

Moduladores dos hábitos de sono na infância

Modulators of sleeping habits in childhood

Moduladores de los hábitos del sueño en la infancia

Lorena Teresinha Consalter Geib

*Doutora em Ciências da Saúde. Professora
Titular do Curso de Enfermagem da
Universidade de Passo Fundo, Passo
Fundo, RS.*

Endereço para Contato
*Rua Tiradentes 400, apto 601 – Centro –
99010-260 – Passo Fundo – RS.
lorena@upf.br*

RESUMO

Trata-se de um artigo de revisão bibliográfica realizado com o objetivo de apresentar os principais fatores orgânicos, psicológicos e culturais que influenciam os hábitos de sono do lactente. Com uma abordagem clínico-antropológica, descreve as inter-relações desses hábitos com os estressores biocomportamentais e psicossociais, além das práticas culturais como co-leito, alimentação noturna, objetos transicionais e uso de chupetas. Aponta para algumas condutas que podem modular a fisiologia do sono e as práticas domiciliares de sono na infância.

Descritores: Recém-nascido; Sono; Fatores culturais.

ABSTRACT

This literature review presents the main organic, psychological and cultural factors influencing the sleeping habits of infants. By means of a clinical-anthropological approach, the interrelation between these habits and biobehavioral and psychosocial stressing factors is described, as well as cultural practices such as shared bed, night feeding, transitional objects and use of dummies. It presents some measures that may modulate the physiology of sleep and home practices of sleeping in childhood.

Descriptors: Infant, newborn; Sleep; Cultural factors.

RESUMEN

Tratase de un artículo de revisión realizado con el objetivo de presentar los principales factores orgánicos, psicológicos y culturales que influyen en los hábitos del sueño del lactante. Con un abordaje clínico-antropológico, describe las interrelaciones de esos hábitos con los estresores biocomportamentales y psicossociales, más allá de las prácticas culturales como el co-lecho, alimentación nocturna, objetos transicionales y el uso de chupetas. Apunta para algunas conductas que pueden modular la fisiología del sueño y las prácticas domiciliarias del sueño en la infancia.

Descritores: Recién-nacido; Sueño; Factores culturales.

Geib LTC. Moduladores dos hábitos de sono na infância. Rev Bras Enferm 2007 set-out; 60(5): 564-8.

1. INTRODUÇÃO

Os hábitos de vida são adquiridos no ambiente familiar e social e repercutem nas condições de saúde dos indivíduos. Na infância, destacam-se os hábitos alimentares e de sono como os mais importantes para o desenvolvimento saudável. Os hábitos de sono diferem dos padrões de sono: estes constituem um conjunto de informações mensuráveis acerca da organização temporal, estrutural e fisiológica do ritmo sono-vigília, ao passo que os *hábitos de sono* podem ser definidos como os comportamentos culturalmente aprendidos e sistematicamente adotados pelo indivíduo ou seu cuidador com o propósito de favorecer o início ou a manutenção do sono em associação ou não com o atendimento de outras necessidades humanas básicas, tais como alimentação, hidratação, conforto, segurança, vínculo⁽¹⁾.

Consoante a importância que este tema apresenta para a área de enfermagem, esta revisão teve como objetivo descrever os fatores que influenciam na modulação do sono em lactentes.

2. RESULTADOS

Para uma melhor compreensão didática dos fatores envolvidos nos hábitos do sono, os resultados serão apresentados de acordo com ordem pelas quais o mesmo pode ser influenciado: por fatores orgânicos, psicológicos e culturais.

2.1 Moduladores Orgânicos

Organicamente, qualquer interrupção no fluxo de ar pelas vias áreas, seja uma discreta obstrução nasal, seja uma apnéia central, repercute no padrão do sono, podendo ocasionar sérios distúrbios⁽²⁾. O hábito comum das mães de cobrirem com fraldas as narinas e boca do lactente para indução e manutenção do sono representa um fator potencial de limitação do metabolismo gasoso, com conseqüências sobre a resposta ventilatória e de despertar. Outros problemas orgânicos podem estar associados aos distúrbios de sono, tais como alergia ao leite de vaca⁽³⁾, refluxo gastroesofágico^(3,4), cólica^(3,5), dermatite atópica⁽⁶⁾, otite média^(3,7), cefaléia⁽⁸⁾ e transtornos neurológicos⁽⁷⁾. O aparecimento do distúrbio do sono em associação com problemas do desenvolvimento (cólica), com as doenças anteriormente listadas ou com atraso desenvolvimental na consolidação do sono, poderá contribuir para o desenvolvimento de hábitos inadequados relacionados aos despertares noturnos ou ao início do sono⁽⁴⁾.

2.2 Moduladores Psicológicos

No processo de desenvolvimento infantil, a maturação do sistema sono-vigília exerce influência significativa no funcionamento psicossocial e neurocomportamental da criança, o que torna imprescindível a identificação precoce dos hábitos inadequados de sono para assegurar o bem-estar infantil. Fatores como a personalidade e psicopatologia dos pais - especialmente materna -, o modo de interação estabelecido com a criança, os rituais adotados para dormir e os estressores psicossociais podem modular os padrões e os hábitos de sono e serem por eles modelados. Sadeh et al.⁽⁹⁾ consideram como estressores psicossociais desde aqueles mais leves, como dormir num laboratório de sono, até os provocados por trauma ou abuso. Os autores também diferenciam em dois tipos as respostas da criança aos estressores: 1) resposta a situações agudas de estresse externo ou ameaça, que levam a criança a tornar-se hiperalerta ou vigilante, um estado psicológico incompatível com a consolidação do sono, que se manifesta por dificuldade de adormecer e por muitos despertares; 2) resposta a situações crônicas ou incontroláveis de estresse, com tendência da criança a afastar-se do ambiente estressante, gastando mais tempo em sono profundo, com elevado limiar de despertar. Alguns estressores psicossociais, como dificuldades financeiras, doenças e habitação precária, são mais frequentes entre as famílias de crianças com distúrbios de sono⁽¹⁰⁾.

O temperamento da criança, o estresse familiar e a depressão materna também influenciam os hábitos de sono. Anders⁽¹¹⁾ estudando a maturação do ciclo sono-vigília durante o primeiro ano de vida, constatou que alguns lactentes, ao acordar durante a noite, retomavam o sono sem necessidade de intervenção materna, ao passo que outros, ao acordar, choravam até serem removidos do berço por seus pais. Os primeiros foram denominados autotranqüilizadores; os segundos, sinalizadores. Em estudo posterior, o autor constatou que os autotranqüilizadores mostravam-se mais propensos ao uso de chupeta ou sucção de dedos para adormecer⁽¹²⁾. A depressão materna é apontada como geradora dos seguintes problemas de sono na infância: cansaço, falta de atenção, diminuição do desempenho cognitivo, dificuldade de aprendizagem, irritabilidade, dificuldade de controlar impulsos e emoções, ansiedade, medo e dificuldade de apego⁽¹³⁾. A dificuldade de manejo desses fatores e das suas conseqüências sobre o sono pode consolidar hábitos inadequados. Por outro lado, mães que avaliam seu próprio sono como bom ou muito bom apresentam menos sintomas depressivos, mesmo quando percebem que seu filho tem problemas de sono. Alguns dos comportamentos de sono classificados pelas mães como *problemas* são passíveis de modificação pela adoção de hábitos apropriados a um desenvolvimento saudável do lactente⁽¹⁴⁾.

2.3 Moduladores Sócio-Culturais

A palavra "cultura" pode significar "tudo o que, não sendo naturalmente inato, deve ser aprendido e adquirido; pode significar os usos, valores, crenças de uma etnia ou de uma nação"⁽¹⁵⁾. Esse conceito caracteriza a

cultura como um processo de interação entre indivíduos, por meio do qual a cultura se perpetua e mantém as identidades sociais naquilo que elas têm de específico. Os hábitos de sono inserem-se nesse contexto de interação e interfaces com as questões biológicas, psicológicas, sociais e culturais. A cultura direciona as decisões a respeito das práticas domiciliares de sono, que se originam na interação da díade mãe-filho e modulam a fisiologia do sono.

Um modelo teórico que pode acomodar os diversos fatores que interagem no desenvolvimento do sono foi desenvolvido por Anders⁽¹⁶⁾. Reconhecendo as competências do recém-nascido para o engajamento ativo no mundo físico e social e, também, para o processamento de informações e para a escolha de certos estímulos em detrimento de outros, o autor propôs o *modelo transacional*. Esse modelo apóia-se no pressuposto de que o desenvolvimento normal do sono do lactente pode variar não apenas dentro de diferentes subgrupos culturais, mas também de criança para criança, dependendo da interação dos fatores intrínsecos e extrínsecos importantes em cada fase do desenvolvimento infantil. Os *fatores intrínsecos* incluem o temperamento da criança, o padrão de crescimento, as condições neurológicas ao nascer, entre outros. Os *fatores extrínsecos* podem incluir objetos; a forma de alimentação - aleitamento materno ou mamadeira; padrão de alimentação - autodemanda ou padrões estabelecidos pelos pais; local de dormir - cama própria, cama dos pais, quarto dos pais, quarto próprio; posição para dormir - lateral, supina, prona; o contato físico noturno com os pais ou não e o fato de ser filho único ou ter irmãos. A conjunção desses fatores resulta em hábitos de sono culturalmente orientados, que potencialmente modulam a fisiologia do sono e, em alguns casos, podem salvar vidas por afastar os fatores de risco para a síndrome da morte súbita do lactente⁽¹⁷⁾.

Os hábitos de sono situam-se no ponto de intersecção entre o conhecimento científico e os valores culturais, o que os torna um desafio para a escolha da conduta pediátrica e a segurança do cuidado familiar. O embate entre esses dois pontos de vista, que denotam diferentes visões sobre o desenvolvimento infantil, tem gerado controvérsias ainda não superadas na literatura. Os principais pontos de divergências centram-se nas práticas de co-leito e no aleitamento materno noturno.

2.4 Sono Compartilhado

O *co-leito* representa um tipo de sono compartilhado definido, como se viu anteriormente, como o hábito da criança de dormir na cama com um cuidador principal, geralmente a mãe^(17,18). Esse conceito é diferente de *quarto compartilhado*, em que a criança dorme em local próximo ao cuidador principal, porém não na mesma superfície (colchão, esteira, sofá), ao alcance de seu braço, o que permite que cada um detecte e responda à variedade de estímulos sensoriais do outro, como sons, movimentos, cheiros, olhares e toques⁽¹⁷⁾. Essas modalidades de dormir têm sido utilizadas tradicionalmente em muitas culturas, especialmente nos países orientais, onde a *interdependência* e a *harmonia grupal* constituem valores sociais que orientam o desenvolvimento infantil esperado. Assim, na cultura japonesa, por exemplo, o recém-nascido é visto como um organismo biológico que, para se desenvolver, necessita estabelecer relações interdependentes com os outros. A díade mãe-filho é encarada como uma unidade biológica, razão pela qual não pode ser separada para dormir. O espaço entre a mãe e o filho deve ser o menor possível⁽¹⁷⁾. Por outro lado, algumas sociedades ocidentais, especialmente as industrializadas, valorizam a *independência* e *autoconfiança*. O recém-nascido é visto como um ser dependente, que, para se desenvolver, necessita se tornar gradativamente independente dos outros. Dormir em cama e quarto separados faz parte desse processo.

Nessa mesma linha de busca de interdependência ou independência no transcurso do desenvolvimento, o aleitamento materno noturno é considerado culturalmente correto para o primeiro grupo e incorreto para o segundo.

McKenna⁽¹⁷⁾ apresenta uma contundente crítica aos cientistas e

profissionais de saúde que orientam suas condutas pelo "padrão ouro" do sono infantil nas sociedades ocidentais – dormir sozinho, com ausência ou o mínimo de aleitamento materno para assegurar independência de seus pais. Em relação às escolhas dos hábitos de sono pelos pais, McKenna enfoca as questões morais descritas por Shweder et al⁽¹⁹⁾, que influenciam nas decisões sobre o tipo de práticas a serem adotadas. Uma delas aponta que os pais têm uma forte preocupação em relação à aceitação moral de suas condutas. Inicialmente, eles acreditam não só que certos hábitos de sono produzem certos tipos de crianças, mas que essas práticas refletem certos tipos de pais (pais bons ou maus), que são julgados pela família, amigos e comunidade sobre onde e com quem colocam o seu filho para dormir à noite. Três questões morais emergem desse julgamento: a) a santidade-separação da criança do relacionamento marital; b) o aspecto de evitar o incesto e c) a importância de ensinar à criança a autoconfiança e independência, impingindo-lhe a prática de dormir sozinha. Sobre esses aspectos, McKenna aponta as contradições entre os resultados que os pais esperam infundir em seus filhos com os hábitos de sono e as estratégias que eles pensam ser necessário adotar para alcançar esses resultados. Cita como exemplo os pais que querem inculcar em seus filhos valores como sensibilidade, bondade, confiança e empatia e, ao mesmo tempo, querem criar independência e auto-confiança, forçando o sono solitário e a eliminação do aleitamento materno e do contato com os pais. Esses conflitos emocionais acabam por levar os pais a alternar o sono solitário com o sono compartilhado, num padrão chamado de "co-leito reativo"⁽²⁰⁾, que tende a se prolongar depois do primeiro ano de vida e ocasionar distúrbios de sono⁽²¹⁾.

Em defesa do sono compartilhado, McKenna⁽¹⁷⁾ apresenta as seguintes evidências: a) crianças inglesas que nunca tinham dormido com seus pais tinham tendência a ser mais difíceis de controlar, menos felizes e mais mal-humoradas e temerosas em relação àquelas que sempre dormiam na cama dos pais durante a noite toda. Estas últimas foram consideradas pelos pais como mais dependentes⁽²²⁾; b) meninos que até os cinco anos de idade haviam dormido com seus pais apresentaram na idade adulta significativamente maior auto-estima, vivenciaram menos sentimento de culpa e ansiedade e revelaram maior frequência de relações sexuais; as meninas que estiveram em co-leito na infância apresentaram, quando adultas, menos desconforto nos contatos físicos⁽²³⁾ e maior auto-estima⁽²⁴⁾.

Outros estudos, no entanto, revelam prevalências maiores de distúrbios de sono entre as crianças em co-leito ou quarto compartilhado em relação àquelas que dormem sozinhas⁽²⁵⁾. O co-leito é uma prática cultural muito difundida em praticamente todas as sociedades, como foi demonstrado em levantamento⁽²⁶⁾ realizado em 186 sociedades representativas dos principais tipos de culturas conhecidas. Em 64% delas as crianças dormiam com as mães e em 20% desses casos, também com o pai. McKenna destaca que em nenhuma dessas culturas a criança era mantida isolada, mas sempre colocada em proximidade sensorial com outra pessoa, mesmo que não dormisse necessariamente na mesma superfície⁽¹⁸⁾. Há mais co-leito em filhos de pais com baixo nível de escolarização e ocupação, estresse familiar aumentado e mães com atitudes ambivalentes em relação aos mesmos⁽¹⁴⁾. As crianças em co-leito parcial (parte da noite) ou integral (toda a noite) evidenciaram três vezes mais problemas de sono do que aquelas que dormiam em cama própria. Resultados semelhantes foram obtidos com pré-escolares da Universidade de Maine, que, ao acordar à noite, deslocavam-se para a cama dos pais. O co-leito mostrou associação com a menor probabilidade de manter um horário regular para dormir, adormecer sozinho ou usar uma iluminação à noite. Não foi possível, entretanto, evidenciar se os maus hábitos de sono estavam relacionados às práticas parentais, ao temperamento da criança ou à interação dinâmica entre pais e filho⁽²⁶⁾.

No Brasil estudos sobre os hábitos de sono na infância realizados com grupos indígenas^(27,28,29) e com uma comunidade negra isolada⁽³⁰⁾ – revelaram que o co-leito foi o padrão característico de dormir de todas as crianças menores de dois anos de idade. Entre os dois e dez anos, 100% das

crianças terenas e 81,5% das bororós ainda permaneciam em co-leito. Na comunidade de descendentes africanos, o co-leito estava presente em 80% das crianças entre dois e três anos, reduzindo-se a 25% aos oito a dez anos. A grande proximidade física evidenciada entre os membros das famílias indígenas significava cuidado e proteção, comportamento compatível com a perspectiva evolucionária, segundo a qual o lactente humano, como outros primatas, está fisiologicamente adaptado para freqüentes sucções e contato físico próximo com suas mães⁽³¹⁾.

Em estudo populacional com 2285 lactentes de um município do sul do Brasil, sem predominância étnica, foi constatada a proporção de 44% de co-leito⁽¹⁾.

Apesar dessas evidências, o co-leito constitui apenas um aspecto de uma intrincada rede de fatores biopsicossocioculturais que afetam o desenvolvimento e as características da criança. Do ponto de vista biológico, McKenna⁽¹⁷⁾ destaca que as conseqüências fisiológicas de a mãe dormir ao lado do filho de um mês de idade são consideravelmente diferentes daquelas relacionadas com o sono compartilhado com a mesma criança 13 meses depois, quando seus sistemas cognitivo e psicológico estão muito mais maduros. No primeiro caso, o corpo da mãe contribui para regular a temperatura corporal, a respiração, o padrão de despertar, os níveis de cortisol e a arquitetura de sono. Com o passar da idade, esses efeitos fisiológicos diminuem.

Enfim, as conseqüências dos hábitos de sono não poderão ser atribuídas apenas ao local de dormir, mas, também, ao significado social e psicológico contido na relação dos participantes expressadas dentro da família, da qual os hábitos de sono em si são apenas um reflexo, devendo, portanto, ser avaliados com a devida prudência. Isso pode ser feito examinando-se a influência mútua dos fatores intrínsecos e extrínsecos como propõe a teoria transacional, uma vez que tais fatores podem alterar a trajetória do desenvolvimento de sono infantil.

2.5 Práticas Alimentares Noturnas

Os padrões alimentares vigentes nas sociedades ocidentais industrializadas foram estabelecidos nas décadas de 1950 e 1960⁽³²⁾, época em que o desmame precoce e o emprego generalizado da mamadeira eram muito freqüentes. Em decorrência disso, revelam-se inadequadas para uma prática de aleitamento materno prolongado e em regime de autodemanda, que mostra uma tendência de crescimento. Tanto quanto os hábitos de sono, as práticas alimentares são condicionadas por fatores socioculturais. A amamentação transcende o ato de alimentar e envolve uma interação complexa, multifatorial, entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional, imunológico, fisiológico e no desenvolvimento cognitivo e emocional⁽³³⁾. As repercussões fisiológicas no sono foram verificadas em alguns estudos. A mudança no padrão de sono foi investigada em 32 crianças em aleitamento materno seguidas por dois anos, as quais desenvolveram no segundo ano de vida um padrão de sono noturno de curtos períodos com despertares freqüentes e com uma duração total de sono menor daquela de crianças desmamadas. Esse padrão se mostrou mais pronunciado quando as crianças estavam em co-leito, sugerindo que o desenvolvimento do ciclo sono-vigília aceito como fisiologicamente normal aplica-se a crianças precocemente desmamadas e em sono solitário, devendo ser revisado para casos de aleitamento prolongado e co-leito⁽³⁴⁾. Lactentes em aleitamento materno tendem a acordar mais freqüentemente durante a noite do que os lactentes em uso de mamadeiras e a ter menor quantidade total de horas de sono num ciclo de 24 horas nos dois primeiros anos de vida. Recém-nascidos que receberam apenas mamadeira com fórmulas lácteas completas aumentaram o tempo de sono pós-mamada de 46% a 118% se comparados com o consumo de mamadeiras com água e carboidrato⁽³⁵⁾. No caso de crianças em aleitamento materno e co-leito, observaram-se maior número de mamadas, maior duração das mamadas noturnas e maiores intervalos entre elas. Esses aspectos foram constatados em 70 crianças de dois a quatro meses de idade, descendentes de mães latino-americanas, em

aleitamento materno exclusivo. Quando em co-leito, essas crianças mamavam a intervalos de uma hora e meia, com o dobro do tempo de mamada e o triplo no número de mamadas; quando dormiam sozinhas, o intervalo aumentava para cerca de três horas⁽¹⁵⁾. Esses achados confirmam que a mudança no padrão de alimentação contribui para a regulação das práticas de sono. No último caso, a prática do co-leito é regulada pela fragmentação do sono decorrente do fracionamento das mamadas e da proximidade materna, sugerindo que a saciedade influencia a regulação dos estados de sono.

Além do tipo de alimentação que a criança recebe (aleitamento materno x mamadeira), a proximidade da mãe também determina a diferença na frequência e duração das mamadas⁽³⁵⁾ e no padrão de sono noturno, especialmente em sua arquitetura e duração. Dessa forma, afeta quase todos os parâmetros da fisiologia do sono materno e infantil.

2.6 Objetos Transicionais

Em muitas culturas os lactentes utilizam para adormecer ou acordar uma peça de roupa, uma fralda, um cobertor, um urso de pelúcia, uma mamadeira ou chupeta ou um brinquedo qualquer como objeto transicional^b, destinado a fornecer-lhes segurança e conforto na ausência da mãe. O uso desses objetos não é universal, mas determinado pelo contexto social dentro do qual a experiência de sono noturno da criança inicia e termina⁽¹⁷⁾. Assim, sua prevalência varia de 4.9% nas comunidades rurais italianas a 64% nos Estados Unidos⁽¹⁵⁾. No Japão e Coreia, onde o sono compartilhado é a norma, os objetos transicionais, de modo geral, não são usados. O mesmo acontece com as crianças maias contemporâneas, que adormecem nos braços das mães ou durante a amamentação⁽¹⁷⁾. Essas diferenças na adoção de objetos transicionais verificadas entre as várias culturas são

^b Termo empregado por Winnicott⁽³⁶⁾ para designar os objetos escolhidos pela criança como um substituto materno ou como representação psicológica materna, que serve para tranquilizá-la na ausência do cuidador principal.

atribuídas aos hábitos de sono e ao aleitamento materno⁽¹⁴⁾. Um fator fundamental é a interação dos pais com a criança na hora de adormecer, escolha que decorre fortemente do contexto de vida dos pais a partir do resultado de desenvolvimento infantil esperado – indivíduo interdependente ou dependente –, como se viu anteriormente.

2.7 Uso de chupetas

Tanto quanto o uso de objetos transicionais, o uso de chupeta parece ser influenciado pelos comportamentos paternos culturalmente determinados. Dois estudos apoiam essa hipótese: o primeiro demonstrou que 96% dos usuários de chupetas com idade entre um e sete anos haviam sido deixados sozinhos para adormecer nos primeiros meses de vida, diferentemente do grupo de não-usuários, que na infância havia adormecido na companhia de um adulto ou em contato humano; o segundo revelou que crianças cujos pais tinham permanecido com elas ao adormecer apresentaram menor probabilidade (11%) para o uso da chupeta do que aquelas que haviam adormecido sozinhas (32%)⁽¹⁴⁾.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A influência cultural na biologia do sono é tão significativa que guia as decisões parentais a respeito da posição de dormir, do método e da distribuição de alimento e do compartilhamento ou não da cama. Essas decisões, por sua vez, influenciam a fisiologia e os hábitos de sono na infância, incluindo a arquitetura do sono, os despertares maternos e da criança, a sensibilidade para a presença do outro, a respiração, a quantidade de sono, o tempo de choro noturno do lactente, assim como o uso de chupetas e objetos transicionais. Da inter-relação dinâmica desses fatores intrínsecos e extrínsecos emergem os hábitos de sono na infância, que podem funcionar como escudos para as condições adversas. Quando inadequados, poderão ser avaliados prudentemente e ser corrigidos, melhorando as práticas domiciliares do sono infantil.

REFERÊNCIAS

- Geib LTC, Nunes ML. Hábitos de sono relacionados à síndrome da morte súbita do lactente: estudo populacional. *Cad Saúde Pública* 2006 fev; 22(2): 415-23.
- Sadeh A. Maturation of normal sleep patterns from childhood through adolescence. In: Loughlin GM, Carrol JL, Marcus CL, editors. *Sleep and breathing in children: a developmental approach*. New York (NY): Marcel Dekker Inc; 2000. p. 63-78.
- Ferber R. Sleepness in children. In: Ferber R, Kryger M, editors. *Principles and practice of sleep medicine in the child*. Philadelphia (PA): WB Saunders Company; 1995. p. 79-89.
- Reite M, Rudy J, Nagel K. *Concise guide to evaluation and management of sleep disorders*. 2nd ed. Washington (DC): American Psychiatric; 2000.
- Weisbluth M. Colic. In: Ferber R, Kryger M, editors. *Principles and practice of sleep medicine in the child*. Philadelphia (PA): WB Saunders Company; 1995. p. 75-8.
- Stores G, Burrows A, Crawford C. Physiological sleep disturbance in children with atopic dermatitis: a case control study. *Pediatr Dermatol* 1998; 15(264): 268.
- Sheldon HS, Spire JP, Levy HB. *Pediatric sleep medicine*. Philadelphia (PA): WB Saunders; 1992.
- Bruni O, Favrizi P, Ottaviano S, Cortesi F, Giannotti F, Guidetti V. Prevalence of sleep disorders in childhood and adolescence with headache: a case-control study. *Cephalalgia* 1997; 17:492-98.
- Sadeh A, Dark I, Vohr BR. Newborns' sleep-wake patterns: the role of maternal, delivery and infant factors. *Early Hum Dev* 1996; 44: 113-16.
- Lozoff B. Culture and family: influences on childhood sleep practices and problems. In: Ferber R, Kryger M, editors. *Principles and practice of sleep medicine in the child*. Philadelphia (PA): WB Saunders Company; 1995. p. 69-73.
- Anders TF. Night-waking in infants during the first year of life. *Pediatrics* 1979; 63(6): 860-64.
- Anders TF, Halpern LF, Hua J. Sleeping through the night: a developmental perspective. *Pediatrics* 1992; 90(4): 554-60.
- Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs* 1998; 12:12-20.
- Hiscock H, Wake M. Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. *Pediatrics* 2001; 107(6): 1317-22.
- Morin E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo (SP): Cortez; 2001.
- Anders TF. Infant sleep, nighttime relationships, and attachment. *Psychiatry* 1994; 57(1): 11-21.
- McKenna J. Cultural influences on infant and childhood sleep biology and the science that studies it: toward a more inclusive paradigm. In: Loughlin GM, Carrol JL, Marcus CL, editors. *Sleep and breathing in children: a developmental approach*. New York (NY): Marcel Dekker Inc; 2000. p. 99-130.
- Lozoff B, Wolf AW, Davis NS. Cosleeping in urban families with young children in the United States. *Pediatrics* 1984; 74(2): 171-82.
- Shweder R, Jensen LA, Goldstein WM. Who sleeps by whom revisited: a method for extracting moral goods implicit in practice.

- In: Goodnow JJ, Miler PG, Kessel F, editors. Cultural practices as contexts for development. San Francisco (CA): Jossey-Bass, 1995. p. 21-40.
20. Madansky D, Edelbrock C. Cosleeping in a community sample of 2- and 3-year-old children. *Pediatrics* 1990; 86(2): 197-203.
 21. Heron P. Nonreactive co-sleeping and child behavior: getting a good night' sleep all night, every night. Bristol (UK): University of Bristol; 1994.
 22. Lewis RJ, Janda LH. The relationship between adult sexual adjustment and childhood experience regarding exposure to nudity, sleeping in the parental bed, and parental attitudes toward sexuality. *Arch Sex Behav* 1988; 17: 349-63.
 23. Crawford M. Parenting practices in the Basque country: implications of infant and childhood sleeping location for personality development. *Ethos* 1994; 22(1): 42-82.
 24. Madansky D, Edelbrock C. Cosleeping in a community sample of 2- and 3-year-old children. *Pediatrics* 1990; 86(2): 197-203.
 25. Barry Hill, Paxson LM. Infancy and early childhood: cross-cultural codes. *Ethology* 1971; 10: 466-508.
 26. Hayes MJ, Parker KG, Sallinen B, Davare AA. Bedsharing, temperament, and sleep disturbance in early childhood. *Sleep* 2001; 24(6): 657-62.
 27. Reimão R, Souza J, Medeiros MM, Almirão RI. Sleep habits in native Brazilian Terena Children in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 1998; 56(4): 703-7.
 28. Reimão R, Souza J, Almirão RI, Medeiros MM. Sleep characteristics in the first two years of life in Native Brazilian Terena children. *Rev Bras Neurol* 1998; 34: 159-62.
 29. Reimão R, Souza J, Gaudioso CEV. Sleep habits in native Brazilian Bororo children. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(1):14-7.
 30. Reimão R, Souza J, Gaudioso CEV, Guerra HC, Alves AC, Oliveira JCF, et al. Sleep characteristics in children in the isolated rural African-Brazilian descendant community of Furnas do Dionísio, state of Mato Grosso do Sul, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(3).
 31. Blurton JN. Comparative aspects of mother-child contact. In: Blurton JN, editor. *Ethological studies of child behaviour*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1972. p. 305-28.
 32. Elias MF, Nicolson NA, Bora C, Johnston J. Sleep/wake patterns of breast-fed infants in the first 2 years of life. *Pediatrics* 1986; 77(3): 322-29.
 33. Giugliani ERJ. Aleitamento materno: aspectos gerais. In: Duncan B, Schmidt MI, Giugliani ERJ, editores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária embasadas em evidências*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2004. p. 219-31.
 34. Oberlander TF, Barr R, Young S, Brian JA, Short TR. Effects of feed composition on sleeping and crying in newborns infants. *Pediatrics* 1992; 90: 733-40.
 35. McKenna J, Mosko S, Richard C. Bedsharing promotes breast feeding. *Pediatrics* 1997; 100: 214-19.
 36. Winnicott D. Transitional objects and transitional phenomena. *Int J Psychoanal* 1953; 34:89.
-