



ARTIGO DE REVISÃO

Problemas de abordagem difícil: “não come” e “não dorme”

Difficulties in the management of sleep and eating disorders

Isabel R. Madeira¹, Leda A. Aquino²

Resumo

Objetivo: o objetivo deste artigo é realizar uma atualização em anorexia e insônia na infância.

Fontes de dados: foram revisados os principais tipos e causas de anorexia e de insônia na infância, bem como seus diagnósticos e tratamentos. A revisão foi baseada em artigos pesquisados na base de dados Medline, nos últimos cinco anos, utilizando os termos anorexia, distúrbios da alimentação, insônia, distúrbios do sono e infância. Alguns livros-texto também foram incluídos.

Síntese dos dados: o texto que aborda anorexia e insônia na infância apresenta definição, principais tipos e causas, diagnóstico e tratamento para cada um dos assuntos.

Conclusões: anorexia e insônia são problemas prevalentes na infância, sendo a primeira muito mais abordada nas consultas pediátricas. O diagnóstico, na maioria das vezes, é através de uma anamnese bem feita. Ambas são geralmente de origem comportamental e refletem a dinâmica familiar. São passíveis de prevenção e de tratamento em nível de atenção primária, a partir de medidas que são simples, mas muitas vezes de difícil aceitação.

J Pediatr (Rio J) 2003;79(Supl.1):S43-S54: infância, anorexia, distúrbios da alimentação, insônia, distúrbios do sono.

Abstract

Objective: to update the knowledge about anorexia and insomnia in childhood.

Sources of data: search of Medline database, including articles from 1997 to 2002. The key words anorexia, feeding disorders, insomnia, sleep disorders and childhood were used. Some textbooks were also included.

Summary of the findings: definition, main types and causes, diagnosis and treatment of anorexia and insomnia are presented.

Conclusions: anorexia and insomnia are prevalent in childhood. The former is a much more frequent complaint in pediatric visits. The diagnosis is almost always based solely on a good history. Both conditions are generally behavioral and reflect the family dynamics. They are preventable and treated at the primary care level, based upon simple strategies, although sometimes not easily accepted by the patients.

J Pediatr (Rio J) 2003;79(Supl.1):S43-S54: childhood, anorexia, feeding disorders, insomnia, sleep disorders.

Introdução

Transtornos alimentares e do sono são comuns em pediatria e podem fazer parte de etapas do desenvolvimento normal da criança em direção a sua independência.

A queixa “não come” é tema quase que central nas consultas pediátricas. Por outro lado, as queixas em relação ao sono não são tão frequentes quanto o que seria de se esperar, diante de sua prevalência, muitas vezes, pelo próprio assunto não ser tão abordado pelos pediatras¹⁻⁷.

Anorexia, dificuldade em adormecer e despertares noturnos são distúrbios, na maioria das vezes, comportamentais, reflexos da dinâmica familiar^{1,2,4,7}, passíveis de prevenção e de tratamento em nível de atenção primária.

A estratégia de abordagem, se por um lado é simples, por outro é difícil de ser adotada quando um transtorno maior já se instalou, pois implica em mudanças de comportamento e na dinâmica familiar⁴⁻¹⁰.

“Meu filho não come”

Esta queixa é uma das mais frequentes nos consultórios de pediatria¹⁰. Aquelas mães que são muito ansiosas têm grande expectativa de solução rápida e imaginam potentes remédios que serão receitados ao filho, ou técnicas milagro-

1. Professora Assistente da Disciplina de Pediatria e Puericultura da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestre em Saúde da Criança pelo IFF-FIOCRUZ. Membro do Dep. de Pediatria Ambulatorial da SBP.

2. Pediatra do Hospital Municipal Jesus - RJ. Mestre em Saúde da Criança pelo IFF-FIOCRUZ. Membro do Dep. de Pediatria Ambulatorial da SBP.

sas que trarão o resultado esperado³. Pela multiplicidade e complexidade das questões envolvidas, o problema torna-se de difícil abordagem, e é necessário que o pediatra tenha conhecimento e sensibilidade no manejo das situações¹.

Apesar de tão comum no dia-a-dia ambulatorial, somente a partir de 1994 é que a categoria diagnóstica distúrbio da alimentação na infância foi incluída no DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição) da Associação Americana de Psiquiatria, quando então foram estabelecidos critérios bem definidos para esse diagnóstico. Até essa data, alguns trabalhos foram realizados por autores que descreveram diferentes problemas relacionados à alimentação da criança, utilizando uma variedade de termos e conceitos não muito bem especificados, tornando-se difícil compará-los entre si². Além disso, outros autores abordaram distúrbio da alimentação na infância como *failure to thrive*, que, na verdade, é uma descrição de um problema – crianças abaixo de 3 anos de idade que não se desenvolvem adequadamente^{11,12}.

Chatoor e colegas apresentaram, em 1998, critérios para o diagnóstico da anorexia infantil e demonstraram a grande relação entre distúrbios da alimentação e os diversos problemas envolvendo vínculo mãe-filho, também citado por outros autores².

Embora a alimentação seja voltada para a sobrevivência, é principalmente um ato de relacionamento do indivíduo com o mundo. A relação que o indivíduo vai estabelecer com a alimentação ao longo de toda a vida é fruto da dinâmica das primeiras relações que ele, enquanto bebê, criou com a mãe, com a família e com tudo que estava a seu redor^{1-3,13}.

Para o bebê, a alimentação é o momento de contato afetivo e vínculo com a mãe. Daí a importância do pediatra em avaliar o vínculo mãe-filho e todos os possíveis fatores que possam estar determinando ou interferindo nessa relação². A alimentação da criança é fundamental não só para o seu crescimento e desenvolvimento geral, mas também como fonte de experiências psíquicas e condicionamentos socioculturais. Sendo assim, na maioria das vezes, as soluções não são tão simples, até por que as mães não estão dispostas a reconhecer, ou entrar em contato, com problemas envolvendo a relação mãe-filho no contexto familiar^{1,3}.

Levando-se em consideração todos esses aspectos, os problemas relacionados à alimentação da criança poderiam ser evitados ou mesmo reduzidos desde os primeiros momentos de vida do bebê, se o pediatra ficasse atento ao processo da amamentação e ao estabelecimento do vínculo mãe-filho.

Comportamento alimentar evolutivo da criança

No primeiro ano de vida, a criança se relaciona com o mundo por via oral. A alimentação representa uma relação de afeto entre ela e a mãe. E, durante o aleitamento materno exclusivo, é o bebê quem determina o horário das mamadas

e o intervalo entre elas. Essa prática está sendo compreendida melhor pelos pais.

A partir dos 6 meses, há a necessidade de se complementar o aleitamento materno com outros alimentos, que devem ser introduzidos de maneira lenta e gradual. Alguns autores referem que a criança é capaz de determinar a quantidade adequada de alimento a ser ingerido de acordo com a sua necessidade, bem como estabelecer o intervalo entre as refeições. A quantidade da porção será proporcional ao intervalo de tempo entre elas.

Em torno de 9 meses, quando surge uma nova demanda por autonomia, pode aparecer a recusa alimentar, concomitantemente aos acessos de fúria¹⁴.

Ao final do primeiro ano e ao longo do segundo ano de vida, a criança apresenta uma diminuição do apetite, conhecida como anorexia fisiológica, até porque existe uma desaceleração no seu crescimento. Além disso, o interesse pelo alimento é facilmente substituído pela enormidade de descobertas que a criança faz ao seu entorno.

Aos 15 meses, a criança relaciona a alimentação com o ato de brincar. Ela quer tocar e apertar os alimentos como se fossem seus brinquedos.

Por volta dos 17 a 20 meses de idade, a criança começa a selecionar os alimentos e já quer comer sozinha. Ela também começa a desejar participar do mundo dos adultos. É importante compreender e aceitar as necessidades de autonomia da criança em relação à alimentação para que ela possa progredir e evoluir normalmente no convívio familiar e social.

Aos 3 anos, a criança passa a valorizar a aparência dos alimentos, a cor, a forma, a consistência. As preferências são intensas e as escolhas, caprichosas. Deve-se respeitá-la sem esquecer a importância da introdução de diferentes alimentos.

Aos 4 anos, a criança tem vontade de ajudar no preparo dos alimentos, arrumar a mesa, juntar-se ao grupo familiar. A maior dificuldade em relação à hora da alimentação é que ela fala demais e não consegue ficar quieta.

Aos 5 anos, há uma melhora no apetite, que vai se acentuar por volta dos 8 anos de idade^{3,8}.

Anorexia na infância

Apetite significa desejo de comer, derivado não só de necessidade orgânica, mas de sensações agradáveis ligadas ao ato de comer. A fome é caracterizada por sensação orgânica, física, por "urgência" de alimentos. A fome leva a comer alimentos de qualquer espécie. O apetite faz com que a pessoa continue a comer mesmo que não sinta fome, o que muitas vezes pode levar à obesidade. O apetite é na verdade rico de conteúdo comportamental e pode ser considerado como um mediador entre os impulsos e/ou sinais fisiológicos e os fatores ecológicos psicossociais.

A anorexia ou falta de apetite é a condição na qual a criança não ingere espontaneamente a quantidade de ali-

mento necessária para o seu crescimento e desenvolvimento normais, ou seja, há um desequilíbrio entre a satisfação da sua necessidade psíquica em se alimentar e a necessidade orgânica, ocasionando em alguns casos até a desnutrição^{9,10}.

Portanto, diante de uma queixa “meu filho não come”, a primeira observação do pediatra deve ser em relação ao peso da criança. Encontramos com mais frequência crianças com o peso ideal para a sua idade e até mesmo com sobrepeso. Se a observação mostrar uma evolução do peso em relação à altura menor do que a esperada nas curvas de crescimento, trata-se de uma anorexia verdadeira, como é classificada por alguns autores. Caso a criança apresente um crescimento e desenvolvimento normais, trata-se de uma falsa anorexia, que traduz a preocupação excessiva dos familiares em querer impor superalimentação.

A anorexia infantil ou anorexia verdadeira pode ser de origem orgânica ou comportamental (Tabela 1).

A falsa anorexia é a situação na qual a criança come pouco (na opinião dos familiares), porém apresenta crescimento e desenvolvimento normais. Essa situação deve ser imediatamente percebida pelo pediatra, a fim de que ela não se transforme em anorexia verdadeira.

A pseudo-anorexia é uma classificação atribuída à recusa alimentar em função de problemas como dificuldade de mastigação e/ou deglutição, pela presença de aftas, fissura palatina, estomatites ou outras condições que provoquem dor ou sofrimento^{9,13}.

Diagnóstico

É essencial que se descarte prontamente as causas orgânicas, pois o tratamento adequado poderá levar à cura, na maioria dos casos (Figura 1)^{2,9,13}. Dentre as causas orgânicas, as mais difíceis de serem tratadas são as que envolvem transtorno do sistema nervoso central, como as encefalopatias e algumas síndromes genéticas, e doenças crônicas, como AIDS, câncer e transtornos metabólicos congênitos.

A anamnese deve ser rigorosa e detalhada, a fim de investigar minuciosamente todos os antecedentes da criança em todos os seus aspectos. A história alimentar deve incluir as seguintes questões: quais são os alimentos oferecidos, como são oferecidos, qual o intervalo entre as refeições, quem alimenta a criança, como ocorreu a amamentação e o desmame, quando e como foi notado o início do problema.

O exame clínico se baseia na verificação de sinais nos tecidos epiteliais, tais como pele, olhos, cabelos e mucosa bucal, que estariam relacionados com uma nutrição inadequada. Exemplo destes sinais são sangramento gengival, gengivite e cabelos quebradiços e finos. Apatia e excesso de sono também podem ser decorrentes de déficit nutricional.

A avaliação antropométrica do estado nutricional é baseada no peso e na altura, além dos perímetros cefálico,

Tabela 1 - Etiologia da anorexia verdadeira^{9,10,13}

Causas orgânicas

- Infecções de diferentes etiologias e diferentes localizações
- Disfunções digestivas (vômitos, diarreia, RGE, intolerância alimentar, etc.)
- Parasitoses intestinais
- Transtornos do sistema nervoso central
- Transtornos metabólicos congênitos
- Carências de vitaminas e sais minerais (anemia, raquitismo, etc.)
- Desnutrição

Causas comportamentais

Psíquicas

- Distúrbios da dinâmica intrafamiliar (alteração no vínculo mãe-filho, tensão familiar, chantagem alimentar, dificuldade dos pais em estabelecer limites, mudanças na rotina, separação dos pais, falecimento na família, mudança de empregada, nascimento de um irmão)
- Distúrbios emocionais da criança (problemas de ajustamento, negativismo, busca de atenção, satisfação de desejos)
- Desmame inadequado
- Introdução da colher e de alimentos complementares de maneira inadequada
- Falta de conhecimento dos pais a respeito do comportamento alimentar da criança nas suas várias idades, levando a interpretações errôneas, transigências, que determinarão recusa alimentar

Causas dietéticas

- Papas liquidificadas
- Monotonia alimentar
- Peculiaridades desagradáveis quanto ao sabor, à aparência, ao odor e à temperatura

Outras causas

- Condições ambientais físicas desagradáveis
- Desacerto entre horário de sono e horário de alimentação
- Desacerto entre horários escolares e horário de alimentação

torácico, braquial e abdominal, mas pode-se lançar mão ainda de medições de gordura subcutânea e da massa muscular. Os três índices antropométricos mais utilizados são peso/idade, estatura/idade e peso/estatura, comparando-se a padrões de referência como os do NCHS (Centro Nacional de Estatísticas em Saúde dos Estados Unidos da América). Esta avaliação deve ser dinâmica, através da construção das curvas de crescimento da criança¹⁵.

A detecção de achados clínicos específicos levará a suspeitas diagnósticas de patologias determinantes da anorexia. Algumas vezes, são necessários exames laboratoriais para esse esclarecimento⁸⁻¹⁰.

As causas comportamentais são as mais frequentes e as mais difíceis de serem tratadas, pois são determinadas em sua maior parte por erros de concepção e de condutas praticados pelos pais. Isso acontece por desconhecimento das necessidades nutricionais reais das crianças de acordo com as suas faixas etárias, e também por desconhecimento

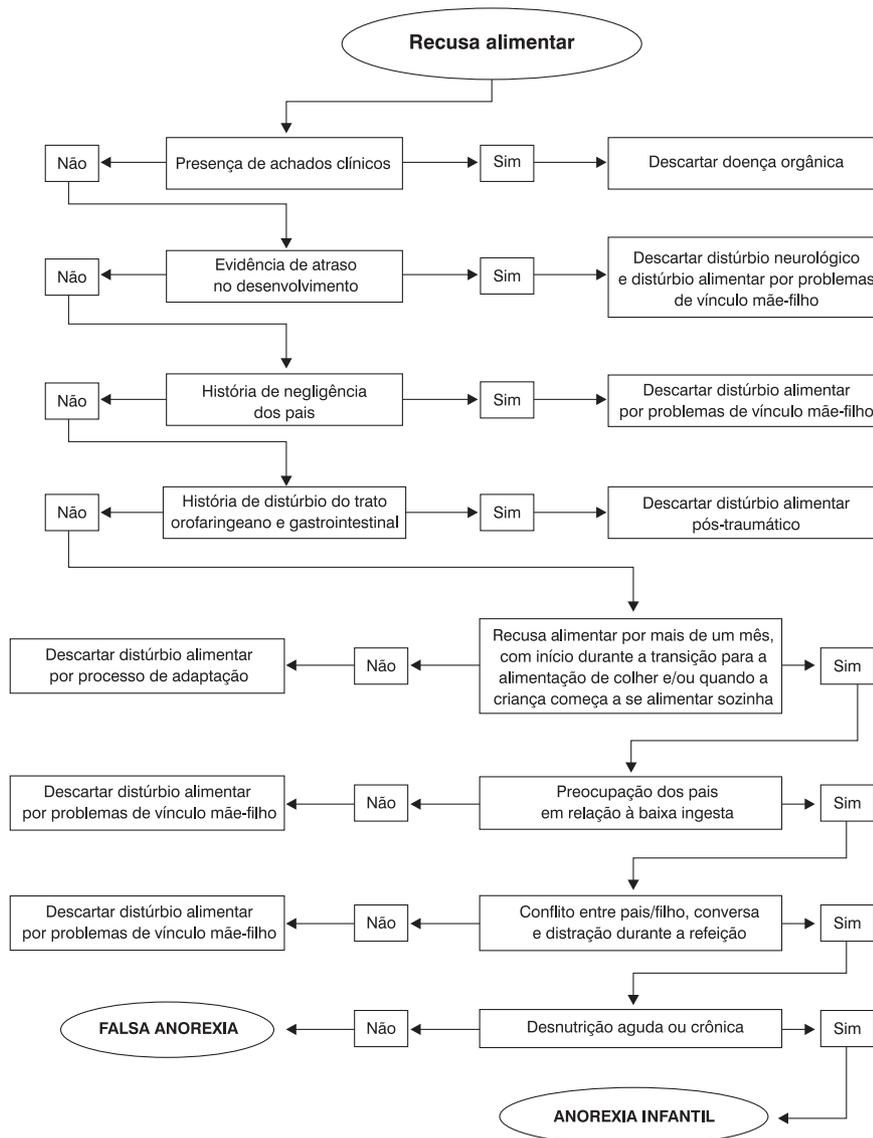


Figura 1 - Árvore de decisão diagnóstica de anorexia infantil, segundo Chatoor e cols.²

das etapas do desenvolvimento emocional e comportamental infantil. Os problemas em relação à alimentação se iniciam a partir do momento em que a criança busca autonomia e novas práticas são iniciadas, como o uso da colher.

Muitos pais estabelecem quantidades arbitrárias de alimento, sem levar em consideração o apetite da criança. Alguns consideram que bom apetite é “raspar o prato”. Se, para algumas crianças, a quantidade determinada é excessiva, para outras é escassa, mas os pais não são capazes de entender e atender aos seus pedidos^{2,8-10}.

O apetite pode estar diminuído ao final do primeiro ano de vida pela desaceleração de seu ritmo de crescimento. Um processo respiratório viral ou qualquer outro processo comum a essa faixa etária pode determinar uma diminuição temporária do apetite. Pais ansiosos desencadeiam uma insistência exagerada, “forçando” a criança a comer, transformando o momento da alimentação numa “praça de guerra”, acabando assim por diminuir o prazer da hora da alimentação. Algumas crianças, quando forçadas, criam um mecanismo de repulsa, inicialmente apenas não aceitando o alimento, depois reagindo energeticamente à imposição que

lhe é feita, podendo atingir grandes proporções, como o reflexo condicionado de vomitar à simples menção ou apresentação do alimento⁹.

Oferecer sempre o mesmo tipo de alimento leva à monotonia e ao desinteresse. Sopas liquidificadas, com todos os alimentos misturados, fazem com que a criança não perceba o colorido de cada um e nem o sabor que distingue um do outro. A criança habitua-se a não mastigar os alimentos. Na realidade, os pais imaginam que crianças de baixa idade não têm preferências e aversões a determinados tipos de alimentos e, quando há recusa alimentar, tentam forçá-las a comer de todo o jeito, ou então compensam a recusa com outros alimentos que nada têm a ver com as necessidades nutricionais, mas fazem com que a criança se sinta saciada, por exemplo, mamadeiras e biscoitinhos. Essa prática faz com que os pais considerem que “o filho não come nada, nada, nada”, quando, na verdade, uma anamnese cuidadosa vai demonstrar que não é isso o que acontece, e que a todo instante é oferecido à criança algum tipo de alimento^{9,16-18}.

Outra conduta muito comum é distrair a criança com mil artimanhas durante todo o tempo em que é oferecido o alimento, aumentando ainda mais o seu interesse, que já é grande, pelo ambiente que a cerca, diminuindo o interesse pela comida, que já é pouco.

Durante toda a consulta, a atitude dos pais diante do problema deve ser observada, assim como o tipo de relação que eles mantêm com a criança.

Além dessas questões, é importante lembrar que muitos pais transferem seus problemas de ordem emocional, como dificuldade de relacionamento, ansiedades, sentimentos de culpa, transtornos no vínculo mãe-filho, para o momento da alimentação².

Manejo da criança que “não come”

Os transtornos da alimentação devem ser prevenidos desde o alojamento conjunto¹⁰. O alojamento conjunto permite à mãe estar com o seu bebê desde o nascimento, fortalecendo o vínculo mãe-filho e favorecendo a prática da amamentação, pois desde os primeiros instantes a mãe começa a perceber os desejos do bebê. O pediatra deve estar alerta para quaisquer dificuldades nesse momento, seja em relação ao processo da amamentação ou a problemas ligados à relação mãe-bebê (vínculo/rejeição) que possam estar ocorrendo, devendo intervir precocemente². As orientações são fundamentais para que a mãe sinta-se segura para enfrentar as dificuldades que poderão surgir. No caso de aleitamento materno exclusivo, recomenda-se que o horário seja totalmente livre. Em poucos meses, fica estabelecido um horário bom para mãe e filho. Desenvolvendo-se naturalmente o relacionamento mãe-filho em relação à alimentação, tudo torna-se mais fácil.

O Ministério da Saúde elaborou o documento “Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos” (Tabela 2)²⁰.

Tabela 2 - Dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos²⁰

-
- | | |
|-------------------|--|
| Passo 1 - | Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento. |
| Passo 2 - | A partir dos seis meses, oferecer, de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais. |
| Passo 3 - | A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia se estiver desmamada. |
| Passo 4 - | A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança. |
| Passo 5 - | A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família. |
| Passo 6 - | Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida. |
| Passo 7 - | Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições. |
| Passo 8 - | Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos, e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação. |
| Passo 9 - | Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados. |
| Passo 10 - | Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação. |
-

O tratamento da anorexia infantil deve levar em conta a etiologia do problema. As causas orgânicas detectadas serão tratadas de acordo com as rotinas pediátricas^{2,9,10}. Os pais devem ser esclarecidos que o apetite vai chegando gradualmente e que qualquer tentativa de “forçar a alimentação” criará um mecanismo de repulsa¹⁶⁻¹⁸.

As substâncias ditas “estimulantes do apetite” são frequentemente requisitadas pelos familiares das crianças como recurso para solução rápida da recusa alimentar ou anorexia. Muitas vezes, essas drogas agem como tranqüilizante de uma mãe aflita, melhorando a relação entre ela e a criança, tendo como consequência o aumento do apetite da mesma. No entanto, geralmente esta ação é transitória, já que as causas fundamentais prevalecem. São utilizadas as mais variadas composições vitamínicas de ação não comprovada. Substâncias anti-histamínicas e inibidoras da serotonina, como a cipro-heptadina, agiriam sobre os centros nervosos, possivelmente por causarem hipoglicemia, aumentando o apetite; o Comitê de Drogas da Academia Americana de Pediatria não comprovou sua real eficácia¹⁰, embora não se descartem os efeitos placebo¹¹. Por outro lado, a deficiência de algumas vitaminas como B1, vitamina C, vitamina B12, ácido fólico, ferro, zinco, cobre e magnésio, pode levar à falta de apetite. É necessário que o pediatra esteja atento para essa avaliação^{8,9}.

Em relação à anorexia de origem comportamental, o tratamento busca principalmente recuperar, para a criança, o prazer de alimentar-se, além de recuperá-la nutricionalmente. Para isso é importante orientar adequadamente e acompanhar a família quanto às necessidades nutricionais da criança, esquemas e condutas alimentares a serem seguidos (Tabela 3). Em situações extremas, como problemas graves na dinâmica familiar ou distúrbios emocionais sérios na criança, há a necessidade de encaminhamento a um psicoterapeuta^{3,9,13}.

“Meu filho não dorme”

A insônia, ou dificuldade de iniciar ou manter o sono, pode ocorrer tanto em crianças hígdas, como secundariamente a doenças⁴.

Os distúrbios do sono, tema este amplamente abordado numa revisão prévia neste jornal⁴, podem ser divididos em dissonias, parassonias e alterações do sono secundárias a outras condições⁵. Dissonia, termo empregado para a dificuldade de iniciar ou manter o sono, segundo a classificação DSM-IV da Associação Americana de Psiquiatria de 1994, não seria corretamente aplicável a crianças pequenas, segundo os critérios desta classificação. Assim, na faixa etária de lactentes e pré-escolares, o termo adequado seria protodissonia, baseado no contexto da criança enquanto ser em desenvolvimento. Da mesma forma, uma protodissonia não pode ser diagnosticada antes de um ano, porque os padrões de sono-vigília, as atitudes dos pais, da criança e os fatores ambientais ainda estão em instalação⁶. As parassonias são comportamentos anormais que ocorrem durante o sono, como os despertares confusionais, os terrores noturnos e os pesadelos⁵. Todas essas questões podem ser trazidas com a queixa “meu filho não dorme”.

Dos problemas com o sono, as protodissonias são os mais comuns nas crianças, predominando entre um e três anos de idade⁶. Em crianças pequenas, a prevalência varia entre 14 e 50%¹⁸⁻²², mas também não é desprezível em crianças maiores^{5,22-26}.

Curiosamente, embora tão comuns, os distúrbios do sono não são com tanta frequência abordados nas consultas pediátricas, muitas vezes pelos pais acharem que não são questões médicas, e, outras vezes, por não estarem familiarizados com o que seria o comportamento normal em relação ao sono^{5,7,22}.

Quanto a esta questão, existe uma cota de responsabilidade dos médicos. Mesmo nos Estados Unidos, estudos realizados na década de 1990, pela Comissão Nacional de Pesquisas em Distúrbios do Sono, detectaram que os transtornos do sono são muito pouco diagnosticados nas consultas médicas, o que poderia ser explicado pela falta de treinamento, nesta área, nas escolas médicas^{25,28}.

Os distúrbios do sono são pistas para problemas subjacentes no seio familiar, quer sejam emocionais ou interacionais⁷, sendo inclusive utilizados como exemplo de demonstração do espectro de patologias do relacionamento²⁷.

Tabela 3 - Algumas orientações frente à anorexia comportamental^{3,8,9,13,16-20}

-
- Respeitar as preferências alimentares. No caso de recusa alimentar, substituir o alimento recusado por outro do mesmo grupo nutricional.
 - Compreender que ao final do 1º ano de vida o ritmo de crescimento diminui, diminuindo, portanto, o apetite.
 - Não trocar atenção e carinho pela alimentação.
 - Não recorrer à chantagem para forçar a criança a comer; não recompensar nem ameaçar a criança.
 - Evitar artifícios para estimular a alimentação: “aviãozinho”, televisão, “disfarçar alimentos”, ficar andando ou fazendo coisas que distraiam a criança. A hora da refeição deve ser tranqüila.
 - Colocar pouca quantidade no prato e oferecer mais se a criança pedir.
 - Horários regulares para as refeições e lanches.
 - Intervalos de duas a três horas, no mínimo, entre as refeições.
 - Não oferecer nada nos intervalos das refeições.
-

A prevenção e o tratamento destes transtornos devem ser precoces. Quando esta intervenção não ocorre, o problema pode persistir por alguns anos^{6,7}, embora, na maioria dos casos, sejam transitórios e autolimitados²².

O sono normal da criança

Algumas preocupações dos pais em relação ao sono de seus filhos podem advir do desconhecimento do que é normal em cada faixa etária. Assim, a queixa de insônia pode não corresponder a um diagnóstico.

Os ritmos circadianos já estão estabelecidos desde o período perinatal⁴.

O neonato dorme mais tempo do que as crianças maiores, com períodos fragmentados de sono distribuídos ao longo do dia, que vão gradualmente se consolidando num período único, à noite.

O recém-nascido e o lactente dormem 16 a 18 horas por dia, 50% em estágio REM (movimentos oculares rápidos). Eles alternam sono e vigília a cada três a quatro horas, uniformemente distribuídas entre o dia e a noite.

Em torno de 6 meses, o lactente dorme até 6 horas ininterruptas, à noite, sendo comum dois longos períodos de sono, intercalados por um breve despertar.

Ao redor de 6 meses, o sono já é estadiado, como no adulto, em sono quieto ou NREM (não REM), com quatro estágios, seguido do sono REM. Os estágios um e dois do sono NREM são superficiais e o três e o quatro são profundos.

Ao final do primeiro ano, o lactente dorme ao redor de 12 horas, mas o sono já se restringe a dois momentos: uma sesta à tarde e um longo período de sono à noite.

Ao longo dos anos do período pré-escolar, ocorre uma diminuição progressiva das horas de sono de 15 para 12 horas. A sesta é abolida até os cinco anos. No escolar, o período de sono dura em torno de 8 a 10 horas^{28,29}.

A arquitetura do sono vai se estruturando e amadurecendo com o passar dos meses e anos. A boa qualidade do sono depende da integridade estrutural e funcional das estruturas neurais, do estado global de saúde da criança e da capacidade desta e dos pais em disciplinar satisfatoriamente o processo de adormecer³⁰.

O comportamento da criança em relação ao sono deve ser entendido no contexto do desenvolvimento e de suas etapas, ao longo das quais o bebê vai amadurecendo. Este processo é determinado por mudanças nos padrões neuropsicológicos da criança e modelado por práticas interpessoais, sociais e culturais da família³¹.

Dificuldade em adormecer e despertares noturnos

Não existem muitos relatos na literatura que estabeleçam objetivamente os limites entre a perturbação do sono, entendida como parte normal do desenvolvimento, e o verdadeiro transtorno do sono na infância.

Gaylor e colaboradores⁶ propõem critérios que definem estes transtornos e, além disto, os estratificam por graus de gravidade. O distúrbio da dificuldade em adormecer já seria diagnosticado, se uma criança com mais de 12 meses leva mais de 30 minutos para dormir, ou se é necessária a presença dos pais até que adormeça, sendo que o sintoma deve estar presente uma vez por semana por mais de um mês. O distúrbio do despertar noturno seria diagnosticado se uma criança com mais de 12 meses acorda durante a noite pelo menos duas vezes e necessita sempre da presença dos pais e/ou que os pais a levem para a cama deles, sendo que o sintoma deve estar presente pelo menos uma vez por semana nos últimos três meses; para as crianças com mais de 24 meses, apenas um episódio por noite já define o distúrbio.

A dificuldade em adormecer e o distúrbio do despertar noturno podem ter diversas etiologias. Passaremos a detalhar aquelas mais comuns.

Dificuldade em adormecer

É a queixa mais freqüente de pais de crianças em idade escolar. Em lactentes, geralmente é um problema nas rotinas do sono. Nas crianças maiores, costuma ser causada por falta de estabelecimento de limites. Nos adolescentes, as maiores causas são problemas no ritmo circadiano criados pelo seu estilo de vida⁶.

As rotinas inadequadas para adormecer incluem o ambiente, o horário ou atividades prévias inadequadas antes do horário de dormir⁴. Também fazem parte destas rotinas inadequadas as associações para dormir, como, por exemplo, colocar o lactente em seu berço já adormecido, acalentá-lo até dormir em contacto físico com ele, no colo ou na cama dos pais, ou através do uso de chupetas ou mamadeiras; essas crianças aprendem a associar o início do sono a alguma forma de intervenção dos pais e se tornam inaptas em adormecer por conta própria. Nas crianças maiores e adolescentes, associações danosas são a televisão e o rádio³³⁻³⁵. Não é incomum a presença de uma mãe deprimida, pais hiper-responsivos, síndrome da criança vulnerável ou a inabilidade dos pais em participar da vida da criança durante o dia. No adolescente, é freqüente a falta de estabelecimento de limites.

Nos problemas do ritmo circadiano, pode ocorrer o atraso na fase do sono, quando o ritmo circadiano para adormecer e acordar foi deslocado para mais tarde do que o desejado; outra causa é a sesta ao final da tarde. Já a criança com a fase do sono adiantada adormece e acorda cedo, requisitando atenção; este comportamento é comum em crianças maiores de 8 meses^{4,5,7,31}.

A falta de estabelecimento de limites no pré-escolar também está relacionada à ausência de rotinas da hora de dormir; as crianças se recusam a dormir na hora determinada pelos pais, freqüentemente se levantam da cama e pedem mais um copo d'água, mais uma história. Essas crianças podem também apresentar distúrbio do comportamento durante o dia. É comum que os pais atendam a todas as

exigência que as crianças fazem antes de irem para a cama e, não raro, encontramos pais com culpa em relação a seus filhos.

Outra causa de dificuldade em adormecer no lactente é a fome, quando a última alimentação foi muitas horas antes da hora de dormir, ou no caso do lactente não ingerir aporte calórico suficiente ao longo do dia.

A alergia alimentar, cujo início é tipicamente no primeiro ano de vida, pela associação à introdução da proteína do leite de vaca na dieta, pode ser o motivo de dificuldade em adormecer, bem como de despertares noturnos frequentes.

A tosse e a dispnéia também interferem no adormecer, além de causar despertares noturnos em todas as idades. Algumas medicações usadas para o seu tratamento, como as metilxantinas, podem contribuir para tal^{32,36}.

As cólicas do lactente provocam choro, irritabilidade e também impedem o adormecer, além de despertar a criança do sono. O episódio de cólica pode durar horas. Caracteristicamente tem início entre duas e três semanas de vida, em lactentes totalmente saudáveis. À noite, os paroxismos são mais comuns antes da meia-noite. Costumam ter resolução espontânea até os quatro meses de idade. Se a criança persiste com dificuldades além desta idade, pode ser devido ao manejo inadequado do sono por parte dos pais durante o período de cólicas. Em relação a este aspecto, existem estudos mostrando que lactentes com cólicas têm avaliação polissonográfica normal, tanto durante quanto após o período de cólicas, mostrando que não é parassonia³⁷.

Também é conhecido o efeito funesto dos outros tipos de dor sobre o sono. Doenças agudas, como otite média aguda, e doenças crônicas, como artrite reumatóide juvenil, são exemplos típicos. As doenças crônicas podem causar interrupções importantes do sono por tempo prolongado³².

Crianças cegas podem apresentar a síndrome do ciclo sono-vigília não distribuído nas 24 horas. Nesta síndrome, ocorre alternância entre períodos de extrema inabilidade em dormir à noite e sonolência importante durante o dia, com períodos sem queixas quanto ao sono. Em outras ocasiões, os períodos de vigília podem se prolongar e isto é seguido de períodos prolongados de sono³².

Medos na hora de dormir, em pré-escolar, fazem parte de seu pensamento mágico. Em pré-escolares e escolares, a exposição a violência em televisão e em videogames podem ser fatores importantes. Estes medos também podem ser gerados pelo estresse do dia-a-dia, causado por problemas em creches, escolas, colegas agressivos, problemas de aprendizado, pressões em relação a problemas de toalete, problemas de separação entre os pais, punições corporais, violência doméstica, nascimento de irmãos ou a experiência de uma perda. Exposição ao sexo também pode ser fonte de medo nessas horas, principalmente se a criança sofre abuso em sua própria cama, à noite⁷.

Muitas psicoses se associam com dissonia, como autismo e esquizofrenia. Sempre estão presentes os sintomas diurnos e pode haver alternância com hipersonia³².

A ansiedade na hora de dormir é mais própria do escolar e do adolescente, também relacionada a questões do seu cotidiano.

Ainda em escolares e adolescentes, algumas drogas e medicamentos podem dificultar o adormecer, como caféina, tabaco, álcool, broncodilatadores, antidepressivos e estimulantes. O álcool pode ainda causar o despertar noturno³².

Despertar noturno

A maioria das crianças acorda durante a noite; aquelas que não conseguem se acalmar e adormecer por si só são as que têm o distúrbio.

No primeiro mês de vida, os despertares noturnos podem ser devido à inversão dia-noite e a necessidade de alimentar-se, e o lactente tem seus maiores períodos de sono durante o dia, permanecendo acordado à noite. É frequente que se encontre depressão materna ou dificuldade dos pais em lidarem com os cuidados ao neonato⁷.

As associações do sono provocam dificuldades nos despertares noturnos da mesma forma que para adormecer, pois todas as etapas exigidas pela criança para adormecer têm que ser novamente repetidas a cada despertar. O lactente não consegue se acalmar por conta própria, e fica inquieto e choroso até que tenha suas demandas satisfeitas. Os pré-escolares se levantam da cama, vão para o quarto dos pais e protestam quanto a voltarem para dormir. Os escolares e os adolescentes insistem em assistir televisão e ouvir rádio à noite; a presença de televisão e rádio no quarto é reforço positivo para este comportamento.

A alimentação noturna, já não mais necessária na maioria das crianças a partir de 6 meses, caso seja mantida, faz com que a criança acorde para mamar e, posteriormente, isto pode ainda gerar um comportamento de associação do sono.

O refluxo gastroesofageano costuma acordar os lactentes por dor, usualmente após a terceira hora de sono, e a dor é aliviada quando a criança é retirada do berço. Existe uma relação entre apnéia do sono e refluxo gastroesofageano³⁸⁻⁴⁰, e a coexistência destes dois eventos durante o sono poderia estar contribuindo para os despertares noturnos.

Os despertares noturnos ligados ao desenvolvimento ocorrem em crianças com mais de 8 meses e são conseqüência do seu amadurecimento, devido à instalação da ansiedade de separação. Isto se torna persistente e disruptivo quando a criança não aprende a lidar por si só, acalmando-se a cada despertar normal, necessitando da intervenção permanente dos pais à noite³¹.

Nesta ocasião, surge também uma nova demanda, que é por autonomia, podendo coincidir com o início da recusa alimentar. Problemas previamente resolvidos com a alimentação e o sono ressurgem e devem ser entendidos como resultado de progresso no desenvolvimento em direção à autonomia, e não regressão.

Os pesadelos são parassônias extremamente comuns que ocorrem durante o sono REM, nas primeiras horas da madrugada. A criança freqüentemente conta suas recordações do sonho de forma amedrontada. O sonho muitas vezes reflete estresses diurnos. São mais freqüentes entre pré-escolares⁷, sendo também comuns nos escolares e mais esporádicos nos adolescentes⁴¹. Nos casos em que a criança sofre de pesadelos severos e freqüentes, deve-se suspeitar de transtorno do estresse pós-traumático.

Os distúrbios do despertar já são parassônias mais raras. Exemplos clássicos são o terror noturno, que ocorre em 3% das crianças, e o sonambulismo, que acontece pelo menos uma vez em 15% das crianças⁷. Constituem despertares desordenados nas fases profundas do sono, ocorrendo, assim, no início da noite. Ambos podem fazer a criança realmente acordar. Fadiga, estresse, bexiga cheia e barulhos podem desencadear estes episódios.

A apnéia obstrutiva do sono ocorre em 0,7 a 11% das crianças⁷. Sua marca registrada é o ronco, mas nem todas as crianças que roncam terão este diagnóstico. A causa mais comum de apnéia obstrutiva do sono é a hipertrofia de amígdalas e adenóides, mas também é encontrado com freqüência em crianças com síndrome de Down⁴², acondroplasia⁴³ e mielomeningocele⁴⁴, obesidade, mucopolissacaridose, anomalias craniofaciais e distúrbios neuromusculares⁷.

Os distúrbios do humor (depressão) podem causar insônia em adolescentes, embora sejam mais comuns em adultos. Além dos despertares noturnos, causam também dificuldade em adormecer. Os distúrbios do sono são sempre proporcionais em gravidade ao grau de depressão³².

Diagnóstico

O diagnóstico é estabelecido, na maioria das vezes, a partir de uma história detalhada (Tabela 4).

Muito raramente será necessário um eletroencefalograma, para o diagnóstico diferencial com crises parciais complexas, ou mesmo uma polissonografia, quando se suspeitar de apnéia obstrutiva do sono, refluxo gastroesofágico ou movimentos anormais como causas do despertar^{4,45}.

Manejo da criança que “não dorme”

O manejo inicia-se pela instituição de medidas que visam a regular a rotina normal do sono e moldar a sua arquitetura aos padrões circadianos.

Quando estas medidas são tomadas desde os primeiros dias de vida da criança, vão prevenir a maioria dos distúrbios do sono.

De outra forma, quando estes já se instalaram, estas medidas continuam altamente eficazes, mas nem sempre de fácil aplicação pelos pais e aceitação pela criança.

Em primeiro lugar, deve-se assegurar uma boa higiene do sono (Tabela 5).

Tabela 4 - Guia para a formulação de perguntas para o diagnóstico de insônia, segundo Howard e Wong⁷

-
- Idade da criança ao início do problema.
 - Constância do problema.
 - Rotina da hora de ir para a cama e a resposta da criança a esta rotina (a que horas vai para a cama; a regularidade do horário; onde adormece; qual o intervalo entre a última refeição e a hora de dormir; quanto tempo leva para adormecer após ser colocado na cama; se adormece em contato físico com alguém, usando uma mamadeira ou chupeta, ou com a televisão ou o rádio ligado; qual a rotina das sextas; qual o tempo total diário de sono).
 - Horário do primeiro despertar noturno.
 - Comportamento dos pais quando a criança acorda e fica inquieta (se alimentam, se fazem contato físico).
 - Presença de sonolência diurna, de outros distúrbios comportamentais, de saúde e do desenvolvimento.
 - Uso de medicamentos, bebidas cafeinadas, álcool, cigarro e drogas ilícitas.
-

Deve-se evitar associações inadequadas para o instalar do sono, como contato físico, mamadeiras, chupetas, televisão e rádio, a fim de que as crianças não passem a associar o início do sono com alguma intervenção dos pais, tornando-se inaptas a dormir sem sua ajuda.

À medida que a criança se aproxima dos 6 meses, as mamadas noturnas vão sendo espaçadas e então interrompidas^{4,7,22}.

Se a criança acorda no meio da noite e se agita, os pais não devem intervir imediatamente, a fim de que um possível estado de despertar ao longo do sono não progrida para um estado total de alerta. Após alguns minutos, caso a criança

Tabela 5 - Higiene do sono

-
- Ambiente**
- Escuro
 - Limpo
 - Calmo
 - Temperatura mais para fria
 - Cama apropriada à idade
 - Poucas cobertas
- Horário**
- Regularidade para acordar e ir para a cama
 - Sextas com horário, freqüência e duração consistente
- Atividades**
- Evitar televisão e rádio na hora anterior
 - Evitar atividade física vigorosa na hora anterior
 - Não usar a cama como local de brincadeiras
 - Estabelecer ritual: banho morno, seguido da última refeição, escovação dos dentes, colocação do pijama, ida ao banheiro, histórias suaves
 - Objeto de transição (fralda, brinquedo macio)
-

continue inquieta, deve ser checada quanto a algum desconforto. A fome geralmente não é a causa em maiores de 6 meses, a menos que a criança tenha sido condicionada a alimentar-se à noite⁴⁵.

Caso os pais necessitem se aproximar da criança para esta checagem, não devem retirá-la da cama ou brincar com ela. Apenas devem assegurá-la de que estão disponíveis e de que está tudo bem. Caso contrário, estarão premiando comportamentos inadequados com reforços positivos.

Nos distúrbios do ritmo circadiano, a estratégia é mover o horário de ir para cama em direção ao horário desejado 5 a 10 minutos a cada semana⁵.

Para crianças com medo na hora de dormir, ao final da rotina noturna, os pais podem sentar-se no quarto da criança até que esta durma, mas não devem conversar com as crianças sobre seus medos neste momento; estas discussões devem ter lugar de dia. À medida que a criança aprende a dormir sem medo, os pais vão afastando a cadeira do berço um pouco a cada dia, até que não mais permaneçam. Uma luz de abajur pode ser útil em tais circunstâncias.

Para os despertares noturnos, existem várias estratégias (Tabela 6).

Nos pesadelos, a criança deve ser tranquilizada ao despertar; neste momento, não se deve conversar sobre o pesadelo, porque este pode tornar a criança mais ansiosa; deixar para o dia seguinte. Histórias em que crianças vencem situações difíceis e exercícios de relaxamento podem ser úteis em criança maiores que apresentam pesadelos recidivantes.

Quanto aos terrores noturnos e sonambulismos, é importante que os pais tenham informações sobre os fenômenos, para que não piorem a situação ao se estressarem ou tentarem acordar a criança, pois é muito difícil, e pode

prolongar o episódio e agitá-la ainda mais. O ideal é que continue dormindo. É importante que os pais providenciem proteção contra trauma nas duas situações. No caso de sonambulismo, um sino na porta da criança pode alertar os pais do episódio; trancas extras devem ser colocadas nas portas das casas, para que a criança não evada. Acordar a criança 30 minutos antes do horário habitual do paroxismo, diariamente, por uma semana, pode interromper o quadro. Um ambiente tranquilo e escuro e o esvaziamento da bexiga antes de dormir também surtem benefícios⁷.

O tratamento medicamentoso para insônia tem sido muito estudado nos últimos anos, mas é reservado para casos de exceção.

O uso da melatonina em crianças com transtornos do desenvolvimento neurológico tem demonstrado bons resultados, mas pode ocorrer como efeito colateral a piora de crises convulsivas já existentes^{7,46}.

Crianças com transtorno do déficit de atenção/hiperatividade apresentam insônia, e os medicamentos que são usados em seu tratamento também podem interferir no sono; quando as medidas comportamentais falham, pode ser utilizada clonidina, com eficácia em 80% dos casos⁷.

No terror noturno, quando os despertares são muito violentos e a criança corre o risco de se machucar, podem ser empregados benzodiazepínicos ou antidepressivos tricíclicos. Estes medicamentos são administrados na hora de dormir e, segundo alguns autores, três a seis semanas de tratamento costumam evitar recidivas⁴. Na experiência de outros, os paroxismos retornam após o desmame, sendo também comum os fenômenos de tolerância⁷ e de rebote⁵, o que limita o valor de tal abordagem. Os mesmos medicamentos podem ser empregados no sonambulismo, com as mesmas ressalvas.

Tabela 6 - Estratégia para os despertares noturnos

Técnica comportamental de extinção gradual

Ignorar o despertar e o choro da criança por períodos de tempo que vão aumentando gradativamente. Ao final do período de espera, entrar no quarto e tranquilizá-la, deixando o quarto o mais rapidamente possível.

Técnica de ignorar sistemático

Entrar no quarto no início do choro para checar se está tudo bem, e sair do quarto ignorando o restante do episódio de choro. Também pode permanecer no quarto da criança, mas sem interagir com ela.

Técnica de extinção modificada

Ignorar o choro por 20 minutos, após os quais entrar no quarto da criança para checar algum problema, sem interagir com ela, e depois disto sair levando no mínimo mais 20 minutos para retornar.

Técnica do despertar programado

Acordar a criança 15 a 60 minutos antes do horário habitual do despertar noturno, deixando-a dormir espontaneamente em seguida^{4,5,7}.

Os pesadelos podem melhorar com difenidramina, trazadone ou ciproheptadine, indicados nos casos severos, os quais demandam, por isto mesmo, melhor avaliação⁷.

A terapêutica medicamentosa na insônia infantil não relacionada a parassonias, distúrbios do comportamento ou neurológicos é mais restritiva ainda, e deve vir sempre depois de técnicas comportamentais, que devem ser mantidas. Os medicamentos de escolha são os anti-histamínicos e, em casos graves, benzodiazepínicos e hidrato de cloral. Seu uso deve ser a curto prazo, sempre por menos de três semanas. Existem poucos estudos sobre o emprego da melatonina como alternativa⁴.

Referências bibliográficas

- Nobrega FJ, Campos ALR, Nascimento CFL. Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho. 2ª ed Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
- Chatoor I, Hirsh R, Ganiban J, Persinger M, Hamburger E. Diagnosing infantile anorexia: the observation of mother-infant interactions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1998;37:959-67.
- Macedo CAP, Bello KL, Palha LAG. A criança que não come: guia de tratamento e prevenção. São Paulo: Atheneu; 2002.
- Nunes ML. Distúrbios do sono. *J Pediatr (Rio J)* 2002;78 Supl 1:63-72.
- Blum NJ, Carey WB. Sleep problems among infants and young children. *Pediatr Ver* 1996;17:87-93.
- Gaylor EE, Goodlin-Jones BL, Anders TF. Classification of young children's sleep problems: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2001;40:61-70.
- Howard BJ, Wong J. Sleep disorders. *Pediatr Ver* 2001;22:1-17.
- Ctenas MLB, Vitolo MR. Falta de apetite. In: Ctenas MLB editor. Crescendo com saúde: o guia de crescimento da criança. São Paulo: C2 Editora e Consultoria em Nutrição; 1999.p.150-73.
- Marcondes E. Anorexia. In: Brezolin AMB, Colli AS, Marcondes E, Moysés MAA, Dias MHP, editores. *Pediatria em consultório*. São Paulo: Sarvier; 1985.p.123-37.
- Woski JR. Anorexia na infância. In: Nutrição e Dietética em Pediatria. 4ª ed. São Paulo: Atheneu; 1994.p.231-5.
- Gahagan S, Holmes R. A stepwise approach to evaluation of undernutrition and failure to thrive. *Pediatr Clin North Am* 1998;45:169-87.
- Zenel JA. Failure to thrive: a general Pediatrician's perspective. *Pediatr Rev* 1997;18:371-8.
- Azevedo TCG, Martins LA, Fisberg M. Anorexia na infância. *Pediatria Atual* 1993;6:44-6.
- Needelman RD. Crescimento e desenvolvimento. O primeiro ano. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors. *Nelson Tratado de Pediatria*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.p.33-9.
- Sigulem DM, Devincenzi MU, Lessa AC. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. *J Pediatr (Rio J)* 2000;76 Supl 3: 275-84.
- Rudolph CD, Link DT. Feeding disorders in infants and children. *Pediatr Clin North Am* 2002;49:97-112.
- Birch LL, Fisher JA. Appetite and eating behavior in children. *Pediatr Clin North Am* 1995;4:931-53.
- Hammer LD. The development of eating behavior in childhood. *Pediatr Clin North Am* 1992;39:379-94.
- Ramos M, Stein LM. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *J Pediatr (Rio J)* 2000;76 Supl 3:229-37.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana de Saúde. p. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília - 2002.
- Mendell JA, Owens JA, Carskadon MA. Developmental features of sleep. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1999;8:695-725.
- Rona RJ, Li L, Gulliford MC, Chinn S. Disturbed Sleep: effects of sociocultural factors and illness. *Arch Dis Child* 1998;78:20-5.
- Owens JA, Spirito A, Mc Guinn M, Nobile C. Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children. *J Dev Behav Pediatr* 2000;21:27-36.
- Smedje H, Broman JE, Hetta J. Parent's reports of disturbed sleep in 5-7 year-old Swedish children. *Acta Paediatr* 1999; 88:858-65.
- Chervin RD, Archbold KH, Panahi P, Pituch KJ. Sleep problems seldom addressed at two general pediatric clinics. *Pediatrics* 2001;107:1375-80.
- Archbold KH, Pituch KJ, Panahi P, Chervin RD. Symptoms of sleep disturbances among children at two general pediatric clinics. *J Pediatr* 2002;140:97-102.
- Goodlin-Jones BL, Anders TF. Relationship disturbances and parent-child therapy. Sleep problems. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2001;10:487-99.
- Canani SF, Silva FAA. A evolução do sono do feto ao adulto: aspectos respiratórios e neurológicos. *J Pediatr (Rio J)* 1998; 74:357-64.
- Roth T, Roehrs T. Sleep organization and regulation. *Neurol* 2000;54:1-7.
- Pereira HS. Distúrbios do sono em crianças. Resumos do 59º Curso Nestlé de Atualização em Pediatria; 2002 out 14-18; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Nestlé Nutrição, 2002.p.153-5.
- Madansky D. Sleeping. In: Rudolph AM, Hoffman JIE, Rudolph CD, editores. *Rudolph's Pediatrics*. 20ª ed. Stanford: Appleton and Lange; 2000.p.100-3.
- Sheldon SH, Spire J, Levy HB. Pediatric sleep medicine: differential diagnosis. In: Sheldon SH, Spire J, Levy HB, editores. *Pediatric sleep medicine*. Philadelphia: Saunders; 1992. p.185-200.
- Stein MT, Colarusso CA, Mc Kenna JJ, Powers NG. Cosleeping (bedsharing) among infants and toddlers. *Pediatrics* 2001; 107:873-7.
- Hunsley M, Thoman EB. The sleep of co-sleeping infants when they are not co-sleeping: evidence that co-sleeping is stressful. *Dev Psychobiol* 2002;40:14-22.
- Owens J, Maxim R, Mc Guinn M, Nobile C, Msall M, Alario A. Television-viewing habits and sleep disturbance in school children. *Pediatrics* 1999;104:e27.
- Hernández RM, Ramírez EC, Ganzález DSN, Canseco GC, Arias CA, del Castillo O. Psychological profile of the pediatric asthma patient. *Ver Alerg Mex* 2002;49:11-5.
- Kirjavainen J, Kirjavainen T, Hubtala V, Lehtonen L, Korvenranta H, Kero P. Infants with colic have a normal sleep structure at 2 and 7 months of age. *J Pediatr* 2001;138:218-23.
- Amin RS. Gastroesophageal reflux and infant apnea. *J Pediatr* 2000;137:298-300.
- Arad-Cohen N, Cohen A, Tirosh E. The relationship between gastroesophageal reflux and apnea in infants. *J Pediatr* 2000;137:321-6.
- Carr MMM, Brodsky L. Severe non-obstructive sleep disturbance as an initial presentation of gastroesophageal reflux disease. *Int J Pediatr Otorhinolaringol* 1999;51:115-20.
- Fontenelle L. Neurologia na adolescência. *J Pediatr (Rio J)* 2001;77 Supl 2:205-16.
- Levanon A, Tarasiuk A, Tal A. Sleep characteristics in children with Down syndrome. *J Pediatr* 1999;134:755-61.

43. Mogayzel PJ, Carroll JL, Loughlin GM, Hurko O, Francomano CA, Marcus CL. Sleep-disordered breathing in children with acondroplasia. *J Pediatr* 1998;132:667-71.
44. Waters KA, Forbes P, Morielli A, Hum C, O’Gorman AM, Vernet O, et al. Sleep-disordered breathing in children with myelomeningocele. *J Pediatr* 1998;132:672-81.
45. Ariagno RL, Mirmiran M. Sleep disorders. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editores. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16ª ed. Philadelphia: Saunders; 2000.p.73-5.

46. Ross C, Davies P, Whitehouse W. Melatonin treatment for sleep disorder in children with neurodevelopmental disorders: an observational study. *Dev Med Child Neurol* 2002;44:339-44.

Dra. Isabel R. Madeira
Rua Presidente Alfonso Lopes, 20 - ap. 601 – Lagoa
CEP 22071-050 – Rio de Janeiro, RJ
Fone: (21) 2267.0504 – Fax: (21) 2521.3886
E-mail: madeira@openlink.com.br