estudo reforçam a importância de uma abordagem individualizada e respeitosa que considere as necessidades da criança e da família. A adesão à intervenção foi facilitada pela confiança da família na profissional e por ser uma intervenção respeitosa, a qual não envolvia o choro prolongado da criança, aspectos fundamentais para o sucesso nos resultados. Assim, esse relato estabelece as bases para futuras pesquisas que possam analisar a eficácia do método *pick up and put down* em diferentes contextos e seu papel como intervenção promotora da saúde do sono infantil.

REFERÊNCIA

ASTBURY, L. *et al.* Does breastfeeding influence sleep? A longitudinal study across the first two postpartum years. **Birth**, [*s. l.*], v. 49, n. 3, p. 540–548, 2022. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12625. Acesso em: 23 out. 2025.

BAI, L. *et al.* Maternal nighttime sleep and infant–mother attachment security: The mediating role of maternal parenting quality during bedtime and free play. **Developmental Psychology**, [*s. l.*], v. 58, n. 5, p. 923–934, 2022. Disponível em: https://doi.apa.org/doi/10.1037/dev0001327. Acesso em: 23 out. 2025.

BAI, L.; WHITESELL, C. J.; TETI, D. M. Maternal sleep patterns and parenting quality during infants' first 6 months. **Journal of Family Psychology**, [*s. l.*], v. 34, n. 3, p. 291–300, 2020. Disponível em: https://doi.apa.org/doi/10.1037/fam0000608. Acesso em: 23 out. 2025.

BLUNDEN, S. *et al.* The informed choice model of care: Offering caregivers choices for infant behavioural sleep intervention. **Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 133, p. 106596, 2025. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1389945725002710. Acesso em: 18 out. 2025.

FALESCHINI, S. *et al.* History of perinatal loss: A study of psychological outcomes in mothers and fathers after subsequent healthy birth. **Journal of Affective Disorders**, [*s. l.*], v. 280, p. 338–344, 2021. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032720329463. Acesso em: 25 out. 2025.

GEBRE, A. *et al.* Child routines moderate a brief behavioral intervention to enhance sleep in school-aged children. **Journal of Pediatric Psychology**, [*s. l.*], v. 49, n. 5, p. 365–371, 2024. Disponível em: https://academic.oup.com/jpepsy/article/49/5/365/7637719. Acesso em: 23 out. 2025.

HART, C. N. *et al.* Randomized controlled trial to enhance children's sleep, eating, and weight. **Pediatric Research**, [*s. l.*], v. 92, n. 4, p. 1075–1081, 2022. Disponível em: https://www.nature.com/articles/s41390-021-01870-3. Acesso em: 23 out. 2025.

HART, C. N.; HAWLEY, N. L.; WING, R. R. Development of a Behavioral Sleep Intervention as a Novel Approach for Pediatric Obesity in School-aged Children. **Sleep Medicine Clinics**, [*s. l.*], v. 11, n. 4, p. 515–523, 2016. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1556407X16300649. Acesso em: 23 out. 2025.

HOGG, T.; BLAU, M. **A encantadora de bebês resolve todos os seus problemas: sono, alimentação e comportamento: do nascimento até os primeiros anos da infância.** Barueri, SP: Manoele, 2006.

KAHN, M. *et al.* Behavioral interventions for infant sleep problems: the role of parental cry tolerance and sleep-related cognitions. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 16, n. 8, p. 1275–1283, 2020. Disponível em: http://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.8488. Acesso em: 18 out. 2025.

KAHN, M.; BARNETT, N.; GRADISAR, M. Implementation of Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems in Real-World Settings. **The Journal of Pediatrics**, [*s. l.*], v. 255, p. 137-146.e2, 2023. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022347622010009. Acesso em: 18 out. 2025.

MANKOVÁ, D.; ŠVANCAROVÁ, S.; ŠTENCLOVÁ, E. Does the feeding method affect the quality of infant and maternal sleep? A systematic review. **Infant Behavior**

and Development, [*s. l.*], v. 73, p. 101868, 2023. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163638323000607. Acesso em: 23 out. 2025.

MARAKOVITZ, S. E. *et al.* Associations of preschool reactive bed-sharing with sociodemographic factors, sleep disturbance, and psychopathology. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, [*s. l.*], v. 17, n. 1, p. 62, 2023. Disponível em: https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-023-00607-w. Acesso em: 26 out. 2025.

MOMBELLI, S. *et al.* Non-pharmacological and melatonin interventions for pediatric sleep initiation and maintenance problems: A systematic review and network meta-analysis. **Sleep Medicine Reviews**, [*s. l.*], v. 70, p. 101806, 2023. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S108707922300062X. Acesso em: 26 out. 2025.

OLIVEIRA, P. M. B. D. *et al.* Association between sleep duration and latency, nocturnal awakenings, and body mass index among infants. **Revista Paulista de Pediatria**, [*s. l.*], v. 42, p. e2023058, 2024. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822024000100443&tlng=en. Acesso em: 18 out. 2025.

PERPÉTUO, C.; DINIZ, E.; VERÍSSIMO, M. A Systematic Review on Attachment and Sleep at Preschool Age. **Children**, [*s. l.*], v. 8, n. 10, p. 895, 2021. Disponível em: https://www.mdpi.com/2227-9067/8/10/895. Acesso em: 25 out. 2025.

RAGNI, B.; DE STASIO, S.; BARNI, D. Fathers and Sleep: A Systematic Literature Review of Bidirectional Links Between Paternal Factors and Children's Sleep in the First Three Years of Life. **Clinical Neuropsychiatry**, [*s. l.*], v. 17, n. 6, p. 349–360, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20200604. Acesso em: 25 out. 2025.

RILEY, D. S. *et al.* CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **Journal of Clinical Epidemiology**, [*s. l.*], v. 89, p. 218–235, 2017. Disponível em: https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(17)30037-9/fulltext. Acesso em: 11 jul. 2025.

SWEENEY, B. M.; SIGNAL, T. L.; BABBAGE, D. R. Effect of a behavioral-educational sleep intervention for first-time mothers and their infants: pilot of a controlled trial. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 16, n. 8, p. 1265–1274, 2020. Disponível em: http://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.8484. Acesso em: 18 out. 2025.

TETI, D. M. *et al.* Infant sleep arrangements, infant-parent sleep, and parenting during the first six months post-partum. **Infant Behavior and Development**, [*s. l.*], v. 69, p. 101756, 2022. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163638322000704. Acesso em: 26 out. 2025.

WILLIAMSON, A. A. *et al.* Child sleep behaviors and sleep problems from infancy to school-age. **Sleep medicine**, [*s. l.*], v. 63, p. 5–8, 2019. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6859188/. Acesso em: 6 out. 2025.

ZAFFANELLO, M. *et al.* Complex relationship between growth hormone and sleep in children: insights, discrepancies, and implications. **Frontiers in Endocrinology**, [*s. l.*], v. 14, p. 1332114, 2024. Disponível em: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2023.1332114/full. Acesso em: 18 out. 2025.

5.5 MANUSCRITO 5 - **PLANO DE INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL FUNDAMENTADO NAS RECOMENDAÇÕES DA ACADEMIA AMERICANA DO SONO E NO MÉTODO PICK UP AND PUT DOWN PARA PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DO SONO EM LACTENTE – RELATO DE CASO**

RESUMO

Introdução: O sono é fundamental para o desenvolvimento infantil. Entretanto, problemas do sono são frequentemente reportados pela família aos profissionais da saúde**. Objetivo:** Teve como objetivo relatar a promoção da autonomia no adormecer de lactente de cinco meses por meio de intervenção comportamental fundamentada nas recomendações da Academia Americana do Sono e no método *pick up and put down*. **Caso:** O lactente de cinco meses apresentava resistência comportamental ao adormecer, com latência do sono elevada de 40 a 60 minutos, irritabilidade pré-sono e dependência para o início do sono (colo e embalo). A família relatou estar muito cansada. A intervenção consistiu em um plano comportamental que incluiu o método *pick up and put down* e ajustes na rotina de vigília e ingesta calórica diurna. Esse caso contribui significativamente para a literatura e para a saúde infantil ao dar visibilidade a uma intervenção comportamental que demonstrou resultados expressivos com redução da latência do sono para 10-15 minutos, consolidação das sonecas diurnas e redução da fadiga parental. A persistência dos despertares noturnos por fome indicou a necessidade de avaliação pediátrica complementar. Embora recomendações para implementação de intervenção comportamental sejam para lactentes maiores de seis meses, este relato apresenta dados que demonstram sucesso na autonomia do sono de um lactente de cinco meses, com uma abordagem comportamental gentil e responsiva por meio da inclusão do método *pick up and put down* como uma abordagem mais apropriada para esta faixa. O caso ainda sublinha a importância do acompanhamento contínuo por meio da teleconsultoria que, ao fornecer orientação e ajustes em tempo real remotamente, aumenta a acessibilidade ao cuidado e a adesão ao plano. **Considerações finais:** Esse caso demonstra que o uso do método *pick up and put down*, pode ser resolutivo na promoção da autonomia do sono em lactentes jovens, desde que haja consistência parental e suporte contínuo, sendo a teleconsultoria um meio ideal de monitoramento. Contudo, ressalta-se que para os casos em que a origem dos despertares noturnos não seja comportamental, faz-se necessário uma abordagem interdisciplinar.

Palavras-chave: Consulta Remota; Enfermagem; Higiene do Sono; Relatos de casos; Sono; Saúde da Criança.

ABSTRACT

Introduction: Sleep is fundamental for child development. However, sleep problems are frequently reported by families to health professionals. **Objective:** To report the promotion of sleep-onset autonomy in a five-month-old infant through a behavioral intervention based on the American Academy of Sleep Medicine recommendations and the "pick up and put down" method**. Case:** The five-month-old infant presented behavioral resistance at bedtime, with high sleep latency (40 to 60 minutes), pre-sleep irritability, and dependency for sleep onset (being held and rocked). The family

reported significant exhaustion. The intervention consisted of a behavioral plan that included the "pick up and put down" method and adjustments to the wake routine and daytime caloric intake. This case contributes significantly to the literature and child health by highlighting a behavioral intervention that demonstrated expressive results, including a reduction in sleep latency to 10–15 minutes, consolidation of daytime naps, and reduction in parental fatigue. The persistence of night awakenings due to hunger indicated the need for a complementary pediatric evaluation. Although recommendations for implementing behavioral interventions are generally for infants over six months old, this report presents data demonstrating success in sleep autonomy for a five-month-old infant using a gentle and responsive behavioral approach, incorporating the "pick up and put down" method as a more appropriate approach for this age group. The case also underscores the importance of continuous follow-up via teleconsultation, which increases accessibility to care and adherence to the plan by providing real-time remote guidance and adjustments**. Final considerations:** This case demonstrates that the "pick up and put down" method can be effective in promoting sleep autonomy in young infants, provided there is parental consistency and continuous support, with teleconsultation serving as an ideal means of monitoring. However, it is emphasized that an interdisciplinary approach is necessary for cases where the origin of night awakenings is not behavioral.

Keywords: Remote Consultation; Nursing; Sleep Hygiene; Case Reports; Sleep; Child Health.

INTRODUÇÃO

A instabilidade e a fragmentação do sono em lactentes são desafios comuns que frequentemente motivam a família a buscar ajuda profissional (Blunden *et al*., 2025). Essa desregulação do sono infantil pode ser problemática para toda a família, estando relacionada ao aumento no risco de depressão materna, ansiedade parental, sonolência e fadiga na família, além de contribuir para conflitos conjugais, interrupção no aleitamento materno e diminuição do vínculo mãe-pai-filho (Blunden; Dawson, 2020).

Embora intervenções comportamentais menos responsivas, como choro controlado e extinção, sejam amplamente pesquisadas e comumente recomendadas, sua aplicação nem sempre se alinha com as preferências e tolerância ao choro pela família. Esse desalinhamento pode ocasionar desconforto significativo e dificuldade na implementação consistente por parte da família (Blunden *et al*., 2025; Reuter *et al*., 2020).

Em contrapartida, intervenções mais responsivas, que minimizam o choro e promovem a segurança do lactente, têm demonstrado eficácia e emergem como

uma alternativa para as famílias que buscam métodos com menor intensidade de angústia percebida (Blunden; Osborne; King, 2022). Nesse contexto, o método *pick up and put down*, uma intervenção comportamental mais responsiva, constitui-se como uma estratégia destinada a auxiliar o lactente no desenvolvimento da autonomia do sono, por meio de um suporte ativo e tranquilizador da família (Hogg; Blau, 2006).

Neste estudo apresenta-se o caso de um lactente de cinco meses com processo de adormecer caracterizado por irritabilidade e resistência comportamental, com uma latência para o início do sono significativamente elevada, variando entre 40 a 60 minutos, associação à dependência para adormecer (colo e embalo) e múltiplos despertares noturnos associados à fome. A singularidade do caso reside ao demonstrar a implementação bem-sucedida do método *pick up and put down*, com resultados observáveis já nos primeiros cinco dias de intervenção.

Este estudo teve como objetivo relatar a promoção da autonomia no adormecer de lactente de cinco meses por meio de intervenção comportamental fundamentada nas recomendações da Academia Americana do Sono e no método *pick up and put down*. Os dados foram coletados por entrevista com a família e analisados com a literatura científica sobre o tema. A aprovação ética para condução desta pesquisa foi obtida junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina CAAE: 90862925.2.0000.0121 e sob o parecer nº 7.853.708. O desenvolvimento deste relato seguiu as diretrizes do CARE *checklist* (*CAse REport guidelines*) (Riley *et al*., 2017).

DESCRIÇÃO DO CASO

Trata-se de um lactente de cinco meses, sexo masculino, nascido de cesariana com 38 semanas e 3 dias de gestação, no momento da consultoria apresentando desenvolvimento e crescimento normotípico. O lactente é filho único e seu histórico alimentar inclui aleitamento materno exclusivo até os 50 dias de vida, seguido pela introdução de fórmula infantil. Aos 70 dias de vida, foi diagnosticado com bronquiolite, fez tratamento conforme prescrição médica, sem necessidade de internação.

No momento da consulta, a dieta consistia em fórmula infantil, água e sucos e alimentos sólidos. Os pais, uma advogada e um representante comercial, ambos

autônomos e trabalhando em domicílio, dividem-se nos cuidados com a criança. A família buscou auxílio devido à queixa principal a um processo de adormecer caracterizado por irritabilidade e resistência comportamental (descrito pela família como "briga para dormir"), com uma latência para o início do sono significativamente elevada, variando entre 40 a 60 minutos, podendo estender-se por até 120 minutos.

Segundo o relato materno, o lactente, para além de apresentar alta latência para o início do sono, havia associação à dependência para adormecer (colo e embalo). A família relatou que os problemas de sono emergiram a partir do quarto mês de vida da criança. Embora a família tenha recebido orientações pediátricas sobre higiene do sono (redução de estímulos ambientais), o estado de exaustão parental e a percepção de uma rotina desorganizada motivaram a procura por ajuda especializada.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E INTERVENÇÃO

A avaliação foi conduzida em setembro de 2025, por meio de consulta on-line, via plataforma *StreamYard*® com duração aproximada de 1 hora e 50 minutos, por uma enfermeira com especialização em Saúde Materna e Neonatal e consultora do sono infantil. Com base no relato materno, a hipótese diagnóstica foi de resistência ao sono com associação de início do sono. Ainda, durante a consulta identificou-se quatro a cinco sonecas diurnas de curta duração e múltiplos despertares noturnos associados à fome, com ingestão noturna de 150 ml de fórmula infantil, contrastando com 60-80 ml durante o período diurno.

Um plano de intervenção comportamental foi delineado em colaboração com a família, fundamentado nas recomendações da Academia Americana do Sono e no método *pick up and put down*. O plano de cuidados foi estruturado em quatro eixos:

1. Início do sono noturno: orientou-se a família a observar os sinais de sono e implementar imediatamente o ritual noturno (higiene, relaxamento, alimentação, berço), a fim de evitar a exaustão. Posicionar a criança no berço ainda em estado de vigília ou sonolenta. Em caso de choro, o método *pick up and put down* seria aplicado, consistindo no acolhimento breve seguido do reposicionamento no berço, reforçando a autorregulação da criança.

2. Consolidação das sonecas: após a aquisição da autonomia para o início do sono, a intervenção progrediu para a fase de consolidação e extensão das sonecas. A família foi orientada a intervir dez minutos antes do despertar habitual, utilizando estímulos suaves (toque rítmico, ruído branco ou presença parental) para facilitar a transição entre os ciclos de sono.

Paralelamente, foram propostos ajustes na rotina de vigília, recomendando-se um aumento progressivo nas atividades (acréscimos de 15 minutos) para aumentar a pressão de sono. Complementarmente, sugeriu-se a incorporação de um ritual de relaxamento (banho de imersão ou massagem) antes de uma das sonecas diurnas.

3. Ambiência e flexibilidade: considerando a dinâmica familiar, a flexibilização do local das sonecas (carrinho, cercadinho, colchão no chão) foi recomendada, seguindo as medidas de segurança e priorizando o quarto para o sono noturno.

4. Manejo dos despertares noturnos: visando reduzir os despertares noturnos por fome, a estratégia foi aumentar a ingesta de fórmula infantil diurna e oferecer uma mamadeira substancial antes do sono noturno. A persistência dos despertares ocasionaria uma consulta com a médica pediatra para uma avaliação.

Enfatizou-se que o plano de intervenção seria um processo gradual e repetitivo, cuja eficácia dependia da disponibilidade parental, consistência e determinação na aplicação. O objetivo foi promover a autonomia no adormecer de lactente de cinco meses, melhorando a sua qualidade do sono por meio de intervenção comportamental baseada no método *pick up and put down*.

ACOMPANHAMENTO E RESULTADOS

Após a consulta on-line, a família recebeu um guia digitalizado via *WhatsApp*® com as orientações. O acompanhamento durou quinze dias seguidos e o suporte para os ajustes ocorreu por meio do aplicativo *WhatsApp*®, permitindo a orientação contínua e a monitorização do caso. Na primeira noite, observou-se a consolidação do lactente em adormecer sem associação para dormir (colo ou embalo) e com redução na latência de sono, dormindo em apenas 17 minutos após ser colocado no berço.

Na terceira noite, o lactente apenas foi colocado no berço e não houve intervenção da família, repercutindo em um adormecer autônomo. Na sexta noite após o ajuste das sonecas e rotina, o lactente teve apenas dois despertares noturnos, entretanto, no dia seguinte recebeu vacinação e sofreu impacto no sono noturno com mais despertares e sonecas mais curtas. As orientações foram as mesmas, porém, reforçou-se a importância de a família seguir a consistência e reconhecer que o lactente poderia ficar mais choroso e irritado devido ao procedimento doloroso.

Após 15 dias de acompanhamento, observou-se uma modificação no comportamento de sono do lactente. A Figura 1 a seguir apresenta o perfil do sono do lactente antes e depois da intervenção.

Figura 1 - Perfil do sono do lactente: antes e depois da intervenção

ASPECTOS DO SONO	ANTES DA INTERVENÇÃO	APÓS 15 DIAS DE INTERVENÇÃO
Latência do sono (início)	40 min a 1 hora	10 a 15 minutos
Associação para o sono	Colo, embalar	Berço, acordado (autonomia)
Irritabilidade pré-sono	Alta ("brigava para dormir")	Reduzida (apenas quando está muito cansado)
Sonecas (duração)	4 a 5 sonecas de 30-40 minutos	3 sonecas, com picos de 1h 45min a 2h
Despertares noturnos	A cada 2 a 3 horas (para mamar)	Inalterado (a cada 2 a 3 horas)
Fadiga familiar	Muito alta	Reduzida

Fonte: elaborado pelas autoras.

A principal queixa familiar, relativa à irritabilidade no período pré-sono, demonstrou uma diminuição considerável. Este resultado aponta para um efeito positivo na regulação emocional do lactente, bem como para um aumento da tranquilidade percebida pela família.

Observou-se uma redução expressiva na latência para o sono noturno, que diminuiu de um intervalo inicial de 40-60 minutos para 10-15 minutos. Este dado sugere uma melhora substancial na eficiência do início do sono. Adicionalmente, o manejo do sono evoluiu para um padrão de autorregulação do sono, com o lactente sendo posicionado, ainda acordado no berço e alcançando o adormecimento de forma independente, eliminando a necessidade de intervenções externas como

embalar ou colo. Houve consolidação das sonecas diurnas, com o registro de um aumento na sua duração média, atingindo picos de 1 hora e 45 minutos a 2 horas. A maior consistência e duração das sonecas diurnas são indicativas de uma melhora na qualidade do sono do lactente.

Apesar das melhorias observadas, o padrão de despertares noturnos a cada 2-3 horas para alimentação manteve-se inalterado. Face à iminência do lactente completar seis meses de idade e considerando a possível influência de desconfortos gastrointestinais, observados pela mãe, nos despertares, foi recomendada uma discussão com o médico pediatra sobre esses aspectos alimentares.

DISCUSSÃO

A aplicação do método *pick up and put down* neste relato de caso é sustentada pelas evidências que apoiam que as intervenções comportamentais de sono são eficazes na redução de problemas de sono infantil, como a latência do sono e a frequência de despertares noturnos (Drozd *et al*., 2022; Park; Kim; Lee, 2022). O sucesso observado neste caso, com a rápida autonomia do sono e a redução significativa da latência, corrobora com os achados de que estas intervenções promovem a capacidade da criança de se autorregular e iniciar o sono de forma independente (Drozd *et al*., 2022; Gebre *et al.,* 2024; Park; Kim; Lee, 2022). Além disso, o benefício se estende ao bem-estar familiar, indicando que as intervenções comportamentais melhoram a qualidade do sono materno e podem reduzir a depressão pós-parto (Kahn; Barnett; Gradisar, 2023; Park; Kim; Lee, 2022), o que se alinha com a redução da fadiga parental relatada no presente caso.

A segurança e a aceitabilidade das intervenções comportamentais são amplamente sustentadas na literatura, que as estabelece como tratamento inicial para os problemas de sono na infância (Reynolds *et al*., 2023). No entanto, há preocupação de que as intervenções comportamentais possam comprometer o vínculo de apego ou causar estresse em decorrência do choro persistente, especialmente, em relação à métodos de extinção e choro controlado (Kahn *et al*., 2020; Pattinson *et al*., 2023). De fato, todas as intervenções comportamentais que exigem a modificação dos comportamentos parentais de acalmar a criança envolvem algum nível de choro inicial (Kahn *et al*., 2020).

Nesse sentido, ao permitir que as mães respondam ao estresse da criança, há uma diminuição do estresse percebido tanto na criança quanto na mãe, com consequente redução dos sintomas de depressão materna (Blunden; Osborne; King, 2022). Abordagens mais suaves mostram-se mais eficazes e aumentam a aceitabilidade e adesão parental, diminuindo a relutância familiar em utilizar intervenções comportamentais (Blunden; Osborne; King, 2022). Nesse contexto, o método *pick up and put down* se estabelece por ser uma intervenção comportamental mais responsiva e gentil.

A rápida conquista da autonomia do sono pelo lactente de cinco meses, com redução da latência de 40-60 minutos para 10-15 minutos em apenas quinze dias, pode ser compreendida à luz do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender como resultado direto da mobilização de fatores cognitivo-perceptuais favoráveis na família. Antes da intervenção, a família, embora motivados, encontravam-se em estado de exaustão e percebiam elevada barreira à mudança de comportamento noturno. A consulta *on-line*, ao oferecer psicoeducação sobre o desenvolvimento do sono na fase de lactência, os sinais de cansaço e a racionalidade do método *pick up and put down*, atuou sobre a percepção de benefícios da ação e a autoeficácia parental, componentes centrais do MPS (Pender; Murdaugh; Parsons, 2011). O resultado demonstra que, quando as barreiras percebidas são reduzidas e a confiança na capacidade de execução é ampliada, o comprometimento familiar com o plano de ação se intensifica, gerando os comportamentos promotores de saúde que o modelo preconiza.

A intervenção comportamental neste relato de caso foi iniciada quando o lactente estava com cinco meses de idade. A literatura sobre o desenvolvimento do sono infantil sugere que a capacidade de autorregulação e a consolidação do ritmo circadiano se tornam mais estabelecidas a partir do quarto mês de vida, tornando este período oportuno para o início de intervenções comportamentais (*Reynolds et al.*, 2023). Embora a recomendação formal para intervenções mais estruturadas seja frequentemente citada como sendo após os seis meses, estudos recentes demonstram que a idade média de implementação das intervenções comportamentais em ambientes reais é de aproximadamente cinco meses, em que já se verifica a demonstração e melhoria na qualidade do sono aos seis meses (Kahn; Barnett; Gradisar, 2023; Sinthong; Ngernlangtawee, 2024). Esses achados reforçam a escolha do método *pick up and put down* como uma abordagem

apropriada e aceitável para esta faixa etária (Drozd *et al*., 2022; Reynolds *et al*., 2023).

A melhora observada na consolidação das sonecas diurnas com o aumento da duração média, está de acordo com o esperado para os 4 e 6 meses de idade, onde o sono permanece polifásico, com múltiplas sonecas, ou seja, três ou mais sonecas com período de sono noturno (Spencer; Riggins, 2022). O sono diurno em lactentes é notoriamente mais fragmentado e sensível a fatores ambientais do que o sono noturno, sendo a sua consolidação um indicador de sucesso da intervenção comportamental (West; Schwichtenberg, 2025).

A estratégia adotada no caso, que incluiu o aumento progressivo da vigília e a incorporação de rituais de relaxamento, alinha-se com a literatura que enfatiza a importância de rotinas consistentes de sono e vigília para a regulação do ritmo circadiano (Drozd *et al*., 2022). O aumento da duração das sonecas é fundamental, pois o sono diurno em crianças pequenas está diretamente associado à consolidação da memória e ao desenvolvimento da atenção executiva (Souabni *et al*., 2025; West; Schwichtenberg, 2025). Portanto, o foco na modificação da "pressão de sono" por meio do ajuste da vigília e da manutenção de rotinas de sonecas consistentes é elemento essencial que contribuiu para a melhoria do padrão de sono do lactente.

Apesar de na sexta noite o lactente apresentar apenas dois despertares, após a vacinação o sono noturno e as sonecas sofreram impactos. A adversidade no padrão de sono do lactente após a vacinação era esperada e clinicamente relevante, devendo ser considerada no momento da implementação de qualquer intervenção comportamental. A vacinação, embora fundamental para a saúde infantil, pode ocasionar reações adversas leves e transitórias, como febre, irritabilidade, choro e dor no local da aplicação (Batista *et al*., 2024; Brasil, 2020). Esses sintomas fazem parte da resposta imunológica, podendo levar a um aumento da fragmentação do sono e à necessidade do conforto parental nas primeiras 48 horas (Brasil, 2020). Nesse período, é essencial a manutenção da consistência na rotina. Mesmo com o aumento do acolhimento, é necessário que o lactente retome o padrão de sono autônomo após a redução dos sintomas pós-vacinais, diminuindo o risco de regressão comportamental (Drozd *et al*., 2022).

O acompanhamento de 15 dias é uma demonstração da importância da consistência parental e da eficácia do suporte remoto. A adesão e a consistência da

família são os preditores mais fortes da eficácia das intervenções comportamentais, e a falta delas é a principal causa de falha e desistência (Drozd *et al*., 2022). O modelo de acompanhamento por teleconsultoria (consulta on-line e suporte via *WhatsApp*®) demonstrou ser um meio viável para garantir essa consistência. Estudos recentes validam o uso de intervenções de sono mediadas por tecnologia, como plataformas on-line e mensagens de texto, para fornecer suporte contínuo, aumentar a autoeficácia parental e melhorar os resultados do sono (Anzman-Frasca *et al*., 2025; Lima; Barbosa, 2025). A capacidade de fornecer orientação contínua e ajustes em tempo real, como ocorreu neste caso, é um diferencial da teleconsultoria, que facilita a implementação de intervenções comportamentais e seus ajustes, e melhora a aceitabilidade do plano.

A modalidade de teleconsultoria, com suporte contínuo via WhatsApp®, expressou de forma inovadora o papel que Anne Casey atribui ao enfermeiro no Modelo de Parceria de Cuidados. Ao disponibilizar orientação em tempo real, a enfermeira exerceu a função de apoiadora e educadora que capacita a família para responder de forma competente às necessidades do lactente, sem substituir o protagonismo da família no cuidado (Casey, 1993). A parceria construída remotamente permitiu ajustes dinâmicos do plano como a orientação sobre a vacinação e seus efeitos no sono, demonstrando que a relação profissional-família não se limita ao encontro presencial, mas pode ser sustentada por tecnologias digitais sem perda de efetividade. Esse achado é de particular relevância para contextos de saúde pública com limitada disponibilidade de recursos assistenciais, nos quais a teleconsultoria emerge como uma estratégia viável para a ampliação do acesso ao cuidado qualificado em saúde do sono infantil.

A persistência dos despertares noturnos para alimentação, apesar da autonomia do sono, destaca a limitação das intervenções comportamentais diante de causas fisiológicas. Embora as intervenções comportamentais sejam eficazes para problemas de sono de origem comportamental como a associação de início do sono e latência de sono, elas não impactam na frequência de despertares noturnos motivados por desconforto ou necessidades nutricionais (Hart *et al*., 2022; Öztürk *et al*., 2021; Pattinson *et al*., 2023). A estratégia de ajuste calórico diurno neste caso não foi suficiente, o que reforça a necessidade de uma abordagem interdisciplinar (Pérez-Escamilla; Jimenez; Dewey, 2021).

A recomendação de avaliação com o médico pediatra para investigar a persistência da necessidade nutricional noturna ou a presença de desconfortos gastrointestinais está em consonância com as diretrizes atuais (Pérez-Escamilla; Jimenez; Dewey, 2021). Estas recomendam a integração de equipe multiprofissional de especialistas em sono, nutrição e pediatria para a gestão de problemas complexos de sono-alimentação (Pérez-Escamilla; Jimenez; Dewey, 2021). Isso reforça que o sono é um processo complexo, que os problemas de sono são multifatoriais e que a intervenção comportamental deve ser sempre precedida ou acompanhada por uma avaliação clínica interdisciplinar completa.

Esse estudo apresenta limitações intrínsecas à natureza multifatorial do sono infantil. Problemas de sono em lactentes são influenciados por uma interação complexa de fatores biológicos, psicossociais e ambientais, o que torna difícil isolar o efeito da intervenção comportamental de outras variáveis. Fatores como o estilo de apego e a ansiedade materna podem moderar significativamente a resposta à intervenção. Além disso, eventos biológicos transitórios, como a vacinação, podem causar regressões temporárias que desafiam a consistência da aplicação do método. A persistência de despertares noturnos por fome neste caso também sublinha que intervenções comportamentais isoladas possuem limites diagnósticos, não sendo capazes de resolver problemas de origem fisiológica ou nutricional. Portanto, a dependência do autorrelato parental limita a generalização dos achados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de caso descreve a implementação de um plano de intervenção comportamental fundamentado nas recomendações da Academia Americana do Sono e no método *pick up and put down*. Este plano foi delineado em colaboração com a família de um lactente de cinco meses, e seus resultados demonstram o sucesso na promoção da autonomia do sono do referido lactente.

Entre os resultados obtidos, destaca-se uma significativa redução na latência do sono noturno com eliminação da dependência de associação para adormecer (colo e embalo), promovendo um adormecer autônomo. Ainda, observou-se a consolidação das sonecas diurnas e redução na fadiga parental, reforçando o impacto positivo da intervenção no bem-estar familiar.

A condução deste caso reforçou a importância da consistência e da responsividade parental para o sucesso das intervenções comportamentais no sono infantil. A adesão da família e a aplicação consistente do plano de intervenção comportamental, incluindo o método *pick up and put down*, foram cruciais para a obtenção dos resultados em apenas 15 dias. Outro ponto de destaque é o uso da teleconsultoria, uma modalidade eficaz para o acompanhamento, monitoramento contínuo e o ajuste em tempo real das intervenções, garantindo o suporte necessário e singular à família.

Em um próximo caso, recomenda-se uma abordagem interdisciplinar inicial, especialmente em casos em que a queixa de sono se associa a despertares noturnos por déficit alimentar. Embora a intervenção comportamental tenha sido bem-sucedida na autonomia do sono, a persistência dos despertares noturnos por fome destacou a limitação da consultoria do sono isolada diante de fatores fisiológicos. Portanto, sugere-se integrar nestes casos, desde o início, a avaliação e o aconselhamento nutricional pediátrico para otimizar a ingestão calórica diurna e reduzir a necessidade de alimentação noturna, buscando uma solução mais completa e rápida para a família.

REFERÊNCIAS

ANZMAN-FRASCA, S. *et al.* Implementation and Effects of an Online Intervention Designed to Promote Sleep During Early Infancy: A Randomized Trial. **Nature and Science of Sleep**, [*s. l.*], v. 17, p. 1037–1048, 2025. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12118573/. Acesso em: 18 nov. 2025.

BATISTA, T. de S. *et al.* Reações adversas comuns ocasionadas pela vacinação infantil. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218**, [*s. l.*], v. 5, n. 5, p. e555186, 2024. Disponível em: https://recima21.com.br/recima21/article/view/5186. Acesso em: 18 nov. 2025.

BLUNDEN, S. *et al.* The informed choice model of care: Offering caregivers choices for infant behavioural sleep intervention. **Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 133, p. 106596, 2025. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1389945725002710. Acesso em: 22 nov. 2025.

BLUNDEN, S.; DAWSON, D. Behavioural sleep interventions in infants: Plan B – Combining models of responsiveness to increase parental choice. **Journal of Paediatrics and Child Health**, [*s. l.*], v. 56, n. 5, p. 675–679, 2020. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jpc.14818. Acesso em: 3 jul. 2025.

BLUNDEN, S.; OSBORNE, J.; KING, Y. Do responsive sleep interventions impact mental health in mother/infant dyads compared to extinction interventions? A pilot study. **Archives of Women's Mental Health**, [*s. l.*], v. 25, n. 3, p. 621–631, 2022. Disponível em: https://link.springer.com/10.1007/s00737-022-01224-w. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL, M. da Saúde. S. de V. em Saúde. D. de I. e D. Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. 4ªed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_epidemiologica_eventos_vacinacao_4ed.pdf. Acesso em: 6 out. 2025.

DROZD, F. *et al.* An overview of reviews for preventing and treating sleep problems in infants. **Acta Paediatrica**, [*s. l.*], v. 111, n. 11, p. 2071–2076, 2022. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.16475. Acesso em: 17 nov. 2025.

GEBRE, A. *et al.* Child routines moderate a brief behavioral intervention to enhance sleep in school-aged children. **Journal of Pediatric Psychology**, [*s. l.*], v. 49, n. 5, p. 365–371, 2024. Disponível em: https://academic.oup.com/jpepsy/article/49/5/365/7637719. Acesso em: 23 out. 2025.

HART, C. N. *et al.* Randomized controlled trial to enhance children's sleep, eating, and weight. **Pediatric Research**, [*s. l.*], v. 92, n. 4, p. 1075–1081, 2022. Disponível em: https://www.nature.com/articles/s41390-021-01870-3. Acesso em: 23 out. 2025.

HOGG, T.; BLAU, M. **A encantadora de bebês resolve todos os seus problemas: sono, alimentação e comportamento: do nascimento até os primeiros anos da infância.** Barueri, SP: Manoele, 2006.

KAHN, M. *et al.* Behavioral interventions for pediatric insomnia: one treatment may not fit all. **Sleep**, [*s. l.*], v. 43, n. 4, p. zsz268, 2020. Disponível em: https://academic.oup.com/sleep/article/doi/10.1093/sleep/zsz268/5611128. Acesso em: 24 out. 2025.

KAHN, M.; BARNETT, N.; GRADISAR, M. Implementation of Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems in Real-World Settings. **The Journal of Pediatrics**, [*s. l.*], v. 255, p. 137-146.e2, 2023. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022347622010009. Acesso em: 18 out. 2025.

LIMA, R. B. dos S.; BARBOSA, L. P. Self-efficacy-based web and mobile intervention to improve infant sleep: Randomized trial with Brazilian mothers. **Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 134, p. 106718, 2025. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1389945725003934. Acesso em: 18 nov. 2025.

ÖZTÜRK, M. *et al.* Possums-based parental education for infant sleep: cued care resulting in sustained breastfeeding. **European Journal of Pediatrics**, [*s. l.*], v. 180,

n. 6, p. 1769–1776, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00431-021-03942-2. Acesso em: 18 nov. 2025.

PARK, J.; KIM, S. Y.; LEE, K. Effectiveness of behavioral sleep interventions on children's and mothers' sleep quality and maternal depression: a systematic review and meta-analysis. **Scientific Reports**, [*s. l.*], v. 12, p. 4172, 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8907206/. Acesso em: 17 nov. 2025.

PATTINSON, C. L. *et al.* Questioning the effectiveness of behavioral sleep interventions for infants. **The Journal of Pediatrics**, [*s. l.*], v. 261, 2023. Disponível em: https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(23)00045-8/fulltext. Acesso em: 18 nov. 2025.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; JIMENEZ, E. Y.; DEWEY, K. G. Responsive Feeding Recommendations: Harmonizing Integration into Dietary Guidelines for Infants and Young Children. **Current Developments in Nutrition**, [*s. l.*], v. 5, n. 6, p. nzab076, 2021. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8178105/. Acesso em: 18 nov. 2025.

REUTER, A. *et al.* A systematic review of prevention and treatment of infant behavioural sleep problems. **Acta Paediatrica**, [*s. l.*], v. 109, n. 9, p. 1717–1732, 2020. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.15182. Acesso em: 22 nov. 2025.

REYNOLDS, A. M. *et al.* Pediatric sleep: current knowledge, gaps, and opportunities for the future. **Sleep**, [*s. l.*], v. 46, n. 7, p. zsad060, 2023. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10334737/. Acesso em: 17 nov. 2025.

RILEY, D. S. *et al.* CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **Journal of Clinical Epidemiology**, [*s. l.*], v. 89, p. 218–235, 2017. Disponível em: https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(17)30037-9/fulltext. Acesso em: 11 jul. 2025.

SINTHONG, A.; NGERNLANGTAWEE, D. Early sleep intervention for improving infant sleep quality: a randomized controlled trial, preliminary result. **BMC Pediatrics**, [*s. l.*], v. 24, n. 1, p. 306, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12887-024-04771-6. Acesso em: 18 nov. 2025.

SOUABNI, M. *et al.* Napping and memory consolidation in early childhood: A systematic review and meta-analysis. **Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 133, p. 106649, 2025. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945725003247. Acesso em: 18 nov. 2025.

SPENCER, R. M. C.; RIGGINS, T. Contributions of memory and brain development to the bioregulation of naps and nap transitions in early childhood. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, [*s. l.*], v. 119, n. 44, p. e2123415119, 2022. Disponível em: https://pnas.org/doi/10.1073/pnas.2123415119. Acesso em: 18 nov. 2025.

WEST, M.; SCHWICHTENBERG, A. J. Infant and toddler sleep research: A narrative review of developmental shifts, clinical guidelines, parenting practices, assessments, and interventions. **Infant Behavior and Development**, [*s. l.*], v. 80, p. 102095, 2025. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638325000694. Acesso em: 18 nov. 2025.

5.6 MANUSCRITO - **IMPACTO DA DISPONIBILIDADE EMOCIONAL MATERNA NA IMPLEMENTAÇÃO DO MÉTODO PICK UP AND PUT DOWN: RELATO DE CASO**

RESUMO

Objetivo: relatar o impacto da disponibilidade emocional materna na implementação do método *pick up and put down* em uma criança de 15 meses. **Caso:** A intervenção escolhida foi o método *pick up and put down*. O achado clínico crucial foi a interrupção do processo pela mãe após a primeira noite, motivada por baixa disponibilidade emocional e fatores emocionais. O caso, pelo que se sabe, é único e relevante, pois preenche uma lacuna na literatura. A análise sugere que a baixa disponibilidade emocional da mãe, ocasionada pela privação do sono, influenciou no insucesso e que a perda gestacional anterior estabelece um mecanismo de reforço negativo, reforçando o ciclo do sono dependente. **Considerações finais:** A conduta efetiva para problemas de sono infantil exige uma avaliação psicossocial da família, com foco especial no estado emocional e na rede de suporte materno. O bem-estar da mãe é um fator determinante para a adesão e para o sucesso das intervenções comportamentais.

Palavras-chave: Intervenção psicossocial; Relato de caso; Saúde Materno-Infantil; Sono.

ABSTRACT

Objective: This study aims to report the impact of maternal emotional availability on the implementation of the pick up and put down method in a 15-month-old child. **Case:** The chosen intervention was the pick up and put down method. The crucial clinical finding was the interruption of the process by the mother after the first night, motivated by low emotional availability and emotional factors. The case, as far as we know, is unique and relevant, as it fills a gap in the literature. The analysis suggests that the mother's low emotional availability, caused by sleep deprivation, influenced the failure and that the previous pregnancy loss established a negative reinforcement mechanism, reinforcing the dependent sleep cycle. **Final considerations:** Therefore, effective management of infant sleep problems requires a psychosocial assessment of the family, with a special focus on the mother's emotional state and support network. The mother's well-being is a determining factor for adherence to and success of behavioral interventions.

Keywords: Case reports; Sleep; Maternal and child health; Intervention psychosociale.

INTRODUÇÃO

A questão clínica central abordada neste relato de caso é a descontinuidade precoce de uma intervenção comportamental de sono em uma criança de 15 meses, cuja associação de sono dependente da presença e do seio materno resultava em

latência prolongada para adormecer. Os problemas de sono infantil envolvem variáveis da criança, como temperamento e fatores genéticos, e variáveis centradas na família, incluindo comportamentos parentais, saúde mental, funcionamento psicológico e emocional da família (Cook *et al*., 2020; Fisher *et al*., 2012; Hall *et al*., 2017). Além disso, outros fatores contribuem para a saúde inadequada do sono infantil como aspectos psicológicos (medo, estado afetivo), socioambientais (horário e hábitos de sono da família), comportamentais (hábitos alimentares, comportamento frente às telas), físicos (ambiente de sono) e fisiológicos (bem-estar físico) (Belmon *et al*., 2020). Nesse sentido, a saúde do sono infantil é influenciada por múltiplos determinantes, necessitando de ações sistêmicas, multiníveis e multifatoriais para a sua promoção (Kok *et al*., 2008).

O envolvimento parental ativo à noite e o conforto excessivo têm sido consistentemente associados a dificuldades no início do sono e mais de despertar noturno, pois interferem no desenvolvimento das habilidades de autoacalmar e de adormecer de forma independente da criança (Knappe *et al*., 2020; Matzliach *et al*., 2025). A intervenção escolhida foi o método *pick up and put down*, uma intervenção comportamental/educacional que visa promover a autonomia do sono por meio da repetição e consolidação de hábitos de sono adequados. No entanto, o processo foi interrompido pela mãe após a primeira noite, relatando exaustão e a necessidade de preservar sua rotina de trabalho ao longo da semana. Este desfecho clínico singular direciona o foco da análise para os fatores emocionais maternos como preditivos do insucesso na adesão à intervenção, um aspecto essencial e frequentemente subestimado nas abordagens de promoção do sono infantil.

A apresentação deste relato de caso justifica-se pela necessidade de expandir a compreensão sobre a complexa inter-relação entre fatores emocionais maternos e o manejo de problemas de sono infantil. Embora as intervenções comportamentais para o sono sejam comprovadamente eficazes, inexistem publicações que correlacionem ou analisem a interrupção do método *pick up and put down* e os aspectos emocionais maternos. O caso em questão é, portanto, relevante por ser o primeiro a analisar a relação entre a baixa disponibilidade emocional materna, agravada pela privação de sono, sobrecarga de cuidados e perda gestacional prévia com a interrupção precoce do método *pick up and put down*.

Este estudo tem como objetivo relatar o impacto da disponibilidade emocional materna na implementação do método *pick up and put down* em uma criança de 15 meses.

Os dados deste estudo foram coletados mediante entrevista com a mãe e analisados com a literatura disponível. A aprovação ética foi obtida junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina CAAE: 90862925.2.0000.0121 e sob o parecer nº 7.853.708. Este relato de caso seguiu as diretrizes do CARE *checklist* (*CAse REport guidelines*) (Riley et al., 2017).

DESCRIÇÃO DO CASO

Criança, sexo masculino, com um ano e três meses de idade, apresentava como queixa principal associação do sono com dependência exclusiva da presença materna, com associação direta ao seio materno e ao embalo para indução do sono. O tempo despendido para adormecer era prolongado, atingindo até 1 hora e 30 minutos. A transferência para o berço antes do estabelecimento do sono profundo resultava em despertar imediato. Embora recentemente apresentasse melhora no sono, ocorriam despertares noturnos esporádicos que exigiam a intervenção materna, mediante o uso do seio materno e embalo para o retorno ao sono, processo com duração aproximada de 40 minutos.

A criança nasceu de parto normal com idade gestacional de 38 semanas e 4 dias, e a associação do sono (em seio materno) estava presente desde o nascimento. Não fazia uso de chupeta ou outro objeto de transição. O desenvolvimento neuropsicomotor e crescimento foram classificados como adequados para a idade e não foram relatados problemas de saúde.

De acordo com o relato materno, a rotina era realizada, predominantemente por ela, sendo uma escolha pessoal e também em virtude das viagens de trabalho do pai. A mãe, multigesta (quatro gestações, incluindo um aborto anterior ao nascimento do último filho), enfatizou a busca por proximidade com o filho nos períodos em que estava em casa.

A rotina noturna iniciava por volta das 19h com banho e massagem, com início do sono por volta das 20h30 e despertar entre 6h30 e 7h30, totalizando aproximadamente 10 horas de sono noturno. O ambiente de sono, utilizado desde agosto de 2025, era o próprio quarto da criança (berço), mantido escuro e silencioso,

com uso de música (louvor) ou ruído branco restrito ao início do sono. A criança realizava apenas uma soneca com duração média de 1 a 2 horas, iniciando geralmente entre 12h30 e 13h.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E INTERVENÇÃO

A mãe contatou a profissional de saúde, uma enfermeira especialista em pediatria e em consultoria do sono, em setembro de 2025. A avaliação foi conduzida on-line, via plataforma *StreamYard*® e teve duração aproximada de 1 hora e 30 minutos. Com base no relato materno, a hipótese diagnóstica foi de resistência ao sono com associação de início do sono dependente da presença materna. Um plano de intervenção comportamental foi elaborado em colaboração com a mãe, fundamentado nas recomendações da Academia Americana do Sono e no método *pick up and put down*, com foco na autonomia da criança adormecer sozinha. O plano foi estruturado da seguinte forma:

- Início da noite: orientou-se a mãe a oferecer o seio materno, porém ao observar sinais de sonolência, retirar a criança do seio materno, mantendo no colo por um período. E posteriormente, colocando-a no berço ainda sonolento e permanecendo ao lado do berço até a criança adormecer.
- Em caso de choro: Em caso de choro, a orientação era aplicar o método *pick up and put down*: acolher a criança até que se acalmasse e comunicar-se de forma acolhedora e recolocá-la no berço, repetindo conforme necessário para reforçar a autonomia do sono. O método foi escolhido por oferecer conforto e segurança, ao mesmo tempo que reforça a capacidade da criança se acalmar e adormecer sozinha.
- Seio materno como último recurso: caso a criança não se acalmasse apenas pegando-a no colo, foi recomendado que a mãe oferecesse o seio materno. Entretanto, assim que a criança se acalmasse, fosse retirado o seio materno enquanto ela ainda estivesse sonolenta, e então colocá-la novamente no berço.

O plano de cuidados estabelecido foi alinhado com as expectativas. Enfatizou-se ser um processo gradual, repetitivo e a necessidade imperativa de consistência e determinação para o sucesso. Foi orientado que o processo de intervenção fosse mantido por até 30 dias consecutivos, período considerado essencial para a consolidação de um novo hábito. O objetivo da implementação era

alcançar a melhora na qualidade do sono da criança por meio da autonomia para adormecer, resultando, consequentemente, no bem-estar subjetivo e na redução do cansaço materno.

ACOMPANHAMENTO E RESULTADOS

O acompanhamento inicial foi estruturado com sete dias consecutivos de suporte, permitindo à mãe solicitar auxílio via *WhatsApp*® conforme necessidade. A implementação do método teve início em um sábado. No domingo à tarde, a mãe comunicou à enfermeira a decisão de interromper a intervenção devido à exaustão percebida na primeira noite.

A enfermeira realizou acolhimento empático e investigou os fatores, além da fadiga, que motivaram a descontinuidade. Foi esclarecido que o choro e a manifestação de estranheza da criança ao novo hábito eram reações esperadas na primeira noite e que a eficácia no método dependia da sua repetição consistente nas noites subsequentes.

A mãe relatou que a necessidade de acordar às seis horas da manhã na segunda-feira era um fator limitante para a manutenção do processo orientado, considerando seu cansaço para trabalhar e escolhendo retornar à rotina habitual. A mãe manifestou a intenção de retornar à aplicação do método *pick up and put down* durante um período de férias, quando disporia de maior dedicação, tranquilidade e tempo.

Diante do exposto, o desejo materno foi respeitado. A enfermeira se colocou à disposição para restabelecer o acompanhamento em um momento oportuno, demonstrando flexibilidade e suporte centrado na autonomia da família.

DISCUSSÃO

Até onde se sabe, este é o primeiro relato de caso de uma criança com início de sono dependente associado à presença materna que analisa a relação entre os aspectos emocionais maternos e a manutenção dessa dependência. E que ainda, relaciona-se os fatores emocionais maternos como um fator para a interrupção da implementação do método *pick up and put down*, uma intervenção comportamental para o sono.

A implementação das intervenções comportamentais para o sono infantil, embora comprovadamente eficazes (Gebre *et al*., 2024; Hart *et al*., 2022; Hart; Hawley; Wing, 2016), depara-se com barreiras que prejudicam a consistência, sendo a intolerância ao choro e o insucesso na primeira tentativa preditores da desistência ao método (Kahn *et al*., 2020a; Kahn; Barnett; Gradisar, 2023). Contudo, a exigência prática dessas intervenções diverge da realidade da privação de sono e exaustão materna. A decisão da mãe de desistir após a primeira noite face ao choro esperado da criança demonstra baixa disponibilidade emocional (Bai *et al*., 2022).

A disponibilidade emocional é definida como a capacidade de compreensão e resposta apropriada às necessidades emocionais da criança (Biringen; Robinson; Emde, 2000; Saunders *et al*., 2015). Um estudo longitudinal demonstrou uma relação direta entre o sono materno irregular (mais interrompido, tardio e variável) e redução na disponibilidade emocional, especialmente na hora de dormir, um momento de maior estresse e demanda emocional (Bai *et al*., 2022). Sendo assim, a exaustão física materna, combinada com efeitos da privação de sono com impacto na atenção e autorregulação (Vazsonyi; Liu; Blatny, 2022), resulta em uma baixa disponibilidade emocional (Bai *et al*., 2022).

O período noturno é um momento crucial para a implementação eficaz de intervenções comportamentais e o estabelecimento de bons hábitos de sono. Entretanto, uma mãe com padrão de sono desregulado está em um estado de vulnerabilidade, caracterizada por fadiga e, consequentemente, menor tolerância ao choro da criança. Esta condição compromete a capacidade de manter a consistência necessária para a implementação da intervenção (Bai *et al*., 2022; Bai; Whitesell; Teti, 2020). Desse modo, a interrupção da intervenção por exaustão pode ser vista como uma consequência direta e previsível da baixa disponibilidade emocional noturna, considerando a privação do sono materno e não apenas uma falha de engajamento.

O insucesso na implementação do método *pick up and put down* nesse relato destaca uma dimensão central e frequentemente negligenciada no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, a influência das condições psicológicas e emocionais do cuidador sobre sua capacidade de adotar e manter comportamentos promotores de saúde, bem como os impactos de características e experiências individuais para adoção de um comportamento (Pender; Murdaugh; Parsons, 2011). A mãe, ao iniciar a intervenção em um estado de privação de sono, sobrecarga de

cuidados e vulnerabilidade emocional decorrente de perda gestacional anterior, encontrava-se em condições nas quais a percepção de barreiras à ação, o cansaço, o choro da criança e a necessidade de acordar cedo para o trabalho superaram amplamente a percepção dos benefícios da intervenção. O MPS reconhece que os sentimentos em relação ao comportamento, incluindo as emoções negativas experimentadas durante sua execução, são preditores significativos do abandono do comportamento promotor de saúde. Assim, o desfecho desse caso sugere que, antes de implementar qualquer intervenção comportamental para o sono, é essencial que o profissional de saúde avalie sistematicamente o estado emocional do cuidador, identificando se as condições internas necessárias para o engajamento consistente estão presentes.

O relato de que a rotina de cuidados era predominantemente realizada pela mãe, resultando em sobrecarga e fadiga materna, se alinham com a literatura que aponta para a desproporcionalidade da responsabilidade com os cuidados noturnos sobre as mães. Estudos em diversos países, como Coréia do Sul, Israel e Finlândia, demonstraram que a maior parte das responsabilidades dos cuidados noturnos recai sobre a figura materna (Song *et al*., 2024; Tikotzky; Sadeh; Glickman-Gavrieli, 2010; Volkovich *et al*., 2018). Essa diferença não apenas aumenta a exaustão materna, como também tem implicações diretas na dinâmica familiar e no bem-estar psicológico da criança e da mãe. Mães sobrecarregadas, especialmente, com crianças com problemas de sono, tendem a apresentar menor sensibilidade e maior emocionalidade negativa (Bell; Belsky, 2008; King *et al*., 2020).

Considerando, portanto, as implicações da sobrecarga materna na sensibilidade e emocionalidade, é necessário analisar a forma como a mãe interage com a criança. Isso porque o envolvimento excessivo da família durante a noite, caracterizado por interações ativas como amamentar, segurar ou embalar, no início do sono ou nos despertares noturnos das crianças, muitas vezes, é impulsionado por uma interpretação das demandas da criança como um sinal de angústia ou desconforto (Lollies *et al*., 2022; Mindell *et al*., 2010; Sadeh, 2005; Sadeh; Tikotzky; Scher, 2010; Schlarb; Gulewitsch; Hautzinger, 2010; Tikotzky; Sadeh, 2009).

O desfecho desse caso também expõe os limites da parceria de cuidados quando a família não dispõe das condições emocionais e práticas para assumir o papel de cuidadora empoderada preconizado pelo Modelo de Parceria do Cuidado de Anne Casey. Para Casey, a participação ativa da família nos cuidados à criança

pressupõe que o profissional reconheça as potencialidades e as limitações de cada família, integrando-a nos cuidados de forma que seja possível e realista dado seu contexto de vida (Carneiro, 2010). A conduta da enfermeira ao acolher a decisão da mãe de interromper a intervenção, respeitar sua autonomia e manter-se disponível para retomar o acompanhamento em momento oportuno expressa, com precisão, o princípio de Casey de que a parceria de cuidados é um processo dinâmico, centrado nas necessidades e na singularidade da família, e não um protocolo rígido de cumprimento linear. Esse caso, portanto, além de contribuir com dados inéditos sobre preditores de insucesso na implementação do método *pick up and put down*, oferece um modelo ético de conduta profissional, no que diz respeito ao tempo e às possibilidades reais da família como premissa da parceria de cuidados.

Nesse sentido, essa interpretação está mais associada às cognições maternas, isso porque as cognições paternas, quando estudadas, foram mais frequentemente associadas à necessidade de estabelecer limites, sugerindo que o envolvimento do pai poderia trazer uma perspectiva diferente e potencialmente mais equilibrada para o manejo do sono infantil (Lollies *et al*., 2022). Estudos descobriram que o envolvimento paterno no manejo do sono infantil estava associado a menos despertares noturnos e redução do estresse parental materno (Tikotzky *et al*., 2015; Tikotzky; Sadeh; Glickman-Gavrieli, 2010).

Por outro lado, o alto envolvimento parental em auxiliar a criança a adormecer pode dificultar o desenvolvimento de habilidades de se auto acalmar necessário para um sono consolidado e regulado (Matzliach *et al*., 2025; Sadeh; Tikotzky; Scher, 2010; Tikotzky, 2017). Crianças que conseguem adormecer sem intervenção ou presença da família apresentam maior probabilidade de se auto acalmar e menos despertares noturnos (Camerota *et al*., 2018; Schlarb *et al*., 2020; Touchette *et al*., 2005; Zreik *et al*., 2020). Nesse sentido, a presença ativa da família no início do sono e nos despertares piora a qualidade do sono infantil (Henderson; Blampied; France, 2020; Matzliach *et al*., 2025). Adicionalmente, a eficácia de intervenções comportamentais que objetivam modificar e limitar os comportamentos de acalmar das famílias melhora a qualidade do sono das crianças (Gradisar *et al*., 2016; Kahn *et al*., 2020b; Matzliach *et al*., 2025; Mindell *et al*., 2006).

A observação de um padrão de sono com início dependente e um tempo de latência para o sono prolongado, alcançando até 90 minutos, no presente relato, sugere uma análise multifatorial e complexa, profundamente relacionada aos fatores

emocionais maternos e dinâmicas de apego materno-infantil. O histórico de uma perda gestacional anterior à concepção do caso em estudo emerge como um fator de risco psicossocial (Faleschini *et al*., 2021). Um evento traumático pode induzir um estado de estresse parental elevado (Faleschini *et al*., 2021) onde o medo de uma nova perda se traduz em uma hipervigilância e uma dificuldade em permitir qualquer separação, incluindo o distanciamento necessário para a autonomia do sono (Perpétuo; Diniz; Veríssimo, 2021; Ragni; De Stasio; Barni, 2020).

Nesse contexto, o apego materno-infantil se torna mais ansioso e superprotetor (Rusanen *et al*., 2025). A intervenção constante no processo de indução do sono, bem como a subsequente desistência de implementar o método *pick up and put down*, podem ser interpretadas como mecanismo de defesa. Assim, a perda gestacional anterior estabelece um quadro de vulnerabilidade psicológica e medo (Faleschini *et al*., 2021; Santamaría-Gutiez; González-Sala; Lacomba-Trejo, 2025). O apego ansioso (Caldwell *et al*., 2024; Santamaría-Gutiez; González-Sala; Lacomba-Trejo, 2025) subsequente motiva a intervenção excessiva no sono e a culpa funciona como o mecanismo de reforço negativo que solidifica o ciclo de sono dependente (Lux *et al.,* 2023; Perpétuo; Diniz; Veríssimo, 2021; Rusanen *et al*., 2025).

As limitações desse relato emergem da natureza multifatorial do sono infantil, onde variáveis biológicas, psicossociais e ambientais interagem de forma complexa. A interrupção precoce da intervenção impediu a análise da aplicabilidade do método *pick up and put down*, demonstrando que o sucesso de intervenções comportamentais depende da consistência e da disponibilidade emocional materna. Fatores como exaustão física, privação de sono e histórico de trauma (perda gestacional), podem atuar como preditores de insucesso na adesão ao plano. Portanto, a persistência de despertares por causas fisiológicas ou emocionais sublinha os limites de intervenções isoladas, reforçando a necessidade de uma abordagem interdisciplinar e sistêmica no cuidado do sono.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de caso expande a compreensão sobre o sono infantil ao evidenciar a complexa inter-relação entre os fatores emocionais e contextuais maternos e problemas de sono na infância. Os achados sugerem que a conduta

efetiva para problemas de sono perpassa também por avaliação psicossocial da família, em especial, da mãe, como um preditor para a adesão e o sucesso de intervenções comportamentais. O caso revela que o insucesso do método não se deu por ineficácia do método, mas pela baixa disponibilidade emocional materna e pelo cansaço.

Diante disso, evidencia-se a necessidade de uma abordagem centrada na díade mãe-filho, reavaliando a implementação da intervenção para além da adesão ao plano de cuidado. Em futuras abordagens, é fundamental integrar um rastreio mais aprofundado do estado emocional (ansiedade, depressão, estresse) antes de iniciar qualquer intervenção comportamental e integrar o pai ou a rede de apoio, quando existente, ao plano, dividindo as responsabilidades noturnas, especialmente, nas primeiras noites. Recomenda-se a priorização da avaliação materna com preditor de sucesso e a investigação acerca da eficácia da combinação de intervenções comportamentais com suporte psicológico materno e/ou psicoeducação.

REFERÊNCIAS

BAI, L. *et al.* Maternal nighttime sleep and infant–mother attachment security: The mediating role of maternal parenting quality during bedtime and free play. **Developmental Psychology**, [*s. l.*], v. 58, n. 5, p. 923–934, 2022. Disponível em: https://doi.apa.org/doi/10.1037/dev0001327. Acesso em: 23 out. 2025.

BAI, L.; WHITESELL, C. J.; TETI, D. M. Maternal sleep patterns and parenting quality during infants' first 6 months. **Journal of Family Psychology**, [*s. l.*], v. 34, n. 3, p. 291–300, 2020. Disponível em: https://doi.apa.org/doi/10.1037/fam0000608. Acesso em: 23 out. 2025.

BELL, B. G.; BELSKY, Jay. Parents, parenting, and children's sleep problems: Exploring reciprocal effects. **British Journal of Developmental Psychology**, [*s. l.*], v. 26, n. 4, p. 579–593, 2008. Disponível em: https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/026151008X285651. Acesso em: 24 out. 2025.

BELMON, L. *et al.* Child and Parent Perceived Determinants of Children's Inadequate Sleep Health. A Concept Mapping Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [*s. l.*], v. 17, n. 5, p. 1583, 2020. Disponível em: https://www.mdpi.com/1660-4601/17/5/1583. Acesso em: 26 out. 2025.

BIRINGEN, Z.; ROBINSON, J. L.; EMDE, R. N. Appendix A: the Emotional Availability Scales (2nd ed.; an abridged Infancy/Early Childhood Version). **Attachment & Human Development**, [*s. l.*], v. 2, n. 2, p. 251–255, 2000. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14616730050085617. Acesso em: 23 out. 2025.

CALDWELL, J. M. *et al.* Women pregnant after previous perinatal loss: relationships between adult attachment, shame, and prenatal psychological outcomes. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, [*s. l.*], v. 42, n. 4, p. 653–667, 2024. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02646838.2023.2180142. Acesso em: 25 out. 2025.

CAMEROTA, M. *et al.* Assessment of infant sleep: how well do multiple methods compare? **Sleep**, [*s. l.*], v. 41, n. 10, 2018. Disponível em: https://academic.oup.com/sleep/article/doi/10.1093/sleep/zsy146/5067292. Acesso em: 4 set. 2025.

COOK, F. *et al.* Profiles and Predictors of Infant Sleep Problems Across the First Year. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, [*s. l.*], v. 41, n. 2, p. 104–116, 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/10.1097/DBP.0000000000000733. Acesso em: 26 out. 2025.

FALESCHINI, S. *et al.* History of perinatal loss: A study of psychological outcomes in mothers and fathers after subsequent healthy birth. **Journal of Affective Disorders**, [*s. l.*], v. 280, p. 338–344, 2021. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032720329463. Acesso em: 25 out. 2025.

FISHER, A. *et al.* Genetic and Environmental Influences on Infant Sleep. **Pediatrics**, [*s. l.*], v. 129, n. 6, p. 1091–1096, 2012. Disponível em: https://publications.aap.org/pediatrics/article/129/6/1091/32199/Genetic-and-Environmental-Influences-on-Infant. Acesso em: 26 out. 2025.

GEBRE, A. *et al.* Child routines moderate a brief behavioral intervention to enhance sleep in school-aged children. **Journal of Pediatric Psychology**, [*s. l.*], v. 49, n. 5, p. 365–371, 2024. Disponível em: https://academic.oup.com/jpepsy/article/49/5/365/7637719. Acesso em: 23 out. 2025.

GRADISAR, M. *et al.* Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems: A Randomized Controlled Trial. **Pediatrics**, [*s. l.*], v. 137, n. 6, p. e20151486, 2016. Disponível em: https://publications.aap.org/pediatrics/article/137/6/e20151486/52401/Behavioral-Interventions-for-Infant-Sleep-Problems. Acesso em: 3 jul. 2025.

HALL, W. A. *et al.* Erratum to: Relationships between parental sleep quality, fatigue, cognitions about infant sleep, and parental depression pre and post-intervention for infant behavioral sleep problems. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [*s. l.*], v. 17, n. 1, p. 193, 2017. Disponível em:

http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1386-5. Acesso em: 26 out. 2025.

HART, C. N. *et al.* Randomized controlled trial to enhance children's sleep, eating, and weight. **Pediatric Research**, [*s. l.*], v. 92, n. 4, p. 1075–1081, 2022. Disponível em: https://www.nature.com/articles/s41390-021-01870-3. Acesso em: 23 out. 2025.

HART, C. N.; HAWLEY, N. L.; WING, R. R. Development of a Behavioral Sleep Intervention as a Novel Approach for Pediatric Obesity in School-aged Children. **Sleep Medicine Clinics**, [*s. l.*], v. 11, n. 4, p. 515–523, 2016. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1556407X16300649. Acesso em: 23 out. 2025.

HENDERSON, J. M.; BLAMPIED, N. M.; FRANCE, K. G. Longitudinal Study of Infant Sleep Development: Early Predictors of Sleep Regulation Across the First Year. **Nature and Science of Sleep**, [*s. l.*], v. Volume 12, p. 949–957, 2020. Disponível em: https://www.dovepress.com/longitudinal-study-of-infant-sleep-development-early-predictors-of-sle-peer-reviewed-article-NSS. Acesso em: 24 out. 2025.

KAHN, M. *et al.* Behavioral interventions for infant sleep problems: the role of parental cry tolerance and sleep-related cognitions. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 16, n. 8, p. 1275–1283, 2020a. Disponível em: http://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.8488. Acesso em: 4 set. 2025.

KAHN, M. *et al.* Behavioral interventions for pediatric insomnia: one treatment may not fit all. **Sleep**, [*s. l.*], v. 43, n. 4, p. zsz268, 2020b. Disponível em: https://academic.oup.com/sleep/article/doi/10.1093/sleep/zsz268/5611128. Acesso em: 24 out. 2025.

KAHN, M.; BARNETT, N.; GRADISAR, M. Implementation of Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems in Real-World Settings. **The Journal of Pediatrics**, [*s. l.*], v. 255, p. 137-146.e2, 2023. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022347622010009. Acesso em: 18 out. 2025.

KING, L. S. *et al.* Mothers' postpartum sleep disturbance is associated with the ability to sustain sensitivity toward infants. **Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 65, p. 74–83, 2020. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1389945719302540. Acesso em: 24 out. 2025.

KNAPPE, S. *et al.* Parental Cognitions About Sleep Problems in Infants: A Systematic Review. **Frontiers in Psychiatry**, [*s. l.*], v. 11, p. 554221, 2020. Disponível em: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.554221/full. Acesso em: 26 out. 2025.

KOK, G. *et al.* The Ecological Approach in Health Promotion Programs: A Decade Later. **American Journal of Health Promotion**, [*s. l.*], v. 22, n. 6, p. 437–442, 2008. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.4278/ajhp.22.6.437. Acesso em: 26 out. 2025.

LOLLIES, F. *et al.* Child Sleep Problems Affect Mothers and Fathers Differently: How Infant and Young Child Sleep Affects Paternal and Maternal Sleep Quality, Emotion Regulation, and Sleep-Related Cognitions. **Nature and Science of Sleep**, [*s. l.*], v. Volume 14, p. 137–152, 2022. Disponível em: https://www.dovepress.com/child-sleep-problems-affect-mothers-and-fathers-differently-how-infant-peer-reviewed-fulltext-article-NSS. Acesso em: 24 out. 2025.

LUX, U. *et al.* Linking maternal psychopathology to children's excessive crying and sleeping problems in a large representative German sample—The mediating role of social isolation and bonding difficulties. **Infancy**, [*s. l.*], v. 28, n. 2, p. 435–453, 2023. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/infa.12514. Acesso em: 25 out. 2025.

MATZLIACH, O. *et al.* A longitudinal study of the bi-directional relations between parental bedtime and nighttime involvement and infant sleep. **Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 129, p. 55–66, 2025. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1389945725000681. Acesso em: 24 out. 2025.

MINDELL, J. A. *et al.* Behavioral Treatment of Bedtime Problems and Night Wakings in Infants and Young Children. [*s. l.*], v. 29, p. 1263–1276, 2006. Disponível em: https://academic.oup.com/sleep/article/29/10/1263/2709180/Behavioral-Treatment-of-Bedtime-Problems-and-Night. Acesso em: 3 jul. 2025.

MINDELL, J. A. *et al.* Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: A cross-cultural comparison. **Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 11, n. 4, p. 393–399, 2010. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1389945710000638. Acesso em: 24 out. 2025.

PERPÉTUO, C.; DINIZ, E.; VERÍSSIMO, M. A Systematic Review on Attachment and Sleep at Preschool Age. **Children**, [*s. l.*], v. 8, n. 10, p. 895, 2021. Disponível em: https://www.mdpi.com/2227-9067/8/10/895. Acesso em: 25 out. 2025.

RAGNI, B.; DE STASIO, S.; BARNI, D. Fathers and Sleep: A Systematic Literature Review of Bidirectional Links Between Paternal Factors and Children's Sleep in the First Three Years of Life. **Clinical Neuropsychiatry**, [*s. l.*], v. 17, n. 6, p. 349–360, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20200604. Acesso em: 25 out. 2025.

RILEY, D. S. *et al.* CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **Journal of Clinical Epidemiology**, [*s. l.*], v. 89, p. 218–235, 2017. Disponível em: https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(17)30037-9/fulltext. Acesso em: 11 jul. 2025.

RUSANEN, E. *et al.* Are maternal and paternal bonding problems associated with child sleep problems at 8 and 24 months?. **Infant Behavior and Development**, [*s. l.*], v. 80, p. 102123, 2025. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163638325000979. Acesso em: 25 out. 2025.

SADEH, A. Cognitive–behavioral treatment for childhood sleep disorders. **Clinical Psychology Review**, [*s. l.*], v. 25, n. 5, p. 612–628, 2005. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735805000322. Acesso em: 24 out. 2025.

SADEH, A.; TIKOTZKY, L.; SCHER, A. Parenting and infant sleep. **Sleep Medicine Reviews**, [*s. l.*], v. 14, n. 2, p. 89–96, 2010. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S108707920900046X. Acesso em: 24 out. 2025.

SANTAMARÍA-GUTIEZ, R.; GONZÁLEZ-SALA, F.; LACOMBA-TREJO, L. The Role of Attachment in Perinatal Loss: A Systematic Review. **Journal of Loss and Trauma**, [*s. l.*], v. 30, n. 6, p. 813–850, 2025. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15325024.2025.2471817. Acesso em: 25 out. 2025.

SAUNDERS, H. *et al.* Emotional availability: theory, research, and intervention. **Frontiers in Psychology**, [*s. l.*], v. 6, 2015. Disponível em: http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fpsyg.2015.01069/abstract. Acesso em: 23 out. 2025.

SCHLARB, A. A. *et al.* Modern strategies for settling infants to sleep: A comparison between sleep-disturbed and non-sleep-disturbed infants. **Somnologie**, [*s. l.*], v. 24, n. 4, p. 237–244, 2020. Disponível em: http://link.springer.com/10.1007/s11818-020-00279-0. Acesso em: 24 out. 2025.

SCHLARB, A. A.; GULEWITSCH, M. D.; HAUTZINGER, M. Insomnien in der pädiatrischen Praxis: Häufigkeit, familiäre Belastung und Behandlungsempfehlungen. **Somnologie - Schlafforschung und Schlafmedizin**, [*s. l.*], v. 14, n. 2, p. 129–134, 2010. Disponível em: http://link.springer.com/10.1007/s11818-010-0459-8. Acesso em: 24 out. 2025.

SONG, J. *et al.* Effects of paternal involvement in nighttime childcare on child and maternal sleep: exploring the roles of relationship satisfaction and maternal competence about child sleep. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 20, n. 8, p. 1241–1250, 2024. Disponível em: http://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.11114. Acesso em: 24 out. 2025.

TIKOTZKY, L. Parenting and sleep in early childhood. **Current Opinion in Psychology**, [*s. l.*], v. 15, p. 118–124, 2017. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352250X16301348. Acesso em: 24 out. 2025.

TIKOTZKY, L. *et al.* VII. Infant sleep development from 3 to 6 months postpartum: links with maternal sleep and paternal involvement. **Monographs of the Society for Research in Child Development**, [*s. l.*], v. 80, n. 1, p. 107–124, 2015. Disponível em: https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mono.12147. Acesso em: 24 out. 2025.

TIKOTZKY, L.; SADEH, A. Maternal Sleep-Related Cognitions and Infant Sleep: A Longitudinal Study From Pregnancy Through the 1st Year. **Child Development**, [*s. l.*], v. 80, n. 3, p. 860–874, 2009. Disponível em: https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8624.2009.01302.x. Acesso em: 24 out. 2025.

TIKOTZKY, L.; SADEH, A.; GLICKMAN-GAVRIELI, T. Infant Sleep and Paternal Involvement in Infant Caregiving During the First 6 Months of Life. **Journal of Pediatric Psychology**, [*s. l.*], v. 36, n. 1, p. 36–46, 2010. Disponível em: http://academic.oup.com/jpepsy/article/36/1/36/1012591/Infant-Sleep-and-Paternal-Involvement-in-Infant. Acesso em: 24 out. 2025.

TOUCHETTE, É. *et al.* Factors Associated With Fragmented Sleep at Night Across Early Childhood. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, [*s. l.*], v. 159, n. 3, p. 242, 2005. Disponível em: http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpedi.159.3.242. Acesso em: 24 out. 2025.

VAZSONYI, A. T.; LIU, D.; BLATNY, M. Longitudinal bidirectional effects between sleep quality and internalizing problems. **Journal of Adolescence**, [*s. l.*], v. 94, n. 3, p. 448–461, 2022. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jad.12039. Acesso em: 23 out. 2025.

VOLKOVICH, E. *et al.* Mother–infant sleep patterns and parental functioning of room-sharing and solitary-sleeping families: a longitudinal study from 3 to 18 months. **Sleep**, [*s. l.*], v. 41, n. 2, 2018. Disponível em: https://academic.oup.com/sleep/article/doi/10.1093/sleep/zsx207/4753805. Acesso em: 24 out. 2025.

ZREIK, G. *et al.* Sleep ecology and sleep patterns among infants and toddlers: a cross-cultural comparison between the Arab and Jewish societies in Israel. **Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 75, p. 117–127, 2020. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S138994572030318X. Acesso em: 24 out. 2025.

5.7 MANUSCRITO 7 - **ENFERMAGEM DO SONO – UMA PROMISSORA ÁREA DE ATUAÇÃO PARA ENFERMEIROS: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência autônoma do enfermeiro na consultoria do sono infantil e articulá-la com achados de uma revisão de escopo para demonstrar a expansão do campo de atuação profissional. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, tipo relato de experiência. **Relato:** Descreve a consultoria do sono infantil por enfermeiro, *on-line* a uma família com uma criança de nove meses e meio de idade, utilizando o método *pick up and put down*, e articula com resultados de uma revisão de escopo sobre intervenções não-farmacológicas para o sono infantil. **Considerações finais:** O relato demonstra resolução da associação de sono e a consolidação do sono diurno e noturno. A revisão de escopo confirma o protagonismo do enfermeiro na área e revela a ausência de estudos sobre o método *pick up and put down* na literatura. A experiência ratifica a atuação autônoma do enfermeiro e destaca para uma área emergente à profissão – a “Enfermagem do Sono”.

Palavras-chave: Enfermagem; Promoção da saúde; Saúde da criança; Saúde da família; Sono.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to report the autonomous experience of a nurse in pediatric sleep consulting and link it with findings from a scoping review to demonstrate the expansion of the professional field of practice. **Method:** This is a descriptive, qualitative study, specifically an experience report. **Report:** It describes the online pediatric sleep consulting provided by a nurse to a family with a nine-and-a-half-month-old child, using the pick up and put down method, and integrates it with the results of a scoping review on non-pharmacological interventions for pediatric sleep. **Final considerations:** The report demonstrated the resolution of sleep associations and the consolidation of daytime and nighttime sleep. The scoping review confirmed the nurse's leading role in the field and revealed a lack of studies on the 'pick up and put down' method in the literature. The experience ratifies the nurse’s autonomous practice and highlights an emerging area for the profession: “Sleep Nursing”.

Keywords: Nursing; Health promotion; Child health; Family health; Sleep.

INTRODUÇÃO

O sono desempenha um papel vital e multifacetado no desenvolvimento e crescimento infantil, influenciando desde a maturação neurológica até a regulação socioemocional e saúde física. A qualidade do sono na infância impacta não apenas o bem-estar da criança a curto e longo prazo, mas também a saúde mental e o

humor da família, afetando a qualidade dos vínculos familiares. Apesar da sua importância, os problemas de sono são queixas comuns relatadas pelos pais, cerca de 27% dos pais descrevem como difícil colocar o filho para dormir (Clark *et al.*, 2024; Schlieber; Han, 2021).

As dificuldades mais frequentes incluem resistência ou recusa para ir para a cama, latência de sono prolongada e múltiplos despertares noturnos que exigem a intervenção da família. Essas interrupções no sono diminuem a quantidade total de sono da criança afetando, também, o descanso da família, criando ciclos de estresse e exaustão. A privação de sono na infância está associada a desfechos negativos em múltiplos domínios, incluindo prejuízos na função executiva, dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento, como hiperatividade e agressividade (Schlieber; Han, 2021; Williamson *et al*., 2019, 2022).

Os problemas de sono são possíveis de serem tratados de forma efetiva por meio de abordagens de psicoeducação e intervenções comportamentais baseadas na família e conduzidas por profissionais da saúde. As abordagens de psicoeducação e intervenções comportamentais envolvem identificação das necessidades de sono, higiene de sono, rotinas consistentes, hábitos saudáveis e promoção da capacidade da criança iniciar o sono de forma independente. As intervenções comportamentais melhoram significativamente os parâmetros de sono como redução da latência, frequência de despertares e resistência à hora de dormir (Williamson *et al*., 2022).

Apesar da diversidade de métodos comportamentais como extinção modificação, não modificada, ignorar sistematicamente e choro controlado, essas intervenções apresentam barreiras na implementação. Essas dificuldades incluem sofrimento emocional em ignorar o choro do filho, preocupação com possíveis impactos negativos, estresse, falta de suporte profissional e conflitos de opiniões pessoais, identificando-se uma lacuna na literatura cientifica (Blunden; Osborne; King, 2022).

A relevância desse estudo fundamenta-se em duas lacunas manifestadas em diferentes âmbitos da produção cientifica. O método *pick up and put down* uma abordagem responsiva popularizada pela enfermeira Tracy Hogg (Hogg; Blau, 2006), se mostra como uma abordagem alternativa mais gentil, entretanto, requer de validação e análise cientifica. Enquanto outras técnicas são amplamente discutidas, o método *pick up and put down* permanece em um campo empírico, sem

investigações que comprovem sua eficácia, descrevam sua aplicabilidade ou que o comparem com outros métodos. Outro ponto de destaque que justifica a realização desse estudo é a escassez de publicações nacionais dedicados à promoção do sono infantil e análise de intervenções não-farmacológicas implementadas por enfermeiros. Portanto, esse relato de experiência justifica-se não apenas por explorar uma intervenção empiricamente relevante e cientificamente negligenciada, mas também por contribuir em um campo de pesquisa ainda incipiente no Brasil, instigando o debate e a investigação na área da Enfermagem do Sono.

OBJETIVO

Relatar a experiência autônoma do enfermeiro na consultoria do sono infantil e articulá-la com achados de uma revisão de escopo para demonstrar a expansão do campo de atuação profissional.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. O relato descreve a experiência de uma enfermeira frente a consultoria do sono infantil articulando com o desenvolvimento de uma revisão de escopo. A revisão de escopo foi desenvolvida no contexto de uma tese de doutorado em Enfermagem intitulada “Análise da aplicabilidade do método *pick up and put down* na promoção do sono infantil” com a participação das demais autoras, entre setembro de 2024 a agosto de 2025. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina com aprovação sob o número do parecer 7.853.708.

Descrição da Experiência

A experiência detalhada neste relato ocorreu de forma on-line entre setembro e outubro de 2024. A intervenção foi realizada junto a uma família com criança de nove meses e meio de idade, que apresentava queixas de problemas de sono. A intervenção não-farmacológica implementada foi o método comportamental-educativo *pick up and put down* cuja aplicação ocorreu respeitando as necessidades e realidade familiar.

Revisão de Escopo

Especificamente, a revisão de escopo foi conduzida de dezembro de 2024 a agosto de 2025. As buscas foram realizadas em nove bases de dados: Medline (PubMed), Web of Science (WoS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scopus (Elsevier), CINAHL (EBSCOhost), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), PsycINFO (EBSCOhost), Index Psi Periódicos (IndexPsi) e *Cochrane Library*. Adicionalmente, a busca por literatura cinzenta inclui o *ProQuest Dissertations & Theses Global* (PQDT Global) e *Google Scholar*®. O processo de seleção dos estudos e extração dos dados ocorreu de forma independente por duas pesquisadoras, garantindo o rigor metodológico. A busca resultou na inclusão e análise de 48 estudos, que compõe a base de evidências aqui relatada.

RESULTADOS

A experiência teve início em 18 de setembro de 2024 quando a família estabeleceu o primeiro contato com a enfermeira-pesquisadora principal deste estudo por meio do *Instagram*®. A queixa principal da família foi a de que a criança, sexo masculino, com nove meses e meio de idade, apresentava associação de sono dependente do seio materno, tanto para iniciar o sono quanto para retornar após múltiplos despertares, que ocorriam em intervalos de aproximadamente uma hora.

A primeira consulta foi realizada em 25 de setembro de 2024, por meio da plataforma *Google Meet*®, com a participação da mãe e do pai, ambos cuidadores diretos da criança. Essa sessão inicial com duração de aproximadamente duas horas, foi dedicada a anamnese aprofundada e conduzida de forma sistemática a qual explorou as dimensões da saúde da criança e a dinâmica familiar, abrangendo cinco eixos principais:

Contexto familiar: investigou-se a percepção materna a respeito da maternidade e a divisão de tarefas com outros membros da família, a fim de compreender a rede de apoio e o bem-estar da mãe, cuidadora principal.

História de saúde da criança: verificou-se o histórico de saúde da criança, incluindo idade gestacional, acompanhamento com pediatra, crescimento, presença de condições como refluxo gastroesofágico, uso de medicação, início dos problemas de

sono e as estratégias ou métodos que a família já havia tentado manejar as dificuldades com o sono.

Desenvolvimento e comportamento infantil: levantou-se informações sobre o desenvolvimento neuropsicomotor da criança como: aquisição de novas habilidade, seu comportamento durante o sono, incluindo presença de roncos, contrações musculares ou outros eventos parassônicos.

Padrões e associações de sono: mapeou-se detalhadamente o padrão de sono presente, incluindo os horários de despertar e dormir, duração de sono noturno, latência de sono, métodos de indução de sono utilizados tanto durante o dia quanto a noite (ex: aleitamento materno, embalo, colo, andar de carro).

Ambiente e rotinas: o ambiente de sono foi caracterizado quanto à sua adequação ao sono (luminosidade, temperatura, ruídos, presença de estímulos como eletrônicos e brinquedos, presença de objetos, cobertores dentro do berço). Investigou-se sobre a existência e a consistência de higiene do sono e a ocorrência de mudanças recentes na rotina diária que pudessem impactar o comportamento da criança, incluindo o falecimento de algum ente querido.

Com base nos diagnósticos de enfermagem de Padrão do Sono Ineficaz e Disposição para o Conhecimento de Saúde Melhorado, foi traçado um plano de cuidados para que fosse possível realizar a desassociação ao seio materno, reduzir os despertares noturnos e prolongar as sonecas. O plano foi implementado pela família com acompanhamento assíncrono da enfermeira por um período de sete dias consecutivos. A comunicação e o suporte para os ajustes ocorreram por meio do aplicativo *WhatsApp*®, permitindo a orientação contínua e a monitorização da evolução do caso.

Incialmente, objetivou-se na modificação da associação de sono dependente do seio materno, sendo assim seguiu-se a abordagem a seguir:

- Orientou-se a redução progressiva da oferta do seio materno durante os despertares noturnos, visto que a sucção era não nutritiva. A estratégia consistia em substituir gradualmente a amamentação como resposta imediata, diminuindo o número de mamadas ao longo da noite até que a criança não mais o necessitasse deste estímulo para retornar ao sono.
- Para iniciar o sono noturno, a orientação foi desassociar o ato de mamar do adormecimento, diante disso a instrução foi oferecer o seio antes do ritual do sono e,

ao primeiro sinal de sonolência, colocar a criança no berço ainda desperta, permitindo que ela desenvolvesse a habilidade de adormecer de forma autônoma.

- Considerando que a criança realizava sonecas curtas (30-40minutos), foi orientado que a família se dirigindo-se ao local de sono da criança minutos antes do tempo habitual de despertar e utilizassem de estímulos suaves (tapinhas rítmicos, ruído branco) para auxiliá-lo a transicionar entre os ciclos de sono, prolongando assim a duração da soneca.

- Para os momentos de choro, fossem eles no início do sono ou nos despertares, a família realizaria o método *pick up and put down*, o qual consiste em acolher a criança no colo até que se acalme e, imediatamente após, recolocá-la no berço, repetindo o processo quantas vezes fossem necessárias. Essa intervenção foi escolhida por oferecer conforto e segurança, ao mesmo tempo que reforça a autonomia do sono e consistentemente o berço como o local de dormir.

O plano de cuidados, foi formalizado com o envio das orientações digitalizadas à família via *WhatsApp*®. A evolução do padrão de sono da criança foi notável. Após a terceira noite de intervenção, observou-se a consolidação do sono por um período de oito horas ininterruptas. Entretanto, surgiu uma resistência em iniciar as sonecas, comportamento interpretado como adaptativo ao novo processo de aprendizagem. Em resposta, o plano foi ajustado sendo incluído intervenções de relaxamento como banho morno e/ou massagem antes das sonecas e a aplicação do método *pick up and put down* também no contexto diurno. Ao final do período de acompanhamento de sete dias, os resultados foram os seguintes: a criança havia estabelecido um padrão de sono noturno em torno de sete horas de duração contínuo, realizava duas sonecas de aproximadamente uma hora e meia cada e a associação de sono dependente do seio materno foi resolvida.

Essa experiência exitosa com a utilização do método *pick up and put down* foi o motivador para a investigação cientifica que fundamenta a tese de doutorado da pesquisadora. A experiência originou a condução da revisão de escopo, a qual teve entre as questões de pesquisa: “Quais as intervenções não farmacológicas disponíveis para a orientação de famílias com crianças até dois anos de idade? E quem são os profissionais responsáveis por sua implementação?

Dois achados da revisão, que analisou 48 estudos, chamaram a atenção da pesquisadora, forneceram resultados importantes e revelaram lacunas na literatura. Destaca-se como o resultado importante a atuação do enfermeiro como profissional

que mais frequentemente implementa intervenções não farmacológicas para o sono infantil. Esse dado ressalta para o papel fundamental do enfermeiro no cuidado materno-infantil legitimando a sua atuação autônoma no contexto do sono infantil, brevemente relatado anteriormente. No que tange as lacunas na literatura, apesar de se encontrar uma grande variedade de intervenções comportamentais e educacionais (ex: extinção gradual, sistemática, choro controlado), nenhum dos 48 estudos abordou ou analisou o método *pick up and put down*. Essa ausência de evidência cientifica opõe com a eficácia observada no relato de experiência, sendo assim se estabelece a originalidade e a necessidade deste estudo, visto que o método ainda não foi explorado.

DISCUSSÃO

O sucesso da experiência é corroborado por estudos como o realizado no Irã, que demonstrou que intervenção comportamental preventiva para o sono em lactentes de dois a quatro meses aumentou significativamente o período de sono noturno e o "período de sono mais longo autorregulado". A intervenção iraniana, assim como a do caso, focou em educar os pais sobre rotinas consistentes e técnicas para promover o sono autônomo, resultando em melhorias tanto para o sono do bebê quanto para o humor e sono materno (Rouzafzoon; Farnam; Khakbazan, 2021).

Adicionalmente, o bem-estar materno ou parental emerge como um ponto crucial. Pesquisa indica que intervenções comportamentais-educacionais sobre o sono infantil podem aumentar significativamente a duração do sono noturno das mães, melhorar suas percepções sobre a qualidade do sono e aumentar sua confiança no manejo do sono infantil. Isso ressalta para a importância de abordar o bem-estar parental nas intervenções, visto que a melhoria da saúde mental dos pais pode influenciar positivamente os cuidados com a criança (Sweeney; Signal; Babbage, 2020).

Em contrapartida, estudo brasileiro que avaliou uma intervenção educacional não encontrou dados estatisticamente significativos na duração do sono noturno entre os grupos de intervenção e controle (Santos *et al*., 2019). Os autores levantaram a hipótese de que a baixa adesão dos pais a certas práticas, como a espera antes de atender aos despertares noturnos, pode ter limitado a eficácia da

intervenção (Santos *et al*., 2019). Isso destaca um ponto importante para a experiência descrita onde houve acompanhamento próximo e assíncrono pela enfermeira via *WhatsApp*®. Esse acompanhamento foi fundamental para ajustar o plano e garantir a adesão da família, superando resistências e adaptando a estratégia conforme as necessidades apresentadas pela família. Essa perspectiva é reforçada por uma revisão sistemática que observou que intervenções educacionais em ambiente domiciliar, incluindo visitas e ferramentas digitais (como o *WhatsApp*®), são eficazes para melhorar o conhecimento parental e a adesão a práticas de sono seguras e saudáveis (Aggelou *et al*., 2024).

O relato enfatiza a atuação da enfermeira-pesquisadora, desde a anamnese detalhada até o acompanhamento contínuo. A revisão de escopo mencionada, também identificou o enfermeiro como o profissional que mais frequentemente implementa essas intervenções. Reforçando esse panorama, uma revisão sistemática que avaliou as tendências, a eficácia e o impacto de padrões e métodos educacionais em ambientes domiciliares sobre o sono infantil, também cita múltiplos estudos onde enfermeiros são os agentes da intervenção, sublinhando a legitimidade e a importância do papel da enfermagem nessa área (Aggelou *et al*., 2024).

A experiência relatada materializa, na prática assistencial, os pressupostos do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. A anamnese aprofundada realizada pela enfermeira, que explorou as dimensões do contexto familiar, do desenvolvimento infantil, dos padrões de sono e do ambiente, correspondeu diretamente ao componente de identificação das *características e experiências individuais* preconizado pelo MPS (Pender; Murdaugh; Parsons, 2011). Ao compreender as influências situacionais como a dinâmica de cuidados, o contexto emocional da mãe e as associações de sono estabelecidas, a enfermeira construiu um plano de cuidados que se articulou ao contexto singular da família, potencializando a percepção de autoeficácia dos cuidadores e reduzindo as barreiras percebidas à implementação da intervenção comportamental. A melhora substancial nos padrões de sono após sete dias representa o *resultado do comportamento* que o MPS prevê quando há compromisso da família com um plano de ação adequado às suas características.

O presente relato também exemplifica com precisão os pressupostos do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. A enfermeira, ao conduzir uma

anamnese detalhada e cocriar o plano de cuidados com a família, assumiu o papel de educadora e apoiadora que Casey atribui ao profissional de enfermagem (Casey, 1993). O acompanhamento assíncrono via *WhatsApp*®, com orientações em tempo real e ajustes do plano conforme as necessidades emergentes da família, operacionalizou a parceria de cuidados de forma inovadora e tecnologicamente adaptada ao contexto contemporâneo.

Limitações do estudo

Como limitações deste estudo destaca-se que, por se tratar de um relato de experiência, os resultados aqui apresentados são específicos do relato descrito e não podem ser generalizados, sendo necessário explorar em outros contextos e populações. Ainda, a avaliação resultou do relato da família e na observação da enfermeira, não incluindo instrumentos de avaliação objetivos como actigrafia, para quantificar as mudanças no padrão de sono.

Reconhece-se, ainda, que o sucesso da intervenção pode estar relacionado não apenas ao método em si, como também ao vínculo estabelecido com a família e às habilidades de comunicação e experiência da profissional. Entretanto, apesar das limitações o estudo cumpri seu objetivo de descrever e explorar a atuação do enfermeiro e de instigar pesquisas futuras que avaliem a eficácia do método *pick up and put down*.

Contribuições para a área de intervenção da enfermagem

Esse relato oferece contribuições tanto para a prática quanto para a ciência da Enfermagem. No âmbito da prática, demonstra de forma concreta como o enfermeiro pode expandir seu campo de atuação para a promoção da saúde do sono infantil, uma área emergente com impacto na qualidade de vida e no bem-estar das famílias. No campo científico, traz luz à ausência do método *pick up and put down* na literatura cientifica. Ainda, sublinha a importância de pesquisas oriundas da assistência. E consequentemente, o estudo fortalece a “Enfermagem do Sono” no Brasil e contribui para o adensamento de pesquisas sobre intervenções promotoras do sono infantil conduzidas por enfermeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo descreveu a experiência de uma enfermeira na condução autônoma da consulta do sono infantil, demonstrando esta prática como uma área de especialização emergente e relevante à profissão – a “Enfermagem do Sono”. A descrição detalhada, desde a anamnese até a resolução do problema de sono, evidencia a capacidade do enfermeiro em diagnosticar, planejar e implementar intervenções comportamentais-educativas. Ainda, ressalta-se a importância de explorar a promoção do sono infantil por meio de ações educativas durante o pré-natal e puericultura.

A articulação do relato com os achados da revisão de escopo elucida o protagonismo do enfermeiro na aplicação de intervenções para o sono infantil e revela uma lacuna significativa na literatura cientifica com a ausência de estudos sobre o método *pick up and put down*. Esta lacuna exposta, confere à tese de doutorado em andamento seu caráter inovador e justifica sua realização. Compreende-se, assim, que a visão integral do cuidado e a posição privilegiada do enfermeiro junto às famílias, o capacita não apenas a aplicar a evidência cientifica existente, mas como um agente ativo identificando lacunas que impulsionam o avanço do conhecimento.

REFERÊNCIAS

AGGELOU, M. *et al.* Evaluating Educational Patterns and Methods in Infant Sleep Care: Trends, Effectiveness, and Impact in Home Settings—A Systematic Review. **Children**, [*s. l.*], v. 11, n. 11, p. 1337, 2024. Disponível em: https://www.mdpi.com/2227-9067/11/11/1337. Acesso em: 7 out. 2025.

BLUNDEN, S.; OSBORNE, J.; KING, Y. Do responsive sleep interventions impact mental health in mother/infant dyads compared to extinction interventions? A pilot study. **Archives of Women’s Mental Health**, [*s. l.*], v. 25, n. 3, p. 621–631, 2022. Disponível em: https://link.springer.com/10.1007/s00737-022-01224-w. Acesso em: 6 out. 2025.

CLARK, S. J. *et al.* C.S. Mott Children’s Hospital National Poll on Children’s Health. **C.S. Mott Children’s Hospital National Poll on Children’s Health**, [*s. l.*], v. 45, n. 4, 2024. Disponível em: https://mottpoll.org/reports/getting-young-children-bed-sweet-dreams-or-nightmare. Acesso em: 6 out. 2025.

HOGG, T.; BLAU, M. **A encantadora de bebês resolve todos os seus problemas: sono, alimentação e comportamento: do nascimento até os primeiros anos da infância.** Barueri, SP: Manoele, 2006.

ROUZAFZOON, M.; FARNAM, F.; KHAKBAZAN, Z. The effects of infant behavioural sleep interventions on maternal sleep and mood, and infant sleep: A randomised controlled trial. **Journal of Sleep Research**, [*s. l.*], v. 30, n. 5, p. e13344, 2021. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jsr.13344. Acesso em: 7 out. 2025.

SANTOS, I. S. *et al.* Effect of Parental Counseling on Infants' Healthy Sleep Habits in Brazil: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Network Open**, [*s. l.*], v. 2, n. 12, p. e1918062, 2019. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2757880. Acesso em: 3 set. 2025.

SCHLIEBER, M.; HAN, J. The Role of Sleep in Young Children's Development: A Review. **The Journal of Genetic Psychology**, [*s. l.*], v. 182, n. 4, p. 205–217, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1080/00221325.2021.1908218. Acesso em: 6 out. 2025.

SWEENEY, B. M.; SIGNAL, T. L.; BABBAGE, D. R. Effect of a behavioral-educational sleep intervention for first-time mothers and their infants: pilot of a controlled trial. **Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 16, n. 8, p. 1265–1274, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7446095/. Acesso em: 3 jul. 2025.

WILLIAMSON, A. A. *et al.* Child sleep behaviors and sleep problems from infancy to school-age. **Sleep medicine**, [*s. l.*], v. 63, p. 5–8, 2019. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6859188/. Acesso em: 6 out. 2025.

WILLIAMSON, A. A. *et al. Sleep Well!* An adapted behavioral sleep intervention implemented in urban primary care. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 18, n. 4, p. 1153–1166, 2022. Disponível em: http://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.9822. Acesso em: 5 set. 2025.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

A presente Tese buscou analisar a aplicabilidade do método *pick up and put down* na promoção do sono em crianças menores de dois anos de idade. Para tanto, empregou uma abordagem multimétodos, que incluiu a realização de relatos de caso, um relato de experiência e uma revisão de escopo. Essa estratégia permitiu uma compreensão aprofundada tanto da aplicação prática do método quanto da sua fundamentação teórica e das lacunas existentes na literatura.

A revisão de escopo (manuscrito 1) revelou que, de acordo com as estratégias de busca utilizadas, não se conseguiu capturar referências que abordassem o método *pick up and put down*, tornando esta Tese inédita e original no que à Enfermagem diz respeito. Essa lacuna na literatura científica, contraposta à eficácia observada nos relatos de caso e de experiência, sublinhou a importância de pesquisas oriundas da assistência e justificou a investigação aprofundada sobre a aplicabilidade do método na promoção do sono infantil.

O método *pick up and put down* estabeleceu-se como uma intervenção comportamental resolutiva, caracterizada por sua natureza gentil e acolhedora. A abordagem sistemática do método demonstrou ser capaz de reduzir significativamente as associações de sono, como a dependência do peito materno e do embalo, bem como promoveu a consolidação do sono noturno e a extensão do tempo das sonecas diurnas. Os achados evidenciam que a contribuição do método reside no equilíbrio entre o acolhimento físico imediato e o estímulo gradual à autorregulação, permitindo que a criança desenvolva autonomia para adormecer em um ambiente de segurança emocional.

Observou-se que o método *pick up and put down* atuou diretamente nos componentes do Modelo de Promoção da Saúde, focando na modificação de "comportamentos anteriores" e na percepção de resolutividade da família. Os manuscritos 4, 5 e 7 demonstram que, ao perceberem os benefícios da ação sentida pela melhora na qualidade do sono e superarem barreiras como a ansiedade e o cansaço, as famílias desenvolveram um compromisso com o profissional, seguindo o plano de cuidado, resultando em comportamentos promotores de saúde. O comprometimento parental, reforçado pelo suporte do enfermeiro ou consultor, foi fundamental para a consistência, necessária para os resultados com o método e para a transformação no sono da criança e família.

Sob a ótica do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, os resultados reforçam que o sucesso da intervenção é indissociável da participação ativa e empoderada da família. Casey preconiza que o cuidado deve ser compartilhado, e os manuscritos 3, 4, 5 e 7 ilustram que o enfermeiro atua como um facilitador que capacita as famílias a reconhecerem e atenderem às necessidades da criança. A "parceria" é evidenciada quando o profissional fornece o suporte técnico e emocional, especialmente via teleconsultoria e acompanhamentos remoto, mas é a família quem executa a aplicabilidade do método no domicílio. No entanto, o Manuscrito 6 alerta para a "disponibilidade emocional" materna, conceito central para a manutenção do vínculo e do cuidado, visto que esta pode ser comprometida pela exaustão extrema, reforçando a premissa de Casey de que o "indivíduo" a ser cuidado é a unidade familiar como um todo.

Diante disso, a Tese alcançou seu objetivo ao encontrar resultados que demonstraram que o método *pick up and put down* pode ser uma intervenção de baixo custo e alta replicabilidade, com potencial para ser integrado às políticas públicas de saúde infantil e às práticas de enfermagem na atenção primária. Ainda, o método *pick up and put down* não apenas resolve problemas de sono, como também promove a saúde integral da família ao reduzir o estresse parental e fortalecer os vínculos afetivos.

Este estudo tem impacto significativo na saúde pública e na comunidade, ao oferecer uma promissora intervenção que contribui positivamente na qualidade de vida de crianças e famílias, reduzindo o estresse, promovendo a autonomia do sono e um desenvolvimento infantil saudável. Para os profissionais da saúde, com destaque para os enfermeiros, esta Tese reforça o protagonismo da Enfermagem e instiga a construção de uma especialização na área “Enfermagem do Sono”, a fim de aprimorar a formação, prática clínica e a atuação autônoma, capacitando os profissionais para um suporte ainda mais qualificado e sensível às necessidades das crianças e famílias.

No âmbito das políticas públicas, destaca-se que o estudo oferece subsídios para a formulação e implementação de programas de promoção da saúde do sono infantil. Sendo o método *pick up and put down* uma intervenção de baixo custo, isso o torna acessível para ser incorporado em consultas de puericultura e visitas domiciliares. Ao capacitar os profissionais da saúde para orientar as famílias na aplicação do método, pode-se prevenir e manejar problemas de sono

comportamentais em crianças pequenas. E, dessa forma, é possível contribuir para a redução de custos associados a intervenções mais complexas, a redução do atraso no crescimento e desenvolvimento e melhoria da saúde e bem-estar das crianças e famílias.

Sugere-se a realização de futuras pesquisas para o avanço do conhecimento sobre o método *pick up and put down,* com destaque para estudos que validem o impacto do método em diferentes contextos, utilizando medidas objetivas. Ainda, faz-se necessário investigar os efeitos do método com diferentes populações de crianças, com destaque para as atípicas e com alguma necessidade em saúde. Estudos longitudinais que avaliem os efeitos na qualidade do sono e no desenvolvimento neurocognitivo a longo prazo são recomendados.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Safe Sleep and Your Baby: How Parents Can Reduce the Risk of SIDS and Suffocation. **Pediatric Patient Education**, jun. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1542/peo_document088. Acesso em: 06 jul 2024.

ARAÚJO, J. P. *et al*. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm**., v. 67, n. 6, p.1000-7, Nov-Dez. 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620. Acesso em: 24 mai 2023.

ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito: apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2012a.

BAHADUR, E. I. *et al*. Sleep and social-emotional problems in preschool-age children with developmental delay. **Sleep Biol Rhythms**. v. 20, n. 2, p. 201-210, 2021. Disponível em: h https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10900008/. Acesso em: 24 mai 2025.

BAYES, D. M.; BULLOCK, B. Sleep Problems in School Aged Children: A Common Process across Internalising and Externalising Behaviours?. **Clocks & Sleep**, [*s. l.*], v. 2, n. 1, p. 7–18, 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33089186/. Acesso em: 24 mai 2023.

BEEBE, D. W. Cognitive, Behavioral, and Functional Consequences of Inadequate Sleep in Children and Adolescents. **Pediatric Clinics of North America**, [*s. l.*], v. 58, n. 3, p. 649–665, 2011. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3100528/. Acesso em: 24 mai 2023.

BLACK, M. M. e*t al.* Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. Early childhood development coming of age: science through the life course. **Lancet,** v. 389, n. 10064, p. 77-90, Jan. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27717614/. Acesso em: 24 mai 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília publisher: Diário Oficial da União: 12 dez. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. 7 abr. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 3 jun. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde celebra 30 anos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil.** Brasília, dez. 2022d. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/noticia/19976#:~:text=A%20IHAC%20%C3%A9%20uma%20das,crit%C3%A9rios%20para%20habilita%C3%A7%C3%A3o%20de%20estabelecimentos. Acesso em: 18 out 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.** Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **IHAC.** Brasília, nov. 2022b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/acoes-programas-e-iniciativas. Acesso em: 17 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade infantil no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 52, n. 37, Out. 2021. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf. Acesso em: 20 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_201 5.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 13, de 13 de janeiro de 2023**. Revoga Portarias que especifíca e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2023. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-13-de-13-de-janeiro-de-2023-457959944.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_201 4.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 715, de 4 de abril de 2022**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Diário Oficial da União, Brasília, 2022c. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 5.350 de 12 de setembro de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. [*S. l.*]: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 22 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Primeira Infância**. Brasília, nov. 2022a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/primeira-infancia. Acesso em: 20 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 80 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf. Acesso em: 22 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf. Acesso em: 22 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia para orientar ações intersetoriais na primeira infância**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_acoes_intersetoriais_primeira_infancia.pdf. Acesso em: 22 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf. Acesso em: 22 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primaria à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianca_brasileira_versao_resumida.pdf. Acesso em: 24 jun 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 24 jun 2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Thematic analysis. *In*: COOPER, P. M. *et al.* (ed.). **APA handbook of research methods in psychology**. Washington, DC: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological, 2012. v. 2, p. 57–71. Disponível em: https://www.uio.no/studier/emner/matnat/ifi/IN5000/v22/pensumliste_html/apathematicanalysispre-pub.pdf. Acesso em: 20 abr 2025.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, [*s. l.*], v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006. Disponível em: https://psychology.ukzn.ac.za/?mdocs-file=1176. Acesso em: 20 abr 2025.

BRAZELTON, T. B. **O Grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e comportamental dos 0 aos 3 anos.** 15a edição. Barcarena: Editorial Presença; 2021.

BRUNELLI, L. *et al.* Gaps and Future Challenges of Italian Apps for Pregnancy and Postnatal Care: Systematic Search on App Stores. **J Med Internet Res**., v. 23, n. 8, e29151, Aug. 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34383668/. Acesso em: 20 abr 2024.

BUYSSE, D. J. Sleep health: can we define it? does it matter? **Sleep**. v. 37, n. 1, p. 9–17, 2014. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3902880/. Acesso em: 20 abr 2025.

CARNEIRO, S. G. **As implicações da parceria de cuidados para a qualidade dos cuidados de enfermagem nos serviços de pediatria**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Curso Ciências de Enfermagem. Institutos de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2010. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26868/2/Dissertao.pdf/. Acesso em: 20 set 2023.

CASEY, A. **Development and use of the partnership model of nursing care**. E. In Glasper, & A. Tucker, Edits. Scutari Press. 1993.

CENTRO REGIONAL DE INFORMAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - 17 objetivos para transformar o nosso mundo**, 2015. Disponivel em: https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/. Acesso em: 19 set 2023.

CHOUDHURY, M. E. *et al.* Phagocytic elimination of synapses by microglia during sleep. **Glia**. v. 68, n. 1, p. 44-59, Jan. 2020. Disponivel em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31429116/. Acesso em: 19 set 2023.

COVINGTON, L. B. *et al*. Toddler Bedtime Routines and Associations With Nighttime Sleep Duration and Maternal and Household Factors. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, v. 15, n. 6, Jun. 2019. Disponivel em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31138382/. Acesso em: 19 set 2024.

CRAIG, P. *et al.* Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. **BMJ**, [*s. l.*], p. a1655, 2008. Disponivel em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2769032/. Acesso em: 19 set 2024.

ERATH, S. A. *et al.* Associations between children's intelligence and academic achievement: the role of sleep. **Journal of Sleep Research**, [*s. l.*], v. 24, n. 5, p. 510–513, 2015. Disponivel em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25683475/. Acesso em: 19 abr 2025.

FALLONE, G. *et al.* Experimental Restriction of Sleep Opportunity in Children: Effects on Teacher Ratings. **Sleep**, [*s. l.*], v. 28, n. 12, p. 1561–1567, 2005. Disponivel em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16408416/. Acesso em: 19 set 2023.

FARREL, M. Partership in care: Pediatric Nursing Model. **British Journal of Nursing**, v. 1, n. 4, p. 175-176, Jun. 1994. Disponivel em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1643373/. Acesso em: 20 set 2023.

FERRARI, R. da S.; RIBEIRO, M. F. da R. Ser mãe, ser pai: desafios na contemporaneidade. **Cad. psicanal.**, Rio de Jeneiro , v. 42, n. 42, p. 225-242, Jun. 2020. Disponivel em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952020000100014. Acesso em: 20 mai 2023.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Desenvolvimento infantil**. UNICEF. *s. d*. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/desenvolvimento-infantil#:~:text=%C3%89%20um%20momento%20%C3%BAnico%20para%20focar%20na%20aten%C3%A7%C3%A3o%20integral.&text=A%20primeira%20inf%C3%A2ncia%2C%20per%C3%ADodo%20que,social%20e%20emocional%20das%20crian%C3%A7as. Acesso em: 20 maio 2023.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Iniciativa Hospital Amigo da Criança:** revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf. Acesso em: 20 mai 2023.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa.** 5° ed. Editora Atlas. São Paulo, 2010.

GONILHA, M. M. C. A. **Sono Quer: promoção de um sono saudável nas crianças em contexto de cuidados de saúde primários**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica) – Programa de Pós-graduação da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa. Lisboa, 2023. 244f. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/49530/1/Maria%20Gonilha.vers%c3%a3o%20final.pdf. Acesso em: 07 jul 2024.

GONZALO, A. **Nola Pender: modelo de promoção da saúde**. Nurseslabs, 2 Jul. 2023. Teóricos e teorias. Disponível em: https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion-model/#h-references. Acesso em: 20 maio 2023.

GUEST, G.; MACQUEEN, K. M.; NAMEY, E. E. Introduction to Applied Thematic Analysis. In: GUEST, G.; MACQUEEN, K. M.; NAMEY, E. E. Applied Thematic Analysis. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2012. cap. 1, p. 3-20. Disponível em: https://doi.org/10.4135/9781483384436. Acesso em: 6 jun. 2025.

HALE, L. *et al*. A longitudinal study of preschoolers' language-based bedtime routines, sleep duration, and well-being. **J Fam Psychol**. v. 25, n .3, p. 423-33, Jun. 2011. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3134391/. Acesso em: 6 jun. 2025.

HANSON, J. A.; HUECKER, M. R. Sleep Deprivation. *In*: Statpearls [internet]. [*S. l.*]: StatPearls Publishing, 2023. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547676/. Acesso em: 7 jun. 2025.

HILL, C.; KNAFL, K. A.; SANTACROCE, S. J. Family-Centered Care From the Perspective of Parents of Children Cared for in a Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative **Review. J Pediatr Nurs**, v. 41, p. 22-33, Jul-Aug. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29153934/. Acesso em: 7 jun. 2025.

HIRSHKOWITZ, M. *et al.* National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. **Sleep Health**, [*s. l.*], v. 1, n. 1, p. 40–43, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29073412/. Acesso em: 7 jun. 2025.

HOGG, T.; BLAU, M. **A encantadora de bebês resolve todos os seus problemas: sono, alimentação e comportamento: do nascimento até os primeiros anos da infância.** Barueri, SP: Manoele, 2006.

HUHDANPÄÄ, H. *et al.* Sleep Difficulties in Infancy Are Associated with Symptoms of Inattention and Hyperactivity at the Age of 5 Years: A Longitudinal Study. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, [*s. l.*], v. 40, n. 6, p. 432–440, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População do último censo** [2022]. Brasil: IBGE, 2023. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama. Acesso em: 04 jul. 2024.

IRANPOUR, S. *et al.* Association between sleep quality and postpartum depression. **Journal of Research in Medical Sciences**, [*s. l.*], v. 21, n. 1, p. 110, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28250787/. Acesso em: 04 jul. 2024.

JUSTINO, D. C. P. *et al.* Avaliação histórica das políticas públicas de saúde infantil no brasil: revisão integrativa. **Rev. Ciênc. Plural**., v. 5, n. 1, p. 71-88, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.21680/2446-7286.2019v5n1ID17946. Acesso em: 04 jul. 2024.

KAZDIN, A. E.; WHITLEY, M. K. Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [*s. l.*], v. 71, n. 3, p. 504–515, 2003. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12795574/. Acesso em: 04 jul. 2024.

KENDALL, P. C. *et al.* Flexibility within fidelity. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, [*s. l.*], v. 47, n. 9, p. 987–993, 2008. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18714195/. Acesso em: 04 jul. 2024.

KHADKA, R.; HONG, S. A.; CHANG, Y.-S. Prevalence and determinants of poor sleep quality and depression among postpartum women: a community-based study in Ramechhap district, Nepal. **International Health**, [*s. l.*], v. 12, n. 2, p. 125–131, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31294785/. Acesso em: 04 jul. 2024.

LAMPL, M.; JOHNSON, M. L. Infant Growth in Length Follows Prolonged Sleep and Increased Naps. **Sleep**, [*s. l.*], v. 34, n. 5, p. 641–650, 2011. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3079944/. Acesso em: 04 jul. 2024.

LOBERMEIER, M. *et al*. Cumulative risk, infant sleep, and infant social-emotional development. **Infant Behav Dev**. v. 67:101713, May. 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35339929/. Acesso em: 04 jul. 2024.

LUYSTER, F. S. *et al*. Boards of Directors of the American Academy of Sleep Medicine and the Sleep Research Society. **Sleep: a health imperative. Sleep**. v. 35, n. 6, p. 727–734, 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22654183/. Acesso em: 04 jul. 2024.

MADANLOO, S. *et al.* Identifying research priorities with children, youth, and families: A scoping review. **J. Child Health. Care**, Jan. 2023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36647285/. Acesso em: 04 jul. 2024.

MARINHO, C. DA S. R. *et al*. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 10, e00191219, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00191219. Acesso em: 04 jul. 2024.

MASON, G. M. *et al.* Sleep and human cognitive development. **Sleep Medicine Reviews**, [*s. l.*], v. 57, p. 101472, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33827030/. Acesso em: 04 jul. 2024.

MCEVOY, K. M. *et al.* Poor Postpartum Sleep Quality Predicts Subsequent Postpartum Depressive Symptoms in a High-Risk Sample. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 15, n. 09, p. 1303–1310, 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31538601/. Acesso em: 04 jul. 2024.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev Pesq Qual.** São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, Abr. 2017.

Disponível em: https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82. Acesso em: 20 mai 2024.

MINAYO, M. D. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINDELL, J. A.; OWENS, J. A. **A clinical guide to pediatric sleep: diagnosis and management of sleep problems.** 3a Edição. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.

MINDELL, J. A.; WILLIAMSON, A. A. Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. **Sleep Medicine Reviews**, [*s. l.*], v. 40, p. 93–108, 2018. Disponivel em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29195725/. Acesso em: 09 jul 2024.

MONTEIRO, M. A. J. **Parceria de cuidados: experiência dos pais num hospital pediátrico.** 2003. Dissertação (Mestrado) – Curso Ciências de Enfermagem. Institutos de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2003. Disponivel em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10460/7/6017_TM_01_P.pdf. Acesso em: 09 jul 2024.

MORALES-MUÑOZ, I. *et al.* Role of Inflammation in Short Sleep Duration Across Childhood and Psychosis in Young Adulthood. **JAMA Psychiatry**, [*s. l.*], v. 81, n. 8, p. 825, 2024. Disponivel em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38717746/. Acesso em: 09 jul 2024.

MORALES-MUÑOZ, I. *et al.* The role of inflammation in the prospective associations between early childhood sleep problems and ADHD at 10 years: findings from a UK birth cohort study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, [*s. l.*], v. 64, n. 6, p. 930–940, 2023. Disponivel em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36597271/. Acesso em: 09 jul 2024.

MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. A.; PENDER, N. J. **Health promotion in nursing practice**. 8º ed. Nova York: Pearson, 2018. 384 p.

NATIONAL SLEEP FOUNDATION. **How Much Sleep Do You Really Need?** News e Articles. Sleep and You, Oct. 2020. Disponivel em: https://www.thensf.org/how-many-hours-of-sleep-do-you-really-need/ Acesso em: 09 jul 2024.

NEVES, A. C. Conceito Ampliado de Saúde em tempos de pandemia. **Poliética**. São Paulo, v. 9, n. 1, p. 78-95, 2021. Disponível em: https://orcid.org/0000-0002-9124-3934. Acesso em: 22 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **OMS divulga primeira diretriz sobre intervenções de saúde digital**. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/17-4-2019-oms-divulga-primeira-diretriz-sobre-intervencoes-saude-digital. Acesso em: 22 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **OMS: para crescerem saudáveis, crianças devem sentar menos e brincar mais**. ONU News: perspectiva global

reportagens humanas. 25 Abr. 2019. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2019/04/1669601. Acesso em: 17 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Uma criança ou jovem morreu a cada 4,4 segundos em 2021**. ONU News: perspectiva global reportagens humanas. 10 Jan. 2023. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2023/01/1807842. Acesso em: 17 maio 2023.

OTTAWA. Carta de Otawa. Conferência internacional sobre promoção da saúde. 1986, p.1 Ottawa. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 17 maio 2023.

PENDER, N. J. **O modelo de promoção da saúde: manual**. Chicago. 2011. Disponível em: file:///D:/Usu%C3%A1rios/OS3033/Downloads/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf. Acesso em: 05 Jun. 2023.

PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. A. **Health promotion in Nursing Practice**. 6ª ed. Pearson Education, 2011.

PETERS, M. D. *et al.* Scoping reviews. *In*: AROMATARIS, E. *et al.* (org.). **JBI Manual for Evidence Synthesis**. [*S. l.*]: JBI, 2024. Disponível em: https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355862497/10.+Scoping+reviews. Acesso em: 1 ago. 2024.

PINTO, C.; FIGUEIREDO, M. C. **Cuidar da criança doente em: Nursing.** n. 95, Dez. 1995. p. 15-16.

PIRES, M. L. N. *et al.* O sono e o bem que faz dormir bem! *In*: O sono da criança e do adolescente - um guia para pais e cuidadores. [*S. l.*]: Associação Brasileira do Sono - ABS, 2023. p. 3. Disponível em: https://absono.com.br/wp-content/uploads/2024/01/abs-cartilha-sono-crianca-adolescente-DEZ2023.pdf. Acesso em: 5 maio 2025.

POLLOCK, D. *et al.* Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. **JBI Evidence Synthesis**, [*s. l.*], v. 21, n. 3, p. 520–532, 2023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36081365/. Acesso em: 14 jan 2024.

RAMAR, K. *et al*. Sleep is essential to health: an American Academy of Sleep Medicine position statement. **J Clin Sleep Med**. v. 17, n. 10, p. 2115–2119, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.5664/jcsm.9476. Acesso em: 22 abr. 2025.

RANA, M. *et al*. Sueño en los niños: fisiología y actualizacion de los últimos conocimientos. **MEDICINA (Buenos Aires)**; v. 79, Supl. III, p. 25-28, 2019. Disponível em: http://ref.scielo.org/9r28fg. Acesso em: 22 abr. 2024.

RICHTER, L. M. *et al.* Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. **The Lancet**. v. 389, Issue

10064, p. 10-118, 2017. Disponível em: https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(17)30037-9/fulltext. Acesso em: 22 abr. 2025.

RILEY, D. S. *et al.* CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. **Journal of Clinical Epidemiology**, [*s. l.*], v. 89, p. 218–235, 2017. Disponível em: https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(17)30037-9/fulltext. Acesso em: 22 abr. 2025.

ROMA, J. C. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. **Ciência. Culto**. São Paulo, v. 1, p. 33-39, Jan. 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602019000100011. Acesso em: 22 mai. 2023.

SANTOS, I. S. *et al.* Infant sleep hygiene counseling (sleep trial): protocol of a randomized controlled trial. **BMC Psychiatry**, [*s. l.*], v. 16, n. 1, p. 307, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27590170/. Acesso em: 22 abr. 2025.

SCHWICHTENBERG, A. J. *et al.* Diversity in pediatric behavioral sleep intervention studies. **Sleep Medicine Reviews**, [*s. l.*], v. 47, p. 103–111, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.07.004. Acesso em: 22 abr. 2025.

SHELDON, S. *et al*. **Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine**, 2nd ed, Elsevier Inc, Chapter 1, 2014, p 3-13.

SILVA, L. D. da; PESTANA, M.; BACKES, M. T. S. Intervenções não farmacológicas e instrumentos de avaliação destas para a promoção do sono infantil em crianças menores de dois anos. **Servir**, [*s. l.*], v. Vol. 2 N.º 12, p. e40016 Páginas, 2025. Disponível em: https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/40016/28766. Acesso em: 22 ago. 2025.

SLETTEN, T. L. *et al.* The importance of sleep regularity: a consensus statement of the National Sleep Foundation sleep timing and variability panel. **Sleep Health: Journal of the National Sleep Foundation** v. 9, p. 801–820, Dec. 2023.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37684151/. Acesso em: 22 ago. 2024.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da criança**. [*S. l.*]: Hospital Israelita Albert Einstein, 2021. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223374. Acesso em: 22 ago. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Higiene do Sono – Atualização 2021**. [*S. l.*]: Departamento Científico do Sono, 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23196c-DC_Higiene_do_Sono_-_Atualizacao_2021.pdf. Acesso em: 4 abr. 2025.

SOUZA, V. R. dos S. et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, [*s. l.*], v. 34, p.

eAPE02631, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/abstract/?lang=pt. Acesso em: 29 nov. 2024.

TAKAHASHI, Y.; KIPNIS, D. M.; DAUGHADAY, W. H. Growth hormone secretion during sleep. **Journal of Clinical Investigation**, [*s. l.*], v. 47, n. 9, p. 2079–2090, 1968. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5675428/. Acesso em: 1 ago. 2024.

TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME *et al.* SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. **Pediatrics**, [*s. l.*], v. 138, n. 5, p. e20162938, 2016.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, [s. l.], v. 169, n. 7, p. 467–473, 2018. Disponível em: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850. Acesso em: 1 ago. 2024.

TURNBULL, K.; REID, G. J.; MORTON, J. B. Behavioral Sleep Problems and their Potential Impact on Developing Executive Function in Children. **Sleep**, [*s. l.*], v. 36, n. 7, p. 1077–1084, 2013. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3669074/. Acesso em 10 abril 2025.

VICENTE, D. *et al.* Promoting Child Development During the COVID-19 Pandemic: Parental Perceptions of Tele-Home Visits in Early Head Start Programs. **Matern Child Health J.,** v. 26, n. 12, p. 2496–2505, Dec, 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9576126/. Acesso em 10 abril 2025.

WATSON N. F. *et al*. Joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society on the recommended amount of sleep for a healthy adult: methodology and discussion. **J Clin Sleep Med**. v. 11, n. 8, p. 931–952, 2015. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4507722/. Acesso em 10 abril 2025.

WILLIAMS, K. E. *et al.* A Developmental Cascade Model of Behavioral Sleep Problems and Emotional and Attentional Self-Regulation Across Early Childhood. **Behavioral Sleep Medicine**, [*s. l.*], v. 15, n. 1, p. 1–21, 2017. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/15402002.2015.1065410?scroll=top&needAccess=true. Acesso em: 17 maio 2025.

WILLIAMSON, A. A. *et al.* Early Childhood Sleep Intervention in Urban Primary Care: Caregiver and Clinician Perspectives. **Journal of Pediatric Psychology**, [*s. l.*], v. 45, n. 8, p. 933–945, 2020. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7438960/. Acesso em: 17 maio 2024

WORKIE, S. B. *et al.* Child development and nutritional status in 12-59 months of age in resource limited setting of Ethiopia. **J Health Popul Nutr.,** v. 39, n. 1, p.6, Apr. 2020. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s41043-020-00214-x. Acesso em: 17 maio 2024

XIU, L. *et al*. Sleep and Adiposity in Children From 2 to 6 Years of Age. **Pediatrics**. v. 145, n. 3:e20191420, 2020. Disponível em: https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/145/3/e20191420/36796/Sleep-and-Adiposity-in-Children-From-2-to-6-Years?redirectedFrom=fulltext. Acesso em: 24 de agosto de 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO PARA PESQUISA NO INSTITUTO ASSESSORIA MAMÃE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comité de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal do Instituto Assessoria Mamãe, do município da São Paulo, São Paulo/Brasil, tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado “Análise da aplicabilidade do método *pick up and put down* na promoção do sono infantil” com profissionais da saúde e consultores do sono infantil certificados por esta instituição, no município da São Paulo, São Paulo/Brasil, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, sob responsabilidade da Profa. Dra. Marli Terezinha Stein Backes e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

São Paulo, 16/07/2025

ASSINATURA: gov.br Documento assinado digitalmente
DANIELLE COGO
Data: 16/07/2025 11:41:14-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

NOME: Danielle Cogo

CARGO: *Chief Executive Officer* do Instituto Assessoria Mamãe CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA – CONSULTORES DO SONO INFANTIL/PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O presente instrumento faz parte da pesquisa do projeto de tese de doutorado da doutorada Lenise Dutra da Silva do Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina: **"Análise da aplicabilidade do método *pick up and put down* na promoção do sono infantil".**

Autora: Enfª. Ma. Lenise Dutra da Silva
Orientadora: Profª. Enfª. Drª. Marli Terezinha Stein Backes

I - Dados pessoais dos profissionais de saúde/consultores do sono infantil:

Iniciais do nome:
Idade:
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Estado:
Graduação: Grau máximo de titulação:
Tempo de profissão como consultor do sono:
Estado civil:
( ) Solteira ( ) Casada ( ) União estável ( ) Namorando

II – ROTEIRO:

- Como você conheceu e qual foi a sua percepção inicial sobre o método *pick up and put down*?
- Quais foram as principais motivações para você decidir implementar este método na sua prática assistencial?
- Que vantagens ou benefícios específicos do método *pick up and put down* o tornam atrativo para você e para as famílias?
- Para quais casos ou perfis de crianças/famílias você considera o método mais indicado?
- Quais os principais desafios enfrentados por você ao implementar o método?
- Como avalia a aceitação e adesão das famílias ao método na sua experiência?

- Se pudesse sugerir melhorias ou recursos para a implementação do método, quais seriam?
- Há algo mais que gostaria de compartilhar sobre o que lhe influenciou ou sobre como você aplica o método *pick up and put down* que não abordamos? Se pudessem sugerir melhorias ou recursos para a implementação do método, quais seriam?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – CONSULTORES DO SONO INFANTIL/PROFISSIONAIS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada(os): Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa “Análise da aplicabilidade do método pick up and put down na promoção do sono infantil”, a ser realizada com consultores do sono infantil/profissionais da saúde, de forma *on-line*, em território nacional brasileiro. Esta pesquisa está incluída nas etapas da Tese de Doutorado da Doutoranda Lenise Dutra da Silva, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e está sendo orientado pela Profª. Drª. Marli Terezinha Stein Backes (pesquisadora responsável). Que tem como objetivo geral “Analisar a aplicabilidade do método *pick up and put down* como intervenção comportamental na promoção do sono infantil”.

Você está sendo convidado(a) a participar da etapa 2 que tem como objetivo específico - “Descrever as motivações dos profissionais da saúde ao implementar o *método pick up and put down* em sua prática assistencial”. A realização desse estudo justifica-se pela importância do sono no desenvolvimento da criança e na qualidade de vida das famílias. Dificuldades com o sono são comuns e afetam cerca de 30% das crianças na primeira infância, além de gerar estresse e privação de sono nos pais. O método *pick up and put down* é uma abordagem comportamental para ensinar a criança a adormecer de forma autônoma, oferecendo inicialmente conforto e a presença dos pais. A pesquisa busca, de forma científica, entender a eficácia e aceitação do método, contribuindo para futuramente, oferecer orientações mais seguras e baseadas em evidência científica à famílias e profissionais da saúde.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar a autorização de sua participação no desenvolvimento do estudo a ser realizado, a partir da assinatura deste documento. Por favor, leia com atenção e calma, e aproveite para esclarecer suas dúvidas. Se houver dúvidas mesmo após a assinatura, você poderá esclarecê-las com os pesquisadores, a qualquer momento. Este documento foi elaborado em duas vias, e uma delas irá ficar com você e a outra com o pesquisador principal deste estudo.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, e ocorrerá por meio de um encontro em grupo focal sobre o tema supracitado que será

gravada em áudio e vídeo, e será realizada de forma *on-line,* em horário e dia a definir, conforme a sua disponibilidade, e com duração aproximada de 60 minutos. Os dados coletados a partir de grupos focais serão tabuladas em documento do *Excel*® - Empresa Microsoft, e serão armazenados em arquivos digitais protegidos por senha.

Para garantir o anonimato e o sigilo das informações, você não será identificada, e os dados serão tratados no seu conjunto. O material e os dados obtidos com a pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo e ficarão sob a guarda dos pesquisadores. Os dados serão analisados e, após cinco anos da finalização do presente estudo, serão eliminados. Você terá acesso aos dados se assim o desejar, mediante solicitação.

Os riscos ou desconfortos relacionados à sua participação são mínimos, podendo causar desconforto por relembrar de momentos desagradáveis ou constrangimento para responder alguma pergunta. Para evitar isso, você pode ficar à vontade e não responder as perguntas que lhe causam desconforto. No entanto, pretendemos não expô-la a riscos. Porém, se necessário, a entrevista será interrompida e, após, continuada e/ou descontinuada se for o caso. E caso você necessite de acompanhamento ou assistência, serão tomadas as providências necessárias pela Pesquisadora responsável e demais membros da Equipe de Pesquisa durante a realização da pesquisa e/ou após o seu encerramento.

A sua participação não implicará em despesas para você. Você também não receberá nenhum valor financeiro em troca da sua participação na pesquisa que é voluntária. No entanto, você será ressarcido em caso de despesas comprovadamente advindas da sua participação na presente pesquisa e também será indenizado em caso de eventual dano decorrente de sua participação de acordo com a Resolução 466/12, item IV.3.g e Resolução 510/16, Art. 17, inc. VII.

Você terá liberdade de recusar-se a participar do estudo, ou, se aceitar participar, retirar o seu consentimento a qualquer momento. A recusa ou desistência da sua participação no estudo não implicará em prejuízo, dano ou desconforto para você. Os resultados serão publicados em periódicos e eventos científicos ao término da pesquisa, em formato de artigo. Você pode solicitar esclarecimentos e informações durante todas as fases do projeto, inclusive a publicação dos resultados obtidos com esta pesquisa.

Os sujeitos do estudo não terão benefícios diretos com a sua participação. Mas, a partir das informações fornecidas por meio do questionário será possível obter dados sobre o uso do método *pick up and put down* na promoção do sono infantil e, desta maneira, as informações contribuirão para o aprofundamento científico sobre a prática e os efeitos do método *pick up and put down* fornecendo informações importante para famílias e profissionais da saúde.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determinam a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficiência, não maleficiência e justiça. A

pesquisadora responsável declara que serão cumpridas as exigências contidas no item IV. 3.

Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhada por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos sobre o estudo poderá nos contatar entrar em contato com os pesquisadores: doutoranda Lenise Dutra da Silva, pelo telefone +55 48 996448 7139, e-mail: enfermeira.lenise@gmail.com, residente no Estado do Rio Grande do Sul, município de Santa Maria, e Professora Marli Terezinha Stein Backes, telefone (055)4899152-2108, e-mail: marli.backes@ufsc.br, Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Reitor João David Ferreira Lima, Curso de Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, Trindade, Florianópolis/SC – CEP 88040-900.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo telefone (055)483721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br, ou pessoalmente, no Prédio Reitoria II, na Rua Desembargador Vitor Lima, n° 222, sala 701 – Trindade – Florianópolis – SC - CEP: 88040-400.

O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina no Brasil, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

A partir do que foi exposto neste Termo, caso seja de sua livre vontade participar desta pesquisa, solicito que assine duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via ficará com você e a outra com as pesquisadoras.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Nesses termos, considerando-me livre e esclarecida sobre a natureza, o objetivo e os procedimentos da pesquisa, aceito participar da pesquisa de forma voluntária, resguardando às autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

( ) autorizo a gravação de minha voz e imagem.
( ) não autorizo a gravação de minha voz e imagem.

Nome da participante: _____
Assinatura da participante: _____

RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR:

Asseguramos ter e continuar cumprindo as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e complementares na elaboração do

protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguramos, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informamos que o estudo foi aprovado pelo CEPSH/UFSC perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometemo-nos a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: _____/_____/_____.

_____

Lenise Dutra da Silva
Pesquisadora Principal

_____

Marli Terezinha Stein Backes
Pesquisadora Responsável e Orientadora

APÊNDICE D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Analise da aplicabilidade do método *pick up and put down* na promoção do sono infantil.

Pesquisador responsável: Drª. Marli Terezinha Stein Backes

Demais pesquisadores: Lenise Dutra da Silva

Instituição de origem do pesquisador: Universidade Federal de Santa Catarina

Área de Conhecimento: Saúde

Curso: Doutorado em Enfermagem

Telefone para contato: (48) 99648 7139

Local da Coleta de dados: on-line com profissionais/consultores certificados pelo Instituto Assessoria Mamãe.

Registro no CEP/UFSC:

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujos dados (informações e/ou materiais biológicos) serão estudados;
II. Assegurar que as informações e/ou materiais biológicos serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

O(s) Pesquisador(es) declara(m) ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessadas por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

Santa Maria, 28 de julho de 2025

Documento assinado digitalmente
Marli Terezinha Stein Backes
Data: 28/07/2025 11:39:25-0300
CPF: ***.586.800-**
Verifique as assinaturas em https://v.ufsc.br

Assinatura Pesquisador

Nome: Marli Terezinha Stein Backes

RG: 4042236821

APÊNDICE E - FICHA DE COLETA DE DADOS – RELATO DE CASO

O presente instrumento faz parte da pesquisa do projeto de tese de doutorado da doutorada Lenise Dutra da Silva do Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina: **"Análise da aplicabilidade do método *pick up and put down* na promoção do sono infantil".**

Autora: Enfª. Ma. Lenise Dutra da Silva
Orientadora: Profª. Enfª. Drª. Marli Terezinha Stein Backes

1 - Condições sociodemográficas da família

1.1 - Dados pessoais da família

Iniciais do nome (pai ou mãe):
Idade:
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Nº de filhos e idade deles:
Profissão: Escolaridade:
Renda mensal familiar:
Estado civil:
( ) Solteira ( ) Casada ( ) União estável ( ) Namorando
Como você tomou conhecimento da pesquisa (rede social, indicação de um amigo/familiar)?

1.2 - Dados da criança

Iniciais do nome:
Idade:
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

2 - Informações sobre a descrição do caso

3 - História da situação

4 – Dados sobre a intervenção com o método *Pick Up and Put Down*

5 - Dados do acompanhamento e a situação do caso

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FAMÍLIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada(os): Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa “Análise da aplicabilidade do método *pick up and put down* na promoção do sono infantil”, a ser realizada com famílias, de forma *on-line*, em território nacional brasileiro. Esta pesquisa está incluída nas etapas da Tese de Doutorado da Doutoranda Lenise Dutra da Silva, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e está sendo orientado pela Profª. Drª. Marli Terezinha Stein Backes (pesquisadora responsável). Que tem como objetivo geral “Analisar a aplicabilidade do método *pick up and put down* como intervenção comportamental na promoção do sono infantil”.

Você está sendo convidada a participar da etapa 3 que tem como objetivo “Relatar a implementação do método *pick up and put down* por uma família com criança menor de dois anos com dificuldades de sono e descrever os desfechos observados na promoção do sono infantil”. A realização desse estudo justifica-se pela importância do sono no desenvolvimento da criança e na qualidade de vida das famílias. Dificuldades com o sono são comuns e afetam cerca de 30% das crianças na primeira infância, além de gerar estresse e privação de sono nos pais. O método *pick up and put down* é uma abordagem comportamental para ensinar a criança a adormecer de forma autônoma, oferecendo inicialmente conforto e a presença dos pais. A pesquisa busca, de forma científica, entender a viabilidade e aceitação do método, contribuindo para futuramente, oferecer orientações mais seguras e baseadas em evidência científica à famílias e profissionais da saúde.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar a autorização de sua participação no desenvolvimento do estudo a ser realizado, a partir da assinatura deste documento. Por favor, leia com atenção e calma, e aproveite para esclarecer suas dúvidas. Se houver dúvidas mesmo após a assinatura, você poderá esclarecê-las com os pesquisadores, a qualquer momento. Este documento foi elaborado em duas vias, e uma delas irá ficar com você e a outra com o pesquisador principal deste estudo.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, e ocorrerá por meio de uma entrevista sobre o tema supracitado que será gravada em áudio e vídeo, e será realizada de forma *on-line,* em horário e dia a definir, conforme a sua disponibilidade, e com duração aproximada de 30 minutos. Os dados coletados a partir da entrevista serão tabuladas em documento do *Excel*® - Empresa Microsoft, e serão armazenados em arquivos digitais protegidos por senha.

Para garantir o anonimato e o sigilo das informações, você não será identificada, e os dados serão tratados no seu conjunto. O material e os dados obtidos com a pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo e ficarão sob a guarda dos pesquisadores. Os dados serão analisados e, após cinco anos da finalização do presente estudo, serão eliminados. Você terá acesso aos dados se assim o desejar, mediante solicitação.

Os riscos ou desconfortos relacionados à sua participação são mínimos, podendo causar desconforto por relembrar de momentos desagradáveis ou constrangimento para responder alguma pergunta. Para evitar isso, você pode ficar à vontade e não responder as perguntas que lhe causam desconforto. No entanto, pretendemos não a expor a riscos. Porém, se necessário, a entrevista será interrompida e, após, continuada e/ou descontinuada se for o caso. E caso você necessite de acompanhamento ou assistência, serão tomadas as providências necessárias pela Pesquisadora responsável e demais membros da Equipe de Pesquisa durante a realização da pesquisa e/ou após o seu encerramento.

A sua participação não implicará em despesas para você. Você também não receberá nenhum valor financeiro em troca da sua participação na pesquisa que é voluntária. No entanto, você será ressarcido em caso de despesas comprovadamente advindas da sua participação na presente pesquisa e também será indenizado em caso de eventual dano decorrente de sua participação de acordo com a Resolução 466/12, item IV.3.g e Resolução 510/16, Art. 17, inc. VII.

Você terá liberdade de recusar-se a participar do estudo, ou, se aceitar participar, retirar o seu consentimento a qualquer momento. A recusa ou desistência da sua participação no estudo não implicará em prejuízo, dano ou desconforto para você. Os resultados serão publicados em periódicos e eventos científicos ao término da pesquisa, em formato de artigo. Você pode solicitar esclarecimentos e informações durante todas as fases do projeto, inclusive a publicação dos resultados obtidos com esta pesquisa.

Os sujeitos do estudo não terão benefícios diretos com a sua participação. Mas, a partir das informações fornecidas por meio do questionário será possível obter dados sobre o uso do método *pick up and put down* na promoção do sono infantil e, desta maneira, as informações contribuirão para o aprofundamento científico sobre a prática e os efeitos do método *pick up and put down* fornecendo informações importante para famílias e profissionais da saúde.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determinam a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficiência, não maleficiência e justiça. A

pesquisadora responsável declara que serão cumpridas as exigências contidas no item IV. 3.

Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhada por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos sobre o estudo poderá nos contatar entrar em contato com os pesquisadores: doutoranda Lenise Dutra da Silva, pelo telefone +55 48 996448 7139, e-mail: enfermeira.lenise@gmail.com, residente no Estado do Rio Grande do Sul, município de Santa Maria, e Professora Marli Terezinha Stein Backes, telefone (055)4899152-2108, e-mail: marli.backes@ufsc.br, Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Reitor João David Ferreira Lima, Curso de Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, Trindade, Florianópolis/SC – CEP 88040-900.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo telefone (055)483721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br, ou pessoalmente, no Prédio Reitoria II, na Rua Desembargador Vitor Lima, n° 222, sala 701 – Trindade – Florianópolis – SC - CEP: 88040-400.

O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina no Brasil, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

A partir do que foi exposto neste Termo, caso seja de sua livre vontade participar desta pesquisa, solicito que assine duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via ficará com você e a outra com as pesquisadoras.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Nesses termos, considerando-me livre e esclarecida sobre a natureza, o objetivo e os procedimentos da pesquisa, aceito participar da pesquisa de forma voluntária, resguardando às autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

( ) autorizo a gravação de minha voz e imagem.
( ) não autorizo a gravação de minha voz e imagem.

Nome da participante: _____
Assinatura da participante: _____

RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR:

Asseguramos ter e continuar cumprindo as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e complementares na elaboração do

protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguramos, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informamos que o estudo foi aprovado pelo CEPSH/UFSC perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometemo-nos a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: _____/_____/_____.

_____

Lenise Dutra da Silva
Pesquisadora Principal

_____

Marli Terezinha Stein Backes
Pesquisadora Responsável e Orientadora

ANEXOS

ANEXO A - Parecer do comitê de ética em pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da aplicabilidade do método pick up and put down na promoção do sono infantil

Pesquisador: Marli Terezinha Stein Backes
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 90862925.2.0000.0121
Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFSC
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.853.708

Apresentação do Projeto:
Resumo:
O sono é um dos pilares para o desenvolvimento infantil saudável, e seus distúrbios afetam negativamente a saúde da criança e o bem-estar familiar. Diante da necessidade de intervenções não farmacológicas eficazes e adaptáveis para a promoção do sono, o método pick up and put down, uma abordagem comportamental baseada no conforto responsivo, surge como uma alternativa promissora para auxiliar crianças a desenvolverem o adormecer autônomo. Objetivo geral: analisar a aplicabilidade do método pick up and put down como intervenção comportamental na promoção do sono infantil. Método: este projeto de pesquisa adota o referencial metodológico Medical Research Council para o desenvolvimento de intervenções complexas, e está estruturado em três etapas. A Etapa 1 consiste em uma revisão de escopo para mapear as intervenções não farmacológicas e os instrumentos de avaliação existentes. A Etapa 2 compreende um estudo qualitativo com profissionais de saúde e famílias para descrever as motivações e necessidades relacionadas ao uso do método. E a Etapa 3 será um relato de caso para detalhar a implementação prática do método e seus desfechos. O presente projeto de pesquisa justifica-se pela escassez de intervenções de sono infantil que sejam eficazes e replicáveis, especialmente, em contextos de vulnerabilidade socioeconômica. Profissionais da atenção primária necessitam de mais recursos e estratégias para orientar as famílias, e este estudo visa fornecer uma base de evidências para integrar uma estratégia de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

promoção do sono nos serviços de saúde, aumentando o engajamento familiar e superando barreiras de implementação. Espera-se que o estudo demonstre que o método pick up and put down é uma intervenção efetiva, contribuindo para a promoção do sono, o pleno desenvolvimento infantil e o bem-estar de famílias que sofrem com a privação de sono. Pretende-se, ainda, que a intervenção se mostre replicável e sustentável, podendo auxiliar famílias em âmbito nacional e internacional, além de fornecer subsídios científicos para a prática de profissionais da saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a aplicabilidade do método pick up and put down como intervenção comportamental na promoção do sono infantil.

Objetivo Secundário: - Mapear as intervenções não farmacológicas para promoção do sono infantil existentes e disponíveis para a orientação de famílias; - Mapear os instrumentos disponíveis e usados na avaliação da eficácia de intervenções não farmacológicas para a promoção do sono infantil; - Descrever as motivações dos profissionais da saúde ao implementar o método pick up and put down em sua prática assistencial; - Descrever as necessidades das famílias ao recorrerem a consultoria do sono infantil; -Relatar o caso de criança menor de dois anos com dificuldades de sono, detalhando a implementação do método pick up and put down por sua família e os desfechos na promoção do sono infantil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os principais riscos identificados são, cansaço: devido à duração das reuniões ou entrevistas; constrangimento: potencial desconforto ao compartilhar informações pessoais ou experiências durante as etapas de coleta de dados.Para minimizar esses riscos, as reuniões e entrevistas serão agendadas previamente em horários flexíveis e realizadas em ambiente que garanta a privacidade e o sigilo, bem como conforme seja necessário, será oferecido acompanhamento ou assistência, sendo tomadas as providências necessárias pela Pesquisadora responsável.

Benefícios: Os benefícios esperados da pesquisa são múltiplos e impactam tanto a prática clínica quanto o conhecimento científico sobre o tema: 1) Avanço do conhecimento científico: a pesquisa contribuirá para aprofundar a compreensão sobre as intervenções não farmacológicas para a promoção do sono infantil e, especificamente, sobre o método pick up and put down, sendo uma das primeiras pesquisas a analisar esse método. 2) Melhora da prática clínica: os

resultados podem fornecer subsídios para que profissionais da saúde e consultores de sono infantil aprimorem suas abordagens e orientações às famílias, qualificando a assistência prestada. 3) Apoio às famílias: a pesquisa poderá oferecer informações valiosas para famílias que buscam apoio para lidar com as dificuldades de sono de seus filhos, promovendo práticas mais eficazes e seguras. 4) Base para futuras intervenções: a modelagem e os resultados preliminares do relato de caso podem servir como base para o desenvolvimento e a avaliação de intervenções mais complexas e abrangentes no futuro. 5) Relevância para políticas de saúde: ao gerar evidências sobre a eficácia e aplicabilidade de métodos de promoção do sono, a pesquisa pode influenciar políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, de LENISE DUTRA DA SILVA, orientada pela Dra Marli Terezinha Stein Backes. Projeto nacional, unicêntrico, com financiamento próprio de R$ 6.802,00. Cronograma da pesquisa ajustado para início da coleta de dados em 15/10/2025 e término da pesquisa em 25/02/2026.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta anexado carta resposta com as justificativas da pendências resolvidas; projeto com ajuste de informação solicitada; cronograma atualizado em documento separado, no projeto e no formulário PB; TCLEs com as adequações solicitadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências, indicativo à aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação refere-se apenas aos aspectos éticos do projeto. Qualquer alteração nestes documentos deve ser encaminhada para avaliação do CEPSH. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2587009.pdf	17/09/2025 15:35:22		Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEPSH_da_UFSC.	17/09/2025	LENISE DUTRA DA	Aceito

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC

Continuação do Parecer: 7.853.708

Outros	pdf	15:33:04	SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Tese_Lenise_17_09.pdf	17/09/2025 15:31:10	LENISE DUTRA DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/09/2025 15:29:11	LENISE DUTRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_familia_relato_de_caso.pdf	17/09/2025 15:28:54	LENISE DUTRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_familia.pdf	17/09/2025 15:28:43	LENISE DUTRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_consultores.pdf	17/09/2025 15:28:12	LENISE DUTRA DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	29/07/2025 10:45:38	LENISE DUTRA DA SILVA	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE_RELATO_CASO.pdf	29/07/2025 10:44:53	LENISE DUTRA DA SILVA	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE_FAMILIA.pdf	29/07/2025 10:44:40	LENISE DUTRA DA SILVA	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE_CONSULTORES.pdf	29/07/2025 10:44:17	LENISE DUTRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	28/07/2025 11:18:33	Marli Terezinha Stein Backes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao_para_pesquisa.pdf	26/07/2025 17:44:49	LENISE DUTRA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FLORIANOPOLIS, 23 de Setembro de 2025

Assinado por:
Luciana C Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br