

# Qualidade de sono, qualidade de vida e rendimento escolar de crianças no litoral sul da Paraíba

## Quality of sleep, quality of life and school results amidst children of non-coastal south of Paraíba

Liaânia Thaia Naascimento de Souza<sup>1</sup>, Renata Ramoa Tomaz<sup>2,3</sup>

1. Discente do curso de Fisioterapia pela Faculdade Maurício de Nassau (FMN), João Pessoa, PB, Brasil. 2. Doutoranda em Fisioterapia Pneumopediátrica pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil. 3. Docente do curso de Fisioterapia pela Faculdade Maurício de Nassau (FMN), João Pessoa, PB, Brasil.

### Resumo

**Introdução:** O sono é um acontecimento fisiológico normal em todos os seres humanos. Quando há uma alteração durante esse processo, ocorrem também danos à saúde dos indivíduos, inclusive de crianças. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de sono, a qualidade de vida e o rendimento escolar de crianças em um município no litoral sul da Paraíba. **Método:** A amostra do estudo foi constituída por 20 crianças saudáveis entre 5-10 anos, de ambos os sexos. Utilizou-se o questionário pediátrico sobre a qualidade de vida (PedsQL™ 4.0), a Escala de Distúrbios do Sono em Crianças (EDSC), e o rendimento escolar foi avaliado por meio das notas inseridas no Diário Escolar. A análise estatística foi por meio do software Statistical Package for the Social Science, versão 17.0. Foram usados o teste de Kolmogorov-Smirnov e o teste de correlação de Spearman. **Resultados:** Observou-se a prevalência da hiper-hidrose do sono (HS) em 15%, e o distúrbio respiratório do sono (DRS) em 10% das crianças. Foi identificada uma moderada correlação positiva e significativa entre o rendimento escolar do primeiro e segundo bimestres ( $r = 0,6$ ;  $p < 0,01$ ), entre dimensões emocionais e o rendimento escolar do primeiro bimestre ( $r = 0,4$ ;  $p = 0,03$ ), ainda os DRS e o rendimento escolar do segundo bimestre ( $r = 0,4$ ;  $p = 0,03$ ). Observou-se, ainda, uma moderada correlação negativa e significativa entre os distúrbios do despertar e as dimensões emocionais ( $r = -0,4$ ;  $p = 0,04$ ). **Conclusão:** A má qualidade do sono foi capaz de causar danos à qualidade de vida e ao rendimento escolar das crianças avaliadas.

**Palavras-chave:** Sono. Crianças. Qualidade de vida. Baixo rendimento escolar.

### Abstract

**Introduction:** Sleep is a normal physiological event in all humans. When there is a change during this process, there is also damage to the health of individuals, including children. **Objective:** To evaluate the quality of sleep, quality of life and school performance of children in a municipality on the southern coast of Paraíba. **Method:** The study sample consisted of 20 healthy children aged 5-10 years, of both sexes. The pediatric quality of life questionnaire (PedsQL™ 4.0), the Sleep Disability Scale for Children (EDSC), and the school performance were assessed using the notes inserted in the School Diary. Statistical analysis was done through the software Statistical Package for Social Science, version 17.0. The Kolmogorov-Smirnov test and the Spearman correlation test were used. **Results:** The prevalence of sleep hyperhidrosis (HS) was observed in 15%, and respiratory sleep disorder (DRS) in 10% of the children. A moderate positive and significant correlation was found between first and second school years ( $r = 0.6$ ,  $p < 0.01$ ), between emotional dimensions and school performance of the first two months ( $r = 0.4$ ,  $p = 0.03$ ), and SDS and school performance in the second two-month period ( $r = 0.4$ ,  $p = 0.03$ ). There was also a moderate and significant negative correlation between arousal disorders and emotional dimensions ( $r = -0.4$ ,  $p = 0.04$ ). **Conclusion:** The poor quality of sleep was able to cause damage to the quality of life and school performance of the children evaluated.

**Key words:** Sleep. Children. Quality of life. Low school performance.

### INTRODUÇÃO

O sono é caracterizado por um período em que as pessoas ficam inconscientes e podem despertar mediante estímulos, diferenciando-se do estado de coma<sup>1</sup>. Trata-se de uma necessidade vital e biológica que se torna essencial para o desenvolvimento e a saúde da população infantil<sup>2</sup>. A literatura enfatiza a necessidade de uma boa noite de sono, considerando as pessoas e suas individualidades, considerando, também, o tempo adequado que cada um precisa para renovar suas energias<sup>3</sup>.

Todas as crianças necessitam ter uma noite de sono adequada,

com um padrão normal. Essa normalidade pode ser afetada pelos distúrbios do sono. Eles estão entre as principais queixas nos consultórios médicos, aumentando, assim, a necessidade de o pediatra se instrumentalizar para um melhor diagnóstico, evitando intervenções não necessárias ou excessivas. Na população infantil, a apresentação clínica desses distúrbios do sono são variáveis e múltiplas. Nos primeiros anos de vida, ocorrem, com frequência, reclamações em iniciar o sono e despertar durante o período da noite. Em seguida, aparecem as parassonias e os distúrbios respiratórios do sono. Na idade pré-escolar, acontecem os que são ligados à má higiene do sono<sup>4</sup>.

**Correspondência:** Liaânia Thaia Naascimento de Souza. Faculdade Maurício de Nassau (FMN). João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: liaania.aouzajl@hotmail.com

**Conflito de interesse:** Não há conflito de interesse por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 18 Ago 2017; Revisado em: 17 Set 2017; 31 Out 2017; Aceito em: 04 Nov 2017

As consequências dos distúrbios de sono podem atingir até três níveis sequentes, capazes de afetar a qualidade de vida. No primeiro nível, estão as variáveis proximais ou biológicas que trazem alterações fisiológicas como fadiga, falhas de memória, dificuldade de atenção e de concentração, taquicardia, alteração do humor e outros. As do segundo nível são observadas em médio prazo e têm implicações nas atividades cotidianas. Em seguida, as do terceiro nível reúnem as variáveis distais ou extensivas, observadas em longo prazo, quando surgem agravamentos de problemas na saúde<sup>5</sup>.

A qualidade de vida é a percepção individual que se insere desde o contexto cultural de valores, expectativas, objetivos de vida, entre outros<sup>6</sup>. Para avaliar a qualidade de vida, podem ser utilizadas duas medidas: as relacionadas à saúde e as medidas genéricas. Ambas têm o predomínio de itens cujo foco reside na percepção e nas experiências subjetivas dos pacientes<sup>7</sup>. É imprescindível observar o sono nas crianças, pois ele está intimamente relacionado à qualidade de vida<sup>5</sup>.

Além disso, o sono insatisfatório ou de qualidade baixa também tem sua contribuição negativa para a aprendizagem das crianças. Na fase do sono em movimentos oculares rápidos (REM), as atividades realizadas durante o dia são assimiladas e, posteriormente, armazenadas. Logo, as crianças que, por algum fator, apresentam o sono insuficiente, não conseguem guardar de forma adequada o que foi aprendido durante todo o dia, o que é prejudicial para sua concentração e memória<sup>8</sup>.

No que diz respeito ao tratamento de crianças com os distúrbios do sono, sabe-se que elas devem ser observadas e tratadas adequadamente para que os fatores que as prejudicam sejam eliminados, e, assim, elas possam retornar a ter uma qualidade de vida adequada. Porém, muitas vezes, a maior parte dos distúrbios do sono não são detectados e tratados, pois, em geral, as pessoas não conhecem que essa situação é clínica e pode ser tratada<sup>5</sup>.

Quando diagnosticado o distúrbio do sono, vários métodos são utilizados para o tratamento. Apesar de os distúrbios serem comuns nas crianças, o tratamento não é simples, e os resultados podem ser incompletos. Mas, para obter um bom resultado, deve estar incluso tanto o tratamento com fármacos como os aspectos comportamentais para que se possam desenvolver hábitos saudáveis de sono. Há também os cirúrgicos, como a adenoamigdalectomia, e os não cirúrgicos, referentes à extensão rápida de maxila (ERM)<sup>9</sup>.

A partir de um estudo, foi analisada a qualidade de vida de 22 crianças com idade entre 4 e 10 anos acometidas pelos distúrbios respiratórios do sono. Os autores observaram a qualidade de vida antes e depois da intervenção. Foi constatado que essas crianças apresentavam perdas na qualidade de vida. Contudo, após a intervenção com tratamento não cirúrgico com a extensão rápida de maxila ERM, a qualidade de vida delas melhorou significativamente<sup>10</sup>. Nesse contexto, é de grande importância observar as crianças de forma integral e o sono que é inserido nesse meio, pois danos a ele podem prejudicar de diversas formas a saúde dessa população.

Objetiva-se, assim, avaliar a qualidade do sono, a qualidade de vida e o rendimento escolar de crianças em um município no litoral sul da Paraíba.

## METODOLOGIA

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Santa Emília de Rodat – PB, parecer n. 1.786.411, de 21/10/2016. A participação na pesquisa foi voluntária. Os pais ou responsáveis foram orientados a respeito dos procedimentos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os requisitos para a pesquisa são referentes a não aceitação em participar, garantia de anonimato, ausência de custos ou benefícios financeiros, conforme Resolução 466 /2012 foram assegurados<sup>11</sup>.

Foi realizado um estudo transversal de caráter analítico. A amostra foi conduzida de forma aleatória simples. Participaram do estudo 20 crianças de ambos os sexos, com idades entre 5-10 anos, estudantes do pré-escolar até o quinto ano. Os sujeitos residem no município de Alhandra, no litoral sul da Paraíba, vinculadas ao instituto educacional Shekinah Kids. Foram critérios para exclusão crianças que tinham doenças associadas que as impedissem de frequentar com regularidade a escola. A coleta dos dados foi realizada no período de outubro a setembro de 2016. Os instrumentos selecionados para a pesquisa foram aplicados aos participantes em suas residências.

Para a análise da qualidade do sono das crianças, foi utilizada a escala de distúrbios do sono em crianças (EDSC). Ela foi traduzida e passada por uma adaptação cultural e validada para o português brasileiro, criada por Bruni et al., em 1996. Ela é um instrumento simples, cuja aplicação é feita de forma fácil e rápida. Contém 26 itens para avaliação e é capaz de distinguir até seis distúrbios do sono: os distúrbios de início e manutenção do sono (DIMS); distúrbios respiratórios do sono (DRS); distúrbios do despertar (DD); distúrbios da transição sono-vigília (DTSV); sonolência excessiva diurna (SED) e a hiper-hidrose do sono (HS). Para saber o escore, é necessário somar cada item do questionário que seja correspondente ao distúrbio. O mesmo já é pré-determinado com valores que são aceitáveis para cada um, e quando ultrapassa esses valores, é considerado que se tenha algum desses distúrbios<sup>12</sup>. A escala de distúrbios do sono em crianças foi aplicada por um avaliador treinado. O questionário foi respondido pelos pais e/ou responsáveis das crianças.

Para observar a qualidade de vida, foi usado o questionário pediátrico sobre a qualidade de vida (PedsQL™ 4.0). Por meio de um estudo, avaliaram a confiabilidade e a validade da versão brasileira do questionário genérico *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL™ 4.0), criado por Varni, em 2001<sup>13</sup>. Ele é composto por 23 itens divididos em quatro dimensões: física, emocional, social e escolar<sup>14</sup>.

O questionário é constituído por formulários de autoavaliação das crianças e questionários para os pais. Na autoavaliação das

crianças, estão inseridas as idades entre 5-7, 8-12 e 13-18 anos. Já o questionário para os pais inclui idades entre 2-4, 5-7, 8-12 e 13-18 anos. A avaliação investiga a percepção dos pais sobre a qualidade de vida relacionada à saúde da população infantil. Os itens dos formulários para as crianças são semelhantes, mas diferem no que diz respeito aos termos de linguagem que se ajustam ao nível de desenvolvimento e uso da primeira ou terceira pessoa. Os itens do questionário são de uma escala de 0-100. Dessa forma, quanto maior for o escore, melhor será a qualidade de vida. Os itens respondidos são somados e divididos pelo número de questões<sup>13</sup>.

Neste estudo, tanto os pais quanto as crianças responderam ao PedsQL™ 4.0. Foi aplicado o questionário do relato dos pais sobre a qualidade de vida das crianças entre 5-7 e o de 8-12 anos. Também foi aplicado o formulário de autoavaliação das crianças entre 5-7 e 8-12 anos. Dessa forma, tanto os questionários quanto os formulários de autoavaliação foram adequados para a idade das crianças da pesquisa.

Foi utilizada uma ficha de avaliação simples sobre os dados sociodemográficos das crianças. E o rendimento escolar foi avaliado de acordo com as notas obtidas pelos alunos, as quais estavam registradas no diário da escola.

Para a análise estatística, foi utilizado o software Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 17.0 para Windows, atribuindo-se o nível de significância de 5%. Primeiramente, foi analisada a normalidade dos dados por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Os dados que apresentaram distribuição normal foram analisados utilizando-se, como referência, a média e o desvio padrão. E os que apresentaram distribuição não normal foram analisados utilizando-se, como referência, a mediana e os intervalos interquartis. As variáveis qualitativas foram expressas em frequências absolutas e relativas. Mediante o comportamento dos dados, foi utilizado o teste de correlação de Spearman.

## RESULTADOS

Foram avaliadas 20 crianças com idade mínima de 5 anos e máxima de 10, com uma média de 6,7 anos ( $\pm 1,33$ ), peso de 30,2 ( $\pm 8,7$ ) kg, e com altura média de 128 cm.

Quanto às variáveis qualitativas, 45% das crianças pertencem ao sexo feminino e 55% ao sexo masculino. Em sua raça, 25% são pretas, 40% são brancas, e 35% são pardas. Já em relação ao turno de estudo, 15% estudam no turno da manhã e 85% no turno da tarde, e apenas 5% fazem uso de medicamentos antialérgicos. (Tabela 1).

Foram identificados dois distúrbios do sono presentes nas crianças avaliadas: o distúrbio respiratório do sono, presente em 10%, e a hiper-hidroze do sono, presente em 15%. As demais crianças, aproximadamente 75% delas, não apresentaram distúrbios do sono (Tabela 2).

No tocante às dimensões menos afetadas, no pré 2 e 5º ano,

destacaram-se as dimensões sociais, e, nas crianças do 1º e 2º anos, as dimensões físicas.

**Tabela 1.** Características descritivas das crianças avaliadas quanto qualidade de sono, qualidade de vida e rendimento escolar, no litoral sul da Paraíba, em 2016

Variáveis quantitativas	N (20)	%
Idade (anos)	6,7 $\pm$ 1,3	
Peso (kg)	30,2 $\pm$ 8,7	
Altura (cm)	128 $\pm$ 0,1	
Variáveis qualitativas	F	
Sexo (feminino/masculino)	9 / 11	45 / 55
Raça (preto/branco/pardo)	5 / 8 / 7	25 / 40 / 35
Turno (manhã/tarde)	3 / 17	15 / 85
Série (pré 2/1ºano /2ºano /5º ano)	3 / 8 / 6 / 3	15 / 40 / 30 / 15
Medicamentos (sim/não)	1 / 19	5 / 95

Fonte: Dados da pesquisa. Descritos em médias ( $\pm$  desvio padrão) e frequências absolutas e relativas

**Tabela 2.** Escala de distúrbios do sono em crianças (EDSC) no litoral sul da Paraíba, em 2016

Variáveis	F	%
Distúrbios respiratórios do sono	2	10,0
Hiperhidrose do sono	3	15,0
Não apresentam distúrbios	15	75,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

No que diz respeito ao relato das crianças: as dimensões mais afetadas no pré 2, 1º, 2º e 5º anos, foram as dimensões escolares. As dimensões menos afetadas: no pré 2 foram as físicas e emocionais e, nas crianças do 1º, 2º e 5º anos, as dimensões físicas. (Tabela 3).

**Tabela 3.** Qualidade de vida de crianças no litoral sul da Paraíba, em 2016

Série	Dimensões	Média $\pm$ desvio p. (relato dos pais)	Média $\pm$ desvio p. (relato das crianças)
Pré 2 (n=3)	Físicas	86,4 (12,6)	76,6 ( $\pm$ 15,2)
	Emocionais	78,3 ( $\pm$ 20,2)	76,6 ( $\pm$ 32,1)
	Sociais	86,6 ( $\pm$ 5,7)	66,6 ( $\pm$ 19,0)
1º ano (n=8)	Escolares	83,3 ( $\pm$ 15,2)	63,3 ( $\pm$ 15,2)
	Físicas	86,3 ( $\pm$ 13,6)	85,0 ( $\pm$ 10,6)
	Emocionais	78,7 ( $\pm$ 9,9)	84,3 ( $\pm$ 5,7)
	Sociais	84,5 ( $\pm$ 13,8)	83,7 ( $\pm$ 13,0)
	Escolares	82,5 ( $\pm$ 13,3)	82,5 ( $\pm$ 13,8)

2° ano (n=6)	Físicas	92,6 (±2,6)	81,6 (±13,6)
	Emocionais	70,0 (±14,4)	79,1 (±17,5)
	Sociais	92,5 (±16,0)	72,50 (±21,8)
	Escolares	82,5 (±16,9)	64,1 (±22,8)
5° ano (n=3)	Físicas	89,5 (±13,0)	76,6 (±7,6)
	Emocional	56,6 (±17,5)	75,0 (±22,5)
	Social	95,0 (±5,0)	68,3 (±23,0)
	Escolar	90,0 (±10,0)	48,3 (±5,7)

Fonte: Dados da pesquisa apresentados em média ± desvio padrão.

O rendimento escolar foi avaliado de acordo com as notas das crianças inseridas no Diário Escolar, segundo as médias do 1° e 2° bimestres. As médias foram obtidas por meio da soma das notas dividida pelo número de matérias. (Tabela 4).

Para a análise da correlação entre as variáveis estudadas, utilizou-se o teste de correlação de Spearman, visto que as variáveis apresentaram distribuição normal. Observou-se uma moderada correlação positiva e significativa entre o rendimento escolar do primeiro e segundo bimestres ( $r=0,6$ ;  $p<0,01$ ), entre dimensões emocionais da qualidade de vida observada pelos pais e o rendimento escolar do primeiro bimestre ( $r=0,4$ ;  $p=0,03$ ), entre a qualidade de vida na dimensão social observada nos relatos das crianças e o rendimento escolar do segundo bimestre ( $r=0,5$ ;  $p=0,01$ ); e, ainda, entre a qualidade de vida na dimensão social relatada pelos pais e a dimensão física no relato das crianças ( $r=0,4$ ;  $p=0,03$ ), entre a qualidade de vida na dimensão emocional no relato dos pais e a dimensão emocional das crianças ( $r=0,5$ ;  $p=0,02$ ), assim como entre qualidade de sono nos DRS e o rendimento escolar referente ao segundo bimestre ( $r=0,4$ ;  $p=0,03$ ). Observou-se, ainda, uma moderada correlação negativa e significativa entre distúrbios do despertar e dimensões emocionais da qualidade de vida ( $r=-0,4$ ;  $p=0,04$ ). (Tabela 5).

**Tabela 4.** Rendimento escolar das crianças no 1° e 2° bimestres, no litoral sul da Paraíba, em 2016

Série	Média ± desvio p	
	(1° bimestre)	(2° bimestre)
Pré 2 (n=3)	7,3 (±0,2)	7,7 (±0,2)
1° ano (n=8)	7,8 (±0,1)	8,2 (±0,2)
2° ano (n=6)	7,9(±0,2)	7,9 (±0,1)
5° ano (n=3)	7,2 (±0,4)	7,1 (±0,2)

Fonte: Dados da pesquisa apresentados em média ± desvio padrão.

**Tabela 5.** Correlação entre qualidade de sono, qualidade de vida e rendimento escolar, em crianças no litoral sul da Paraíba, em 2016

Variáveis	Coefficiente de Correlação (r)	P
1° X 2° bimestre	0,6	<0,01
Dimensão emocional (Pais) x 1° bimestre	0,4	0,03
Dimensão Social (Crianças) x 2° bimestre	0,5	0,01
Dimensão social (Pais) x Dimensão física (Crianças)	0,4	0,03
Dimensão emocional (Crianças) x Dimensão emocional (Pais)	0,5	0,02
DRS x 2° bimestre	0,4	0,03
DD x dimensão emocional (Pais)	-0,4	0,04

Fonte: Dados obtidos através do teste de correlação de Spearman. DRS= distúrbio respiratório do sono; DD= distúrbio do despertar.

## DISCUSSÃO

No presente estudo, foi identificada a existência de dois distúrbios do sono nas crianças: os distúrbios respiratórios do sono (10 %) e a hiper-hidrose do sono (15%). Estes dados corroboram o estudo de Petry *et al* (2010), ao observar a prevalência de distúrbios do sono em crianças paulistas, constataram a presença dos distúrbios respiratórios do sono (55%) e a hiper-hidrose do sono (27%). Esses autores afirmam que os distúrbios respiratórios do sono estão entre os distúrbios de sono mais prevalentes na população pediátrica<sup>15</sup>.

As prevalências dos sintomas de distúrbios respiratórios do sono também foram identificadas em crianças brasileiras residentes no município de Uruguaiana (RS). Observou-se alta prevalência de roncos (27,6%), apneia (0,8%), respiração oral diurna (15,5%) e sonolência excessiva diurna (8%), embora as crianças que apresentavam a sonolência excessiva diurna pudessem ter mais probabilidades de desenvolver problemas na aprendizagem<sup>16</sup>. Pacheco *et al* (2015) também encontraram a prevalência dos sintomas dos distúrbios respiratórios do sono; porém, além desses sintomas, as crianças ainda apresentaram alterações faciais. Os pesquisadores destacaram que esses problemas necessitam de um diagnóstico e de tratamento precoce para reduzir os riscos que eles apresentam<sup>17</sup>.

No que se refere à qualidade de vida em nossos resultados a partir do PedsQL 4.0, observou-se que, no relato dos pais, as dimensões mais afetadas nas crianças foram as emocionais. Quanto ao relato das crianças, as dimensões mais afetadas foram as escolares. Um estudo na cidade de Melbourne, na Austrália, foi realizado para avaliar a qualidade de vida de crianças também utilizando o PedsQL 4.0 e demonstrou-se que as dimensões mais afetadas foram as emocionais, e físicas quando excluídos os problemas durante o sono. Eles ainda

relataram que os DRS estão relacionados à diminuição da qualidade de vida das crianças e de seus familiares<sup>18</sup>.

Foram encontradas no presente estudo correlações positivas e significativas entre aspectos relacionados à qualidade de vida no relato dos pais e das crianças, entre a dimensão social e física e a dimensão emocional. Outros pesquisadores encontraram correlações entre os pais e as crianças, sendo mais alta a dimensão física<sup>13</sup>.

Pode-se perceber que a diminuição da qualidade de vida acarreta diversos prejuízos à população pediátrica. Alguns estudos são realizados para identificar esses problemas e outros buscam usar métodos para solucioná-los. Isso pode ser identificado no estudo realizado para observar a influência da musicoterapia no comportamento e na qualidade de vida de crianças portadoras de retardo do desenvolvimento neuropsicomotor (RDNPM). Foi utilizado o questionário pediátrico sobre a qualidade de vida, demonstrando-se, dessa forma, que a terapia por meio da música pode ser usada como tratamento para essas crianças, melhorando, dessa forma, a qualidade de vida<sup>19</sup>.

Neste estudo, o rendimento acadêmico das crianças foi mediano, considerando a nota de corte da instituição. Porém, as menores médias foram observadas nas crianças do 5º ano: no 1º bimestre, 7,2, e, no 2º bimestre, 7,1. E as melhores médias no 2º ano, observadas no 1º e 2º bimestres, 7,9. Um estudo

observou o desempenho acadêmico de crianças com e sem sintomas de distúrbios do sono. Os autores utilizaram a escala de distúrbios do sono e avaliaram as notas em matemática e português. Identificaram que as crianças com os sintomas dos distúrbios do sono e as que apresentavam os distúrbios respiratórios do sono possuíam menores notas em português, 6,6, e, em matemática, 6,3. Essas crianças estavam com um baixo desempenho acadêmico<sup>20</sup>.

Os resultados encontrados no presente estudo corroboram a literatura, visto que existe consenso em afirmar que a má qualidade de sono pode ocasionar uma diminuição na qualidade de vida e no rendimento escolar de crianças. Sendo assim, recomenda-se que novos estudos em outras cidades ou estados sejam realizados com um número maior de crianças.

## CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, pode-se concluir que o sono é essencial para o desenvolvimento das crianças e que elas devem ter um acompanhamento adequado, pois a má qualidade do sono pode prejudicar a qualidade de vida e o rendimento escolar, trazendo, assim, diversas consequências à saúde dessa população. Esses resultados poderão servir como base para futuras pesquisas, e também auxiliar pais, discentes e docentes a observar o sono e os fatores que possam causar danos a ele.

## REFERÊNCIAS

1. Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
2. Maia I, Pinto F. Hábitos de sono. *Nascer e crescer*. 2008 Mar; 17(1): 9-12.
3. Assumpção FBJ, Kuczynsk E. Qualidade de vida na infância e na adolescência: orientações para pediatras e profissionais da saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2010.
4. Nunes ML, Bruni O. Insônia na infância e adolescência: aspectos clínicos, diagnóstico e abordagem terapêutica. *J. Pediatr.* 2015; 91(6 – Supl 1), S26-S35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2015.08.006>.
5. Muller MR, Guimaraes S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estud Psicol.* 2007; 24(4): 519-528. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400011>.
6. Fanelli A, Carvalho C. Reabilitação pulmonar em indivíduos asmáticos: uma nova perspectiva. In: Sarmiento JVS. O ABC da fisioterapia respiratória. Barueri: Manole; 2009. p. 415-438.
7. Prebianchi HB. Medidas de qualidade de vida para crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Psicologia: Teoria e Prática.* 2003; 5(1): 57-69.
8. Turco GF, Reimão R, Rossini S, Antonio MARGM, Barros AA Filho. Distúrbios do sono e qualidade de vida em crianças e adolescentes obesos – Revisão Bibliográfica. *Neurobiologia*: 2011 Abr-Jun; 74(2): 171-78.
9. Sullivan SS. Current Treatment of Selected Pediatric Sleep Disorders. *Neurotherapeutics*. Redwood City: 2012; 9 (4), 791-800.
10. Gonçalves LPV, Costa FJP, Araújo MFS, Barra FR, Toledo OA. Qualidade de vida de crianças com distúrbios respiratórios do sono após expansão rápida da maxila: avaliação pelo Osa -18. *R. Gaúcha Odontol.* 2013; 61(2): 235-243.
11. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2013 Jun 13 [acesso em 20 set 2017]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
12. Ferreira VR. Escala de distúrbios do sono em crianças: tradução, adaptação cultural e validação [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2009.
13. Klatchoian DA, Len CA, Terrieri MTRA, Silva M, Itamoto C, Ciconelli RM, et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes de São Paulo: confiabilidade e validade da versão brasileira do questionário genérico Pediatric Quality of Life InventoryTM versão 4.0. *J. Pediatr.* 2008 Jul-Ago; 84(4): 308-315. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572008000400005>.
14. Varni JW. Scaling and scoring of the pediatric quality of life inventory™ pedsq. Lyon: Mapi research trust. 2014. p. 1-130.
15. Potasz C, Juliano ML, Varela MJ, Ferra PG, Carvalho LBC, Prado LF, et al. Prevalence of sleep disorders in children of a public hospital in São Paulo. *Arqui. Neuro-Psiquiatr.* 2010 Apr; 68 (2), 235-241. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2010000200016>.
16. Petry C, Pereira MU, Pitrez PMC, Jones MH, Stein RT. Prevalência de sintomas de distúrbios respiratórios do sono em escolares brasileiros. *J. Pediatr. (Rio J)*. 2008 Mar-Apr; 84(2): 123-129. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572008000200006>.
17. Pacheco MCT, Fiorott BS, Finck, Araújo MTM. Craniofacial changes and symptoms of sleep-disordered breathing in healthy children. *Dental Press J*

Orthod. 2015 May-Jun; 20(3): 80-87.

18. Jackman. AR, Biggs SN, Walter LM, Embuldeniya US, Davey MJ, Nixon GM, et al. Sleep disordered breathing in early childhood: quality of life for children and families. *Sleep*. 2013 nov; 36 (11), 1639-1646. doi: 10.5665/sleep.3116.

19. Mendes MVS, Cavalcante SA, Oliveira EF, Pinto DMR, Barbosa TSM, Camargo

CL. Crianças com retardo do desenvolvimento neuropsicomotor: musicoterapia promovendo qualidade de vida. *Rev. Bras. Enferm.* 2015 Set-Out; 68(5), 797–802. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680505i>.

20. Carvalho LBC, Prado LB, Ferreira VR, Rocha Figueiredo MB, Jung A, Morais JF, et al. Symptoms of sleep disorders and objective academic performance. *Sleep Med.* 2013 Sept; 14(9): 872–876. doi: 10.1016/j.sleep.2013.05.011.

**Como citar este artigo/How to cite this article:**

Souza LTN, Tomaz RR. Qualidade de Sono, Qualidade de vida e rendimento escolar de crianças no litoral sul da Paraíba. *J Health Biol Sci.* 2018 Jan-Mar; 6(1):42-47.