

ATUALIDADES EM AMAMENTAÇÃO

Nº53, 2014



Dormindo com o bebê

Editora convidada: Gillian Weaver¹

QUEM DORME COM SEUS BEBÊS E POR QUÊ?

Muitos bebês compartilham a cama nas primeiras semanas de vida mais do que em qualquer outra idade. Entre 20 e 25% dos bebês abaixo de 3 meses de idade passarão algum tempo compartilhando a cama com os pais em alguma noite e, durante os seus 3 primeiros meses, até 70% dos bebês de famílias euro-americanas compartilharão a cama uma ou mais vezes. Quando os pais são entrevistados sobre dormir com seus bebês, eles dão várias razões para fazê-lo.^{2,3,4} Suas repostas expressam crenças culturais ou religiosas profundamente enraizadas e filosofias que invocam ligações fisiológicas entre lactação e a amamentação à noite, e refletem a compulsão biológica que leva ao vínculo e a urgência de contato próximo.^{5,6,7} Na prática, eles também explicam que dormir com os bebês faz com que o período da noite seja mais fácil, ajuda

1 Professora de Antropologia e Diretora de Estudos de pós-graduação, Diretora do Laboratório de Sono, Durham University, Dawson Building, South Road, Durham, DH1 3LE, UK. E-mail: h.l.ball@durham.ac.uk

2 Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child* 2004;89:1106-10

3 McCoy RC, Hunt CE, Lesko SM et al. Frequency of bed sharing and its relationship to breastfeeding. *J Dev Behav Pediatr* 2004;25:141-9

4 Ball H. Airway covering during bed-sharing. *Child Care Health Dev* 2009;35:728-37

5 Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. *Birth* 2003;30:181-8

6 Culver ED. Exploring bed-sharing mothers' motives and decision-making for getting through the night intact: a grounded theory. *Journal of Midwifery and Women's Health. American College of Nurse-Midwives, Silver Spring MD, 2009*

7 Ateah CA, Hamelin KJ. Maternal bedsharing practices, experiences, and awareness of risks. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37:274-81

a monitorar o bebê, provê conforto e ainda ajuda a adormecer. Outros pais reportam que não têm outro lugar para colocar o bebê à noite, ou que eles acabam adormecendo com seu bebê involuntariamente. Para as mães que amamentam, todas essas razões se aplicam e, não é surpresa o fato de que a maior parte deste grupo de compartilhadores de cama ao redor do mundo sejam mulheres que amamentam.

Embora seja um fato bem estabelecido que a maior parte das mulheres que amamentam dorme com seus bebês, a frequência e a padronização com que o fazem variam. Algumas o fazem a noite toda, algumas parte da noite, outras apenas ocasionalmente, outras acidentalmente, sem a intenção de fazê-lo, adormecem enquanto amamentam. Embora muitas mães que amamentam reportam que compartilhar a cama é “errado”,⁸ quase todas as mães que amamentam adormecem com seus bebês, na cama, ou em uma cadeira, ou em um sofá, independentemente se ela se considera ou não uma “compartilhadora de cama”. É fundamental, portanto, que todos os profissionais de saúde que apoiam mães que amamentam sejam bem informados sobre as questões acerca do sono compartilhado e possam ajudar as mães a ter o senso de como as evidências científicas relacionam-se com suas próprias situações.

PERGUNTAS, PERGUNTAS, PERGUNTAS...

É claro que muitas perguntas rodeiam os pais que compartilham suas camas com suas crianças (seja na

⁸ O “errado” de compartilhar a cama pode estar se referindo a preocupação com a segurança – e com a implicação de que seria irresponsável – ou “errado” pode expressar um julgamento de valor moral ou culturalmente inapropriado. Entretanto, rotular ou expressar a cama compartilhada como “errado” leva a medo ou culpa nos pais.

cama de um adulto ou dormindo junto a elas em outro lugar). “Causa” morte súbita? Protege o bebê da morte súbita? Os bebês podem se sufocar ou serem sufocados? As mulheres podem dormir mais ou menos? É perigoso dormir com seu bebê se você não amamenta? E quando os bebês são muito jovens, prematuros ou muito pequenos? E se os pais fumarem ou beberem? Compartilhar o sono ajuda a mulher a amamentar? A amamentação protege o bebê dos riscos de se compartilhar o sono? Onde você deve alimentá-lo à noite? À noite, é melhor alimentá-lo sentado ou deitado? Como compartilhar a cama? Como se pode deixar a cama segura?

As questões acerca da cama compartilhada não são simples e, muitas das questões não têm respostas simples. As evidências científicas são contraditórias e são essas as orientações seguidas por diferentes organizações. Muitas das questões não são fáceis de pesquisar, por que é difícil desassociar a cama compartilhada de vários outros aspectos dos pais que podem contribuir para diferentes resultados – e muito poucas pesquisas consideram os riscos com bebês amamentados ou não-amamentados separadamente. O que conhecemos, portanto, são informações incompletas, e as orientações vêm com uma certa “distorção” que reflete a competência ou a prioridade daquela organização que está fazendo a orientação.⁹ Pais, portanto, têm que usar seu julgamento para determinar o que funciona, ou o que é “melhor” ou “mais seguro”, para eles e os bebês – e eles precisam de informações para fazê-lo.

Durante o ano passado, eu e meu colega Dr. Charlotte Russell estivemos trabalhando com diversas organizações no Reino Unido (La Leche League, National Childbirth Trust, UNICEF Baby Friendly Initiative) a produzir um site com informações sobre o sono infantil (ISIS) com o objetivo de informar aos pais e profissionais de saúde sobre as evidências científicas disponíveis sobre onde e como os bebês dormem (www.isisonline.org.uk). Este editorial irá resumir algumas dessas questões que discutimos no site e, considerar como as últimas pesquisas estão informando pais e profissionais da saúde.

POR QUE COMPARTILHAR A CAMA É CONSIDERADO PERIGOSO?

Há uma longa história acerca das discussões sobre o sono infantil e segurança que começa em nosso passado evolutivo. Quando falo em público, frequentemente explico as características evolutivas das crianças e porque mulheres e crianças necessitam de contato físico um com o outro nos primeiros meses de vida. Minha intenção é explicar como mulheres frequentemente sentem a necessidade de dormir com seus bebês e porque os

9 Ball HL, Volpe LE. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location - Moving the discussion forward. Soc Sci Med 2012; doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.025

bebês respondem positivamente a este contato próximo. Embora este contato noturno seja uma parte de nossa biologia, não significa que não apresente riscos. Às vezes eu vejo que as explicações biológicas são usadas como argumento para descartar problemas de segurança (por exemplo, “outros mamíferos dormem com seus filhotes sem machucá-los”). Enquanto é absolutamente normal entre os mamíferos e sua prole dormir em contato próximo, devemos nos lembrar que também é comum, entre mamíferos, morrer durante a infância. Da mesma forma, a mortalidade infantil foi observada em altas taxas ao longo da história humana e relatado que os bebês morreram enquanto dormiam com suas mães por razões que poderiam ter sido acidentais, deliberadas ou não relacionadas ao local onde o bebê dormia.

Um aspecto da mortalidade infantil que vêm após uma minuciosa pesquisa é a morte devido ao sufocamento com o próprio peso dos pais que, na Idade Média era considerada uma forma disfarçada de infanticídio¹⁰ e, então, no século XIX, a Escócia associou o fato ao consumo materno de álcool.¹¹ Para eliminar as formas acidentais ou deliberadas de sufocamento, o “Arcuccio” foi inventado na Itália para proteger crianças enquanto dormiam com suas mães.¹² (Figura 1)

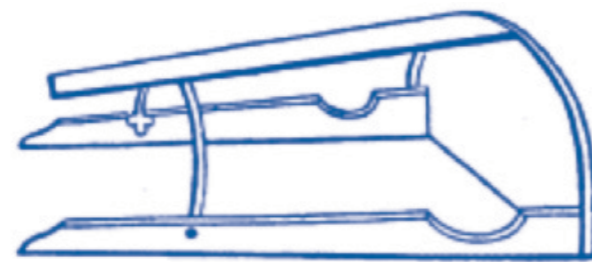


FIGURA 1 – O Arcuccio: um aparato para prevenir o sufocamento por peso em crianças. British Medical Journal, 10 de agosto de 1895.

Em outros países, artefatos foram longamente utilizados para carregar bebês e para crianças dormirem durante o dia (por exemplo, berços e cestos), tornando-se uma opção de local de sono noturno; com o aumento da prosperidade, as casas aumentaram de tamanho e quartos individuais tornaram-se moda. Essas influências têm resultado em derivações culturais nas práticas de sono das crianças em muitas nações pós-industrialização que, agora, estão fora da biologia mãe-bebê. A discordância entre a recente história cultural e a história envolvida no cuidado infantil está na raiz da questão da cama compartilhada.

10 Spinelli MG. Infanticide: psychosocial and legal perspectives on mothers who kill. American Psychiatric Publishing, Arlington VA, 2003

11 Russell-Jones DL. Sudden infant death in history and literature. Arch Dis Child 1985;60:278-81

12 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2508215/pdf/brmedj08781-0040.pdf>

Com a melhoria do padrão de vida e das condições de higiene nos países em desenvolvimento durante os séculos XIX e XX, as taxas de mortalidade diminuíram aos níveis que estão hoje. Uma das metas da medicina ocidental – eliminar todas as razões evitáveis de morte infantil – foi perseguida com extremo sucesso em tais situações, e na medida em que o conhecimento avançou e os médicos passaram a ter à sua disposição, incubadoras e métodos artificiais de alimentação - conseguiu-se manter os bebês vivos sem a presença de suas mães. Eventualmente, mães tornaram-se supérfluas para a sobrevivência de seus filhos. Por volta da metade do século XX, as crianças ocidentais dormiam predominantemente em seus quartos, em mobiliários especialmente projetados e eram alimentadas com leite de vaca quimicamente modificado. Mas embora o risco presumido das mães adormecerem agora estivesse eliminado, inexplicavelmente, bebês continuavam morrendo em seus berços, em um fenômeno popularmente chamado de Morte Súbita do recém-nascido ou morte no berço.

Hoje, as revisões sobre as mortes infantis em Comitês de mortalidade infantil e em Comitês de proteção estão presentes em muitos países e examinam rigorosamente cada morte de bebê ou criança em busca de formas de prevenção no futuro.

FALANDO SOBRE SÍNDROME DA MORTE SÚBITA DO RECÉM-NASCIDO

Por volta de 1965 uma morte inesperada de um bebê de causas não explicadas foi classificada como Síndrome da Morte Súbita Infantil (SMSI), com um novo código incorporado à Classificação Internacional de Doenças (CID). A Síndrome da Morte Súbita do Recém-Nascido ou Infantil, portanto, não é a causa de morte de bebês, mas uma categoria na qual é atribuída à morte quando não se encontra a causa. A busca de mecanismos atribuídos a estas mortes têm sido, até agora, malsucedidos; não são conhecidas as razões pelas quais os bebês morrem durante o sono. Contudo, certas circunstâncias têm sido associadas com a Síndrome da Morte Súbita do Recém-Nascido, como a posição de braços durante o sono, exposição ao cigarro e a falta de amamentação. Estas circunstâncias são comumente conhecidas como fatores de risco e, quando vários fatores de risco são associados, o risco da Síndrome da Morte Súbita do Recém-Nascido aumenta dramaticamente. Alguns fatores de risco estão associados a uma vulnerabilidade intrínseca à infância, tais como prematuridade, baixo peso ao nascer ou exposição ao cigarro durante a gestação. Já nascido, não há como mudar tais fatores. No entanto, cogita-se que outros fatores relacionados ao ambiente de cuidado da criança possam promover um estresse que um bebê vulnerável, passando por um período crítico de

desenvolvimento, pode não estar preparado para superar, chamado de “modelo do triplo risco para Síndrome da Morte Súbita do Recém-Nascido”.¹³ (Figura 2) Esses aspectos do cuidado da criança são geralmente considerados riscos “modificáveis” (por exemplo, posição de dormir, excesso de roupa, cobrir a cabeça, alimentação, uso de chupeta, pais fumantes) e são a base de muitas campanhas nacionais de prevenção à SMSI. Grande parte do sucesso tem sido alcançado com algumas campanhas simples (como a “Back to Sleep” – “dormir de costas”), mas “pílulas mágicas” são raras e podem, hoje, estar dificultando ainda mais os esforços para a redução da Síndrome da Morte Súbita do Recém-Nascido.¹⁴

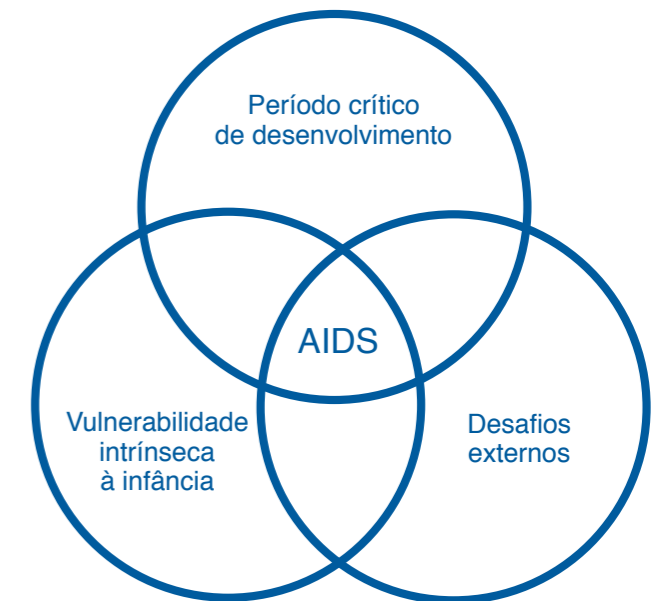


FIGURA 2 – Modelo do triplo risco para Síndrome da Morte Súbita do Recém-Nascido.

E A CAMA COMPARTILHADA ...

Em 1986, o antropólogo James McKenna elaborou uma hipótese na qual uma das explicações da Síndrome da Morte Súbita do Recém-Nascido pode envolver a separação dos bebês de suas mães à noite, uma característica do cuidado infantil em certos países ocidentais que é histórica e culturalmente única.¹⁵ Até agora, as pesquisas sobre morte súbita mostram que a interrupção do despertar do bebê e suas pausas na respiração

13 Filiano JJ, Kinney HC. A perspective on neuropathologic findings in victims of the sudden infant death syndrome: the triple-risk model. Biol Neonate 1994;65:194-7

14 Ball HL, Volpe LE. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location - Moving the discussion forward. Soc Sci Med 2012; doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.025

15 McKenna JJ. An anthropological perspective on the sudden infant death syndrome (SIDS): the role of parental breathing cues and speech breathing adaptations. Med Anthropol 1986;10:9-92

(apneia central) são precursores de mortes infantis inesperadas, e McKenna propôs que crianças que dormiam em ambientes com amplo contato corporal podem estar protegidas da apneia e da falta de despertar devido aos sons, movimentos e respiração maternos.¹⁶ Esta é uma hipótese popular que muitos pais abraçam, particularmente aqueles que já aprovam o contato noturno com seus bebês por razões práticas ou filosóficas acima mencionadas. Embora a pesquisa de McKenna tenha demonstrado a existência de um elevado grau de sincronia fisiológica entre o sono das mães e dos bebês,¹⁷ pesquisas sobre cama compartilhada indicam que este seria um outro fator associado com o aumento das taxas, ao invés de diminuição do risco da morte súbita, e a combinação entre cama compartilhada com pais que fumam está particularmente implicada.^{18,19} Nos últimos 20 anos, discussões e estudos em relação aos riscos reais e presumidos e os benefícios de se compartilhar a cama estão em curso. Nenhum estudo epidemiológico produziu evidências de que compartilhar a cama definitivamente reduz os riscos de morte súbita, embora existam fortes evidências de que o compartilhamento do sono (quando o bebê divide o quarto com os pais) é protetor. É também claro que o ambiente em que se vive e certos comportamentos interagem de forma que podem tornar particularmente perigosos o sono compartilhado entre bebês e adultos.

QUAIS SÃO OS RISCOS?

Estudos que fazem associação entre cama compartilhada e morte súbita têm sido contraditórios, com algumas evidências encontradas com o aumento do risco entre cama compartilhada e morte súbita apenas de filhos de fumantes, e outras encontradas com a mesma associação para não-fumantes também. Isso levou muitos países e organizações a advertir pais e outros a nunca compartilhar a cama sob certas circunstâncias. As evidências científicas foram recentemente revisadas em uma meta-análise que analisou 11 casos-controle nacionais com dados sobre morte súbita e o local onde se dorme, conduzidos entre 1987 e 2006.²⁰ Três estudos eram dos Es-

tados Unidos, quatro do Reino Unido, apenas um da Alemanha, Irlanda, Nova Zelândia e Noruega. A análise utilizou a definição ampla de cama compartilhada que englobava o compartilhamento de qualquer superfície entre adultos e crianças. Em todos, o risco de morte súbita aumentou 3 vezes no compartilhamento de qualquer superfície. Dados de tabagismo materno estavam disponíveis em quatro estudos mostrando um risco 6 vezes maior em mulheres tabagistas que compartilharam a cama (ou em qualquer outra superfície), comparado a um aumento de 1.66 em mulheres não-fumantes, indicando um aumento significativo do risco apenas para as que fumam. Dados sobre a idade da criança e cama compartilhada (ou em qualquer superfície) estão disponíveis em apenas 3 dos estudos e foram examinados todos os casos, independentemente do tabagismo. O risco de crianças menores de 12 semanas é cerca de 10 vezes maior do que o de crianças com 12 semanas ou mais.

No entanto, sem a subdivisão por tabagismo e sem informação sobre o tipo de superfície (por exemplo, cama versus sofá), este risco aumentado aparente para bebês mais novos tem uma contextualização difícil. Deve-se lembrar que as 12 semanas de idade é um ponto de corte arbitrário e a definição de criança jovem varia de estudo para estudo. Em dois estudos a rotina de compartilhamento de cama (em qualquer superfície) não foi associada à Síndrome da Morte Súbita do Recém-Nascido, mas cinco estudos revelaram um aumento de cerca de 2 vezes quando o compartilhamento de sono não faz parte da rotina. Embora descrito como meta-análise de 11 estudos, apenas o risco global de SMSI em relação ao compartilhamento de cama realmente incorpora a gama completa de dados nos estudos examinados. Onde as análises dos subgrupos envolviam os dados, na melhor das hipóteses, em menos da metade deles as variáveis foram examinadas de forma isolada uma da outra. É frustrante não ter informações claras sobre a condição de fumo, ou o hábito de *não ter* como rotina o compartilhamento do sono, apresentando, desproporcionalmente um maior risco para crianças jovens, ou como o compartilhamento do sofá ou o consumo de álcool podem contribuir nesta faixa etária aparentemente vulnerável.

Embora esta meta-análise tenha revisado principalmente dados antigos (incluindo dados de antes e durante as campanhas “Back to Sleep” e as dramáticas mortes por SMSI durante os anos de 1990), estudos mais recentes fornecem novas expectativas. Onde as diretrizes de prevenção à morte súbita enfatizam a segurança do berço (dormir em decúbito elevado, não cobrir a cabeça, evitar excesso de roupas, remoção de edredons, brinquedos macios e protetores de berço etc.) a taxa de morte súbita em berços caiu. Agora, as pesquisas começaram a aplicar os mesmos princípios para identificar fatores

envolvidos na segurança do compartilhamento de cama. O local onde se dorme foi examinado na Inglaterra pela SWISS (South West Infant Sleep Study),²¹ durante 4 anos em um estudo de caso controle de base populacional que comparou 80 mortes de bebês que satisfaziam os critérios para SIDS com dados de dois grupos controle pareados por idade. O termo ‘co-leito’ (co-sleeping) foi usado para definir qualquer forma de compartilhamento de sono entre um adulto e um bebê, seja na cama ou no sofá. Dentre as mortes súbitas ocorridas com bebês, 54% morreram enquanto praticavam co-leito, comparado com 20% daqueles que não compartilhavam a cama em ambos os grupos controle. A interação significativa foi encontrada para os óbitos infantis entre co-leito e uso recente dos pais de álcool ou drogas (31% contra 3% dos controles randomizados) e entre o co-leito praticado no sofá (17% contra 1%). Os autores concluíram que muitos dos casos de Síndrome da Morte Súbita do Recém-Nascido ocorreram devido ao fato dos bebês terem dormido em locais considerados perigosos. As maiores influências sobre o risco, independentemente de marcadores de privação socioeconômica, foram o uso de álcool ou drogas antes de compartilhar uma cama e o compartilhamento de sofá. Embora os dados se as mães tentaram ou não amamentar tenham sido comparados com casos-controle, nenhuma associação foi ligada à morte súbita; no entanto, dados mais específicos sobre o tipo de alimentação no período antecedente à morte não foi relatado. Agora, são claras as evidências de que o ambiente aumenta o risco de morte súbita no momento da morte – fumo, uso de drogas e álcool e dormir com o bebê em um sofá – e, frequentemente há uma combinação desses fatores. Um estudo sobre óbitos em cama compartilhada no Alasca²², por exemplo, mostrou que, em 99% dos casos, pelo menos um fator de risco estava presente (por exemplo, uso materno de tabaco, dormir com alguma pessoa afetada pelo uso de substâncias que afeta a consciência ou a excitação) e concluiu que apenas compartilhar a cama de forma isolada não aumenta o risco de óbitos infantis.

E SOBRE A MORTE INFANTIL ACIDENTAL POR SUFOCAÇÃO E POR SOBREPOSIÇÃO DO PESO?

Além da possibilidade da Síndrome da Morte Súbita do Recém-Nascido durante a cama compartilhada, há uma literatura crescente citando sobre o local de dormir e uma inesperada e repentina morte acidental na infância

21 Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, Edmonds M, Heckstall-Smith EM, Fleming P. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ* 2009;339:b3666

22 Blabey MH, Gessner BD. Infant bed-sharing practices and associated risk factors among births and infant deaths in Alaska. *Public Health Rep* 2009;124:527-34

(SUDI - Sudden Unexpected Death in Infancy). Distinguir a SUDI da SMSI (Síndrome da Morte Súbita do Recém-Nascido) é difícil devido à ausência de diagnósticos claros e critérios para separar a morte súbita de uma simples sufocação. Onde as evidências de uma potencial sufocação é circunstancial (por exemplo, a presença de um parceiro), legistas podem diagnosticar o óbito infantil como “indeterminado”. Os ambientes onde se compartilha o sono têm sido recentemente implicados nas mortes por sufocamento no Reino Unido e em estudos norte-americanos.^{23,24} Portanto, além da questão de saber se o compartilhamento de cama traz um aumento de risco de morte súbita em um determinado contexto, todos os pais deve estar alertas para a possibilidade de mortes infantis acidentais durante o compartilhamento do sono. A responsabilidade dos pais é importante tanto para a SMSI quanto para a SUDI acidental. Se os pais considerarem as questões de segurança relacionadas com o compartilhamento de cama antes de dormir com seu bebê pela primeira vez, os riscos de cair no sono com o bebê acidentalmente em um ambiente perigoso pode ser diminuído. Isto é particularmente importante quando o álcool e / ou outras drogas prejudicam temporariamente o julgamento dos pais, uma vez que é um adulto sóbrio que deve tomar a decisão sobre a segurança do bebê.

ALEITAMENTO MATERNO E COMPARTILHAMENTO DA CAMA: O QUE SABEMOS?

Pesquisas confirmam o que as mães que amamentam relatam frequentemente: que a partilha de cama facilita a amamentação frequente durante a noite. Vários estudos descobriram que, embora as mães que amamentam em compartilhamento de cama acordam frequentemente para dar de mamar, elas também acordam por períodos mais curtos, voltam a dormir mais rapidamente²⁵ e alcançam uma maior duração do sono, quando comparadas com as que não compartilham a cama²⁶. Recentemente, um estudo sueco relatou uma associação entre a partilha de cama e três ou mais despertares noturnos, mas interpretaram isso como uma associação com problemas de sono e não com a necessidade de lactentes para se

23 Weber MA, Risdon RA, Ashworth MT, Malone M, Sebire NJ. Autopsy findings of co-sleeping-associated sudden unexpected deaths in infancy: relationship between pathological features and asphyxial mode of death. *J Paediatr Child Health* 2012;48:335-41

24 Schnitzer PG, Covington TM, Dykstra HK. Sudden unexpected infant deaths: sleep environment and circumstances. *Am J Public Health* 2012;102:1204-12

25 Mosko S, Richard C, McKenna J. Maternal sleep and arousals during bedsharing with infants. *Sleep* 1997;20:142-50

26 Quillin SI, Glenn LL. Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33:580-8

16 McKenna JJ, Mosko S, Dungy C, McAninch J. Sleep and arousal patterns of co-sleeping human mother/infant pairs: a preliminary physiological study with implications for the study of sudden infant death syndrome (SIDS). *Am J Phys Anthropol* 1990;83:331-47

17 McKenna JJ, Ball HL, Gettler LT. Mother-infant cosleeping, breastfeeding and sudden infant death syndrome: what biological anthropology has discovered about normal infant sleep and pediatric sleep medicine. *Am J Phys Anthropol* 2007;Suppl 45:133-61

18 Mitchell EA, Scragg R. Are infants sharing a bed with another person at increased risk of sudden infant death syndrome? *Sleep* 1993;16:387-9

19 Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ et al. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. CESDI SUDI research group. *BMJ* 1999;319:1457-61

20 Vennemann MM, Hense HW, Bajonowski T et al. Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: can we resolve the debate? *J Pediatr* 2012;160:44-8

alimentar com frequência, inclusive à noite²⁷. Embora os mesmos autores tenham relatado uma associação na Suécia entre compartilhamento da cama e ser mãe solteira, no Reino Unido, encontramos a associação oposta, com menor número de mães solteiras em compartilhamento de cama do que aquelas que relatam ter companheiro²⁸. Outros estudos têm mostrado que a amamentação está associada a maior ou equivalente duração do sono do que a alimentação com fórmula em geral, mas não examinaram o local onde o bebê dorme.^{29,30}

A estreita interação entre a partilha de cama e a amamentação já foi documentada em 20 ou mais estudos. De particular interesse é a associação observada entre a partilha de cama e uma maior duração da amamentação. No Brasil, por exemplo, os pesquisadores investigaram os resultados da amamentação aos 12 meses através de entrevistas com as mães de 4.231 bebês ao nascer, aos 3 e 12 meses, e sobre as suas características de compartilhamento de cama e amamentação. O compartilhamento de cama foi definido como o compartilhamento habitual de uma cama entre mãe e filho para toda ou parte da noite. Prevalência de aleitamento materno aos 12 meses foi de 59% para aqueles que compartilhavam a cama até 3 meses e 44% para aqueles que não o fizeram. Entre as crianças amamentadas exclusivamente aos 3 meses, 75% dos compartilhadores de cama ainda foram amamentadas aos 12 meses, contra 52% dos não-compartilhadores³¹. Os autores aceitaram esses resultados como prova de que a partilha de cama protege contra o desmame precoce, porém a associação não nos diz nada sobre a direção da causalidade. A relação pode ser simplesmente que as mães que estão inclinadas a amamentar por mais tempo também podem ser mais inclinadas a compartilhar cama.

Vários anos atrás encontramos uma diferença significativa na frequência do aleitamento materno e local de sono da criança quando realizamos um estudo randomizado de vídeo sobre as duas primeiras noites após o nascimento em uma unidade pós-parto hospitalar.³² Bebês que compartilhavam a cama de sua mãe, ou dormiam em um berço acoplado à cama se alimentaram duas ve-

zes mais que os bebês que dormiam em um berço padrão no quarto das mães. Um vídeo indicou que quando os bebês acordam durante a noite e começam a pedir o peito, as mães mais próximas estavam mais atentas aos seus sinais de fome e respondem prontamente, porém as mães cujos bebês estavam em um berço em sua cabeceira não sentiam os movimentos de seus filhos ou não respondiam aos seus pedidos. Esses bebês, portanto, perderam muitas oportunidades para iniciar e praticar a pega e sucção, enquanto as mães não receberam a estimulação do mamilo frequente e picos de prolactina que desencadeiam a produção de leite rápida e abundante.

Em um estudo posterior,³³ observou-se a hipótese de que o contato durante o sono entre mãe e bebê aumenta a frequência de amamentação, e a amamentação frequente é conhecida por promover o aleitamento eficaz; assim, mães e bebês que foram incentivados a dormir próximos após o parto podem experimentar uma maior duração da amamentação do que aqueles que dormem separados, mas no mesmo quarto. Neste ensaio randomizamos mães e recém-nascidos em duas condições diferentes de sono durante o pós-parto. 1204 mulheres grávidas com a intenção de amamentar foram recrutadas em um grande hospital do Reino Unido. Metade foram alocadas aleatoriamente para alojamento conjunto normal (berço ao lado da cama), a outra metade foram destinadas para contato próximo (berço acoplado à cama da mãe). O acompanhamento das mães após alta hospitalar foi realizado semanalmente, sobre a sua situação de amamentação e local de sono da criança em casa; 870 mães forneceram dados por até 6 meses. Após ajuste para idade materna, escolaridade, tipo de parto e amamentação anterior, não houve diferença significativa entre os grupos, quanto a duração de aleitamento materno ou de aleitamento materno exclusivo. Apesar de não achar que a proximidade do sono pós-natal tenha afetado os resultados da amamentação a longo prazo em um ambiente hospitalar terciário cheio, os dados de acompanhamento reforçaram os resultados de estudos anteriores. O compartilhamento de cama em casa era comum (relatado por 67% dos com berço acoplado ao lado da cama versus 64% daqueles com alojamento conjunto durante a permanência pós-natal), e aqueles que compartilharam cama nas primeiras 13 semanas eram duas vezes mais propensos do que os não-compartilhadores a amamentar até 6 meses (dados não publicados). A curta duração atual da hospitalização pós-parto no Reino Unido significa que é preciso estudar o sono em casa, mas como randomizar mães e crianças para locais diferentes do sono (e garantir o cumprimento) em um ambiente doméstico é um problema metodológico ainda a ser resolvido!

33 Ball HL, Ward-Platt MP, Howel D, Russell C. Randomised trial of sidecar crib use on breastfeeding duration (NECOT). Arch Dis Child 2011;96:630-4

Em geral, até o momento, sabemos que mães que amamentam e compartilham cama são mais conscientes e sensíveis às manifestações de alimentação de seus filhos, o que favorece o início da amamentação. Nas semanas e meses após o nascimento as mães que amamentam e compartilham cama comumente tornam a amamentação noturna mais fácil, e que aquelas que a compartilham cama dormem mais e amamentam por mais tempo do que aquelas que dormem separados. Agora, temos de considerar o grau em que os benefícios do compartilhamento da cama para a amamentação são compensados pelos riscos reais ou presumidos.

AMAMENTAÇÃO, COMPARTILHAMENTO DE CAMA E OS RISCOS

Bebês amamentados são, por vezes, as vítimas de Síndrome de Morte Súbita Infantil (SMSI), mas mortes são menos frequentes entre os bebês que são amamentados do que entre aqueles que não o são. Uma meta-análise de amamentação e SMSI confirmou que os bebês amamentados tiveram menos da metade do risco de SMSI do que aqueles que não foram amamentados, e que o efeito era mais forte quando a amamentação é exclusiva.³⁴ No entanto, não existem estudos de caso-controle que mostrem o risco de SMSI em crianças amamentadas e compartilhamento de cama em cama de adulto na ausência dos riscos bem estabelecidos (tabagismo, uso de álcool e consumo de drogas), com a exceção de um estudo na Holanda cujos resultados são considerados inconclusivos devido à pequena amostra, a falta de divisão por situação de amamentação e a falta de dados sobre outros fatores de risco³⁵; por todas estas razões, este estudo foi excluído da meta-análise acima. Outros pesquisadores têm produzido estimativas na tentativa de resolver o mesmo problema. Carpenter usou dados de 20 regiões da Europa para estimar que a taxa de SMSI para lactentes amamentados em compartilhamento de cama seria o dobro de bebês amamentados que não compartilhavam a cama, refletindo um aumento de 1 para 2 por 10.000 no número acumulado de mortes estimadas aos 6 meses de idade³⁶. As mesmas estimativas para bebês não amamentados produziu taxas de 4/10.000 e 11/10.000 para os que não compartilhavam cama e os que compartilhavam cama, respectivamente. Em comparação com a taxa de nacional do Reino Unido de SMSI de 1/2.000, ambas as estimativas para os bebês amamentados, dentro ou fora do ambiente de compartilhamento de cama,

34 Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. Pediatrics 2011;128:103-10

35 Ruys JH, de Jonge GA, Brand R, Engelberts AC, Semmekrot BA. Bed-sharing in the first four months of life: a risk factor for sudden infant death. Acta Paediatr 2007;96:1399-403

36 Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. Lancet 2004;363:185-91

são, portanto, muito baixas, e para bebês amamentados o compartilhamento da cama é indicado.

Em uma análise dos padrões de compartilhamento da cama e amamentação ao longo do tempo entre o nascimento e os 45 meses de idade para um estudo de coorte (crianças nascidas em 1991 e 1992) de 14.000 famílias da ALSPAC (Avon Longitudinal Study de Pais e Filhos), a análise de classe latente (um poderoso método de estatística multivariada que identifica subgrupos não observáveis dentro de uma população) foi utilizada para identificar grupos de famílias com base em suas características de compartilhamento de cama.³⁷ Os autores concluem que as famílias com maior probabilidade de compartilhamento de cama nos meses seguintes ao nascimento também foram os mais propensos a amamentar, e que as características dessas famílias as colocaram em risco muito baixo de SMSI. Qualquer benefício de impedir a partilha de cama neste grupo, portanto, seria muito pequeno, e, seguindo esse conselho a amamentação provavelmente sofreria. Os autores recomendam que as mensagens de redução de riscos para prevenir SMSI devem ser direcionadas especificamente para as práticas de cuidado infantil seguras, esta forma de prevenção da mortalidade infantil evitaria prejudicar os resultados da amamentação para as crianças já com baixo risco de morte inesperada.

EQUILIBRANDO INFORMAÇÕES

O desafio de equilibrar os benefícios para a saúde pública de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade com a agenda de prevenção de mortalidade infantil exigirá soluções criativas. A amamentação não pode proteger uma criança dos riscos introduzidos por comportamento perigoso dos pais, e assim a orientação de que as crianças estão mais seguras de dormir em um berço ao lado da cama dos pais é defensável como uma mensagem geral de saúde pública, mas esta mensagem também deve reconhecer que nem todo compartilhamento de cama entre pais e crianças é inerentemente perigoso, e que mães e crianças em amamentação e compartilhamento de cama são um grupo particularmente de baixo risco. Portanto, não é defensável aconselhar ou sugerir que a partilha de cama é letal e nunca deve ser praticada em qualquer circunstância e, fazê-lo seria alienante. Dados recentes dos EUA, onde as táticas amedrontadoras têm sido implementadas em campanhas anti-compartilhamento de cama, indicam que mensagens simples destinadas a demonizar a partilha de cama são rejeitadas pelos pais a quem são dirigidas.³⁸ Em Milwaukee, mensagens infames

37 Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relationship between bed sharing and breastfeeding: longitudinal, population-based analysis. Pediatrics 2010;126:e1119-e1126

38 Ball HL, Volpe LE. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location - Moving the discussion forward. Soc Sci Med 2012; doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.025

27 Mollborg P, Wennergren G, Norvenius SG, Alm B. Bed-sharing among six-month-old infants in western Sweden. Acta Paediatr 2011;100:226-30

28 Ball HL, Moya E, Fairley L, Westman J, Oddie S, Wright J. Bed and sofa-sharing practices in a UK biethnic population. Pediatrics 2012;129:e673-e681

29 Doan T, Gardiner A, Gay CL, Lee KA. Breast-feeding increases sleep duration of new parents. J Perinat Neonatal Nurs 2007;21:200-6

30 Montgomery-Downs HE, Clawges HM, Santy EE. Infant feeding methods and maternal sleep and daytime functioning. Pediatrics 2010;126:e1562-e1568

31 Santos IS, Mota DM, Matijasevich A, Barros AJ, Barros FC. Bed-sharing at 3 months and breast-feeding at 1 year in southern Brazil. J Pediatr 2009;155:505-9

32 Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, Leech SJ, Brown KA. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. Arch Dis Child 2006;91:1005-10

com lâpide e faca de açougueiro afixadas em outdoors, não conseguiram produzir uma redução sustentada da mortalidade infantil nos grupos de maior risco.³⁹ (Figura 3) Tradições culturais de cuidado infantil e crenças pessoais dos pais que incorporam o compartilhamento da cama como um componente valioso de parentalidade não vão responder às campanhas que tratam contato no sono como um fator de risco modificável ou prática de cuidado infantil simples (como posição de dormir). Uma recente publicação argumenta que muitas pesquisas de compartilhamento de cama, até agora, não conseguiram reconhecer a importância do local do sono da criança para a identidade étnica e sub-cultural.⁴⁰ Nós incluímos as mães que amamentam, como um grupo sub-cultural particular que rejeitam muitas das ideologias dominantes sobre cuidados com o bebê e, particularmente, a separação mãe-bebê, e pedimos informações mais sensíveis e direcionadas, ao lado de busca continuada de pesquisas detalhadas que ajudem no desenvolvimento de orientação mais clara a respeito de compartilhamento de cama. Este é o tipo de informação que visamos tornar disponíveis no site da ISIS. Por favor, deixe-nos saber como estamos indo (www.isisonline.org.uk).



39 <http://www.jsonline.com/news/milwaukee/milwaukee-infant-mortality-rate-drops-overall-but-disparity-worsens-sp54t7f-148680905.html>

40 Ball HL, Volpe LE. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location - Moving the discussion forward. *Soc Sci Med* 2012; doi:10.1016/j.socscimed.2012.03.025



FIGURA 3 – Imagens da Campanha de Milwaukee contra a Morte Súbita Infantil

RESUMOS

Blair PS, Heron J, Fleming PJ. Relationship between bed sharing and breastfeeding: longitudinal, population-based analysis. *Pediatrics* 2010;126:e1119-e1126

Este estudo utilizou dados populacionais prospectivos do Estudo Longitudinal Avon de Pais e Filhos no Reino Unido para investigar a compartilhamento de cama durante a noite em 0-2, 6-8, 17-20, 30-33 e 42-45 meses de idade e sua relação com a amamentação. Dos 14.062 nascidos vivos registrados entre abril de 1991 e dezembro de 1992, 7.447 (53%) tinham dados disponíveis para todos os momentos. Análise de classe latente, um método estatístico multivariado que identifica subgrupos não observáveis dentro de uma população, identificou quatro grupos mutuamente exclusivos: não compartilhadores (66%), compartilhadores precoces (menores de 1 ano) (13%), compartilhadores de cama tardio (após o primeiro ano) (15%), e compartilhadores de cama constantes (ao longo dos 4 anos) (6%). Maior escolaridade materna e classe social foram associadas positivamente com o compartilhamento de cama precoce, negativamente, com o compartilhamento de cama tardio, e não associadas ao compartilhamento de cama constante. Compartilhadores de cama tardio tinham 72% maior probabilidade de aleitamento materno aos 12 meses, compartilhadores de cama precoce eram amamentados quase 2,5 vezes mais, e compartilhadores de cama constantes 5,3 vezes mais, em comparação com os não compartilhadores de cama. A prevalência de aleitamento materno foi significativamente maior entre os grupos que compartilharam camas constantemente ou no início de cada um dos primeiros 15 meses após o nascimento. Os autores concluem que o conselho sobre se o compartilhamento de cama deve ser desencorajado precisa levar em conta a importante relação com a amamentação.

Trachtenberg FL, Haas EA, Kinney HC, Stanley C, Krous HF. Risk factor changes for Sudden Infant Death Syndrome after initiation of Back-to-Sleep campaign. *Pediatrics* 2012;129:630-8

Este estudo utilizou os registros de 568 mortes por SMSI ocorridas em San Diego, EUA, de 1991 a 2008, para testar a hipótese de que a idade, a prevalência e padrão de fatores de risco mudaram após o início da campanha

de Back-to-Sleep (BTS) (Dormir de costas), em 1994. Riscos foram divididos em intrínseco (por exemplo, sexo masculino, prematuridade, exposição pré-natal à fumaça do cigarro ou álcool) e extrínsecos (por exemplo, dormir de bruços, dividir a cama, o excesso de cobertores, cama macia). Entre 1991-1993 e 1996-2008, o percentual de SMSI em crianças de risco encontrado diminuiu de 84% para 49%, o compartilhamento de cama aumentou de 19% para 38%, especialmente entre as crianças com menos de 2 meses (29% vs 64%), prematuridade aumentou de 20% para 29%, ao passo que os sintomas de infecção do trato respiratório superior diminuiu de 47% para 25%. Noventa e nove por cento das crianças com SMSI tinham pelo menos um fator de risco, 57% tinham pelo menos dois extrínsecos e um fator de risco intrínseco, e apenas 5% não tinham risco extrínseco. O número médio de riscos por SMSI não se alterou após o início da campanha de BTS. Crianças SMSI na era BTS mostraram mais variação nos fatores de risco. Houve uma consistente alta na prevalência de ambos os riscos intrínsecos e extrínsecos, especialmente antes e durante a campanha BTS. Campanhas de redução dos riscos, enfatizando a importância de evitar múltiplos e simultâneos riscos de SMSI são essenciais para evitar SMSI, inclusive entre as crianças que já podem estar vulneráveis.

Ball HL, Moya E, Fairley L, Westman J, Oddie S, Wright J. Infant care practices related to sudden infant death syndrome in South Asian and White British families in the UK. *Pediatr Perinat Epidemiol* 2012;26:3-12

No Reino Unido, as crianças de países do sul da Ásia têm uma menor taxa de SMSI do que crianças brancas britânicas. Cuidados infantis e estilo de vida estão fortemente associados com o risco de SMSI. Este artigo descreve e analisa a variabilidade nos cuidados de crianças entre famílias brancas britânicas e de países do sul da Ásia (de de origem de Bangladesh, da Índia ou do Paquistão - a grande maioria) em Bradford, e identifica áreas de intervenção para SMSI. Um estudo de corte transversal, através de entrevista por telefone, foi conduzido envolvendo 2.560 famílias com crianças de 2 - 4 meses de idade, não gemelares. As medidas adotadas foram o auto relato da prevalência de práticas de dormir

das crianças e o ambiente, compartilhamento de superfícies para dormir, amamentação, uso de chupeta e estilo de vida. Verificou-se que, em comparação com bebês brancos britânicos, os lactentes Paquistaneses eram mais propensos: 8,5 vezes a dormir numa cama de adulto, 4,4 vezes a ser posicionado de lado para o sono, quase 10 vezes para ter uma almofada no seu quarto de dormir, 3,2 vezes a dormir sob um edredom, 1,5 vezes para ser enrolado para dormir, 2 vezes para sempre compartilhar cama, 3,5 vezes para compartilhar cama frequente, 2 vezes sempre ter sido amamentado, e 1.6 vezes ter sido amamentado por 8 semanas ou mais. Além disso, crianças paquistanesas mostram-se 95% menos propensas a dormir em um quarto sozinho, 65% para usar a posição pé-com-pé, 48% de dormir com um brinquedo macio, 80% a utilização de um saco de dormir infantil, 78% para compartilhar sempre o sofá, de 78% a estar recebendo alimentos sólidos e 60% a usar a chupeta à noite. Crianças paquistanesas também eram 93% menos propensas a ser expostas ao tabagismo materno e ao consumo de álcool por qualquer um dos pais. Não foi encontrada diferença na prevalência de dormir de braços. Cuidado com o bebê durante a noite, portanto, diferiu significativamente entre as famílias britânicas brancas e de países do sul da Ásia. Práticas de cuidados infantis das sul-asiáticas foram mais propensas a proteger os bebês contra os riscos de SMSI mais importantes, tais como o tabagismo, consumo de álcool, de compartilhamento de sofá e dormir sozinho. Estas diferenças podem explicar a menor taxa de SMSI nesta população.

Ball HL, Moya E, Fairley L, Westman J, Oddie S, Wright J. Bed- and sofa-sharing practices in a UK biethnic population. *Pediatrics* 2012;129:e673-e681

No Reino Unido, como nos Estados Unidos e Nova Zelândia, o compartilhamento de cama é uma prática cultural entre determinados grupos étnicos minoritários. Os autores realizaram um estudo de coorte no Reino Unido, com população britânica branca e paquistaneses com o objetivo de descrever as diferenças culturais no compartilhamento de cama e de sofá, associados a práticas de amamentação. Foram entrevistadas 3.082 mães com nascimentos únicos quando seus bebês tinham entre 2 a 4 meses, mostrando que 15,5% das famílias já tinha cama compartilhada; 7,2% das famílias praticavam regularmente cama compartilhada e 9,4% nunca tinha compartilhado o sofá, enquanto que 1,4% relataram ambos. Potenciais fatores de risco foram controlados e análise estatística foi realizada. Os resultados mostraram uma associação entre o compartilhamento da cama (especialmente regular) e amamentação, o que sugere que a partilha de cama é mais comum entre brancos britâ-

nicos do que entre as mães paquistaneses que amamentaram mais de 8 semanas. Os autores concluem que é preciso cautela ao fazer recomendações sobre prevenção de compartilhamento da cama, o que não parece ocasionar o mesmo risco para todas as famílias, e pode levar à adoção de estratégias mais arriscadas, como o compartilhamento de sofá, e pode reduzir a amamentação.

Gettler LT, McKenna JJ. Evolutionary perspectives on mother-infant sleep proximity and breastfeeding in a laboratory setting. *American Journal of Physical Anthropology* 2011;144:454-62.

Os autores deste estudo observaram e filmaram 36 pares de mãe-bebê durante um período de 3 noites em um ambiente em laboratório na Califórnia. Os participantes do grupo “duplas em compartilhamento de cama” (n = 20) dormiam, mãe e filho, na mesma superfície (como faziam rotineiramente em casa), enquanto os participantes do grupo de “duplas de dormir solitário” (n = 16) dormiam em quartos separados (como também em casa). Todas as crianças foram amamentadas conforme demanda. Mães e bebês foram selecionados na sequência por um processo minucioso baseado em inúmeros critérios para as mães (Latina, com menos de 38 anos, nenhum álcool, cigarro ou histórico de uso de drogas, cuidados de pré-natal ...) e crianças (7-18 semanas de idade, boa saúde e desenvolvimento normal, idade gestacional normal, APGAR 8 ou superior ...). Durante a primeira noite, como hipótese dos autores, os participantes do grupo de compartilhamento de cama se alimentavam com mais frequência e em intervalos mais curtos entre as mamadas do que aqueles no grupo de dormir solitário (respectivamente 4,5 e 2,6 vezes por noite, em intervalos de 116,2 e de 161,9 minutos). Não houve diferenças notáveis entre crianças do sexo masculino e do sexo feminino. Uma novidade especial do estudo foi que os participantes foram filmados, permitindo assim mais objetividade. O vídeo-gravação mostrou como a proximidade física aumentava os despertares e facilitava os episódios de amamentação. A discussão liderada pelos autores no artigo é de particular interesse como eles explicam o contexto antropológico do compartilhamento de cama: todas as mães de mamíferos dormem com sua prole, o ser humano é menos desenvolvido no nascimento do que outros mamíferos e requer proteção constante, proximidade e alimentação; no nascimento o cérebro do bebê é de apenas 25% em relação ao do adulto e se desenvolve através da alimentação regular; bebês humanos adquirem mais de 50% de suas necessidades nutricionais durante a alimentação noturna; leite humano é pobre em gordura e proteínas o que explica a necessidade de alimentar muitas vezes. Eles também introduzem

uma perspectiva histórica e cultural: esforços sistemáticos para separar as mães de crianças à noite são recentes e, principalmente, um fenômeno do mundo ocidental; mais de 65% das mães que amamentam no Reino Unido compartilham a cama por algum tempo durante as primeiras semanas de vida do bebê, apesar dos esforços para restringir isso. As conclusões dos autores são importantes para os defensores da amamentação: 1) pesquisa sobre o início e duração da amamentação deve incluir dados sobre as práticas de sono e como proximidade mãe-bebê - inclusive durante a noite – pois parecem influenciar diretamente na duração do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo; 2) sono solitário, um fenômeno culturalmente orientado, não é inconsequente e influencia a saúde e desenvolvimento infantil, 3) em contextos em que mães e bebês são separados durante longos períodos diurnos (mães, por exemplo, que trabalham) pode ser particularmente importante que as crianças durmam na proximidade de suas mães para amamentar facilmente conforme a demanda e, assim, obter os benefícios nutricionais, imunológicos e energéticos necessários do leite da mãe.

Baddock SA, Galland BC, Bolton DPG, Williams SM, Taylor BJ. Hypoxic and hypercapnic events in young infants during bed-sharing. *Pediatrics* 2012;130:237-44

O objetivo deste estudo foi identificar os eventos de de-saturação (saturação arterial de oxigênio [SaO₂] inferior a 90%) e eventos de re-inalação (inspiração de dióxido de carbono (CO₂) maior que 3%), em compartilhamento de cama (BS) versus crianças que dormiam no berço (CS). Quarenta lactentes saudáveis, nascidos a termo, com idades entre 0 e 6 meses de idade que frequentemente compartilhavam a cama com pelo menos um dos pais mais de 5 horas por noite e 40 crianças pareadas por idade que dormiam em berço foram recrutados em Dunedin, Nova Zelândia. Pais próximos durante a noite e comportamento infantil (através de vídeo infravermelho); SaO₂; CO₂ inspirado em torno do rosto da criança; e temperatura corporal foram registrados durante o sono em casa por duas noites consecutivas. Eventos de de-saturação foram 2 vezes mais comuns em lactentes BS, associado em parte com o microambiente mais quente durante a BS. Mais de 70% de de-saturação em ambos os grupos foram precedidas de apneia central de 5 a 10 segundos, sem bradicardia, frequentemente no sono ativo. Apneia durando mais de 15 segundos foi rara (crianças BS: 3 eventos; bebês CS: 6 eventos), como era de de-saturação para menos de 80% (crianças BS: 3 eventos; crianças CS: 4 eventos). Oitenta episódios de re-inalação foram identificados a partir de 22 lactentes BS e 1 CS infantil, quase todos precedidos por cabeça

coberta. Durante a re-inalação, a saturação de oxigênio foi mantida na linha de base de 97,6%. Todos os recém-nascidos BS e CS eram de baixo risco de SMSI e foi mantida a oxigenação normal. É necessária mais investigação sobre o efeito da exposição repetida à de-saturação de oxigênio em crianças vulneráveis e na capacidade destas crianças para responder eficazmente a re-inalação causada por cobertura da cabeça.

Morgan BE, Horn AR, Bergman NJ. Should neonates sleep alone? *Biol Psychiatry* 2011;70:817-25

Este estudo foi realizado para investigar o impacto da separação mãe-bebê (MNS) sobre a variabilidade da frequência cardíaca (VFC), uma medida da atividade do sistema nervoso involuntário em resposta ao estresse. Os autores mediram VFC em 16 recém-nascidos a termo com 2 dias de idade dormindo em contato pele-a-pele (SSC) com suas mães e dormindo sozinho, por 1 hora em cada lugar, antes da alta hospitalar na Universidade da Cidade do Cabo, África do Sul. Eles gravaram batimentos cardíacos a intervalos e eletrocardiograma contínuo, utilizando dois dispositivos independentes. Além disso, observaram e registraram continuamente o comportamento infantil através de uma escala validada. Os resultados mostraram um aumento de 176% na atividade do sistema nervoso involuntário e uma diminuição de 86% na duração do sono tranquilo durante a separação mãe-bebê comparado com pele-a-pele. MNS em mamíferos é um modelo para estudar os efeitos do estresse sobre o desenvolvimento e a função dos sistemas fisiológicos. Em contraste, para os humanos, MNS é uma norma ocidental e muitas vezes uma prática médica padrão, cujo impacto fisiológico é desconhecido. Este estudo mostra que MNS está associada com um aumento dramático na atividade do sistema nervoso involuntário, possivelmente indicativo de despertar involuntário ansioso. MNS também teve um impacto profundamente negativo sobre a duração do sono tranquilo. A separação mãe-bebê pode ser um fator de estresse para o recém-nascido humano, que não é bem evoluído para lidar com este estresse, e pode não ser benigno.

Tollenaar MS, Beijers R, Jansen J, Riksen-Walraven JMA, de Weerth C. Solitary sleeping in young infants is associated with heightened cortisol reactivity to a bathing session but not to a vaccination. *Psychoneuroendocrinology* 2012;37:167-77

Os autores desta pesquisa seguiram 163 pares de mãe-filho na Holanda para avaliar se os diferentes modos

de dormir modificaram o nível de estresse em crianças com menos de 2 meses de idade, em duas situações estressantes diferentes: o banho, com a idade de 5 semanas, e vacinação na idade de 8 semanas. Os níveis de estresse foram medidos pelo nível de cortisol na saliva dos lactentes: quanto mais cortisol, maior a tensão. As medições foram feitas três vezes em cada caso, antes, 25 minutos após e 40 minutos após o banho e vacinação. Os três modos de sono considerados foram: co-leito (mais de 90% do tempo, em compartilhamento de cama e /ou com os pais compartilhando o quarto); dormir sozinho (mais de 90% do tempo), e compartilhamento de cama parcial (11-90% do tempo). Fatores de confusão importantes foram levados em conta: a qualidade dos cuidados maternos; amamentação; número de despertares noturnos infantis e duração total do sono. Também foram considerados uma série de outras variáveis da criança e maternas, tais como sexo, peso ao nascer, idade materna, tabagismo, etc. Mães foram convidadas a preencher um diário explicando hábitos de sono, alimentação, atividades, etc, e as duas situações estres-

santes foram filmadas. Em relação à sessão de banho, o grupo que dormia sozinho mostrou uma reação de cortisol mais elevado do que os outros dois grupos, incluindo 40 minutos após o banho; amamentação não teve um impacto significativo. Na situação de vacinação, em comparação com os que dormem sozinhos todos os compartilhadores de cama demonstraram níveis mais altos de cortisol antes e bem depois que a situação tinha terminado, em comparação com crianças alimentadas com mamadeira; os bebês amamentados, no entanto, apresentaram níveis mais altos de cortisol antes da vacinação, mas níveis mais baixos após 40 minutos. Outros resultados indiretos foram: compartilhadores de cama foram amamentados com mais frequência do que os que dormiam sozinhos e embora eles acordassem com mais frequência, a quantidade total de sono noturno foi igual ao das outras crianças. Além disso, os autores refletiram que, a fim de reduzir os níveis de estresse de lactentes, pode ser suficiente que durmam em proximidade com os pais, em vez de na mesma cama com eles.



Preparado pela Associação de Alimentação Infantil de Genebra (GIFA), uma afiliada da Internacional Baby Food Action Network (IBFAN)

Editora convidada: Helen Ball

Equipe Editorial: Adriano Cattaneo, Elaine Petitat-Côté, Lida Lhotska, Marina Rea e Robert Peck

Cópias dos BB 1- 43 serão enviadas mediante pedido (GIFA, 11 Ave de la Paix, 1202 Genebra, Suíça, Fax: +41-22-798 44 43, e-mail info@gifa.org)

BB n ° 44 em diante estão apenas disponíveis on-line (www.ibfan.org)

Disponível em Árabe, Espanhol, Francês, Inglês e Português

Google Tradutor para empresas: Google Translator Toolkit Tradutor de sites Global Market Finder

EDIÇÃO BRASILEIRA

Tradução: Fabiana Cainé Alves da Graça e Luciana Sampaio. Revisão: Marina Rea
Diagramação: Ana Basaglia

Traduzido do original: *Breastfeeding Briefs*, n. 53, September 2012

Cópias dos AA disponíveis on-line (www.ibfan.org.br).

Apoio: SECONCI-SP

IBFAN BRASIL: www.ibfan.org.br



INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA
ARMÊNIO CRESTANA
IEPAC
SECONCI
sã o . p a u l o