

Perturbações do sono na criança

Perspectiva do Pediatra

Tojal Monteiro¹

RESUMO

Os distúrbios do sono constituem uma das principais perturbações do comportamento das crianças de todas as idades, particularmente das mais jovens.

Têm uma elevada prevalência e causam perturbação do equilíbrio emocional das crianças, directa e indirectamente pelo reflexo na dinâmica familiar.

Depois de breve abordagem sobre a fisiologia do sono, o autor enfatiza as medidas profiláticas para a criança dormir bem. Faz uma abordagem prática dos distúrbios do sono mais frequentes e ainda de situações patológicas orgânicas frequentemente encontradas na clínica diária de ambulatório, capazes de perturbar o sono.

Palavras-chave: acordar de noite, perturbações do sono, prevenção.

Nascer e Crescer 2006; 15(3): S180-S183

Os distúrbios do sono, ainda que muitas vezes transitórios, são uma das perturbações comportamentais mais vezes observadas na prática clínica e assumem uma enorme importância no desequilíbrio emocional da criança e da família, pois podem acarretar graves consequências como desajustamentos familiares, maus-tratos, prejuízos sociais e económicos^(1,2). Merecem portanto a nossa atenção. Podem ser primários e secundários. Nos primeiros, estão as dissónias, quando há perturbação da duração ou da organização temporal do sono (recusar em dormir

ou acordar de noite), as parassónias, quando há comportamentos anormais como terrores e sonambulismo. Nos segundos há situações ou doenças orgânicas que secundariamente levam a criança a não dormir. Define – se acordar de noite, quando a criança acorda e chora pelo menos uma vez entre a meia-noite e as 5 da manhã, pelo menos 4 vezes por semana e por 4 semanas consecutivas. É uma situação frequente. Referem – se valores de 25 a 40% no 2º semestre e 20 a 30% entre os 12 e os 24 meses. Dificuldade em iniciar o sono, definida como uma demora de mais de 30 minutos, é também frequente: de 6% no 1º ano a 50% aos 4 anos. Pesadelos foram observados em cerca de 62% em crianças entre 1 e 5 anos^(1,3,4). O senso comum leva – nos a supor que a criança vem fisiologicamente preparada para dormir bem de noite. A prática clínica e os trabalhos científicos naturalmente assim o confirmam. Mas, como numa elevada percentagem de casos assim não acontece, então, ou se tomam medidas erradas e por isso impeditivas de alcançar a “programação natural” ou existe patologia subjacente que importa identificar e tratar.

O que se deve fazer para a criança dormir bem? Para compreendermos melhor as atitudes adequadas, recordemos alguns aspectos da fisiologia do sono e do desenvolvimento afectivo, cognitivo e motor. As crianças não nascem com a capacidade de dormir toda a noite. Esta, como qualquer outra, vai – se desenvolvendo com a idade. Assim o recém – nascido dorme cerca de 16 h por dia, por períodos de 20 minutos a 6 horas, distribuídos ao longo das 24 h. Os pais devem esperar que o seu filho

acorde 3 a 4 vezes por noite ou mais, se amamentado. Progressivamente o sono vai – organizando. Pelos 3 meses, das 15 horas de sono diárias, 8 a 9 já se dão durante a noite. Cerca de 75% dos lactentes dormem pelo menos 6 horas sem darem qualquer sinal. No início do segundo semestre dá – se o chamado “settling”, um das características do sono do adulto, que é a capacidade de voltar a adormecer sem sinalização e ajuda após as interrupções normais do sono. Por esta altura, a maioria dos lactentes dorme 10 a 12 h por noite. Pelo final do primeiro ano a sesta da manhã desaparece e a da tarde vai se mantendo até cerca dos três anos. O número de horas de sono nocturno vai assim diminuindo progressivamente: de 16 a 17 h na 1ª semana até às 10h pelos nove anos e 8 no adulto^(3,4). No primeiro semestre, o desenvolvimento afectivo caracteriza – se pelo aparecimento progressivo da sincronia que é o conhecimento mútuo entre mãe e o filho. Segue – se a ligação preferencial com a mãe (ou outro cuidador), que a criança reconhece com facilidade, sem que ao mesmo tempo rejeite outro cuidador, o que já não acontece no segundo semestre em que surge a reacção aos estranhos ou angústia de separação. Entretanto e gradualmente, vai a criança revelando o seu temperamento. O desenvolvimento cognitivo vai – se alicerçando na exploração e interacção com o meio ambiente através dos sentidos, na progressiva e intencional procura e reprodução das sensações mais agradáveis (fase sensorial – motora de Piaget) e mais tarde com a aquisição dos conceitos da permanência dos objectos e da casualidade. Estes conhecimentos aperfeiçoam e desenvolvem a capacidade da inte-

¹ Professor de Pediatria do ICBAS - Porto

racção significativa com objectos e pessoas. Entretanto, as aquisições motoras tem vindo a progredir, as necessidades nutricionais a diminuir e os interesses da criança a dirigirem – se ao que mais lhe interessa, já não tanto a comida, mas a interacção com o meio ambiente permitida pelo desenvolvimento motor e modelada pelo conhecimento e pela afectividade. Ora tendo então em conta esta organização da vida da criança, podemos entender melhor a planificação de estratégias conducentes a um dormir bem. No primeiro semestre: limitar os períodos de sono diurnos a 3 a 4 horas; quando a criança parece querer dormir deve ser colocada no berço ainda acordada e permitir – se que inicie o sono sem qualquer ajuda (embalar, com a refeição, chupeta, etc); quarto próprio o mais cedo possível (pelo menos aos dois meses); ir limitando as refeições nocturnas e não responder aos sons e movimentos normais que acontecem durante o sono, pegando, acariciando ou alimentando o bebé; permitir - lhe o reinício do sono sem ajuda, quando fisiologicamente, acorda após um período de sono. No segundo semestre: fornecer um objecto transitivo independente do adulto; rotina previsível, agradável e tranquila antes de ir dormir; não retirar da cama se houver luta (se vai para a cama não sai da cama...); cuidados extras de carinho durante o dia; responder de imediato a pesadelos ou outros acontecimentos anormais; retomar a conduta habitual se esta for interrompida por uma doença. Depois do primeiro ano: não usar o quarto como punição (time out), não pôr lá televisão ou jogos de vídeo e permitir, se possível, actividades ao ar livre e exercício físico regular^(5,6).

Compete ao pediatra, nas consultas de saúde, orientar devidamente a família para que a criança venha a dormir bem, inquirir se há perturbações do sono que a família poderá não valorizar, mas que identificará, e estar atento a manifestações diurnas das perturbações do sono, quer evidentes, como excessiva sonolência, quer às mais subtis, como falta de rendimento escolar, irritabilidade, impulsividade e falta

de atenção. Estes últimos aspectos podem levar à suspeita de perturbação do défice da atenção/hiperactividade. Devemos assim rastrear e identificar possíveis consequências de perturbações do sono, como há dificuldades em ir dormir, excessiva sonolência diurna, sono fragmentado, perturbação da regularidade e duração do sono ou ressonar. Quando a criança dorme mal, há que navegar pelas causas: dissónias, parassónias e doenças orgânicas com efeitos sobre o sono. As dissónias^(3,4,5,6) podem ser comportamentais devido a associações com o início do sono. São erros cometidos no adormecer: pôr a criança no berço adormecida com a ajuda da alimentação (mama ou biberão) ou com outros rituais como embalar e chupeta. Quando assim faz, a família está a treinar a criança a requerer o ritual que teve para adormecer, quando volta a ter de reiniciar o sono após breves acordares fisiológicos. A criança não aprende a iniciar o sono por si só, sem ajuda. Introduziu – se um objecto transitivo errado, a refeição ou outro ritual, ambos dependentes do adulto. A criança fica dependente deles sempre que precisa de iniciar o sono, seja no início, seja durante da noite aquando os breves acordares depois de cada fase do sono. Há então que repor as atitudes adequadas, revistas acima: ir para a cama acordada e iniciar o sono sem ajuda. Se precisar de ajuda que esta seja independente do adulto, isto é, se precisar de um objecto transitivo, este não pode identificar – se com o adulto. A dissónia pode dever – se a dificuldades ao deitar. A criança tem dificuldade em iniciar o sono. Não quer dormir, luta para continuar acordada, chora e acaba por ser retirada da cama. A família não pode ceder. Se vai dormir e já esta na cama...fica na cama. Há que ser firme, caso contrário a criança vence e a situação eterniza – se. Mas é preciso distinguir esta situação de outras que se assemelham: angústia de separação mais marcada, medos da noite, stress e perturbação do ritmo circadiano. O diagnóstico pode ser feito quando a criança adormece havendo firmeza e coerência, caso contrário há que colocar as

hipóteses acabadas de expor. Pode ter uma origem psico – social: medos da noite e stress. À medida que se aproxima a noite a inquietação e o receio começam a aparecer. A criança adormece facilmente se tiver companhia, a porta aberta, a luz acesa, etc. Receia haver “monstros” que por vezes existem mesmo, abusadores. A dificuldade em adormecer pode ainda ser devida a perturbação do ritmo circadiano. Há um “relógio” localizado no núcleo supra - quiasmático do hipotálamo anterior a controlar o horário da vigília e do sono. As oscilações diárias da temperatura corporal são também comandadas por um outro “relógio” hipotalâmico. Os dois “relógios” comunicam pois o sono surge quando a temperatura desce. Dormir a arrepio do “relógio” é complicado, mas os pais julgam que é possível pois apenas conhecem o relógio social. Ora há crianças madrugadoras que se deitam e levantam cedo e noctívagas, ao contrário. O desacerto entre o “relógio” biológico e o social perturba o sono, pois o atraso do “relógio” biológico leva a que a criança não possa iniciar o sono quando a família entende. Querem dormir e acordar tarde. O adiantamento põe a criança irritável antes do horário estabelecido para ir dormir e acorda a criança de madrugada. Há necessidade de diagnosticarmos este desencontro horário e gradualmente procedermos ao acerto⁽⁴⁾. O atraso biológico é frequente no adolescente e relaciona – se com a tempestade hormonal a que está sujeito. Este atraso fisiológico pode ser agravado pelo tipo de vida do adolescente. Também é comum no adolescente uma insónia fisiológica no início ou durante o sono. Outras perturbações do sono mais raras nesta faixa etária são a narcolepsia (excessiva sonolência diurna) e a síndrome das pernas inquietas (restless legs syndrome/periodic limb movement disorder) que se manifesta por desagradáveis sensações de formigueiro e reptação nos períodos de inactividade, como no começo do sono, aliviadas pelo movimento. A insónia constitui uma manifestação subtil de depressão, não só neste grupo etário⁽⁷⁾.

As parassónias mais frequentes são os terrores e os pesadelos. Há necessidade de serem distinguidos. Em ambos a criança parece muito assustada, agitada e desorientada. Mas há diferenças. No terror, a criança continua a dormir (não deve ser acordada), não é consolável e parece fora dela. Nos pesadelos, a criança está acordada, diz o que sonhou e é capaz de ser confortada. Trata-se de um sonho “mau” e dá-se na fase do sono de movimentos oculares rápidos (é nesta fase que há sonhos). O terror não é um sonho: ocorre nas fases menos profundas (acordar parcial) do sono sem movimentos oculares rápidos. Pode acompanhar-se de sonambulismo. Cede espontaneamente e mais depressa se não se acordar a criança. Nos casos mais aparatosos e frequentes, podemos recorrer às benzodiazepinas ou aos antidepressores tricíclicos⁽³⁾.

Finalmente, pode haver doenças orgânicas na origem de perturbações do sono. Algumas são fáceis de reconhecer como uma otite média aguda, o prurido da dermatite atópica, a tosse, cefaleias de um tumor cerebral, e efeitos laterais de fármacos. Outras situações podem ser de reconhecimento mais difícil, mas um alto índice de suspeita, uma rigorosa anamnese e um exame físico detalhado podem dar sugestões de diagnóstico. Vejamos algumas. Suspeitamos de “cólica” perante o choro intermitente, inexplicado, com início pelas 2 – 3 semanas, pico de incidência no 2º mês e resolução pelos 3 – 4 meses. Afecta cerca de 10% dos lactentes e motiva forte incómodo familiar. São bebés saudáveis e felizes durante o dia. Habitualmente ao fim da tarde e durante a noite choram inconsolavelmente pelo menos durante 3 horas, 3 dias por semana e durante 3 semanas⁽⁶⁾. Há outras definições de choro excessivo, recomendando-se afinar critérios para possibilitar estudos comparativos⁽⁹⁾. É um diagnóstico de exclusão. A etiologia é muito especulada: da falta de carinho^(10,11) à alergia às proteínas do leite de vaca^(12,13) e polémica relação posterior com outras doenças atópicas^(14,15), ou outros aler-

gênios alimentares⁽¹⁶⁾, passando pela associação à depressão pós parto⁽¹⁷⁾ e ao fumo passivo ante e pós natal⁽¹⁸⁾. A doença do refluxo gastroesofágico é uma situação que obriga ao diagnóstico diferencial perante a criança com perturbação do sono. Em vez do quadro típico, regurgitação, manifestações respiratórias e falência do crescimento, pode haver apenas irritabilidade e choro, muitas vezes mais evidentes durante a noite. Pode confundir-se com a “cólica”, pois a sintomatologia surge nos primeiros meses, mas ao contrário da desta, vai-se mantendo e agravando durante o 1º ano. A hipoventilação obstrutiva/apneia do sono é uma perturbação respiratória observada durante o sono, devida a obstrução das vias aéreas. Esta obstrução tem como principal causa a hipertrofia adenóide-amigdalina e a grande obesidade. Os sintomas cardinais são o ressonar e a apneia. Mas pode ser apenas evidente um sono agitado, com episódios frequentes de vigília, e durante o dia sonolência, perturbações neurocomportamentais (hiperactividade) e diminuição do rendimento escolar. Pode haver ainda enurese, cefaleias matinais e halitose. O exame clínico pode ser normal ou constatar a referida hipertrofia. A prevalência é elevada, apontando-se valores de 10 a 25% em crianças entre os 3 e os 12 anos (idades em que se regista o maior “desequilíbrio” entre o volume da naso e orofaringe versus volume das adenóides e amígdalas), tendo apneias cerca de 10% delas. Um estudo português em cerca de mil crianças frequentando a escolaridade básica, revelou que 8.6% tinham um ressonar forte frequente ou constante e 30.6% ocasional. Como o ressonar é frequente e tantas vezes familiar, pode não ser valorizado e assim não ser apresentado como queixa⁽¹⁹⁾. Por isso em todas as consultas de saúde devemos averiguar esta perturbação do sono. A alergia às proteínas do leite de vaca, para além da sua relação com as “cólicas”, pode ser causa de insónia⁽²⁰⁾.

Em resumo, a maioria dos casos em que há perturbações do sono, deve-se a atitudes incorrectas na alitu-

ra do deitar: objectos transitivos inadequados e cedência fácil perante a luta contra o ir dormir. Há no entanto que diagnosticar desacertos entre o “relógio” biológico e o social e ter em conta situações em que existindo patologia orgânica, as perturbações do sono são apenas um sintoma. Nas parassónias é essencial distinguir o terror do pesadelo. Há medidas profiláticas eficazes do dormir mal e a sua discussão deve fazer parte dos cuidados antecipatórios em todas as consultas de saúde.

SLEEP PROBLEMS IN CHILD A PAEDIATRICS' PERSPECTIVE

ABSTRACT

Sleep disorders are among the most common behavioural problems in all children, specially in the youngest.

They represent an important emotional distress for children and family.

After a brief note about sleep physiology and prophylactic measures to sleep well, the author presents a practical overview of the more frequent sleep disorders, including organic conditions.

Key words: sleep disorders, night awakening, prevention measures.

Nascer e Crescer 2006; 15(3): S180-S183

BIBLIOGRAFIA

1. Wake M, Morton – Allen E, Poulakis Z, DPsych, Hiscock H, Gallagher S et al: Prevalence, stability, and outcomes of cry – fuss and sleep problems in the first 2 years of life: prospective community – based study. *Pediatrics* 2006; 117:836 – 842.
2. Touchette E, Peti D, Paquet J, Boivin M, Japel C, Tremblay RE et al: Factors associated with fragmented sleep at night across early childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159: 242 – 249.
3. Blum NJ, Carey WB: Sleep Problems among infants and young children. *Pediatrics in Review* 1996; 17: 87 – 92.

4. Ferber R: Sleeplessness, night awakening, and night crying in the infant and toddler. *Pediatrics in Review* 1987; 9: 69 – 82.
5. Algranati PS, Dworkin PH: Infancy problem behaviours. *Pediatrics in Review* 1992; 13:16 – 22.
6. Schmit BD: The prevention of sleep problems and colic. *Pediatr Clin North Am.* 1986; 33:763 – 774.
7. Owens JA: Sleep disorders. In: Behrman RE, Kliegmann RM, Jenson HB. *Nelson Textbook of Pediatrics.* 17 th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2004: 75 – 80.
8. Lehtonen L, Korvenranta H. Infantile colic: seasonal incidence and crying profiles. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1995;149:533 – 536
9. Reijneveld S A, Brugman E, Hirasig R A: Excessive infant crying: The impact of varying definitions. *Pediatrics* 2001; 108:893 - 897.
10. Hunziker UA, Barr RG. Increased carrying reduces infant crying: a randomised controlled trial. *Pediatrics* 1986; 77:641 – 648.
11. Taubmann B: Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent – infant interaction. *Pediatrics* 1984; 74:998 – 1003.
12. Lothe L, Lindeberg T. Cow's milk whey protein elicits symptoms of infant colic in colicky formula – fed infants: a double –blind crossover study. *Pediatrics* 1989; 83:262 – 266.
13. Treem WR. Infant colic. A pediatric gastroenterologist's perspective. *Pediatr Clin North Am.* 1994;41:1121 – 1138
14. Savino F, Castagno E, Bretto R, Brondello C, Palumeri E, Oggero R. A prospective 10 – year study on children who had severe infantile colic. *Acta Paediatrica* 2005; 94 (suppl 449):129 – 132.
15. Castro – Rodrigues J A, Stern D, Halonen M, Wright A, Holberg C, Taussing L e al. Relation between infantile colic and asthma/atopy: a prospective study in an unselected population. *Pediatrics* 2001; 108:878 – 882.
16. Hill D J, Roy N, Heine R G, Hosking C L, Francis D E, Brown J et al. Effect of a low – allergen maternal diet and colic among breastfed infants: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 2005; 116: e 709 – e 715.
17. Akman I, Kuscu K, Ozdemir N, Yurdakul Z, Solakoglu M, Orhan L et al. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Arch Dis Child* 2006; 91:417 – 419.
18. Reijneveld SA, Lanting CI, Crone MR, Van Wouwe JP: Exposure to tobacco smoke and infant crying. *Acta Paediatrica* 2005; 94: 217 – 221.
19. Monteiro T, Guedes M, Reis G: Artigo recomendado. *Nascer e Crescer* 2005; 14(2): 119 - 122.
20. Kahn A, Mozin M J, Casimir G, Montauk L, Blum D: Insomnia and cow milk allergy in infants. *Pediatrics* 1985;76:880 – 884.

Correspondência:

Rua António Cândido 223
4200- Porto