

Cuidar do sono do bebê

Caring for the baby's sleep

Cristina Guimarães Gomes*

Resumo

O sono do bebê pode ser um indicador relevante do seu desenvolvimento, da sua maturação e do seu estado de saúde. A forma como o bebê organiza os estádios de sono e de vigília e como evolui a estrutura dos ciclos de sono tem sido estudado por diversos autores que procuram compreender melhor como se desenvolve o sono do bebê e que fatores interferem nessa maturação.

As estruturas mentais da criança vão sendo construídas através das possibilidades de interação com o meio e das solicitações do ambiente. A estimulação realizada pelos pais na interação com os seus bebês influencia o seu desenvolvimento motor, social e afectivo e interfere na regulação do sono da criança. Esta estimulação é muito importante, uma vez que o sono desregulado pode manifestar-se através de distúrbios fisiológicos (gastro-intestinais, como cólicas) ou distúrbios na interação pais-bebê (ausência de estímulos ou hiperestimulação).

Para compreender este importante problema desenvolveu-se um estudo teórico, a partir de uma estrutura integradora dos conceitos relativos ao desenvolvimento da criança, a interação pais-bebê, os padrões de sono e repouso da criança e as estratégias para cuidar do sono do bebê, promovidos por pais e profissionais de saúde. A discussão e as conclusões permitem identificar os cuidados antecipatórios que as crianças necessitam na primeira infância, definir os procedimentos que os pais devem ter no cuidado do sono do bebê, e colocar em relevo as estratégias que os profissionais de saúde devem dirigir no apoio aos pais.

Procuramos ao longo deste documento transportar para a prática conhecimentos que contribuam para uma melhor intervenção dos profissionais de saúde infantil, promovendo os cuidados antecipatórios na primeira infância e apoiando a parentalidade no cuidado com o sono do bebê.

Palavras-chave: Sono, desenvolvimento infantil, vínculos emocionais, lactente.

* Enfermeira Especializada em Saúde Infantil e Pediatria no Hospital Pediátrico de Coimbra/Colaboradora da UICISA-DE [enf.crisgomes@gmail.com]

Abstract

The baby's sleep may be an indicator of its development, its maturation and its health condition. The way the baby organizes its sleep and wakefulness stages and how the structure of the sleep cycles is developed has been studied by several authors, who try to understand better how the baby's sleep is developed and the factors that interfere in that maturation.

The children's mental structures are developed through the possibilities of interaction with the environment and the appeals from the surroundings. The stimulation carried out by parents in the interaction with their babies influences their motor, social and affective development and interferes with the regulation of the child's sleep. This stimulation is very important, since sleep disorders can be responsible for physiological disorders (gastrointestinal, such as colics) or parent-infant interaction disorders (lack of stimulation or hyperstimulation).

In order to understand this important problem, a theoretical study was developed, integrating concepts related to the child's development, parents-baby interaction, child's sleep and rest patterns and strategies to care for the baby's sleep, promoted by parents and health professionals. The discussion and the conclusions allow identifying the anticipatory health care children need during the early infancy, defining procedures parents should have with regards to the baby's sleep, and focus on the strategies that health care professionals should aim at parents' support.

Through this article, we aim at bringing into practice knowledge able to contribute to a better intervention by the health care professionals in pediatrics, promoting the anticipatory care during the early infancy and supporting parenthood with regards to the baby's sleep.

Keywords: Sleep, child development, emotional bonds, infant.

Recebido para publicação em: 29.09.2008

Aceite para publicação em: 12.02.2009

Introdução

Sendo cada bebé um ser único e indivisível, não se pode compreendê-lo na sua integralidade ao compartimentá-lo. Cada bebé procura explorar as suas possibilidades através de experiências significativas, construindo a sua identidade nas relações que estabelece com o outro, com os objectos e com o mundo que o rodeia.

A qualidade do sono do bebé constitui um aspecto muito valorizado pelos pais, sobretudo nos primeiros meses de vida. Os enfermeiros deverão estar atentos às preocupações dos pais e valorizar o seu papel parental. Procuramos com este artigo de revisão teórica ajudar pais e enfermeiros a compreender melhor o sono do bebé, as características do sono da criança, particularmente nos primeiros anos de vida e os factores que influenciam o mesmo ao longo do seu desenvolvimento. Para isso foi realizada uma pesquisa e análise de autores e investigadores que se têm debruçado sobre esta matéria de interesse nos últimos anos e os contributos que têm dado a profissionais de saúde, pais e educadores no que se refere aos cuidados a ter com o sono do bebé.

Segundo Mendes (2008), o organismo humano é dotado de um relógio biológico, responsável pela organização temporal da sua vida vegetativa e conduzido por factores externos ecológicos e sociológicos, permitindo a sua adaptação às variações do meio. Conhecer o sono da criança e a sua maturação é importante para evitar que fenómenos fisiológicos em determinadas fases da vida sejam percebidos como distúrbios na organização do seu sono (Billard citado por Mendes, 2008).

Rodrigues (2002) considera que o ser humano tem um corpo organicamente perfeito que responderá aos estímulos do mundo externo, existindo no entanto um hiato entre a possibilidade e a realização. Para esta autora, esse espaço é ocupado pela figura materna que actua como fundamental mediadora nesse processo. A figura materna intervém e estimula a criança naturalmente, através dos laços afectivos estabelecidos, atribuindo significado às suas sensações. Uma criança motivada e estimulada desenvolve-se de forma mais saudável e satisfatória, sobretudo se essas acções forem percebidas de forma mais consciente, de modo a garantir o máximo desenvolvimento das potencialidades da criança e a despistar possíveis alterações ou riscos no seu desenvolvimento.

É neste contexto que se faz necessária a intervenção de um profissional especializado (enfermeiro de saúde infantil, pediatra), que acompanhe o desenvolvimento da criança e que saiba intervir junto dos pais o mais precocemente possível, afim de prevenir distúrbios e facilitando a adaptação da criança ao meio familiar. Foi nesta perspectiva que o artigo foi desenvolvido, tendo como principais tópicos de revisão o desenvolvimento infantil, a interacção pais-bebé, o sono e repouso do bebé e o bebé que aprende a dormir. A revisão teórica do tema permitiu desenvolver um modelo de enfermagem sobre o sono do bebé, em que são identificados factores decisivos na regulação do sono infantil, tais como o desenvolvimento infantil, a proximidade e interacção pais-bebé e o papel dos profissionais de saúde no apoio aos pais e no ensino sobre estratégias para melhorar o sono do seu bebé.

Desenvolvimento Infantil

As primeiras sensações percebidas pelo ser humano, no início do seu desenvolvimento, são captadas pelos seus órgãos sensoriais e expressam-se pela actividade motora, o que significa que numa fase em que o bebé está mais sensível e atento ao mundo exterior pode ter mais dificuldade em adormecer e acalmar-se. É desta forma que se inicia o desenvolvimento sensorio-motor que transcorre nos dois primeiros anos de vida (Rodrigues, 2002). Ao longo do tempo, as informações captadas pelos sentidos vão interagindo e integrando-se, promovendo respostas mais adequadas às solicitações do ambiente. Os sentidos provocam assim as mais diversas reacções na criança e assumem inegável importância nas relações que a criança mantém com o mundo, principalmente no início do seu desenvolvimento, pois é nessa fase que se forma o alicerce para todas as suas possíveis aquisições.

O enfermeiro deve explicar aos pais de forma simples quão importante é esta fase de desenvolvimento, sendo fundamental estimular a criança de acordo com a sua maturidade fisiológica, emotiva e social.

Os pais devem saber, por exemplo, que os órgãos dos sentidos estão aptos a funcionar desde o nascimento, recolhendo as informações captadas pelos diferentes estímulos do ambiente. Nesta linha de pensamento estão as teorias de Piaget e Erickson, que compreendem o período sensorio-motor desde

o nascimento até aos 24 meses, caracterizando-o pelo predomínio do uso dos sentidos e dos movimentos da criança sobre o ambiente, valendo-se de estímulos para intermediar este processo.

No seu trabalho sobre estimulação precoce na criança cega, Rodrigues (2002) afirma que no início do desenvolvimento sensorio-motor, o exercício funcional e a organização da acção motora estão relacionados às experiências proprioceptivas e à acção do sistema visual responsável por mobilizar com movimentos oculares a cabeça, o tronco e os membros, para a realização das reacções de “busca visual” da luz, do brilho e objectos que se encontrem no seu campo de visão.

A visão é sem dúvida o sentido que mais consome energia, sendo que a maior parte da informação sobre o mundo que nos rodeia é detectada pelo sistema visual. Os que estímulos visuais propiciam e favorecem o desenvolvimento global da criança mas podem também interferir no seu sono, pelo que deverão ser tidos em atenção nas rotinas de sono da criança, sobretudo se está numa fase de intenso desenvolvimento e curiosidade pelo ambiente (Seeley, 1997). Assim, é importante que os pais proporcionem estímulos visuais durante o dia, optando sobretudo por cores fortes, que são mais facilmente captadas pelo lactente, mas também a necessidade de retirar esses estímulos nas horas de dormir, diminuindo a iluminação do quarto e o ruído, facilitando o sono do bebé.

Com o amadurecimento do sistema nervoso, a quantidade e qualidade das habilidades alcançadas pela criança vai sendo cada vez maior, da mesma forma que o aumento dessas habilidades e experiências estimula o amadurecimento do sistema nervoso. É um processo de interdependência mútua que se faz desde o início da vida.

Os movimentos despertam na criança sensações proprioceptivas que, sendo do seu agrado, são repetidos e aperfeiçoados. Com o tempo a criança passa a dar significação a estas experiências, de modo que possam ser percebidas. O enfermeiro pode ajudar os pais a conhecerem melhor o seu bebé, como ele reage aos estímulos visuais, tácteis e auditivos e como se auto-organiza em relação ao seu sono. Com o progressivo conhecimento das competências e identidade do seu bebé, os pais vão percebendo que sensações agradam o seu filho e poderão repeti-las ou promovê-las.

No início do desenvolvimento, a criança capta uma sensação de cada vez, depois estas ganham significados e dão lugar às percepções. Gradativamente a criança interage percepções obtidas de centros nervosos diferentes, de forma que aos 4/5 meses a criança percebe sensações proprioceptivas, tácteis e visuais, iniciando a organização da coordenação óculo-manual (Rodrigues, 2002).

Esta maturação do sistema nervoso central permite que a criança interaja com o meio envolvente de forma cada vez mais complexa, assumindo particular importância a interacção pais-bebé.

A interacção Pais-Bebé

O cérebro da criança, e em particular do bebé, tem características complexas (algumas já referidas) que influenciam de forma marcante a atitude dos profissionais de saúde face à díade pais-bebé.

Sabe-se que o crescimento cerebral é intenso e extremamente rápido até aos 18 meses e que o cérebro tem nesse período uma maior plasticidade (Zamberlan, 2002), o que nos remete para a relevância da interacção inicial com diferentes tipos de padrões de estímulos.

O estudo da interacção mãe-criança tem sido amplamente desenvolvido, a partir do trabalho de Bowlby (1951/1991) sobre a conduta de apego. O modo como a interacção pais-bebé influencia o processo de crescimento e desenvolvimento da criança é descrito e defendido por diferentes autores, entre eles Casey (1998), que apoia o seu modelo, conhecido e amplamente divulgado de parceria de cuidados, com base no pressuposto de que os cuidados à criança devem ser em forma de protecção, estímulo e amor; no sentido de preservar o crescimento e desenvolvimento da criança.

Gomes-Pedro (1997, p. 68) defende que a qualidade dos cuidados ao bebé recém-nascido passa pela protecção do vínculo com a pessoa significativa para a criança (a mãe ou a substituta desta), acreditando que “*o sentido da vida humana só se cumpre no reconhecimento de que se é amado*”. Rodrigues *et al.* (2004) corrobora ao referir que “*as relações que estabelecemos com aqueles que de mais perto nos rodeiam são uma das partes, senão a parte mais importante da nossa vida*”, reconhecendo que essas relações significativas podem ser factores de protecção

ou de risco, consoante promovam o sentimento de segurança e o desenvolvimento global do indivíduo ou se pelo contrário gerem condições adversas de existência e implicam considerável sofrimento (Canavarro citado por Rodrigues, 2004).

Relativamente ao desenvolvimento mental, Bowlby (citado por Siqueira e Andriatte, 2001) refere na sua teoria de ligação que todo o ser humano já nasce propenso a estabelecer fortes vínculos afectivos e explica as múltiplas perturbações da personalidade, incluindo ansiedade, raiva, depressão e desligamento emocional, a que a separação e perda involuntária dão origem.

Desde que o bebé nasce que a mãe procura estabelecer com o filho um modelo de comunicação, no qual busca compreender as suas sinalizações, como o choro por fome ou a sua necessidade de dormir. Ultrapassado o período inicial de adaptação, a relação entra em sintonia e o bebé passa a sentir-se acolhido e satisfeito na maior parte das vezes (Siqueira e Andriatte, 2001). Apesar da mãe e do filho possuírem um cérebro e sistema nervoso autónomo, possuem inter-relações neuro-hormonais que constituem provavelmente o meio de comunicação emocional entre mãe e bebé (Almeida, 2004). São dois corpos que se encontram: um que busca e outro que oferece, criando um vínculo de significação profunda e simbólica diante do desamparo humano, sendo que a busca pela sobrevivência encontra no outro o amparo e protecção da vida. A complexidade da formação do vínculo é evidenciada por esta interacção, sendo que o bebé causa impacto emocional na mãe e esta, ao receber e ao responder ao seu pedido, tem impacto afectivo nele. A mãe funciona como reguladora de afectos, ouve e entende as diferentes formas de choro, sente e percebe a melhor forma de segurar e acalmar o seu bebé, aprendendo com ele, em sintonia com as suas vontades, regulando-as e ensinando-o, aos poucos, a adiar as suas gratificações (Ponti, 2006).

Em suma, a qualidade da relação mãe-bebé tem sido considerada por vários autores como fundamental a um adequado desenvolvimento infantil, sendo mais ou menos consensual que os primeiros meses de vida são primordiais para o desenvolvimento da conduta de apego entre o bebé e a sua mãe. O desenvolvimento de apego seguro é apontado como um factor de bom prognóstico do desenvolvimento social, afectivo e cognitivo das crianças (Ainsworth *et al.* citado por Brum e Schermann, 2007). Os comportamentos

indicativos de apego procuram obter ou manter a proximidade, interacção e comunicação, mesmo que à distância, incluindo-se comportamentos de aproximar-se, seguir, sorrir, chorar e chamar, quando a criança é separada de um agente específico. A teoria do apego sugere que a forma de relações seguras com o agente adulto é importante para a criança desenvolver sistemas comportamentais flexíveis, de modo a adaptar-se facilmente a novas situações, como ficar com outros adultos que não os pais e dormir num local diferente do que lhe é habitual.

O stress da separação da mãe pode ser minimizado quando as crianças desenvolvem uma condição de apego seguro (Rossetti-Ferreira, 1986).

O sentimento de segurança desenvolvido pelo bebé nos primeiros meses de vida é fundamental para uma boa regulação do sono e repouso do bebé.

O sono e repouso do bebé

O sono é um estado fisiológico normal, periódico, caracterizado pela supressão da actividade perceptiva e da motricidade voluntária, com diversos graus de profundidade, caracterizados por uma dificuldade maior ou menor de provocar o despertar, por uma alteração mais ou menos acentuada da actividade eléctrica do cérebro e por certa actividade mental: o sonho (Mendes *et al.*, 2004).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2003, p. 31) define o sono como um tipo de reparação com *“recurso à redução da actividade corporal, marcada por uma redução da consciência que não se mantém quando acordado, em que a pessoa não sabe de si, o metabolismo está diminuído, a postura imóvel, a actividade corporal diminuída, e a sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos”*. O repouso é segundo a CIPE (2003) também um tipo de reparação, mas com recurso à redução da actividade corporal permanecendo acordado e consciente em posição imóvel.

O sono é uma função protectora de todos os organismos, que permite a reparação e a recuperação dos tecidos após actividade. Tal como na maioria dos aspectos do desenvolvimento infantil, existe uma grande variação na quantidade e distribuição do sono nas diferentes idades da criança. O sono da criança evoluiu na estrutura e duração desde o período

fetal à adolescência. No seu estudo sobre o sono da criança, Mendes (2008, p. 9) refere que *“falar de sono antes do nascimento e das primeiras semanas até à adolescência, é descrever toda uma evolução, uma maturação directamente ligada à construção contemporânea do cérebro”*.

À medida que as crianças amadurecem, altera-se o tempo total que dispõem com o sono e diminuiu também a quantidade de tempo que passam em sono profundo (Whaley e Wong, 1999). Estes estádios de vigília organizam-se desde o período fetal, um ritmo sincronizador de vigília-sono surge nas primeiras semanas de vida, sendo que as principais características do sono do adulto são estabelecidas nos primeiros dois anos de vida (INSERM citado por Mendes, 2008).

Segundo Mendes (2008), este rápido desenvolvimento explica de certa forma a fragilidade do sistema de organização de sono da criança, ou seja, a dificuldade de instalação do ritmo dia-noite e dos frequentes “acordares” da criança com menos de dois anos. Pese embora esta função de reparação esteja muito dependente de factores exógenos e endógenos diversos (tais como ambiente, características maternas, características do bebé e privações de ordem física ou emocional), o sono tem um desenvolvimento próprio ao longo da vida, acompanhando a maturação do sistema nervoso nos primeiros meses da criança. O amadurecimento do sistema nervoso influencia as actividades de vida do bebé e estas por sua vez estimulam o sistema nervoso, daí que seja importante os profissionais de saúde analisarem estes conceitos (desenvolvimento e sono) em uníssono.

Dormir é considerado uma actividade praticada pelos indivíduos no modelo de enfermagem de actividades de vida, desenvolvido por Nancy Ropper, Winifred Logan e Alison Tierney. Este modelo centra-se no indivíduo que transita da dependência para a independência, de acordo com a idade, circunstâncias e ambiente. Cada uma das actividades de vida, entre elas o dormir, deve ser vista em três vertentes: física ou biológica, social e psicológica, relacionando-as ainda com actividades preventivas, de conforto e pesquisadoras (Pearson e Vaughan, 1986). O conhecimento do desenvolvimento ao longo da vida e os aspectos fisiológicos, sociológicos e psicológicos de cada actividade, permitem confortar, educar, prevenir e identificar necessidades, nomeadamente no que diz respeito aos padrões e distúrbios do sono, em particular no bebé e criança pequena.

Brazelton e Sparrow (2006), pediatra e pedopsiquiatra respectivamente, assumem também o sono do bebé como essencial para o seu desenvolvimento, sendo que o próprio sono também se vai desenvolvendo à medida que o bebé cresce. Para estes autores, aprender a dormir é parte integrante da sua autonomia, sendo que os pais ao ensinar o bebé a dormir, ao serem capazes de se separarem dele e de se distanciarem, estão a dar a oportunidade ao bebé de “aprender” a tornar-se independente durante a noite, o que vai ao encontro do que o modelo de Nancy Ropper preconiza, em relação à transição da dependência para a independência em cada actividade de vida.

A importância do sono no desenvolvimento do bebé é explicada pela quantidade de fenómenos que acontecem enquanto o bebé dorme tranquilamente: *“o crescimento do cérebro, a preparação para a aprendizagem do dia seguinte, da memorização e da atenção”* (Brazelton e Sparrow, 2006, p. 13).

O pediatra Gomes-Pedro (2007, p. 48) percebe o sono como uma *“janela para o comportamento infantil”*, referindo que *“não há nada na vida do bebé que não se repercute no sono, do mesmo modo que não há nada no sono que não se repercute na vida do bebé”*. Pensa-se que as capacidades psíquicas consubstanciadas nas emoções, nos sentimentos e na consciência derivam do equilíbrio homeostático, fundamentalmente biológico. O sono do bebé é construído *“grão a grão”*, à custa do seu equilíbrio neural, mas também muito à custa do seu equilíbrio relacional, daí a pertinência de estudar a interacção pais-bebé e o processo de vinculação quando se procura uma melhor compreensão do sono do bebé. A este propósito refere ainda Gomes-Pedro (2007, p. 48): *“Deixa-me ler os teus vínculos, as tuas relações preferenciais, a coerência que vês nelas e eu saberei ler o teu sono”*.

As características intrínsecas ao cérebro do bebé, que têm sido apontadas por diferentes autores, complexificam e desafiam a atitude clínica. O conhecimento das particularidades e dos padrões de sono dos mais pequenos tem impacto sobretudo sobre as nossas atitudes de prevenção e aconselhamento aos pais relativamente ao sono. Esta questão constitui uma das suas maiores preocupações nos primeiros meses e que leva os pais a procurar respostas concretas junto do seu enfermeiro de saúde infantil ou pediatra.

O esquema 1 apresenta um modelo de enfermagem sobre o desenvolvimento do sono e repouso do bebé.

O modelo apresentado introduz um novo conceito de cuidar o sono do bebê, reflectindo sobre a influência da relação pais-filho na qualidade do sono e repouso do bebê. Esta relação de proximidade influencia o desenvolvimento da criança a nível fisiológico, psicológico, cognitivo e social, interferindo com os mecanismos fisiológicos e psicológicos do sono. Por sua vez, a relação pais-bebê é influenciada pelo próprio

desenvolvimento do bebê, pelas características do seu sono e pelo conhecimento que os pais têm acerca do seu filho, do seu nível de desenvolvimento e do seu padrão de sono. Neste modelo, os enfermeiros têm um papel crucial, pois intervêm directamente na educação e formação dos pais sobre o sono do bebê, o desenvolvimento infantil e o papel dos pais neste processo de maturação e de aprendizagem.

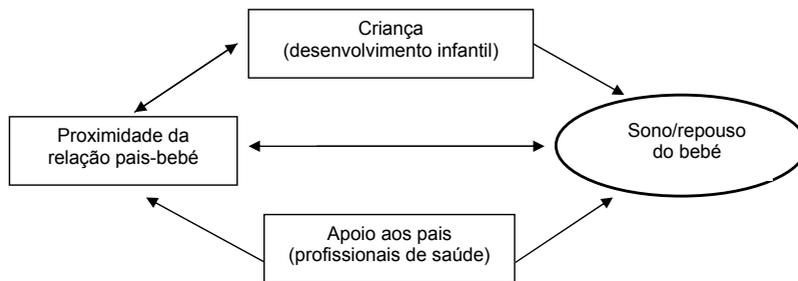


FIGURA 1 – Factores que intervêm no sono/repouso do bebê

Os enfermeiros têm nas consultas de saúde infantil um lugar privilegiado para ajudar os pais a conhecer melhor o seu filho, esclarecendo dúvidas e preparando-os para problemas comuns da primeira infância, capacitando-os para uma relação de proximidade com o bebê. O objectivo é que os pais percebam a importância da interacção e estímulo afectivo e ambiental desde o nascimento, e que desenvolvam estratégias ajustadas ao seu filho, de forma a ajudá-lo a organizar o seu sono em diferentes estadios de desenvolvimento.

A qualidade do sono vai-se alterando à medida que as crianças amadurecem (Whaley e Wong, 1999). São cinco as fases de sono distintas: a fase do sono dos movimentos oculares rápidos (REM) e quatro fases de sono de movimentos oculares não rápidos (NREM) que são numerados de I a IV pela **lentificação** crescente que se regista. Em cada idade o sono tem características diferentes. O sono REM, por exemplo, vai diminuindo com a idade, sendo nele que ocorre a maior parte dos sonhos, (Mendes *et al.*, 2004).

Tanto os bebês como os pais precisam de dormir, mas as suas necessidades são diferentes. O nascimento de uma criança pode perturbar o sono dos seus pais, sobretudo se estavam habituados a dormir oito horas nocturnas sem interrupções. De facto, é comum os recém-nascidos acordarem durante a noite, com mais ou menos frequência, por vezes causando ansiedade e desespero aos seus pais, que se vêem privados do

seu sono reparador. Normalmente, com boa dose de paciência e calma, este desafio é ultrapassado nos primeiros meses, à medida que o bebê cresce, pois o seu padrão de sono vai modificando. Contudo, para que os pais e os seus bebês passem por esta fase saudavelmente é necessário preparar os pais para as noites de vigília e ajudá-los a conhecer o seu bebê. Para que pais e bebês se adaptem mutuamente, é necessário que o bebê aprenda a adaptar o seu padrão de sono e vigília aos padrões e ritmos da família. Por outro lado, Brazelton e Sparrow (2006) consideram fundamental que os pais compreendam os padrões de sono do bebê para que se possa estabelecer uma rotina de sono nocturno adequada. Mas essa compreensão das necessidades de sono de cada um não se inicia no período pós-natal. Na verdade, o recém-nascido já teve muitos meses para se adaptar ao padrão de sono e de vigília da mãe, comportando-se de forma diferente durante os ciclos de dia e de noite da mãe (alternando estados de alerta e inactividade, mexendo-se e dando pontapés a partir do sexto mês de gestação quando alerta). A mãe por sua vez já se foi apercebendo dos ciclos de sono e de vigília do seu filho *in útero*, sendo que em muitos casos as mães admitem sentir os ciclos de sono e de vigília mais longos e mais previsíveis do seu filho no final da gravidez, o que significa que os bebês se começam a adaptar ao ambiente exterior ainda antes de nascerem (Brazelton e Sparrow, 2006). Gomes-Pedro (2007) lembra que o sono do feto na sua

alternância imobilidade/actividade é semelhante ao dos prematuros e que no primeiro mês de vida o bebé dorme 16 horas em média, sendo possível identificar já nesta fase quem são os “mais dorminhocos”.

O padrão de sono do bebé é, no entanto, muito mais que o número de horas de sono. É também o modo como o bebé controla e organiza os seus estádios de sono e de vigília, o que nos permite caracterizar logo nas primeiras horas de vida o “*quem é quem cada bebé*”, através da NBAS (*Neonatal Behavior Assessment Scale*) (Gomes-Pedro, 2007, p. 48). É essa regulação que permite a um bebé de um mês dormir seis a sete horas e a partir dos três meses nove horas ou mais em cada noite. Ou seja, para Gomes-Pedro (2007) o bebé vive um pouco ao ritmo do seu relógio interior, tendo como principais responsáveis os neuroreguladores cerebrais, e não menos importante o modelo relacional projectado à vida do bebé e da família.

A família é o primeiro sistema do bebé, responsável pela sua socialização primária e pelas suas primeiras aprendizagens, incluindo-se nestas o aprender a dormir e a regular os seus períodos de sono e vigília, adaptando-se às rotinas e necessidades da família.

O bebé que aprende a dormir

Brazelton e Sparrow (2006) referem que à medida que o bebé aprende a dormir, os pais aprendem a reagir quando ele acorda de noite, aprendem quando devem acarinhá-lo, quando devem esperar que ele volte a adormecer e quando ele precisa de ser encorajado a acalmar sem ajuda. Os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros de saúde infantil e os pediatras devem por isso tranquilizar os pais, mas também prepará-los para uma tarefa que se adivinha complicada e progressiva, antevendo alturas em que a criança pode ter maior dificuldade em adormecer, mesmo depois de ter “aprendido a dormir”.

Na falta de cuidados antecipatórios, os pais podem assumir esses momentos como regressões da criança e culpabilizarem-se por isso. Para que estes momentos sejam vividos de uma forma menos angustiante para os pais, podemos recorrer ao modelo de “touchpoints” para perceber as alterações do relógio do sono do bebé (Gomes-Pedro, 2007). No método Brazelton esses momentos são os “pontos de referência”, o que significa que são fases em que se dá um passo em frente no desenvolvimento do bebé, embora esse

salto qualitativo possa interferir com aprendizagens anteriores, como por exemplo, dormir toda a noite (Brazelton e Sparrow, 2006). Um exemplo é o bebé de quatro meses que a par com o amadurecimento da visão e do aumento da consciência cognitiva do ambiente (já explicados neste artigo) começa a entusiasmar-se com tudo o que vê à sua volta. Objectos coloridos e dinâmicos e faces humanas são o seu deslumbramento predilecto, podendo na hora de dormir tirar o sono dos mais curiosos. Também o bebé de um ano pode estar tão excitado com as suas novas aquisições motoras, como dar o primeiro passo, que não consegue desligar-se dessa tarefa na hora de dormir. Gomes-Pedro (2007) refere que a filosofia “touchpoints” nos permite entender estes e outros comportamentos do bebé, intervindo assim adequadamente no apoio à parentalidade, educando e ajudando os pais a construir para o seu bebé a autonomia do seu sono.

Utilizando os pontos de referência como base de trabalho para cada encontro com os pais, desde a gravidez aos 3 anos de vida da criança, a família e os profissionais podem descobrir conjuntamente temas recorrentes e estratégias para negociar desafios futuros, o que aumenta a confiança dos pais em si mesmos e nos seus filhos, tanto nos saltos do desenvolvimento infantil como nas regressões (Brazelton e Greenspan, 2006).

Um método bem diferente do método Brazelton é o método Estivill, desenvolvido por um pediatra espanhol (Eduardo Estivill). Segundo o autor desse método, a criança nasce com um relógio imaturo que precisa de cinco ou seis meses para se regular, sendo o sono um hábito que se pode ensinar às crianças. O método passa por uma série de rotinas que terminam com a criança na sua cama, “*proibindo*” os pais de tocar no seu bebé depois de o deitar (“*É proibido tocar no bebé*”). O método Estivill chega inclusive a definir durante e de quanto em quanto tempo os pais podem entrar no quarto do bebé, não para que este deixe de chorar ou adormeça mas para que perceba que os pais não o abandonaram (Simões, 2007). A grande diferença entre os dois modelos é que o Método Brazelton olha os pais como protagonistas na descoberta do comportamento do seu filho, tomando as conquistas e as regressões do bebé como parte do seu desenvolvimento normal e adaptando estratégias adequadas a cada criança; o Método Estivill coloca toda a ênfase no sucesso ou insucesso do seu método,

culpabilizando os pais sempre que o seu método falha (“quando o método não funciona, a culpa não é das crianças, mas sim dos pais”). Enquanto o método Estivill garante ser suficiente uma semana para ensinar o bebé a dormir, o método Brazelton admite o processo de ensinar os filhos a adormecer como difícil, moroso, mas compensador (Simões, 2007; Brazelton e Sparrow, 2006).

Relativamente ao método Brazelton, com o qual me identifiquei mais como enfermeira de neonatologia e pediatria, considero a transição suave do conforto dos pais para o auto-conforto do bebé como a principal característica deste modelo. Na verdade, Brazelton está em sintonia com Estivill quando afirma que para dormir a noite toda, a criança tem de ultrapassar as situações de insónia e sono irregular sozinha (Brazelton e Sparrow, 2006). Mas para Brazelton e Sparrow (2006) os pais podem ajudar a criança a conseguir confortar-se sem ajuda, acalmado-a até ficar sonolenta (embalando-a, cantando-lhe ou lendo-lhe histórias) e deitando-a no berço antes dela adormecer por completo. Sugere ainda que os pais se sentem depois ao seu lado, fazendo-lhe festas e falando-lhe com meiguice. Para estes autores, a criança sentir-se-à competente e capaz de se confortar sozinha de cada vez que acordar quando estabelecer o seu padrão de auto-conforto, que pode passar por chuchar no dedo, enrolar-se, remexer no seu cobertor preferido ou num boneco de peluche. Aos poucos, os pais terão cada vez mais o seu papel facilitado, dando à criança o controlo da situação. Esta competência do bebé em se auto-confortar só pode ser atingido consoante a existência de 3 factores: vontade e determinação dos pais, capacidade do bebé para ficar 3 a 4 horas sem se alimentar e um sistema nervoso do bebé suficientemente maduro para ser capaz de prolongar os períodos de sono durante a noite e de encontrar uma rotina de auto-conforto sua, o que pode ser possível por volta dos 4 meses (Brazelton e Sparrow, 2006). Os pais podem ainda encorajar comportamentos de auto-conforto do bebé durante o dia, ajudando-o a descobrir o pulso e os dedos, para que possa estabelecer um padrão de sucção, embora os tipos de actividades de autoconforto possam variar de cultura para cultura, sendo que alguns pais experimentam “sentimentos de inadequação” e até ciúme face a estes comportamentos e vêm comumente o hábito de chuchar no dedo como algo “pouco bigénico e embaraçador”. Apesar de

Brazelton considerar este comportamento como um padrão saudável de auto-conforto, que desaparece na grande maioria dos casos antes da criança entrar para a escola, transfere o problema para os pais, atendendo às suas preferências e opiniões sobre o assunto enraizadas na sua cultura (Brazelton, 2006, p. 85-88). Um bebé que aprende a confortar-se está a dar o primeiro passo para a independência, constituindo uma primeira experiência de sucesso (Brazelton e Sparrow, 2005).

Conclusões

O artigo analisa o tema do sono do bebé, a partir de uma revisão da literatura actual sobre a problemática e procura dar contributos para enfermeiros e outros profissionais de saúde que trabalham na área da saúde infantil e pediatria. Os conhecimentos sobre o sono do bebé e sobre os factores que estão relacionados com o mesmo permitem melhorar os cuidados ao sono do bebé, promovendo assim o seu saudável desenvolvimento. O sono do bebé constitui assim uma área de interesse para a prática de enfermagem, investigação e educação.

Para Brazelton e Sparrow (2006, p. 15), “uma das maiores recompensas de se ser pai ou mãe é poder entrar no quarto do bebé e ver o ar calmo e doce de uma criança que dorme bem”. Aprender a dormir é claramente um passo necessário no caminho para a autonomia, sendo fundamental assumir que “esta autonomia “aprende-se” porque se educa, numa atmosfera de paixão”.

O sono é a janela do desenvolvimento humano por onde se observa o comportamento de cada bebé. É importante que os pais saibam que os comportamentos do seu bebé são a sua linguagem, a forma que têm de comunicar connosco (Gomes-Pedro, 2007). Os conceitos de educação têm cada vez mais sentido, entendidos numa perspectiva de complementaridade (Mendes, 2008). Todos os pais têm a ganhar com a informação que lhes é dada sobre o desenvolvimento do seu filho e da importância de os educar num ambiente afectuoso.

O artigo apresenta um novo modelo de enfermagem, centrado no sono e repouso do bebé e reflecte sobre o papel do desenvolvimento da criança e da interacção pais/filho na qualidade do sono, assumindo o profissional de saúde um papel preponderante na

formação e educação dos pais sobre as características do sono do bebê, preparando-os para intervir nos diferentes estádios de desenvolvimento e diferentes fases de maturação do sono da criança.

Os enfermeiros têm um papel crucial no sucesso do sistema familiar, pois têm nas consultas de enfermagem de saúde infantil uma oportunidade para informar e ajudar os pais a compreenderem o desenvolvimento dos seus filhos e a prepararem-se antecipadamente para os desafios próprios de cada idade.

Bibliografia

- ALMEIDA, M. S. R. (2004) – A pré-história do desenvolvimento emocional da criança [Em linha]. [Consult. 5 Out. 2007]. Disponível em WWW:<URL: http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0215&area=d4&subarea=>.
- BRAZELTON, T. Berry (2006) – O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. 9ª ed. Lisboa : Editorial Presença.
- BRAZELTON, T. Berry; GREENSPAN, Stanley I. (2006) – A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem. 5ª ed. Lisboa : Editorial Presença.
- BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, Joshua (2005) – A criança e o choro: Método Brazelton. 3ª ed. Lisboa : Editorial Presença.
- BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, Joshua (2006) – A criança e o sono: Método Brazelton. 3ª ed. Lisboa : Editorial Presença.
- BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, L. (2007) – Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. Vol. 17, nº 2, p. 12-23.
- CASEY, Anne; MOBBS, Sara (1988) – Partnership in practice. Nursing Times. Vol. 84, nº 44.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2003) – Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): versão Beta 2. 2ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- GOMES-PEDRO, J. (1997) – Viver numa unidade especial para recém-nascido: um risco, uma oportunidade. 1º Seminário de Neonatologia. Porto: Hospital de S. João. p. 67-73.
- GOMES-PEDRO, João (2007) – O sono da criança. Saúde em Revista. p. 48-50.
- MENDES, L. R.; FERNANDES A. ; GARCIA F. T. (2004) – Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar. Acta Pediátrica Portuguesa. Vol. 35, p. 341-347.
- MENDES, R. M. N. (2008) – A criança, o sono e a escola. Referência. Série 2, nº 7, p. 7-19.
- PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara (1986) - Modelos para o exercício de enfermagem. 1ª ed. Londres : Heinemann Nursing.
- PONTI, Irma (2006) – Primeiro Pathos - o choro do bebê [Em linha]. São Paulo: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. [Consult. 5 Out. 2007]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/5.94.1.htm>>.
- RODRIGUES, A. [et al.] (2004) – Memória de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: estudo com grávidas adolescentes. Análise Psicológica. Vol. 4, nº 22, p. 643-665.
- RODRIGUES, M. R. Campello (2002) – Estimulação precoce: a contribuição da psicomotricidade na intervenção fisioterápica como prevenção de atrasos motores na criança cega congénita nos dois primeiros anos de vida. Revista Benjamin Constant [Em linha]. [Consult. 9 Out. 2007]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ibr.gov.br/?catid=4&itemid=63>>.
- SEELEY, Rod R.; STEPHENS, Trent D.; TATE, Philip (1997) – Anatomia e fisiologia. 1ª ed. Lisboa : Lusodidacta.
- SIQUEIRA, L. A.; ANDRIATTE, A. M. (2001) – Um estudo observacional sobre vínculo afetivo de bebês abrigados em instituições. Boletim de Iniciação Científica em Psicologia. Vol. 2, nº 1, p. 8-25.
- WHALEY, Lucille F.; WONG, Donna L. (1999) – Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva. 2ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara.
- ZAMBERLAN, M. A. T. (2002) – Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. Estudos de Psicologia. Vol. 7, nº 2, p. 399-406.

