

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CURSO DE MEDICINA

LUANNA BATISTA COSTA

**PREVALÊNCIA DE PROTODISSONIAS EM CRIANÇAS DE 0 A 12 MESES E
ASSOCIAÇÃO COM OS HÁBITOS DE VIDA DO BINÔMIO MÃE/FILHO**

Trabalho de conclusão de curso, em formato de artigo científico, apresentado como exigência parcial para a obtenção do título de bacharel em medicina pela Universidade Federal da Paraíba, sob orientação da Professora Dra Marília Denise de Saraiva Barbosa.

João Pessoa - PB
Maior/2016

PREVALÊNCIA DE PROTODISSONIAS EM CRIANÇAS DE 0 A 12 MESES E ASSOCIAÇÃO COM OS HÁBITOS DE VIDA DO BINÔMIO MÃE/FILHO

Luanna Batista Costa¹, José Antonio Gonçalves Matias², Marília Denise de Saraiva Barbosa³.

Objetivo: Os despertares noturnos são queixas corriqueiras nos consultórios de Pediatria, interferindo na qualidade de vida da família. Este estudo busca avaliar a prevalência de protodissonias em lactentes e identificar associações entre os fatores comportamentais do cuidador e a presença desse distúrbio do sono.

Métodos: Trata-se de estudo transversal de prevalência, prospectivo, amostragem por conveniência. Realizado no setor de puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley, utilizando-se entrevista com os cuidadores. Os dados foram analisados pelo teste χ^2 através do SPSS 20.0. Foram excluídas as crianças portadoras de distúrbios neurológicos, condições agudas ou crônicas que influenciam a qualidade do sono.

Resultados: Participaram 221 lactentes, 124 do sexo masculino e 97 do sexo feminino; protodissonias estiveram presentes em 13,6% das crianças. Tanto as variáveis relacionadas ao próprio lactente como sexo, idade, prematuridade, baixo peso ao nascer, tipo de parto, presença de Intercorrências neonatais; quanto as variáveis relacionadas aos hábitos maternos de co-leito, tipo de alimentação, rotina para dormir não apresentaram associação significativa quanto à presença das protodissonias. Exceção mostrou-se quanto ao hábito de levar objeto para cama, que mostrou significância estatística ($p= 0,044$), mas não permitindo afirmar se este hábito atua como fator de risco ou proteção quanto à ocorrência de protodissonias.

Conclusão: Não foram identificadas associações entre as atitudes dos pais e a presença de protodissonias nessa faixa etária; o que permite inferir que as queixas dos pais em relação ao sono de seus filhos devem-se ao desconhecimento do que é o padrão normal do ciclo sono-vigília em cada faixa etária.

Palavras-chave: Protodissonias; Lactentes; Higiene do sono.

¹Acadêmica do 12º período do curso de medicina da Universidade Federal da Paraíba- UFPB.

²Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB.

³Mestre em saúde da criança e do adolescente - UFPE; Doutoranda em medicina tropical - UFPE; professora adjunta da UFPB; Chefe do Departamento de Pediatria e Genética do Centro de Ciências Médicas da UFPB.

PROTODISSONIAS PREVALENCE IN CHILDREN FROM 0 TO 12 MONTHS AND ASSOCIATION WITH LIFE HABITS OF MOTHER/ SON.

Luanna Batista Costa¹, José Antonio Gonçalves Matias ², Marília Denise de Saraiva Barbosa³.

Objective: The nocturnal awakenings are frequent complaints in pediatric clinics, interfering with the family's quality of life. This study aims to assess the prevalence of protodissonias in infants and identify associations between behavioral factors of the caregiver and the presence of this sleep disorder.

Methods: This is the prevalence of cross-sectional, prospective, convenience sampling. Held in the childcare sector Lauro Wanderley University Hospital, using interviews with caregivers. Data were analyzed by X2 test using SPSS 20.0. Children were excluded with neurological disorders, acute or chronic conditions that affect the quality of sleep.

Results: Participants were 221 infants, 124 male and 97 female; protodissonias were present in 13.6% of children. Both the variables associated with the infant as gender, age, prematurity, low birth weight, type of delivery, the presence of neonatal Intercurrences; as variables related to maternal habits of co-sleeping, type of food, routine for sleep were not significantly associated to the presence of protodissonias. Exception showed up on the habit of carrying object to bed, which showed statistical significance ($p = 0.044$) but not allowing state whether this habit acts as a risk factor or protection as the occurrence of protodissonias.

Conclusion: No associations were found between the attitudes of parents and the presence of protodissonias this age group; which allows inferring that parents' complaints regarding the sleep of their children are due to ignorance of what is normal sleep-wake cycle pattern in each age group.

Keywords: Protodissonias; Infants; Sleep hygiene.

¹ Student of the 12th medical school period the Federal University of Paraíba UFPB .

² Bachelor of Medicine from the Federal University of Paraíba - UFPB .

³ Mestre health of children and adolescents - UFPE ; Doctorate in tropical medicine - UFPE ; associate professor of UFPB ; Head of the Department of Pediatrics and Genetics Center of Medical Sciences UFPB .

1. INTRODUÇÃO

A relação entre o sono e o comportamento da criança deve ser percebida no contexto do desenvolvimento neuropsicológico e social do indivíduo e de suas etapas, ao longo das quais o bebê vai amadurecendo. Contribuindo fortemente para este processo, estão as práticas interpessoais e culturais da família na qual a criança está inserida¹.

O sono é uma função complexa na qual se modificam todos os processos fisiológicos, sendo considerado uma atividade protetora e de sobrevivência.²

Os distúrbios do sono são a 5ª maior queixa relatada pelos cuidadores das crianças ao médico pediatra e variam conforme a idade, podendo se manifestar como despertares noturnos no neonato, lactente e pré-escolar, como terror noturno na idade escolar e como insônia e sonambulismo no adolescente³. Na maior parte dos casos, uma anamnese detalhada e abrangente é suficiente para o diagnóstico e para garantir aos pais a benignidade do problema e a melhor terapêutica².

Segundo os critérios de classificação da 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria de 1994, podemos dividir os distúrbios do sono em dissonias, parassonias e alterações do sono secundárias a outras condições. O termo dissonia, empregado para a dificuldade de iniciar ou manter o sono, não seria corretamente aplicável a crianças pequenas, de forma que, para lactentes e pré-escolares, o termo adequado seria protodissonia. Consequentemente, o termo protodissonia é designado ao distúrbio em que a criança apresenta sono insuficiente, tem dificuldade em adormecer e acordam frequentemente durante a noite. As parassonias são manifestações físicas indesejáveis acometendo o sistema motor e/ou neurovegetativo, ocorrendo no sono ou transição sono-vigília, como os despertares confusionais, os terrores noturnos os pesadelos e o sonambulismo⁴.

O despertar noturno costuma gerar maior preocupação aos pais, por interferir na rotina familiar, especialmente se vários episódios ocorrem em uma mesma noite. É comum o encontro de uma má qualidade do sono das mães de crianças com distúrbios do sono, o que, por sua vez, está associada a distúrbios de humor, estresse, fadiga, depressão materna ou dificuldade dos pais em lidarem com os cuidados ao neonato⁵.

Na criança pequena, pode ocorrer insônia por higiene do sono inadequada, em geral associada a hábitos impróprios, como excesso de estimulação física, mental ou emocional próximo ao horário de recolher-se para dormir e à falha no estabelecimento de horário e de rituais para o adormecer.³

Outra causa de dificuldade em adormecer no lactente é a fome, quando a última alimentação foi muitas horas antes da hora de dormir, ou no caso do lactente não ingerir aporte calórico suficiente ao longo do dia.⁶

Em contrapartida, a alimentação noturna, já não mais necessária na maioria das crianças a partir de 6 meses, caso seja mantida, faz com que a criança acorde para mamar e, posteriormente, isto pode ainda gerar um comportamento de associação do sono. Os despertares noturnos atrelados ao desenvolvimento normal ocorrem em crianças com mais de 8 meses de idade e são consequência do seu amadurecimento, devido à instalação da ansiedade de separação. Tornam-se destrutivos quando a criança não consegue acalmar-se e voltar a dormir sozinha a cada despertar, necessitando da intervenção permanente dos pais ou cuidadores durante a noite⁷.

O co-leito é definido como o hábito da criança de dormir na cama com um cuidador principal, geralmente a mãe, e diferencia-se do conceito de quarto compartilhado, em que a criança dorme em um local próximo ao cuidador principal, porém não na mesma superfície (colchão, esteira, sofá), ao alcance de seu braço⁸. A presença do co-leito favorece o surgimento de despertares noturnos nos primeiros anos de vida⁹; e também está associada a um risco aumentado de acidentes e morte por esmagamento, interferência no descanso materno e a associação despertar-alimentação, onde a criança vai se alimentar, mesmo sem necessidade, quando despertar à noite¹⁰. A maioria dos estudos que investigaram a prevalência de co-leito e dos despertares noturnos foram realizados em países desenvolvidos, de forma que as informações sobre a epidemiologia dessas características do sono em países em desenvolvimento são escassas¹¹.

A higiene do sono refere-se ao estabelecimento e manutenção de condições adequadas a um sono reparador e relaciona-se a três aspectos fundamentais: ambiente, horário e atividades prévias ao sono. Este processo deve se iniciar nos primeiros meses de vida. E, na maioria das vezes, previne o desenvolvimento de distúrbios do sono. O ambiente do sono deve ser escurecido, silencioso e com

temperatura amena. Os horários de dormir e acordar devem ser regulares. Devem-se evitar atividades físicas vigorosas antes de dormir, programas de TV ou histórias que possam atemorizar a criança¹².

O presente estudo foi realizado visando incrementar as informações existentes no nosso país sobre a prevalência de protodissonias em lactentes de 0 a 12 meses de idade e buscou identificar se houve influência dos hábitos de vida do binômio mãe/filho nos despertares noturnos dessas crianças.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de prevalência, prospectivo, de amostragem por conveniência. Realizada no setor de puericultura do Hospital Universitário Lauro Wanderley, João Pessoa-PB, onde foram avaliadas 221 crianças, com idades entre 0 e 12 meses, durante o período de 15 de outubro a 15 de dezembro de 2014.

Foram incluídas na pesquisa todas as crianças entre 0-12 meses completos de vida e cujos responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de exclusão foram: pacientes diagnosticados com distúrbios neurológicos; pacientes portadores de condições não neurológicas agudas ou crônicas que influenciam a qualidade do sono (fendas labiopalatinas, distúrbios respiratórios, dentre outros); pacientes em uso de drogas com ação sobre o Sistema Nervoso Central, como anticonvulsivantes ou neurolépticos; e presença de gemelaridade.

O estudo foi realizado após a aprovação do comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (CAAE: 34653214.9.0000.5183) e seguiu todas as recomendações da resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Após serem esclarecidas em relação à pesquisa, as mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A) e foi aplicado um questionário sobre os hábitos de sono da criança (apêndice B), sendo este o instrumento de avaliação utilizado no nosso estudo.

O questionário aplicado na nossa pesquisa foi elaborado a partir da análise de diversas pesquisas semelhantes realizadas por outros autores, principalmente o estudo longitudinal realizado por SANTOS et al (2008) nas crianças nascidas em 2004 em Pelotas (RS), que utilizou um questionário contendo características sociodemográficas, familiares e sobre o sono e o ambiente em que a criança dorme e que foi aplicado em todas as crianças ao nascer e aos 12 meses de idade. Tendo em vista que o presente estudo era destinado à mesma faixa etária abordada por SANTOS et al, o nosso questionário teve muita influência do aplicado por esses autores. Antes do início da pesquisa, realizamos um teste piloto durante um mês para averiguar a viabilidade interna e a reprodutibilidade do questionário, bem como para verificar a necessidade de alterações no mesmo.

Os dados foram analisados utilizando o Programa SPSS versão 20.0 para Windows. Para as variáveis contínuas foi feito o cálculo da média, mediana, valor máximo e mínimo, quando necessário, e para as variáveis categóricas foi feita a análise descritiva das frequências relativas e absolutas e o teste de qui-quadrado para a análise inferencial.

3. RESULTADOS

Foram entrevistadas as mães de 221 crianças. Nenhuma mãe se recusou a participar.

Na Tabela 1, cerca de 47% das mães estavam na faixa etária de 20-29 anos e 12,7% eram adolescentes. A escolaridade média das mães foi de $8,2 \pm 3,5$ anos, sendo que 50,2% tinham entre 9-11 anos de educação formal. Cerca de 45% eram primigestas; 29,4% informaram renda familiar de até 1 salário mínimo; 45,7% trabalharam fora durante a gestação; 85,5% realizaram pré-natal com no mínimo 6 consultas; 84,2% relataram residir próximo à unidade de saúde da atenção básica. Dos recém-nascidos, 56,1 % eram do sexo masculino; 8,6%, prematuros; 8,1% tinham baixo peso ao nascer; 47,5% nasceram por cesariana; e 17,36% apresentaram Intercorrências neonatais.

Tabela1- Descrição da amostra de acordo com características maternas e neonatais das crianças

Variável	Frequência	Porcentual
Idade Materna (anos)		
>20	28	12,7
20-29	103	46,6
30-39	82	37,1
>=40	8	3,6
Escolaridade Materna (anos)		
0	1	0,5
1-4	7	3,2
5-8	42	19,0
9-11	111	50,2
12 ou mais	60	27,1
Paridade		
1	100	45,2
2	73	33,0
3	35	15,8
4 ou mais	13	5,9
Renda Familiar (Salários Mínimos)		
<1	16	7,2
1	49	22,2
1,5-2	79	35,7
2,5-3	47	21,3
3,5-4	20	9,0
4,5-6	8	3,6
6,5 ou mais	2	0,9
Trabalho Mãe fora de casa		
Sim	101	45,7
Não	120	54,3
Uso de álcool na gestação		
Sim	15	6,8
Não	206	93,2
Uso de cigarros na gestação		
Sim	5	2,3
Não	216	97,7
Nº de consultas pré-natais		
<6	32	14,5
> = 6	189	85,5
Mora próximo a UBS		
Sim	186	84,2
Não	35	15,8
Sexo da criança		
Masculino	124	56,1
Feminino	97	43,9
Prematuridade		
Sim	19	8,6
Não	202	91,4
Baixo Peso ao nascer (<2.500)		
Sim	18	8,1
Não	203	91,9
Tipo de Parto		
Normal	116	52,5
Cesariana	105	47,5
Intercorrências Neonatais		
Sim	39	17,6
Não	82,4	82,4

A prevalência habitual de despertar noturno maior ou igual a 4 despertares por período noturno foi de 13,6%. Compartilhavam do mesmo quarto com outras pessoas 200 (90,5%) dividiam o quarto com algum familiar, o que é conceituado como quarto compartilhado. Destas, 51,2% (113) dividiam o quarto com ambos os pais, 17,6% (39) dividiam o quarto apenas com a mãe, 10,9% (24) dividiam o quarto com algum irmão. A presença do co-leito (dividir a mesma cama com alguém) foi observada em 67 crianças, aproximadamente um terço das crianças que apresentavam quarto compartilhado e 30% de todas as crianças avaliadas (tabela 2).

Geralmente, eram as mães que faziam as crianças dormir e quem as atendia nos despertares noturnos (71,5%). Das crianças que acordaram à noite, 28,1% não voltaram a adormecer sozinhas; Metade das mães (50,8%) considerava que as crianças demoravam a adormecer. Quase todas as crianças (96,1%) recebiam alimentação de madrugada, a maioria leite materno. 52,0% das mães relataram que a qualidade do sono da criança atrapalhava seu bem-estar.

Quanto à rotina adotada para dormir, foi observado que as crianças eram colocadas para dormir em menos de 30 minutos após se alimentarem em 80,5% dos casos (178 crianças), entre 30 e 60 minutos em 14,5% dos casos (32 crianças), entre 60 e 90 minutos em 3,6% dos casos (8 crianças), entre 90 e 120 minutos em 0,9% (2 crianças) e mais de 120 minutos em 0,5% dos casos (uma criança). Nas 2 últimas semanas, 84,6% acordaram no meio da noite, sendo que 67,4% acordaram mais de quatro noites e, geralmente, duas ou mais vezes na mesma noite. De acordo com a mãe, na maioria das vezes, o sono foi atrapalhado por fome (81,3%). Doenças da criança foram a segunda causa mais atribuída pelas mães de despertar noturno (5,9%).

Com relação à forma como a criança é colocada para dormir, 98 das 221 mães (44,3%) afirmaram colocar a criança na mesma cama dos pais até que ela durma, 152 mães (68,8%) afirmaram colocar a criança no colo até que ela durma para só depois colocá-la em seu berço/cama, 58 mães (26,2%) afirmaram colocar a criança para dormir no seu berço/cama, mas mantendo alguma forma de contato físico com ela, 63 mães (28,5%) afirmaram colocar a criança para dormir no seu berço/cama, não mantendo nenhuma forma de contato físico com ela e 99 mães

(44,8%) afirmaram cantar alguma canção de ninar ou contar alguma história para a criança antes dela dormir.

Tabela 2- Características habituais e das últimas 2 semanas do sono das crianças

Variável	Frequência	Porcentual
A criança divide o quarto		
Sim	200	90,5
Não	21	9,5
Co-leito		
Sim	67	30,3
Não	154	69,7
Com quem é o co-leito		
Mãe	31	46,3
Pai e Mãe	33	49,3
Avós	1	1,5
Irmãos	1	1,5
Despertar noturno		
Sim	179	81,0
Não	42	19,0
Quem atende a criança ao despertar à noite		
Mãe	158	71,5
Pai	2	0,9
Pai e Mãe	18	8,1
Cuidador	1	0,5
Não acorda	42	19,0
Volta a adormecer sozinha		
Sim	62	28,1
Não	117	52,9
Não acorda	42	19,0
Tempo para adormecer após o despertar noturno		
>10minutos	91	50,8
<10minutos	88	49,2
Alimentação na madrugada		
Sim	172	96,1
Não	7	3,9
Tipo de alimentação		
Aleitamento materno exclusivo	94	42,5
Aleitamento materno predominante	24	10,9
Aleitamento materno complementar	37	16,7
Outro	24	10,9
Não acordam	42	19,0
O Bem estar Materno é afetado		

Sim	93	52,0
Não	86	48,0
Tempo para atender a criança		
<10 minutos	174	97,2
>10 minutos	5	2,8
Primeira Medida		
Alimentar a criança	88	49,2
Verificar fralda	75	41,9
Verificar se frio/calor	4	2,2
Outras	12	6,7
Forma de iniciar o sono da criança		
Co-leito	98	44,3
Colo	152	68,8
Mantém a criança no berço, mas mantém contato físico	58	26,2
Mantém a criança no berço sem contato físico		
Mantém a criança no berço sem contato físico	63	28,5
Canta ou conta história	99	44,8
Rotina para dormir		
Sim	145	65,6
Não	76	34,4
Levou objeto para cama		
Sim	40	18,1
Não	181	81,9
Quantas noites acordou		
1	10	4,5
2-3	28	12,7
>=4	149	67,4
Não acordou	34	15,4
Causas dos despertares		
Fome	152	81,3
Fome e fralda suja	6	3,2
Fralda suja	7	3,7
Doenças da criança	11	5,9
Cólicas	1	0,5
Outras	10	5,3

O despertar noturno não mostrou associação com sexo, idade, prematuridade, baixo peso ao nascer, tipo de parto, Intercorrências neonatais, dividir o quarto com alguém, co-leito, alimentação na madrugada, tipo de alimentação da criança, uso de cigarros ou álcool na gestação ou rotina para dormir. Na Tabela 3, encontram-se os resultados da análise entre as variáveis acima citadas e a presença

maior ou igual a quatro vezes do despertar noturno como desfecho. Apenas o hábito de levar algum tipo de objeto para a cama foi estatisticamente significativo.

Tabela 3- Relação entre variáveis e o despertares noturnos maior ou igual a quatro vezes na noite.

Variável	Valor-p (IC95%)
Sexo	0,374 (0,689- 0,303)
Idade	0,919 (1,049- 0,418)
Prematuridade	0,766 (0,270- 5,912)
Baixo Peso ao nascer	0,302 (0,359- 22,447)
Tipo de parto	0,138 (0,820- 4,024)
Intercorrências Neonatais	0,425 (0,266- 1,751)
Dividir o quarto	0,940 (0,285- 3,883)
Co-leito	0,765 (0,383- 2,023)
Alimentação na madrugada	0,265 (0,455- 14,975)
Tipo de Alimentação	0,431 (0,290- 1,698)
Uso de álcool na gestação	0,345 (0,329-20,804)
Uso de cigarro na gestação	0,445 (1,121- 1,273)
Rotina para dormir	0,917 (0,464- 2,350)
Levar objeto para cama	0,044 (0,823- 48,164)

NOTA: p-valor referente ao teste Qui-quadrado de Pearson

4. DISCUSSÃO

Algumas preocupações dos pais em relação ao sono de seus filhos devem-se ao desconhecimento do que é o padrão normal do ciclo sono-vigília em cada faixa etária, gerando ansiedade e perda da qualidade de vida da mãe, que se torna sobrecarregada com a nova tarefa de alimentar sob livre demanda o seu bebê¹³.

Na literatura médica, são escassos estudos que tenham sido desenhados para avaliar a prevalência da insônia na faixa etária pediátrica. Entretanto, alguns autores sugerem prevalência varia entre 14 e 50%¹⁴.

Com relação aos hábitos de sono, não observamos no nosso estudo relação entre a alimentação noturna da criança e os seus despertares noturnos, uma vez que o ritmo circadiano do sono varia de ritmo ultradiano (< 24horas) no período de 0-28 dias de vida; e apenas após o primeiro mês de vida, o sono assume o ritmo

circadiano (equivalente a 24 horas), iniciando-se a adaptação do ciclo sono-vigília ao ciclo dia. Durante o terceiro mês de vida, o mais longo período de sono ininterrupto geralmente não ultrapassa 3,5h; em torno de 6 meses, não ultrapassa 6 horas. Entre 9-10 meses, o lactente dorme em média 9-10 horas por noite (com interrupções) e aos 12 meses, deve ocorrer consolidação do sono noturno, permanecendo as sestas diurnas¹².

Os despertares noturnos estiveram presentes em todas as crianças que tinham alimentação noturna, e foi elencada como a principal causa apontada pelas mães dos despertares noturnos da criança; 49,2% das mães afirmaram que a primeira medida ao atender a criança quando ela despertava à noite foi alimentar a criança, o que se configura em um hábito indevido, pois muitas vezes a criança desperta à noite por algum outro motivo (necessidade de trocar a fralda, frio, calor, dentre outros) e é alimentada sem necessidade pela mãe, e isso acaba condicionando a criança a despertar à noite para se alimentar, mesmo sem necessidade^{13;15}. A alimentação noturna é um fator fortemente associado à fragmentação do sono entre as crianças menores de cinco meses de idade¹⁶.

Levantamento realizado em 186 sociedades representativas dos principais tipos de culturas conhecidas, evidenciaram que em 64% delas as crianças dormiam com as mães e em 20% desses casos, também com o pai¹⁶. Os autores também evidenciaram a relação entre o co-leito e os despertares noturnos da criança, o que não foi evidenciado no nosso estudo, mas já foi descrita em outros estudos^{17,18}.

Alguns estudos identificam que a conduta adotada pelos pais nas rotinas para adormecer e a resposta dos mesmos aos despertares noturnos da criança estão firmemente associados à consolidação das horas de sono à noite¹⁶. No nosso estudo, observamos que em 68,8% dos casos a criança é colocada no colo até adormecer para só depois ser colocada em seu berço, e em 28,5% dos casos a criança é colocada diretamente para dormir no seu berço, mas mantendo alguma forma de contato físico com o seu cuidador. Essas atitudes favorecem o aparecimento de despertares noturnos em comparação com pais que deixam que seus bebês adormeçam sozinhos no seu berço e sem manter nenhum contato físico com eles¹⁹.

Apesar de não termos encontrado associação entre o co-leito e os despertares noturnos da criança, a presença do co-leito está intimamente

relacionada à alimentação noturna da criança, e esses dois fatores, por sua vez, contribuem para o aparecimento dos despertares noturnos da criança. Isso acontece porque a interação da mãe com o bebê é mais forte quando há o co-leito²⁰, principalmente se as mães amamentam a criança no leito²¹. A criança, ao dormir ao lado da mãe, fica mais tempo em contato com a sua pele, sentindo o seu cheiro, e isso estimula a criança a despertar mais. E uma vez que as mães estão mais próximas da criança graças ao co-leito, elas respondem mais rápido e com mais frequência aos despertares noturnos dos seus filhos²⁰.

Em estudo realizado em Barcelona, Espanha, os autores observaram que, dentre os bebês insones, frequentemente as crianças necessitam da presença de um dos pais para adormecer, porém não foi habitual os pais alimentarem os bebês durante a noite¹⁷.

As rotinas inadequadas para adormecer incluem ambiente, horário ou atividades prévias inadequadas antes do horário de dormir. E associações para dormir como, por exemplo, colocar o lactente em seu berço já adormecido, acalenta-lo até dormir em contato físico com ele, no colo ou na cama dos pais, ou através do uso de chupetas ou mamadeiras; essas crianças aprendem a associar o início do sono a alguma forma de intervenção dos pais e se tornam inaptas em adormecer por conta própria¹³.

5. CONCLUSÃO

Observamos no presente estudo que a presença do co-leito na população analisada foi de 29% e este foi mais prevalente em mães que possuem baixa escolaridade, não trabalham fora de casa e possuem menos de 20 anos, e que os despertares noturnos das crianças estão diretamente relacionados com a sua alimentação noturna. Não houve associação estatística entre a prevalência do co-leito e dos despertares noturnos da criança, o que talvez possa ser justificado por um número amostral baixo.

O co-leito foi mais frequente nas mães com menos de 20 anos ($p=0,001$), naquelas com menos escolaridade ($p<0,001$) e nas mães que não trabalham fora de casa ($p=0,002$). Nos despertares noturnos, a criança era atendida pela mãe em

88,3% dos casos, sendo que em 49,2% dos casos a primeira medida adotada pelas mães foi alimentar a criança. A causa mais apontada dos despertares noturnos das crianças foi a alimentação noturna da criança (87,1% dos casos). O co-leito foi mais frequente em mães que possuem baixa escolaridade, não trabalham fora de casa e possuem menos de 20 anos, e que os despertares noturnos das crianças estão diretamente relacionados com a sua alimentação noturna.

Orientações sobre higiene do sono devem ser discutidas com os pais, desde os primeiros meses de vida, nas consultas de puericultura; evitando-se hábitos inadequados e preparando a família para as várias mudanças decorrentes do próprio amadurecimento do ritmo circadiano da criança. Mudanças no conhecimento dos pais sobre o sono da criança podem contribuir para um sono de melhor qualidade de toda a família, prevenindo o desenvolvimento de distúrbios do sono na criança e diminuindo a ansiedade dos pais e cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. JENNI, O. G. et al. A longitudinal study of bed sharing and sleep problems among Swiss children in the first 10 years of life. *Pediatrics*. 2005; 115:233-40.
2. KRYGER MH, ROTH T, DEMENT WC. Principles and practice of Sleep Medicine. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005, 1517p.
3. REIMÃO R. Sono normal na infância. In: Diament AJ, Cypel S, editores. *Neurologia infantil*. 4a ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 1335-44.
4. BLUM NJ, CAREY WB. Sleep problems among infants and young children. *Pediatr Rev* 1996;17:87-93.
5. MELTZER LJ, MINDELL JA. Relationship between child sleep disturbances and maternal sleep, mood, and parenting stress: a pilot study. *J Fam Psychol* 2007;21:67-73.
6. ESTIVILL E. Childhood insomnia due to disorderly habits. *Rev Neurol* 2000;30: 188-91.
7. MADANSKY D. Sleeping. In: Rudolph AM, Hoffman JIE, Rudolph CD, editores. *Rudolph's Pediatrics*. 20ª ed. Stanford: Appleton and Lange; 2000.p.100-3.
8. GEIB, L. T. C. Moduladores dos hábitos de sono na infância. *Rev Bras Enferm* 2007 set-out; 60(5): 564-8.

9. HAYES, M. J. et al. Bedsharing, temperament, and sleep disturbance in early childhood. *Sleep* 2001;24:657-62.
10. CONVERTINI, G.; TRIPODI, M. R. Hábitos de sueño en menores de 2 años. *Arch. argent. pediatr.*, Buenos Aires, v. 105, n. 2, abr. 2007.
11. SANTOS, I. S.; MOTA, D. M.; MATIJASEVICH, A. Epidemiologia do co-leito e do despertar noturno aos 12 meses de idade em uma coorte de nascimentos. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 84, n. 2, Abr. 2008.
12. HOWARD BJ, WONG J. Sleep disorders. *Pediatr Ver* 2001;22:1-17.
13. NUNES, M. L. Distúrbios do sono. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 78, supl. 1, Ago. 2002.
14. MENDELL JA, OWENS JA, CARSKADON MA. Developmental features of sleep. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1999;8:695-725
15. MADEIRA, I. R.; AQUINO, L. A. Problemas de abordagem difícil: "não come" e "não dorme". *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 79, supl. 1, Jun. 2003.
16. TOUCHETTE, E. et al. Factors associated with fragmented sleep at night across early childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:242-9.
17. TENENBOJM, E. et al. Causas de insônia nos primeiros anos de vida e repercussão nas mães: atualização. *Rev. paul. pediatr.*, São Paulo, v. 28, n. 2, Jun. 2010.
18. HISCOCK, H.; WAKE, M. Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *BJM* 2002;324:1062-5.
19. ANDERS, T. F. Organização e desenvolvimento do sono no início da vida. In: Tremblay, R. E.; Boivin, M. Peters, R. D. V., eds. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development; 2012:1-9.
20. BADDOCK, S. A. et al. Sleep arrangements and behavior of bed-sharing families in the home setting. *Pediatrics*. 2007;119:e200-7.
21. BALL, H. L. Parent infant bad-sharing behavior: effects of feeding type and presence of father. *Hum Nat*. 2006;17:301-18.