

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

nº 49

Departamentos Científicos da SPSP,
gestão 2007-2009.



Departamento de
Oftalmologia

**Causas de baixa
visão e cegueira
em crianças**

Departamento de Medicina do Sono
Insônia na infância

Departamento de Gastroenterologia

**Uso dos
inibidores de
bomba de prótons
em Pediatria**



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Alameda Santos, 211, 5º andar
01419-000 São Paulo, SP
(11) 3284-9809

Insônia na infância

A insônia na criança é um diagnóstico de exclusão e, na abordagem inicial, devem-se afastar causas clínicas. Dentre as causas clínicas mais comuns que podem reduzir ou interromper o sono da criança destacam-se, pela sua alta prevalência, as síndromes álgicas, como, por exemplo, a cólica do lactente e as otites de repetição. O refluxo gastro-esofágico deve ser sempre considerado no diagnóstico diferencial, assim como o uso de medicações estimulantes, obstrução de vias aéreas e crises de asma noturna.

A insônia na infância, quando comparada aos adultos, difere quanto à apresentação, fisiopatologia e tratamento, sendo que a principal forma de insônia na criança é a “insônia comportamental”.

Avaliação da insônia

Na avaliação clínica da insônia, questões são fundamentais para o melhor entendimento do quadro: questões sobre o horário de sono

(horário de dormir e acordar nos dias de semana e fim de semana); rotinas para dormir (história, música); eventos associados ao sono (ronco, apneia, despertares, terror noturno); comportamento diurno (soneca, fadiga, refeições, ingestão de cafeína e medicações); eventos significantes da vida da criança (mudança de casa ou escola, divórcio dos pais, nascimento de irmãos), já que estes podem ter impacto significativo no padrão de sono da criança e alteração do humor e função cognitiva (irritabilidade, hiperatividade, dificuldade de concentração).

Ainda, recomenda-se a elaboração de um diário de sono por uma a duas semanas, pelos cuidadores, pois pode fornecer dados úteis para se conhecer o padrão de sono e para fazer um acompanhamento com o decorrer do tempo. Para isso, informações simples - horário em que a criança foi para a cama; quanto tempo a criança levou para adormecer; qual a frequência e duração dos desper-

Autoras:

Márcia Pradella-Hallinan e
Rosana Souza Cardoso Alves

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO SONO

Gestão 2007-2009

Presidente:

Rosana Souza Cardoso Alves

Vice-Presidente:

Gustavo Antonio Moreira

Secretário:

José Carlos Pereira Júnior

Membros:

Alice Masuko,
Beatriz Neuhaus Barbizan,
Giuliana de Freitas Fongaro,
Katia Schmutzler,
Lucila Bizari F. do Prado,
Márcia Pradella-Hallinan.

tares noturnos; qual é o horário de acordar pela manhã e a duração e horário das sonecas diurnas - são suficientes.

Insônia associada a condições neurológicas e psiquiátricas

Em crianças que apresentam síndromes neurológicas como, por exemplo, a síndrome de Angelman, síndrome de Rett e várias síndromes heredo-degenerativas, frequentemente se observa dificuldade para iniciar e manter o sono. Crianças com autismo podem apresentar uma redução do tempo total de sono e um padrão irregular de ritmo vigília-sono.

A insônia é comum em crianças com depressão e crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade podem apresentar dificuldade para iniciar o sono e associá-lo a vários despertares.

Insônia comportamental da infância

A insônia comportamental ocorre em 10% a 30% das crianças pré-escolares. A Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (IS-

CD-2) define como a característica essencial da insônia comportamental a dificuldade de uma criança em adormecer e/ou manter o sono. Pode ser classificada em dois tipos: distúrbio de associação ou distúrbio de falta de limites.

► Distúrbio de associação

Existem certas condições associadas ao início do sono que são necessárias para a criança adormecer e voltar a dormir após cada despertar no decorrer da noite. Associações positivas são condições que a criança pode prover para si mesma. O “amiguinho de dormir”, como um bichinho macio, é recomendado desde que a criança tenha adequada preensão, ou seja, em torno do quarto ou quinto mês de vida. Associações negativas necessitam de assistência ou presença do cuidador – mamadeira, embalar, dormir mexendo no cabelo ou orelha da mãe etc. As associações negativas também incluem estímulos externos, como: TV, balançar no carrinho, dormir na cama dos pais, andar de carro etc.). Quando a condição associada ao sono está presente, a criança adormece rapidamente. Se a condição associada ao sono

não estiver presente, a criança apresenta despertares noturnos longos e frequentes.

O distúrbio de associação acomete principalmente crianças entre seis meses a três anos de idade. O diagnóstico de insônia comportamental antes dos seis meses de idade não é apropriado, pois a capacidade de dormir longos períodos é uma aptidão que se desenvolve entre o 3º e o 6º mês de vida. Geralmente, a prevalência dos despertares noturnos se reduz após três anos de idade, porém, o distúrbio de associação pode

perdurar muitos anos, se não houver intervenção.

► **Distúrbio da falta de limites**

Apresenta-se como recusa ou retardo em ir para a cama no horário estabelecido. Quando os limites são determinados, as crianças tendem a adormecer com mais facilidade. Prorrogar o horário de dormir pode incluir diversos pedidos (sede, banheiro, mais um beijo de boa noite) ou atividades adicionais no horário de dormir (ver TV, ler mais uma história). Uma vez que a criança adormece, a qualidade

Tabela 1 - Critérios diagnósticos: Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (ICSD-2)

Distúrbio de associação

- Adormecer é um processo lento e requer condições especiais;
- As associações com início do sono são problemáticas e requerem muito esforço;
- Na ausência de elementos da associação, o início do sono está significativamente atrasado ou o sono está fragmentado;
- Os despertares noturnos requerem intervenção do cuidador para que a criança retorne a adormecer.

Distúrbio de falta de limites

- Dificuldade de iniciar ou manter o sono;
- Protela ou recusa para ir para cama no horário apropriado ou recusa em retornar para cama após os despertares noturnos;
- O cuidador demonstra incapacidade de estabelecer comportamento de sono apropriado para a criança;
- O distúrbio de sono não é explicado por outro distúrbio do sono, médico, neurológico mental ou uso de medicação.

do sono é normal e eles tendem a ter poucos despertares. No entanto, crianças com o distúrbio da falta de limites costumam ter um tempo de sono mais curto (30 a 60 minutos).

No distúrbio da falta de limites, há dois padrões de comportamento dos cuidadores: há pais que colocam pouco ou nenhum limite no comportamento de seus filhos, por exemplo, podem deixar que a criança determine o horário de dormir ou permitam que durmam assistindo TV no quarto dos pais, prolongando o tempo para início do sono; há pais que estabelecem limites imprevisíveis e irregulares, enviando mensagens confusas para a criança. Uma forma de descobrir se o comportamento dos pais está contribuindo para a dificuldade da criança dormir é perguntar se a criança tem dificuldade de adormecer na presença de outros cuidadores (escola, creche, casa da avó) ou se a criança dorme espontaneamente no horário de dormir, mas em local indesejado (no quarto dos pais ou em frente à TV).

Consequências

Qualquer que seja a causa

da insônia na criança, o resultado será sempre o mesmo: haverá um impacto negativo no comportamento, humor e até repercussão nas aquisições/aprendizado da criança. Os problemas de sono da criança também atuam negativamente nos pais e cuidadores, pois levam à privação de sono. A privação de sono em adultos pode acarretar falta de concentração no trabalho, acidentes no trânsito e até depressão. Os cuidadores podem apresentar sentimentos negativos para com a criança, o que dificulta ainda mais a resolução do problema, perpetuando o ciclo vicioso.

Tratamento

► Abordagem comportamental

É sempre a primeira abordagem a ser considerada. Medidas de higiene do sono, corrigindo hábitos inadequados são sempre importantes, como evitar horários irregulares de dormir, TV e brincadeiras excitantes próximas ao horário de dormir. Um ritual para dormir, com duração de 20 a 30 minutos, deve ser instituído: recomenda-se um ritual simples e a associação de um objeto de transição – o amiguinho de dormir – como

Referências bibliográficas

Livros recomendados:

American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. 2nd edition Diagnostic and coding manual. Westchester, IL. American Academy of Sleep Medicine, 2005.

Estivill E, Bejar L. Nana Nenê. Como Resolver o Problema de Insônia do seu Filho. 3ª edição. São Paulo. Editora Martins Fontes, 2004.

Ferber R. Bom Sono "Solve Your child Sleep Problems". Editora Rideel (traduzido para português), 2008.

Mindel JA. Sleeping Through the Night: How Infants, toddlers, and their Parents Can Get a Good Night's Sleep. First ed. New York. Harper Collins, 1997.

Mindell JA, Owens JA. A clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems. Philadelphia, PA. Lippincott, Williams & Wilkins, 2003.

Pessoa JHL, Pereira Jr JC, Alves RSC. Distúrbios do sono na criança e no adolescente. Editora Atheneu 2008.

Richardson MA, Friedman NR. Clinician's Guide to Pediatric Sleep Disorders. First edition, New York, Informa Healthcare, 2007.

Sheldon SH, Ferber R, Kryger MH. Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine. Elsevier 2005.

Weiss SK. Better Sleep for your Baby & Child. Robert Rose Inc. 2006.

auxiliar no processo de habilitação de “aprender a dormir sozinho”. O ritual pode ser iniciado por um banho matutino, atividades relaxantes na cama, como: massagem, leitura, cantar, contar histórias, terminando sempre com um gostoso beijo de boa noite. As crianças necessitam aprender a adormecer sozinhas no próprio berço/cama, pois não podem voltar a dormir sem ajuda quando despertarem no meio da noite. Existem diversos métodos que auxiliam a criança a adormecer sozinha, tais como: extinção, extinção gradativa, rotinas positivas, visitas breves, desmame da presença dos pais.

O horário apropriado para uma criança dormir, desde o lactente até a idade pré-escolar, deve ser entre 19h00 e 20h30. Quando o horário de dormir é mais tardio, as crianças ficam muito cansadas, irritadas e têm dificuldade para adormecer. O horário de dormir não deve variar entre dias de semanas e fins de semana, pois horários irregulares podem dificultar o adormecer. As sonecas diurnas são essenciais para a criança até três ou quatro anos de idade e não devem ocorrer após as 16 horas para não dificultar o sono

noturno. Quando a criança perde uma soneca, ela tende a ficar irritada e será difícil mantê-la calma durante o ritual de dormir.

Rotina é essencial, tanto para dormir como para as atividades diurnas de lazer, alimentação, atividades educativas etc.

Em diversos estudos foi demonstrado que o tratamento comportamental para a insônia em crianças é efetivo e duradouro. As terapias alternativas ou medicamentosas podem ter um bom resultado na primeira semana, mas raramente tem efeito prolongado.

► Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico deve ser considerado como uma última opção. Em casos específicos, em geral quando já há uma patologia de base neurológica ou psiquiátrica, podem ser utilizados benzodiazepínicos (clonazepam, clobazam, midazolam, diazepam), zolpidem, zopiclona, hidrato de cloral, pimetixeno, levomepromazina, prometazina, carbamazepina, clonidina, risperidona e a melatonina, sempre levando-se em conta a idade da criança e o risco/benefício associado ao uso destas drogas.

Artigos:

- Adams LA, Rickert VI. Reducing bedtime tantrums: comparison between positive routines and graduated extinction. *Pediatrics*. 1989;84(5):756-61.
- Alecha MAI, Estivill Sancho E. Tratamiento del insomnio en niños: aspectos farmacológicos. *An Pediatr (Barc)* 59(3):239-45, 2003.
- Meltzer LJ, Mindell JA. Behavioral Sleep disorders in children and adolescents. *Sleep Med Clin* 3: 269-279, 2008.
- Mindell JA, Kuhl B, Lewin DS, Meltzer LJ, Sadeh A. Behavioral bed problems and night waking in infants and young children. *Sleep* 2006;29(10):1263-1276.
- Moore M, Meltzer LJ, Mindell JA. Bedtime Problems and night wakings in children. *Prim Care Clin Office Pract* 35: 569-581, 2008.
- Nunes ML, Cavalcante V. Clinical evaluation and treatment of insomnia in childhood. *Jornal de Pediatria* 81(4): 277-286, 2005.
- Owens JA. Pediatric Insomnia. *Sleep Med Clin* 1: 423-435, 2006.
- Sadeh A, Acebo C. The role of actigraphy in sleep medicine. *Sleep Med Rev* 2002;6(2):113-124.
- Weiss MD, Wasdell MB, Bomben MM, Rea KJ, Freeman RD. Sleep hygiene and melatonin treatment for children and adolescents with ADHD and initial insomnia. *J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry* 45(5):512-519, 2006.