

Protocolo Clínico #37 ABM: Cuidados Fisiológicos com o Bebê - Gerenciando a Amamentação Noturna em Bebês Pequenos

Deena Zimmerman,¹ Melissa Bartick,^{2,3} Lori Feldman-Winter,⁴ and Helen L. Ball⁵;
e Academia de Medicina da Amamentação

Um objetivo principal da Academia de Medicina da Amamentação (Academy of Breastfeeding Medicine – ABM) é o desenvolvimento de protocolos clínicos para manejo de condições médicas comuns que podem impactar no sucesso da amamentação. Esses protocolos servem apenas como diretrizes para o cuidado de mães e bebês e não determinam uma linha exclusiva de tratamento ou servem como padrão de cuidado médico. Variações no tratamento podem ser adequadas de acordo com as necessidades individuais de cada paciente. A Academia de Medicina da Amamentação (ABM) capacita os profissionais de saúde a oferecer cuidados seguros, inclusivos, centrados no paciente e baseados em evidências. Pessoas grávidas e lactantes se identificam em um amplo espectro de gêneros, pronomes e termos para alimentação e criação dos filhos. Existem duas razões pelas quais o uso de linguagem inclusiva de gênero pela ABM pode ser transitório ou inconsistente em seus protocolos. Primeiro, a linguagem inclusiva de gênero é sutil e está evoluindo em diferentes idiomas, culturas e países. Segundo, a ciência ainda não descreveu adequadamente as experiências de indivíduos de gênero diverso. Portanto, a ABM defende e se esforçará para usar uma linguagem o mais inclusiva e precisa possível dentro deste quadro. Para obter mais informações, leia as Declarações de Posição da ABM sobre Alimentação Infantil e Linguagem Relacionada à Lactação e Gênero (<https://doi.org/10.1089/bfm.2021.29188.abm>) e Amamentação como um Direito Humano Básico (<https://doi.org/10.1089/bfm.2022.29216.abm>).

Palavras-chave: amamentação, cuidados infantis, recém-nascido, bebê, privação de sono, morte súbita do lactente

Introdução

TER UM RECÉM-NASCIDO PODE SER UMA SOBRECARGA, mesmo para pais experientes. O bebê estar bem alimentado e com tempo de sono adequado estão entre as principais preocupações dos pais. Bebês pequenos precisam se alimentar frequentemente, durante o dia e à noite, particularmente aqueles que estão sendo amamentados. Isto pode ser um grande desafio para os pais que estão equilibrando outras responsabilidades como trabalhar fora de casa, cuidar de outros filhos, e tarefas diárias da casa. O objetivo deste protocolo é abordar o manejo destes desafios no contexto fisiológico e normal para dadas em amamentação.

O Protocolo #6 da Academia de Medicina da Amamentação (ABM) – Amamentação e Cama Compartilhada,¹ serve como um importante complemento a este protocolo.

Informação-chave:

Fisiologia materno-infantil normal

Padrões normais de alimentação de bebês. Um recém-nascido vai amamentar aproximadamente 8 a 12 vezes em 24 horas, mas não necessariamente em intervalos regulares. Recém-nascidos precisam ser alimentados conforme seus sinais de fome. Como apresentado na justificativa para o passo 8 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, “Amamentação envolve reconhecer e responder aos sinais de fome e prontidão para se alimentar, como parte de uma relação de cuidado entre a mãe e o bebê.”

Alimentação responsiva (também chamada de livre demanda ou guiada pelo bebê) não coloca restrições na frequência ou duração das mamadas, e as mães são aconselhadas a amamentar

sempre que o bebê está com fome ou tão frequente quanto o bebê deseja, levando em consideração que bebês saudáveis são capazes de autorregular sua ingesta combinando sucção nutritiva e não-nutritiva.² Alimentar de acordo com os sinais do bebê ajuda a assegurar que o bebê receba toda a nutrição diária necessária,³ contanto que o mínimo de 8 mamadas a cada 24 horas seja atingido.

Assim que a alimentação complementar se inicia aos 6 meses, o bebê pode ser capaz de se alimentar menos frequentemente durante a noite. Porém, quando as mães trabalham fora de casa e ordenham o seu leite enquanto estão longe, algumas duplas podem fazer um ciclo reverso de alimentação, com mamadas diretamente no seio mais frequentes durante a noite para compensar o tempo que a mãe ficou longe do bebê durante o dia. Esse estímulo direto do bebê no seio ajuda a manter a produção de leite. Limitar intencionalmente a alimentação durante a noite está associado com término precoce da amamentação exclusiva.⁴ Ordenha é menos efetiva que mamadas diretamente no seio, mesmo com as bombas extratoras mais eficientes.⁵ Amamentação direta mais frequente à noite pode, portanto, ajudar a manter a produção de leite quando a mãe retorna ao trabalho.

Padrões normais de sono de bebês. Bebês nascem sem um ciclo circadiano funcional.⁶ A melatonina no leite materno é secretada e transferida ao bebê em um ritmo circadiano, ajudando a estabelecer o ritmo do bebê.⁷ Exposição a atividades diárias comuns, e diferenciar das atividades noturnas, ajuda a estabelecer um bom ciclo circadiano nos bebês e aumenta os períodos de sono noturno. Isso inclui sonecas durante o dia sem escurecer artificialmente o quarto ou reduzir demais os barulhos.

Proximidade contínua e contato pele a pele com a mãe ou outro adulto ajudam o bebê a fazer uma transição gradual para a

¹Maternal-Child and Adolescent Division, Public Health Service, Israel Ministry of Health, Jerusalem, Israel.

²Department of Medicine, Mount Auburn Hospital, Cambridge, Massachusetts, USA.

³Department of Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA.

⁴Department of Pediatrics, Cooper Medical School of Rowan University, Camden, New Jersey, USA.

⁵Durham Infancy and Sleep Centre, Department of Anthropology, Durham University, Durham, United Kingdom.

vida extrauterina. Bebês dependem de proximidade e contato pele a pele com suas mães para regular sua respiração, temperatura, e frequência cardíaca nas primeiras semanas e meses de vida.⁸⁻¹⁰ O contato físico mãe-bebê entre as díades em amamentação (cama compartilhada e uso de carregadores/sling) prediz a responsividade materna aos sinais de fome do bebê, enquanto que proximidade sem contato físico não o faz.¹¹ Alimentação responsiva, por sua vez, é associada com maior duração de aleitamento materno exclusivo.¹¹

Separação noturna da mãe, mesmo em bebês maiores, com 10 meses de vida, pode causar sofrimento no bebê e elevar os níveis de cortisol, mesmo que o bebê externamente não pareça estar em sofrimento.¹² Além disso, apesar da separação noturna nos primeiros 4 meses poder estar associada com períodos mais longos de consolidação do sono no bebê¹³ e menos despertares noturnos,¹⁴ isso pode não ser fisiológico nem seguro, e explica parcialmente por que dormir próximo da mãe é associado com menor risco de Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL).¹⁵

Diferenças nos padrões de sono podem variar de acordo com a raça/etnia assim como com educação materna e renda familiar. Alguns pesquisadores examinaram os padrões de sono por raça/etnia e outros indicadores sociodemográficos em uma tentativa de entender as diferentes taxas de SMSL entre certos grupos dos EUA. Os resultados indicaram que baixa renda e menor escolaridade, não raça/etnia, estava associada com menor duração do sono entre as díades.¹⁶ Estes fatores podem ser marcadores de estresse, que pode afetar negativamente a fisiologia do sono.

Após 12 a 16 semanas, o bebê vai passar mais tempo acordado, conforme os núcleos supraquiasmáticos começam a estabelecer um ritmo circadiano, baseados em pistas externas.¹⁷ O bebê começa a ser capaz de fazer maiores intervalos entre as mamadas e ser capaz de se sentir confortável mesmo fora do contato físico direto com sua mãe. Entretanto, seus períodos mais longos de sono podem não aumentar significativamente entre 3 e 12 meses, estejam no quarto dos pais ou dormindo sozinhos.¹⁸ As mães podem compensar sua perda de sono noturna com sonecas durante o dia.¹⁹ Entretanto, as sonecas podem não ser restauradoras como o sono noturno.²⁰

Bebês também se beneficiam de serem carregados mesmo quando não estão se alimentando. Um estudo randomizado controlado em um local ocidental de alta renda mostrou que o aumento do ato de carregar o bebê nos braços ou em um carregador em contato com o corpo (*baby-wearing*) foi associado com 43% de redução na agitação e choro às 6 semanas de vida.²¹ Carregar o bebê em carregadores de maneira segura (ver informações)²² também pode permitir que a mãe realize outras tarefas. Bebês que passam a maior parte do dia sendo carregados podem se beneficiar de “*tummy time*” supervisionado para ajudar a atingir os seus marcos de desenvolvimento motor.²³

Desafios ao cuidado fisiológico do bebê

Expectativas de o bebê dormir a noite inteira. Nos países ocidentais de alta renda, existe a expectativa que um “bom bebê” deve ser capaz de dormir por longos períodos à noite desde muito pequeno.⁷ A recomendação de aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida²⁴ é frequentemente a expectativa social, porém é incompatível com a expectativa do “bom bebê” que dorme a noite toda.

A evidência científica mostra que expectativa por longos períodos de sono nos bebês é irreal. O sono dos bebês avaliado por actigrafia (sensores de movimento) é semelhante de 4 a 16 semanas de vida, independentemente do método de alimentação do bebê ou localização em relação à mãe. Entretanto, mães ocidentais que alimentam seus bebês exclusivamente com leite artificial percebem que seus bebês dormem por períodos mais longos, o que reflete e reforça o mito de que é “normal” os bebês dormirem tranquilamente por longos períodos.²⁵ Os pais de sociedades ocidentais podem sofrer e se sentir despreparados

quando seus bebês não se encaixam na expectativa de adormecer facilmente sozinhos e permanecer dormindo por longos períodos desde muito cedo.²⁶

O desencontro entre a expectativa das famílias ocidentais em relação ao sono e a realidade biológica dos bebês humanos enfraquece a resiliência dos pais e compromete o bem-estar da família.⁷ Em contraste com as mães ocidentais, um estudo mostrou que mães japonesas não percebem seu sono como perturbado, apesar das medidas objetivas de perturbação do sono relacionadas aos bebês serem semelhantes às encontradas em estudos dos Estados Unidos sobre mulheres no pós-parto que relataram distúrbios do sono.²⁷

Estudos já documentaram que os padrões de sono dos bebês, apesar de fragmentados ao longo da noite, não estão correlacionados com a duração do sono materno após 6 semanas pós-parto.²⁸ Bebês em aleitamento materno dormem tão bem quanto ou melhor que bebês alimentados com fórmula.¹⁹ Uma revisão sistemática e metanálise demonstrou que amamentar pode estar associado com sono noturno mais longo no pós-parto e que cama compartilhada está associada com períodos de sono mais longos nas mães que amamentam, comparado com mães que não amamentam.²⁹

Expectativas em relação ao bebê dormir sozinho. Nos países ocidentais de alta renda, existe a expectativa que o bebê durma sozinho como padrão e desejável. Cama compartilhada tem sido estigmatizada e considerada uniformemente insegura, mesmo em díades em amamentação sem fatores de risco para morte súbita do lactente. Os pais na maioria dos países ocidentais tem sido desaconselhados de realizar cama compartilhada desde por volta de 2004-2005,³⁰ e fortemente recomendados contra a cama compartilhada desde aproximadamente 2010, e muitos países ocidentais continuam aconselhando contra a cama compartilhada. Outras autoridades começaram a remover essa recomendação por volta de 2014-2015.^{31,32} Por exemplo, em 2014 o Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados do Reino Unido (*National Institute for Health and Care Excellence - NICE*) recomendou que não existia evidência científica suficiente para afirmar de forma inequívoca que cama compartilhada causa SMSL.

Em 2016, o PrevInfad na Espanha emitiu uma recomendação de Nível 1 afirmando que não há evidências suficientes para associar a cama compartilhada com um aumento do risco de SMSL em bebês amamentados, quando não há outros fatores de risco.³³ Em 2019, o Reino Unido removeu as orientações rotineiras contra a cama compartilhada, independentemente do método de alimentação.³⁴⁻³⁶ A Austrália adotou uma estratégia de minimização de riscos em 2018, reconhecendo que muitos pais compartilham a cama,³⁷ e algumas autoridades regionais de saúde do Canadá se tornaram mais favoráveis à cama compartilhada após aproximadamente 2017.^{38,39}

A orientação contra todo o compartilhamento de cama ainda é muito influente nos Estados Unidos e em outros lugares, e continua sendo a posição da Academia Americana de Pediatria.⁴⁰ Uma famosa campanha publicitária dos Estados Unidos em 2011, frequentemente citada, substituiu uma mãe que compartilhava a cama por um cutelo de carne. Mães que compartilham a cama podem ser acusadas de abuso infantil ou negligência em algumas jurisdições nos Estados Unidos.⁴¹ Em outras palavras, o padrão normativo de sono e alimentação dos bebês muitas vezes é visto como anormal, indesejável ou patológico.^{6,7}

Dados científicos mostram que a cama compartilhada está associada a uma duração prolongada da amamentação, tanto em geral quanto exclusiva.⁴²⁻⁴⁴ O local do sono é fundamental para a frequência da alimentação.⁷ Um corpo de pesquisa antropológica em crescimento fornece evidências de que o sono onde mãe e bebê estão próximos combinado com a amamentação na posição deitada de lado (“*breastsleeping*”)⁴⁵ constitui a norma evolutiva humana.⁷ A cama compartilhada está associada a uma melhoria na qualidade do vínculo entre a criança e a mãe, proporcionando

conforto para ambos.⁴⁶ O compartilhamento de cama é comum entre bebês nos Estados Unidos⁴⁷ e também entre bebês turcos que são amamentados.⁴⁸

Certos aspectos da cama compartilhada podem oferecer proteção contra a morte infantil relacionada ao sono. Mãe e bebê dormindo próximos permite que a mãe responda imediatamente ao bebê, como demonstrado em estudos fisiológicos.^{12,49} Mães e bebês têm maior capacidade de despertar,^{49,50} e a mãe forma um círculo protetor ao redor do bebê com seus braços e pernas, sendo que seu braço bloqueia o travesseiro de chegar no bebê (conhecido como posição C ou posição protetora⁵¹). A cabeça do bebê fica ao lado do peito da mãe, e após a amamentação, o bebê rola deitando-se de costas, já que bebês amamentados que compartilham a cama não dormiriam naturalmente de bruços.⁵²

Em contrapartida, evidências videográficas mostram que mães que alimentam seus bebês com mamadeira podem adotar práticas inseguras, como colocar seus bebês para dormir em travesseiros.⁵³ Além disso, como a cama compartilhada entre díades em amamentação é tão comum, pode ser difícil, senão impossível, separar os possíveis efeitos protetores da cama compartilhada dos efeitos protetores da amamentação. Em outras palavras, o compartilhamento de cama confunde o efeito protetor da amamentação em relação à SMSL e, portanto, pode ser responsável por parte da redução do risco associada à amamentação, quando fatores de risco estão ausentes.⁵⁴

Amamentação diretamente no seio durante a noite tem funções fisiológicas importantes. Além do papel da melatonina, bebês amamentados que compartilham a cama com suas mães regularmente, se alimentam mais frequentemente que aqueles que dormem sozinhos.⁵⁵ Amamentar com maior frequência durante a noite pode ajudar a manter uma boa produção de leite e é importante para a amenorreia lactacional.⁵⁶ Bebês que dormem a noite toda tem uma taxa muito mais baixa de amamentação.⁵⁷

A cama compartilhada afeta o sono materno e infantil. Mães que amamentam e compartilham a cama acordam frequentemente para alimentar, permanecem acordadas por períodos mais curtos e adormecem mais rapidamente do que as mães que amamentam e não compartilham a cama.⁴⁹ Em um estudo de laboratório com mães que amamentavam, 94% daquelas que rotineiramente compartilhavam a cama relataram ter obtido "o suficiente" de sono após o compartilhamento de cama, em comparação com 80% das mães que dormiam sozinhas e relataram ter sono suficiente após dormirem sozinhas.⁴⁹

Mães que dormiam rotineiramente sozinhas também avaliaram a qualidade do seu sono como inferior às mães que compartilhavam a cama.⁵⁵ O compartilhamento de cama também promove o despertar nos bebês,⁵⁰ o que pode ser protetor contra a SMSL. Mães que amamentam dormem cerca de 40-45 minutos a mais do que as mães que alimentam com fórmula,¹⁹ e pais de bebês amamentados dormem mais tempo do que pais de bebês alimentados com fórmula.⁵⁸

Nas sociedades que seguem essa norma fisiológica, um comportamento típico durante a noite pode consistir em mães e bebês dormindo juntos, amamentando com frequência, muitas vezes com a mãe não totalmente acordada e, de manhã, a mãe não consegue dizer com que frequência amamentou.^{7,59} Bebês e mães voltam imediatamente a dormir após as mamadas. Note que bebês alimentados dessa maneira não são arrotados após a alimentação; arrotar raramente é necessário em bebês alimentados diretamente no seio, pois eles geralmente não engolem ar durante a alimentação. Note também que os bebês não são acordados para trocas de fraldas após cada evacuação durante a noite. Pesquisas sugerem que a amamentação está associada a um menor risco de dermatite de fralda,^{60,61} embora nem todos os estudos confirmem isso.⁶² A aplicação de um creme de barreira na área da fralda do bebê ajuda a prevenir a dermatite de fralda.⁶³

O Protocolo #6 da ABM discute as evidências até o momento de que a cama compartilhada não causa SMSL na ausência de circunstâncias perigosas, apesar de sua associação com a SMSL,^{1,64} alinhada com outras diretrizes nacionais.³⁴ Um estudo

de caso-controle bem conduzido descobriu que o compartilhamento de cama na ausência de riscos é protetor em bebês com mais de 3 meses.⁶⁴ A ABM aconselha uma abordagem de minimização de riscos para a cama compartilhada e amamentação.¹ Circunstâncias perigosas incluem, em ordem de importância: compartilhar o sofá, dormir com um dos pais que esteja sob efeito de álcool ou drogas, dormir ao lado de um fumante, dormir na posição de bruços, nunca ter iniciado amamentação (diretamente no seio), dormir em uma cadeira com um adulto, dormir em roupas de cama macias ou dormir com um bebê que seja prematuro ou de baixo peso ao nascer.

Observe que a maioria dessas circunstâncias está sujeita ao controle dos pais. No entanto, em alguns casos, o compartilhamento de cama pode não ser planejado, sendo muito mais perigoso nesse caso do que quando é planejado.⁶⁵ Se houver circunstâncias perigosas, alternativas, como um berço acoplado ao lado da cama, podem ser uma opção para algumas famílias.¹ O risco da cama compartilhada é desconhecido em díades alimentadas exclusivamente com leite ordenhado, já que a posição do bebê na cama para uma díade em amamentação está relacionada de maneira única às demandas anatômicas necessárias para a alimentação direta e os braços e pernas da mãe formam um ambiente seguro para o bebê.¹

Preocupações de que acordar para amamentar possa contribuir para a depressão materna. Tem sido aventada a hipótese de que o padrão de sono prejudicado pode contribuir para o desenvolvimento e a extensão dos sintomas de depressão pós-parto.⁶⁶ Entretanto, não está claro se os problemas de sono pós-parto e os distúrbios de humor podem ser atribuídos ao sono e à alimentação do bebê, uma vez que muitas vezes estes problemas já existiam durante a gravidez. Além disso, os problemas de sono materno podem ser causados por ansiedade e depressão. Pesquisas mostraram que, embora existam correlações significativas entre distúrbios de sono e vigília materna, fadiga e depressão às 32 semanas após o parto, esses fatores não estão relacionados aos padrões de sono do bebê entre mães ocidentais.⁶⁷ A manutenção pobre do sono, medida pela actigrafia de punho, está correlacionada com a depressão materna, em vez da duração do sono materno.⁶⁶

A má qualidade do sono também está associada ao agravamento da depressão pós-parto e ansiedade em mães ocidentais.⁶⁸ A percepção subjetiva do sono, em vez de sua qualidade objetiva, está relacionada com perturbações no humor no pós parto imediato e tardio.^{20,66} Em um estudo longitudinal com mães ocidentais, a má qualidade do sono, a depressão e os distúrbios alimentares pré-existentes durante a gravidez foram associados a desfechos de amamentação piores, levando os autores a concluir que os distúrbios pré-existentes do sono e do humor são os fatores de risco para desfechos de amamentação insatisfatórios e sono pós-parto prejudicado, e não que a amamentação inadequada cause distúrbios do sono e distúrbios de humor pós-parto.⁶⁹

Aumentos nos escores de depressão e ansiedade materna também estão ligados à diminuição da eficiência do sono materno. Em outras palavras, a depressão e a ansiedade maternas não estão relacionadas à duração dos períodos de sono autorregulados pelo bebê, mas sim a problemas com a eficiência do sono materno, ou à dificuldade da mãe em iniciar ou retomar o sono.⁷⁰ A eficiência do sono está relacionada à ansiedade e ao aumento do tônus simpático, não ao número de vezes que a mãe acordava para amamentar.⁷⁰

No entanto, um estudo com mães ocidentais mostrou que um aumento na frequência de alimentação do bebê e um sono mais agitado do bebê estavam correlacionados com um aumento na depressão materna.²⁸ Um estudo com mães japonesas sugeriu que a frequência da amamentação, a fadiga subjetiva e a redução objetiva do tempo total de sono nos primeiros dias pós-parto podem estar associados a pontuações mais altas em escalas de depressão.⁷¹ É digno de nota que uma revisão abrangente e

metanálise constatou um menor risco de depressão pós-parto associado à amamentação.⁷²

Estratégias não-fisiológicas de enfrentamento

Variações da fisiologia normal do sono próximo entre mãe e bebê durante a amamentação têm o potencial de prejudicar o bem-estar materno. Mães que amamentam podem adotar diferentes estratégias para maximizar seu sono e bem-estar, enquanto evitam a cama compartilhada. Essas estratégias podem incluir ordenha noturna com alimentação por mamadeira, treinamento de sono, alimentação com fórmula ou introdução precoce de alimentos sólidos e uso de aplicativos de rastreamento do bebê, cada um com suas próprias desvantagens potenciais. Muitas vezes, essas estratégias envolvem acender as luzes, o que perturba significativamente os ritmos circadianos⁷³ de toda a família.

Ordenha noturna. É esperado que a ordenha durante a noite, enquanto alimenta um bebê com uma mamadeira de leite ordenhado, perturbe significativamente o sono materno. Além disso, alimentar o bebê com leite retirado em um horário diferente do dia não forneceria o nível adequado de melatonina. Os ritmos circadianos não são perturbados apenas ao ligar luzes, mas também por sentar-se e se envolver em qualquer tarefa ativa.⁷⁴

Após se alimentar, um bebê alimentado por mamadeira, necessita arrotar. Se o bebê não está dormindo ao lado dos pais, perturbações a mais no sono dos pais e bebê podem ocorrer, já que um bebê pode não pegar no sono rapidamente quando sozinho, e pode precisar de tempo para se acalmar e relaxar. A ordenha exclusiva de leite também está associada a uma duração mais curta da alimentação com leite materno e à introdução mais precoce de fórmula em comparação com a alimentação direta no seio, com ou sem extração de leite.⁷⁵

Treinamento de sono. Várias técnicas são projetadas para condicionar bebês e crianças pequenas a dormirem por períodos mais longos durante a noite.⁷⁶ Essas técnicas são baseadas em reduzir a expectativa do bebê em relação a um comportamento específico associado ao início do sono e condicionar os bebês a se "acalmarem sozinhos" e voltarem a dormir, sozinhos e sem intervenção de um adulto, quando acordam durante o ciclo normal de sono.^{76,77} Treinar bebês pequenos a dormir sozinhos, ignorando o choro deles em um berço distante, causa um estresse significativo no bebê, conforme indicado pelos níveis elevados de cortisol do bebê, que persistem nas noites em que o bebê não está mais chorando.¹² Os pais frequentemente sentem angústia ao não responderem aos choros de seus bebês^{78,79} e frequentemente consideram que o treinamento de sono não é eficaz.⁷⁹

Medições objetivas dos resultados do sono infantil não indicam que esses métodos "melhorem" o sono dos bebês que passam por esse treinamento. Os bebês deixam de sinalizar angústia para seus pais, mas não deixam de acordar ou permanecer acordados, portanto, eles não estão realmente "se acalmando sozinhos para voltar a dormir".^{80,81} O treinamento de sono em bebês com menos de 6 meses de idade pode afetar o sucesso da amamentação devido à separação da mãe e à redução das mamadas noturnas.⁸⁰ Além disso, colocar o bebê para dormir em um quarto separado como parte da estratégia de treinamento de sono pode estar associado a um aumento do risco de SMSL.⁷⁰

No entanto, alguns estudos mostram que o treinamento de sono, realizado sob condições de pesquisa, pode ser eficaz quando os desfechos estão relacionados a auto-relatos maternos sobre os resultados do sono, relatos maternos sobre os despertares noturnos do bebê, ou à saúde mental materna.⁸² Um estudo controlado randomizado com 14 bebês⁷⁶ não mostrou conexão entre as intervenções no sono e problemas emocionais ou comportamentais 12 meses depois, mas esses resultados são muito limitados para serem generalizáveis.

Alimentação sem leite materno. Na busca por um sono adicional para o bebê, algumas mães adicionam ou trocam para a fórmula, na tentativa de dormir um pouco a mais.^{83,84} No entanto, a actigrafia de punho mostra que os pais de bebês amamentados à noite dormiam em média 40-45 minutos a mais do que os pais que ofereciam fórmula.¹⁹ A actigrafia de punho também demonstrou que os pais de bebês que recebiam fórmula relatavam mais distúrbios do sono do que os pais de bebês alimentados exclusivamente com leite materno.¹⁹ Os dados sobre a introdução precoce de alimentos sólidos são variados. Um ensaio clínico randomizado de cereais infantis antes de dormir não demonstrou uma melhora no sono.⁸⁵

Um estudo randomizado de introdução precoce de alimentos sólidos aos 3 meses versus amamentação exclusiva até os 6 meses mostrou um aumento médio de 17 minutos no tempo de sono com os sólidos e menos despertares.⁸⁶ No entanto, em outro estudo, não houve melhora no sono com 1 ano de idade.⁸⁷ A possível melhora mínima no sono deve ser equilibrada com a possibilidade de que a adição precoce de sólidos possa interferir nos mecanismos de proteção para prevenir a SMSL e levar ao excesso de peso^{88,89} e ao desmame precoce.

Luzes à noite. A iluminação durante a noite é prejudicial ao sono e ao ciclo circadiano.⁹⁰ Já é sabido que a luz azul proveniente de dispositivos digitais (que tem um comprimento de onda curto) pode suprimir a melatonina e prejudicar o sono.⁹¹ Portanto, atividades à noite que requerem iluminação, como ordenha com bomba extratora ou troca de fraldas, devem ser minimizadas. Luz vermelha de baixa intensidade (que tem um comprimento de onda longo) mostrou mínimos efeitos no ciclo sono-vigília de ratos,⁹² então pode ser útil em circunstâncias que necessitam iluminação.

Uso de aplicativos de rastreamento infantil e tecnologia digital relacionada. Embora os aplicativos de rastreamento usados para monitorar a alimentação e o sono do bebê possam ser comercializados com alegações de reduzir a ansiedade dos pais, eles podem paradoxalmente aumentar a ansiedade e reduzir a interação entre pais e bebê, quando observar o bebê é substituído por verificar o aplicativo.⁹³ Aplicativos e dispositivos que permitem aos pais monitorar o sono do bebê à distância normalizam a separação entre pais e bebê e implicam que alguns aspectos fundamentais do cuidado do bebê podem ser terceirizados para a tecnologia.⁹³

Apoiando o cuidado fisiológico do bebê

Práticas dos profissionais da saúde que apoiam o cuidado fisiológico do bebê. Abordagens como o Programa de Sono *Possums* (*Possums Sleep Program*), que são baseadas na fisiologia normal, podem ajudar a apoiar os pais.^{94,95} Esse tipo de abordagem é um programa de cuidados centrado nos sinais do bebê que pode resultar em um sono mais consolidado quando usado em bebês com mais de 6 meses de idade e não impacta negativamente a amamentação.⁹⁶ A propaganda agressiva de fórmulas infantis não tem lugar no ambiente de cuidados de saúde e pode prejudicar a amamentação e a confiança das mães.^{97,98} Incentivar a família a fornecer ajuda doméstica de maneira culturalmente esperada se mostrou como um fator positivo na prevenção do sofrimento psicológico pós-parto.⁹⁹

Práticas sociais que apoiam o cuidado fisiológico do bebê. O cuidado fisiológico do bebê é melhor apoiado quando as mães conseguem tirar tempo suficiente do trabalho após o parto para se recuperar, estabelecer a amamentação e criar vínculos com seu bebê. Pelo menos 12 semanas de licença remunerada estão associadas a melhorias na saúde materna e infantil, diminuição da violência entre parceiros íntimos, melhoria no apego do bebê e no desenvolvimento infantil, diminuição das readmissões maternas e infantis no hospital, e aumento da iniciação e duração da

amamentação.¹⁰⁰ Horários de trabalho flexíveis são importantes para famílias com bebês. O cuidado fisiológico do bebê também é apoiado quando os parceiros conseguem tirar tempo do trabalho para apoiar a mãe e criar vínculos com o seu bebê.

Recomendações

Para cada recomendação, a qualidade da evidência (níveis de evidência 1, 2 ou 3) e o grau de recomendação (A, B e C) estão anotados como definido pelos critérios do sistema SORT (*strength of recommendation taxonomy*).¹⁰¹

1. *Ajudar os pais a entender a fisiologia normal e cuidar de seus bebês de maneira responsiva.* É importante que os profissionais da saúde entendam as expectativas fisiológicas normais e eduquem os pais de acordo. As organizações profissionais devem trabalhar para minimizar o impacto que a publicidade tem na promoção de práticas não fisiológicas. Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.
2. *Na ausência de circunstâncias perigosas, recomenda-se que as mães durmam próximas aos seus bebês.* A amamentação com mãe e bebê dormindo próximos, na ausência de riscos, pode permitir que as mães maximizem seu descanso e bem-estar, se a privação de sono for uma preocupação. A amamentação com mãe e bebê dormindo próximos pode proteger contra a morte relacionada ao sono e está associada à alimentação responsiva do bebê e a durações mais longas de amamentação em geral e exclusiva. Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.
3. *Minimizar os riscos potenciais da cama compartilhada enquanto permite que o bebê durma ao alcance dos braços.* Utilizar um berço acoplado à cama dos adultos se houver preocupações com circunstâncias perigosas, ou se essas circunstâncias perigosas possam eventualmente ocorrer (por exemplo, se os pais ocasionalmente consomem álcool ou substâncias sedativas). Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.
4. *Minimizar os riscos potenciais da cama compartilhada ensinando o posicionamento seguro na cama.* Devido à falta de dados para díades em ordenha exclusiva, não se sabe se essas díades representam uma circunstância perigosa para o compartilhamento de cama. A posição em C (posição protetora) deve ser ensinada aos pais que fazem ordenha exclusiva de leite, reconhecendo que o compartilhamento de cama é comum e pode ocorrer inadvertidamente. Nível de evidência: 3. Grau de recomendação: C.
5. *Evitar interrupções não fisiológicas no sono noturno da mãe e do bebê como estratégias para melhorar o bem-estar dos pais.* Isso inclui a ordenha noturna, alimentação com mamadeira e colocar o bebê para dormir fora do alcance dos pais. Considere uma luz vermelha fraca se necessidade de iluminação for prevista. Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.
6. *Incentive a mãe e o bebê a voltarem a dormir sem interrupções após a amamentação noturna enquanto compartilham a cama.* Evite arrotar o bebê após a amamentação e evite trocas de fraldas desnecessárias durante a noite. A aplicação de uma pomada de barreira na área da fralda pode ajudar a prevenir dermatite de fralda. Nível de evidência: 2-3. Grau de recomendação: C.
7. *O treinamento de sono nos primeiros aproximadamente 6 meses de vida é contraindicado, e o treinamento de sono no primeiro ano não é recomendado.* Um programa de cuidados para o sono do bebê baseado nos sinais que o bebê dá pode

ser uma alternativa baseada na fisiologia para os pais que desejam uma intervenção no sono.

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

8. *Incentive a mãe a dormir quando o bebê dorme, quando isso for possível, e lembre aos pais que nem todo sono precisa ocorrer durante as horas da noite.*

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

9. *Incentive a mãe a obter ajuda com outras tarefas domésticas para que ela possa se concentrar na amamentação e no cuidado com o bebê.*

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

10. *Incentive o uso seguro dos carregadores de bebê durante o dia para promover o contato físico com o bebê.* Carregar o bebê pode ajudar as mães a realizar tarefas diurnas enquanto mantêm o bebê tranquilo.

Nível de evidência: 1. Grau de recomendação: A.

11. *Incluir algum tempo supervisionado de "tummy time" pode ser importante para ajudar a alcançar objetivos de desenvolvimento motor.*

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

12. *Evite a introdução precoce de sólidos ou substitutos do leite materno, como fórmulas, como estratégia para melhorar o sono do bebê ou da mãe.* Evite a exposição a materiais de propaganda de fórmula em hospitais e ambientes de cuidados de saúde.

Nível de evidência: 2. Grau de recomendação: B.

13. *Incentive os pais a monitorar diretamente os sinais de alimentação e sono do bebê e desencoraje o uso de aplicativos de rastreamento e dispositivos de monitoramento para a alimentação e o sono do bebê.*

Nível de evidência: 2,3. Grau de recomendação: C.

14. *Defenda pelo menos 12 semanas de licença maternidade remunerada em países que atualmente não a possuem.*

Nível de evidência: 1. Grau de recomendação: A.

Síntese

Comparada a muitas estratégias que as mães podem utilizar para lidar com as demandas da parentalidade noturna, amamentar deitada de lado, dormindo perto do bebê ("breastsleeping"), pode ser uma das estratégias mais seguras para o bem-estar materno e infantil, na ausência de circunstâncias perigosas. As pesquisas fisiológicas sugerem que isso pode ser protetor para o bebê.^{12,49,50,52} e se a fisiologia natural do sono próximo da mãe for perturbada, essas proteções são perdidas. A morte acidental por sufocamento é extremamente rara entre bebês amamentados em cama compartilhada na ausência de circunstâncias perigosas.¹ Outras estratégias de enfrentamento podem ter mais efeitos adversos globais para mãe e bebê.

Áreas para Pesquisas Futuras

Mais pesquisas são necessárias sobre o cuidado fisiológico do bebê, especialmente no contexto de diversas crenças e valores culturais. É necessário pesquisar se há um papel para chupetas no cuidado fisiológico do bebê. Mais pesquisa sobre a duração ideal da licença remunerada para mães e seus parceiros seria útil. Mais evidências são necessárias sobre os benefícios da cama compartilhada e amamentação durante o sono. É sabido que a amamentação está associada a um menor risco de SMSL,¹⁵ mas se essa associação é causal, não está claro quais aspectos da amamentação são protetores. É provável que o efeito protetor seja pelo menos parcialmente comportamental e não apenas pelo leite

em si e, se for o caso, o compartilhamento de cama contribuiria para e confundiria a eficácia protetora da amamentação na SMSL.

Mais dados sobre a cama compartilhada em díades que ordenham leite exclusivamente são necessários para determinar o risco de seus bebês de morte relacionada ao sono. Mais dados epidemiológicos e videográficos sobre uma variedade de métodos de alimentação, incluindo em pais transgêneros, seriam úteis. Finalmente, seria de extrema importância conseguir coletar consistentemente dados de alimentação infantil em todos os casos de morte relacionada ao sono.

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram para a concepção e escrita deste artigo.

Declaração de Conflitos de Interesse

Não há nenhum interesse financeiro conflitante.

Informações de Financiamento

Não foi recebido nenhum financiamento para o presente artigo.

Referências

1. Blair PS, Ball HL, McKenna JJ, et al. Bedsharing and breastfeeding: The Academy of Breastfeeding Medicine protocol #6, revision 2019. *Breastfeed Med* 2020;15(1):5–16.
2. World Health Organization. Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative: Implementation Guidance. World Health Organization and UNICEF; Geneva; 2018.
3. Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, et al. Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. *Pediatrics* 2006;117(3):e387–e395.
4. Vieira TO, Vieira GO, de Oliveira NF, et al. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: New determinants in a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:175.
5. Meier PP, Patel AL, Hoban R, et al. Which breast pump for which mother: An evidence-based approach to individualizing breast pump technology. *J Perinatol* 2016;36(7):493–499.
6. Ball HL. The mother-infant sleep nexus: Night-time experiences in early infancy and later outcomes. In: Gowland R, Halcrow S, eds. *The mother-infant nexus in anthropology: Small beginnings, significant outcomes*. Springer: Cham, Switzerland; 2020.
7. Ball HL, Tomori C, McKenna JJ. Toward an integrated anthropology of infant sleep. *Am Anthropol* 2019;21(3):595–612.
8. Small MF. *Our Babies Ourselves: How Biology and Culture Shape the Way We Parent*. Doubleday Dell Publishing Group: New York, NY, USA; 1998.
9. Hrdy SB. *Mother Nature: A History of Mothers, Infants, and Natural Selection*. Ballantine: New York, NY, USA; 1998.
10. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11:CD003519.
11. Little EE, Legare CH, Carver LJ. Mother-infant physical contact predicts responsive feeding among U.S. breastfeeding mothers. *Nutrients* 2018;10(9):1251.
12. Middlemiss W, Granger DA, Goldberg WA, et al. 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):227–232.
13. Paul IM, Hohman EE, Loken E, et al. Mother-infant room-sharing and sleep outcomes in the INSIGHT study. *Pediatrics* 2017;140(1):e20170122.
14. Messayke S, Franco P, Forhan A, et al. Sleep habits and sleep characteristics at age one year in the ELFE birth cohort study. *Sleep Med* 2020;67:200–206.
15. Thompson JMD, Tanabe K, Moon RY, et al. Duration of breastfeeding and risk of SIDS: An individual participant data meta-analysis. *Pediatrics* 2017;140(5):e20171324.
16. Yu X, Quante M, Rueschman M, et al. Emergence of racial/ethnic and socioeconomic differences in objectively measured sleep-wake patterns in early infancy: Results of the Rise & SHINE study. *Sleep* 2021;44(3):zsaal193.
17. Walker M. *Why We Sleep: Unlocking the Power of Sleep and Dreams*. Scribner: New York, NY, USA; 2017.
18. Volkovich E, Ben-Zion H, Karny D, et al. Sleep patterns of co-sleeping and solitary sleeping infants and mothers: A longitudinal study. *Sleep Med* 2015;16(11):1305–1312.
19. Doan T, Gardiner A, Gay CL, et al. Breast-feeding increases sleep duration of new parents. *J Perinat Neonatal Nurs* 2007;21(3):200–206.
20. Bei B, Milgrom J, Ericksen J, et al. Subjective perception of sleep, but not its objective quality, is associated with immediate postpartum mood disturbances in healthy women. *Sleep* 2010;33(4):531–538.
21. Hunziker UA, Barr RG. Increased carrying reduces infant crying: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 1986;77(5):641–648.
22. American Academy of Pediatrics. *Baby Carriers: Backpacks, Front Pack, and Slings*. 2021. Available from: <https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/on-the-go/Pages/Baby-Carriers.aspx> [Last accessed: September 11, 2022].
23. Hewitt L, Kerr E, Stanley RM, et al. Tummy time and infant health outcomes: A systematic review. *Pediatrics* 2020;145(6).
24. World Health Organization. *Infant and Young Child Feeding*. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> [Last accessed: June 8, 2022].
25. Rudzik AEF, Ball HL. Biologically normal sleep in the mother-infant dyad. *Am J Hum Biol* 2021;33(5):e23589.
26. Tomori C. *Nighttime Breastfeeding: An American Cultural Dilemma*. Berghahn Books, New York, NY, USA; 2014.
27. Nishihara K, Horiuchi S. Changes in sleep patterns of young women from late pregnancy to postpartum: Relationships to their infants' movements. *Percept Mot Skills* 1998;87(3 Pt 1):1043–1056.
28. Sharkey KM, Iko IN, Machan JT, et al. Infant sleep and feeding patterns are associated with maternal sleep, stress, and depressed mood in women with a history of major depressive disorder (MDD). *Arch Womens Ment Health* 2016;19(2):209–218.
29. Srimoragot M, Hershberger PE, Park C, et al. Infant feeding type and maternal sleep during the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. *J Sleep Res* 2022:e13625.
30. American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005;116(5):1245–1255.
31. NICE (National Institute for Health Care Excellence). Addendum to Clinical Guideline 37, Postnatal Care. Routine Postnatal Care of Women and Their Babies. NICE: London; 2014.
32. Ball HL. Empowering families to make informed choices about sleep safety. *Br J Midwifery* 2015;23(3):164–165.
33. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Grupo PrevInfad/PAPPS. *Sudden Infant Death Syndrome [in Spanish]*. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, Madrid; 2016.

34. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Postnatal Care [M] Benefits and Harms of Bed Sharing: NICE Guideline NG194. NICE: London, United Kingdom; 2021.
35. Lullaby Trust, Baby Sleep Info Source (Basis), Public Health England, UNICEF UK Baby-Friendly Hospital Initiative. Safer Sleep for Babies: A Guide for Parents. London; 2019.
36. UNICEF UK Baby-Friendly Hospital Initiative. Caring for Your Baby at Night. UNICEF UK: London, United Kingdom; 2022.
37. Red Nose National Scientific Advisory Group. Information statement: Sharing a sleep surface with a baby. Available from: <https://rednose.org.au/article/sharing-a-sleep-surface-with-a-baby>. [Last accessed: September 13, 2019].
38. Perinatal Services BC. Safer Sleep for My Baby: Helping Parents and Caregivers Create a Safer Sleep Plan. British Columbia Ministry of Health: Victoria; 2017.
39. Winnipeg Regional Health Authority. Safer Bed-Sharing. Available from: <https://healthyparentingwinnipeg.ca/saferbed-sharing/> [Last accessed: September 7, 2022].
40. Moon RY, Carlin RF, Hand I; Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, the Committee on Fetus and Newborn. Sleep-related infant deaths: Updated 2022 recommendations for reducing infant deaths in the sleep environment. *Pediatrics* 2022;150(1):e2022057990.
41. Editorial Board. Editorials: Infant death and DCFS: Is unsafe sleep abusive? Tribune Publishing, Chicago Tribune. 2017. Available from: <https://www.chicagotribune.com/opinion/editorials/ct-edit-cosleep-dcfs-child-abuse-20171116-story.html>. [Last accessed: June 8, 2022].
42. Huang Y, Hauck FR, Signore C, et al. Influence of bedsharing activity on breastfeeding duration among US mothers. *JAMA Pediatr* 2013;167(11):1038–1044.
43. Ball HL, Howel D, Bryant A, et al. Bed-sharing by breastfeeding mothers: Who bed-shares and what is the relationship with breastfeeding duration? *Acta Paediatr* 2016;105(6):628–634.
44. Bovbjerg ML, Hill JA, Uphoff AE, et al. Women who bedshare more frequently at 14 weeks postpartum subsequently report longer durations of breastfeeding. *J Midwifery Womens Health* 2018;63(4):418–424.
45. McKenna JJ, Gettler LT. There is no such thing as infant sleep, there is no such thing as breastfeeding, there is only breastsleeping. *Acta Paediatr* 2015;105(1):17–21.
46. Barry ES, McKenna JJ. Reasons mothers bedshare: A review of its effects on infant behavior and development. *Infant Behav Dev* 2022;66:101684.
47. Colson ER, Willinger M, Rybin D, et al. Trends and factors associated with infant bed sharing, 1993–2010: The National Infant Sleep Position Study. *JAMA Pediatr* 2013;167(11):1032–1037.
48. Kural B, Gokcay G. Association between infant sleep location and breastfeeding. *Breastfeed Med* 2022;17(4):305–310.
49. Mosko S, Richard C, McKenna JJ. Maternal sleep and arousals during bedsharing with infants. *Sleep* 1997;20(2):142–150.
50. Mosko S, Richard C, McKenna JJ. Infant arousals during mother-infant bed sharing: Implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research. *Pediatrics* 1997;100(5):841–849.
51. Weissinger D, West D, Smith LJ, et al. Sweet Sleep: Nighttime and Naptime Strategies for the Breastfeeding Family. Ballantine Books: New York, NY, USA; 2014.
52. Baddock SA, Purnell MT, Blair PS, et al. The influence of bed-sharing on infant physiology, breastfeeding and behaviour: A systematic review. *Sleep Med Rev* 2019;43:106–117.
53. Volpe LE, Ball HL, McKenna JJ. Nighttime parenting strategies and sleep-related risks to infants. *Soc Sci Med* 2013;79:92–100.
54. Bartick M, Young M, Louis-Jacques A, et al. Bedsharing may partially explain the reduced risk of sleep-related death in breastfed infants. *Front Pediatr* 2022;10:1081028.
55. McKenna JJ, Mosko S, Richard C. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 1997;100:214–219.
56. Lobbok MH, Hight-Laukaran V, Peterson AE, et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. *Contraception* 1997;55(6):327–336.
57. Pennestri MH, Laganieri C, Bouvette-Turcot AA, et al. Uninterrupted infant sleep, development, and maternal mood. *Pediatrics* 2018;142(6).
58. Doan T, Gay CL, Kennedy HP, et al. Nighttime breastfeeding behavior is associated with more nocturnal sleep among first-time mothers at one month postpartum. *J Clin Sleep Med* 2014;10(3):313–319.
59. Tomori C. Breastsleeping in four cultures: Comparative analysis of a biocultural body technique. In: *Breastfeeding: New Anthropological Approaches*. (Tomori C, Palmquist AE, Quinn E, eds.) Routledge: Abington, NY, USA; 2017:55–68.
60. Jordan WE, Lawson KD, Berg RW, et al. Diaper dermatitis: Frequency and severity among a general infant population. *Pediatr Dermatol* 1986;3(3):198–207.
61. Ersoy-Evans S, Akinci H, Dogan S, et al. Diaper dermatitis: A review of 63 children. *Pediatr Dermatol* 2016; 33(3):332–336.
62. Li CH, Zhu ZH, Dai YH. Diaper dermatitis: A survey of risk factors for children aged 1–24 months in China. *J Int Med Res* 2012;40(5):1752–1760.
63. Stamatas GN, Tierney NK. Diaper dermatitis: Etiology, manifestations, prevention, and management. *Pediatr Dermatol* 2014;31(1):1–7.
64. Blair PS, Sidebotham P, Pease A, et al. 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.
65. Vennemann MM, Hense HW, Bajanowski T, et al. Bed sharing and the risk of sudden infant death syndrome: Can we resolve the debate? *J Pediatr* 2012;160(1):44–48.e42.
66. Park EM, Meltzer-Brody S, Stickgold R. Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal depression symptom severity. *Arch Womens Ment Health* 2013;16(6):539–547.
67. Thomas KA, Spieker S. Sleep, depression, and fatigue in late postpartum. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2016;41(2):104–109.
68. Okun ML, Mancuso RA, Hobel CJ, et al. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J Behav Med* 2018;41(5):703–710.
69. Stuebe AM, Meltzer-Brody S, Propper C, et al. The Mood, Mother, and Infant Study: Associations between maternal mood in pregnancy and breastfeeding outcome. *Breastfeed Med* 2019;14(8):551–559.
70. Douglas PS, Hill PS. Behavioral sleep interventions in the first six months of life do not improve outcomes for mothers or infants: A systematic review. *J Dev Behav Pediatr* 2013;34(7):497–507.
71. Kawashima A, Detsuka N, Yano R. Sleep deprivation and fatigue in early postpartum and their association with postpartum depression in primiparas intending to establish breastfeeding. *J Rural Med* 2022;17(1):40–49.
72. Alimi R, Azmoude E, Moradi M, et al. The association of breastfeeding with a reduced risk of postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Breastfeed Med* 2022;17(4):290–296.

73. Fisk AS, Tam SKE, Brown LA, et al. Light and cognition: Roles for circadian rhythms, sleep, and arousal. *Front Neurol* 2018;9:56.
74. Ortiz-Tudela E, Martinez-Nicolas A, Campos M, et al. A new integrated variable based on thermometry, actimetry and body position (TAP) to evaluate circadian system status in humans. *PLoS Comput Biol* 2010;6(11):e1000996.
75. Keim SA, Boone KM, Oza-Frank R, et al. Pumping milk without ever feeding at the breast in the Moms2Moms study. *Breastfeed Med* 2017;12(7):422–429.
76. Gradisar M, Jackson K, Spurrier NJ, et al. Behavioral interventions for infant sleep problems: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 2016;137(6):e20151486.
77. Liu A. Sleep training. *Pediatr Ann* 2020;49(3):e101–e105.
78. Davis AMB, Kramer RSS. Commentary: Does ‘cry it out’ really have no adverse effects on attachment? Reflections on Bilgin and Wolke (2020). *J Child Psychol Psychiatry* 2021;62(12):1488–1490.
79. Loutzenhiser L, Hoffman J, Beach J. Parental perceptions of the effectiveness of graduated extinction in reducing infant night-wakings. *J Reprod Infant Psychol* 2014;32(3):282–291.
80. Cassels T, Rosier J. The effectiveness of sleep training: Fact or fiction. *Clin Lactation* 2021;13(2):366–371.
81. D’Souza L, Cassels T. Contextual considerations in infant sleep: Offering alternative interventions to families. *Sleep Health* 2022;S2352-7218(22)00077-8.
82. Hohman EE, Savage JS, Marini ME, et al. Effect of the INSIGHT firstborn parenting intervention on secondborn sleep. *Pediatrics* 2022;150(1):e2021055244.
83. Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. *Birth* 2003;30(3):181–188.
84. Rudzik AEF, Ball HL. Exploring maternal perceptions of infant sleep and feeding method among mothers in the United Kingdom: A qualitative focus group study. *Matern Child Health J* 2016;20(1):33–40.
85. Macknin ML, Medendorp SV, Maier MC. Infant sleep and bedtime cereal. *Am J Dis Child* 1989;143(9):1066–1068.
86. Perkin MR, Bahnson HT, Logan K, et al. Association of early introduction of solids with infant sleep: A secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2018;172(8):e180739.
87. Messayke S, Davisse-Paturet C, Nicklaus S, et al. Infant feeding practices and sleep at 1 year of age in the nationwide ELFE cohort. *Matern Child Nutr* 2021;17(1):e13072.
88. Almquist-Tangen G, Dahlgren J, Roswall J, et al. Milk cereal drink increases BMI risk at 12 and 18 months, but formula does not. *Acta Paediatr* 2013;102(12):1174–1179.
89. Woo Baidal JA, Locks LM, Cheng ER, et al. Risk factors for childhood obesity in the first 1,000 days: A systematic review. *Am J Prev Med* 2016;50(6):761–779.
90. Figueiro MG. Disruption of circadian rhythms by light during day and night. *Curr Sleep Med Rep* 2017;3(2):76–84.
91. Heo JY, Kim K, Fava M, et al. Effects of smartphone use with and without blue light at night in healthy adults: A randomized, double-blind, cross-over, placebo-controlled comparison. *J Psychiatr Res* 2017;87:61–70.
92. Zhang Z, Wang HJ, Wang DR, et al. Red light at intensities above 10 lx alters sleep-wake behavior in mice. *Light Sci Appl* 2017;6(5):e16231.
93. Ball HL, Keegan AA. Digital health tools to support parents with parent-infant sleep and mental well-being. *NPJ Digit Med* 2022;5(1):185.
94. Whittingham K, Douglas P. Optimizing parent-infant sleep from birth to 6 months: A new paradigm. *Infant Ment Health J* 2014;35(6):614–623.
95. Ball HL, Taylor CE, Thomas V, et al. Development and evaluation of ‘Sleep, Baby & You’ - An approach to supporting parental well-being and responsive infant caregiving. *PLoS One* 2020;15(8):e0237240.
96. Ozturk M, Boran P, Ersu R, et al. Possums-based parental education for infant sleep: Cued care resulting in sustained breastfeeding. *Eur J Pediatr* 2021;180(6):1769–1776.
97. World Health Organization. Scope and Impact of Digital Marketing Strategies for Promoting Breast Milk Substitutes. WHO, Geneva; 2022.
98. World Health Organization. How the Marketing of Formula Milk Influences our Decisions on Infant Feeding. WHO, Geneva; 2022.
99. Gildner TE, Uwizeye G, Milner RL, et al. Associations between postpartum depression and assistance with household tasks and childcare during the COVID-19 pandemic: Evidence from American mothers. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021;21(1):828.
100. Van Niel MS, Bhatia R, Riano NS, et al. The impact of paid maternity leave on the mental and physical health of mothers and children: A review of the literature and policy implications. *Harv Rev Psychiatry* 2020;28(2):113–126.
101. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): A patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *J Am Board Fam Pract* 2004;17(1):59–67.

Os protocolos da ABM expiram em 5 anos a partir da data de publicação. O conteúdo deste protocolo está atualizado no momento da publicação. Revisões baseadas em evidências são feitas dentro de 5 anos ou antes se houver mudanças significativas na evidência.

Deena Zimmerman, MD, MPH, Autora Principal
Melissa Bartick, MD, MS, MPH, FABM
Lori Feldman-Winter, MD, MPH, FABM
Helen L. Ball, PhD, Autora Senior

Membros do Comitê de Protocolos da ABM:

Elizabeth Stehel, MD, Chair
Lawrence Noble, MD, FABM, Translations Chair
Melissa C. Bartick, MD, MS, MPH, FABM
Maria Enrica Bettinelli, MD, FABM
Lori Feldman-Winter, MD, MPH, FABM
Laura Kair, MD, MAS, FABM
Ilse Larson, MD
Yvonne LeFort, MD, FABM
Nicole Marshall, MD, MCR
Katrina Mitchell, MD
Adora Okogbule-Wonodi, MD
Susan Rothenberg, MD, FABM
Tomoko Seo, MD, FABM
Heidi Szugye, DO
Gina Weissman, DMD
Nancy Wight, MD, FABM
Michal Young, MD, FABM
Gina Weissman, DMD
Deena Zimmerman, MD, MPH, FABM

Tradução para Português-BR por:

Giovana M. Rorato, MD, IBCLC

Para correspondência: abm@bfmed.org