SONO

Serviços e programas eficazes para o manejo de distúrbios do sono do bebê e da criança e seu impacto sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças pequenas (0-5 anos)

Luci Wiggs, PhD

University of Oxford, The Section of Child and Adolescent Psychiatry, Reino Unido

Março 2004

Introdução

O sono é a atividade mais importante do bebê durante o desenvolvimento inicial; até ingressar na escola, uma criança tipicamente passou mais tempo dormindo do que fazendo qualquer outra coisa. Uma vez que este é um aspecto tão básico do desenvolvimento inicial, é importante focalizar quaisquer anormalidades dessa atividade e suas consequências para a criança, principalmente considerando que distúrbios do sono parecem ser tão prevalentes em crianças

pequenas. Cerca de 25% a 50% dos bebês de 6 a 12 meses de idade têm dificuldades com o adormecer e o despertar durante a noite, e esse números não diminuem dramaticamente à medida que a criança cresce: aos 3 anos de idade, 25% a 30% têm problemas de sono, e porcentagens semelhantes são registradas para o grupo entre 3 e 5 anos de idade.[1] As taxas são consideravelmente mais altas para crianças com “necessidades especiais” – isto é, com distúrbios pediátricos, psiquiátricos ou neurológicos ou prejuízos intelectuais.[2]

A expressão “distúrbios do sono” engloba uma série de condições diferentes; na Classificação Internacional de Distúrbios do Sono são listados mais de 80 diferentes distúrbios.[3] Embora muitos distúrbios do sono possam ocorrer no grupo de idade entre o nascimento e os 5 anos de idade, a falta de sono parece ser o problema mais comum e não tratável enfrentado por profissionais clínicos e por pais, e é também aquele ao qual se dedica a maior parte da literatura de pesquisa. Diante disso, este artigo focalizará serviços e programas voltados para a insônia. France e Blampied[4] oferecem modelos úteis dos vários processos envolvidos no desenvolvimento da insônia na infância.

Do que se trata

Com os avanços da medicina, a eficácia de qualquer intervenção cada vez mais deixa de ser avaliada apenas com base no impacto que tem sobre a condição que está sendo tratada. Outras variáveis, tais como a aceitabilidade, a adesão do paciente e os efeitos sobre outras áreas da vida e do funcionamento cotidianos tornaram-se aspectos relevantes que afetam as escolhas entre tratamentos, e o mesmo ocorre com os tratamentos para insônia. É importante estabelecer associações positivas entre uma intervenção e o desenvolvimento social ou emocional da criança, não apenas para o bem-estar da criança, mas também para convencer os pais, os profissionais e os financiadores de pesquisas e de serviços de que tratamentos para esses problemas tão comuns são desejáveis, ainda que sejam custosos (em termos de emoções, de tempo ou de dinheiro), especialmente se houver probabilidade de benefícios em longo prazo e também de redução da probabilidade de desenvolvimento de outras dificuldades.

Problemas

Há uma diversidade de maneiras pelas quais se pode esperar que intervenções bem-sucedidas em relação à insônia afetem o desenvolvimento social e emocional da criança. Em primeiro lugar, pela reversão dos efeitos diretos da perda de sono que se demonstrou em outros contextos terem

©2004-2025 ABILIO | SONO

efeitos amplos e graves sobre a função cognitiva, o desempenho educacional e o comportamento da criança.[5,6]

Em segundo lugar, é evidente que o problema de sono da criança raramente afeta apenas a própria criança, mas sim, com frequência, toda a família, que sofre o estresse de conviver com esse problema e ter seu próprio sono comprometido. Relata-se que as mães de crianças com problemas de sono têm menos bem-estar e que, na verdade, o funcionamento da família pode ser tão comprometido que se notam associações com problemas conjugais e até mesmo, possivelmente, com abuso físico contra a criança.[7,8]

Em terceiro lugar, algumas intervenções envolvem o ensino de técnicas e habilidades parentais que os pais podem aplicar ao lidar com seus filhos em outros contextos, de forma que possam ocorrer melhorias subsequentes devido à ocorrência de uma mudança em habilidades parentais mais gerais.

São necessários estudos longitudinais prospectivos com grandes *coortes* de crianças para determinar a relação causal entre distúrbios do sono e desenvolvimento infantil patológico. É difícil também deslindar o mecanismo de ação dos impactos positivos de quaisquer intervenções bem-sucedidas sobre o funcionamento da criança e da família, em parte porque os estudos divulgados baseiam-se principalmente em relatos subjetivos dos pais (tanto sobre o sono da criança como sobre fatores sociais e emocionais associados) e também porque os relatos dessas variáveis são feitos tipicamente pela mesma pessoa (a mãe), possibilitando a ocorrência de vieses sistemáticos.

Contexto de pesquisa

Uma vez que distúrbio de sono é um termo tão amplo e que a medicina do sono atravessa tantas especialidades médicas e outras especialidades associadas, a natureza do tratamento adequado varia enormemente.[9] Para problemas de insônia em crianças pequenas, a intervenção farmacológica (sedação, em geral sob a forma de anti-histamínicos ou hidrato de cloral; a melatonina é uma abordagem relativamente nova, mas sua utilização e eficácia continuam controvertidas)[10] tem sido o tratamento mais frequentemente utilizado.[11] Atualmente há mais preferência pela terapia comportamental (isto é, ensinar aos pais diversas estratégias que podem utilizar para ajudar seus filhos a aprenderem comportamentos adequados e desaprenderem comportamentos inadequados relativos ao sono). As revisões sugerem que as duas formas de

©2004-2025 ABILIO | SONO

tratamento demonstram eficácia em curto prazo, mas que os efeitos das abordagens comportamentais são mais duradouros.[12-14]

As técnicas comportamentais têm sido usadas preventivamente, e os resultados sugerem que é possível “ensinar” um sono mais consolidado,[15-18] embora sejam necessários estudos de acompanhamento em longo prazo para determinar sua real eficácia preventiva.

É importante estabelecer o impacto das intervenções, até porque as próprias técnicas não estão isentas de críticas; especulou-se que técnicas comportamentais que envolvem não dar atenção à criança são potencialmente prejudiciais,[19] embora esse ponto de vista ainda não tenha encontrado sustentação empírica.[20-22] Da mesma forma, a sedação gera preocupações quanto a efeitos colaterais, tolerância e recaída da insônia quando o tratamento é suspenso.[11] A resistência dos pais à utilização do tratamento é uma questão que afeta os dois tipos de abordagem.

Principais questões de pesquisa

Ao analisar a eficácia de intervenções para distúrbios do sono em crianças pequenas, os pesquisadores têm investigado os efeitos sobre o sono da criança baseando-se principalmente em relatos dos pais (registros em diários, ou questionários) como principal resultado; alguns poucos estudos utilizam medidas objetivas e há necessidade de um número maior. O funcionamento da criança (em pré-escolares, tipicamente avaliações do comportamento) e da família tem sido avaliado principalmente por meio de questionários preenchidos pelas mães. Novamente, são necessárias medidas objetivas, independentes, bem como dados de acompanhamento em longo prazo.

Com a aceitação da eficácia das intervenções comportamentais, recentemente a atenção voltou-se para aspectos da ministração desses tratamentos – isto é, a quantidade e a natureza do tempo necessário de trabalho do terapeuta, a utilização de informações escritas.[23,24]

Resultados de pesquisas recentes

Terapias comportamentais da insônia infantil bem-sucedidas têm sido repetidamente associadas à redução de comportamentos infantis problemáticos.[8,22,25] e a melhoria na saúde mental e na satisfação conjugal dos pais8,[26-28] Mesmo quando utilizadas preventivamente, têm sido documentados efeitos significativos sobre o estresse e o sentimento de eficácia dos pais.[18] Interações mais positivas com a criança também têm sido relatadas pelos pais[8] e observadas

©2004-2025 ABILIO | SONO

independentemente em alguns contextos específicos (por exemplo, durante as refeições).[29] Entretanto, alguns poucos estudos não encontraram quaisquer mudanças associadas[30] ou documentaram mudanças positivas tanto nos grupos de tratamento quanto nos grupos controle,[31] sugerindo que são necessários mais estudos para a compreensão integral da complexa relação entre os problemas de sono da criança, seu tratamento e o funcionamento dos membros da família. É possível que existam fatores de proteção ou de predisposição ainda desconhecidos que afetem o resultado dos tratamentos ou as reações a eles.

Conclusões

Diversos estudos encontraram relações entre tratamentos comportamentais (e, em menor grau, preventivos) bem-sucedidos de problemas de sono na infância e melhorias no funcionamento da criança e da família sob formas que provavelmente têm um impacto considerável sobre as interações sociais e emocionais da criança. Outros tipos de distúrbios do sono – por exemplo, parassonias sintomáticas, terrores noturnos, sonolência excessiva diurna – não foram focalizadas neste artigo, mas provavelmente também afetam o desenvolvimento infantil – por exemplo, limitando as atividades da criança devido ao constrangimento, induzindo ansiedade, reduzindo as oportunidades de experiências etc. Goodlin-Jones e Anders[32] salientam a necessidade de pesquisas para investigar se existem “períodos críticos” que possam predispor particularmente a patologias de mais longo prazo em uma determinada criança.

É importante reconhecer, para não incorrer em omissão, que as práticas relativas ao sono da criança têm base cultural e que as expectativas culturais afetarão as percepções a respeito do que é aceitável ou anormal em termos do sono na infância.

Implicações

O manejo da insônia de crianças pequenas é uma área clínica importante, tanto devido à prevalência do fenômeno, quanto porque em geral pode ser resolvido de forma rápida e fácil, aparentemente com amplos benefícios. A evidência empírica favorece a utilização de estratégias comportamentais (em curto e em longo prazo) como a melhor escolha de tratamento para a insônia na infância. Para garantir que as crianças recebam o tratamento adequado o mais cedo possível (ou preventivamente), é necessário educar os profissionais (e os pais) a respeito do sono, de forma que os distúrbios do sono sejam reconhecidos, avaliados e diagnosticados. A educação profissional atual a respeito de sono é deficiente em todo o mundo.[33-36]

©2004-2025 ABILIO | SONO

Deve-se reconhecer que as intervenções comportamentais são exigentes em termos de recursos emocionais dos pais e tempo do terapeuta, e que os resultados de projetos de pesquisa podem não ser necessariamente generalizáveis para uma situação clínica geral. Assim, deve-se atribuir alta prioridade à melhor compreensão sobre a parte “ativa” de qualquer intervenção e sobre formas de simplificar sua execução e sua implementação.

Referências

1. Mindell JA, Owens JA. *A Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems.* Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
2. Stores G, Wiggs L, eds. *Sleep Disturbance in Children and Adolescents with Disorders of Development: its significance and management.* London, England: MacKeith Press; 2001.
3. American Sleep Disorders Association. *The International Classification of Sleep Disorders, Revised: Diagnostic and Coding Manual.* Rochester, Minn: American Sleep Disorders Association; 1997.
4. France KG, Blampied NM. Infant sleep disturbance: description of a problem behaviour process. *Sleep Medicine Reviews* 1999;3(4):265-280.
5. Lavigne JV, Arend R, Rosenbaum D, Smith A, Weissbluth M, Binns HJ, Christoffel KK. Sleep and behavior problems among preschoolers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1999;20(3):164-169.
6. Meijer AM, Habekothé HT, Van Den Wittenboer GJH. Time in bed, quality of sleep and school functioning of children. *Journal of Sleep Research* 2000;9(2):145-153.
7. Chavin W, Tinson S. The developing child: Children with sleep difficulties. *Health Visitor* 1980;53(11):477-480.
8. Quine L. Helping parents to manage children’s sleep disturbance. An intervention trial using health professionals. In: Gibbons J, ed. *The Children Act 1989 and Family Support: Principles into Practice.* London, England: HMSO; 1992;101-141.
9. Stores G. *A Clinical Guide to Sleep Disorders in Children and Adolescents.* Cambridge, England: Cambridge University Press; 2001.
10. Stores G. Medication for sleep-wake disorders. *Archives of Disease in Childhood* 2003;88(10):899-903.
11. France KG, Hudson SM. Management of infant sleep disturbance: a review. *Clinical Psychology Review* 1993;13(7):635-647.
12. Mindell JA. Empirically supported treatments in pediatric psychology: bedtime refusal and night wakings in young children. *Journal of Pediatric Psychology* 1999;24(6):465-481.
13. Owens JL, France KG, Wiggs L. Behavioural and cognitive-behavioural interventions for sleep disorders in infants and children: a review. *Sleep Medicine Reviews* 1999;3(4):281-302.
14. Ramchandani P, Wiggs L, Webb V, Stores G. A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children. *British Medical Journal* 2000;320(7229):209-213.
15. Adair R, Zuckerman B, Bauchner H, Philipp B, Levenson S. Reducing night waking in infancy: a primary care intervention. *Pediatrics* 1992;89(4):585-588.
16. Kerr SM, Jowett SA, Smith LN. Preventing sleep problems in infants: a randomised controlled trial. *Journal of Advances in Nursing* 1996;24(5):938-942.
17. Pinilla T, Birch LL. Help me make it through the night: behavioral entrainment of breast-fed infants’ sleep patterns. *Pediatrics* 1993;91(2):436-444.

©2004-2025 ABILIO | SONO

18. Wolfson A, Lacks P, Futterman A. Effects of parent training on infant sleeping patterns, parents' stress, and perceived parental competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992;60(1):41-48.

19. France KG. Handling parents' concerns regarding the behavioural treatment of infant sleep disturbance. *Behaviour Change* 1994;11(2):101-109.

20. France KG. Behavior characteristics and security in sleep-disturbed infants treated with extinction. *Journal of Pediatric Psychology* 1992;17(4):467-475.

21. Reid MJ, Walter AL, O'Leary SG. Treatment of young children's bedtime refusal and nighttime wakings: a comparison of 'standard' and graduated ignoring procedures. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1999;27(1):5-16.

22. Sanders MR, Bor B, Dadds M. Modifying bedtime disruptions in children using stimulus control and contingency management techniques. *Behavioural Psychotherapy* 1984;12(2):130-141.

23. Eckberg, B. Treatment of sleep problems in families with small children: is written information enough? *Acta Paediatrica* 2002;91(8):952-959.

24. Montgomery P, Stores G, Wiggs L. The relative efficacy of two brief treatments for sleep problems in young learning disabled (mentally retarded) children: a randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood* 2004;89(2):125-130.

25. Seymour FW, BayfieldG, Brock P, During M. Management of night waking in young children. *Australian Journal of Family Therapy* 1983;4(4):217-222.

26. Durand VM, Mindell JA. Behavioral treatment of multiple childhood sleep disorders: effects on child and family. *Behaviour Modification* 1990;14(1):37-49.

27. Hiscock H, Wake M. Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *British Medical Journal* 2002;324(7345):1062-1065.

28. Wiggs L, Stores S. Behavioural treatment for sleep problems in children with severe intellectual disabilities and daytime challenging behaviour: effect on mothers and fathers. *British Journal of Health Psychology* 2001;6(3):257-269.

29. Minde K, Faucon A, Falkner S. Sleep problems in toddlers, effects of treatment on their daytime behaviour. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1994;33(8):1114-1121.

30. Richman N, Douglas, J, Hunt H, Lansdown R, Levere R. Behavioural methods in the treatment of sleep disorders – a pilot study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1985;26(3):581-590.

31. Wiggs L, Stores G. Behavioural treatment for sleep problems in children with severe learning disabilities and challenging daytime behaviour: effect on daytime behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1999;40(4):627-635.

32. Goodlin-Jones BL, Anders TF. Relationship disturbances and parent-child therapy. Sleep problems. *Child and Adolescent Clinics of North America* 2001;10(3):487-499.

33. Rosen R, Mahowald M, Chesson A, Doghrami K, Goldberg R, Moline M, Millman R, Zammit G, Mrak B, Dement W. The Taskforce 2000 survey on medical education in sleep and sleep disorders. *Sleep* 1997;21(3):235-238.

34. Salzarulo P. Workshop on education about sleep in Europe: chairman's summary. In: Horne JA, ed. *Sleep '90, proceedings of the Tenth European Congress on Sleep Research.* Bochum, Germany: Pontenagel Press; 1990:475-478.

35. Stores G, Crawford C. Medical student education in sleep and its disorders. *Journal of the Royal College of Physicians of London* 1998;32(32):149-153.

36. Stores R, Wiggs L. Sleep education in clinical psychology courses in the UK. *Clinical Psychology Forum* 1998;119:14-18.

©2004-2025 ABILIO | SONO