



CATOLICA

**FACULDADE DE
FILOSOFIA E
CIÊNCIAS SOCIAIS
BRAGA**

**Aleitamento e sono do bebé: o papel preditor das
práticas parentais na hora de adormecer entre os 4 e 12
meses de idade**

Dissertação de Mestrado apresentado à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Psicologia
Clínica e da Saúde.

Helena Isabel Vieira Gonçalves

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

JULHO 2026



CATOLICA
—
**FACULDADE DE
FILOSOFIA E
CIÊNCIAS SOCIAIS**
BRAGA

Aleitamento e sono do bebé: o papel preditor das práticas parentais na hora de adormecer entre os 4 aos 12 meses de idade

Dissertação de Mestrado apresentado à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Psicologia
Clínica e da Saúde.

Helena Isabel Vieira Gonçalves

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora Cláudia
Castro Dias

Agradecimentos

A presente dissertação representa o culminar de uma das etapas mais importantes e desafiantes do meu percurso académico. A concretização desta dissertação não teria sido possível sem o apoio, a orientação e o carinho de várias pessoas que, de diferentes formas, caminharam ao meu lado ao longo deste percurso.

À Professora Doutora Cláudia Castro Dias, expresso a minha mais sincera gratidão pela orientação, disponibilidade e dedicação demonstradas ao longo de todo este percurso. A sua exigência científica, aliada à confiança que sempre depositou em mim, foi determinante para a concretização deste trabalho. Obrigada por cada desafio lançado, por cada orientação, por cada correção e por todas as palavras de incentivo que me permitiram crescer, mesmo nos momentos em que duvidei das minhas próprias capacidades. Mais do que orientar esta dissertação, inspirou-me a pensar de forma crítica, a valorizar o rigor científico e a procurar sempre fazer melhor. Levo comigo o seu exemplo de profissionalismo, competência e dedicação, que continuará a ser uma inspiração no meu percurso enquanto futura psicóloga.

Aos meus pais e aos meus irmãos, agradeço por estarem sempre presentes, em cada conquista, dúvida e desafio. Este sonho não teria sido possível sem o vosso amor, apoio e confiança. Um agradecimento muito especial aos meus pais, por me terem proporcionado esta oportunidade única e por terem acreditado em mim desde o primeiro momento. Obrigada por todos os sacrifícios, por nunca me deixarem desistir e por me darem asas para voar. Aos meus avós, agradeço o amor incondicional, o carinho e os valores que sempre me transmitiram. O vosso apoio e a vossa presença foram, e continuam a ser, um alicerce fundamental na minha vida. À restante família, agradeço o carinho, as boas energias e cada palavra de incentivo que me ajudou a continuar a acreditar neste caminho.

Às amigas que construí ao longo destes cinco anos de universidade, obrigada por partilharem comigo esta etapa tão especial, por celebrarem as conquistas, escutarem os desabafos, pela entajada constante nos momentos mais desafiantes e por nunca me deixarem desistir. Levo comigo todas as memórias, aprendizagens e o privilégio de ter caminhado ao vosso lado.

Às minhas amigas de sempre, simplesmente obrigada por serem presença, abrigo e casa. Pelo apoio incondicional, pela amizade que resiste ao tempo e pela certeza de que, independentemente das circunstâncias, estarão sempre ao meu lado.

Às minhas colegas de grupo de dissertação, deixo um agradecimento muito especial pela união, pela partilha e pela entreatajuda constante ao longo deste percurso. Foi reconfortante saber que nunca caminhámos sozinhas. Obrigada por cada palavra de incentivo, pela disponibilidade para ajudar, pela partilha de dúvidas, preocupações e conquistas, e por tornarem esta etapa mais leve, mais enriquecedora e mais especial.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização deste trabalho e para o meu crescimento ao longo destes anos. Cada palavra de apoio, cada gesto de incentivo e cada demonstração de confiança tiveram um papel importante nesta caminhada.

A conclusão desta dissertação representa muito mais do que o término de um ciclo académico. Representa anos de esforço, dedicação, superação e crescimento. Levo comigo todas as aprendizagens, desafios e conquistas, mas, acima de tudo, a profunda gratidão por ter tido ao meu lado pessoas que acreditaram em mim mesmo nos momentos em que eu própria duvidei. A todas elas, o meu mais sincero obrigada.

Levo comigo a certeza de que crescer enquanto psicóloga é, acima de tudo, continuar a aprender com cada pessoa que cruza o nosso caminho.

Resumo

No primeiro ano de vida, o sono do bebê constitui uma dimensão central do desenvolvimento infantil e uma preocupação frequente para muitas famílias, podendo ser influenciado pelo tipo de aleitamento e pelas práticas parentais na hora de adormecer, com possíveis repercussões nos problemas de sono do bebê e no bem-estar familiar. Este estudo teve como objetivo analisar a relação entre o tipo de aleitamento, as práticas parentais na hora de adormecer e os problemas de sono do bebê entre os quatro e os 12 meses. Participaram 204 mães de bebês entre os quatro e os 12 meses de idade, que responderam a um Questionário de Caracterização Sociodemográfica, ao Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form (BISQ-R-SF) e ao Children's Sleep Habits Questionnaire – Infant Version (CSHQ-I). Os resultados indicaram que os bebês em aleitamento materno exclusivo apresentaram maior resistência em ir para a cama e maior sonolência diurna, enquanto os bebês alimentados exclusivamente com fórmula apresentaram mais dificuldades nos hábitos de sono positivos. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos problemas de sono totais em função do tipo de aleitamento. O local onde o bebê adormece, a forma como adormece e o adormecimento durante a alimentação apresentaram um efeito significativo nas diferentes dimensões dos problemas de sono. Verificou-se ainda associação entre o tipo de aleitamento, o local onde o bebê adormece e o adormecimento durante a alimentação. As práticas parentais revelaram-se preditores mais consistentes dos problemas de sono do que o tipo de aleitamento, que apenas manteve contributo significativo nos hábitos de sono positivos. No seu conjunto, os resultados reforçam a importância de apoiar as famílias na promoção de práticas de sono ajustadas ao desenvolvimento, mantendo os benefícios do aleitamento materno.

Palavras-chave: problemas de sono; aleitamento; práticas parentais na hora de adormecer; infância

Abstract

During the first year of life, infant sleep is a key aspect of child development and a frequent concern for many families. It may be influenced by the type of feeding and parental bedtime practices, with potential implications for infant sleep problems and family well-being. This study aimed to examine the relationship between feeding type, parental bedtime practices, and infant sleep problems among infants aged four to 12 months. The sample comprised 204 mothers of infants aged four to 12 months, who completed a Sociodemographic Questionnaire, the *Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form* (BISQ-R-SF), and the *Children’s Sleep Habits Questionnaire – Infant Version* (CSHQ-I). The results showed that infants who were exclusively breastfed exhibited greater bedtime resistance and higher daytime sleepiness, whereas infants who were exclusively formula-fed presented more difficulties in positive sleep habits. No statistically significant differences were found in overall sleep problems according to feeding type. The place where the infant fell asleep, the way the infant fell asleep, and falling asleep during feeding had a significant effect on different dimensions of sleep problems. An association was also found between feeding type, the place where the infant fell asleep, and falling asleep during feeding. Parental bedtime practices emerged as more consistent predictors of infant sleep problems than feeding type, which only remained a significant predictor of positive sleep habits. Overall, the findings highlight the importance of supporting families in promoting developmentally appropriate sleep practices while preserving the benefits of breastfeeding.

Keywords: sleep problems; feeding; bedtime practices; infancy.

Índice

Introdução	1
Revisão da Literatura	3
Aleitamento e Sono do Bebê.....	3
Tipo de aleitamento e os problemas de sono do bebé	8
Práticas Parentais na Hora de Adormecer e Problemas de Sono do Bebê.....	10
Tipo de Aleitamento e Práticas Parentais na hora de adormecer.....	13
Tipo de aleitamento, práticas parentais na hora de adormecer e problemas de sono do bebé	14
Método	17
Objetivos, Hipóteses e Questão de Investigação.....	17
Desenho de investigação	19
Participantes	19
Medidas	21
Procedimentos.....	24
Análises	25
Resultados.....	26
Análises preliminares	26
Relação entre o tipo de aleitamento (exclusivo, misto e fórmula) e os problemas de sono do bebé entre os quatro e os 12 meses de idade	28
Relação entre as práticas parentais na hora de adormecer e os problemas de sono do bebé entre os quatro e os 12 meses de idade.	29
Associação entre o tipo de aleitamento e as práticas parentais na hora de adormecer.....	33
O papel preditor das práticas maternas na hora de adormecer na relação entre o tipo de aleitamento e os problemas de sono do bebé	29

Discussão	31
Conclusão	47
Referências bibliográficas.....	50
Anexos	58

Introdução

A primeira infância constitui um período crítico para o desenvolvimento físico, neurológico e emocional, sendo o sono um dos principais pilares desse processo (Paruthi et al., 2016; Vilelas et al., 2023). Estima-se que até 40% dos lactentes (bebês com menos de doze meses de vida) experienciem dificuldades em iniciar ou manter o sono durante a noite, especialmente no primeiro ano de vida (Mindell & Owens, 2003; Valla, Wentzel-Larsen, & Slinning, 2022). Embora o sono do bebê tenda a consolidar-se com a maturação neurológica, este parece ser influenciado por múltiplos fatores ambientais, relacionais e comportamentais, incluindo o tipo de aleitamento e as práticas parentais na hora de adormecer (Sadeh & Anders, 1993; Tikotzky, 2017).

Diversos estudos indicam que o tipo de aleitamento se encontra associado à qualidade do sono do bebê, nomeadamente ao número de despertares noturnos e à consolidação do sono noturno (e.g., Mindell et al., 2017; Shetty et al., 2022; Sahud et al., 2025). Contudo, esta associação não parece depender exclusivamente do tipo de alimentação, podendo também ser compreendida à luz das práticas parentais que acompanham o momento de adormecer. Em particular, o aleitamento materno exclusivo tem sido associado a práticas de maior envolvimento parental, como a cama compartilhada e o bebê adormecer enquanto é amamentado (Brown & Harries, 2015; Madar et al., 2024; Wolf et al., 2025), as quais, por sua vez, parecem associar-se a uma maior frequência de despertares noturnos, maior fragmentação do sono e menor autonomia no adormecer (Ramamurthy et al., 2012; Teti et al., 2010; Shetty et al., 2022).

O aleitamento, enquanto prática relacional e nutricional, tem sido amplamente estudado no contexto do sono do bebê, revelando associações complexas e, por vezes, inconsistentes. Se, por um lado, o leite materno possui propriedades que podem favorecer a regulação dos ritmos circadianos e o desenvolvimento neurológico (Häusler et al., 2024; Wang et al., 2023), por outro, determinadas práticas associadas ao aleitamento, como o adormecer a ser amamentado ou a cama compartilhada, podem estar relacionadas com mais problemas de sono do bebê (Ramamurthy et al., 2012; Madar et al., 2024). Neste sentido, torna-se importante considerar não apenas o tipo de aleitamento, mas também as práticas parentais na hora de adormecer, uma vez que estas

poderão ajudar a compreender de que forma o aleitamento se associa aos problemas de sono do bebé (Dias & Figueiredo, 2020; Shetty et al., 2022).

A compreensão destas dinâmicas é particularmente relevante, uma vez que os problemas de sono do bebé têm repercussões significativas no desenvolvimento subsequente da criança, no bem-estar materno, na dinâmica familiar e no vínculo mãe-bebé (e.g., Okun et al., 2018; Orton & Bilgin, 2024). Deste modo, torna-se pertinente analisar o papel preditor do tipo de aleitamento e das práticas parentais na hora de adormecer nos problemas de sono do bebé, à luz de modelos teóricos como o modelo transacional do sono infantil (Sadeh & Anders, 1993), a teoria da vinculação (Bowlby, 1969) e a psicopatologia do desenvolvimento (Twomey, 2016).

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre o tipo de aleitamento, as práticas parentais na hora de adormecer e os problemas de sono do bebé entre os 4 e os 12 meses de idade. Especificamente, procurou-se analisar a associação entre o tipo de aleitamento e os problemas de sono do bebé, a associação entre as práticas parentais na hora de adormecer e os problemas de sono, as diferenças nas práticas parentais em função do tipo de aleitamento e o papel preditor do tipo de aleitamento e das práticas parentais na hora de adormecer nos problemas do sono do bebé.

A presente dissertação encontra-se estruturada em quatro secções principais. A primeira corresponde ao enquadramento teórico, no qual são apresentados os principais contributos da literatura sobre a importância do sono no primeiro ano de vida, a relação entre aleitamento e sono do bebé, o papel das práticas maternas na hora de adormecer e os modelos explicativos subjacentes. A segunda secção apresenta o método, incluindo os objetivos, hipóteses, desenho de investigação, participantes, instrumentos, procedimentos e estratégias de análise de dados. A terceira secção contempla os resultados do presente estudo. Por fim, a quarta secção integra a discussão dos resultados, as principais conclusões, limitações do estudo e implicações para a investigação e para a prática.

Revisão da Literatura

Aleitamento e Sono do Bebê

A American Academy of Sleep Medicine (AASM, 2016) e a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) recomendam que lactentes entre os 4 e os 12 meses durmam entre 12 a 16 horas por dia, distribuídas entre o sono noturno e as sestas diurnas, de forma a garantir um desenvolvimento físico, emocional e neurológico adequado. Estudos recentes mostram que, durante os primeiros meses de vida, os recém-nascidos passam cerca de 14 a 17 horas por dia a dormir, apresentando um padrão de sono policíclico com múltiplos despertares ao longo das 24 horas, geralmente associados a necessidades fisiológicas como fome, desconforto ou necessidade de proximidade (Dias & Figueiredo, 2018a; Galland et al., 2012). Com a maturação neurológica, o sono tende a concentrar-se no período noturno e a tornar-se progressivamente mais consolidado, especialmente entre os 3 e 6 meses de idade (Vilelas & Marques, 2023; Mindell et al., 2017). Neste período, começam também a emergir competências relacionadas com a regulação do sono e com o adormecer de forma mais autónoma, ainda que o seu desenvolvimento seja gradual e influenciado por fatores individuais, relacionais e contextuais (Bruni et al., 2014).

Apesar desta evolução normativa, o sono infantil apresenta grande variabilidade interindividual (Figueiredo et al., 2016), pelo que nem todos os despertares noturnos ou dificuldades em iniciar o sono devem ser automaticamente interpretados como problemáticos. Ainda assim, embora não exista consenso absoluto sobre o que constitui um problema de sono na infância, a literatura identifica como queixas mais frequentemente reportadas pelos cuidadores os despertares noturnos recorrentes, as dificuldades em iniciar o sono, a resistência na hora de dormir e a dificuldade em manter períodos de sono mais consolidados durante a noite (AASM, 2016; Tikotzky, 2016; Cook et al., 2024). Contudo, a definição de "problema de sono" varia amplamente consoante a perceção dos pais, o contexto familiar e as expectativas culturais, revelando a natureza altamente subjetiva destas dificuldades (Barry, 2021). Em algumas culturas, onde é comum os bebés dormirem em cama partilhada com os seus pais, os despertares noturnos são vistos como normais e esperados, enquanto noutras, que valorizam a autonomia no sono, esses mesmos comportamentos podem ser interpretados como sinais de problemas de sono (Huang et al., 2016; Cook et al., 2024; Barry, 2021). Além disso, as expectativas parentais relativamente à duração do sono, à forma como o

bebê adormece ou à frequência dos despertares noturnos são influenciadas por fatores como o estilo parental, a experiência prévia e as exigências sociais ou profissionais (Barry, 2021; Mindell et al., 2010). Assim, a identificação de um comportamento como problemático depende não apenas de critérios clínicos objetivos, mas também do impacto que este tem no bem-estar da família e no dia a dia dos cuidadores (Tikotzky, 2016; Cook et al., 2024). Apesar desta subjetividade na definição e percepção dos problemas de sono, a literatura tem procurado quantificar a prevalência destas dificuldades com base em critérios clínicos e comportamentais. Estudos recentes indicam que uma proporção significativa de bebês no primeiro ano de vida apresenta dificuldades relacionadas com o sono, nomeadamente despertares noturnos frequentes, latência prolongada para adormecer e duração insuficiente de sono (Azak et al., 2024; Cook et al., 2024). Estima-se que entre 25 a 40% dos lactentes com mais de seis meses ainda despertem várias vezes por noite, apesar de já possuírem capacidade fisiológica para dormir períodos contínuos de seis a oito horas (Cook et al., 2024; Azak et al., 2024). Além disso, dados epidemiológicos recentes revelam que 21.5% dos bebês até aos 12 meses acordam mais de três vezes por noite e 8.8% dormem menos de nove horas por dia, o que se encontra abaixo das recomendações clínicas (Azak et al., 2024).

O sono do bebê desempenha um papel crucial no desenvolvimento saudável da criança, com impactos significativos ao nível físico, cognitivo e socioemocional, especialmente nos primeiros anos de vida (Twomey, 2016; Vilelas et al., 202). Ao nível físico, o sono profundo encontra-se associado a processos fundamentais como a renovação celular, a regulação endócrina e a maturação dos sistemas orgânicos, desempenhando um papel determinante no crescimento somático e no desenvolvimento saudável da criança (Vilelas et al., 2023). Adicionalmente, um sono adequado contribui para a regulação imunológica e metabólica, estando associado a menor incidência de infeções, obesidade, problemas gastrointestinais e alterações endócrinas e cardiovasculares (Paruthi et al., 2016; Vilelas et al., 2023).

No domínio cognitivo, o sono desempenha um papel fundamental na consolidação da memória, na aquisição da linguagem e na aprendizagem precoce (Mindell et al., 2017; Vilelas et al., 2023). A qualidade e a regularidade do sono parecem influenciar positivamente a neuroplasticidade, um processo essencial para o desenvolvimento das competências cognitivas superiores (Vilelas et al., 2023). Por sua vez, padrões de sono insuficiente ou fragmentado têm sido associados a dificuldades

atencionais, menor desempenho cognitivo e atraso no desenvolvimento global da criança (Mindell et al., 2017; Vilelas et al., 2023).

Ao nível socioemocional, o sono assume um papel central na regulação emocional e comportamental do lactente. A literatura sugere que dificuldades persistentes de sono se associam a maior reatividade emocional, dificuldades de autorregulação, irritabilidade e maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais ao longo do tempo (Mindell et al., 2017; Williams et al., 2017; Mindell & Williamson, 2018).

Além do impacto no desenvolvimento infantil, os problemas de sono do bebê podem também afetar o funcionamento familiar. Os despertares noturnos frequentes e as dificuldades de sono estão frequentemente associadas a menor qualidade de sono parental, maior stress, fadiga e comprometimento do bem-estar psicológico dos cuidadores (Mindell & Williamson, 2018). Adicionalmente, a irregularidade nos comportamentos de sono pode dificultar a sensibilidade parental e a qualidade das interações precoces, influenciando negativamente a relação cuidador-bebê e o estabelecimento de um vínculo seguro (Vilelas et al., 2023).

As dificuldades de sono do bebê, como os despertares noturnos frequentes, a dificuldade em iniciar o sono e a ausência de rotinas consistentes, podem ter repercussões significativas nas dinâmicas familiares. Estas dificuldades tendem a associar-se a maior fadiga parental, aumento do stress familiar, menor disponibilidade emocional dos cuidadores e maior percepção de sobrecarga nas tarefas parentais (Mindell & Williamson, 2018; Twomey, 2016; Vilelas et al., 2023). Além disso, quando persistentes, os problemas de sono do bebê podem contribuir para maior vulnerabilidade psicológica no período pós-parto, incluindo sintomatologia depressiva materna, bem como para maior tensão conjugal e dificuldades na coordenação dos cuidados ao bebê (Dias & Figueiredo, 2020a; Okun et al., 2018; Mindell & Williamson, 2018). Esta exaustão pode traduzir-se em maior irritabilidade, sentimentos de culpa e dificuldades na gestão emocional, especialmente perante comportamentos desorganizados de sono do bebê (Orton & Bilgin, 2024). No caso dos pais, a fragmentação do sono repercute-se negativamente no desempenho profissional, na estabilidade emocional e na satisfação conjugal, contribuindo para o aumento do stress parental (D'Estaintot et al., 2023). Do ponto de vista parental, a irregularidade nas rotinas de sono do bebê, nomeadamente a ausência de uma rotina previsível e os despertares noturnos frequentes, tende a

repercutir-se negativamente na organização familiar, contribuindo para o aumento das tensões conjugais e a deterioração da qualidade das interações familiares (Tikotzky, 2016).

Para compreender os problemas de sono no primeiro ano de vida é pertinente considerar três enquadramentos teóricos complementares. Por um lado, o modelo transacional do sono (Sadeh & Anders, 1993), que enfatiza que o sono resulta de uma interação dinâmica e recíproca entre fatores da criança (como o temperamento, a maturação neurológica e a capacidade de autorregulação), fatores parentais (como as práticas parentais na hora de adormecer e a saúde mental parental) e contextuais (como o tipo de aleitamento), que se influenciam mutuamente ao longo do tempo. Este modelo é particularmente relevante para o presente estudo, pois permite compreender que os problemas de sono do bebê podem ser influenciados não apenas por características individuais da criança, mas também pelo tipo de aleitamento e pelas práticas parentais na hora de adormecer (Sadeh & Anders, 1993). A evidência empírica tem mostrado que práticas de maior envolvimento parental, como alimentar, embalar ou permanecer junto do bebê até este adormecer, se associam a maior frequência de despertares noturnos e menor consolidação do sono (Mindell et al., 2017; Shetty et al., 2022; Sahud et al., 2025), sendo que algumas destas práticas parecem ocorrer com maior frequência em bebês em aleitamento materno exclusivo (Brown & Harries, 2015; Madar et al., 2024; Wolf et al., 2025).

Adicionalmente, à luz da psicopatologia do desenvolvimento (Rutter & Sroufe, 2000), o sono do bebê é compreendido como um processo dinâmico, que se organiza progressivamente com a maturação do sistema nervoso central e com a emergência de padrões de autorregulação emocional e comportamental (Twomey, 2016). Esta abordagem pressupõe que o desenvolvimento saudável ocorre de acordo com a aquisição de tarefas desenvolvimentais, sendo a sua não realização um fator de risco para a emergência de perturbações de desenvolvimento (Cicchetti & Rogosch, 2002). No domínio do sono, foram identificadas quatro tarefas fundamentais que devem consolidar-se ao longo do primeiro ano de vida: (1) passar mais tempo acordado do que a dormir durante o dia, o que reflete o ajustamento gradual dos ritmos circadianos e favorece a sincronização com as rotinas familiares (Dias & Figueiredo, 2020b); (2) concentrar o sono no período noturno, marcando a consolidação do sono e a maturação neurofisiológica, cuja ausência pode conduzir à fragmentação do sono e a múltiplos

despertares (Twomey, 2016); (3) acalmar-se e adormecer de forma independente, refletindo a capacidade de autorregulação e a autonomia no adormecer, cuja não aquisição se associa à dependência parental e a associações inadequadas ao sono (Sadeh & Anders, 1993); e (4) dormir durante a noite sem despertares frequentes, o que representa a capacidade de manter o sono de forma contínua, sendo a sua ausência um fator de comprometimento da qualidade do sono infantil e do bem-estar familiar (Dias & Figueiredo, 2020b; Mindell et al., 2017). A consolidação destas tarefas de desenvolvimento do sono contribui para o desenvolvimento saudável do sono do bebé. Pelo contrário, a falha em atingir estas tarefas desenvolvimentais pode estar associada a um maior risco para a emergência de dificuldades no sono ao longo da primeira infância (Dias & Figueiredo, 2020b). Neste âmbito, o tipo de aleitamento e as práticas parentais na hora de adormecer assumem particular relevância, uma vez que têm sido frequentemente associados à frequência de despertares noturnos, à forma como o bebé adormece e à consolidação da capacidade de retomar o sono de forma autónoma (Mindell et al., 2015; Sadeh et al., 2010; Tikotzky & Sadeh, 2009; Twomey, 2016).

Por outro lado, a teoria da vinculação (Bowlby, 1969) sublinha o papel da relação afetiva entre o bebé e a figura cuidadora de referência, sugerindo que uma vinculação segura, sustentada por responsividade e sensibilidade materna, favorece a regulação emocional e comportamental, incluindo o sono. De acordo com esta perspetiva, a sensibilidade materna às pistas e necessidades do bebé contribui para a construção de uma base segura, permitindo que a criança desenvolva gradualmente maior confiança na disponibilidade do cuidador e maior capacidade de autorregulação (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1982). Em contraste, respostas inconsistentes, intrusivas ou pouco sensíveis podem estar associadas a padrões de vinculação inseguros, dificultando a gestão da ansiedade, da separação e da regulação emocional (Ainsworth et al., 1978). No contexto do sono, esta perspetiva permite compreender de que forma as práticas parentais na hora de adormecer e a resposta aos despertares noturnos se articulam com processos relacionais mais amplos. Interações sensíveis e previsíveis tendem a favorecer a segurança emocional e o desenvolvimento progressivo de competências de autoapaziguamento, enquanto padrões relacionais marcados por inconsistência ou elevada dependência da presença parental podem associar-se a maior dificuldade em adormecer ou readormecer de forma autónoma e a padrões de sono mais

fragmentados (Sadeh et al., 2010; Teti et al., 2010; Tikotzky, 2017; Pennestri et al., 2015).

A articulação entre estas três perspetivas conceituais permite uma compreensão mais ampla das influências relacionais e contextuais na emergência dos problemas de sono no primeiro ano de vida.

Tipo de aleitamento e os problemas de sono do bebé

A associação entre o tipo de aleitamento e os problemas de sono do bebé no primeiro ano de vida tem sido amplamente estudada, embora os resultados se mantenham inconsistentes (e.g., Dias & Figueiredo, 2020b; Rudzik & Ball, 2016; Zanetti et al., 2023). Esta variabilidade parece decorrer sobretudo de diferenças metodológicas, nomeadamente a idade das crianças avaliadas, os critérios utilizados para definir dificuldades de sono e os instrumentos utilizados para a avaliação dos problemas de sono (Zanetti et al., 2023).

Relativamente aos despertares noturnos, vários estudos indicam que o aleitamento materno exclusivo se associa a uma maior frequência de despertares nos primeiros meses de vida, em comparação com o aleitamento com fórmula exclusiva ou o aleitamento misto (Galbally et al., 2013; Huang et al., 2016; Figueiredo et al., 2017; Abdul et al., 2021; Barry, 2021; Özturk et al., 2021). Esta associação tem sido explicada por mecanismos fisiológicos, comportamentais e relacionais. Por um lado, a maior digestibilidade do leite materno pode contribuir para intervalos mais curtos entre mamadas e para despertares mais frequentes associados à fome (Burness, 1979; Ball et al., 2019). Por outro lado, o contacto físico próximo, a responsividade materna durante a amamentação e o recurso à amamentação como estratégia para o bebé adormecer ou readormecer podem aumentar os despertares sinalizados e a dependência da intervenção parental durante a noite (Feldman, 2017; Yuen et al., 2022). Contudo, apesar de os bebés amamentados tenderem a despertar mais vezes, a duração desses despertares parece ser semelhante entre grupos (Ramamurthy et al., 2012; Cook et al., 2024).

No que respeita à duração do sono, a evidência sugere que, no primeiro ano de vida, os bebés amamentados exclusivamente podem apresentar menor duração total de sono ao longo de 24 horas, quando comparados com bebés alimentados com fórmula ou em aleitamento misto (Figueiredo et al., 2017; Ramamurthy et al., 2012). Além disso, alguns estudos indicam que os bebés amamentados podem apresentar maior dificuldade

em iniciar o sono de forma autónoma, o que pode contribuir para maior dependência da intervenção parental no momento de adormecer ou readormecer (Galbally et al., 2013; Messayke et al., 2021).

Contudo, outros estudos reportam resultados diferentes. Embora bebés alimentados por fórmula exclusiva possam dormir períodos mais longos nos primeiros meses, essas diferenças tendem a dissipar-se até aos seis meses de idade, não correspondendo a uma melhor qualidade global de sono (Rudzik & Ball, 2016). Estudos que avaliaram o sono com recurso a actigrafia reforçam esta interpretação ao não identificarem diferenças significativas no tempo total de sono ou no tempo de vigília noturna entre bebés amamentados e alimentados com fórmula (Gossé et al., 2022; Rudzik et al., 2018). Assim, parte da perceção de que bebés amamentados acordam mais pode refletir diferenças na forma como os cuidadores interpretam e respondem aos despertares, sendo que muitos despertares não são sinalizados e, por isso, não são detetados pelos pais (Dias & Figueiredo, 2020b). Adicionalmente, quando se controla o facto de o bebé adormecer a ser amamentado, as diferenças nos despertares deixam de ser significativas, parecendo indicar que não é o aleitamento em si, mas o modo como o bebé adormece, que se associa a maior fragmentação do sono (Ramamurthy et al., 2012).

Um estudo recente sugere que o aleitamento materno exclusivo parece ter benefícios no sono do bebé a médio prazo (Wang et al., 2023). Especificamente, os bebés amamentados exclusivamente nos primeiros três meses apresentaram maior consolidação e duração de sono total aos 12 e 24 meses (Wang et al., 2023). Estes efeitos têm sido relacionados com a presença de melatonina no leite materno e com o seu papel na regulação dos ritmos circadianos (Häusler et al., 2024; Akanalçı & Bilici, 2024), bem como com benefícios neurológicos em áreas ligadas à autorregulação e ao ciclo sono-vigília (Deoni et al., 2013; Barry, 2021). O leite materno contém ainda proteínas bioativas que influenciam neurotransmissores e hormonas envolvidos no sono, promovendo maior calma e qualidade de sono (UNICEF, 2024).

Relativamente ao aleitamento misto, que compreende os bebés que recebem aleitamento materno e fórmula, os resultados permanecem heterogéneos, sugerindo que os efeitos dependem da proporção entre leite materno e fórmula e das práticas parentais adotadas (Manková et al., 2023). A introdução de fórmula durante a noite, frequentemente usada com o objetivo de prolongar o sono, não apresenta benefícios

consistentes (Manková et al., 2023; Rudzik & Ball, 2016) e os resultados relativamente à duração total de sono e ao tempo de sono contínuo mantêm-se inconsistentes (Cubero et al., 2005; Demirci et al., 2012; Lampl & Johnson, 2011; Nevarez et al., 2010).

Importa ainda referir que o aleitamento misto tem sido menos estudado do que o aleitamento materno exclusivo e o aleitamento por fórmula exclusiva, sendo frequentemente agrupado noutras categorias de alimentação ou excluído das comparações principais, o que dificulta a compreensão das suas associações específicas com o sono do bebé

Em síntese, embora alguns estudos indiquem que bebés amamentados possam apresentar mais despertares noturnos nos primeiros meses de vida, os resultados sobre a relação entre tipo de aleitamento e problemas de sono do bebé permanecem inconsistentes. Além disso, o papel específico do tipo de aleitamento nos problemas de sono tem sido ainda pouco explorado, sobretudo quando se consideram separadamente os três grupos de alimentação: aleitamento materno exclusivo, aleitamento misto e fórmula exclusiva. Apesar disso, os benefícios fisiológicos, cronobiológicos e neurológicos do aleitamento materno encontram-se amplamente documentados (Deoni et al., 2013; Barry, 2021), enquanto a introdução de fórmula durante a noite não demonstra vantagens consistentes para o sono infantil (Douglas & Hill, 2023). Deste modo, torna-se fundamental considerar não apenas o tipo de aleitamento, mas também as práticas parentais na hora de adormecer, dado o seu possível papel explicativo na relação entre aleitamento e problemas de sono do bebé (Kendall-Tackett et al., 2011; Rudzik et al., 2018).

Práticas Parentais na Hora de Adormecer e Problemas de Sono do Bebé

As práticas parentais na hora de adormecer correspondem ao conjunto de comportamentos e estratégias adotados pelos cuidadores no momento de iniciar e manter o sono do bebé, incluindo o local onde o bebé dorme, o local onde adormece, a forma como adormece, se adormece durante a alimentação, de forma autónoma ou com envolvimento parental, bem como a resposta dos cuidadores aos despertares noturnos (Sadeh et al., 2010; Mindell et al., 2017). Na literatura, estas práticas parentais de sono podem ser conceptualizadas em três grandes categorias (Mindell et al., 2017): práticas de elevada intervenção, nas quais a mãe desempenha um papel ativo no adormecimento, através de comportamentos como embalar, alimentar, segurar o bebé até adormecer ou manter elevada proximidade física durante o sono; práticas responsivas, nas quais a mãe

responde de forma sensível aos sinais do bebê e oferece apoio quando necessário, mas permite que a criança participe gradualmente no processo de adormecer, promovendo uma transição progressiva para a autonomia; e práticas promotoras de autonomia, que incentivam o bebê a adormecer de forma independente, com intervenção mínima da mãe.

A literatura evidencia que práticas consistentes e previsíveis, especialmente rotinas regulares e respostas graduais aos despertares noturnos, estão associadas a melhor consolidação do sono e a menor ansiedade noturna (Philbrook & Teti, 2016; Lavner et al., 2023). Por outro lado, práticas inconsistentes ou altamente interventivas, tendem a reforçar associações negativas entre presença materna e início do sono (Morrell & Cortina-Borja, 2002; Shetty et al., 2022).

Vários estudos demonstram que as práticas parentais na hora de adormecer, como as estratégias utilizadas para o bebê adormecer, a configuração de sono e a forma como os cuidadores respondem aos despertares noturnos, desempenham um papel determinante na qualidade do sono infantil (Aggelou et al., 2024; Shetty et al., 2022; Teti et al., 2010). Bebês que adormecem de forma autônoma, com mínima intervenção parental, tendem a apresentar menos despertares noturnos e maior capacidade de autorregulação (Sahud et al., 2025; Shetty et al., 2022), enquanto práticas de elevada intervenção, incluindo embalar, alimentar ou segurar o bebê no colo até adormecer, se associam a maior fragmentação do sono e dependência parental (Shetty et al., 2022; Sahud et al., 2025; Sadeh et al., 2010).

Assim, um envolvimento parental mais reduzido durante o adormecer e nos despertares tende a estar associado a melhor consolidação do sono, nomeadamente quando os bebês são encorajados a desenvolver competências de auto-apaziguamento (Sahud et al., 2025; Shetty et al., 2022). O auto-apaziguamento constitui uma tarefa desenvolvimental central nos primeiros meses de vida (Figueiredo et al., 2016), e respostas parentais imediatas e intensas podem dificultar o desenvolvimento desta competência (Morrell & Cortina-Borja, 2002). Neste sentido, práticas que envolvem maior dependência da intervenção parental, como adormecer ao colo, ser embalado, permanecer junto do bebê até este adormecer ou utilizar a alimentação para readormecer, têm sido associadas a menor autonomia no adormecer, maior latência do sono, menor continuidade do sono e maior número de despertares noturnos (Philbrook & Teti, 2016; Dias et al., 2020; Dias & Figueiredo, 2020b). Por sua vez, rotinas consistentes e respostas

parentais graduais que incentivam a autonomia no adormecer associam-se a melhor qualidade do sono (Teti et al., 2010).

Além das estratégias de adormecimento, a configuração de sono também influencia significativamente o padrão de sono infantil. O conceito global *co-sleeping* refere-se à proximidade física noturna entre bebê e cuidadores, podendo assumir duas formas: *room-sharing*, quando o bebê dorme no mesmo quarto dos cuidadores em superfície separada, e *bed-sharing (cama compartilhada)*, quando partilha a mesma superfície de sono, tipicamente a cama. O *bed-sharing* tende a associar-se a maior frequência de despertares e menor consolidação do sono, sobretudo quando mantido para além dos seis meses (Mindell et al., 2017; Touchette, 2020; Dias & Figueiredo, 2020b), enquanto o *room-sharing*, sem partilha da cama, apresenta vantagens relativas, especialmente nos primeiros meses (Paul et al., 2017; Mindell et al., 2017).

Contudo, alguns estudos mostram que bebês que dormem em quarto separado apresentam maior duração total de sono e melhor consolidação quando comparados com o *co-sleeping* em superfície separada, sendo os piores indicadores observados nos bebês em *bed-sharing* (Paul et al., 2017; Mindell et al., 2017). Em termos de segurança, as diretrizes mais recentes da American Academy of Pediatrics (AAP) recomendam *room-sharing* sem partilha da cama até aos 12 meses, como medida preventiva de síndrome de morte súbita do lactente (AAP, 2022).

A literatura também indica que rotinas de sono tendem a ser mais consistentes quando o bebê dorme no seu próprio quarto (Paul et al., 2017; Mindell et al., 2017). No entanto, os resultados sobre despertares noturnos variam consoante o método de avaliação: relatos parentais captam despertares com necessidade de intervenção parental, enquanto a actigrafia regista movimentos noturnos que nem sempre refletem despertares sinalizados (Huang et al., 2016; Paul et al., 2017). Assim, a interpretação deve considerar o impacto funcional para a díade.

O modelo transacional do sono (Sadeh et al., 2010) destaca que o envolvimento parental elevado pode impedir o desenvolvimento do auto-apaziguamento, mas bebês com maior dificuldade de sono podem, por sua vez, evocar maior intervenção parental. Esta natureza bidirecional da relação entre o sono infantil e os comportamentos parentais tem sido sustentada por evidência longitudinal, sugerindo que as práticas parentais influenciam o sono da criança e que as características do sono infantil podem, simultaneamente, moldar as respostas parentais (Tikotzky & Sadeh, 2009; Philbrook &

Teti, 2016). Assim, práticas parentais parecem influenciar e ser influenciadas pelo sono da criança, assentando esta relação num processo transacional.

Tipo de Aleitamento e Práticas Parentais na hora de adormecer

As práticas parentais de maior envolvimento na hora de adormecer, como a cama compartilhada, adormecer o bebé enquanto é alimentado ou a oferta imediata de alimento noturno, têm sido reportadas mais frequentemente em díades com aleitamento materno exclusivo (Douglas & Hill, 2023; Rudzik et al., 2018; Ball, 2003). Por oposição, práticas parentais mais promotoras de autonomia na hora de adormecer, como dormir em cama ou quarto separados ou o adormecimento autónomo surgem mais frequentemente em contextos de aleitamento por fórmula exclusiva (Douglas & Hill, 2023; Rudzik et al., 2018; Ball, 2003). Particularmente, a cama compartilhada tem sido particularmente prevalente em bebés que são amamentados, sendo frequentemente utilizado pelas mães como estratégia para facilitar alimentações amamentação noturna (DeLeon & Karraker, 2007; Philbrook & Teti, 2016). Uma revisão sistemática recente indica que a cama compartilhada está associada a maior frequência e duração do aleitamento materno, ao facilitar a amamentação noturna e promover maior responsividade materna durante os despertares (Wolf et al., 2025). Contudo, embora estas práticas promovam contacto físico e responsividade, a cama compartilhada e o adormecer durante a alimentação têm sido associados a menor duração do sono noturno e maior número de despertares, especialmente quando se mantêm ao longo do tempo (Bruni et al., 2014; Philbrook & Teti, 2016; Dias & Figueiredo, 2020b). Em contraste, bebés que dormem de forma independente tendem a apresentar melhor consolidação do sono e maior duração do sono noturno (Huang et al., 2016).

Mães cujos bebés se encontram em aleitamento por fórmula exclusiva ou praticam aleitamento misto tendem a adotar estratégias mais estruturadas de gestão do sono durante a noite, frequentemente orientadas para a promoção do auto-apaziguamento e autonomia do bebé (Brown & Harries, 2015; Tikotzky, 2016; Philbrook & Teti, 2016). Estas práticas incluem incentivar o adormecer independente e introduzir, de forma precoce, abordagens comportamentais que ajustam gradualmente as respostas parentais aos despertares noturnos, com o objetivo de fomentar a autorregulação e reduzir a dependência do bebé para adormecer (Tikotzky, 2016; Kendall-Tackett et al., 2011).

As diferenças nas práticas parentais observadas entre os diferentes grupos de aleitamento podem refletir variações nas crenças parentais sobre o sono infantil, nas

expectativas relativamente à autonomia do bebé e na forma como os cuidadores respondem aos despertares noturnos (Cook et al., 2024). Contudo, a maioria dos estudos que analisa a relação entre o tipo de aleitamento e as práticas parentais na hora de adormecer tem privilegiado comparações entre aleitamento materno e aleitamento por fórmula exclusiva, existindo menos investigação dedicada especificamente ao aleitamento misto (Manková et al., 2023). Consequentemente, permanece limitada a compreensão sobre a forma como este se relaciona com as práticas parentais na hora de adormecer e com os problemas de sono do bebé.

Tipo de aleitamento, práticas parentais na hora de adormecer e problemas de sono do bebé

Tendo em conta a literatura, as práticas parentais na hora de adormecer constituem um fator relevante para a compreensão dos problemas de sono do bebé, uma vez que podem influenciar a forma como o bebé adormece no início da noite, readormece após os despertares noturnos e consolida o sono ao longo da noite. Assim, o papel das práticas parentais na hora de adormecer parece não se limitar ao sono, podendo também interferir na forma como o tipo de aleitamento se relaciona com os problemas de sono infantil (Sadeh & Anders, 1993; Cook et al., 2024; Madar et al., 2024). Ou seja, mães de bebés com maior dificuldade no auto-apaziguamento tendem a intervir mais ativamente durante o adormecer e os despertares noturnos, o que pode ajudar a compreender a relação entre o tipo de aleitamento e os problemas de sono (Sadeh & Anders, 1993; Cook et al., 2024; Madar et al., 2024).

A relação entre o tipo de aleitamento e os problemas de sono do bebé é complexa e influenciada por diversos fatores fisiológicos e comportamentais. Um estudo recente indica que bebés amamentados tendem a apresentar despertares noturnos mais frequentes, especialmente quando adormecem a ser alimentados ou partilham a cama com os pais (Madar et al., 2024). Especificamente, bebés amamentados que adormeciam a ser alimentados e que dormiam em cama partilhada com os seus pais apresentavam mais despertares noturnos e menor capacidade de autorregulação, revelando uma maior dependência de intervenção parental para readormecer (Brown & Harries, 2015; Astbury et al., 2022).

Na mesma linha, Ramamurthy et al. (2012), num estudo com bebés dos 0 aos 11 meses, verificaram que a associação entre o aleitamento materno e uma maior frequência de despertares noturnos deixa de ser significativa quando a amamentação não é utilizada

como estratégia de readormecimento. Esta constatação sugere que não é o tipo de aleitamento independentemente que compromete a consolidação do sono, mas sim a sua utilização repetida como resposta imediata aos despertares, dificultando, deste modo, o desenvolvimento de mecanismos autônomos de autorregulação do sono por parte do lactente. De forma consistente, Madar et al. (2024) identificaram que a utilização sistemática da amamentação como forma de adormecer o bebê, particularmente quando associada à prática da cama compartilhada, se encontrava significativamente relacionada com um maior número de despertares em lactentes entre os seis e os 12 meses. Neste contexto, práticas parentais como a oferta imediata de alimento, o acolhimento físico constante ou a cama compartilhada podem reforçar a associação entre a presença do cuidador e a indução do sono, perpetuando padrões de sono fragmentado (Sadeh et al., 2010; Morrell & Cortina-Borja, 2002). Em oposição, quando a amamentação é integrada em rotinas estruturadas de higiene do sono e o bebê é gradualmente encorajado a adormecer de forma autônoma, tende a observar-se uma redução progressiva na frequência dos despertares, reforçando a importância de realizar tarefas de sono para uma melhor organização e consolidação saudável do sono do bebê (Ramamurthy et al., 2012; Adams et al., 2020).

Como sublinha Rosen (2008), a amamentação noturna frequentemente transcende a função nutricional, funcionando como uma forma de conforto e regulação emocional, o que influencia a forma como os pais respondem aos despertares, promovendo, por vezes, a continuidade da vigília noturna. Nesse sentido, uma revisão sistemática recente destaca que as práticas parentais na hora de adormecer constituem um dos principais fatores associados à relação entre o tipo de aleitamento e a ocorrência de problemas de sono, sendo moldadas por crenças parentais, necessidades percebidas do bebê e normas culturais (Cook et al., 2024).

Deste modo, a relação entre o tipo de aleitamento e os problemas de sono do bebê deve ser compreendida em articulação com as práticas parentais na hora de adormecer. Estas práticas podem influenciar a forma como o bebê inicia e mantém o sono, mas também podem estar associadas ao próprio tipo de aleitamento, uma vez que determinadas experiências alimentares, como o aleitamento materno, tendem a envolver maior proximidade física e responsividade durante a noite (Sadeh & Anders, 1993; Cook et al., 2024; Madar et al., 2024), à luz do modelo transacional do sono infantil (Sadeh & Anders, 1993) e da teoria da vinculação (Bowlby, 1969). De acordo com o modelo

transacional, o sono do bebê deve ser compreendido numa perspectiva bidirecional, assumindo que o comportamento do bebê e as respostas parentais se influenciam mutuamente ao longo do tempo (Sadeh & Anders, 1993). Isto significa que práticas mais interventivas podem contribuir para a emergência de problemas de sono, mas também que bebês com maior dificuldade em autorregular o sono tendem a evocar respostas parentais com mais envolvimento na hora de adormecer (Sadeh & Anders, 1993). Este modelo permite compreender como as práticas parentais podem contribuir para a associação observada entre o tipo de aleitamento e os problemas de sono do bebê. Assim, práticas parentais de maior envolvimento na hora de adormecer parecem estar associadas a uma maior probabilidade de ocorrência e manutenção de problemas de sono no bebê. Por exemplo, mães que amamentam tendem a responder de forma mais imediata e frequente aos sinais do bebê durante a noite, muitas vezes recorrendo ao aleitamento como forma de regulação e adormecimento, alimentando o bebê sempre que desperta, mantendo contacto físico contínuo ou embalando-o até adormecer (Tikotzky, 2016). Em contraste, mães que utilizam fórmula ou praticam aleitamento misto tendem a adotar estratégias mais estruturadas e orientadas para a promoção da autonomia no adormecer, como colocar o bebê no berço ainda acordado, estabelecer rotinas consistentes e responder de forma gradual aos despertares (Tikotzky, 2016; Sadeh et al., 2010). Importa salientar que estas práticas de maior intervenção e dependência parental, nomeadamente adormecer enquanto é amamentado, responder com alimentação a cada despertar, embalar ou manter contacto físico constante, têm sido associadas a maior fragmentação do sono e a mais despertares noturnos, enquanto práticas promotoras de autonomia tendem a favorecer uma melhor consolidação do sono (Philbrook & Teti, 2016; Shetty et al., 2022; Madar et al., 2024).

Complementarmente, a teoria da vinculação (Bowlby, 1969) enfatiza a importância da qualidade da interação afetiva entre mãe e bebê, salientando que um vínculo seguro, sustentado por respostas consistentes e sensíveis, favorece a autorregulação e a consolidação do sono. As práticas parentais na hora de adormecer traduzem, assim, a qualidade dessa relação, podendo reforçar ou dificultar a percepção de segurança do bebê. Em muitas diádes, o aleitamento materno está associado a maior proximidade física e responsividade noturna, o que, embora promova o vínculo, pode favorecer práticas mais dependentes do cuidador na hora de adormecer e,

consequentemente, maior fragmentação do sono (Brown & Harries, 2015; Sadeh et al., 2010; Teti et al., 2010; Tikotzky, 2017;)

Evidência empírica indica que bebês com vínculos seguros tendem a apresentar padrões de sono mais regulados, com maior duração e menor número de despertares (Pennestri et al., 2015; Zentall et al., 2012). Contudo, o aleitamento materno, ao potenciar uma relação mais próxima e responsiva, pode interagir com estas dinâmicas, conduzindo a práticas de adormecimento mais proximais, como o bebê adormecer enquanto é alimentado ou o contacto físico contínuo, que, quando mantidas após os primeiros meses, se associam a maior fragmentação do sono (Philbrook & Teti, 2016; Mindell & Williamson, 2018).

Neste sentido, embora a literatura descreva associações entre o tipo de aleitamento, as práticas parentais na hora de adormecer e os problemas de sono do bebê, estas variáveis têm sido frequentemente estudadas de forma separada. Apesar da sua relevância teórica e prática, a investigação que explora simultaneamente o tipo de aleitamento, as práticas parentais de sono e os problemas de sono infantil continua a ser escassa, especialmente no primeiro ano de vida, um período sensível para o estabelecimento dos padrões de sono e das práticas alimentares (Perrella et al., 2022). Assim, torna-se importante clarificar o papel preditor do tipo de aleitamento nos problemas de sono do bebê quando considerado no mesmo modelo que as práticas parentais na hora de adormecer, atendendo às inconsistências presentes na literatura e à relação estreita entre alimentação, comportamentos parentais noturnos e organização do sono do bebê

Método

Objetivos, Hipóteses e Questão de Investigação

O presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre o tipo de aleitamento, as práticas parentais na hora de adormecer e os problemas de sono do bebê entre os quatro e 12 meses de idade. Complementarmente tem como objetivos específicos analisar: (1) a associação entre o tipo de aleitamento (aleitamento materno exclusivo, aleitamento misto e aleitamento de fórmula exclusiva) e os problemas de sono do bebê entre os quatro e 12 meses de idade; (2) a associação entre as práticas parentais na hora de adormecer e os problemas de sono do bebê entre os quatro e 12 meses de idade; (3) as diferenças nas práticas parentais na hora de adormecer de acordo com o tipo de

aleitamento entre os quatro e 12 meses de idade; (4) analisar o papel preditor do tipo de aleitamento e das práticas parentais na hora de adormecer nos problemas do sono do bebé entre os quatro e os 12 meses de idade. Com base na literatura científica revista, foram definidas as seguintes hipóteses de investigação e questão de investigação:

H1: Bebés amamentados exclusivamente apresentam mais problemas de sono entre os quatro e os 12 meses do que bebés alimentados exclusivamente com fórmula ou de forma mista (Barry, 2021; Abdul et al., 2021; Ramamurthy et al., 2012).

H2: Práticas parentais na hora de adormecer caracterizadas por maior proximidade e envolvimento parental, nomeadamente o bebé dormir em cama partilhada, adormecer em contacto ou próximo dos pais, adormecer ao colo ou embalado e adormecer durante a alimentação, estarão associadas a níveis mais elevados de resistência em ir para a cama e de ansiedade relacionada com o sono (Shetty et al., 2022; Sahud et al., 2025; Mindell et al., 2017). Em contrapartida, práticas que promovem maior autonomia, como o bebé dormir em berço/cama própria, adormecer no berço/cama própria, adormecer autonomamente e não adormecer durante a alimentação, estarão associadas a níveis mais baixos de resistência e ansiedade na hora de dormir, bem como a hábitos de sono mais positivos entre os 4 e os 12 meses (Shetty et al., 2022; Sahud et al., 2025; Mindell et al., 2017).

H3: Mães que amamentam exclusivamente utilizarão com maior frequência práticas parentais na hora de adormecer caracterizadas por maior proximidade e envolvimento parental, nomeadamente o bebé dormir em cama partilhada, adormecer em contacto ou próximo dos pais, adormecer ao colo ou embalado e adormecer durante a alimentação, em comparação com mães que recorrem ao aleitamento misto ou à fórmula exclusiva. (Brown & Harries, 2015; Madar et al., 2024; Wolf et al., 2025). Por sua vez, mães que utilizam fórmula exclusiva tenderão a adotar mais frequentemente práticas promotoras de autonomia, nomeadamente o bebé dormir em berço/cama própria, adormecer em berço/cama própria, adormecer autonomamente e não adormecer durante a alimentação (Brown & Harries, 2015; Madar et al., 2024; Wolf et al., 2025).

Q1: O tipo de aleitamento prediz os problemas de sono do bebé entre os quatro e os 12 meses quando consideradas simultaneamente as práticas parentais na hora de adormecer?

Desenho de investigação

Para responder aos objetivos propostos, foi adotada uma metodologia quantitativa, uma vez que se pretende analisar relações entre variáveis através de métodos estatísticos (Fortin et al., 2009). O estudo apresenta um delineamento transversal, dado que os dados foram recolhidos num único momento temporal (Fortin et al., 2009).

Participantes

Foi utilizado o método de amostragem não probabilístico por bola de neve (*snowball sampling*), frequentemente aplicado quando se pretende recrutar participantes com características específicas ou de acesso mais limitado, permitindo que participantes elegíveis partilhem o estudo com outras pessoas pertencentes à mesma população-alvo (Fortin et al., 2009). Neste estudo, este método revelou-se adequado, uma vez que se pretendia incluir mães de bebés entre os quatro e os 12 meses de idade. Este tipo de amostragem permite a recolha de dados junto de mães que se encontram disponíveis e motivadas para colaborar voluntariamente com o estudo, desde que preencham os critérios de inclusão previamente definidos, possibilitando ainda o alargamento da amostra através da referenciação de novas participantes por parte das já incluídas (Almeida & Freire, 2017). Esta estratégia é particularmente útil quando se pretende aceder a populações pouco acessíveis ou com atributos difíceis de encontrar (Fortin et al., 2009; Haro et al., 2016). Nos critérios de inclusão da amostra, foram consideradas elegíveis as participantes que preenchessem os seguintes requisitos: (i) mães de bebés com idade compreendida entre os quatro e os 12 meses de vida uma vez que este corresponde a um período de progressiva consolidação do sono noturno e de desenvolvimento da autorregulação do sono, em que as práticas parentais na hora de adormecer assumem particular relevância (Bruni et al., 2014); (ii) mães com idade superior a 18 anos; (iii) mães sem diagnóstico atual de perturbações psiquiátricas graves ou doenças crónicas relevantes; (iv) mães de bebés nascidos a termo (≥ 37 semanas de gestação); (v) mães cujos bebés não apresentassem condições de saúde que pudessem interferir com o sono ou a alimentação; e (vi) mães de nacionalidade portuguesa. Os critérios de exclusão incluíram: i) mães de bebés com idade inferior a quatro meses ou superior a 12 meses no momento da recolha de dados; (ii) mães com idade inferior a 18 anos, (iii) bebés nascidos prematuramente (< 37 semanas de gestação); (iv) mães com diagnóstico atual de perturbações psiquiátricas; (v) mães cujos bebés apresentassem

alguma condição de saúde que pudesse interferir com o sono ou alimentação e (vi) mães que não sejam de nacionalidade portuguesa.

A amostra foi constituída por 204 mães e respetivos bebés, com idades compreendidas entre os quatro e os 12 meses. Este tamanho amostral é adequado para os objetivos do estudo, uma vez que as recomendações metodológicas clássicas de Smith (1975) sugerem um mínimo de 30 participantes por grupo em estudos com variáveis categóricas, e de Tinsley e Tinsley (1987), que indicam entre 5 a 10 participantes por categoria como suficiente para investigações aplicadas. Além disso, para estudos aplicados e com base em investigações similares, uma amostra entre 120 e 160 participantes é considerada adequada para assegurar validade estatística e viabilidade prática (Tinsley & Tinsley, 1987; Smith, 1975). Relativamente às mães, a idade variou entre os 22 e os 43 anos ($M = 32.95$; $DP = 4.33$). A maioria encontrava-se casada/união de facto/ em regime de coabitação (89.2%) e apresentava mais de 12 anos de escolaridade (82.3%). A nível ocupacional, a maioria encontrava-se empregada ou com vínculo laboral (90.2%). Quanto à estrutura familiar, mais de metade das mães tinha apenas um filho (55.9%).

Relativamente aos bebés, mais de metade era do sexo feminino (56.9%), com uma idade média de 6.86 meses ($DP = 2.34$). A maioria nasceu com 2500g ou mais (97.1%) e com 48 cm ou mais de comprimento (76.5%). Quanto às características perinatais, mais de metade dos bebés resultou de uma gravidez normal (83.3%) e nasceu por parto normal (63.7%). A Tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas, obstétricas e clínicas das mães e dos bebés participantes no estudo.

Tabela 1

Características sociodemográficas principais da amostra (N = 204)

Variável	Categoria	N	%
Características maternas			
Idade materna	$M = 32.95$; $DP = 4.33$; mín = 22; máx = 43		

Variável	Categoria	N	%
Estado civil	Casada/União de facto/Coabitação	182	89.2
	Solteira/ Separada/Divorciada/Viúva	22	10.8
Escolaridade	≤ 12.º ano	36	17.7
	> 12.º ano	168	82.3
Estatuto ocupacional	Empregada	184	90.2
	Estudante/doméstica/desempregada	20	9.8
Primeiro filho	Sim	114	55.9
	Não	89	43.6
Características do bebé			
Idade do bebé	$M = 6.86$; $DP = 2.34$; min = 4; máx = 12		
Tipo de gravidez	Normal	170	83.3
	De risco	34	16.7
Sexo do bebé	Feminino	116	56.9
	Masculino	88	43.1
Peso à nascença	< 2500g	6	2.9
	≥ 2500g	198	97.1
Comprimento à nascença	< 48 cm	48	23.5
	≥ 48 cm	156	76.5
Tipo de parto	Parto normal	130	63.7
	Cesariana	74	36.3

Nota. $N = 204$. O total de participantes não perfaz 204 em todas as variáveis sociodemográficas devido à existência de casos omissos.

Medidas

Neste estudo foram utilizados três instrumentos: um Questionário de Caracterização Sociodemográfica, o *Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short*

Form (BISQ-R-SF), Breve Questionário de Sono Infantil Formulário Curto Revisto, para avaliar as práticas maternas na hora de adormecer, e o *Children's Sleep Habits Questionnaire – Infant Version (CSHQ-I)* para avaliar os problemas de sono do bebé.

Questionário de Caracterização Sociodemográfica

Foi construído um questionário de resposta mista (aberta e fechada), com o objetivo de recolher dados sociodemográficos relevantes da díade mãe-bebé (idade, nacionalidade, estado civil, nível de escolaridade, profissão, estatuto ocupacional, número de filhos, sexo e idade do bebé, tipo de aleitamento). A avaliação do tipo de aleitamento foi determinada com base nos indicadores de Labbok e Krasovec (1990), que categorizam a amamentação em duas grandes categorias: (1) amamentação completa (subdividida em exclusiva e quase exclusiva) e (2) amamentação parcial (subdividida em níveis alto, médio e baixo), podendo ainda incluir o aleitamento predominante e a ausência total de aleitamento materno, permitindo descrever detalhadamente o comportamento de amamentação num determinado momento. No presente estudo, o tipo de aleitamento foi operacionalizado em três grupos distintos, com base nas categorias suprarreferidas: (1) aleitamento materno exclusivo, correspondente à categoria de amamentação exclusiva; (2) aleitamento misto integrando as categorias de amamentação parcial (alto, médio ou baixo); (3) aleitamento exclusivo com fórmula, correspondente à ausência de aleitamento materno.

Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form (BISQ-R-SF; Sadeh, 2004; Sadeh et al., 2020; Diogo, 2024)

Para recolher a informação sobre as práticas maternas na hora de adormecer e os padrões de sono do bebé entre os 4 e os 12 meses foi utilizado o *Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form (BISQ-R-SF)*, desenvolvido por Sadeh et al.(2020), e que constitui uma versão revista e abreviada do BISQ original (Sadeh, 2004). A versão portuguesa foi adaptada e validada por Diogo (2024). Trata-se de um questionário de autorrelato parental que recolhe informação sobre o sono da criança ao longo de uma semana típica.

O BISQ-R-SF é composto por 20 itens, dos quais 19 recolhem respostas quantitativas ou em escalas ordinais, avaliando diversos parâmetros do sono, como o local e modo de adormecimento, o número e a duração dos despertares noturnos, o tempo necessário para adormecer, o total de sono diurno e noturno e as rotinas associadas à hora de dormir. O último item avalia a perceção parental sobre se o sono da criança constitui

um problema, através de uma escala de cinco pontos (de “Não é um problema” a “Um problema sério”). Os itens estão organizados em três subescalas: (1) Sono Infantil (IS), que inclui cinco perguntas sobre latência do sono, número e duração dos despertares noturnos, maior período de sono e duração total do sono noturno; (2) Percepção dos Pais (PP), com três perguntas sobre a percepção do cuidador relativamente à dificuldade na hora de dormir, sono noturno e problemas gerais de sono; e (3) Comportamento dos Pais (PB), composta por 11 itens que avaliam a consistência da rotina na hora de dormir, a hora de deitar, os comportamentos parentais durante o adormecer e após os despertares noturnos, bem como os locais de sono. As pontuações das subescalas e da escala total são apresentadas numa escala de 0 a 100, sendo que pontuações mais elevadas indicam melhor qualidade do sono, percepção mais positiva e comportamentos parentais mais favoráveis ao sono autónomo e saudável. A versão portuguesa revelou uma boa consistência interna para a escala total ($\alpha = .83$).

No presente estudo, o BISQ-R-SF foi utilizado especificamente para avaliar as práticas parentais na hora de adormecer, tendo sido selecionados os itens da subescala Comportamento dos Pais referentes ao local onde o bebé dorme, ao local onde adormece, à forma como adormece e ao adormecer durante a alimentação. A seleção destes itens foi realizada em função dos objetivos do estudo e do enquadramento teórico subjacente. Neste sentido, optou-se pela utilização isolada destes itens por permitirem avaliar comportamentos específicos relacionados com a autonomia do adormecer, o envolvimento parental e as associações de sono, variáveis particularmente relevantes para analisar a relação entre o tipo de aleitamento e os problemas de sono do bebé.

Children’s Sleep Habits Questionnaire – Infant Version (CSHQ-I; Owens et al., 2000; Dias et al., 2018)

Para recolher a informação sobre os problemas de sono do bebé dos 4 aos 12 meses foi utilizado o Children’s Sleep Habits Questionnaire – Infant Version (CSHQ-I), adaptado para o contexto português por Dias et al. (2018b). Este instrumento avalia problemas de sono nos primeiros 12 meses e constitui a versão adaptada do Children’s Sleep Habits Questionnaire (CSHQ), originalmente desenvolvido por Owens et al. (2000) para crianças em idade pré-escolar e escolar. É um questionário para aos pais relatarem os hábitos e comportamentos do sono do bebé, numa semana típica. É composto por 33 itens numa escala tipo Likert de 4 pontos (frequentemente, por vezes, raramente e não se aplica), divididos em quatro subescalas: (1) Resistência em ir para a cama (2) Ansiedade

do sono; (3) Hábitos de sono positivos; e (4) Sonolência diurna. As pontuações da escala total e das subescalas do CSHQ-I são obtidas através da soma dos itens. Pontuações mais elevadas no CSHQ-I indicam mais problemas de sono. Foi encontrada uma consistência interna aceitável para a escala total do CSHQ-I ($\alpha = .78$); e, para as subescalas: resistência à hora de dormir ($\alpha = .77$), ansiedade ao sono ($\alpha = .66$). As subescalas hábitos de sono positivos ($\alpha = .58$) e sonolência diurna ($\alpha = .52$) apresentaram valores mais baixos de consistência (Dias et al., 2018). No presente estudo, a consistência interna do CSHQ-I total foi de $\alpha = .72$. Relativamente às subescalas, observou-se um alfa de Cronbach de $\alpha = .52$ para a Resistência em ir para a cama, $\alpha = .75$ para a Ansiedade do sono, $\alpha = .75$ para os Hábitos de sono positivos e $\alpha = .51$ para a Sonolência diurna.

Procedimentos

Inicialmente, foi solicitado aos autores das validações portuguesas o consentimento para a utilização dos instrumentos de recolha de dados. Posteriormente, a divulgação do estudo foi realizada através das redes sociais, com o objetivo de divulgar o estudo e promover a participação das mães que preencham os critérios de inclusão. As participantes foram convidadas a preencher um questionário online, elaborado na plataforma Qualtrics, que incluiu o consentimento informado, o questionário de caracterização sociodemográfica e os instrumentos de avaliação das variáveis em estudo. A participação foi totalmente voluntária, anónima e confidencial, destinando-se exclusivamente a fins académicos e de investigação científica. Antes do início do preenchimento, as participantes leram e aceitaram o consentimento informado, onde encontravam-se descritos os objetivos do estudo, a natureza voluntária da participação, o tratamento confidencial dos dados e o direito a desistir em qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Os dados recolhidos foram anonimizados, em conformidade com as diretrizes do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD – UE 2016/679). Ao longo de todo o processo, foram assegurados os princípios éticos e deontológicos, em conformidade com o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2024), com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2013) e com as diretrizes do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD – UE 2016/679), garantindo o respeito pela privacidade, dignidade e proteção das participantes.

Análises

Procedeu-se à análise dos dados através do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 29 para Windows. Desta forma, para descrever e caracterizar a amostra relativamente às suas características sociodemográficas, recorreu-se à estatística descritiva, considerando medidas de tendência central, como a média, e medidas de dispersão, como o desvio padrão. Foi testada a normalidade da distribuição das variáveis através do teste de Kolmogorov-Smirnov (para amostras > 50). Adicionalmente, foram analisados os valores de assimetria e curtose, considerando-se indicativos de distribuição aproximadamente normal valores de assimetria e curtose entre -1 e +1 (George & Mallery, 2010). Foram, ainda, realizadas análises de estatística inferencial para testar as hipóteses.

Relativamente ao primeiro objetivo específico, foi utilizada uma Análise de Covariância (ANCOVA) para analisar as diferenças nos problemas de sono do bebé, avaliados através do score total do CSHQ-I, em função do tipo de aleitamento, controlando o efeito da idade do bebé. A idade do bebé foi incluída como covariável, uma vez que, entre os quatro e os 12 meses, podem ocorrer alterações significativas nas práticas de alimentação infantil, verificando-se uma diminuição progressiva das taxas de aleitamento materno ao longo do primeiro ano de vida. Em Portugal, os dados mais recentes indicam que apenas cerca de um quarto dos bebés é amamentado exclusivamente até aos seis meses de idade, evidenciando alterações importantes nos padrões de alimentação durante este período do desenvolvimento (Branco et al. (2023); Direção-Geral da Saúde, 2024). Assim, o seu controlo permite isolar de forma mais precisa o efeito do tipo de aleitamento nos problemas de sono. Para analisar as diferenças nas subescalas dos problemas de sono do bebé em função do tipo de aleitamento, foi realizada uma Análise Multivariada de Covariância (MANCOVA), incluindo igualmente a idade do bebé como covariável. Sempre que se verificaram efeitos estatisticamente significativos, foram conduzidas comparações post hoc com correção de Bonferroni, de modo a identificar especificamente entre que grupos se observavam diferenças.

No que respeita ao segundo objetivo específico, foram analisadas as diferenças nos problemas de sono do bebé em função das práticas parentais na hora de adormecer, nomeadamente o local onde o bebé adormece, a forma como adormece, o facto de adormecer ou não durante o aleitamento e o local onde dorme durante a noite. Para comparar os grupos ao nível do score total do CSHQ-I, foi utilizado o teste t de Student

para amostras independentes. Para analisar as diferenças ao nível das subescalas do CSHQ-I, foram utilizadas várias MANOVA.

Relativamente ao terceiro objetivo específico, foi analisada a associação entre o tipo de aleitamento e as práticas maternas na hora de adormecer, nomeadamente o local onde o bebé adormece, a forma como adormece, o facto de adormecer ou não a ser alimentado e o local onde dorme durante a noite. Dado que as variáveis em análise são de natureza categórica, recorreu-se ao teste do qui-quadrado de independência.

Por fim, no quarto objetivo específico, com o intuito de analisar o papel preditor do tipo de aleitamento e das práticas parentais na hora de adormecer nos problemas do sono do bebé entre os quatro e os 12 meses de idade foram realizadas análises de regressão linear múltipla. As práticas parentais na hora de adormecer e o tipo de aleitamento foram introduzidos como variáveis preditoras, enquanto os problemas de sono do bebé e respetivas subescalas do CSHQ-I foram considerados variáveis dependentes. Foram testados modelos separados para cada dimensão dos problemas de sono do bebé, tendo em conta os resultados dos objetivos anteriores.

Todas as análises seguiram um nível de significância de $p < .05$. Foram avaliados os pressupostos de normalidade, homogeneidade de variâncias e linearidade sempre que aplicável, assegurando a robustez dos procedimentos estatísticos.

Resultados

Análises preliminares

A Tabela 2 apresenta a distribuição das variáveis relativas ao tipo de aleitamento, às práticas maternas na hora de adormecer e ao local de sono da criança. Verificou-se que mais de metade dos bebés se encontrava em aleitamento materno exclusivo ($n = 131$; 64.2%). Relativamente às práticas maternas na hora de adormecer, mais de metade adormecia em contextos de maior proximidade parental ($n = 147$; 72.1%), ao colo ou a ser embalada ($n = 145$; 71.1%) e durante a alimentação ($n = 145$; 71.1%). Quanto ao local onde dorme durante a noite, a maioria das crianças dormia no berço ou cama própria ($n = 161$; 78.9%).

Tabela 2

Descrição da amostra relativamente ao tipo de aleitamento e às práticas maternas na hora de adormecer e local de sono da criança (N = 204)

Variáveis	N	%
Aleitamento		
Aleitamento materno exclusivo	131	64.2
Fórmula Exclusiva	50	24.5
Aleitamento Materno e Fórmula	23	11.3
Local de adormecimento na hora de dormir		
Berço ou cama própria	57	27.9
Adormecer em contacto/próximo dos pais	147	72.1
Forma como a criança adormece		
Ao colo ou embalada	145	71.1
Autonomamente	59	28.9
Adormece durante a amamentação/biberão/copo de treinamento		
Adormece a ser alimentado	145	71.1
Não adormece a ser alimentado	59	28.9
Local onde a criança dorme durante a noite		
Berço ou cama própria	161	78.9
Cama compartilhada	43	21.1

A análise da normalidade indicou que o CSHQ-I total e as respectivas subescalas não seguem uma distribuição normal, tal como evidenciado pelos valores de assimetria e curtose, sobretudo nas subescalas Ansiedade do sono e Sonolência diurna. Os resultados indicaram que a escala total do CSHQ-I não apresentou uma distribuição normal, $D = .132, p < .001$. De igual modo, todas as subescalas evidenciaram desvios significativos à normalidade: Resistência em ir para a cama, $D = .170, p < .001$; Ansiedade do sono, $D = .353, p < .001$; Hábitos de sono positivos, $D = .195, p < .001$; e Sonolência diurna, $D = .424, p < .001$.

Em conjunto, estes resultados indicaram que nem a escala total do CSHQ-I nem as respectivas subescalas seguiam uma distribuição normal na presente amostra. Ainda assim, atendendo à dimensão amostral e ao facto de as análises paramétricas e não paramétricas terem produzido resultados convergentes, optou-se por reportar os resultados das análises paramétricas.

Tabela 3*Resultados descritivos do CSHQ-I e das subescalas na amostra*

Variáveis	M	DP	Ass	Cur	Kolmogorov-Smirnov
Problemas de sono do bebê	18.02	7.56	0.66	1.32	.132***
Resistência em ir para a cama	9.59	3.97	0.33	-0.02	.170***
Ansiedade do sono	1.44	2.80	2.66	7.47	.353***
Hábitos de sono positivos	6.20	3.78	0.28	-1.22	.195***
Sonolência diurna	0.71	1.44	2.99	12.30	.424***

Nota. $N = 204$. M = média; DP = desvio-padrão. *** $p < .001$.

Relação entre o tipo de aleitamento (exclusivo, misto e fórmula) e os problemas de sono do bebê entre os quatro e os 12 meses de idade

O teste de Levene indicou que o pressuposto de homogeneidade das variâncias foi cumprido para a variável problemas de sono totais, $F(2, 201) = 1.15$, $p = .319$. Os resultados da ANCOVA mostraram que não se verificou um efeito estatisticamente significativo do tipo de aleitamento nos problemas de sono totais do bebê, $F(2, 200) = 0.42$, $p = .657$, $\eta^2 = .004$ (Tabela 4).

Os resultados evidenciaram um efeito multivariado estatisticamente significativo do tipo de aleitamento nas subescalas do CSHQ-I, $F(8, 396) = 2.94$, $p = .003$, $\eta^2 = .056$. Observou-se um efeito univariado estatisticamente significativo nas subescalas Resistência em ir para a cama, $F(2, 200) = 3.40$, $p = .035$, $\eta^2 = .033$, Hábitos de sono positivos, $F(2, 200) = 3.70$, $p = .026$, $\eta^2 = .036$, e Sonolência diurna, $F(2, 200) = 3.33$, $p = .038$, $\eta^2 = .032$. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na subescala Ansiedade do sono, $F(2, 200) = 1.86$, $p = .158$, $\eta^2 = .018$.

As comparações post hoc com correção de Bonferroni mostraram que, na subescala Resistência em ir para a cama, o grupo de aleitamento materno exclusivo

apresentou valores significativamente superiores aos do grupo de fórmula exclusiva ($p = .041$). Na subescala Hábitos de sono positivos, o grupo de fórmula exclusiva apresentou valores significativamente superiores aos do grupo de aleitamento materno exclusivo ($p = .022$), indicando uma maior presença de problemas relacionados com os hábitos de sono neste grupo. Por fim, na subescala Sonolência diurna, verificaram-se diferenças significativas entre o grupo de aleitamento materno exclusivo e o grupo de aleitamento materno e fórmula ($p = .047$), sendo os valores superiores no grupo de aleitamento materno exclusivo (Tabela 4).

Tabela 4*Diferenças nos problemas de sono em função do tipo de aleitamento*

Variáveis	Aleitamento materno exclusivo		Aleitamento materno e fórmula		Fórmula exclusiva		<i>F</i> (2, 200)	<i>p</i>	ηp²	Comparações
	a		b		c					
	<i>(n = 131)</i>		<i>(n = 23)</i>		<i>(n = 50)</i>					
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
Problemas de sono totais	18.41	7.99	18.09	5.89	16.96	7.09	0.42	.657	.004	—
Resistência em ir para a cama	9.95	3.78	10.17	4.93	8.36	3.81	3.40	.035	.033	a > c
Ansiedade do sono	1.73	3.19	0.96	1.58	0.92	1.95	1.86	.158	.018	—
Hábitos de sono positivos	5.77	3.50	6.70	3.50	7.08	4.45	3.70	.026	.036	a < c
Sonolência diurna	0.87	1.57	0.09	0.42	0.56	1.28	3.33	.038	.032	a > b

Nota. A idade do bebê foi incluída como covariável. As comparações entre grupos referem-se às análises *post hoc* com correção de *Bonferroni*

Relação entre as práticas parentais na hora de adormecer e os problemas de sono do bebê entre os quatro e os 12 meses de idade.

Para analisar as diferenças nos problemas de sono do bebê em função do local onde dorme durante a noite, compararam-se os bebês que dormiam no berço/cama própria com aqueles que dormiam em cama compartilhada.

Relativamente ao score total do CSHQ-I, o teste de Levene indicou que o pressuposto de homogeneidade das variâncias foi cumprido, $F = 0.52$, $p = .472$. Assim, foram considerados os resultados com variâncias iguais assumidas. O teste t de Student para amostras independentes mostrou que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, $t(202) = -1.53$, $p = .128$, $d = -0.26$ (Tabela 5).

Relativamente às subescalas, a MANOVA não evidenciou um efeito multivariado estatisticamente significativo do local de sono no conjunto das subescalas do CSHQ-I, Lambda de Wilks = .975, $F(4, 199) = 1.27$, $p = .284$, $\eta^2 = .025$. Ao nível univariado, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas: Resistência em ir para a cama, $F(1, 202) = 2.68$, $p = .103$, $\eta^2 = .013$; Ansiedade do sono, $F(1, 202) = 1.51$, $p = .221$, $\eta^2 = .007$; Hábitos de sono positivos, $F(1, 202) = 0.118$, $p = .732$, $\eta^2 = .001$; e Sonolência diurna, $F(1, 202) = 0.270$, $p = .604$, $\eta^2 = .001$ (Tabela 5)

Tabela 5

Diferenças nos problemas de sono em função do local onde o bebê dorme durante a noite

Variável	Berço/cama própria ($n = 161$)		Cama compartilhada ($n = 43$)		t/F	P	d / η^2
	M	DP	M	DP			
Problemas de sono totais	17.60	7.31	19.58	8.33	-1.53	.128	-0.26
Resistência em ir para a cama	9.35	4.00	10.47	3.80	2.68	.103	.013
Ansiedade do sono	1.32	2.56	1.91	3.57	1.51	.221	.007
Hábitos de sono positivos	6.15	3.79	6.37	3.76	0.12	.732	.001

Variável	Berço/cama própria (<i>n</i> = 161)		Cama compartilhada (<i>n</i> = 43)		<i>t/F</i>	<i>P</i>	<i>d</i> / η^2
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Sonolência diurna	0.73	1.37	0.60	1.66	0.27	.604	.001

Nota: Para os problemas de sono totais, é apresentado o valor de $t(202)$ e o tamanho do efeito corresponde ao d de Cohen. Para as subescalas, são apresentados os valores de $F(1, 202)$ e o tamanho do efeito corresponde ao η^2 .

Para analisar as diferenças nos problemas de sono do bebê em função do local onde adormece, compararam-se os bebês que adormeciam no berço/cama própria com aqueles que adormecem em contacto/próximo dos pais. Relativamente ao score total do CSHQ-I, os resultados do teste t de Student para amostras independentes mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, $t(202) = -3.32$, $p = .001$, $d = -0.52$, indicando que, os bebês que adormecem próximo dos pais apresentam mais problemas de sono totais comparativamente aos bebês que adormeciam no berço/cama própria (Tabela 6).

Relativamente às subescalas, a MANOVA evidenciou um efeito multivariado estatisticamente significativo do local onde o bebê adormece, Lambda de Wilks = .828, $F(4, 199) = 10.36$, $p < .001$, $\eta^2 = .172$. Ao nível univariado, verificaram-se diferenças significativas na subescala Resistência em ir para a cama, $F(1, 202) = 39.36$, $p < .001$, $\eta^2 = .163$. Os bebês que adormecem em contextos de maior proximidade parental apresentam mais resistência em ir para a cama comparativamente aos bebês que adormeciam no berço/cama própria. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Ansiedade do sono, $F(1, 202) = 2.84$, $p = .094$, $\eta^2 = .014$, Hábitos de sono positivos, $F(1, 202) = 1.62$, $p = .204$, $\eta^2 = .008$, e Sonolência diurna, $F(1, 202) = 1.24$, $p = .267$, $\eta^2 = .006$ (Tabela 6).

Tabela 6

Diferenças nos problemas de sono em função do local onde o bebê adormece

Variável	Berço/cama própria (<i>n</i> = 161)		Adormecer em contacto/próximo dos pais (<i>n</i> = 43)		<i>t/F</i>	<i>P</i>	<i>d</i> / η^2
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Problemas de sono totais	15.26	8.23	19.09	7.03	-3.32	.001	-0.52
Resistência em ir para a cama	7.02	3.43	10.59	3.72	39,36	<.001	.16
Ansiedade do sono	0.91	2.54	1.65	.88	284	.094	.01
Hábitos de sono positivos	6.74	4.24	5.99	3.58	1.63	.203	.01
Sonolência diurna	0.53	1.58	0.78	1.37	1.24	.267	.01

Nota: Para os problemas de sono totais, é apresentado o valor de $t(202)$ e o tamanho do efeito corresponde ao d de Cohen. Para as subescalas, são apresentados os valores de $F(1, 202)$ e o tamanho do efeito corresponde ao η^2 .

Para analisar as diferenças nos problemas de sono do bebé em função da forma como adormece, compararam-se os bebés que adormeciam ao colo ou embalados com aqueles que adormeciam autonomamente. Relativamente ao score total do CSHQ-I, os resultados do teste t de Student para amostras independentes não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, $t(84.457) = 1.54$, $p = .128$, $d = 0.27$ (Tabela 7).

Relativamente às subescalas, a MANOVA evidenciou um efeito multivariado estatisticamente significativo da forma como o bebé adormece, Λ de Wilks = .794, $F(4, 199) = 12.88$, $p < .001$, $\eta^2 = .206$. Verificou-se um efeito univariado significativo nas subescalas Resistência em ir dormir, $F(1, 202) = 25.02$, $p < .001$, $\eta^2 = .110$, e Ansiedade do sono, $F(1, 202) = 4.69$, $p = .031$, $\eta^2 = .023$. Os bebés que adormeciam ao colo ou embalados apresentaram valores significativamente mais elevados na subescala Resistência em ir para a cama, enquanto os bebés que adormeciam autonomamente apresentaram valores significativamente mais elevados na subescala Ansiedade do sono. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Hábitos de sono positivos, $F(1, 202) = 0.03$, $p = .870$, $\eta^2 < .001$, nem Sonolência diurna, $F(1, 202) = 0.68$, $p = .411$, $\eta^2 = .003$ (Tabela 7).

Tabela 7

Diferenças nos problemas de sono em função da forma como o bebé adormece

Variável	Ao colo/embalado (<i>n</i> = 145)		Autonomamente (<i>n</i> = 59)		<i>t/F</i>	<i>P</i>	<i>d</i> / η^2
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Problemas de sono totais	18.61	6.73	16.58	9.20	1.54	<.128	0.27
Resistência em ir para a cama	10.43	3.77	7.53	3.74	25.02	< .001	.011
Ansiedade do sono	1.17	2.48	2.10	3.41	4.69	.031	.02
Hábitos de sono positivos	6.17	3.72	6.27	3.96	0.03	.870	.000
Sonolência diurna	0.76	1.58	0.58	0.99	0.68	.411	.003

Nota. Para os problemas de sono totais, é apresentado o valor de $t(84.46)$ e o tamanho do efeito corresponde ao d de Cohen. Para as subescalas, são apresentados os valores de $F(1, 202)$ e o tamanho do efeito corresponde ao η^2 .

Para analisar as diferenças nos problemas de sono do bebê em função de adormecer, ou não, durante a alimentação, compararam-se os bebês que adormeciam nesta condição com aqueles que não adormeciam. Relativamente ao score total do CSHQ-I, os resultados do teste t de Student para amostras independentes mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, $t(202) = 4.80$, $p < .001$, $d = 0.74$. Os bebês que adormecem enquanto estão a ser alimentados apresentam mais problemas de sono totais comparativamente aos bebês que não adormeciam nesta condição (Tabela 8)

Relativamente às subescalas, a MANOVA evidenciou um efeito multivariado estatisticamente significativo, Lambda de Wilks = .849, $F(4, 199) = 8.88$, $p < .001$, $\eta^2 = .15$. Verificou-se um efeito univariado significativo nas subescalas Ansiedade do sono, $F(1, 202) = 5.75$, $p = .017$, $\eta^2 = .03$, Hábitos de sono positivos, $F(1, 202) = 30.14$, $p < .001$, $\eta^2 = .130$, e Sonolência diurna, $F(1, 202) = 5.54$, $p = .020$, $\eta^2 = .027$, observando-se valores médios superiores nos bebês que adormeciam durante a alimentação em todas estas subescalas. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na subescala Resistência em ir para a cama, $F(1, 202) = 1.93$, $p = .166$, $\eta^2 = .009$ (Tabela 8).

Tabela 8

Diferenças nos problemas de sono em função de adormecer ou não durante a alimentação

Variável	Adormecer a ser embalado (<i>n</i> = 145)		Não adormecer a ser alimentado (<i>n</i> = 59)		<i>t/F</i>	<i>P</i>	<i>d</i> / η^2
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Problemas de sono totais	19.56	7.06	14.24	7.48	4.80	<.001	0.74
Resistência em ir para a cama	9.83	3.48	8.98	4.97	1.93	.166	.01
Ansiedade do sono	1.74	3.12	0.71	1.61	5.75	.017	.03
Hábitos de sono positivos	7.06	3.70	4.07	3.08	30.14	<.001	.13
Sonolência diurna	0.86	1.61	0.34	0.76	5.54	.020	.03

Nota. Para os problemas de sono totais, é apresentado o valor de $t(202)$ e o tamanho do efeito corresponde ao d de Cohen. Para as subescalas, são apresentados os valores de $F(1, 202)$

Associação entre o tipo de aleitamento e as práticas parentais na hora de adormecer

Para analisar a associação entre o tipo de aleitamento e as diferentes práticas parentais na hora de adormecer foram realizados quatro testes qui-quadrado de independência. Os resultados indicaram que não existe uma associação estatisticamente significativa entre variáveis tipo de aleitamento e o local onde o bebê dorme, $\chi^2(2) = 1.04$, $p = .594$, V de Cramer = .07, sugerindo que o local onde o bebê dorme não difere em função do tipo de aleitamento (Tabela 9).

Os resultados indicaram uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de aleitamento e o local onde o bebê adormece, $\chi^2(2) = 22.93$, $p < .001$, V de Cramer = .335. Enquanto os bebês em aleitamento materno exclusivo adormecem maioritariamente na cama dos pais/co-sleeper/outros locais proximais (83.2%), mais de metade dos bebês em aleitamento materno e fórmula adormecem na cama dos pais/co-sleeper/outros locais proximais (56.5%) e metade dos bebês em Fórmula exclusiva adormece no berço/cama própria (50.0%) e a outra metade na cama dos pais/co-sleeper/outros locais proximais (50.0%).

Os resultados indicaram que não existe uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de aleitamento e a forma como o bebê adormece, $\chi^2(2) = 0.85$, $p = .654$, V de

Cramer = .07, sugerindo que a forma como o bebé adormece não difere em função do tipo de aleitamento.

Os resultados indicaram uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de aleitamento e o facto de o bebé adormecer ou não durante a alimentação, $\chi^2(2) = 7.87$, $p = .020$, V de Cramer = .20 (Tabela 9). A magnitude da associação foi reduzida. Enquanto os bebés em aleitamento materno exclusivo adormecem maioritariamente durante a alimentação (77.1%), esta proporção foi inferior nos bebés em aleitamento materno e fórmula (69.6%) e nos bebés em fórmula exclusiva (56.0%).

Tabela 9*Associação entre o tipo de aleitamento e as práticas de sono*

Práticas de sono	Subescala	Aleitamento Materno exclusivo		Aleitamento Materno e Fórmula		Aleitamento Fórmula exclusivo		χ^2	V
		N	%	N	%	N	%		
Local onde o bebé dorme	Berço/Cama própria	101	77.1	18	78.3	42	84.0	1.04	.071
	Cama compartilhada	30	22.9	5	21.7	8	16.0		
Local onde o bebé adormece	Berço/Cama própria	22	16.8	10	43.5	25	50.0	22.93* **	.335
	Adormecer em contacto/próximo dos pais	109	83.2	13	56.5	25	50.0		
Forma como o bebé adormece	Ao colo/embalado	95	72.5	17	73.9	33	66.0	0.85	.07
	Autonomamente	36	27.5	6	26.1	17	34.0		
Adormece durante a alimentação	Sim	101	77.1	16	69.6	28	56.0	7.87*	.20
	Não	30	22.9	7	30.4	22	44.0		

O papel preditor das práticas maternas na hora de adormecer na relação entre o tipo de aleitamento e os problemas de sono do bebê

Com base nos resultados anteriores, foi realizada uma regressão linear múltipla para analisar se o tipo de aleitamento e o local onde o bebê adormece prediziam a resistência em ir para a cama. O modelo revelou-se estatisticamente significativo, $F(2, 201) = 12.37$, $p < .001$, explicando 11.0% da variância da resistência em ir para a cama. Relativamente aos preditores individuais, apenas o local onde o bebê adormece se revelou preditor estatisticamente significativo da resistência à hora de dormir, $\beta = .316$, $t(201) = 4.61$, $p < .001$. Os bebês que adormeciam em contextos mais proximais apresentavam níveis mais elevados de resistência em ir para a cama. O tipo de aleitamento não se revelou um preditor significativo da resistência em ir para a cama, $\beta = -.049$, $t(201) = -0.72$, $p = .474$. Não se observaram problemas de multicolinearidade, verificando-se valores de VIF inferiores a 10 ($VIF = 1.06$).

Tabela 10

Papel preditor do tipo de aleitamento e local onde o bebê adormece na resistência à hora de dormir

Variáveis	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2
Modelo			.33	.11	.11***
Tipo de aleitamento	-.05	.474			
Local onde o bebê adormece	.32	< .001			

Nota. VD = Resistência à hora de dormir. ** $p < .001$.

Foi realizada uma regressão linear múltipla para analisar se o tipo de aleitamento e a forma como o bebê adormece prediziam a resistência em ir para a cama. O modelo revelou-se estatisticamente significativo, $F(2, 201) = 13.99$, $p < .001$, explicando 12.2% da variância da resistência em ir para a cama. Relativamente aos preditores individuais, apenas a forma como o bebê adormece se revelou preditor estatisticamente significativo da resistência em ir para a cama, $\beta = -.327$, $t(201) = -4.95$, $p < .001$. Os bebês que adormeciam com maior autonomia apresentavam níveis mais baixos de resistência em ir para a cama, enquanto os bebês que adormeciam com maior envolvimento parental apresentavam níveis mais elevados de resistência em ir para a cama. O tipo de aleitamento não se revelou um preditor significativo da resistência em ir para a cama, $\beta = -.110$, $t(201) = -1.66$, $p = .099$. Não se observaram problemas de multicolinearidade, verificando-se valores de VIF próximos de 1 ($VIF = 1.00$).

Tabela 11

Papel preditor do tipo de aleitamento e da forma como o bebé adormece na resistência em ir para a cama

Variáveis	B	P	R	R ²	ΔR ²
Modelo			.35	.12	.12***
Tipo de aleitamento	-11	.099			
Forma como o bebé adormece	-.33	< .001			

Nota. VD = Resistência em ir para a cama. ** $p < .001$.

Foi realizada uma regressão linear múltipla para analisar se o tipo de aleitamento e o adormecimento durante a alimentação prediziam os hábitos de sono positivos. O modelo revelou-se estatisticamente significativo, $F(2, 201) = 21.71$, $p < .001$, explicando 17.8% da variância dos hábitos de sono positivos ($R^2 = .178$; R^2 ajustado = .169). Relativamente aos preditores individuais, tanto o tipo de aleitamento, $\beta = .222$, $t(201) = 3.42$, $p < .001$, como o facto de o bebé adormecer durante a alimentação, $\beta = -.400$, $t(201) = -6.15$, $p < .001$, revelaram-se preditores estatisticamente significativos dos hábitos de sono positivos. Os resultados indicam que o tipo de aleitamento se associou significativamente à pontuação na subescala hábitos de sono positivos, sendo que valores mais elevados nesta subescala refletem uma maior presença de dificuldades relacionadas com os hábitos de sono. Assim, os bebés que não eram amamentados apresentavam mais dificuldades relacionadas com os hábitos de sono do que os bebés que eram amamentados. Por outro lado, os resultados sugerem que os bebés que adormeciam durante a alimentação tendiam a apresentar mais dificuldades relacionadas com os hábitos de sono, comparativamente aos bebés que não adormeciam durante a alimentação. Não se observaram problemas de multicolinearidade, verificando-se valores de VIF inferiores a 10 (VIF = 1.03).

Tabela 12

Papel preditor do tipo de aleitamento e o adormecimento durante a alimentação nos hábitos de sono positivos

Variáveis	B	P	R	R ²	ΔR ²
Modelo			.42	.18	.18***
Tipo de aleitamento	.22	< .001			

Adormecer durante a alimentação	-40	< .001
------------------------------------	-----	--------

Nota. VD = hábitos de sono positivos. $**p < .001$.

Foi realizada uma regressão linear múltipla para analisar se o tipo de aleitamento e o adormecer durante a alimentação prediziam a sonolência diurna. O modelo revelou-se estatisticamente significativo, $F(2, 201) = 4.49$, $p = .012$, explicando 4.3% da variância da sonolência diurna. Relativamente aos preditores individuais, apenas o facto de o bebé adormecer durante a alimentação se revelou preditor estatisticamente significativo da sonolência diurna, $\beta = -.141$, $t(201) = -2.00$, $p = .046$. Este resultado sugere que os bebés que adormeciam durante a alimentação apresentavam níveis mais baixos de sonolência diurna. O tipo de aleitamento não se revelou um preditor significativo da sonolência diurna, $\beta = -.129$, $t(201) = -1.84$, $p = .068$. Não se observaram problemas de multicolinearidade, verificando-se valores de VIF próximos de 1 (VIF = 1.03).

Tabela 13

Papel preditor do tipo de aleitamento e o adormecimento durante a alimentação na sonolência diurna

Variáveis	<i>B</i>	<i>P</i>	<i>R</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2
Modelo			.21	.04	.04*
Tipo de aleitamento	-.13	.068			
Adormecer durante a alimentação	-.14	.046			

Nota. VD = Sonolência diurna. $p < .05$.

Discussão

O presente estudo teve como objetivos analisar: (1) a associação entre o tipo de aleitamento (aleitamento materno exclusivo, aleitamento misto e fórmula exclusiva) e os problemas de sono do bebé entre os quatro e os 12 meses de idade; (2) a associação entre as práticas parentais na hora de adormecer e os problemas de sono do bebé entre os quatro e os 12 meses de idade; (3) as diferenças nas práticas parentais na hora de adormecer de acordo com o tipo de aleitamento entre os quatro e os 12 meses de idade e (4) analisar se o tipo de aleitamento prediz os problemas de sono do bebé entre os quatro e os 12 meses de idade, quando controladas as práticas parentais na hora de adormecer

Relativamente ao primeiro objetivo, a hipótese de que os bebés em aleitamento materno exclusivo apresentariam mais problemas de sono comparativamente aos bebés alimentados com fórmula ou em aleitamento misto foi parcialmente confirmada. Embora não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas nos problemas de sono totais, observaram-se diferenças em dimensões específicas do sono do bebé, nomeadamente na resistência em ir para a cama, nos hábitos de sono positivos e na sonolência diurna.

Especificamente, os bebés em aleitamento materno exclusivo apresentaram níveis superiores de resistência em ir para a cama comparativamente aos bebés alimentados exclusivamente com fórmula. Esta subescala inclui indicadores relacionados com maiores dificuldades no processo de adormecer e na consolidação do sono, nomeadamente demorar mais de 20 minutos a adormecer, dificuldade em adormecer na própria cama, menor perceção de sono suficiente e maior necessidade de ajuda para voltar a adormecer após despertares noturnos. Este resultado parece consistente com estudos que indicam que bebés amamentados tendem a apresentar maior frequência de despertares noturnos, mais episódios de alimentação durante a noite e maior dificuldade na consolidação de padrões autónomos de sono (Galbally et al., 2013; Abdul et al., 2021; Barry, 2021). Tal poderá dever-se, em parte, à maior digestibilidade do leite materno, que favorece intervalos mais curtos entre as mamadas e, consequentemente, despertares noturnos mais frequentes associados à fome (Burness, 1979; Ball et al., 2019). Contudo, à luz do modelo transacional do sono (Sadeh & Anders, 1993; Sadeh et al., 2010), que defende que o sono resulta de uma interação entre fatores individuais, parentais e contextuais, estes resultados podem refletir sobretudo as práticas frequentemente associadas à amamentação, como maior proximidade física, maior responsividade materna e utilização da alimentação como estratégia de conforto e indução do sono. A literatura sugere que o impacto do aleitamento no sono do bebé resulta não apenas de fatores nutricionais ou fisiológicos, mas também das práticas relacionais e comportamentais associadas ao adormecimento. Neste sentido, mães que amamentam tendem a responder de forma mais imediata aos despertares do bebé, recorrendo frequentemente ao aleitamento como estratégia de regulação emocional e readormecimento (Tikotzky, 2016; Feldman, 2017). Assim, a maior resistência à hora de dormir observada nos bebés amamentados poderá refletir a formação de associações externas de sono, nas quais o bebé aprende a associar o início do sono à presença do cuidador, ao contacto físico ou à alimentação. Consequentemente, quando desperta durante a noite, poderá necessitar dessas mesmas

condições para voltar a adormecer, dificultando o desenvolvimento de competências de autorregulação do sono.

Os resultados relativos aos hábitos de sono positivos revelaram um padrão distinto do esperado. Contrariamente à hipótese formulada, os bebés alimentados exclusivamente com fórmula apresentaram níveis mais elevados de problemas relacionados com os hábitos de sono quando comparados com os bebés em aleitamento materno exclusivo. Embora a literatura sugira que as mães que utilizam fórmula tendem a adotar práticas mais orientadas para a promoção da autonomia do bebé no adormecer (Brown & Harries, 2015; Tikotzky, 2016), os resultados deste estudo indicam que estas práticas poderão não se traduzir necessariamente em hábitos de sono mais positivos. Importa, contudo, considerar que esta subescala avalia sobretudo aspetos relacionados com a regularidade e organização dos hábitos de sono, incluindo a consistência da hora de deitar, a regularidade da duração do sono, a prontidão para ir para a cama, o despertar espontâneo, o apetite matinal e a necessidade de um objeto para adormecer. Estas características parecem estar menos relacionadas com a autonomia ou com a consolidação do sono propriamente dita, podendo refletir que o aleitamento materno poderá estar associado a benefícios em dimensões específicas dos hábitos de sono, como a regularidade das rotinas e dos horários de sono. Uma possível explicação para este resultado poderá residir no facto de o sono do bebé constituir um processo multidimensional, no qual diferentes dimensões parecem ser influenciadas por mecanismos distintos (Sadeh & Anders, 1993; Sadeh et al., 2010). Neste sentido, a literatura tem vindo a demonstrar que o aleitamento materno poderá conferir benefícios específicos para o sono do bebé, nomeadamente através da presença de melatonina no leite materno, da sua influência na regulação dos ritmos circadianos e dos seus efeitos no desenvolvimento neurológico e na autorregulação do sono (Deoni et al., 2013; Barry, 2021; Häusler et al., 2024; Akanalçı & Bilici, 2024; UNICEF, 2024). Assim, os presentes resultados sugerem que estes benefícios poderão manifestar-se em dimensões específicas do sono, como os hábitos de sono positivos, em vez de exercerem um efeito uniforme sobre todos os indicadores avaliados. Neste sentido, importa que estudos futuros clarifiquem em que dimensões específicas do sono do bebé a amamentação parece exercer um efeito mais benéfico.

Assim, estes resultados sugerem que a relação entre o tipo de aleitamento e os hábitos de sono é mais complexa do que o inicialmente previsto, justificando investigação adicional nesta área.

Relativamente à sonolência diurna, os bebés em aleitamento materno exclusivo apresentaram valores superiores aos bebés em aleitamento misto, confirmando parcialmente a hipótese formulada. Este resultado poderá refletir uma maior fragmentação do sono noturno e uma maior frequência de despertares, conduzindo a uma maior necessidade de sono durante o dia. Entre os quatro e os 12 meses ocorre uma reorganização progressiva dos padrões de sono, marcada pela concentração do sono no período noturno e pela redução gradual das sestas diurnas (Galland et al., 2012; Dias & Figueiredo, 2020b). Assim, dificuldades na consolidação do sono noturno poderão comprometer este processo desenvolvimental e contribuir para níveis superiores de sonolência diurna. No entanto, estes resultados devem ser interpretados com cautela, uma vez que a subescala de sonolência diurna apresentou uma consistência interna reduzida, tanto no presente estudo como na validação original do instrumento. Adicionalmente, a reduzida dimensão do grupo de aleitamento misto poderá limitar a robustez das comparações efetuadas e a generalização dos resultados.

Contudo, apesar destas diferenças específicas, não se observaram diferenças nos problemas de sono totais em função do tipo de aleitamento. Este resultado sugere que a relação entre aleitamento e sono do bebé não é linear, podendo variar em função das diferentes dimensões do sono avaliadas. Neste sentido, alguns estudos indicam que as diferenças entre bebés amamentados e alimentados com fórmula podem depender não apenas do tipo de aleitamento, mas também da forma como os cuidadores interpretam e respondem aos despertares noturnos e das práticas associadas ao adormecimento, como o bebé adormecer durante a alimentação (Rudzik & Ball, 2016; Dias & Figueiredo, 2020b; Ramamurthy et al., 2012). Assim, os resultados do presente estudo devem ser interpretados com cautela, reforçando a necessidade de considerar o sono do bebé como um fenómeno multidimensional, influenciado por diferentes fatores relacionais, comportamentais e desenvolvimentais.

Relativamente ao segundo objetivo, a hipótese de que práticas parentais caracterizadas por maior envolvimento parental estariam associadas a mais problemas de sono do bebé foi parcialmente confirmada. Verificou-se que o local onde o bebé adormece se associou significativamente aos problemas de sono, sendo que os bebés que adormeciam em contextos de maior proximidade parental apresentaram mais problemas de sono totais e maior resistência à hora de dormir do que os bebés que adormeciam no berço ou cama própria. Este resultado confirma a hipótese formulada, sugerindo que as práticas associadas ao momento de iniciação do sono se associam a problemas de sono. À luz da psicopatologia do

desenvolvimento, a autorregulação do sono constitui uma tarefa desenvolvimental progressiva no primeiro ano de vida, particularmente a partir dos quatro meses, sendo esperado que o bebé desenvolva gradualmente a capacidade de adormecer autonomamente (Sadeh et al., 2010). Assim, bebés que apresentam maior dependência da presença ou intervenção parental no momento de adormecer poderão revelar maiores dificuldades na consolidação desta competência autorregulatória, apresentando consequentemente maior risco de desenvolver problemas de sono, nomeadamente resistência à hora de dormir (Bruni et al., 2014; Dias & Figueiredo, 2020b). Quando o bebé adormece sistematicamente em contacto com os pais, poderá aprender a associar essas condições ao início do sono, necessitando novamente da presença parental para voltar a adormecer após despertares noturnos. Este processo pode dificultar gradualmente a aquisição de competências de auto-apaziguamento, consideradas fundamentais nos primeiros meses de vida, particularmente a partir dos 4 meses (Bruni et al., 2014; Dias & Figueiredo, 2020b; Figueiredo et al., 2016).

De forma consistente, verificaram-se diferenças nos problemas de sono em função da forma como o bebé adormece. Os bebés que adormeciam ao colo ou embalados apresentaram níveis superiores de resistência em ir para a cama comparativamente aos bebés que adormeciam de forma mais autónoma. Este resultado confirma parcialmente a hipótese formulada e pode ser interpretado à luz de um processo bidirecional entre as dificuldades de sono do bebé e as respostas parentais. Por um lado, práticas de elevada intervenção parental podem contribuir para maior dependência no momento de iniciar ou retomar o sono; por outro, bebés com maior resistência à hora de dormir podem levar os cuidadores a adotar estratégias mais interventivas, como pegar ao colo, embalar ou permanecer junto do bebé até adormecer (Sadeh & Anders, 1993; Sadeh et al., 2010; Philbrook & Teti, 2016). Assim, estes resultados não devem ser interpretados de forma causal, mas como parte de uma relação recíproca entre o sono do bebé e as práticas parentais de adormecimento (Morrell & Cortina-Borja, 2002; Sadeh & Anders, 1993; Sadeh et al., 2010; Shetty et al., 2022). No entanto, observou-se um resultado inesperado relativamente à ansiedade do sono, uma vez que os bebés que adormeciam autonomamente apresentaram níveis superiores nesta subescala. Este resultado não confirma a hipótese inicialmente formulada e deve ser interpretado com cautela, sobretudo por apresentar uma magnitude de efeito reduzida. Embora a literatura sugira que práticas promotoras da autonomia tendem a associar-se a melhores resultados de sono, os presentes dados indicam que a relação entre a forma de adormecer e a ansiedade do sono poderá ser mais complexa do que o previsto. Neste sentido, e de acordo com o modelo

transacional do sono, as práticas parentais devem ser compreendidas em interação com características individuais do bebê e fatores contextuais (Sadeh et al., 2010; Dias & Figueiredo, 2020b; Matzliach et al., 2025).

Os resultados relativos ao adormecer durante a alimentação revelaram-se particularmente relevantes e confirmaram parcialmente a hipótese formulada. Os bebês que adormeciam enquanto eram alimentados apresentaram mais problemas de sono totais, maior ansiedade do sono e maior sonolência diurna. Estes resultados sugerem que a alimentação poderá funcionar como uma associação externa de sono, tornando-se uma condição associada ao início ou retoma do sono após despertares noturnos. À semelhança do que foi observado relativamente ao local onde o bebê adormece, estes dados reforçam a importância do momento de iniciação do sono na aquisição progressiva de competências de autorregulação. Assim, quando o adormecimento ocorre de forma dependente da alimentação ou de elevada proximidade parental, poderá haver maior dificuldade na consolidação do auto-apaziguamento, tarefa desenvolvimental esperada ao longo do primeiro ano de vida, particularmente a partir dos quatro meses (Bruni et al., 2014; Dias & Figueiredo, 2020b; Figueiredo et al., 2016). Adicionalmente, os bebês que adormeciam durante a alimentação apresentaram maiores dificuldades ao nível dos hábitos de sono positivos. Este resultado confirma parcialmente a hipótese formulada, sugerindo que práticas maternas de sono com maior envolvimento na hora de adormecer, como alimentar o bebê até adormecer, poderão estar associadas a padrões de sono menos autónomos e a maior dependência de condições externas para iniciar ou retomar o sono. Assim, estes dados são coerentes com a literatura que associa práticas de adormecimento mais interventivas a maior resistência, ansiedade relacionada com o sono e menor consolidação de hábitos de sono adaptativos entre os quatro e os 12 meses (Shetty et al., 2022; Sahud et al., 2025; Mindell et al., 2017).

Especificamente, o local onde o bebê dorme durante a noite não se associou significativamente aos problemas de sono totais nem às subescalas do CSHQ-I, sugerindo que o local noturno onde o bebê dorme, por si só, poderá não constituir um fator determinante da qualidade do sono do bebê. Contudo, este resultado deverá ser interpretado com cautela, uma vez que apenas cerca de 21% da amostra referiu práticas de cama compartilhada, o que poderá ter limitado a identificação de associações estatisticamente significativas. Esta reduzida frequência poderá refletir uma maior sensibilização parental para as recomendações mais recentes da Academia Americana de Pediatria (AAP), que desencorajam a cama compartilhada no primeiro ano de vida, devido à sua associação a um maior risco de

síndrome de morte súbita do lactente (SIDS), recomendando que o bebé durma no mesmo quarto dos pais, mas numa superfície separada e segura (Moon et al., 2022). Ainda assim, a ausência de diferenças parece ir ao encontro de investigações que sugerem que o impacto da cama compartilhada depende da forma como é operacionalizada, das práticas associadas e do significado funcional que assume para cada família (Paul et al., 2017; Huang et al., 2016).

Relativamente ao terceiro objetivo, a hipótese de que o tipo de aleitamento estaria associado a práticas parentais de maior envolvimento na hora de adormecer foi parcialmente confirmada. Verificou-se uma associação significativa entre o tipo de aleitamento e o local onde o bebé adormece, bem como entre o tipo de aleitamento e o facto de o bebé adormecer durante a alimentação. Os bebés em aleitamento materno exclusivo adormeciam mais frequentemente em contextos proximais e durante a alimentação, o que confirma parcialmente a hipótese formulada. Estes resultados parecem consistentes com a literatura que associa o aleitamento materno a maior proximidade física, maior responsividade noturna e maior utilização da alimentação como estratégia de conforto e regulação emocional (Douglas & Hill, 2023; Rudzik et al., 2018). Esta relação poderá ser compreendida pelo próprio carácter relacional da amamentação, que envolve contacto corporal próximo, disponibilidade materna e resposta contingente aos sinais do bebé. Para além da sua função nutricional, a amamentação pode assumir uma função reguladora, sendo utilizada como estratégia para acalmar, confortar e facilitar o adormecimento, especialmente em períodos noturnos (Douglas & Hill, 2023; Rudzik et al., 2018; Dias & Figueiredo, 2020b). Contudo, importa salientar que nem todas as práticas de maior envolvimento parental diferiram em função do tipo de aleitamento, reforçando a importância de compreender estas relações de forma multifatorial e contextualizada. Nomeadamente, não se verificou associação significativa entre o tipo de aleitamento e o local onde o bebé dorme durante a noite, nem entre o tipo de aleitamento e a forma como o bebé adormece. Estes resultados sugerem que determinadas práticas de sono poderão depender não apenas do tipo de alimentação, mas também de fatores familiares, culturais e contextuais, como crenças parentais, rotinas familiares e recomendações de saúde seguidas pelos cuidadores (Huang et al., 2016; Rudzik & Ball, 2016). A este propósito, importa ainda considerar que, apesar da elevada percentagem de bebés em aleitamento materno exclusivo na presente amostra (64.2%), apenas cerca de 21% dos bebés dormiam em cama compartilhada. Esta reduzida frequência poderá refletir uma maior sensibilização parental para as recomendações mais recentes da AAP, previamente discutidas (Moon et al., 2022). Assim, a baixa prevalência desta prática na amostra poderá

também ter limitado a identificação de associações estatisticamente significativas entre o tipo de aleitamento e o local onde o bebê dorme durante a noite.

Por fim, relativamente ao quarto objetivo e à questão de investigação, os resultados sugerem que o tipo de aleitamento apresentou um contributo limitado na predição dos problemas de sono do bebê quando considerado em simultâneo com as práticas parentais na hora de adormecer. De forma geral, as práticas parentais revelaram associações mais consistentes com os problemas de sono do bebê do que o tipo de aleitamento, sugerindo que os comportamentos adotados na hora de adormecer poderão desempenhar um papel mais relevante na organização do sono infantil do que o tipo de alimentação, por si só. Os modelos de regressão revelaram que o tipo de aleitamento deixou de apresentar um efeito significativo quando as práticas maternas de sono foram consideradas, sugerindo que a relação entre o aleitamento e o sono do bebê poderá depender, em parte, das práticas associadas ao momento de adormecer. Assim, os resultados indicam que as práticas maternas parecem assumir maior relevância explicativa na organização do sono do bebê do que o tipo de aleitamento isoladamente.

Especificamente, o local onde o bebê adormece e a forma como adormece revelaram-se preditores significativos da resistência em ir para a cama, enquanto o tipo de aleitamento deixou de apresentar efeito significativo. Estes resultados reforçam a ideia de que a associação entre aleitamento e dificuldades de sono parece ocorrer sobretudo através das práticas associadas ao adormecimento, e não diretamente através do tipo de alimentação. Neste sentido, a literatura sugere que o impacto do aleitamento no sono do bebê resulta não apenas de fatores nutricionais ou fisiológicos, mas também das práticas relacionais e comportamentais associadas ao adormecimento (Sadeh et al., 2010; Ramamurthy et al., 2012). Mães que amamentam tendem a responder de forma mais imediata aos despertares do bebê, recorrendo frequentemente ao aleitamento como estratégia de regulação emocional e readormecimento (Tikotzky, 2016; Feldman, 2017). Consequentemente, a maior resistência em ir para a cama observada nos bebês amamentados poderá refletir a formação de associações externas de sono, nas quais o bebê aprende a associar o início do sono à presença do cuidador, ao contacto físico ou à alimentação (Morrell & Cortina-Borja, 2002; Sadeh et al., 2010). Assim, quando as práticas associadas ao adormecimento são consideradas no mesmo modelo, o efeito do tipo de aleitamento deixa de ser significativo, sugerindo que são estas práticas que parecem desempenhar um papel mais relevante na explicação da resistência em ir para a cama. Esta interpretação encontra-se igualmente alinhada com estudos que

demonstram que a associação entre aleitamento materno e despertares noturnos deixa de ser significativa quando são consideradas práticas como adormecer durante a alimentação ou recorrer à alimentação como estratégia de readormecimento (Ramamurthy et al., 2012; Madar et al., 2024).

De forma semelhante, o adormecer durante a alimentação revelou-se um preditor significativo dos hábitos de sono positivos e da sonolência diurna. No caso da sonolência diurna, o tipo de aleitamento deixou de apresentar um contributo significativo quando considerado em conjunto com o adormecer durante a alimentação, sugerindo que a associação entre aleitamento e sonolência poderá ser explicada sobretudo por esta prática de adormecimento. Estes resultados vão ao encontro da literatura que sugere que não é o aleitamento em si que compromete a consolidação do sono, mas sobretudo a utilização sistemática da alimentação como estratégia de readormecimento ou indução do sono (Ramamurthy et al., 2012; Madar et al., 2024).

Contudo, observou-se um padrão distinto nos hábitos de sono positivos. Ao contrário do que se verificou nas restantes dimensões dos problemas de sono, os bebés não amamentados, alimentados exclusivamente com fórmula, continuaram a apresentar mais problemas nos hábitos de sono positivos quando comparados com os bebés amamentados, mesmo após a inclusão das práticas parentais na hora de adormecer no modelo. Enquanto nas restantes dimensões o efeito do aleitamento materno deixou de ser significativo quando as práticas parentais foram consideradas, nesta dimensão a diferença entre os bebés alimentados com fórmula e os bebés em aleitamento materno exclusivo manteve-se significativa. Este resultado sugere que, no caso dos hábitos de sono positivos, o efeito do tipo de aleitamento se mantém mesmo quando é considerada a prática de adormecer durante a alimentação, indicando que este constitui um preditor independente desta dimensão do sono. Assim, a associação observada não parece ser totalmente explicada pelas práticas parentais avaliadas no presente estudo, sugerindo que outros fatores inerentes ao tipo de alimentação poderão também contribuir para os hábitos de sono positivos (Figueiredo et al., 2017; Wang et al., 2023).

Uma possível explicação para este resultado prende-se com a natureza das dimensões avaliadas. A resistência em ir para a cama encontra-se diretamente relacionada com o processo de adormecer e com as práticas parentais utilizadas nesse momento, pelo que é expectável que o efeito do tipo de aleitamento seja explicado por estas práticas. Em contraste, embora os hábitos de sono positivos também se encontrem significativamente associados à

prática de adormecer durante a alimentação, o tipo de aleitamento manteve um efeito significativo mesmo após o controlo desta prática. Este resultado sugere que os hábitos de sono positivos poderão ser influenciados não apenas pelas práticas parentais na hora de adormecer, mas também por outros fatores associados ao tipo de aleitamento, que poderão contribuir adicionalmente para esta dimensão do sono. Assim, embora o adormecer durante a alimentação contribua para explicar parte das dificuldades observadas, os resultados sugerem que outros fatores associados ao tipo de aleitamento poderão continuar a influenciar esta dimensão do sono (Sadeh & Anders, 1993; Sadeh et al., 2010). Neste sentido, é possível que as diferenças observadas reflitam também mecanismos biológicos associados ao aleitamento materno, nomeadamente a presença de melatonina no leite materno e o seu papel na regulação dos ritmos circadianos (Häusler et al., 2024; Akanalçı & Bilici, 2024), bem como os seus efeitos no desenvolvimento neurológico de estruturas envolvidas na autorregulação e na organização do ciclo sono-vigília (Deoni et al., 2013; Barry, 2021). Adicionalmente, o leite materno contém proteínas bioativas que influenciam neurotransmissores e hormonas relacionados com o sono, podendo favorecer uma melhor organização dos hábitos de sono (UNICEF, 2024). Estes mecanismos poderão ajudar a compreender porque razão o tipo de aleitamento continuou a apresentar um efeito significativo na predição dos hábitos de sono positivos, mesmo após o controlo da prática de adormecer durante a alimentação.

À luz do modelo transacional do sono, estes resultados sugerem que o sono do bebé deve ser compreendido como resultado da interação dinâmica entre fatores biológicos, comportamentais e relacionais (Sadeh & Anders, 1993; Sadeh et al., 2010). Neste sentido, práticas como alimentar o bebé até adormecer podem surgir como resposta às dificuldades de sono do bebé, mas também contribuir para a manutenção de padrões de sono mais dependentes da intervenção parental. Assim, os resultados do presente estudo parecem apoiar a perspetiva de que as práticas parentais na hora de adormecer desempenham um papel explicativo mais relevante na predição de dimensões específicas dos problemas de sono do bebé do que o tipo de aleitamento.

De forma global, os resultados reforçam a importância de compreender o sono do bebé numa perspetiva multidimensional e transacional. Embora o aleitamento materno exclusivo se tenha associado a práticas de maior proximidade parental e a algumas dificuldades específicas de sono, os modelos de regressão sugerem que a amamentação, por si só, deixa de apresentar um efeito significativo quando são consideradas as práticas parentais na hora de adormecer. Assim, o principal contributo do presente estudo parece

residir na evidência de que não é a amamentação em si que prediz maiores problemas de sono, mas sobretudo determinadas práticas frequentemente associadas ao aleitamento, como adormecer durante a alimentação ou em contextos de elevada proximidade parental.

Estes resultados assumem particular relevância considerando as recomendações da Organização Mundial da Saúde relativamente à promoção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, bem como os benefícios amplamente documentados da amamentação para a saúde física e emocional da mãe e do bebé (OMS, 2019; Barry, 2021; Feldman, 2017). Para além dos benefícios nutricionais e imunológicos, a literatura evidencia também um efeito protetor da amamentação no bem-estar psicológico materno e na redução do risco de sintomatologia depressiva pós-parto (Dias & Figueiredo, 2015). Neste sentido, os resultados do presente estudo devem ser interpretados como um contributo útil para uma compreensão mais integrativa e contextualizada da relação entre a amamentação e o sono infantil, demonstrando que esta não pode ser analisada de forma isolada, mas sim contextualizada pelas práticas parentais que a moldam. Esta leitura é particularmente importante, na medida em que permite evitar interpretações redutoras que atribuam à amamentação um efeito negativo direto no sono do bebé. Pelo contrário, os resultados sugerem que as dificuldades observadas parecem estar associadas às práticas parentais na hora de adormecer que acompanham a amamentação, como a utilização da alimentação como estratégia de indução ou retoma do sono, do que à amamentação em si (Ramamurthy et al., 2012; Madar et al., 2024). Assim, estes resultados contribuem para proteger a amamentação, ao reforçar que os seus reconhecidos benefícios devem ser considerados em articulação com práticas parentais promotoras de maior autonomia e consolidação do sono infantil (OMS, 2019; Feldman, 2017; Sadeh et al., 2010).

O presente estudo apresenta como principal força a análise integrada da relação entre o tipo de aleitamento, as práticas parentais na hora de adormecer e os problemas de sono do bebé entre os 4 e os 12 meses de idade. Esta abordagem permite uma compreensão mais abrangente do sono do bebé, uma vez que considera não apenas o tipo de alimentação, mas também o contexto comportamental e relacional em que o adormecimento ocorre, no contexto do modelo transacional do sono (Sadeh et al., 2010). Outro ponto forte prende-se com a utilização de um instrumento de avaliação reconhecido e adequado para avaliar os problemas de sono do bebé (Dias et al., 2018), permitindo analisar tanto os problemas de sono totais como dimensões específicas, nomeadamente a resistência em ir para a cama, a ansiedade do sono, os hábitos de sono positivos e a sonolência diurna. Esta análise

diferenciada possibilitou uma leitura mais precisa dos resultados, evidenciando que o tipo de aleitamento não se associa necessariamente aos problemas de sono globais, mas pode relacionar-se com dimensões específicas do sono. Acresce ainda a relevância clínica e preventiva do estudo, ao sugerir que as práticas parentais na hora de adormecer poderão assumir um papel importante na organização do sono do bebé. Esta perspetiva contribui para uma compreensão mais ampla e compreensiva da relação entre aleitamento materno e sono do bebé, valorizando simultaneamente os benefícios da amamentação e a importância de práticas de sono sensíveis, consistentes e ajustadas ao desenvolvimento do bebé. Outro contributo relevante prende-se com a consideração de três grupos de aleitamento, respeitando a classificação proposta por Labbok e Krasovec (1990) e respondendo a limitações de estudos anteriores que tendem a comparar apenas bebés amamentados e não amamentados. Esta opção permitiu uma análise mais diferenciada da relação entre aleitamento, práticas maternas de sono e problemas de sono do bebé.

Apesar destes contributos, o presente estudo apresenta algumas limitações. A principal limitação prende-se com o seu desenho transversal, que impossibilita o estabelecimento de relações causais entre as variáveis analisadas. Esta limitação é particularmente relevante no contexto do sono do bebé, uma vez que, à luz do modelo transacional do sono, as dificuldades de sono e as respostas parentais podem influenciar-se mutuamente ao longo do desenvolvimento (Sadeh et al., 2010; Dias & Figueiredo, 2020). Assim, não é possível determinar se determinadas práticas parentais contribuem para os problemas de sono do bebé ou se são adotadas em resposta a dificuldades prévias de autorregulação, maior reatividade ou maior necessidade de suporte por parte do bebé. Adicionalmente, importa considerar que o sono no primeiro ano de vida sofre mudanças rápidas e significativas, ao nível da duração, consolidação noturna, despertares e capacidade de auto-apaziguamento. Deste modo, a avaliação num único momento temporal poderá não captar adequadamente a natureza dinâmica e desenvolvimental do sono do bebé, sendo recomendável que estudos futuros adotem desenhos longitudinais que permitam acompanhar estas mudanças ao longo do tempo (Dias & Figueiredo, 2018; Galland et al., 2012).

Outra limitação refere-se à utilização de medidas de autorrelato. As mães foram responsáveis por reportar tanto as práticas de sono como os problemas de sono do bebé, o que poderá introduzir algum enviesamento decorrente da perceção parental, do cansaço, das expectativas ou das crenças relativamente ao sono do bebé. A literatura tem demonstrado que as perceções parentais sobre o sono infantil podem ser influenciadas por fatores emocionais e

contextuais, particularmente no período pós-parto, podendo existir discrepâncias entre medidas subjetivas e medidas objetivas de sono (Teti et al., 2010). De forma consistente, revisões sistemáticas sugerem que estudos baseados em autorrelato tendem a apresentar resultados distintos dos obtidos através de medidas objetivas, como a actigrafia, particularmente no que respeita à duração e fragmentação do sono do bebé (Dias & Figueiredo, 2018). Adicionalmente, importa referir que, no presente estudo, não foi utilizado o BISQ-R-SF na sua totalidade, tendo sido seleccionados apenas alguns itens relativos às práticas de sono e ao contexto de adormecimento do bebé. Esta opção permitiu responder de forma mais direta aos objetivos do estudo, mas limita uma caracterização mais abrangente dos padrões de sono do bebé avaliados por este instrumento. Assim, estudos futuros poderão beneficiar da utilização integral do BISQ-R-SF, permitindo uma avaliação mais completa das práticas de sono, dos padrões de sono-vigília e das rotinas associadas ao adormecimento.

Importa ainda considerar que a amostra apresenta alguma homogeneidade em determinadas características sociodemográficas, nomeadamente ao nível da escolaridade, do estatuto ocupacional e da situação conjugal, verificando-se uma elevada proporção de mães com escolaridade superior ao 12.º ano, empregadas e casadas ou em união de facto. Esta relativa homogeneidade poderá limitar a generalização dos resultados a populações com características sociodemográficas mais diversificadas, particularmente em contextos de maior vulnerabilidade social e económica. Além disso, as práticas de sono, o significado atribuído aos despertares noturnos e as decisões relativas ao aleitamento são influenciados por fatores culturais, familiares e contextuais (Sadeh & Anders, 1993; Sadeh et al., 2010; Tikotzky, 2017), pelo que seria relevante replicar este estudo em amostras mais diversificadas. Assim, futuros estudos beneficiariam da inclusão de amostras mais heterogéneas, bem como da avaliação de ambos os cuidadores, mães e pais, permitindo compreender de forma mais abrangente o papel de fatores contextuais, culturais, socioeconómicos e familiares na relação entre aleitamento, práticas de sono e problemas de sono do bebé.

Embora o presente estudo tenha explorado o papel preditor das práticas parentais na hora de adormecer na relação entre a amamentação e os problemas de sono do bebé, não foi testado um modelo formal de mediação, uma vez que a questão de investigação incidia sobre o papel preditor da amamentação nos problemas de sono do bebé. Assim, optou-se pela realização de modelos de regressão linear múltipla, utilizando o método *Enter*, nos quais foram introduzidas simultaneamente a variável dicotómica de amamentação (bebés amamentados vs. bebés não amamentados) e as práticas parentais na hora de adormecer, de

forma a avaliar o contributo preditor de cada variável para os problemas de sono do bebé. Estudos futuros, recorrendo a modelos de mediação, desenhos longitudinais e modelos estatísticos adequados, poderão aprofundar os mecanismos através dos quais as práticas parentais na hora de adormecer influenciam a relação entre a amamentação e os problemas de sono do bebé.

Neste sentido, futuras investigações deverão recorrer preferencialmente a desenhos longitudinais, permitindo compreender de forma mais precisa a evolução dos padrões e problemas de sono do bebé e das práticas parentais ao longo do primeiro ano de vida. A utilização de metodologias longitudinais poderá contribuir para clarificar a direção das associações observadas, particularmente tendo em conta a natureza bidirecional da relação entre práticas parentais e sono do bebé (Sadeh et al., 2010; Dias & Figueiredo, 2020; Dias & Figueiredo, 2020b). Tal como proposto pelo modelo transacional do sono, bebés com maiores dificuldades de autorregulação podem evocar respostas parentais mais intensas e interventivas, ao mesmo tempo que determinadas práticas de adormecimento podem contribuir para a manutenção dessas dificuldades (Sadeh et al., 2010; Dias & Figueiredo, 2020; Matzliach et al., 2025). Será igualmente relevante incluir a avaliação de ambos os cuidadores, mães e pais, de modo a obter uma compreensão mais abrangente das dinâmicas familiares, das respostas parentais ao sono do bebé e das possíveis diferenças no envolvimento materno e paterno ao longo do desenvolvimento do bebé.

Além disso, futuras investigações poderão explorar de forma mais aprofundada os mecanismos explicativos subjacentes à associação entre práticas de adormecimento e problemas de sono do bebé, nomeadamente o papel das associações externas de sono, da autorregulação emocional e das competências de auto-apaziguamento. Esta linha de investigação justifica-se pelo facto de a literatura sugerir que práticas parentais mais interventivas no momento de adormecer podem estar associadas a maior dependência de condições externas para iniciar ou retomar o sono, dificultando a consolidação progressiva da autorregulação do sono ao longo do primeiro ano de vida (Dias & Figueiredo, 2020b; Morrell & Cortina-Borja, 2002; Sadeh et al., 2010; Shetty et al., 2022). Os resultados do presente estudo sugerem que práticas como adormecer durante a alimentação, adormecer em contextos de maior proximidade parental ou recorrer frequentemente à intervenção do cuidador no momento de adormecer parecem associar-se a maiores dificuldades na consolidação do sono. Assim, seria relevante compreender de que forma estas práticas influenciam o desenvolvimento progressivo da autonomia no adormecer ao longo do primeiro ano de vida.

Do mesmo modo, seria pertinente que estudos futuros analisassem o impacto de outras variáveis relevantes para a compreensão do sono infantil, nomeadamente o temperamento do bebé, as crenças parentais acerca do sono, a saúde mental materna, o stress parental, a qualidade da vinculação e a qualidade do sono dos próprios pais. Estas variáveis poderão influenciar simultaneamente as práticas parentais utilizadas na hora de adormecer e os problemas de sono do bebé, contribuindo para uma compreensão mais abrangente e ecológica destas relações (Sadeh et al., 2007; Dias et al., 2023; Cook et al., 2024).

Adicionalmente, futuras investigações beneficiariam da utilização de metodologias multimétodo, combinando instrumentos validados de avaliação dos problemas de sono, como o CSHQ-I, com medidas complementares, como a actigrafia ou métodos observacionais. Esta integração deve ser entendida como complementar, e não substitutiva, uma vez que estas medidas avaliam sobretudo padrões de sono e vigília, como duração, despertares e consolidação noturna, enquanto o CSHQ-I permite avaliar especificamente problemas de sono no primeiro ano de vida. Assim, a articulação entre medidas subjetivas e objetivas poderá permitir uma compreensão mais abrangente, distinguindo entre padrões de sono observáveis e dificuldades clinicamente relevantes no sono do bebé.

Outra implicação importante para a investigação futura prende-se com a necessidade de aprofundar o estudo do aleitamento misto. Grande parte da literatura centra-se sobretudo na comparação entre aleitamento materno exclusivo e alimentação por fórmula, permanecendo ainda pouco clara a forma como o aleitamento misto se relaciona com as práticas maternas na hora de adormecer e com os problemas de sono do bebé (Barry, 2021; Dias & Figueiredo, 2020b; Ramamurthy et al., 2012). Assim, seria relevante explorar de forma mais detalhada as diferentes combinações de práticas alimentares e de adormecimento, bem como o impacto destas variáveis ao longo do desenvolvimento.

No âmbito da prática clínica e preventiva, os resultados do presente estudo reforçam a importância de compreender o sono infantil numa perspetiva multidimensional e compreensiva. Assim, estes dados sugerem a importância de apoiar e informar as famílias, particularmente as mães que amamentam, acerca de práticas promotoras de sono autónomo e da consolidação progressiva da autorregulação do sono, permitindo conciliar os benefícios da amamentação com a promoção de hábitos de sono mais adaptativos ao longo do primeiro ano de vida. Os dados sugerem que o tipo de aleitamento, isoladamente, poderá não explicar diretamente os problemas de sono do bebé, sendo fundamental considerar o papel das práticas utilizadas pelos cuidadores na hora de adormecer e a forma como estes respondem aos

despertares noturnos. Neste sentido, os resultados reforçam a importância de intervenções psicoeducativas dirigidas às mães, particularmente às que amamentam, com o objetivo de apoiar a continuidade da amamentação e, simultaneamente, promover práticas de sono ajustadas ao desenvolvimento do bebé. Estas intervenções deverão ajudar as mães a compreender que a amamentação, por si só, não constitui um fator de risco para problemas de sono, mas que algumas práticas frequentemente associadas ao aleitamento, como alimentar o bebé até adormecer de forma sistemática ou manter elevada intervenção parental no momento de adormecer, podem dificultar a aquisição gradual de competências de autorregulação (Dias & Figueiredo, 2020b; Madar et al., 2024; Ramamurthy et al., 2012).

À luz do modelo transacional do sono, importa ainda considerar que estas práticas podem surgir em resposta a bebés com maior reatividade, mais despertares ou maiores dificuldades de regulação, colocando algumas mães em maior risco de recorrer a estratégias menos favoráveis à consolidação do sono (Sadeh et al., 2010; Matzliach et al., 2025). Assim, a intervenção deve assumir um carácter preventivo e não culpabilizante, oferecendo estratégias sensíveis e realistas que permitam conciliar a responsividade materna, a segurança afetiva do bebé e a promoção gradual do adormecer autónomo.

Esta orientação poderá traduzir-se na inclusão de conteúdos sobre o sono infantil, as práticas parentais na hora de adormecer e o desenvolvimento da autorregulação do sono em programas de preparação para o parto, consultas de saúde materno-infantil e iniciativas de promoção da saúde. Desta forma, será possível apoiar as famílias na manutenção da amamentação e, simultaneamente, promover práticas de sono ajustadas ao desenvolvimento do bebé durante o primeiro ano de vida (Dias & Figueiredo, 2020b; OMS, 2023).

Os resultados reforçam igualmente a necessidade de desenvolver intervenções individualizadas e ajustadas às necessidades específicas de cada família, evitando abordagens rígidas ou culpabilizantes relativamente ao aleitamento materno e às práticas parentais de proximidade. A amamentação desempenha um papel fundamental na regulação emocional, no conforto e na relação mãe-bebé (Dias & Figueiredo, 2015; Douglas & Hill, 2023). No presente estudo, os bebés em aleitamento materno exclusivo apresentaram menos problemas nos hábitos de sono positivos do que os bebés alimentados exclusivamente com fórmula, sendo esta a única dimensão dos problemas de sono em que a diferença se manteve significativa após a inclusão das práticas parentais na hora de adormecer no modelo. Este resultado poderá apontar para um possível papel protetor do aleitamento materno nesta dimensão específica do sono. Assim, as recomendações clínicas deverão promover o

aleitamento materno, sempre que possível, conciliando os seus benefícios com a orientação para práticas de sono ajustadas ao desenvolvimento infantil.

Adicionalmente, os profissionais de saúde que acompanham famílias no período perinatal deverão estar sensibilizados para o impacto que determinadas práticas de adormecimento podem assumir na organização do sono infantil e no bem-estar familiar. A identificação precoce de dificuldades persistentes de sono poderá permitir uma intervenção preventiva mais eficaz, reduzindo o impacto negativo no stress parental, na qualidade do sono dos cuidadores e no funcionamento familiar.

Por fim, os resultados do presente estudo salientam a importância de promover programas de educação parental centrados no sono do bebé durante o primeiro ano de vida. A disponibilização de informação baseada em evidência científica poderá contribuir para uma melhor compreensão dos padrões normativos de sono do bebé, das necessidades emocionais do bebé e da influência das práticas de adormecimento na consolidação progressiva do sono, promovendo simultaneamente o bem-estar da díade mãe-bebé e o desenvolvimento saudável do bebé.

Conclusão

O presente estudo procurou aprofundar a compreensão da relação entre o tipo de aleitamento, as práticas parentais na hora de adormecer e os problemas de sono do bebé entre os quatro e os 12 meses de idade. De forma global, os resultados sugerem que o aleitamento materno exclusivo, isoladamente, não constitui um fator explicativo direto dos problemas de sono do bebé, ao contrário do aleitamento por fórmula exclusiva. Embora os bebés em aleitamento materno exclusivo tenham apresentado maiores níveis de resistência à hora de dormir e sonolência diurna, bem como maior frequência de práticas de adormecimento proximais e durante a alimentação, os modelos de regressão demonstraram que o efeito do aleitamento deixa de ser significativo quando são consideradas as práticas maternas associadas ao adormecimento. Por outro lado, o aleitamento por fórmula exclusiva apresentou uma associação a mais problemas nos hábitos de sono positivos, tendo-se mantido como preditor significativo quando consideradas as práticas parentais na hora de adormecer. Neste sentido, os resultados do presente estudo sugerem que determinadas práticas parentais na hora de adormecer, particularmente alimentar o bebé até adormecer, adormecer em contextos de elevada proximidade parental ou recorrer frequentemente à intervenção do

cuidador no momento de iniciar ou retomar o sono, parecem assumir maior relevância explicativa na organização do sono do bebê do que o tipo de aleitamento considerado isoladamente. Estes resultados reforçam a importância de compreender o sono infantil numa perspectiva multidimensional e transacional, considerando simultaneamente fatores biológicos, relacionais, comportamentais e desenvolvimentais.

Os dados obtidos parecem igualmente apoiar a perspectiva de que a autorregulação do sono constitui uma tarefa desenvolvimental progressiva durante o primeiro ano de vida. Assim, práticas de adormecimento caracterizadas por elevada intervenção parental poderão dificultar a consolidação gradual de competências de auto-apaziguamento, aumentando a dependência de condições externas para iniciar ou retomar o sono. Contudo, à luz do modelo transacional do sono, estas relações não devem ser interpretadas de forma linear ou causal, uma vez que bebés com maiores dificuldades de sono podem também evocar respostas parentais mais intensas e interventivas.

Um dos principais contributos do presente estudo reside precisamente na evidência de que a amamentação, por si só, não deve ser entendida como um fator de risco para os problemas de sono do bebê. Considerando os benefícios amplamente reconhecidos da amamentação para a saúde física e emocional da mãe e do bebê, os resultados do presente estudo reforçam a necessidade de apoiar as famílias, particularmente as mães que amamentam, na adoção de práticas de sono ajustadas ao desenvolvimento infantil. Assim, estes dados contribuem para uma compreensão mais integrada e contextualizada da relação entre aleitamento materno e sono do bebê, conciliando a promoção da amamentação com a promoção de hábitos de sono mais adaptativos.

Do ponto de vista clínico e preventivo, os resultados sugerem a importância de intervenções psicoeducativas dirigidas às famílias desde o período pré-natal e pós-parto imediato, focadas na compreensão do desenvolvimento normativo do sono, das competências de autorregulação e do impacto das práticas de adormecimento na organização do sono infantil. Estas intervenções deverão assumir um carácter sensível e não culpabilizante, ajudando os cuidadores a conciliar responsividade emocional, segurança afetiva e promoção gradual da autonomia no adormecer.

Por fim, os resultados do presente estudo reforçam a necessidade de futuras investigações longitudinais e multimétodo que permitam clarificar os mecanismos subjacentes à relação entre aleitamento, práticas maternas de sono e problemas de sono do

bebé, bem como compreender de forma mais aprofundada o papel de fatores individuais, familiares e contextuais no desenvolvimento do sono infantil.

Referências bibliográficas

- Aggelou, M., Metallinou, D., Dagla, M., Vivilaki, V., & Sarantaki, A. (2024). Evaluating educational patterns and methods in infant sleep care: Trends, effectiveness, and impact in home settings: A systematic review. *Children*, 11(11), 1337. <https://doi.org/10.3390/children11111337>
- Akanalçı, C., & Bilici, S. (2024). Biological clock and circadian rhythm of breast milk composition. *Chronobiology International*, 41(8), 1226–1236. <https://doi.org/10.1080/07420528.2024.2381599>
- American Academy of Pediatrics. (2022). Sleep-related infant deaths: Updated 2022 recommendations for reducing infant deaths in the sleep environment. *Pediatrics*, 150(1), e2022057990. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057990>
- American Academy of Sleep Medicine. (2006). Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29(10), 1277–1281. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.10.1277>
- American Academy of Sleep Medicine. (2023). *International classification of sleep disorders – Third Edition, Text Revision (ICSD-3-TR)*. American Academy of Sleep Medicine
- American Academy of Sleep Medicine. (2025). *Bedsharing and sleep practices in infants: Updated parental survey findings*. AASM Clinical Updates.
- Astbury, L., Bennett, C., Pinnington, D. M., & Bei, B. (2022). Does breastfeeding influence sleep? A longitudinal study across the first two postpartum years. *Birth*, 49(3), 540–548. <https://doi.org/10.1111/birt.12625>
- Azak, M., Korkmaz, N., & Şahin, K. (2024). *Sleep problems and influencing factors in children aged 0–3 years*. *Bezmialem Science*, 12(2), 231–238. <https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2024.56688>
- Barry, E. S. (2021). Sleep consolidation, sleep problems, and co-sleeping: Rethinking normal infant sleep as species-typical. *The Journal of Genetic Psychology*, 182(4), 183–204. <https://doi.org/10.1080/00221325.2021.1905599>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. Basic Books.
- Branco, J., Manuel, A. R., Completo, S., Marques, J., Rodrigues Antão, R., Pinto Gago, C., Paulino, E., Voutsen, O., & Barroso, R. (2023). *Prevalence and Predictive Factors of Exclusive Breastfeeding in the First Six Months of Life*. *Acta Médica Portuguesa*, 36(6), 416–423. <https://doi.org/10.20344/amp.18692>

- Brown, A., & Harries, V. (2015). Infant sleep and night feeding patterns during later infancy: Association with breastfeeding frequency, daytime complementary food intake, and infant weight. *Breastfeeding Medicine*, 10(5), 246–252.
<https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0153>
- Bruni, O., Baumgartner, E., Sette, S., Ancona, M., Caso, G., Di Cosimo, M. E., Mannini, A., Ometto, M., Pasquini, A., Ulliana, A., & Ferri, R. (2014). *Longitudinal study of sleep behavior in normal infants during the first year of life*. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 10(10), 1119–1127. <https://doi.org/10.5664/jcsm.4114>
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6–20. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.6>
- Cook, G., Carter, B., Wiggs, L., & Southam, S. (2024). Parental sleep-related practices and sleep in children aged 1–3 years: A systematic review. *Journal of Sleep Research*, 33(4), e14120. <https://doi.org/10.1111/jsr.14120>
- DeLeon, C. W., & Karraker, K. H. (2007). Intrinsic and extrinsic factors associated with night waking in 9-month-old infants. *Infant Behavior and Development*, 30(4), 596–605.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2007.03.009>
- Demirci, J. R., Braxter, B. J., & Chasens, E. R. (2012). Breastfeeding and short sleep duration in mothers and 6–11-month-old infants. *Infant Behavior and Development*, 35, 884–886. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2012.06.005>
- Deoni, S. C., Dean, D. C., III, Piryatinsky, I., O'Muircheartaigh, J., Waskiewicz, N., Lehman, K., Han, M., & Dirks, H. (2013). Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study. *NeuroImage*, 82, 77–86.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.05.090>
- Dias, C. C., & Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 171, 142–154.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.022>
- Dias, C. C., & Figueiredo, B. (2020a). Mother's prenatal and postpartum depression symptoms and infant's sleep problems at 6 months. *Infant Mental Health Journal*, 41(5), 614–627. <https://doi.org/10.1002/imhj.21869>

- Dias, C. C., & Figueiredo, B. (2020b). Sleep-wake behaviour during the first 12 months of life and associated factors: A systematic review. *Early Child Development and Care*, 190(15), 2334–2348. <https://doi.org/10.1080/03004430.2019.1582034>
- Dias, C. C., Figueiredo, B., Rocha, M., & Field, T. (2018a). Reference values and changes in infant sleep-wake behaviour during the first 12 months of life: A systematic review. *Journal of Sleep Research*, 27(5), Article e12654. <https://doi.org/10.1111/jsr.12654>
- Dias, C. C., Figueiredo, B., & Pinto, T. M. (2018b). Children's Sleep Habits Questionnaire-infant version. *Jornal de Pediatria*, 94(2), 146–152. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.05.012>
- Dias, C. C., Pinto, T. M., & Figueiredo, B. (2023). Maternal prenatal depressive symptoms and infant sleep problems: The role of infant temperament and sex. *Behavioral Sleep Medicine*, 21(6), 695–711. <https://doi.org/10.1080/15402002.2022.2155162>
- Direção-Geral da Saúde. (2024). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>
- Figueiredo, B., Dias, C. C., Brandão, S., Canário, C., & Nunes-Costa, R. (2013). Breastfeeding and postpartum depression: State of the art review. *Jornal de Pediatria*, 89(4), 332–338. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2012.12.002>
- Figueiredo, B., Dias, C. C., Pinto, T. M., & Field, T. (2016). Infant sleep-wake behaviors at two weeks, three and six months. *Infant Behavior and Development*, 44, 169–178. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.06.011>
- Figueiredo, B., Dias, C. C., Pinto, T. M., & Field, T. (2017). Exclusive breastfeeding at three months and infant sleep-wake behaviors at two weeks, three and six months. *Infant Behavior and Development*, 49, 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.06.006>
- Galbally, M., Lewis, A. J., McEgan, K., Scalzo, K., & Islam, F. A. (2013). Breastfeeding and infant sleep patterns: An Australian population study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 49(2), E147–E152. <https://doi.org/10.1111/jpc.12089>
- George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 update* (10th ed.). Pearson.
- Gossé, L. K., Wiesemann, F., Elwell, C. E., & Jones, E. J. H. (2022). Concordance between subjective and objective measures of infant sleep varies by age and maternal mood:

- Implications for studies of sleep and cognitive development. *Infant Behavior and Development*, 66, 101663. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2021.101663>
- Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, B. A., Maski, K., Nichols, C., Quan, S. F., & Wise, M. S. (2016). *Consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine on the recommended amount of sleep for healthy children: Methodology and discussion. Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(11), 1549–1561. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6288>
- Häusler, S., Lanzinger, E., Sams, E., Fazelnia, C., Allmer, K., Binder, C., Reiter, R. J., & Felder, T. K. (2024). Melatonin in human breast milk and its potential role in circadian entrainment: A nod towards chrononutrition? *Nutrients*, 16(10), 1422. <https://doi.org/10.3390/nu16101422>
- Huang, X. N., Wang, H. S., Chang, J. J., Wang, L. H., Liu, X. C., Jiang, J. X., & An, L. (2016). Feeding methods, sleep arrangement, and infant sleep patterns: A Chinese population-based study. *World Journal of Pediatrics*, 12(1), 66–75. <https://doi.org/10.1007/s12519-015-0012-8>
- Labbok, M. H., & Krasovec, K. (1990). Toward consistency in breastfeeding definitions. *Studies in Family Planning*, 21(4), 226–230. <https://doi.org/10.2307/1966617>
- Lavner, J. A., Hohman, E. E., Beach, S. R. H., Stansfield, B. K., & Savage, J. S. (2023). Effects of a responsive parenting intervention among Black families on infant sleep: A secondary analysis of the Sleep SAAF randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 6(3), e236276. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.6276>
- Madar, A. A., Kurniasari, A., Marjerrison, N., & Mdala, I. (2024). Breastfeeding and sleeping patterns among 6–12-month-old infants in Norway. *Maternal and Child Health Journal*, 28(3), 496–505. <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03805-2>
- Manková, D., Švancarová, S., & Štenclová, E. (2023). *Does the feeding method affect the quality of infant and maternal sleep? A systematic review. Infant Behavior and Development*, 73, Article 101868. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2023.101868>
- Matzliach, O., Horwitz, A., Ran-Peled, D., & Tikotzky, L. (2025). A longitudinal study of the bi-directional relations between parental bedtime and nighttime involvement and infant sleep. *Sleep Medicine*, 129, 55–66. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2025.02.017>

- Mindell, J. A., Leichman, E. S., DuMond, C., & Sadeh, A. (2017). Sleep and social-emotional development in infants and toddlers. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(2), 236–246. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1188701>
- Moon, R. Y., Carlin, R. F., & Hand, I. (2022). *Sleep-related infant deaths: Updated 2022 recommendations for reducing infant deaths in the sleep environment*. *Pediatrics*, 150(1), e2022057990. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057990>
- Morrell, J., & Cortina-Borja, M. (2002). The developmental change in strategies parents employ to settle young children to sleep, and their relationship to infant sleeping problems, as assessed by a new questionnaire: The Parental Interactive Bedtime Behaviour Scale. *Infant and Child Development*, 11(1), 17–41. <https://doi.org/10.1002/icd.251>
- Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, B. A., Maski, K., Nichols, C., Quan, S. F., & Wise, M. S. (2016a). Consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine on the recommended amount of sleep for healthy children. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(6), 785–786. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5866>
- Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, B. A., Maski, K., Nichols, C., Quan, S. F., & Wise, M. S. (2016b). *Consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine on the recommended amount of sleep for healthy children: Methodology and discussion*. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(11), 1549–1561. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6288>
- Paul, I. M., Hohman, E. E., Loken, E., Savage, J. S., Anzman-Frasca, S., Carper, P., Marini, M. E., & Birch, L. L. (2017). Mother-infant room-sharing and sleep outcomes in the INSIGHT Study. *Pediatrics*, 140(1), e20170122. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0122>
- Perrella, S. L., Dix-Matthews, A., Williams, J., Rea, A., & Geddes, D. T. (2022). Breastfeeding and maternal perceptions of infant sleep, settle and cry patterns in the first 9 months. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13098. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013098>
- Philbrook, L. E., & Teti, D. M. (2016). Bidirectional associations between bedtime parenting and infant sleep: Parenting quality, parenting practices, and their interaction. *Journal of Family Psychology*, 30(4), 431–441. <https://doi.org/10.1037/fam0000198>

- Ramamurthy, M. B., Sekartini, R., Ruangdaraganon, N., Huynh, D. H. T., Sadeh, A., & Mindell, J. A. (2012). Effect of current breastfeeding on sleep patterns in infants from Asia-Pacific region. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 48(8), 669–674. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2012.02453.x>
- Rosen, L. A. (2008). Infant sleep and feeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(6), 706–714. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00299.x>
- Rudzik, A. E. F., & Ball, H. L. (2016). Exploring maternal perceptions of infant sleep and feeding method among mothers in the United Kingdom: A qualitative focus group study. *Maternal and Child Health Journal*, 20(1), 33–40. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1798-7>
- Rudzik, A. E. F., Robinson-Smith, L., & Ball, H. L. (2018). Discrepancies in maternal reports of infant sleep vs. actigraphy by mode of feeding. *Sleep Medicine*, 49, 90–98. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.06.010>
- Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12(3), 265–296. <https://doi.org/10.1017/S0954579400003023>
- Sadeh, A. (2004). A brief screening questionnaire for infant sleep problems: Validation and findings for an Internet sample. *Pediatrics*, 113(6), e570–e577. <https://doi.org/10.1542/peds.113.6.e570>
- Sadeh, A., & Anders, T. F. (1993). Infant sleep problems: Origins, assessment, interventions. *Infant Mental Health Journal*, 14(1), 17–34. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199321\)14:1%3C17::AID-IMHJ2280140103%3E3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199321)14:1%3C17::AID-IMHJ2280140103%3E3.0.CO;2-Q)
- Sadeh, A. (2004). A brief screening questionnaire for infant sleep problems: Validation and findings for an Internet sample. *Pediatrics*, 113(6), e570–e577. <https://doi.org/10.1542/peds.113.6.e570>
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14(2), 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.05.003>
- Sahud, H., Berger, R. P., Hamm, M., Heineman, E., Cameron, F., Wasilewski, J., Griffin, A., & Muniz, G. B. (2025). Understanding parental choices related to infant sleep practices in the United States using a mixed methods approach. *BMC Pediatrics*, 25, Article 9. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05332-7>

- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2024). *Vantagens do aleitamento materno*.
<https://www.sns.gov.pt>
- Shetty, J., Newton, A. T., & Reid, G. J. (2022). Parenting practices, bedtime routines, and consistency: Associations with pediatric sleep problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 47(1), 49–58. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab072>
- Serviço Nacional de Saúde. (2024, 08 de agosto). Amamentação.
<https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-mulher/amamentacao/>
- Smith, H. W. (1975). *Strategies of social research: The methodological imagination*. Prentice-Hall.
- Teti, D. M., Kim, B. R., Mayer, G., & Countermine, M. (2010). Maternal emotional availability at bedtime predicts infant sleep quality. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 307–315. <https://doi.org/10.1037/a0019306>
- Tikotzky, L. (2017). Parenting and sleep in early childhood. *Current Opinion in Psychology*, 15, 118–124. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.016>
- Tinsley, H. E. A., & Tinsley, D. J. (1987). Uses of factor analysis in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 34(4), 414–424.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.34.4.414>
- Twomey, J. E. (2016). A consideration of maternal developmental needs in the treatment of infant sleep problems. *Clinical Social Work Journal*, 44, 309–318.
<https://doi.org/10.1007/s10615-015-0554-1>
- Valla, L., Wentzel-Larsen, T., & Slinning, K. (2022). Sleep problems reduced from 6 to 24 months of age with no evidence of links between disturbed sleep and later developmental problems. *Acta Paediatrica*, 111(7), 1354–1361.
<https://doi.org/10.1111/apa.16313>
- Vilelas, J. M. da S., & Marques, J. M. (Coords.). (2023). *Guia orientador de boas práticas: Sono do bebé e do adolescente* (Versão 7). Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobeadolescente_v7-okn.pdf
- Wang, W., Xu, X., Ma, J., & Zhang, Y. (2023). Association of breastfeeding practices during the first 3 months with infant sleep trajectories: A prospective cohort study. *The Journal of Nutrition*, 153(4), 1038–1047. <https://doi.org/10.1016/j.tjnut.2022.12.018>

- World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2018). *Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-Friendly Hospital Initiative*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>
- World Health Organization. (2023). *Infant and young child feeding*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- World Health Organization. (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055570>
- World Health Organization. (2024). *Breastfeeding*. <https://www.who.int/health-topics/breastfeeding>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Zanetti, N., D'Souza, L., Tchernegovski, P., & Blunden, S. (2023). Parents' perceptions of the quality of infant sleep behaviours and practices: A qualitative systematic review. *Infant and Child Development*, 32(1), e2369. <https://doi.org/10.1002/icd.2369>

Anexos

Anexo A. Pedido de consentimento informado e Questionário Sociodemográfico e académico.

Amamentação, crenças maternas sobre o sono (próprio sono e sono do bebé), práticas de interação na hora de adormecer e problemas do sono do bebé entre os 4 e os 12 meses de idade

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga, estamos a desenvolver um estudo com o objetivo de analisar a relação entre o tipo de aleitamento, as crenças maternas sobre o sono (próprio sono e sono do bebé), as práticas de interação na hora de adormecer e os problemas de sono em bebés entre os 4 e os 12 meses de idade, sob a orientação da Professora Doutora Cláudia Dias.

Para tal, convido-a a participar neste estudo, através do preenchimento de um questionário online que inclui: um questionário sociodemográfico, o *Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form (BISQ-R-SF)*, o *Children’s Sleep Habits Questionnaire – Infant Version (CSHQ-I)*, *Infant Sleep Vignettes Interpretation Scale (ISVIS)*, *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*, *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*, *State-Trait Anxiety Inventory – Form I (STAI-I)*, *Sleep Practices and Attitudes Questionnaire (SPAQ)*.

Não existem respostas certas ou erradas, apenas a sua experiência e perceção são relevantes. Caso pretenda participar, a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem necessidade de justificação. Todos os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial, sendo utilizados exclusivamente para fins de investigação científica leia atentamente todas as instruções e responda a todas as questões.

Se de alguma forma tiver algum tipo de ativação emocional e/ou em caso de dúvida ou necessidade de esclarecimento, contacte:

Helena Isabel Vieira Gonçalves (s-hivgoncalves@ucp.pt)

Inês Gomes Silva (s-ingosilva@ucp.pt)

Lara Gonçalves Lopes (s-lagolopes@ucp.pt)

Sara Filipa Gomes de Sousa (s-sfgsousa@ucp.pt)

Cláudia Castro Dias (cladidas@ucp.pt)

Consinto participar neste estudo?

- Sim ____

Não ____

Questionário Sociodemográfico**Secção 1 – Mãe**

1. **Idade:** _____ anos
2. **Nacionalidade:**
 - Portuguesa
 - Outra: _____
3. **País de residência:** _____
4. **Estado civil:**
 - Solteira
 - Casada / União de facto
 - Em regime de coabitação
 - Separada/ Divorciada
 - Viúva
5. **Número de filhos:** _____

Situação Profissional**6. Anos de escolaridade completos:**

- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutoramento

7. Estatuto ocupacional atual:

- Estudante
- Empregada
- Empregada, mas atualmente sem exercer funções (exemplo, baixa médica, licença de maternidade, etc.)
- Doméstica
- Desempregada
- Outro: _____

8. Se está empregada, qual a sua profissão? [Resposta curta]**9. Estado atual de saúde física:**

- Sem problemas ____
- Com problemas ____

10. Toma medicação para algum problema físico atualmente?

- Não _____
- Sim _____

11. Estado atual de saúde psicológica/psiquiátrica:

- Sem problemas _____
- Com problemas _____

12. Toma medicação para algum problema psiquiátrico atualmente?

- Não _____
- Sim _____

Secção 2 – Informações sobre o Bebê**13. Data de nascimento:** ____ / ____ / ____**14. Tipo de gravidez:**

- Normal _____
- De risco _____

15. Sexo

- Feminino _____
- Masculino _____

16. Número de semanas de gestação no momento do parto: _____ semanas**17. Peso do Bebê à nascença:** _____ g**18. Comprimento do bebé à nascença (em cm):**

[Resposta curta]

19. Tipo de parto

- Parto normal, com epidural _____
- Parto normal, sem epidural _____
- Cesariana, com epidural _____
- Cesariana, com anestesia geral _____
- Parto com fórceps _____
- Parto com ventosa _____

20. Atualmente, como está a ser alimentado o bebé (sem contabilizar os alimentos sólidos)?

- Apenas fórmula ____
- Apenas leite materno ____
- Leite materno e fórmula ____

21. Se já não amamenta o seu bebé, durante quanto tempo o fez (em meses)?

[Resposta curta]

22. Teve problemas com a amamentação?

- Não ____
- Sim ____

Se sim, qual/quais?

[Resposta curta]

23. O bebé já foi introduzido à alimentação sólida?

- Sim ____
- Não ____
- Se sim, quando?
[Resposta curta]

24. O bebé tem algum problema de saúde?

- Não ____
- Sim – Qual? _____

25. O bebé frequenta a creche?

- Não ____
- Sim ____

Se sim, com que idade começou a frequentar a creche (em meses)?

[Resposta curta]

Anexo C. *Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised Short Form (BISQ-R-SF)*, versão revista e abreviada do *Brief Infant Sleep Questionnaire (BISQ)*, originalmente desenvolvido por Sadeh (2004) e posteriormente reformulado por Sadeh, Mindell e Tikotzky (2020). A

Anexo E. Cronograma

[illegible]

