



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL
MARCO ANTÓNIO CARVALHO ARAÚJO

Dormir com os Pais: Sim ou Não? Impactos na Saúde das Crianças

ARTIGO DE REVISÃO
ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROF. DOUTOR ANTÓNIO MIGUEL DA CRUZ FERREIRA

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Abril, 2024

Dormir com os Pais: Sim ou Não? Impactos na Saúde das Crianças

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

MARCO ANTÓNIO CARVALHO ARAÚJO¹

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO MIGUEL DA CRUZ FERREIRA¹

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

E-mail: marcoaraujo.11@hotmail.com

“A vida é uma peça de teatro que não permite ensaios. Por isso, cante, chore, dance, ria e viva intensamente, antes que a cortina se feche e a peça termine sem aplausos.”

Charles Chaplin

ÍNDICE

ABREVIATURAS	7
LISTA DE FIGURAS	7
LISTA DE TABELAS	7
RESUMO	8
PALAVRAS-CHAVE	9
ABSTRACT	10
KEY-WORDS	11
INTRODUÇÃO	12
MATERIAIS E MÉTODOS	14
DISCUSSÃO	15
1. <i>Bed-sharing</i> : Prevalência no Mundo e Contexto Histórico	15
2. Motivos que Influenciam a Decisão de <i>Bed-sharing</i>	16
2.1. Amamentação	17
2.2. Conforto para a Mãe ou para o Filho	18
2.2.1. <i>Bed-sharing Intencional versus Bed-sharing Reativo</i>	18
2.3. Mais e Melhor Sono para os Pais ou para o Filho	19
2.4. Vigilância	20
2.5. União/Apego	21
2.6. Razões Ambientais e Sociais	22
2.7. Choro	22
2.8. Tradição Cultural e Familiar	23
2.9. Desvalorização do Perigo	24
2.10. Instinto Materno	25
3. Efeitos Positivos do Toque e do Contacto Físico no contexto de <i>Bed-sharing</i>	29
3.1. <i>Bed-sharing</i> e Amamentação	29
3.2. <i>Bed-sharing</i> e União/Apego	29
3.3. <i>Bed-sharing</i> e Resposta do Cortisol ao Stress nas Crianças	30

3.4. <i>Bed-sharing</i> e Consolidação do Sono	32
3.5. <i>Bed-sharing</i> e Sincronia Mãe-Filho.....	32
4. Potenciais Riscos e Consequências do <i>Bed-sharing</i>	36
4.1. Problemas do Sono.....	36
4.1.1. <i>Bed-sharing</i> e Natureza Da Partilha de Cama.....	36
4.1.2. <i>Bed-sharing</i> e Fatores Culturais	37
4.1.3. <i>Bed-sharing</i> em Resposta a Problemas de Sono Pré-Existentes	38
4.2. Parâmetros Fisiológicos	38
4.3. Perturbações Somáticas	39
4.4. Saúde e Infecções	40
4.5. Cognição.....	40
4.6. Problemas de Comportamento.....	40
4.7. Apego e Dependência	41
4.8. Saúde Sexual.....	42
4.9. Síndrome de Morte Súbita no Lactente	42
5. Fatores associados ao <i>Bed-sharing</i> na Criança mais Velha.....	49
5.1. Benefícios.....	50
5.2. Possíveis Riscos.....	50
5.2.1. <i>Bed-sharing</i> , Problemas do Sono e Ansiedade.....	50
5.2.2. <i>Bed-sharing</i> , Desenvolvimento Infantil e Problemas de Comportamento.....	51
5.2.3. <i>Bed-sharing</i> e Enurese Noturna	52
CONCLUSÃO	53
1. Vantagens e Desvantagens	53
2. Limitações e Perspetivas Futuras	56
3. Dormir com os Pais, SIM ou NÃO?.....	58
AGRADECIMENTOS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	68
Anexo I: Recomendações para Reduzir o Risco de SMSL.	68

Anexo II: Recomendações da AAP para um ambiente de sono infantil seguro de modo a reduzir o risco de mortes infantis relacionadas com o sono.70

ABREVIATURAS

AAP: Academia Americana de Pediatria

EN: Enurese Noturna

MSII: Morte Súbita Infantil Inesperada

SMSL: Síndrome de Morte Súbita no Lactente

SPP: Sociedade Portuguesa de Pediatria

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: <i>Heat-map</i> das taxas de prevalência de <i>bed-sharing</i> em todo o mundo.	15
Figura 2: Modelo do Triplo Risco para explicar a fisiopatologia do SMSL.	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Definições de <i>Co-sleeping</i> , <i>Bed-sharing</i> e <i>Room-sharing</i>	12
Tabela 2: Motivos para <i>Bed-sharing</i>	27
Tabela 3: Efeitos do toque e do contacto físico no contexto de <i>Bed-sharing</i>	34
Tabela 4: Potenciais riscos e consequências associados ao <i>Bed-sharing</i>	46
Tabela 5: Fatores associados ao <i>Bed-sharing</i> em crianças mais velhas.	49

RESUMO

Os filhos dormirem com os pais é um dos temas mais controversos da parentalidade e a literatura existente não é unânime em relação à sua recomendação ou contra-indicação.

Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão da literatura existente com vista a ser possível por parte dos médicos, especialmente os médicos de família, informar os pais sobre as recomendações para um sono seguro e esclarecê-los a respeito dos riscos, dos benefícios e das implicações da prática de *bed-sharing*, entre os pais e as crianças pequenas e crianças mais velhas.

A pesquisa teve por base os artigos publicados nos últimos anos, através da plataforma *Pubmed* e foram consultadas as recomendações mais atuais da Academia Americana de Pediatria (AAP) e da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP).

Da literatura consultada, foi possível verificar uma dicotomia entre a sociedade ocidental, onde o *bed-sharing* é fortemente desaconselhado, e a sociedade oriental, onde o mesmo é uma prática comum e valorizada.

Constatou-se que estão descritos vários benefícios do *bed-sharing*, que também se prendem com as motivações para a sua realização: prolongamento e facilitação da amamentação, benefícios inerentes ao aleitamento materno; melhoria do vínculo materno-infantil; conforto para os pais e filhos; aumento da vigilância; diminuição do choro e dos níveis de cortisol nas crianças; favorecimento da consolidação do sono das crianças; e menos comportamentos de sucção.

Os potenciais riscos desta prática incluem: problemas do sono e ansiedade, que se refletem em menor duração do sono noturno e sonolência diurna; infeção por *Helicobacter pylori* e transmissão de tosse convulsa, hepatite B, escabiose, difteria e pediculose da cabeça; problemas de comportamento; enurese noturna (EN); asfixia mecânica, obstrução das vias aéreas, sobreposição, sobreaquecimento, trauma e síndrome de morte súbita no lactente (SMSL).

Foi possível, também, constatar que estão presentes diversas limitações na literatura atualmente disponível e que estas se tornam mais evidentes quando o tema envolve crianças mais velhas. No futuro, é necessário considerar o planeamento de novos estudos que tenham em conta as diferentes limitações detetadas, tais como o reduzido tamanho das amostras, a natureza transversal ou retrospectiva da maioria das pesquisas, a qualidade subjetiva dos dados obtidos e diversos fatores de confusão.

Os médicos têm um papel fundamental na transmissão da informação o mais correta possível sobre os benefícios e as inconveniências do *bed-sharing*, que não são consensuais, e devem apoiar os pais/cuidadores na tomada de decisão consciente para um ambiente de sono da criança o mais seguro possível, abordando este tema sem julgamentos.

Sucintamente, a opção de *bed-sharing* na infância cabe aos pais, assim como a decisão de interrompê-la, devendo ser praticada com cautela, ponderando múltiplos fatores, e de forma consciente, através da adoção de comportamentos adequados, estando alerta para eventuais problemas que possam surgir. Porém, apoiado pelas diretrizes da AAP e da SPP, recomenda-se que, no primeiro ano de vida, as crianças durmam numa superfície própria no quarto dos pais, sem partilha de cama com estes, otimizando as condições para um ambiente de sono infantil o mais seguro possível, reduzindo ao máximo os fatores de risco.

PALAVRAS-CHAVE: *bed-sharing*, *co-sleeping*, crianças em idade escolar, implicações na criança, morte súbita do lactente, sono seguro.

ABSTRACT

Children sleeping with their parents is one of the most controversial topics in the world of parenting and the existing literature is not unanimous regarding its recommendation or contraindication.

The objective of this work was to carry out a review of the existing literature so that doctors, especially family doctors, can inform parents about recommendations for safe sleep and inform them about the risks, benefits, and implications of practice of bed-sharing, between parents and young children and older children.

The research was based on articles published in the last years, through the Pubmed platform and the most current recommendations from the American Academy of Pediatrics (AAP) and the Portuguese Society of Pediatrics (SPP) were consulted.

From the literature consulted, it was possible to verify a dichotomy between Western society, where bed-sharing is strongly discouraged, and Eastern society, where it is a common and valued practice.

It was found that several benefits of bed-sharing are described, which are also related to the motivations for carrying it out: prolonging and facilitating breastfeeding, benefits inherent to breastfeeding; improvement of mother-child bonding; comfort for parents and children; increased surveillance; decreased crying and cortisol levels in children; favoring the consolidation of children's sleep; and less sucking behaviors.

The potential risks of this practice include: sleep problems and anxiety, which are reflected in shorter nighttime sleep duration and daytime sleepiness; *Helicobacter pylori* infection and transmission of whooping cough, hepatitis B, scabies, diphtheria and head lice; behavior problems; nocturnal enuresis; mechanical asphyxiation, airway obstruction, overlapping, overheating, trauma and sudden infant death syndrome (SIDS).

During the preparation of this dissertation, it was possible to verify that several limitations are present in the currently available literature and that these become more evident when the topic involves older children. In the future, it is necessary to consider planning new studies that take into account the different limitations detected, such as the small sample size, the cross-sectional or retrospective nature of most research, the subjective quality of the data obtained and several confounding factors.

Doctors have a fundamental role in transmitting the most correct information possible about the benefits and inconveniences of bed-sharing, which are not consensual, and must

support parents/caregivers in making a conscious decision for a child's sleeping environment as safely as possible, approaching this topic without judgement.

In short, the option of bed-sharing in childhood is up to the parents, as well as the decision to stop it, and this must be practiced with caution, considering multiple factors, and consciously, through the adoption of appropriate behaviors, being alert for any problems that may arise. However, supported by AAP and SPP guidelines, It is recommended that, in the first year of life, children sleep on their own surface in their parents' room, without sharing a bed with them, optimizing conditions for the safest child sleeping environment possible and reducing risk factors as much as possible.

KEY-WORDS: bed-sharing, co-sleeping, infant implications, safe sleep, school-aged children, sudden infant death.

INTRODUÇÃO

Em relação aos filhos dormirem com os pais, este é um dos temas mais controversos no mundo da parentalidade, não existindo unanimidade no que diz respeito a este assunto (1-3). A literatura existente sobre este tópico aborda os benefícios e os riscos, tanto a nível físico como psicológico, para as crianças, mas não é consensual no que toca à sua recomendação ou contra-indicação (4, 5).

Quando abordamos este assunto, importa distinguir diferentes conceitos (**Tabela 1**) que aqui se englobam, designadamente: *co-sleeping*, *bed-sharing* e *room-sharing* (6-8). Contudo, muitas vezes estes conceitos, nomeadamente *co-sleeping* e *bed-sharing*, são usados como sinónimos nos diferentes artigos da literatura, o que pode influenciar a interpretação e a validade dos resultados da pesquisa (4, 9-11). A AAP não recomenda o uso do termo *co-sleeping*, uma vez que este carece de clareza, pois é usado de forma variável para o *bed-sharing* (dormir na mesma superfície, neste caso, a cama) e/ou *room-sharing* (dormir em proximidade na mesma divisão) (4).

Tabela 1: Definições de *Co-sleeping*, *Bed-sharing* e *Room-sharing* (1, 4, 5, 10, 12).

<u>Termo</u>	<u>Definição</u>
<i>Co-sleeping</i>	Refere-se ao facto de os pais dormirem próximos do filho, na mesma superfície ou em superfícies diferentes, estando aqui englobado o <i>bed-sharing</i> e o <i>room-sharing</i> .
<i>Bed-sharing</i>	É um tipo específico de <i>co-sleeping</i> , em que o filho dorme na mesma superfície que os pais. A superfície partilhada pode ser uma cama, mas também pode ser um sofá ou uma cadeira, por exemplo, havendo quem prefira o termo " <i>surface-sharing</i> ".
<i>Room-sharing</i>	Refere-se aos pais e os filhos dormirem próximos no mesmo quarto, por exemplo, mas em superfícies diferentes.

A partilha de cama ou *bed-sharing* entre pais e filhos não é igual em todo o mundo, sendo que os países ocidentais têm taxas de partilha de cama geralmente mais baixas que

os países em desenvolvimento (1). A frequência de *bed-sharing* é maior em alguns grupos raciais e étnicos, que inclui negros, hispânicos, índio-americanos e nativos do Alasca (13). Os países africanos e asiáticos registam uma maior prevalência de *bed-sharing* do que a Europa e as Américas do Norte e do Sul, no entanto, existem muitos países em que estas taxas de prevalência não são conhecidas (4, 12).

Existem razões culturais e pessoais que, muitas vezes, estão implicadas na toma da decisão de *bed-sharing*, tais como a conveniência da amamentação, a criação de vínculo entre pais e filhos, confortar a criança que se encontra agitada ou doente ou porque é uma tradição familiar (14). Além disto, muitos pais acreditam que a sua própria vigilância é a única forma de manterem o lactente seguro e que o *bed-sharing* lhes permite manter essa vigilância, mesmo estando a dormir (4, 15).

Já na idade escolar/criança mais velha, existem muitas questões pouco compreendidas e muito debatidas relacionadas com o *bed-sharing* entre pais e filhos, nomeadamente: razões pelas quais as crianças em idade escolar procuram partilhar a cama com os pais, as consequências emocionais e comportamentais da partilha da cama entre pais e filhos, o efeito da sociedade na prática de *bed-sharing*, duração do *bed-sharing* e desenvolvimento psicosssexual da criança e as consequências a curto e longo prazo da partilha da cama com os pais (10).

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão da literatura existente sobre os benefícios, os riscos e as consequências para a criança, da prática de *bed-sharing* entre os pais e as crianças pequenas e crianças em idade mais velha, de forma a uniformizar a evidência existente. Desta forma, será possível, por parte dos médicos de família, informar os pais sobre as recomendações para um sono seguro e esclarecer os pais a respeito dos riscos, dos benefícios e das implicações da prática de *bed-sharing*.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização do presente artigo de revisão foi efetuada uma revisão da literatura, através da pesquisa bibliográfica, entre novembro de 2023 e janeiro de 2024, de artigos publicados na plataforma *Pubmed*.

Inicialmente, a pesquisa foi feita com base em artigos publicados, nos últimos 10 anos, na tentativa de obter a informação o mais atual possível, mas, sobretudo em determinados tópicos, a maior parte das referências citavam artigos com mais de 10 anos.

Para a realização desta pesquisa foram usados os seguintes termos de pesquisa: *bed-sharing, co-sleeping, infant development, infant implications, room-sharing, safe sleep, school-aged children e sudden infant death syndrome*.

Foram ainda consultadas as recomendações da AAP para um ambiente de sono seguro para reduzir o risco de mortes infantis relacionadas com o sono, emitidas em 2022 e as recomendações da SPP sobre para um sono seguro e formas de diminuir o SMSL.

DISCUSSÃO

1. *Bed-sharing*: Prevalência no Mundo e Contexto Histórico

As sociedades ocidentais geralmente têm taxas de *co-sleeping* mais baixas em comparação com as sociedades asiáticas e africanas (12) (**Figura 1**). Embora o *co-sleeping* seja mais prevalente nas culturas não ocidentais, a sua incidência tem aumentado nos países ocidentais (16) e, nas mesmas sociedades, as áreas rurais apresentam taxas de *co-sleeping* mais elevadas (17).

No que diz respeito à faixa etária das crianças, a prevalência de *co-sleeping* permanece estável durante a primeira infância e no período pré-escolar e diminui à medida que as crianças entram na idade escolar e na pré-adolescência (18), em quase todas as culturas (19).

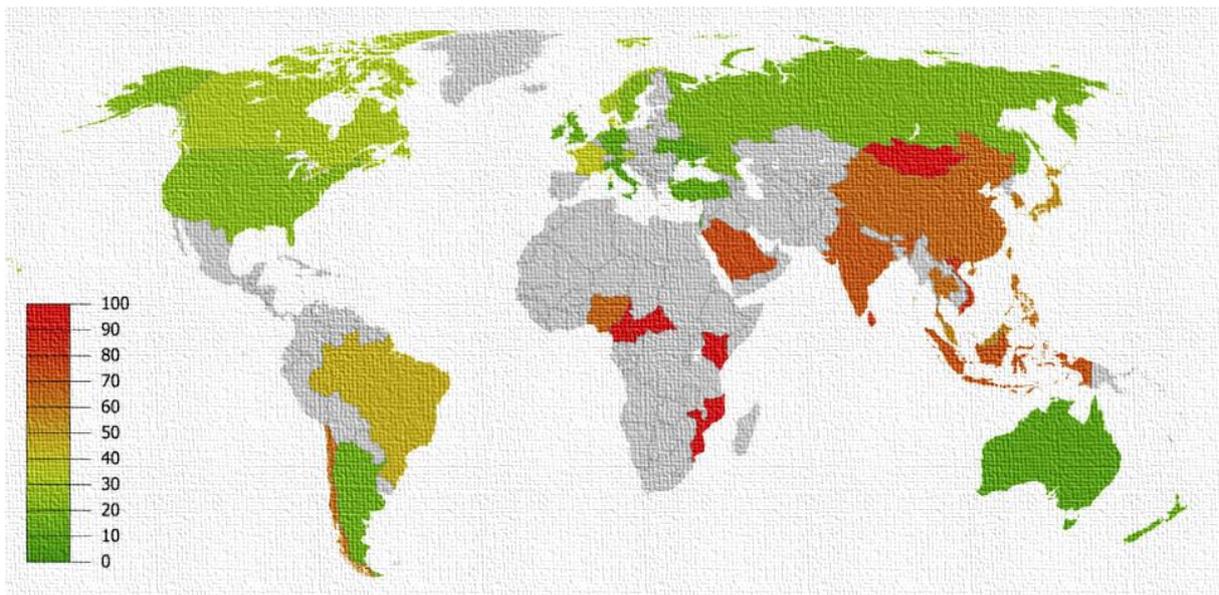


Figura 1: *Heat-map* das taxas de prevalência de *bed-sharing* em todo o mundo. Fonte (1): Mileva-Seitz VR, Bakermans-Kranenburg MJ, Battaini C, Luijk MP. Parent-child bed-sharing: The good, the bad, and the burden of evidence. *Sleep Med Rev.* 2017;32:4-27.

A verdadeira diferença, entre os países, no que toca à prevalência de *bed-sharing* apresenta limitações, pois não há informação relativamente aos métodos de recolha de dados e questionários utilizados, que podem ser divergentes, e as taxas de prevalência, dentro do mesmo país, podem ser influenciadas pelas múltiplas etnias e grupos culturais que aí vivem (1).

As diferenças culturais, em particular as crenças e os valores parentais, desempenham um papel importante na parentalidade, incluindo as práticas relacionadas com o sono infantil (20). O *bed-sharing* é uma das principais práticas de sono mais influenciadas por crenças culturais, juntamente com “rituais na hora de dormir”, “ambiente de sono” e “expectativas dos pais em relação ao sono das crianças” (14).

Nas sociedades ocidentais, as intervenções em saúde pública incluem o *bed-sharing*, uma vez que este tem uma forte ligação com a duração da amamentação e uma relação com o risco potencial contra a prevenção de mortes infantis súbitas e inexplicadas (21). O paradigma médico ocidental cria mensagens contraditórias para os pais que tentam fazer escolhas o mais corretas possível e cumprir recomendações de saúde, enquanto seguem normas culturais acerca da partilha de cama (22). A cultura e os valores de uma sociedade influenciam a literatura médica que, por sua vez, influencia a cultura e os valores da sociedade. Com isto, criou-se uma visão dominante que o *bed-sharing* é inseguro e uma escolha irresponsável (23, 24).

Uma abordagem que estigmatize as famílias que optam pelo *bed-sharing* pode levar a uma relutância em discutir este assunto com os profissionais de saúde, resultando numa subnotificação do mesmo (25). Um diálogo mais aberto entre famílias, profissionais de saúde e educadores aumenta as oportunidades para uma prática de *bed-sharing* mais segura, pois permite informar e capacitar melhor as pessoas (25).

As sociedades orientais valorizam a interdependência e a proximidade física entre mãe e filho (26, 27). O vínculo entre mãe e filho é tradicionalmente muito valorizado em comparação com as famílias ocidentais, onde o vínculo conjugal tem maior valor (28). A preferência dos pais em partilhar a cama ou o quarto com os filhos é socialmente aceitável e considerada como tendo inúmeros benefícios e estabilidade para as crianças. O sono solitário das crianças, ou seja, estas dormirem sozinhas, é visto por muitos, nestas culturas, como negligente (24).

As expectativas tradicionais da sociedade e as realidades económicas das mulheres estão em conformidade com este conceito de família nas sociedades orientais, em que enfatizam o papel materno nas necessidades de educação e de cuidar dos filhos. No entanto, está a começar uma mudança em direção a papéis de género mais igualitários, tal como no ocidente (29).

2. Motivos que Influenciam a Decisão de *Bed-sharing*

De modo a tentar compreender o aumento de *bed-sharing* no Ocidente nas últimas décadas, várias foram as razões identificadas (**Tabela 2**) pelas quais as mães optam pela

partilha de cama com os seus filhos. Décadas de pesquisa mostraram que o *co-sleeping* tem efeitos positivos importantes, embora muitas vezes ignorados, no desenvolvimento das crianças. O objetivo da abordagem deste tópico é redirecionar o foco das decisões de *bed-sharing*, para os resultados de desenvolvimento infantil (30).

A relação de cada uma das razões com os efeitos correspondentes no comportamento e desenvolvimento infantil é abordada de seguida.

2.1. Amamentação

O leite materno continua a ser um alimento ótimo e ideal para os lactentes. Esta visão é incontestada e apoiada por todas as principais entidades políticas de saúde, sendo recomendada alimentação com leite materno exclusivo durante, pelo menos, seis meses (11). Da mesma forma, a investigação sobre a relação entre a amamentação e *bed-sharing* é volumosa e geralmente incontestada (31).

O *bed-sharing* leva a uma maior probabilidade de amamentar (32) – mães que partilham a cama amamentam durante mais tempo (33). Quando comparado o comportamento das mesmas crianças nas noites de *bed-sharing* versus *room-sharing*, verificou-se que as sessões de amamentação aumentaram nas noites de *bed-sharing*.

Estudos referem, ainda, que a partilha da cama, durante os primeiros quinze meses, aumenta a duração da amamentação, as taxas de amamentação diminuíram após o início do “sono solitário”, em que as crianças começaram a dormir sozinhas e, mesmo quando o *bed-sharing* começa mais tarde na infância, a amamentação aumenta. Basicamente, encontrou-se uma relação positiva entre o *bed-sharing* e a amamentação (1, 9).

Outro dos motivos é a facilidade e conveniência na amamentação frequente dos lactentes, durante a noite, com o *bed-sharing* (34). As mães que optaram pelo *bed-sharing* relataram que não tinham que “acordar totalmente” para amamentar, o que se refletia numa maior preservação do sono, especialmente quando estas regressavam ao trabalho/emprego (14). Além disso, a partilha da cama e a alimentação noturna otimizam a manutenção da lactação materna e o sono materno é importante para manter a produção de leite, especialmente para as mães que trabalham (30).

A amamentação tem uma relação dose-dependente com a proteção contra o SMSL (**Anexos I e II**), conferindo uma proteção de base imunológica. O *bed-sharing* está associado a maiores taxas de amamentação, logo maiores quantidades de leite materno ingerido que conferem mais vantagens a nível de imunidade, inclusive, foram descritas alterações a longo prazo nos neurónios da substância branca do cérebro com a amamentação de maior duração, com efeitos positivos no desenvolvimento cognitivo (35).

Juntamente com estas vantagens de imunidade, existem vantagens epigenéticas e neurobiológicas benéficas induzidas pelo aumento do tempo de contacto entre a mãe e o filho, que pode ocorrer durante a partilha de cama. Os efeitos da amamentação no desenvolvimento físico, cognitivo e social das crianças são indiscutíveis e incontroversos (30).

2.2. Conforto para a Mãe ou para o Filho

Outra das razões apontadas para o *bed-sharing* é o facto de este proporcionar conforto tanto às mães como às crianças, tendo as mães referido sentirem-se mais emocionalmente confortáveis, tranquilas e seguras com esta opção. O *bed-sharing* também proporcionou conforto emocional e físico às crianças, dado que a proximidade física da mãe proporcionava segurança emocional às mesmas. Estes ganhos em conforto para a criança pensam-se serem devidos a: toque (contacto pele com pele), cheiro, som (como o batimento cardíaco da mãe), visão e, sensação da presença da mãe (14).

Este motivo tem mais peso nos países orientais, contudo, nos países ocidentais, a explicação é a mesma, com as mães a referir que o *bed-sharing* está de acordo com as suas necessidades emocionais e as dos seus filhos, em termos de segurança, amor e conforto (30).

2.2.1. Bed-sharing Intencional versus Bed-sharing Reativo

Importa aqui distinguir *bed-sharing* intencional de *bed-sharing* reativo, cada um com comportamentos percussores, motivações práticas e efeitos distintos. O *bed-sharing* precoce, intencional, consistente e proativo geralmente começa logo após o nascimento e pode ser explicado por razões pessoais, culturais ou familiares que não estão relacionadas com problemas de sono, e é mais uma escolha prática ou ideológica que tem um sentido positivo para os pais. O *bed-sharing* tardio, não intencional, inconsistente e reativo ocorre como uma estratégia para reduzir o choro da criança, ou como resultado de problemas de sono detetados na criança e, em último lugar, pela recusa do filho em dormir sozinho (30).

A distinção entre estes dois tipos de *bed-sharing* é fundamental para a interpretação das evidências e recomendações, no entanto, esta distinção está praticamente ausente na literatura até ao momento. O *bed-sharing* intencional, por definição, está associado provavelmente a uma maior satisfação por parte casal, com a mãe e a criança a sentirem-se confortados pela presença um do outro (30). O *bed-sharing* reativo, mais associado ao Ocidente, pode ter efeitos adversos ou complicados para a família, particularmente em sociedades onde este não é a norma e é considerado indesejado (14).

No *bed-sharing* reativo, os pais só podem encontrar satisfação ou conforto dependendo dos motivos – amamentar, dormir mais e melhor (criança e pais), razões culturais

ou familiares – provavelmente levarão a um maior conforto e satisfação do que, por exemplo, impedir o choro da criança (30).

As razões que motivam o *bed-sharing* e a forma como estão relacionadas com a satisfação dos pais é uma área amplamente aberta à investigação. Independentemente da forma como os pais se sentem, as crianças parecem sentir um enorme conforto com o *bed-sharing* (14, 30).

2.3. Mais e Melhor Sono para os Pais ou para o Filho

Este motivo para *bed-sharing* gera mais controvérsia, pois existem estudos que evidenciam que as crianças que partilham a cama não dormem menos que as crianças que dormem sozinhas, havendo até estudos que referem que as crianças que partilham a cama dormem significativamente mais tempo do que quando dormem sozinhas (30), pelo contrário, existem alguns estudos que revelam que as crianças que partilham a cama dormem menos e têm mais despertares noturnos do que as crianças que dormem sozinhas (36).

Diferentes estudos identificaram vários fatores que podem influenciar a análise dos resultados relativamente a este ponto, tais como:

- Uma associação entre o *bed-sharing* e despertares noturnos concluiu que as mães eram mais propensas a partilhar a cama, de forma reativa, com crianças com sono desregulado, sendo improvável que o *bed-sharing* fosse a causa dos despertares noturnos adicionais (30);

- As crianças que partilhavam a cama tinham mais despertares noturnos do que aquelas que dormiam sozinhas, mas com uma duração mais curta, pelo que o tempo total de sono era idêntico (30). Alguns autores sugerem até que o *bed-sharing* promove o despertar infantil e esse fenómeno pode proteger contra o SMSL.

- Mães que partilham a cama com os filhos relatam mais despertares noturnos dos mesmos, dado que existe uma sincronia com o sono do filho, despertam conscientemente poucos segundos após o despertar deste, portanto, as mães que fazem *bed-sharing* com os filhos estão mais conscientes dos despertares noturnos do que as mães de filhos que dormem sozinhos (37);

- As expectativas dos pais também são importantes para a forma como as mães percecionam a qualidade do sono, uma vez que, em comparação com mães que partilham a cama com o filho de forma regular, as mães que regularmente dormiam separadas dos filhos separadamente classificaram a sua qualidade de sono como sendo significativamente inferior quando dormiam esporadicamente com o filho, embora os padrões de sono dos dois grupos fossem idênticos (30);

- As expectativas culturais sobre o sono influenciam muito as percepções e experiências dos pais sobre o sono, bem como o preconceito do pesquisador na construção de projetos de pesquisa e na interpretação dos dados. As mães dos países orientais dormiam mais, tinham menos despertares noturnos e relataram menos problemas com o sono relativamente às mães de países caucasianos (38);

- O tipo de alimentação também influencia a interpretação dos resultados, pois as mães de crianças alimentadas com leite de fórmula, de forma exclusiva ou não, sobrestimam o tempo total de sono dos filhos e subestimaram o tempo de vigília noturno dos mesmos em relação às mães que amamentam de forma exclusiva (30);

As mães que amamentam de forma exclusiva e partilham a cama apresentam tempos de latência mais curtos para adormecer, mais energia diária e melhor saúde física do que as mães que também fazem *bed-sharing*, mas não amamentam de forma exclusiva. O *bed-sharing* foi associado a efeitos negativos para as mães que não amamentavam de forma exclusiva, apresentando altas taxas de ansiedade e depressão pós-parto, raiva/irritabilidade e baixa energia diária (30).

2.4. Vigilância

Com o *bed-sharing*, os pais sentem que podem ajudar imediatamente o filho se houver algum problema (14) e, de facto, um dos fatores de risco para SMSL é dormir num quarto separado e, pelas recomendações da SPP (**Anexo I**) e da APP de 2022 (**Anexo II**), a criança deve partilhar o quarto com os pais – *room-sharing*, mas sem *bed-sharing* – com o intuito de reduzir o risco (4, 30).

Independentemente do local onde a criança dorme, a falta de monitorização dos pais é um risco significativo para SMSL e mortes infantis súbitas e inexplicadas, no geral (4). A capacidade de vigiar de perto uma criança é um fator importante, pois as mães que realizam *bed-sharing* verificam, inspecionam, tocam e amamentam os seus filhos significativamente mais do que as mães de filhos que dormem sozinhos (30).

A relação entre *bed-sharing* e SMSL será detalhada num tópico mais à frente, contudo para a redução do risco de morte súbita inesperada, o *bed-sharing* não é recomendado pelo menos nos primeiros 6 meses de vida de acordo com as recomendações mais atuais (4). Importa referir que os casos de SMSL aumentam com o défice/ausência de monitorização e com comportamentos de risco/circunstâncias modificáveis, por este motivo, é preciso informar e capacitar para um *room-sharing* e, caso se pratique *bed-sharing*, estes sejam os mais seguros possíveis (30).

Um estudo referiu que nos Estados Unidos da América, por exemplo, as taxas de SMSL aumentam nos fins-de-semana e, especialmente, na véspera de Ano Novo, provavelmente devido a uma menor vigilância pelos pais (pelo consumo de álcool) ou por dormirem com a criança enquanto estão alcoolizados (39).

Outros autores demonstram que a maioria das mortes por SMSL que ocorrem durante o *bed-sharing* associam-se a fatores de risco ambientais, como o tabagismo materno durante a gravidez, alimentação com leite de fórmula, alguém que fume (mesmo que não fume no quarto/cama), uso de álcool ou drogas por um dos pais que partilha a cama, presença de almofadas ou adormecer no sofá (6).

Basicamente, além da importância da amamentação, uma condição, mas não o suficiente, para um *bed-sharing* o menos arriscado possível é ter os pais sóbrios, conscientes e comprometidos com a segurança do lactente, dado que aumenta muito a capacidade de detetar e responder a uma crise ou potencial crise, como afastar um cobertor ou algum objeto potencialmente lesivo ou obstrutivo do rosto a criança (40).

As mães que partilham a cama, de forma regular, não se “habitua” à presença do seu filho, tornando-se mais conscientes/alerta da situação/estado de saúde do mesmo. Um estudo demonstrou que existe uma sincronia mãe-criança, comprovada pelo facto de que, durante a partilha de cama, 60% dos despertares maternos ocorriam ± 2 segundos após uma mudança do estado da criança (som, movimento, mudança no padrão respiratório) e 40% dos despertares infantis ocorriam ± 2 segundos após uma mudança do estado da mãe (30).

2.5. União/Apego

A maioria dos trabalhos desenvolvidos em relação a este ponto mostra relações positivas entre o *bed-sharing* e o vínculo entre a criança e os pais, especialmente o vínculo materno (30). O *bed-sharing*, para além de promover o vínculo entre a mãe e a criança, permitiu aos pais passarem mais tempo com os filhos, especialmente quando as mães retomaram o trabalho (14).

Nesta questão da qualidade do apego, o *bed-sharing* entre os pais e crianças, em estudos recentes, demonstrou que:

- Para além de aumentar a capacidade de vigilância e aumentar as oportunidades de amamentação, o contacto e o toque maternos podem melhorar a saúde materna e infantil, reduzir o stress fisiológico da criança e, portanto, fortalecer o vínculo materno-infantil (30);

- Durante o primeiro ano de desenvolvimento das crianças, quando estas são mais suscetíveis à ansiedade de separação, as crianças que partilhavam a cama tinham menos fragmentação do sono em comparação com as que dormiam sozinhas. Isto pode ser explicado

pelo facto de que as crianças que dormem sozinhas, especialmente se amamentadas, quando acordam, geralmente choram até ter uma resposta por parte dos pais, resultando num maior período de vigília e maior fragmentação do sono infantil (38);

- As crianças que dormiam sozinhas tinham um risco maior de serem inseguras relativamente às que não dormiam sozinhas (*bed-sharing* e *room-sharing*). Crianças ansiosas eram menos propensas a realizarem *bed-sharing* com os pais. O *bed-sharing* foi, também, associado a um menor temperamento infantil e menor depressão materna (41).

Em suma, a sincronia entre pais e filhos (que apoia a criação do vínculo), promovida pelo *bed-sharing*, influencia a capacidade das crianças em desenvolver respostas sociais de forma a autorregular-se durante eventos geradores de stress (30).

Porém, apesar da maioria dos trabalhos dizer o contrário, um estudo referiu que o *bed-sharing* se relacionava com um pior vínculo, medido por respostas maternas como “o meu filho chora demasiado”, “o meu filho irrita-me”. Importa ressaltar que, neste caso, não foi feita a distinção entre *bed-sharing* intencional e reativo nem entre o tipo de alimentação, o que será importante incluir em estudos futuros como variáveis importantes para garantir interpretações claras dos resultados, dado que no *bed-sharing* reativo e nas mães que não amamentam, seriam de esperar resultados mais negativos (42).

2.6. Razões Ambientais e Sociais

Uma das razões ambientais para o *bed-sharing* é o fator proteção, e aqui engloba-se a proteção da criança contra, por exemplo, insetos, possibilidade de assaltantes, violência na vizinhança (tiros perdidos) (14) e outros perigos, tais como a possibilidade de terremotos e incêndios (30).

Partilhar a cama para aquecimento também foi outro dos fatores mencionados (14).

As razões sociais são um importante fator para o *bed-sharing*, em que existe falta de cama ou berço para o filho por falta de espaço, especialmente famílias que vivem em condições de aglomeração (30), ou por carência económica (14).

Apesar disto, as expectativas culturais influenciam as taxas de *bed-sharing*, uma vez que as culturas orientais, onde a partilha de cama é incentivada, as taxas de *bed-sharing* são provavelmente mais elevadas, independentemente das condições do agregado familiar (30).

2.7. Choro

Partilhar a cama em resposta ao choro da criança é o *bed-sharing* reativo por definição.

Os filhos que partilhavam a cama com os pais choravam menos do que aqueles que dormiam sozinhos (e em especial, os que dormiam sozinhos e que faziam leite de fórmula em exclusivo). Da mesma forma, os filhos raramente choravam para acordar os pais para a amamentação nas noites de cama partilhada, mas choravam, quase sempre, para acordar os pais quando dormiam sozinhas. A partilha de cama facilita a alimentação noturna das mães que amamentam e permite uma resposta imediata, o que reduz o choro (30).

De acordo com a teoria do “apego/vínculo”, o choro faz parte de um sistema biológico que conecta os pais por forma a responder e refletir nos filhos e estimula, reciprocamente, as crianças a chorar pelos pais, sendo muito difícil, se não mesmo impossível, ignorar o choro dos filhos (43). A intolerância ao choro infantil é um comportamento parental coevoluído, apoiado por descobertas que mencionam que as mulheres são menos tolerantes ao choro infantil do que os homens, e que mulheres e homens, com experiência parental, são menos tolerantes ao choro infantil do que os que não têm essa experiência (30).

O choro está associado à libertação de cortisol, o que interfere com o processo de aprendizagem e pode provocar alterações nefastas a nível dos neurónios e na sensibilidade dos neurotransmissores quando presente em quantidades excessivas e forma regular. Por este motivo, ignorar o choro infantil pode ter efeitos negativos no desenvolvimento das crianças.

Os médicos e outros especialistas na área do sono infantil, em particular na cultura ocidental onde o *bed-sharing* não é tão praticado, muitas vezes aconselham os pais a ignorar o choro noturno da criança, como estratégia de redução do choro, apontando para sucesso deste método. Todavia, mesmo na ausência de indicadores comportamentais de sofrimento, como o choro, a resposta biofisiológica ao stress permanece elevada, com aumento dos níveis de cortisol ou frequência cardíaca elevada. As crianças em idade pré-escolar que partilhavam a cama com os pais tinham níveis médios de cortisol mais baixos do que aquelas que dormiam sozinhas, sugerindo que um maior contacto parental, desde cedo, pode programar respostas neuroendócrinas a situações de stress ao longo da vida (30).

Assim, em vez de ignorar e “reforçar” o choro noturno infantil, a resposta e o acolhimento dos pais ao sofrimento/choro noturno do filho reduz a sua resposta ao stress, tal como a resposta/acolhimento dos pais em relação ao sofrimento/choro da criança durante o dia (44).

2.8. Tradição Cultural e Familiar

Embora o sono seja uma necessidade biológica, tudo o resto é influenciado por normas, expectativas e práticas culturais (14).

Como já foi falado acima neste trabalho, o contexto histórico revela que, nas culturas ocidentais, o *bed-sharing* é visto como uma alternativa menos ideal e mais perigosa e o sono solitário é incentivado (24). Isto pode levar e leva a vieses nos trabalhos de investigação desenvolvidos dado que, quando o *bed-sharing* não é a norma, são reportados distúrbios ou problemas adicionais do sono que, em grande parte, se devem às expectativas dos pais quanto ao sono solitário ser a melhor opção (30).

O *bed-sharing* não foi associado ao aumento do despertar noturno ou à diminuição do sono, nem foi considerado um problema em culturas não-ocidentais. Somente em culturas “predominantemente caucasianas”, o sono piorava quando os pais partilhavam a cama com o filho. Dentro de um mesmo país, a evidência mostra que os membros de grupos minoritários, não originários do país em questão, partilham mais frequentemente a cama com os filhos (1).

2.9. Desvalorização do Perigo

O potencial perigo da partilha de cama com os filhos é o que está no centro da controvérsia na cultura ocidental.

Não obstante haja estudos que tenham demonstrado um risco aumentado de SMSL, asfixia acidental ou outros potenciais problemas decorrentes do *bed-sharing* (4), quando o *bed-sharing* ocorre na ausência de fatores de risco como uma superfície insegura para dormir, tabagismo materno durante ou após a gravidez, uso de drogas ou álcool pelos pais antes de dormir, alimentação com leite de fórmula, presença de almofadas, adormecer no sofá, etc., então não há risco adicional de SMSL para as crianças que fazem *bed-sharing* (31).

Na literatura disponível existe uma evidência clara de limitações, não havendo uma forte razão para proibir ou desaconselhar, de forma considerável, o *bed-sharing*, como uma política de saúde (31). Existem algumas culturas que têm das taxas mais baixas de SMSL e, simultaneamente, têm as taxas mais altas de *bed-sharing*, tais como Japão, China e comunidades asiáticas no Reino Unido (45).

Do ponto de vista evolutivo, períodos de sono longos podem colocar os lactentes em maior risco de SMSL. De acordo com a AAP, a capacidade de despertar do sono é uma importante resposta fisiológica protetora contra eventos de stress durante o sono, e a capacidade do lactente em dormir por períodos prolongados pode não ser fisiologicamente vantajosa (4).

Alguns estudos revelaram descobertas que sugerem que a capacidade de despertar durante o sono protege as crianças: 1 – foi demonstrado que os despertares mútuos da mãe e do filho, durante o *bed-sharing*, garantiam que a criança não dormia profundamente e esses despertares reduziam o risco de SMSL; 2 – as crianças que partilhavam a cama com os pais

tinham um sono menos profundo do que as crianças que dormiam sozinhas, refletindo uma maior reatividade fisiológica (30).

Apesar disto tudo, a recomendação mais atual da AAP aconselha o *room-sharing*, porque diminui o risco de SMSL até 50%, sendo mais seguro que o *bed-sharing* ou a criança dormir sozinha num quarto separado. Com o *room-sharing* é mais provável evitar asfixia, estrangulamento e aprisionamento que podem ocorrer no *bed-sharing* e, além disso, o *room-sharing* permite, também, uma proximidade com a criança, facilitando a alimentação, o conforto e a monitorização da mesma (4).

2.10. Instinto Materno

O contacto e a proximidade com o filho, inclusive nos cuidados noturnos, atuam como uma ponte para o desenvolvimento da criança. A partilha de cama entre mãe e filho faz parte do comportamento típico de cuidado noturno em todas as espécies(11), começando no nascimento – um período que partilha mais semelhanças com a vida pré-natal do que com a vida pós-natal (30).

São vários os benefícios do contacto materno-infantil e do toque físico, descritos na literatura:

- Ajuda na transição da vida pré-natal para a vida pós-natal, através da regulação da temperatura, estabilização da glicose, choro, comportamentos de amamentação e muito mais (30);

- O sistema termorregulador da criança, a respiração, a coordenação do ritmo circadiano, a variabilidade da frequência cardíaca e a regulação do cortisol requerem regulação externa da mãe para que a neuroarquitetura infantil se desenvolva sem comprometimento (46);

- Aumenta a consciência da mãe sobre as emoções e necessidades do filho, permitindo-lhe ter intervenções protetoras, como ajustar a posição da criança ou puxar um cobertor que possa ter caído sobre o rosto da mesma (46);

- Um estudo constatou que as crianças que normalmente partilhavam a cama tinham intervalos de batimentos cardíacos consistentemente mais lentos do que as que dormiam sozinhas, o que indica o envolvimento do sistema nervoso parassimpático na autorregulação do stress fisiológico provocado pela separação materno-infantil (47).

A separação entre a mãe e o filho para dormir constitui um evento de stress para as crianças, na medida em que:

- As crianças que dormiam sozinhas experimentavam níveis mais elevados de sofrimento (e de cortisol, conseqüentemente) e com maior frequência, pois precisavam de acordar e sinalizar os pais, através do choro, de uma forma mais significativa;

- Pode induzir conseqüências epigenéticas potencialmente deletérias, à medida que os processos de metilação no DNA ocorrem, devido à reatividade aumentada ao cortisol pelo stress (30).

Tabela 2: Motivos para *Bed-sharing* (14, 30).

<u>MOTIVO</u>	<u>RELAÇÃO COM <i>BED-SHARING</i></u>
AMAMENTAÇÃO	Aumento do tempo a longo prazo e frequência da amamentação; Facilidade e conveniência (descanso materno); Otimização da lactação materna; Incremento dos benefícios da amamentação: vantagens imunológicas, epigenéticas e neurobiológicas.
CONFORTO PARA A MÃE OU PARA O FILHO	Conforto emocional e físico das crianças dada a proximidade física com a mãe. <i>Bed-sharing</i> intencional – maior satisfação do casal. <i>Bed-sharing</i> reativo – menor satisfação do casal.
MAIS E MELHOR SONO PARA OS PAIS OU PARA O FILHO	Há pais que sentem que o <i>bed-sharing</i> facilita o sono em quantidade e qualidade para si, para o filho e até para a restante família, mas existem estudos que demonstram o contrário.
VIGILÂNCIA	Aumento da vigilância, mas, pela AAP e SPP, é recomendado o <i>room-sharing</i> sem <i>bed-sharing</i> para redução do risco de SMSL. Mas a vigilância, amamentação, pais conscientes e redução de fatores de risco são importantes para redução do risco de SMSL.
UNIÃO/APEGO	A maioria dos trabalhos evidencia um efeito positivo entre <i>bed-sharing</i> e a qualidade do vínculo da criança com os pais, mas são necessários estudos que incluam a distinção entre <i>bed-sharing</i> intencional e reativo e o tipo de aleitamento.
RAZÕES AMBIENTAIS E SOCIAIS	Razões sociais – falta de cama/berço por falta de espaço ou carência económica. Proteção – contra incêndios, terremotos, assaltos, etc. Aquecimento.

<p style="text-align: center;">CHORO</p>	<p>O <i>bed-sharing</i> favorece uma redução do choro noturno da criança.</p> <p>Ignorar o choro noturno infantil não é aconselhado dado aumentar os níveis de cortisol que pode ter consequências negativas para o neurodesenvolvimento das crianças.</p>
<p style="text-align: center;">TRADIÇÃO CULTURAL E FAMILIAR</p>	<p>Na cultura ocidental, o <i>bed-sharing</i> não é norma e é visto como uma estratégia perigosa.</p> <p>Na cultura oriental, o <i>bed-sharing</i> está culturalmente instituído e é visto como benéfico.</p>
<p style="text-align: center;">DESVALORIZAÇÃO DO PERIGO</p>	<p>Existem limitações na evidência atualmente disponível e, como o <i>bed-sharing</i> se associa a fatores de risco para SMSL, a AAP e SPP recomendam sempre o <i>room-sharing</i> sem <i>bed-sharing</i>.</p> <p>Na literatura disponível existe uma evidência clara de limitações, não havendo uma forte razão para proibir ou desaconselhar, de forma considerável, o <i>bed-sharing</i>, como uma política de saúde. Existem algumas culturas que têm das taxas mais baixas de SMSL e, simultaneamente, têm as taxas mais altas de <i>bed-sharing</i>, tais como Japão, China e comunidades asiáticas no Reino Unido.</p>
<p style="text-align: center;">INSTINTO MATERNO</p>	<p>O <i>bed-sharing</i> é visto como um instinto maternal com benefícios descritos no desenvolvimento e na regulação do stress da criança.</p>

3. Efeitos Positivos do Toque e do Contacto Físico no contexto de *Bed-sharing*

Ao longo do desenvolvimento do ponto número 2 da discussão deste trabalho, já foram referidos os ganhos do *bed-sharing* entre os pais e os filhos. A proximidade e o contacto físico entre os pais e os filhos apresentam múltiplos benefícios, que se encontram enumerados na **Tabela 3**. Em maior destaque, são abordados os benefícios sustentados do *bed-sharing* no que diz respeito à amamentação, à união e apego, na resposta do cortisol ao stress das crianças, na consolidação do sono e na sincronia entre a mãe e o filho.

3.1. *Bed-sharing* e Amamentação

Pela sua própria natureza, a amamentação envolve um toque íntimo e partilhado entre a mãe e o filho e, tal como já foi dito no ponto 2.1 deste trabalho, a relação entre a amamentação e o *bed-sharing* é volumosa e geralmente incontestada (31).

Embora a maior parte dos estudos demonstre uma correlação e não propriamente uma relação causa-efeito (2), existe uma relação dose-resposta entre o *bed-sharing* e a duração da amamentação (1, 9, 32), com taxas de amamentação superiores em crianças que partilham a cama com os pais, por rotina ou esporadicamente, mesmo que o *bed-sharing* seja iniciado mais tardiamente (2).

Noutros estudos, foi demonstrado que a amamentação favorece o *bed-sharing*, na medida em que dormir com os filhos facilita a amamentação (34), para além dos benefícios de maior preservação do sono da mãe e do filho e consequente manutenção da lactação materna (30).

Além de tudo isto, a amamentação confere benefícios no que toca à proteção contra o SMSL (**Anexo I**) e efeitos positivos no desenvolvimento cognitivo infantil com alterações, a longo prazo, nos neurónios da substância branca do cérebro (35), daí que o *bed-sharing*, ao favorecer o aumento da duração da amamentação, também incrementa as vantagens desta a nível das crianças.

3.2. *Bed-sharing* e União/Apego

A união/apego também já foi um assunto debatido no tópico 2.5 relativamente aos motivos que influenciam a opção de *bed-sharing*.

A separação entre mãe e filho, durante a noite para dormir, constitui um evento de stress e ativa o sistema de apego e, portanto, o despertar noturno representa uma oportunidade de reencontro e de conforto. A disponibilidade física e psicológica das mães para

responder e acalmar à sinalização dos filhos (que é feita através do choro, agitação, etc.) são fatores importantes que contribuem para o apego mãe-filho (2). Da mesma forma, a fisiologia e as emoções maternas estão preparadas para um contacto frequente e próximo com os seus filhos. Estas necessidades da criança não terminam à noite e, por este motivo, há razões para acreditar que a proximidade entre mães e filhos, que partilham a cama, pode promover um afeto e um comportamento infantil positivo no relacionamento mãe-filho (41).

Um estudo explorou a capacidade de resposta dos pais ao choro diurno (geralmente considerada uma boa prática de cuidado infantil) e ao choro noturno (muitas vezes considerada como má prática, pois impede a criança de aprender a acalmar-se sozinha e a dormir durante a noite). Neste estudo, sugeriram que quando os pais respondem ao choro diurno, mas não ao choro noturno, a criança pode ficar confusa ao perceber que a resposta parental não é consistente, afetando a relação de apego. Como os ritmos circadianos não são desenvolvidos antes dos 3-4 meses de idade, é improvável que os lactentes consigam distinguir entre uma resposta diurna consistente e uma não resposta noturna consistente. Em vez disso, o lactente provavelmente sente uma atenção inconsistente e pouco confiável do seu choro, tornando menos provável um apego seguro (43).

O *bed-sharing* intencional demonstrou níveis de maior satisfação conjugal, à medida que o tempo gasto de cama partilhada aumentava, comparativamente com o *bed-sharing* reativo e, embora os resultados revelem que as mães que partilham a cama com os filhos, de forma intencional ou reativa, relatam quantidades semelhantes do que consideram ser problemas de sono infantil durante a noite (por exemplo, criança difícil de acalmar durante a noite), as mães de *bed-sharing* reativo percebem esses comportamentos como sendo significativamente mais problemáticos relativamente às mães de *bed-sharing* intencional. Isto sugere que o *bed-sharing* reativo pode estar associado a comportamentos infantis mais problemáticos e a um maior stress materno, o que pode afetar a forma como as mães se comportam (tanto no que fazem como no que sentem) em relação aos seus filhos. Sendo assim, é razoável concluir que o *bed-sharing* intencional e reativo pode estar associado, de forma diferente, ao desenvolvimento do comportamento socioemocional infantil no relacionamento mãe-filho (41).

3.3. *Bed-sharing* e Resposta do Cortisol ao Stress nas Crianças

Uma razão comum para os pais, nomeadamente as mães, optarem por dormir com os filhos é o facto de isso ser reconfortante para eles e para os filhos.

O cortisol é uma medida psicofisiológica comum do stress, dado ser uma hormona libertada em resposta ao stress emocional e físico. Os níveis de cortisol infantil são regulados

socialmente e diminuem, na presença de cuidadores sensíveis e responsivos, com os quais as crianças têm um apego seguro. A capacidade da criança em comunicar a sua angústia ao cuidador, através da procura ou sinalização de proximidade, proporciona um amortecedor externo na resposta do cortisol, no contexto do apego seguro (2).

Embora as respostas comportamentais a eventos de stress leves permaneçam semelhantes (por exemplo, o choro), crianças com um apego seguro não apresentam um aumento dos níveis de cortisol a estes eventos de stress leves quando estão na presença do seu cuidador, enquanto as crianças com um apego inseguro apresentam um aumento dos níveis de cortisol em relação a eventos de stress leves (30).

O tamponamento da resposta do cortisol ao stress, pelo cuidador, faz parte da regulação social da resposta ao stress. Por exemplo, a falta de choro não indica, necessariamente, a falta de stress vivenciado pela criança pois, num estudo, as crianças continuaram a apresentar níveis aumentados de cortisol salivar (resposta fisiológica), mesmo quando a resposta comportamental (choro) era extinta (48).

Da mesma forma, outro estudo revelou que as crianças com histórico de *co-sleeping* (*bed-sharing* ou *room-sharing*) tinham menos reatividade ao cortisol do que as crianças que dormiam sozinhas. As crianças que foram amamentadas tiveram uma recuperação do cortisol ainda mais rápida, destacando a importância da regulação neuroendócrina materna externa através do *co-sleeping* precoce e da experiência da amamentação no desenvolvimento da resposta ao stress das crianças (49).

Separar mães e os filhos para dormir constitui um evento stressante para as crianças, que exibiram grandes aumentos na variabilidade da frequência cardíaca e passaram menos tempo em sono tranquilo, em contraste com as crianças que tiveram contacto pele com pele com as mães para dormir. Isto sugeriu que o contacto pele com pele e a separação materno-neonatal deveria ser evitada para evitar possíveis danos no neurodesenvolvimento das crianças a longo prazo. Assim, o isolamento social, mesmo durante o sono, pode afetar o desenvolvimento infantil de formas que ainda são necessárias questionar, investigar e compreender (50).

O cortisol também tem influência noutros campos, para além da capacidade de resposta ao stress. Pesquisas sobre a resposta do cortisol e experiências de aprendizagem em crianças mostraram que áreas cerebrais semelhantes estão envolvidas tanto na regulação emocional quanto na aprendizagem e na memória, destacando a relação entre medidas psicofisiológicas e alterações emocionais e cognitivas, o que reforça descobertas anteriores de que o cortisol interfere na aprendizagem (2).

3.4. *Bed-sharing* e Consolidação do Sono

O sono desenvolve-se rapidamente durante o primeiro ano de vida e continua a amadurecer ao longo da infância. Por não terem um ritmo circadiano estabelecido, os recém-nascidos dormem a maior parte do dia e da noite, exceto durante os períodos frequentes de alimentação. Por volta dos 3 meses de idade, o ritmo circadiano começa a emergir, com um aumento do sono noturno e uma diminuição do sono diurno – isto é conhecido como a consolidação do sono no período noturno, que é considerada o objetivo principal do desenvolvimento do sono nos lactentes (51).

Um estudo piloto, publicado em 2023, estudou a influência do *bed-sharing* na consolidação do sono. Neste estudo, os lactentes (entre os 3 e os 5 meses de idade), que partilhavam a cama com os pais, apresentaram um aumento do tempo e da eficiência do sono noturno e uma diminuição dos despertares noturnos após o início do sono (52).

Em geral, acredita-se que as crianças, que partilham a cama com os pais, acordem com mais frequência, devido à amamentação. No entanto, estas crianças têm um tempo total de movimento mais curto do que as crianças que dormiam no berço, apesar da alimentação frequente (53). Esta informação vai de encontro aos resultados deste estudo piloto de 2023, pois as crianças que partilham a cama com os pais são mais prontamente acomodadas pela mãe (redução do movimento), o que resulta numa diminuição dos despertares noturnos após o início do sono.

Assim sendo, a diminuição destes despertares leva ao aumento do tempo e da eficiência do sono noturno. Neste estudo, as crianças que partilhavam a cama com os pais também demonstraram uma tendência de diminuição do tempo de sono diurno. Consequentemente, o *bed-sharing* entre pais e crianças leva a que estas tenham uma proporção maior de sono noturno em comparação com o sono diurno, o que sugere que o *bed-sharing* pode ajudar a promover a consolidação do sono noturno no início da infância (52).

3.5. *Bed-sharing* e Sincronia Mãe-Filho

Winnicott afirmou que as crianças não existiam sem cuidados maternos, pois sentia que as crianças e os cuidados maternos não podiam ser separados nos estádios iniciais (54), e Winberg descreveu o período imediatamente após o nascimento – o “quarto trimestre” – como especialmente importante para estabelecer a regulação mútua das muitas necessidades da criança, onde a presença da mãe ajuda a regular externamente os sistemas imaturos e em desenvolvimento das crianças (55). Isto sugere que o feto humano poderia ser descrito como “pré-sensibilizado” aos sinais sensoriais da mãe, e essas experiências

sensoriais (movimento, toque, temperatura, trocas gasosas, etc.) continuam após o nascimento, especialmente no contexto de *bed-sharing*. A continuidade dessas trocas sensoriais nos meses após o nascimento ajuda o lactente completamente dependente biologicamente a adaptar-se ao ambiente externo, fazendo a transição para a independência biológica (55).

O contacto pele com pele com a mãe, imediatamente após o nascimento, regula a temperatura dos lactentes, reduz o choro e apresenta melhores reservas de glicogénio e níveis de glicose no sangue mais elevados em comparação com os lactentes aquecidos numa incubadora (55). Além disso, o sucesso da amamentação é facilitado pelo maior contacto, após o nascimento, e pela separação menos frequente, aumentando a produção de leite (2). Estas trocas sensoriais fazem parte da sincronia biocomportamental mãe-filho, que deve ser estabelecida no período neonatal para influenciar as capacidades das crianças para lidar com o stress, orientar a sua maturação neurocomportamental e, em última análise, definir o potencial da criança ser pai ou mãe da próxima geração (56). A sincronia ocorre quando os estados fisiológicos e/ou biocomportamentais da criança são lidos, respondidos e/ou partilhados pela mãe através de um processo de regulação mútua (57).

O *bed-sharing* favorece a sincronia materno-infantil, tornado os despertares sincronizados entre a mãe e o filho mais estáveis ao longo do tempo, tendo um papel importante na consciência das necessidades da criança e nos cuidados prestados à mesma. A sincronia materno-infantil também contribui para o apego mãe-filho (2).

A sincronia entre mãe e filho não termina na infância – vários estudos evidenciam que a sincronia mãe-filho prevê o comportamento autorregulado das crianças, especialmente em termos emocionais. A sincronia positiva entre mãe e filho tem uma correlação positiva com o comportamento social das crianças relativamente aos seus pares (56). Um estudo longitudinal descobriu que a sincronia mãe-filho, medida aos 3 meses de idade, estava correlacionada com o QI verbal das crianças aos 6 anos, com a capacidade de autorregulação e com problemas de comportamento, bem como com a capacidade dos primeiros adolescentes (13 anos) para a empatia e compreensão da moralidade (57).

Tabela 3: Efeitos do toque e do contacto físico no contexto de *Bed-sharing* (2, 14, 30).

<u>RELAÇÃO COM <i>BED-SHARING</i> E:</u>	<u>EFEITO</u>
AMAMENTAÇÃO	Aumento do tempo a longo prazo e frequência da amamentação; Facilidade e conveniência (descanso materno); Otimização da lactação materna; Incremento dos benefícios da amamentação: menor resposta ao cortisol com eventos de stress; efeitos positivos no desenvolvimento cognitivo infantil.
UNIÃO/APEGO	A maioria dos trabalhos é consistente e evidencia um efeito positivo entre <i>bed-sharing</i> e a qualidade do vínculo da criança com os pais, nomeadamente no apego mãe-filho.
SATISFAÇÃO CONJUGAL	<p>O <i>bed-sharing</i> intencional demonstrou níveis de maior satisfação conjugal em contrapartida com o <i>bed-sharing</i> reativo.</p> <p>O <i>bed-sharing</i> reativo relaciona-se com uma maior insatisfação conjugal e com maior stress materno que pode pôr em causa a relação entre mãe e filho.</p>
RESPOSTA DO CORTISOL AO STRESS NAS CRIANÇAS	<p>Os níveis de cortisol, libertado em resposta ao stress emocional ou físico, diminuem com a resposta por parte dos pais em acalmar a criança, quando esta os sinalizada através da agitação ou choro.</p> <p>O <i>bed-sharing</i>, ao diminuir o tempo de latência na resposta à sinalização da criança, ao favorecer a amamentação e o apego seguro por parte da criança, potencia uma diminuição da duração do choro e um aumento do sono de qualidade por parte da criança.</p>
CHORO E NO SONO	<p>Em resposta à diminuição de eventos geradores de stress, com o <i>bed-sharing</i>, ocorre uma diminuição da duração do choro e uma diminuição da fragmentação do sono, com repercussão a nível da diminuição dos níveis de cortisol.</p> <p>A sincronia dos despertares entre mãe e filho também favorece o aumento do sono eficaz.</p>

CONSOLIDAÇÃO DO SONO

O *bed-sharing* favorece a consolidação do sono ao promover um aumento do tempo e da eficiência do sono noturno nas crianças (com diminuição dos despertares após o início de sono) e diminuição do tempo de sono diurno.

SÍNCRONIA MÃE-FILHO

O *bed-sharing* auxilia a sincronia materno-infantil, através do contacto pele com pele, favorecendo a amamentação, a redução do choro, a sincronia de despertares, o apego materno-infantil e inúmeros efeitos fisiológicos, tais como: maior regulação da temperatura, melhores reservas de glicogénio e diminuição da frequência cardíaca.

A nível biocomportamental, a sincronia materno-infantil favorece a capacidade de autorregulação das crianças a eventos de stress e tem repercussões positivas, no futuro, a nível emocional e no comportamento das crianças e adolescentes.

4. Potenciais Riscos e Consequências do *Bed-sharing*

A literatura relativa a esta temática contém referências bibliográficas antigas. Na **Tabela 4** estão enunciados os potenciais riscos associados ao *bed-sharing*, bem como uma súmula acerca da informação disponível sobre cada um.

4.1. Problemas do Sono

Apesar das associações que foram sendo estabelecidas, a literatura sobre os problemas e as práticas de sono não resolveu a questão da causalidade subjacente a essas associações, dado que: 1 – os pais que partilham a cama criam, com mais frequência, problemas de sono dos filhos; 2 – os pais que partilham a cama podem escolher fazê-lo em resposta a problemas de sono pré-existentes nos filhos, como no caso de pais que fazem um *bed-sharing* reativo; 3 – os pais que partilham a cama podem subestimar ou sobrestimar a presença de problemas de sono dos filhos, de acordo com as suas atitudes e crenças em relação ao *bed-sharing* ou à sua simples proximidade com a criança (1).

Há estudos que associam o *bed-sharing* a uma maior frequência de problemas de sono em crianças em idades pré-escolar e escolar e adolescentes (58). Estes problemas de sono incluem despertares noturnos frequentes, menor duração de sono noturno, choro noturno, pesadelos, pedidos de conforto e de sair da cama à noite, maior resistência à hora de dormir, hora de dormir mais tardia e sonolência diurna (1).

Outros estudos referem que as crianças que dormiam sozinhas de forma parcial (partilhavam a cama menos de duas horas por noite) tinham mais probabilidade de dormirem regularmente durante a noite do que as crianças que partilhavam a cama de forma regular, e crianças em idade pré-escolar, que dormiam sozinhas, deitavam-se mais cedo, desmamaram mais precocemente e adormeciam sozinhas mais cedo que as crianças que partilhavam a cama com os pais (59).

Porém, existem evidências mistas ou inconclusivas sobre a associação entre problemas de sono e o *bed-sharing*, com estudos a não associar o *bed-sharing* a problemas de sono (1).

4.1.1. *Bed-sharing* e Natureza Da Partilha de Cama

Num estudo russo, os recém-nascidos com baixo peso à nascença não partilhavam a cama, de forma regular, mais do que os controlos, mas necessitavam de mais assistência dos pais na hora de dormir e eram trazidos para a cama dos pais com mais frequência depois de acordarem à noite (60).

A natureza do *bed-sharing* pode impactar a análise dos resultados que obtêm, pois, vários estudos relataram um menor risco de dificuldades no início do sono e no despertar noturno das crianças que partilhavam a cama no início do sono, em comparação com crianças que partilhavam a cama após o despertar noturno. Esta distinção tem um paralelismo com o *bed-sharing* intencional versus *bed-sharing* reativo – quando os pais partilham a cama com os filhos desde o início da noite, isto sugere que o fazem de forma intencional, ao passo que quando a partilha da cama ocorre em resposta ou após um evento de despertar noturno, esta é uma abordagem mais reativa (61).

4.1.2. Bed-sharing e Fatores Culturais

O *bed-sharing* é considerado uma das práticas parentais mais influenciadas pelas práticas e crenças culturais, o que representa uma das dificuldades dos estudos acerca do *bed-sharing* e, conseqüentemente, dos problemas de sono com ele relacionados (1).

Num grande inquérito internacional online (n = 29.287 pais), as crianças que dormiam sozinhas dormiam mais, acordavam menos à noite, tinham menos dificuldades na hora de dormir, adormeciam mais rapidamente e eram percebidas como tendo menos problemas de sono do que as crianças que partilhavam a cama. Estas diferenças foram observadas principalmente nos países predominantemente caucasianos, e não nos países predominantemente asiáticos, onde o *bed-sharing* é comum (62).

Outro fator que pode influenciar a interpretação dos problemas de sono é a proximidade em relação aos filhos, durante a noite. Devido à proximidade noturna dos filhos, os pais que partilham a cama com os filhos podem relatar melhor os despertares do sono da criança, levando a frequências mais altas, ou podem perceber os eventos de despertar noturno como “normais”, levando à sua subnotificação (63).

O *bed-sharing* reativo, em resposta a eventos adversos do comportamento infantil com o intuito de reduzir o sofrimento da criança, ocorre mais nos países ocidentais, onde os pais consideram mais problemático o *bed-sharing*. De facto, o contexto cultural pode gerar um viés na análise do *bed-sharing*, dado que a maior parte da investigação nesta revisão provém de países ocidentais onde o *bed-sharing* não é a norma. Os fatores culturais não só criam vieses na representação da amostra, mas também nas metodologias utilizadas para avaliar as práticas de sono, que podem ser difíceis de implementar noutros países, nomeadamente em países não ocidentais. Finalmente, os fatores culturais influenciam a forma como os pais relatam as práticas de sono, e isto é importante, uma vez que a maioria dos dados obtidos nestes estudos baseiam-se exclusivamente em relatos dos pais sobre os problemas e as práticas de sono das crianças (1).

4.1.3. Bed-sharing em Resposta a Problemas de Sono Pré-Existentes

A partilha da cama pode surgir como uma técnica parental para induzir o sono ou como uma reação aos despertares noturnos das crianças. Os pais podem levar os filhos para a cama deles em resposta às dificuldades noturnas durante a infância precoce e tardia, devido a pesadelos, doenças ou medos. Assim, o comportamento problemático na hora de dormir ou o comportamento perturbador durante a noite foi um preditor significativo do início da partilha de cama e não contrário (1).

Da mesma forma, uma proporção maior de crianças enuréticas de quatro anos tinha o hábito de dormir na cama dos pais depois de urinar na fralda em comparação com crianças não enuréticas, e uma associação entre EN e partilha de cama também foi relatada nesse estudo de uma amostra de crianças chinesas em idade escolar (64). Em crianças autistas, trazer a criança para a cama dos pais foi uma das soluções parentais mais frequentemente tentadas para promover o sono dessas crianças (65).

A partilha da cama também está associada às percepções das mães (e dos pais) sobre o sofrimento da separação da criança, humor negativo e dificuldades em acalmar a criança. Isto sugere que a partilha de cama é iniciada em resposta ao comportamento problemático da criança e não é a causa dele (1). Os preditores significativos de *bed-sharing* incluem histórico passado de problemas de sono, resistência à hora de dormir, ansiedade do sono, despertares noturnos e medos noturnos (66).

Em suma, a cultura e o contexto influenciam o que os pais dizem, fazem e pensam sobre o sono dos seus filhos e as suas próprias estratégias para lidar com o sono dos mesmos. A pesquisa sobre as consequências do *bed-sharing* deve começar por considerar estes fatores (1).

4.2. Parâmetros Fisiológicos

Os estudos epidemiológicos sobre variáveis fisiológicas e o *bed-sharing* apresentam resultados inconsistentes e inconclusivos.

Ao contrário do que foi referido no ponto 3.3 da discussão desta tese sobre a influência do *bed-sharing* na reatividade do cortisol, na qual o *bed-sharing* se associava a uma menor reatividade do cortisol por parte das crianças que partilhavam a cama com os pais, um outro estudo referiu que as crianças que partilhavam a cama com os pais apresentavam maior reatividade fisiológica (aumento do cortisol) (67).

Fisiologicamente, alguns estudos referem que o *bed-sharing* se associa a temperaturas corporais basais mais altas nas crianças que partilham a cama, em contraste,

outros estudos que não encontram diferenças na temperatura entre crianças que partilham a cama e as que não partilham a cama, nem evidência de redução de saturação de oxigénio em crianças que partilham a cama. Outra diferença encontrada inclui o facto de os níveis de nicotina infantil serem mais elevados em crianças de pais fumadores e o *bed-sharing* ser um fator que contribuía para o efeito (1).

No que diz respeito à arquitetura do sono, os estudos revelam diferenças entre os grupos – *bed-sharing* e o sono solitário, mas as amostras usadas são geralmente pequenas. A duração total do sono e os ritmos sono-vigília não diferem entre os grupos, mas sugere-se que a partilha de cama promove a excitação infantil, um sono mais ativo e mais despertares noturnos (1) e, segundo alguns autores, isto pode ser um fator protetor contra o SMSL (68). Pelo mesmo motivo, outros autores consideram que os fatores de stress gerados durante o *bed-sharing* pode ser um fator predisponente para o SMSL, pois as crianças que dormiam regularmente com os pais, quando não o faziam, tinham um sono mais tranquilo/menos ativo e menos despertares noturnos (69).

4.3. Perturbações Somáticas

Tal como grande parte dos artigos publicados sobre o *bed-sharing*, os artigos publicados acerca deste tópico sobre a relação do *bed-sharing* com determinadas perturbações somáticas não são recentes.

Vários distúrbios (incluindo distúrbios somáticos e genéticos) foram associados com o aumento das taxas de *bed-sharing*, tais como: enxaqueca e cefaleias de tensão em crianças e adolescentes, doença do refluxo gastroesofágico, dermatite, epilepsia, convulsão febril, síndrome de Down e défice intelectual (1).

Numa amostra de crianças chinesas em idade pré-escolar, as que partilhavam a cama com os pais tinham maior probabilidade de serem obesas face às que dormiam sozinhas (70). Um estudo no Brasil referiu que as crianças que partilhavam a cama com os pais, aos três meses de idade, tinham maior probabilidade de internamento hospitalar por pneumonia do que as crianças que dormiam sozinhas, mas apenas se não fossem amamentadas (71). Um estudo de coorte prospetivo revelou que a partilha da cama aos 24 meses (mas não aos dois meses) foi associada a sibilância e asma aos três, quatro e seis anos de idade (72).

Outros distúrbios foram estudados, mas não foram encontradas associações com o *bed-sharing*. A direção destas descobertas muitas vezes não foi clara e, embora possa ser tentador inferir causalidade a partir destas associações, exige-se uma interpretação cautelosa destas descobertas e um desenho cuidadoso de estudos futuros. Mas, no caso das

perturbações somáticas, a partilha da cama como ferramenta de monitorização parental das condições de saúde existentes pode ser plausível (1).

4.4. Saúde e Infeções

A partilha de cama tem sido analisada como um fator de risco para a propagação de doenças infecciosas e parasitas. O *bed-sharing* foi associado à infeção por *Helicobacter pylori*, carcinoma gástrico e ulceração, mas os resultados foram inconsistentes. A partilha de cama, dentro da família, também foi descrita como fator de risco para a transmissão de tosse convulsa, hepatite B, escabiose, difteria e pediculose da cabeça, infelizmente, a maioria destes estudos não descreveu a natureza da partilha da cama (ou seja, se entre irmãos ou entre filhos e pais) e muitas vezes incluem crianças mais velhas (1).

Não foi encontrada nenhuma associação entre o *bed-sharing* e a *tinea capitis*, doença meningocócica ou infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em famílias com crianças infetadas pelo HIV (1).

Uma análise de sobrevivência das crianças que partilhavam a cama aos onze anos indicou que estas crianças não morreram mais cedo do que as que não partilhavam a cama (73).

4.5. Cognição

Neste campo, existem estudos a mostrar uma correlação negativa, outros a mostrar uma correlação positiva e outros a mostrar uma não relação entre o *bed-sharing* e a capacidade cognitiva. Não existem, portanto, evidências que permitam afirmar alguma correlação ou causalidade entre a partilha de cama e os resultados cognitivos (1).

4.6. Problemas de Comportamento

Alguns estudos demonstram associações entre o *bed-sharing* e acessos de raiva, falta de autoconfiança e comportamentos agressivos (74); outros revelam um humor menos positivo e uma menor persistência na manutenção de uma atividade em crianças que partilham a cama (75); a partilha de cama também foi mais prevalente em crianças com perturbações mentais e comportamentais, como perturbação do espectro do autismo e dificuldades graves de aprendizagem (76).

Em contrapartida, uns estudos referem não haver relação entre o *bed-sharing* e problemas de comportamento; outros associam mais empatia e consciência em crianças que partilham a cama, mas apenas de mães que têm atitude positiva em relação ao *bed-sharing*

(77); e num outro estudo, que avaliou a partilha de cama aos cinco meses, três, quatro e seis anos, nenhum efeito positivo ou negativo foi encontrado aos seis anos em questões de maturidade comportamental e emocional, nomeadamente a nível do humor e afeto, adaptação escolar, relacionamentos interpessoais, autoaceitação, vandalismo, crimes e uso de substâncias (78);

A evidência de uma associação entre a partilha de cama e problemas comportamentais infantis não é clara e pode ser influenciada pelos diferentes motivos das mães para a partilha de cama (1).

4.7. Apego e Dependência

A crença social, na cultura ocidental, reflete a ideia de que colocar as crianças numa superfície separada/berço para dormir, encoraja a autonomia, a autorregulação e, mais tarde, a independência (1). Ao mesmo tempo, os defensores da partilha de cama mencionam o incentivo à autonomia como uma das razões positivas para a partilha de cama, com alguns pediatras e psiquiatras a argumentarem que a partilha da cama aumenta o apego mãe-filho à noite, durante um período de desenvolvimento em que a criança se torna mais independente durante o dia (79).

Não há evidência empírica a apoiar as afirmações de qualquer um dos lados e, mais uma vez, as intenções, atitudes e crenças dos pais influenciam a maneira como o comportamento das crianças é visto como problemático (1).

A associação entre a partilha de cama e o apego seguro é a medida do vínculo entre pais e filhos, que é um elemento básico da psicologia do desenvolvimento. Num estudo, quase metade de uma amostra de crianças com autismo partilhava a cama com os pais e aproximava-se fisicamente dos pais durante a noite, o que se assemelha a comportamentos de procura de conforto e proximidade (76). Um estudo indicou que o apego ambivalente estava relacionado com problemas de sono, e esta associação estava relacionada com a disponibilidade materna inconsistente, tanto pelo sofrimento infantil, causado pelas separações noturnas, como pelos comportamentos de conforto, como a partilha de cama (80).

Em relação a objetos de apego/transição, o *bed-sharing* não foi associado ao uso de chupeta e foi associado a menos comportamentos de sucção (chupeta ou chuchar no polegar). A presença de um dos pais para dormir no início do sono, e não onde a criança dormiu durante a noite (sozinha, no quarto dos pais ou na cama dos pais) foi o maior preditor para o uso de um objeto de transição ou de sucção do dedo (81). Outro estudo constatou que as crianças que dormiam sozinhas tinham um apego mais forte e prolongado a objetos de transição (1).

A maioria destes estudos são transversais e correlacionais e não têm em conta a intenção e crença dos pais (1).

4.8. Saúde Sexual

Sugeriu-se que a exposição das crianças à nudez dos pais e ao *bed-sharing* pudesse ser prejudicial ao desenvolvimento de uma identidade sexual normal, tendo sido até comparado ao abuso sexual infantil, mas não houve evidência de resultados psicosssexuais negativos decorrentes destas práticas (82).

Um estudo retrospectivo, que avaliou as consequências do *bed-sharing* precoce no desenvolvimento sexual posterior, indicou resultados diferentes para homens e mulheres: os homens, que partilharam a cama com os pais dos 0 aos 5 anos, tiveram maior autoestima, menos ansiedade, maior frequência de relações sexuais e maior tendência para relações sexuais casuais; as mulheres, que partilharam a cama com os pais dos 0 aos 5 anos, tiveram menos desconforto relativamente ao contacto físico/afeto na idade adulta (83).

4.9. Síndrome de Morte Súbita no Lactente

A morte súbita infantil inesperada (MSII) é um termo usado para descrever qualquer morte súbita e inesperada, com ou sem causa descrita, que ocorre durante a infância. A MSII pode ser atribuída a causas como asfixia (intencional ou acidental), infeção, doenças metabólicas, canalopatias cardíacas associadas a arritmias, trauma (intencional ou acidental), etc., ou ser classificada como SMSL. A SMSL é uma subcategoria da MSII em que as mortes infantis são inexplicadas e não podem ser explicadas por nenhuma outra causa após uma avaliação completa que inclui autópsia, investigação das circunstâncias da morte e revisão da história clínica (4, 84).

O *bed-sharing* pode influenciar o risco, potenciando-o, de asfixia mecânica, obstrução das vias aéreas, sobreposição, sobreaquecimento, trauma (hemorragia nasal/oronasal) e SMSL (1). Dentro dos vários assuntos discutidos sobre o *bed-sharing*, o SMSL é o tema mais abordado, direta ou indiretamente, de forma substancial. Em muitos países desenvolvidos, a SMSL é a primeira causa de morte, no período pós-neonatal e até ao primeiro ano de idade (85).

Quase todas as mortes desta categoria – MSII, ocorrem durante o sono infantil ou num ambiente de sono e a fisiopatologia destas mortes relacionadas com o sono é complexa e multifatorial, sendo o modelo de triplo risco (**Figura 2**) o mais atualmente aceite. Não sendo o objetivo desta dissertação dissecar o SMSL, o modelo de triplo risco propõe uma associação de três componentes envolvidos na fisiopatologia deste (4):

- Ambiente de vulnerabilidade intrínseca da criança, relacionado com os sistemas cardiorrespiratório e/ou de despertar disfuncionais ou imaturos. Isto pode resultar de condições *in útero* e/ou de condições genéticas que predispõem a um défice de desenvolvimento. O facto de o SMSL ter maior probabilidade de ocorrer em lactentes pré-termo e/ou que sofreram restrição do crescimento, sugerem um ambiente intrauterino desfavorável. Outros fatores adversos *in útero* são a exposição pré-natal ao tabaco, álcool e outras substâncias farmacológicas ou ilícitas;

- Um período crítico/vulnerável no desenvolvimento do lactente, com maior risco entre 1 e 4 meses de idade;

- *Triggers* ou fatores exógenos, tais como – o decúbito ventral ou lateral durante o sono, sobreaquecimento, dormir sobre uma superfície mole, a presença de roupa de cama (cobertores, por exemplo) ou de outros objetos (como almofadas) que possam cobrir a cabeça do lactente, infeções precedentes, e o *bed-sharing*.

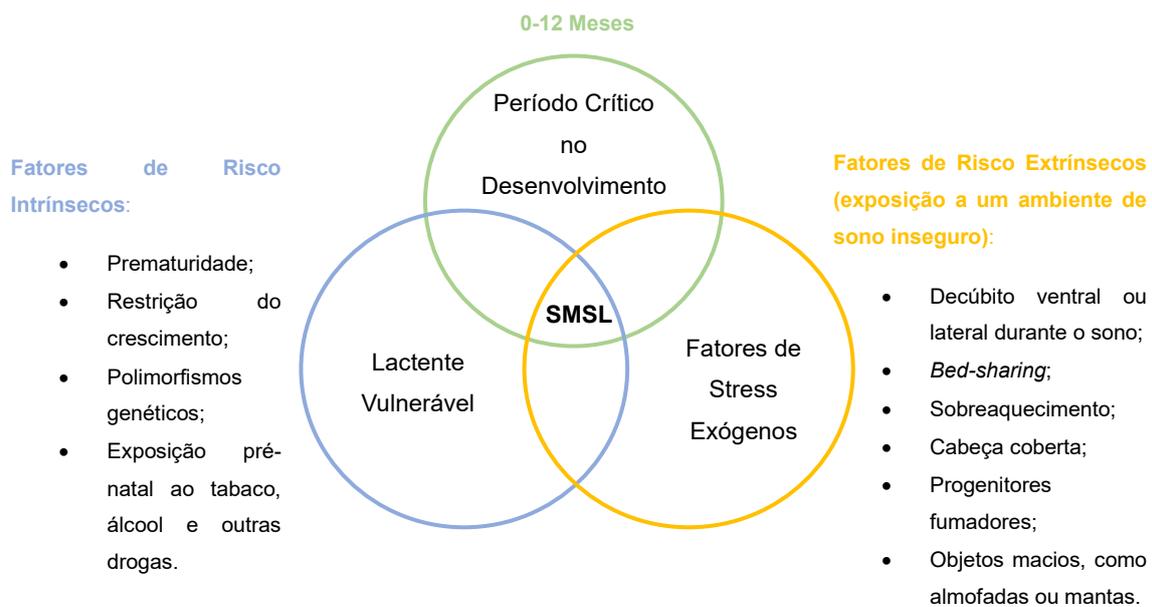


Figura 2: Modelo do Triplo Risco para explicar a fisiopatologia do SMSL. Este modelo propõe que o SMSL ocorre quando um recém-nascido com vulnerabilidade intrínseca (frequentemente relacionada com os sistemas cardiorrespiratório e/ou de despertar disfuncionais ou imaturos) sofre a exposição a um evento exógeno (devido à exposição a um ambiente de sono inseguro) durante um período crítico de desenvolvimento. Adaptado de (4): Moon RY, Carlin RF, Hand I, NEWBORN TFOSIDSaTCOFA. Evidence Base for 2022 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment to Reduce the Risk of Sleep-Related Infant Deaths. Pediatrics. 2022;150(1).

A convergência dos três componentes, do modelo de triplo risco, pode conduzir progressivamente à asfixia, bradicardia, hipotensão, acidose metabólica, respiração e despertar ineficazes, podendo culminar na morte. A combinação dos diferentes riscos (intrínsecos e extrínsecos) está associado a um risco de SMSL que é superior ao risco de cada fator individualmente (86).

A partilha da cama entre pais e filhos continua a ser altamente controversa. Estudos eletrofisiológicos e comportamentais oferecem fortes argumentos para o seu efeito na facilitação da amamentação, existem algumas evidências fisiológicas de que partilhar a cama aumenta a calma do bebé, e muitos pais acreditam que podem manter a vigilância do filho enquanto este está a dormir e a partilhar a cama. No entanto, com base nas evidências, a AAP não recomenda a partilha de cama em nenhuma circunstância (4).

A AAP recomenda que as crianças durmam no quarto dos pais (*room-sharing*), perto da cama dos mesmos, mas numa superfície separada concebida para as crianças, de preferência durante pelo menos os primeiros 6 meses. Colocar o berço perto da cama dos pais, para que o filho esteja à vista e ao alcance dos braços, pode facilitar a alimentação, o conforto e a monitorização da criança, a fim de proporcionar aos pais tranquilidade sobre a segurança da mesma (87).

A partilha de quarto sem partilha de cama é protetora no primeiro ano de vida e não há evidências específicas de quando pode ser seguro mudar uma criança para um quarto separado antes de 1 ano de idade. O *room-sharing* reduz o risco de SMSL e elimina a possibilidade de asfixia, estrangulamento e aprisionamento que podem ocorrer quando o recém-nascido está a dormir na cama do adulto (1, 87).

O *bed-sharing* aumenta a magnitude do risco de morte relacionada com o sono, quando associado às seguintes circunstâncias (1, 9, 84, 87, 88):

- Pais cujo estado de alerta pode estar prejudicado devido à fadiga ou ao consumo de medicamentos sedativos (como certos antidepressivos e analgésicos) ou substâncias (como álcool e drogas ilícitas);

- Um ou ambos os progenitores são fumadores, mesmo que não fumem na cama ou se a mãe fumou durante a gravidez;

- Local onde a criança dorme é uma superfície macia, como um colchão de água, colchão velho, sofá ou poltrona;

- Lactente de termo, com peso normal e idade inferior a 4 meses, mesmo que nenhum dos pais fume e mesmo que o lactente seja amamentado. Este é um período particularmente vulnerável, pelo que os pais que optam por alimentar as crianças com idade inferior a 4 meses na cama precisam de estar especialmente vigilantes para evitar adormecer;

- Quando a partilha de cama não é feita com um dos pais/cuidadores habituais;
- Lactente prematuro ou com baixo peso ao nascer, mesmo que nenhum dos pais fume;
- Utilização de objetos macios, como almofadas ou mantas.

Concomitantemente, existem alguns fatores protetores e comportamentos – amamentação/leite materno, uso de chupeta e o Programa Nacional de Vacinação – que ajudam na prevenção de SMSL e mortes infantis relacionadas com o sono, no geral (87). A AAP emitiu, em 2022, recomendações atualizadas para um ambiente de sono infantil seguro no sentido de reduzir o risco de mortes infantis relacionadas com o sono (**Anexo II**). A SPP elaborou um folheto onde constam recomendações para prevenir o risco de SMSL (**Anexo I**).

Tabela 4: Potenciais riscos e consequências associados ao *Bed-sharing* (1, 87).

<u>RELAÇÃO COM O <i>BED-SHARING</i> E:</u>	<u>RISCO POTENCIAL</u>
<p>PROBLEMAS DO SONO</p>	<p>Há estudos que associam o <i>bed-sharing</i> a uma maior frequência de problemas de sono em crianças em idades pré-escolar e escolar e adolescentes. Estes problemas de sono incluem despertares noturnos frequentes, menor duração de sono noturno, choro noturno, pesadelos, pedidos de conforto e de sair da cama à noite, maior resistência à hora de dormir, hora de dormir mais tardia e sonolência diurna.</p> <p>Porém, existem evidências mistas ou inconclusivas sobre a associação entre problemas de sono e o <i>bed-sharing</i>, com estudos a não demonstrar causalidade do <i>bed-sharing</i> nos problemas de sono.</p> <p>É necessário considerar, em pesquisas posteriores, fatores confundidores que influenciam os resultados: distinção entre <i>bed-sharing</i> intencional versus reativo, contexto cultural ocidental versus oriental e a existência de problemas de sono prévios ao início do <i>bed-sharing</i>.</p>
<p>PARÂMETROS FISIOLÓGICOS</p>	<p>Alguns estudos referem uma menor reatividade do cortisol por parte das crianças que partilhavam a cama com os pais, mas um estudo referiu que as crianças que partilhavam a cama com os pais apresentavam maior reatividade fisiológica (aumento do cortisol). Os níveis de nicotina infantil eram mais elevados em crianças de pais fumadores e o <i>bed-sharing</i> era um fator que contribuía para o efeito.</p> <p>Sugere-se que a partilha de cama promova a excitação infantil/sono mais ativo/mais despertares noturnos que, segundo alguns autores, pode ser um fator protetor contra o SMSL. Outros autores, pelo mesmo motivo, consideram que esses efeitos no sono, durante o <i>bed-sharing</i>, são fatores de stress gerados que podem predispor ao SMSL.</p>
<p>PERTURBAÇÕES SOMÁTICAS</p>	<p>Enxaqueca e cefaleias de tensão em crianças e adolescentes, doença do refluxo gastroesofágico, dermatite, epilepsia, convulsão febril, síndrome de Down, défice intelectual, obesidade, internamento hospitalar por pneumonia (se não amamentadas), sibilância e asma aos três, quatro e seis anos.</p>

	<p>A direção destas descobertas muitas vezes não foi clara e, embora possa ser tentador inferir causalidade a partir destas associações, exige-se uma interpretação cautelosa destas descobertas e um desenho cuidadoso de estudos futuros.</p>
<p>SAÚDE E INFEÇÕES</p>	<p>O <i>bed-sharing</i> foi associado à infecção por <i>Helicobacter pylori</i>, carcinoma gástrico e ulceração, mas os resultados foram inconsistentes.</p> <p>O <i>bed-sharing</i>, dentro da família, constitui um fator de risco para a transmissão de tosse convulsa, hepatite B, escabiose, difteria e pediculose da cabeça, mas a maioria destes estudos carece da definição da natureza da partilha da cama, se esta é entre irmãos ou entre filhos e pais.</p>
<p>COGNIÇÃO</p>	<p>Os poucos estudos que existem revelam conclusões mistas na relação entre a cognição e o <i>bed-sharing</i>.</p> <p>Não existem evidências que permitam afirmar alguma correlação ou causalidade entre a partilha de cama e os resultados cognitivos.</p>
<p>PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO</p>	<p>A evidência de uma associação entre a partilha de cama e problemas comportamentais infantis não é clara e pode ser influenciada pelos diferentes motivos das mães para a partilha de cama.</p>
<p>APEGO E DEPENDÊNCIA</p>	<p>As intenções, atitudes e crenças dos pais influenciam em muito a maneira como é visto o comportamento das crianças, não havendo evidência empírica para apoiar que o <i>bed-sharing</i> estimula a dependência e a não autonomia das crianças ou que o <i>bed-sharing</i> estimule a autonomia.</p> <p>O <i>bed-sharing</i> proporciona a aproximação física entre pais e filhos, a qual pode ser vista como uma medida de procura de conforto e apego.</p> <p>Em relação a objetos de apego/transição, o <i>bed-sharing</i> parece ser estar associado a menos comportamentos de sucção (chupeta ou chuchar no polegar), mas, segundo um estudo, a presença de um dos pais para dormir no início do sono, e não onde a criança dormiu durante a noite (sozinha, no quarto dos pais ou na cama dos pais) foi o maior preditor para o uso de um objeto de transição ou de sucção do dedo.</p>
<p>SAÚDE SEXUAL</p>	<p>A literatura carece de evidência de efeitos psicosexuais negativos decorrentes do <i>bed-sharing</i>.</p>

Segundo um estudo: homens – maior autoestima, menos ansiedade, maior frequência de relações sexuais e maior tendência para relações sexuais casuais; mulheres – menos desconforto relativamente ao contacto físico/afeto na idade adulta.

SMSL

O *bed-sharing* pode potenciar o risco de asfixia mecânica, obstrução das vias aéreas, sobreposição, sobreaquecimento, trauma (hemorragia nasal/oronasal) e SMSL.

O *bed-sharing* aumenta a magnitude do risco de morte relacionada com o sono, quando associado às seguintes circunstâncias:

- Pais cujo estado de alerta pode estar prejudicado devido à fadiga ou ao consumo de medicamentos sedativos (como certos antidepressivos e analgésicos) ou substâncias (como álcool e drogas ilícitas);
- Um ou ambos os progenitores são fumadores, mesmo que não fumem na cama ou se a mãe fumou durante a gravidez;
- Local onde a criança dorme é uma superfície macia, como um colchão de água, colchão velho, sofá ou poltrona;
- Lactente de termo, com peso normal e idade inferior a 4 meses, mesmo que nenhum dos pais fume e mesmo que o lactente seja amamentado. Este é um período particularmente vulnerável, pelo que os pais que optam por alimentar as crianças com idade inferior a 4 meses na cama precisam de estar especialmente vigilantes para evitar adormecer;
- Quando a partilha de cama não é feita com um dos pais/cuidadores habituais;
- Lactente prematuro ou com baixo peso ao nascer, mesmo que nenhum dos pais fume;
- Utilização de objetos macios, como almofadas ou mantas.

5. Fatores associados ao *Bed-sharing* na Criança mais Velha

O *bed-sharing* é um tema com limitações na literatura atual, que se tornam mais evidentes quando o tema envolve crianças mais velhas. A AAP reconhece que o *bed-sharing* permanece um assunto controverso e desaconselha-o pelo menos nos primeiros 6 meses de vida e, sobretudo, quando associado a fatores de risco ambientais, como no último ponto desta discussão, pelo risco de SMSL. Contudo, a AAP e a Academia Americana de Psiquiatria Infantil e Adolescente não são claras nas recomendações sobre o *bed-sharing* em crianças mais velhas e em idade escolar (10, 19).

Em grande parte, o *bed-sharing* é um fenômeno cultural e, tal como já foi referido, é amplamente aceite nas sociedades orientais, que priorizam a proximidade e união, sendo menos praticado nas sociedades ocidentais, onde a autonomia e independência são mais valorizadas. No entanto, em quase todas as culturas, o *bed-sharing* é mais comum na primeira infância e diminui à medida que as crianças entram na escola (5, 10, 12).

Apesar das crianças terem mais probabilidade de partilhar a cama com os pais em culturas que apoiam esta prática, no geral, os fatores que a influenciam envolvem não só convenções socioculturais, mas também fatores socioeconómicos e ambientes familiares como, por exemplo, status socioeconómico baixo, habitação sem condições/espço, mãe solteira e mudanças familiares. Na verdade, um status socioeconómico mais baixo pode indicar espaços habitacionais mais lotados e uma menor consciência dos pais sobre a higiene do sono das crianças (10, 89). Estes e outros fatores associados ao *bed-sharing*, encontram-se listados na **Tabela 5**.

Tabela 5: Fatores associados ao *Bed-sharing* em crianças mais velhas (10, 19, 89).

<i>Escolha familiar.</i>
<i>Baixo status socioeconómico, independentemente da cultura e etnia.</i>
<i>Um dos pais ser trabalhador por turnos/trabalhador menos qualificado.</i>
<i>Baixa escolaridade dos pais.</i>
<i>Habitação sem condições e/ou espaço suficiente.</i>
<i>Família monoparental.</i>
<i>Amamentação prolongada.</i>
<i>Problemas de sono anteriores e atuais na criança (resistência à hora de dormir, ansiedade do sono, parassónias, despertares noturnos).</i>

5.1. Benefícios

A par com os benefícios referidos na **Tabela 3**, o *bed-sharing* proporciona um aleitamento materno mais frequente durante a noite e uma continuação da amamentação até uma idade mais avançada, aumenta as interações entre a mãe e o filho, trazendo benefícios emocionais para a mãe e melhoria do vínculo materno-infantil e diminuem o cansaço materno (10, 12).

5.2. Possíveis Riscos

Alguns estudos demonstraram que o *bed-sharing* está associado à síndrome da morte súbita infantil, múltiplos problemas de comportamento e vários distúrbios do sono (que podem ter repercussões a nível de problemas comportamentais e de saúde, no funcionamento diurno e no desempenho escolar), nas crianças mais velhas (5, 10, 12).

5.2.1. *Bed-sharing*, Problemas do Sono e Ansiedade

Os despertares noturnos e a resistência à hora de dormir são dificuldades predominantes relacionadas com o sono vivenciadas por crianças em idade escolar, porém a natureza exata da relação entre a partilha da cama e os problemas de sono na criança não é clara. Eventos geradores de stress a que as crianças mais velhas e em idade escolar podem estar sujeitas, como medos (do escuro, de filmes assustadores, por exemplo), pesadelos, preocupações, abuso sexual, *bullying*, ansiedade de separação, relacionamentos familiares conturbados (como o conflito parental), revelam uma associação com dificuldades no sono, que se traduzem em redução da duração do sono, fragmentação e má qualidade do mesmo (10).

Como a maioria dos estudos foram realizados sem definições consistentes de *bed-sharing*, frequência e duração do mesmo, e foram usados diferentes métodos de colheita de dados, torna-se difícil comparar os resultados. Por outro lado, também é provável que os pais que realizam *bed-sharing* estejam mais conscientes dos problemas relacionados com o sono dos seus filhos, podendo influenciar as taxas mais altas de problemas do sono, em alguns estudos, nas crianças que realizam *bed-sharing* face às que dormem sozinhas (10).

Existem estudos que associam o *bed-sharing* a problemas em iniciar o sono, menos sono noturno, mais sonolência diurna, mais resistência para dormir, aumento de despertares noturnos e maiores níveis de ansiedade (89). Investigações sobre a ocorrência e os resultados associados ao *bed-sharing*, em jovens clinicamente ansiosos, são praticamente inexistentes na literatura. Os pedidos das crianças para dormir com os pais são frequentemente reativos ou ocorrem em resposta a dificuldades de sono ou transtornos de ansiedade prévios.

Evidências preliminares sugerem que o *bed-sharing* é prevalente em crianças em idade escolar com transtornos de ansiedade e, de facto, um estudo recente publicado em 2018, que analisou a relação do *bed-sharing* em dois grupos de crianças – clinicamente ansiosas e não ansiosas – em idade escolar (6-12 anos), fornece evidências que o *bed-sharing* é comum em jovens clinicamente ansiosos em idade escolar e que este é proporcional a formas mais graves de ansiedade (5).

Com base em pesquisas que revelam que a maioria das crianças, com transtornos de ansiedade, tem problemas relacionados com o sono, estas descobertas sugerem que o *bed-sharing*, frequente nesta população de jovens ansiosos, pode ser um fator que perturba os padrões de sono saudáveis, porque partilhar a cama introduz, inerentemente, maior variabilidade na rotina do sono e cria uma dependência da programação de outros membros da família, tanto a hora de dormir como a hora de acordar podem mudar (10).

5.2.2. *Bed-sharing, Desenvolvimento Infantil e Problemas de Comportamento*

Os estudos que abordam esta questão são escassos e a bibliografia não é recente. Determinados estudos, desenvolvidos neste campo, que avaliaram os efeitos a longo prazo do *bed-sharing*, não indicaram consequências positivas nem negativas para as crianças que partilham a cama com os pais, no que diz respeito a: maturidade cognitiva, social, emocional e de desenvolvimento; problemas de sono; problemas sexuais; relacionamentos psicosexualmente problemáticos; problemas de comportamento (queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas delinquentes ou agressivos); ou dificuldades em relacionamentos íntimos e com os pares, mais tarde, na infância ou adolescência (10). Na verdade, há alguma indicação de que partilhar a cama com os pais pode ter resultados positivos para o desenvolvimento psicosexual, segundo um estudo de 2005 (90). Uma criança em idade escolar, que procura partilhar a cama com os pais, pode dever-se a uma reação a um fator de stress que, provavelmente, atenuar-se-á com a redução desse mesmo fator (10).

Em contrapartida, mais recentemente, um estudo de coorte prospetivo realizado na China (que tem alta prevalência de *bed-sharing*), publicado em 2021, analisou o *bed-sharing* na primeira infância com a previsão de problemas de comportamento na pré-adolescência, através de relatos transmitidos por pais, professores e até as próprias crianças. No geral, este estudo revelou que o *bed-sharing*, na primeira infância, está significativamente associado ao aumento de problemas de comportamento na infância e pré-adolescência, com predisposição para um aumento de problemas de comportamento internalizantes (ansiedade/depressão, queixas somáticas), externalizantes (comportamento agressivo), problemas de atenção e

comportamentos desafiadores e, ainda, estes problemas de comportamento expandiam-se para problemas sociais e afetivos (12).

Assim, a opção de *bed-sharing* na primeira infância deve ser praticada com cautela e novos estudos devem ser realizados, noutros países e culturas, a fim de investigar o efeito do comportamento precoce de *bed-sharing* em estádios posteriores de desenvolvimento.

5.2.3. Bed-sharing e Enurese Noturna

Há pouca informação sobre a relação entre *bed-sharing* e EN. A EN é definida como a micção involuntária, durante o sono noturno, após os 5 anos de idade, sendo a sua causa complexa e ainda não totalmente compreendida.

Um estudo de coorte prospetivo, realizado na China e publicado em 2014, estabeleceu que o *bed-sharing* entre os cuidadores e as crianças, especialmente crianças mais velhas, foi associado a um risco significativamente maior de EN. Foram propostos três mecanismos possíveis para explicar esta associação: 1 – o *bed-sharing* aumenta a possibilidade de distúrbios do sono que causam privação do sono que, por sua vez, causam atraso ou incapacidade de acordar para urinar; 2 – o distúrbio de sono relacionado com o *bed-sharing* interrompe a secreção de vasopressina durante a noite, levando à nictúria; 3 – os cuidadores/pais, que partilham as camas, têm maior probabilidade de acordar as crianças, para urinar, antes que a bexiga esteja cheia (64).

Todas estas práticas interferem com o desenvolvimento do controlo da micção noturna e na capacidade da bexiga, fazendo com que as crianças com EN tenham uma sensação reduzida de plenitude da bexiga durante a noite. Além disso, o *bed-sharing* pode retardar a independência das crianças com EN, que é um fator importante para adquirir o controlo da micção noturna. Como a remissão da EN é altamente afetada por fatores ambientais e educacionais, a identificação de fatores de risco terá implicações clínicas significativas para o tratamento da EN e, por essa razão, mais estudos e com amostras maiores são necessários para identificarem se há uma relação causal entre *bed-sharing* e EN (64).

CONCLUSÃO

1. Vantagens e Desvantagens

Da literatura consultada, foi possível verificar uma dicotomia entre a sociedade ocidental, onde o *bed-sharing* é fortemente desaconselhado, e a sociedade oriental, onde o mesmo é uma prática comum e valorizada.

Para além da tradição cultural e familiar, outros motivos para a realização de *bed-sharing* prendem-se com razões ambientais e sociais – carência económica e condições de aglomeração, proteção contra incêndios, terremotos, assaltos e insetos; com o instinto materno – o contacto e a proximidade com o filho, inclusive durante o sono, constitui um comportamento típico da espécie e uma ponte para o desenvolvimento da criança; com razões de natureza emocional – o *bed-sharing* e o contacto próximo proporcionam sensação de conforto, tranquilidade e segurança aos pais, nomeadamente às mães, e às crianças; com o facto de aumentar a oportunidade de vigiar de perto o filho e atuar prontamente – a vigilância em conjugação com a amamentação, pais conscientes e redução de fatores de risco são importantes para a redução de SMSL; com uma tendência para desvalorização do perigo desta prática, dado não existir uma evidência clara a favor da proibição e desaconselhamento do *bed-sharing*; e com a amamentação, que também constitui uma vantagem da partilha de cama entre pais e filhos – o *bed-sharing* proporciona o prolongamento e facilitação da amamentação, com os benefícios inerentes ao aleitamento materno e o descanso materno.

A nível da sincronia mãe-filho, o *bed-sharing* auxilia nesta sincronia e isto favorece, não só a amamentação, a redução do choro e do stress fisiológico da criança, a sincronia dos despertares entre mãe e filho e um sono eficaz, e o apego materno-infantil, como tem repercussões, no futuro, a nível emocional e comportamental das crianças e adolescentes, dado influenciar a sua capacidade de autorregulação.

E, no que diz respeito ao apego/união materno-infantil, a maioria dos trabalhos descreve um efeito positivo entre *bed-sharing* e qualidade do vínculo entre pais e crianças, especialmente o vínculo materno. No que diz respeito à autonomia e independência, não há evidência empírica para apoiar que o *bed-sharing* estimule a dependência e não autonomia das crianças ou que o *bed-sharing* estimule a autonomia. Em relação a objetos de transição/apego, o *bed-sharing* parece estar associado a menos comportamentos de sucção (uso de chupeta e chuchar no polegar), enquanto num estudo foi constatado que as crianças que dormiam sozinhas, tinham um apego mais forte e prolongado a objetos de transição.

A nível do sono, a evidência é mista, se por um lado existem estudos a demonstrar uma diminuição da fragmentação do sono, com repercussões na diminuição dos níveis de

cortisol na criança, e um aumento do sono eficaz e consolidação do sono das crianças, promovidos pela sincronia de despertares entre mãe e filho, despertares mais curtos, diminuição de despertares após o início do sono e diminuição da sonolência diurna; existem outros estudos que demonstram uma maior frequência de problemas do sono em crianças em idades pré-escolar e escolar e adolescentes associados ao *bed-sharing*, com aumentos de despertares noturnos, pesadelos, pedidos de conforto e para sair da cama, maior resistência à hora de dormir e hora de dormir mais tardia, que se refletem em menor duração do sono noturno e sonolência diurna. Outros estudos associavam o *bed-sharing* parcial e as crianças que dormiam sozinhas a uma maior probabilidade de dormirem de forma regular durante a noite e a deitarem-se e adormecerem sozinhas mais cedo.

Ignorar o choro noturno infantil não é uma estratégia aconselhada, dado aumentar os níveis de cortisol, o qual pode ter impacto negativo no desenvolvimento das crianças. O *bed-sharing* favorece uma redução do choro noturno da criança, dado aumentar a resposta imediata por parte dos pais, e para esta redução do choro, também contribui a facilitação da amamentação, no caso das mães que amamentam. No que toca aos níveis de cortisol, libertado em resposta ao stress emocional e/ou físico gerados na criança, diminuem com a resposta por parte dos pais em acalmar a criança, quando esta os sinaliza através da agitação ou choro. Contudo, um estudo referiu que as crianças que partilhavam a cama com os pais apresentavam maior reatividade fisiológica, com aumento do cortisol. De facto, o *bed-sharing*, ao diminuir o tempo de latência na resposta à sinalização da criança, associado à amamentação e ao apego seguro por parte da criança, potenciam uma diminuição da duração do choro e um aumento do sono de qualidade por parte da criança.

Relativamente às perturbações somáticas, vários distúrbios foram associados com o *bed-sharing*, tais como: enxaqueca e cefaleias de tensão em crianças e adolescentes, doença do refluxo gastroesofágico, dermatite, epilepsia, convulsão febril, síndrome de Down, défice intelectual, obesidade, internamento hospitalar por pneumonia (se não amamentadas), sibilância e asma aos três, quatro e seis anos. Porém, a direção destas descobertas muitas vezes não foi clara e, embora possa ser tentador inferir causalidade a partir destas associações, exige-se uma interpretação cautelosa destas descobertas e um desenho cuidadoso de estudos futuros.

Em relação a doenças infecciosas e parasitárias, o *bed-sharing* foi associado à infeção por *Helicobacter pylori*, carcinoma gástrico e ulceração, mas com resultados inconsistentes e, dentro de uma família, o *bed-sharing* constitui um fator de risco para a transmissão de tosse convulsa, hepatite B, escabiose, difteria e pediculose da cabeça, mas a maioria destes estudos carece da definição da natureza da partilha da cama, se esta é entre irmãos ou entre filhos e pais. Apesar disto, uma análise de sobrevivência das crianças, que partilhavam a

cama aos onze anos, indicou que essas crianças não morriam mais cedo do que as que não partilhavam a cama.

Quanto à cognição, neste campo não existem evidências que permitam afirmar alguma correlação ou causalidade entre a partilha de cama e os resultados cognitivos. No que se refere aos problemas de comportamento, a evidência também não é clara, com estudos a demonstrar efeitos positivos, negativos e neutros entre os problemas de comportamento e o *bed-sharing*. Na saúde sexual, a literatura carece de evidência de efeitos psicossociais negativos decorrentes do *bed-sharing*.

O *bed-sharing* pode potenciar o risco de asfixia mecânica, obstrução das vias aéreas, sobreposição, sobreaquecimento, trauma (hemorragia nasal/oronasal) e SMSL. O tópico do SMSL continua a ser altamente controverso, dado que, pela evidência atualmente disponível, não haver uma forte razão para proibir ou desaconselhar, de forma considerável, o *bed-sharing*. Existem algumas culturas que têm das taxas mais baixas de SMSL e, simultaneamente, têm as taxas mais altas de *bed-sharing*, tais como Japão, China e comunidades asiáticas no Reino Unido e, se por um lado, existem alguns autores que defendem que a partilha de cama promove um sono mais ativo e mais despertares noturnos (mais excitação infantil) e isto pode ser um fator protetor contra o SMSL, existem outros autores que consideram que estes fatores de stress gerados (excitação infantil), durante a partilha de cama, pode ser um fator predisponente para o SMSL.

Já em 2019, um protocolo sobre SMSL, amamentação e *bed-sharing*, foi aprovado por pediatras certificados pela *Academy of Breastfeeding Medicine* e foi referido que a partilha de cama segura é possível e as evidências existentes não apoiam a conclusão de que a partilha de cama entre crianças amamentadas cause o SMSL, na ausência de perigos conhecidos (30). No entanto, as recomendações mais atuais da AAP, de 2022, recomendam que as crianças durmam no quarto dos pais (*room-sharing*), perto da cama dos mesmos, mas numa superfície separada concebida para as crianças, de preferência durante pelo menos os primeiros 6 meses e que o *room-sharing* sem *bed-sharing* é protetor no primeiro ano de vida.

Mas todas as diretrizes são unânimes no que respeita ao facto de que o risco de SMSL e a maioria das mortes por SMSL, ocorrem sobretudo quando associadas a fatores de risco ambientais, como o tabagismo materno durante ou após a gravidez, a alimentação com leite de fórmula, a alguém que fume (mesmo que não fume no quarto/cama), ao uso de álcool ou drogas por um dos pais que partilha a cama, à presença de almofadas ou mantas e uma superfície insegura/macia para dormir (colchão de água, sofá, etc.), à partilha de cama com alguém que não é o cuidador habitual e, também, lactentes com idade inferior a 4 meses ou quando são prematuros ou têm baixo peso ao nascer. Não esquecer que a amamentação

(promovida pelo *bed-sharing*), o uso de chupeta e a vacinação são fatores protetores do SMSL e mortes infantis relacionadas com o sono, no geral.

No que se refere à partilha de cama na criança mais velha e em idade escolar, a literatura é mais parca, sem recomendações claras relativamente a este assunto. Os fatores que motivam o *bed-sharing*, nestas idades, passam, de igual modo, pelo fenómeno cultural, sendo o *bed-sharing* uma escolha familiar. Concomitantemente, um *status* socioeconómico baixo, baixa escolaridade dos pais, habitação sem condições ou sobrelotadas, trabalhos menos qualificados ou exigentes (exemplo – trabalho por turnos), uma família monoparental, o prolongamento da amamentação e a existência de problemas de sono prévios e/ou atuais na criança são outros fatores associados ao *bed-sharing* nas crianças mais velhas.

Os benefícios do *bed-sharing*, na criança mais velha, sobrepõem-se, em muito, aos já acima referidos para as crianças, no geral. Os possíveis riscos descritos na literatura, a par com os que também já foram acima mencionados, prendem-se com problemas do sono e ansiedade, problemas do comportamento e desenvolvimento e EN. No entanto, são necessários mais estudos, com mais rigor e amostras maiores, com intuito de aferir se há causalidade entre o *bed-sharing* e determinados riscos, pois existem muitos fatores confundidores e as conclusões, em diferentes estudos, não são as mesmas.

2. Limitações e Perspetivas Futuras

O *bed-sharing* tem limitações na literatura atual, com poucos estudos e pouco recentes, que se tornam mais evidentes quando o tema envolve crianças mais velhas. O pequeno tamanho das amostras, muitas vezes utilizado em estudos, pode limitar o poder de detetar diferenças significativas ou expor determinadas particularidades (efeitos positivos, negativos ou neutros de determinadas associações) que, caso o tamanho da amostra fosse substancial, não se encontrariam.

A comunidade médica, especialmente em Pediatria, assumiu que a partilha de cama entre pais e filhos é provavelmente um risco, mas a maior parte das investigações é de natureza correlacional/transversal ou retrospectiva. A natureza transversal dos dados impede e condiciona a capacidade de determinar causalidade e direccionalidade entre o *bed-sharing* e a característica em questão num determinado estudo, como é o caso dos problemas do sono e ansiedade, dadas as relações bidirecionais que existem entre problemas do sono e sintomas de ansiedade com o *bed-sharing*, é possível que os problemas de sono, em jovens ansiosos, possam ser precedidos ao início da partilha de cama e não o contrário.

Além de que, vários fatores de confusão não controlados podem contribuir para associações e previsões enviesadas e desajustadas da realidade. Os fatores culturais não só

criam vieses na representação da amostra (e as taxas de prevalência, dentro do mesmo país, podem ser influenciadas pelas múltiplas etnias e grupos culturais que aí vivem), mas também nos métodos de recolha de dados e questionários utilizados para avaliar as práticas de sono, que podem ser divergentes e difíceis de implementar noutros países, nomeadamente em países não ocidentais. Os fatores culturais influenciam, também, a forma como os pais relatam as práticas de sono (na cultura ocidental, o *bed-sharing* é visto como uma prática com implicações negativas na saúde da criança e, na cultura oriental, é uma prática mais comum e valorizada), e isto é importante, uma vez que muitos dados obtidos nestes estudos baseiam-se em relatos dos pais sobre os problemas e as práticas de sono das crianças ou, também, através de relatos transmitidos por professores e até as próprias crianças, logo, esta natureza qualitativa/subjetiva dos dados torna difícil a replicação dos mesmos.

Como a maioria dos estudos foram realizados sem definições consistentes de *bed-sharing*, frequência e duração do mesmo, e foram usados diferentes métodos de colheita de dados, torna-se difícil a comparação dos resultados. Por outro lado, também é provável que os pais que realizam *bed-sharing* estejam mais conscientes dos problemas relacionados com o sono dos seus filhos, podendo influenciar as taxas mais altas de problemas do sono, em alguns estudos, nas crianças que realizam *bed-sharing* face as que dormem sozinhas.

A distinção entre *bed-sharing* intencional e reativo é, de igual modo, crucial e deve ser considerada em pesquisas posteriores, pois o *bed-sharing* reativo está mais associado a efeitos adversos e indesejados.

A maior parte dos estudos incluem considerações dos pais, mas mais centradas na díade Mãe-Filho, havendo a necessidade de mais estudos envolvendo o Pai, avaliando as suas atitudes, crenças e experiências relativamente à partilha de cama com o filho e com a mãe. As condições do agregado familiar e os fatores socioeconómicos também são variáveis a ter em linha de conta. O tipo de alimentação – amamentação exclusiva, leite de fórmula exclusivo ou os dois – também influencia a interpretação dos resultados e deve ser incluído em pesquisas posteriores.

Outros fatores confundidores são a idade de início da puberdade e toda a duração da mesma, pois estes indicadores podem potencialmente impactar os problemas de comportamento durante a infância e adolescência (91).

No que diz respeito ao SMSL, para além da fisiopatologia não ser completamente compreendida, existem limitações que são apontadas a estes estudos (1):

- O facto de não existirem histórias clínicas detalhadas, na maioria destes estudos, pode levar a que uma criança que morre por SMSL na única noite em partilhou a cama com

os pais, crie uma coincidência que pode levar à associação do SMSL com o *bed-sharing* sendo, por isso, importante contabilizar a regularidade/frequência da partilha de cama;

- O uso, por parte de médicos legistas e patologistas, de diferentes terminologias e critérios de diagnóstico de SMSL.

Outras questões que podem ser relevantes: incluir a distinção entre a partilha de cama com apenas um dos pais ou com ambos, e englobar as diferentes famílias e não só a tradicional “pai e mãe”.

No futuro, é necessário considerar desenhos de pesquisa longitudinais, sobretudo estudos de coorte prospetivos, ou mesmo experimentais, que possam fornecer mais informações sobre a causalidade e natureza direcional das relações entre o *bed-sharing* e a variável alvo. Estes estudos deveriam ser transculturais, com um tamanho de amostra substancial, incluir dados fisiológicos e polissonográficos das crianças (e dos pais) durante o sono em diferentes ambientes como, por exemplo, *bed-sharing*, *room-sharing* e dormir sozinha num quarto separada, tendo em conta os vários fatores confundidores que podem enviesar os resultados.

3. Dormir com os Pais, SIM ou NÃO?

A evidência sobre os benefícios e as inconveniências do *bed-sharing* não é consensual e, até, contraditória, não sendo unânime a recomendação ou contraíndicação desta prática. Os resultados dos estudos são influenciados por uma combinação de fatores, referidos ao longo do ponto 2 da conclusão desta tese, entre os quais se encontram os valores culturais.

Como deve um médico abordar este assunto dos filhos dormirem com os pais? Uma abordagem que estigmatize as famílias que optam pelo *bed-sharing* pode levar a uma relutância em discutir este assunto com os profissionais de saúde, que não só o médico, resultando numa subnotificação do mesmo. Os profissionais de saúde, especialmente aqueles que pertencem a especialidades com um contacto mais próximo com futuros pais ou mães, ou que tenham tido esse contacto recentemente, como é o caso da Ginecologia/Obstetrícia, da Pediatria e da Medicina Geral e Familiar, têm um papel fundamental a desempenhar na transmissão da informação o mais correta possível sobre os benefícios e os riscos do *bed-sharing* e apoiar os pais na tomada de decisão, maximizando a segurança, caso optem por esta prática.

Deve-se estar atento a práticas de educação infantil culturalmente específicas, particularmente se a família pertencer a uma minoria étnica. Os profissionais de saúde são incentivados a reforçar os conselhos sobre um sono mais seguro e a rever as disposições de

sono adotadas pela família, e a prevenção da SMSL é um tema que deve ser abordado nestas consultas e a partir do momento em que o casal decide ter um filho.

A AAP recomenda um ambiente de sono seguro, a fim de reduzir o risco de todas as mortes relacionadas com o sono nas crianças, e este inclui um *room-sharing* sem *bed-sharing*, pelo menos nos primeiros 6 meses de vida até ao 1 ano. A taxa de SMSL tem mantido uma tendência de declínio nas últimas duas décadas, podendo isto dever-se não só às recomendações emanadas por entidades competentes, como também pelo facto de novos estudos desenvolvidos classificarem mortes, que antes eram classificadas como SMSL, como sendo atribuídas a outras causas (como asfixia ou outras causas mal definidas, por exemplo) (4).

Apesar das campanhas de divulgação de recomendações que visam a diminuição do SMSL terem sido positivas na redução destas mortes, em diversos países, esta continua a ser a principal causa de morte no primeiro ano de vida, excluindo o período neonatal, associada a fatores de risco e fatores protetores bem identificados, já explorados ao longo desta dissertação, e que devem ser transmitidos aos pais/cuidadores.

Explicar aos pais que não há garantias em que a partilha de cama em crianças, particularmente em idades mais avançadas, tenha efeitos comportamentais ou psicológicos a curto ou longo prazo, assim como, numa criança em idade escolar, a procura de partilha de cama com os pais pode ser uma reação a um fator de stress, como abuso, intimidação, conflito em casa ou na escola, divórcio, etc., ou mesmo um evento aparentemente trivial.

No entanto, deve-se recomendar aos pais avaliarem os acontecimentos de acordo com o nível de desenvolvimento da criança, estando alerta caso a criança apresente uma regressão persistente de marcos previamente alcançados, tendo como exemplo: o reaparecimento da EN, apresentar deterioração no desempenho escolar, demonstrar uma inibição social, pois nestas situações pode ser necessária uma intervenção profissional.

É também importante ter em linha de conta fatores que influenciam o padrão de sono nas crianças, tais como (91):

- Os ritmos circadianos não estarem desenvolvidos antes dos 3-4 meses de idade e, por isso, é improvável que os lactentes tenham um padrão de sono diurno/noturno, sendo os períodos de sono controlados pela fome e saciedade;

- Os microdespertares noturnos que as crianças têm, após cada ciclo de sono, em que, se visualizarem um ambiente diferente daquele em que adormeceram, adquirem a consciencialização e despertam/acordam, podendo surgir o choro. Isto pode ter impacto no *bed-sharing* reativo, dado que muitas vezes os filhos adormecem na presença de um ou

ambos os pais e depois são colocados no berço e, quando ocorre o microdespertar, a criança pode acordar e sinalizar com choro.

- O atraso fisiológico na produção da melatonina, que ocorre com a puberdade, e que condiciona o início do sono cerca de duas horas mais tarde do que o habitual nos adolescentes e, por isso, os ciclos de sono nos adolescentes, com tendência a estarem mais alerta à noite e a acordar mais tarde, não estão sincronizados com o dos pais, o que pode ter impacto na qualidade de sono de ambos;

- Relembrar que, sobretudo desde o nascimento até à adolescência, a necessidade e duração do sono nas crianças é superior à dos adultos, e isto pode gerar conflito quando a partilha de cama entre pais e filhos é realizada;

- A adequação do número e da duração das sestas à idade, o consumo de bebidas estimulantes, refeições pesadas e exercício físico antes de dormir e a rotina de ir para a cama devem ser condições a ponderar na avaliação da qualidade do sono e a sua relação com o *bed-sharing*.

Em suma, a opção de *bed-sharing* na infância cabe aos pais, assim como a decisão de interrompê-la, e esta deve ser praticada com cautela, ponderando múltiplos fatores, e de forma consciente, através da adoção de comportamentos adequados, estando alerta para eventuais problemas que possam surgir. Porém, apoiado pelas diretrizes da AAP e da SPP, recomenda-se que, no primeiro ano de vida, as crianças durmam numa superfície própria no quarto dos pais, sem partilha de cama com estes, otimizando as condições para um ambiente de sono infantil o mais seguro possível e reduzindo ao máximo os fatores de risco.

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação de mestrado representa, para além do trabalho de pesquisa bibliográfico desenvolvido, o culminar da minha formação em Medicina.

Não querendo deixar de mencionar alguém, um muito obrigado a todos aqueles que se cruzaram no meu caminho e me ajudaram, direta ou indiretamente, nesta etapa tão importante da minha vida.

Um agradecimento especial:

Ao Prof. Doutor António Miguel da Cruz Ferreira, pela disponibilidade em me ter recebido e por todo o contributo e orientação na realização deste trabalho.

Aos meus pais, a minha maior referência, pela oportunidade de tornar mais uma etapa da minha vida possível.

Aos meus irmãos e restante família, pelo apoio e por acreditarem sempre em mim.

Aos meus amigos, por todo o apoio, cumplicidade e partilha neste percurso académico. Juntos, criámos histórias e memórias que levo comigo p'rá vida!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mileva-Seitz VR, Bakermans-Kranenburg MJ, Battaini C, Luijk MP. Parent-child bed-sharing: The good, the bad, and the burden of evidence. *Sleep Med Rev.* 2017;32:4-27.
2. Barry ES. Co-sleeping as a proximal context for infant development: The importance of physical touch. *Infant Behav Dev.* 2019;57:101385.
3. Das RR, Sankar MJ, Agarwal R. Bed sharing versus no bed sharing for healthy term neonates. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;4(4):CD012866.
4. Moon RY, Carlin RF, Hand I, NEWBORN TFOSIDSaTCOFA. Evidence Base for 2022 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment to Reduce the Risk of Sleep-Related Infant Deaths. *Pediatrics.* 2022;150(1).
5. Palmer CA, Clementi MA, Meers JM, Alfano CA. Co-Sleeping among School-Aged Anxious and Non-Anxious Children: Associations with Sleep Variability and Timing. *J Abnorm Child Psychol.* 2018;46(6):1321-32.
6. Blair PS, Sidebotham P, Pease A, Fleming PJ. Bed-sharing in the absence of hazardous circumstances: is there a risk of sudden infant death syndrome? An analysis from two case-control studies conducted in the UK. *PLoS One.* 2014;9(9):e107799.
7. Fleming P, Pease A, Blair P. Bed-sharing and unexpected infant deaths: what is the relationship? *Paediatr Respir Rev.* 2015;16(1):62-7.
8. Cooper C. RE: Room-sharing Versus Bed-sharing. *Pediatrics.* 2017;139(3).
9. Straw J, Jones P. Parent-infant co-sleeping and the implications for sudden infant death syndrome. *Nurs Child Young People.* 2017;29(10):24-9.
10. Jain S, Romack R, Jain R. Bed sharing in school-age children--clinical and social implications. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2011;24(3):185-9.
11. Barry ES. Sleep Consolidation, Sleep Problems, and Co-Sleeping: Rethinking Normal Infant Sleep as Species-Typical. *J Genet Psychol.* 2021;182(4):183-204.
12. Chen Z, Dai Y, Liu X, Liu J. Early Childhood Co-Sleeping Predicts Behavior Problems in Preadolescence: A Prospective Cohort Study. *Behav Sleep Med.* 2021;19(5):563-76.
13. Bombard JM, Kortsmid K, Warner L, Shapiro-Mendoza CK, Cox S, Kroelinger CD, et al. Vital Signs: Trends and Disparities in Infant Safe Sleep Practices - United States, 2009-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018;67(1):39-46.
14. Ward TC. Reasons for mother-infant bed-sharing: a systematic narrative synthesis of the literature and implications for future research. *Matern Child Health J.* 2015;19(3):675-90.
15. Joyner BL, Oden RP, Ajao TI, Moon RY. Where should my baby sleep: a qualitative study of African American infant sleep location decisions. *J Natl Med Assoc.* 2010;102(10):881-9.
16. Baddock SA, Galland BC, Bolton DP, Williams SM, Taylor BJ. Hypoxic and hypercapnic events in young infants during bed-sharing. *Pediatrics.* 2012;130(2):237-44.

17. Gupta R, Kandpal SD, Goel D, Mittal N, Dhyani M, Mittal M. Sleep-patterns, co-sleeping and parent's perception of sleep among school children: Comparison of domicile and gender. *Sleep Sci.* 2016;9(3):192-7.
18. Mindell JA, Leichman ES, Walters RM. Sleep location and parent-perceived sleep outcomes in older infants. *Sleep Med.* 2017;39:1-7.
19. Li S, Jin X, Yan C, Wu S, Jiang F, Shen X. Factors associated with bed and room sharing in Chinese school-aged children. *Child Care Health Dev.* 2009;35(2):171-7.
20. Giannotti F, Cortesi F. Family and cultural influences on sleep development. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009;18(4):849-61.
21. Vennemann MM, Hense HW, Bajanowski T, Blair PS, Complojer C, Moon RY, et al. Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: can we resolve the debate? *J Pediatr.* 2012;160(1):44-8.e2.
22. Helen Ball B, MA, PhD, Professor of Anthropology, Durham University. Research Overview: Bed-sharing and co-sleeping. *New Digest*2009. p. 22-7
23. Xiao-na Huang H-sW, Li-jin Zhang & Xi-cheng Liu. Co-sleeping and children's sleep in China. 2010. p. 169–81.
24. Johnson L, Radesky J, Zuckerman B. Cross-cultural parenting: reflections on autonomy and interdependence. *Pediatrics.* 2013;131(4):631-3.
25. Salm Ward TC, Doering JJ. Application of a socio-ecological model to mother-infant bed-sharing. *Health Educ Behav.* 2014;41(6):577-89.
26. Kim E, Lee R, Cain KC. Cosleeping, sleep disturbances, children's behavioral problems, and parenting self-efficacy among Korean American families. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2017;30(2):112-20.
27. Takahashi M, Wang G, Adachi M, Jiang F, Jiang Y, Saito M, et al. Differences in sleep problems between Japanese and Chinese preschoolers: a cross-cultural comparison within the Asian region. *Sleep Med.* 2018;48:42-8.
28. Shimizu M, Park H, Greenfield PM. Infant sleeping arrangements and cultural values among contemporary Japanese mothers. *Front Psychol.* 2014;5:718.
29. Kohyama J, Mindell JA, Sadeh A. Sleep characteristics of young children in Japan: internet study and comparison with other Asian countries. *Pediatr Int.* 2011;53(5):649-55.
30. Barry ES, McKenna JJ. Reasons mothers bedshare: A review of its effects on infant behavior and development. *Infant Behav Dev.* 2022;66:101684.
31. Blair PS, Ball HL, McKenna JJ, Feldman-Winter L, Marinelli KA, Bartick MC. Bedsharing and Breastfeeding: The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol #6, Revision 2019. *Breastfeed Med.* 2020;15(1):5-16.
32. Bovbjerg ML, Hill JA, Uphoff AE, Rosenberg KD. Women Who Bedshare More Frequently at 14 Weeks Postpartum Subsequently Report Longer Durations of Breastfeeding. *J Midwifery Womens Health.* 2018;63(4):418-24.
33. Bailey C, Tawia S, McGuire E. Breastfeeding Duration and Infant Sleep Location in a Cohort of Volunteer Breastfeeding Counselors. *J Hum Lact.* 2020;36(2):354-64.

34. Martine Hackett HS. Parental Adherence to Infant Sleep Safety Recommendations. *Journal of Community Medicine & Health Education* 2013.
35. Deoni SC, Dean DC, 3rd, Piryatinsky I, O'Muircheartaigh J, Waskiewicz N, Lehman K, et al. Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study. *Neuroimage*. 2013;82:77-86.
36. Covington LB, Armstrong B, Black MM. Perceived Toddler Sleep Problems, Co-sleeping, and Maternal Sleep and Mental Health. *J Dev Behav Pediatr*. 2018;39(3):238-45.
37. Volkovich E, Ben-Zion H, Karny D, Meiri G, Tikotzky L. Sleep patterns of co-sleeping and solitary sleeping infants and mothers: a longitudinal study. *Sleep Med*. 2015;16(11):1305-12.
38. Rudzik AEF, Ball HL. Biologically normal sleep in the mother-infant dyad. *Am J Hum Biol*. 2021;33(5):e23589.
39. Phillips DP, Brewer KM, Wadensweiler P. Alcohol as a risk factor for sudden infant death syndrome (SIDS). *Addiction*. 2011;106(3):516-25.
40. Ball H. Airway covering during bed-sharing. *Child Care Health Dev*. 2009;35(5):728-37.
41. Lerner RE, Camerota M, Tully KP, Propper C. Associations between mother-infant bed-sharing practices and infant affect and behavior during the still-face paradigm. *Infant Behav Dev*. 2020;60:101464.
42. Mitchell EA, Hutchison BL, Thompson JM, Woudes TA. Exploratory study of bed-sharing and maternal-infant bonding. *J Paediatr Child Health*. 2015;51(8):820-5.
43. Blunden SL, Thompson KR, Dawson D. Behavioural sleep treatments and night time crying in infants: challenging the status quo. *Sleep Med Rev*. 2011;15(5):327-34.
44. Philbrook LE, Hozella AC, Kim BR, Jian N, Shimizu M, Teti DM. Maternal emotional availability at bedtime and infant cortisol at 1 and 3 months. *Early Hum Dev*. 2014;90(10):595-605.
45. Müller-Nordhorn J, Schneider A, Grittner U, Neumann K, Keil T, Willich SN, et al. International time trends in sudden unexpected infant death, 1969-2012. *BMC Pediatr*. 2020;20(1):377.
46. Carozza S, Leong V. The Role of Affectionate Caregiver Touch in Early Neurodevelopment and Parent-Infant Interactional Synchrony. *Front Neurosci*. 2020;14:613378.
47. Raghunath BL, Azhari A, Bornstein MH, Setoh P, Esposito G. Experimental manipulation of maternal proximity during short sequences of sleep and infant calming response. *Infant Behav Dev*. 2020;59:101426.
48. Middlemiss W, Granger DA, Goldberg WA, Nathans L. Asynchrony of mother-infant hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity following extinction of infant crying responses induced during the transition to sleep. *Early Hum Dev*. 2012;88(4):227-32.
49. Beijers R, Riksen-Walraven JM, de Weerth C. Cortisol regulation in 12-month-old human infants: associations with the infants' early history of breastfeeding and co-sleeping. *Stress*. 2013;16(3):267-77.
50. Morgan BE, Horn AR, Bergman NJ. Should neonates sleep alone? *Biol Psychiatry*. 2011;70(9):817-25.
51. Bathory E, Tomopoulos S. Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017;47(2):29-42.

52. Yoshida M, Ikeda A, Adachi H. Contributions of the light environment and co-sleeping to sleep consolidation into nighttime in early infants: A pilot study. *Early Hum Dev.* 2023;189:105923.
53. Baddock SA, Galland BC, Bolton DP, Williams SM, Taylor BJ. Differences in infant and parent behaviors during routine bed sharing compared with cot sleeping in the home setting. *Pediatrics.* 2006;117(5):1599-607.
54. Winnicott, W. D. *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development.*: NY: International Universities Press; 1965.
55. Winberg J. Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior--a selective review. *Dev Psychobiol.* 2005;47(3):217-29.
56. Feldman R. Bio-behavioral synchrony: A model for integrating biological and microsocial behavioral processes in the study of parenting.: *Parenting: Science and Practice*; 2012. p. 12 (2-3), 154–64.
57. Feldman R. Parent–Infant Synchrony: Biological Foundations and Developmental Outcomes. *Current Directions in Psychological Science*; 2007. p. 16(6), 340–5.
58. Chen T, Wu Z, Shen Z, Zhang J, Shen X, Li S. Sleep duration in Chinese adolescents: biological, environmental, and behavioral predictors. *Sleep Med.* 2014;15(11):1345-53.
59. Meret A. Keller WAG. Co-sleeping: Help or hindrance for young children's independence? : Wiley Online Library; 14 December 2004.
60. Kelmanson IAAE. Low birth weight and sleep behaviour in two-month-old infants. 2002.
61. Simard V, Nielsen TA, Tremblay RE, Boivin M, Montplaisir JY. Longitudinal study of preschool sleep disturbance: the predictive role of maladaptive parental behaviors, early sleep problems, and child/mother psychological factors. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008;162(4):360-7.
62. Mindell JA, Sadeh A, Kohyama J, How TH. Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: a cross-cultural comparison. *Sleep Med.* 2010;11(4):393-9.
63. Liu Z, Wang G, Geng L, Luo J, Li N, Owens J. Sleep Patterns, Sleep Disturbances, and Associated Factors Among Chinese Urban Kindergarten Children. *Behav Sleep Med.* 2016;14(1):100-17.
64. Ma J, Li S, Jiang F, Jin X, Shen X, Li F. Co-sleeping and childhood enuresis in China. *J Dev Behav Pediatr.* 2014;35(1):44-9.
65. Williams G SL, Allard A. Parent perceptions of efficacy for strategies used to facilitate sleep in children with autism.: *J Dev Phys Disabil*; 2006. p. 18: 25e33.
66. Cortesi F, Giannotti F, Sebastiani T, Vagnoni C, Marioni P. Cosleeping versus solitary sleeping in children with bedtime problems: child emotional problems and parental distress. *Behav Sleep Med.* 2008;6(2):89-105.
67. Rachel Lucas-Thompson WAGGRG, Meret A. Keller , Elysia P. Davis , Curt A. Sandman. Sleep arrangements and night waking at 6 and 12 months in relation to infants' stress-induced cortisol responses. *Infant Child Dev*; 2009.
68. Mosko S, Richard C, McKenna J, Drummond S. Infant sleep architecture during bedsharing and possible implications for SIDS. *Sleep.* 1996;19(9):677-84.

69. Hunsley M, Thoman EB. The sleep of co-sleeping infants when they are not co-sleeping: evidence that co-sleeping is stressful. *Dev Psychobiol.* 2002;40(1):14-22.
70. Jiang F, Zhu S, Yan C, Jin X, Bandla H, Shen X. Sleep and obesity in preschool children. *J Pediatr.* 2009;154(6):814-8.
71. Ngale KM, Santos IS, González-Chica DA, de Barros AJ, Matijasevich A. Bed-sharing and risk of hospitalisation due to pneumonia and diarrhoea in infancy: the 2004 Pelotas Birth Cohort. *J Epidemiol Community Health.* 2013;67(3):245-9.
72. Luijk MP, Sonnenschein-van der Voort AM, Mileva-Seitz VR, Jansen PW, Verhulst FC, Hofman A, et al. Is parent-child bed-sharing a risk for wheezing and asthma in early childhood? *Eur Respir J.* 2015;45(3):661-9.
73. Starr JM, Deary IJ, Whalley LJ. All-cause mortality in the Aberdeen 1921 birth cohort: effects of socio-demographic, physical and cognitive factors. *BMC Public Health.* 2008;8:307.
74. Pressman RM, Imber SC. Relationship of Children's Daytime Behavior Problems With Bedtime Routines/Practices: A Family Context and the Consideration of Faux-ADHD. *The American Journal of Family Therapy;* 2011.
75. Kelmanson IA. Parent-Infant Bed Sharing and Behavioural Features in 2-4-Month-Old Infants. *Early Child Development and Care;* 2006.
76. Honomichl RD, Goodlin-Jones BL, Burnham MM, Hansen RL, Anders TF. Secretin and sleep in children with autism. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2002;33(2):107-23.
77. Narvaez D WL, Gleason T, Cheng Y, Lefever J, Deng L. The evolved developmental niche and child sociomoral outcomes in Chinese 3-year-olds. *European Journal of Developmental Psychology* 2013.
78. Okami P, Weisner T, Olmstead R. Outcome correlates of parent-child bedsharing: an eighteen-year longitudinal study. *J Dev Behav Pediatr.* 2002;23(4):244-53.
79. McKenna JJ, McDade T. Why babies should never sleep alone: a review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. *Paediatr Respir Rev.* 2005;6(2):134-52.
80. Steele JMH. The role of attachment security, temperament, maternal perception, and caregiving behavior in persistent infant sleeping problems. *Infant Mental Health Journal;* 2003.
81. Wolf AW, Lozoff B. Object attachment, thumbsucking, and the passage to sleep. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1989;28(2):287-92.
82. Josephs L. How children learn about sex: a cross-species and cross-cultural analysis. *Arch Sex Behav.* 2015;44(4):1059-69.
83. Lewis RJ, Janda LH. The relationship between adult sexual adjustment and childhood experiences regarding exposure to nudity, sleeping in the parental bed, and parental attitudes toward sexuality. *Arch Sex Behav.* 1988;17(4):349-62.
84. Jullien S. Sudden infant death syndrome prevention. *BMC Pediatr.* 2021;21(Suppl 1):320.
85. Site da Sociedade Portuguesa de Pediatria - Como reduzir o risco de SMSL: <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=116&op=2&ID=132> Visitado em Janeiro de 2024.
86. Kinney HC. Brainstem mechanisms underlying the sudden infant death syndrome: evidence from human pathologic studies. *Dev Psychobiol.* 2009;51(3):223-33.

87. Moon RY, Carlin RF, Hand I, NEWBORN TFOSIDSATCOFA. Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. *Pediatrics*. 2022;150(1).
88. Horne RSC, Hauck FR. Sleep safe, my baby. *Sleep Health*. 2016;2(3):193.
89. Chandrasegaran B, Devikittu, Ananthakrishnan S. Pattern and Profile of Co-Sleeping in School-Aged Children. *Indian Pediatr*. 2022;59(3):250-1.
90. Jenni OG, Fuhrer HZ, Iglowstein I, Molinari L, Largo RH. A longitudinal study of bed sharing and sleep problems among Swiss children in the first 10 years of life. *Pediatrics*. 2005;115(1 Suppl):233-40.
91. Oliveira Gc, Saraiva Jc. *Lições de Pediatria*. Imprensa da Universidade de Coimbra; Outubro, 2017.

ANEXOS

Anexo I: Recomendações para Reduzir o Risco de SMSL.

A Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL) é a morte repentina e sem explicação de um bebé durante o seu primeiro ano de vida. Constitui uma das principais causas de morte no primeiro ano de vida nos países desenvolvidos, excluindo o período de recém-nascido. Este folheto inclui 6 recomendações práticas que demonstraram diminuir este risco consideravelmente e que o vão ajudar a proteger o seu filho durante o sono.

1 DEITE O BEBÉ A DORMIR DE BARRIGA PARA CIMA



O risco de morte súbita aumenta muito quando o bebé é colocado a dormir de lado ou de barriga para baixo.



2 NÃO CUBRA A CABEÇA DO BEBÉ



- Os pés tocam no fundo do berço;
- Não cobrir o bebé acima da linha dos ombros;
- Cobertor preso nas laterais;
- Sem gorros ou carapuços, babetes ou outros objetos.



Ou...

- Use um saco de dormir próprio para bebés.

3 NÃO FUME NEM DEIXE NINGUÉM FUMAR NO AMBIENTE QUE O SEU FILHO RESPIRA



- Fumar durante a gravidez e próximo do bebé após o nascimento aumenta o risco de SMSL;
- Se necessitar de ajuda para deixar de fumar, informe o médico ou enfermeiro que o(a) acompanha.

4 PROMOVA UM AMBIENTE SEGURO PARA DORMIR TANTO DE DIA COMO DE NOITE



- Berço seguro - não deve estar danificado nem incompleto;
- Colchão seguro - firme, limpo, na posição horizontal e bem-adaptado ao berço;
- Temperatura segura - não vista o bebé com demasiada roupa e mantenha a temperatura do quarto entre 18 e 21°C.



Sem...

- Objetos ou cobertores soltos;
- Almofadas;
- Peluches;
- Edredão (preferir lençol e cobertor)
- Proteções laterais;
- Fraldas de pano.

5 AMAMENTE O SEU BEBÉ



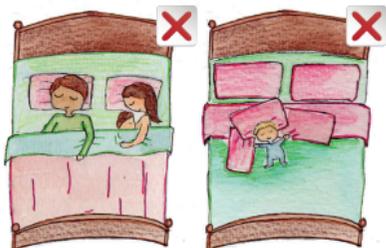
- A amamentação e o uso de chupeta foram descritos como fatores protetores contra a morte súbita.

6 COLOQUE O BEBÉ A DORMIR NO SEU QUARTO, MAS EM BERÇO PRÓPRIO



O seu bebé deve dormir no quarto dos pais nos primeiros meses de vida.

Lugares que aumentam o risco de morte súbita



O berço próprio do seu bebé é o lugar mais seguro para ele dormir. O sofá, a espreguiçadeira e o carrinho de bebé não devem substituir o berço.

6 recomendações para diminuir o risco de morte súbita na infância:

- Dormir de barriga para cima;
- Não cobrir a cabeça;
- Não expor o bebé ao fumo do tabaco;
- Sono em ambiente seguro, de dia e de noite;
- Dormir no quarto dos pais, mas em berço próprio;
- Amamentar e oferecer uma chupeta para dormir.

POR UM FINAL FELIZ PARA TODAS AS FAMÍLIAS

Use este QRcode para visualizar o vídeo



youtu.be/Cc7qY20ldk8



Enf. Ana Rita Silva - Porto, 2021



O SONO SEGURO SALVA VIDAS

Proteja o seu filho da Síndrome de Morte Súbita do Lactente



Fonte: Folheto ilustrado elaborado pela SPP.

Anexo II: Recomendações da AAP para um ambiente de sono infantil seguro de modo a reduzir o risco de mortes infantis relacionadas com o sono.

1) Os lactentes devem ser colocados para dormir em posição de decúbito dorsal, em todos os períodos de sono, até que a criança atinja 1 ano de idade.

Não é recomendado dormir em decúbito ventral ou lateral.

Quando o lactente já é capaz de rolar sobre si próprio durante o sono, já não é considerado um risco e deve ser respeitada a posição que ele próprio assumir para dormir.

2) Usar uma superfície de sono firme, plana e não inclinada para reduzir o risco de sufocação ou aprisionamento.

3) A alimentação com leite materno é recomendada porque está associada a um risco reduzido de SMSL, até um ano de idade ou mais.

4) Recomenda-se que os lactentes durmam no quarto dos pais, perto da cama dos pais, mas numa superfície separada concebida para os mesmos, de preferência durante pelo menos os primeiros 6 meses.

Há evidências de que dormir no quarto dos pais, mas numa superfície separada, diminui o risco de SMSL até 50% e, além disso, é mais provável que evite asfixia, estrangulamento e aprisionamento, que pode ocorrer se o lactente dormir na cama dos pais.

Sofás e cadeiras de baloiço são sítios perigosos para o recém-nascido dormir.

5) Manter objetos macios, como almofadas, brinquedos semelhantes a almofadas, colchas, edredons, protetores de colchão e roupas de cama soltas, como cobertores e lençóis não ajustados, longe da área de sono do lactente para reduzir o risco de SMSL, asfixia, aprisionamento e estrangulamento.

Vestir o recém-nascido com várias camadas de roupa é preferível à utilização de lençóis ou mantas. Também se podem utilizar sacos de dormir que se vestem, próprios para crianças.

6) Recomenda-se oferecer a chupeta em todos os períodos de sono do lactente, uma vez estabelecido o aleitamento materno.

Adiar a introdução da chupeta até que a amamentação esteja firmemente estabelecida.

Lactentes que não estão a ser amamentados diretamente podem começar a usar chupeta assim que desejarem.

7) Evitar a exposição a álcool, tabaco ou outras drogas durante a gravidez e após o nascimento.

8) Evitar o sobreaquecimento e cobrir a cabeça/face do lactente.

Não se recomenda a utilização de gorros enquanto o recém-nascido dorme, pelo risco de sobreaquecimento, exceto nas primeiras horas após o seu nascimento.

9) *Recomenda-se que as gestantes façam acompanhamento pré-natal regular.*

10) *Recomenda-se os lactentes sejam imunizados, pelo menos de acordo com o programa de vacinação do seu país.*

11) *Dispositivos comerciais, nomeadamente sistemas de contenção ou monitores de vigilância cardiorrespiratória, devem ser evitados.*

12) *Recomenda-se que o lactente tenha períodos em decúbito ventral (Tummy Time), quando estiver acordado e sempre supervisionado por um adulto.*

O tummy time tem o intuito de promover o correto desenvolvimento motor, facilitar o desenvolvimento da musculatura cervical e prevenir a plagiocefalia posicional associada ao decúbito dorsal prolongado.

Os pais são incentivados a iniciar este processo por curtos períodos, começando logo após a alta hospitalar, aumentando gradualmente para, pelo menos, 15 a 30 minutos no total diário até às 7 semanas de idade.

13) *Não há evidências que recomendem o swaddling (embrulhar o recém-nascido num cobertor leve) como estratégia para reduzir o risco de SMSL.*

14) *Não deixar os lactentes sem supervisão em cadeiras de transporte automóvel ou produtos similares, e utilizar sempre esses dispositivos com os cintos apertados.*

Quando o recém-nascido dorme enquanto é transportado num “porta-bebés”, deve verificar-se que a face está visível, acima do tecido, com as vias aéreas – o nariz e a boca – livres de obstrução.

15) *É essencial que médicos, outros profissionais de saúde, funcionários hospitalares e prestadores de cuidados infantis participem na elaboração de diretrizes de sono seguro para as crianças desde o início da gravidez.*

É crucial que os media divulguem informações credíveis, seguindo orientações atualizadas sobre os vários temas, para promover práticas de sono seguro como norma social.

Continuar a criar e a expandir campanhas nacionais de recomendações com foco num ambiente de sono infantil seguro, concentrando-se em formas de reduzir o risco de SMSL, como também de outras causas de MSII, incluindo a asfixia, estrangulamento e outras mortes acidentais. Os pediatras e outros prestadores de cuidados de saúde materno-infantil, como os médicos de família, podem e devem servir como principais promotores das mensagens nestas campanhas.

Continuar a investigação e a vigilância dos fatores de risco, causas e mecanismos fisiopatológicos das mortes relacionadas com o sono, com o objetivo final de eliminar totalmente estas mortes.

Adaptado de (58): Moon RY, Carlin RF, Hand I, NEWBORN TFOSIDSATCOFA. Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. Pediatrics. 2022;150(1).