

Hábitos e Perturbações do Sono de uma População Infantil de Vila Nova de Gaia

CLÁUDIA PEDROSA *, GEORGINA CRUZ **, SUSANA AIRES PEREIRA *

* Serviço de Pediatria – Centro Hospitalar de V. N. Gaia ** Centro de Saúde Soares dos Reis – Unidade das Camélias

Resumo

O sono é um processo biológico altamente organizado, com influências sociais e culturais muito fortes. A higiene do sono ainda é uma designação desconhecida para a maioria dos cidadãos, sendo pouco divulgada pelos pediatras.

Objectivo: O objectivo deste estudo foi conhecer os hábitos e perturbações de sono de uma população infantil de V. N. Gaia e as suas repercussões sobre a família.

Material e Métodos: Foi realizado um inquérito às crianças de seis meses a dez anos de idade, que vieram acompanhadas pelos pais a uma consulta de Saúde Infantil do Centro de Saúde Soares dos Reis, durante um período de cinco meses.

Resultados: Das 56 crianças inquiridas, 38% dormem no quarto dos pais, 48% têm televisor no quarto e 77% vêem televisão à noite. No grupo etário dos 3 aos 6 anos este último facto ocorre em 100% dos casos. No total, 82% das crianças despertam mais tarde ao fim-de-semana e 34% deitam-se também mais tarde ao fim-de-semana. 96% das crianças faz um número de períodos de sono diurno adequado à idade. As perturbações do sono foram referidas em 84% das crianças. As mais frequentes foram os despertares nocturnos (71%) e a somnolência (29%). Só em 13% dos casos os pais abordaram este tema com o médico assistente.

Conclusões: Na população inquirida o tempo de sono nocturno e diurno foi adequado à idade na maioria dos casos. As perturbações do sono foram referidas numa percentagem elevada, particularmente os despertares nocturnos. O sono das crianças não é um tema habitualmente abordado nas consultas de Saúde Infantil.

Palavras-Chave: Sono, distúrbios do sono, criança.

Summary

Sleep Practices and Disorders in a Paediatric Population of Vila Nova de Gaia

Sleep is a highly organized biological process with heavy social and cultural influences. Sleep hygiene is still an unknown concept for the majority of general population and is not shared with paediatricians.

Objective: The aim of this study was to understand the sleep habits of a paediatric population of V. N. Gaia and its family repercussions.

Study Design: An inquiry was performed to parents of children aged between six months and ten years coming to a medical routine consultation during a period of five months.

Results: From a study population of 56 children, 38% slept in the parents' bedroom, 48% had TV in their bedroom and 77% watched TV at night. The latter occurs in 100% of children aged between three and six years. Overall, 82% wake up later in the weekend and 34% go to bed later in the weekend. 96% of children sleep a number of naps adequate to age. Sleep disorders were referred in 84% of children. The most common were repeated nighttime wakings (71%) and sleeptalking (29%). Only in 13% the parents had talked with the family doctor about this subject.

Conclusions: In the majority of this population the duration of daytime and nighttime sleep was adequate to age. Sleep disorders were referred in a high rate, namely repeated nighttime wakings. Sleep is rarely discussed in the child's health surveillance consultations.

Key-Words: Sleep, Sleep Disorders, child.

Introdução

O sono é definido como um estado de inconsciência, do qual se pode ser despertado por estímulos sensoriais ou outros estímulos apropriados⁽¹⁾.

O sono ocupa um terço do tempo das nossas vidas, desempenhando um importante papel na manutenção do equilíbrio biológico do sistema nervoso central (SNC). A

Correspondência: Susana Aires Pereira
Serviço de Pediatria
Centro Hospitalar de V. N. Gaia
Rua Dr. Francisco Sá Carneiro
4400 V. N. Gaia
Telefone: 223795051
Fax: 223796060

principal função biológica do sono é a função restauradora do equilíbrio entre as diferentes partes do SNC⁽¹⁾, evitando uma disfunção progressiva da mente, com maior lentidão de pensamento e exaustão neuronal. Outras funções adicionais são: a função comportamental (a vigília prolongada é capaz de provocar actividades comportamentais anormais, como a irritabilidade); a função de conservação de energia (há uma diminuição do metabolismo basal do organismo durante o sono); e funções somáticas (ex: produção de hormona de crescimento durante o sono).

Não sendo um tema habitualmente abordado na consulta de pediatria geral, não só em Portugal como em outros países desenvolvidos^(2,3), sabe-se que os distúrbios do sono podem causar morbidade substancial na criança, nomeadamente consequências a nível do comportamento⁽⁴⁾ diurno (hiperactividade), alterações psicológicas⁽⁴⁾, disfunção cognitiva, efeitos no crescimento e mesmo na saúde cárdio-vascular.

Não existe “sono normal” ou “tempo de sono normal”. Podemos dizer que estamos perante um distúrbio do sono se há queixas por parte da criança ou da família em relação ao sono da criança, ou, se há alteração no comportamento diurno da criança em consequência das características do seu sono. Frequentemente é o efeito no sono dos pais ou as suas queixas (e não as das crianças propriamente ditas) que se apresentam como motivo de consulta. O que representa um problema para uma família pode não ser para outra. Adicionalmente, é necessário ter em conta a idade da criança para definir a normalidade de determinados padrões de sono.

Estes distúrbios são classificados em dois grandes grupos: dissónias e parassónias⁽¹⁾. Nas dissónias há uma alteração das características (qualidade, quantidade, ritmo circadiano) do sono, enquanto que nas parassónias o distúrbio primário é um evento anormal que ocorre durante o sono⁽¹⁾. As dissónias dividem-se em insónias (sono deficiente em qualidade ou quantidade), hiperssónias (presença de sonolência diurna excessiva apesar de uma duração de sono aparentemente não diminuída) e distúrbios do ritmo circadiano do sono (alteração do padrão de vigília e sono em desarmonia com a alternância dia-noite). Existem vários tipos de parassónias como terrores nocturnos, pesadelos, somniloquia, sonambulismo, bruxismo e enurese nocturna.

Um dos pontos fulcrais sobre a problemática do sono infantil é o ritual do adormecer. Este facilita a separação dos pais, atenuando a angústia da separação. O ritual podendo ser mais ou menos complexo, é variável de criança para criança e mesmo de dia para dia na mesma criança, ou seja, a mesma criança pode adoptar várias estratégias que em conjunto, ou não, a ajudam a adormecer, embora habitualmente haja uma que predomina.

O presente estudo pretendeu conhecer os hábitos e per-

turbações do sono de uma amostra da população infantil de V. N. Gaia e suas repercussões sobre a dinâmica familiar.

Material e Métodos

O estudo é descritivo, exploratório e transversal. O universo do estudo foi o das crianças inscritas na lista de utentes de um médico do centro de saúde de Soares dos Reis. Definiu-se uma amostra institucional de crianças inscritas, entre os 6 meses e os 10 anos, que frequentaram a consulta no período de Março a Julho de 2001 (5 meses). A selecção dos elementos para a amostra fazia-se por ida à consulta no período considerado, sendo que todos os elementos entravam no estudo.

Para o estudo do sono foram definidos vários critérios: características sócio-familiares, ambiente do sono, ritual do adormecer, caracterização do sono e suas perturbações, estado de saúde da criança. As variáveis sócio-familiares estudadas foram: idade, sexo, Índice de Graffard, criança sob o cuidado de mãe ou avó ou ama ou escola. As variáveis do ambiente do sono estudadas foram: dorme no quarto dos pais ou em quarto próprio, vê ou não televisão à noite, dorme ou não com luz acesa e/ou porta aberta. As variáveis do ritual do adormecer estudadas foram: são deitados acordados ou a dormir, adormecem ao colo, presença ou não de objectos de transição (ex. boneco, peluche, pano, fralda), necessidade de chupeta, adormecem com televisão ou música ou uma história.

Os dados foram obtidos através dos pais das crianças que foram à consulta e através da consulta dos processos clínicos (registo clínico das fichas de saúde infantil).

Foi elaborado um questionário com 17 perguntas de tipo misto, com base em outros questionários^(5,6). O questionário era apresentado aos pais que, após o seu consentimento informado, era por eles preenchido.

O tratamento dos dados foi feito manualmente.

Foi considerada perturbação do sono qualquer tipo de ocorrência durante o sono, referida pelos pais como uma alteração do que pensavam ser o sono normal do filho.

Foi considerado um tempo de sono nocturno adequado entre 9 e 11 horas para lactentes a partir dos 6 meses e crianças até aos 3 anos, excessivo se duração superior a 12 horas e deficiente se duração inferior ou igual a 8 horas. Para as crianças entre 4 e 10 anos de idade foi considerado tempo de sono nocturno adequado entre 9 e 10 horas; excessivo se superior ou igual a 11 horas e deficiente se duração inferior ou igual a 8 horas.

Atendendo ao tipo de estudo, os autores não diferenciaram entre pesadelo e terror nocturno pela descrição dos eventos feita pelos pais, pelo que estas parassónias foram consideradas em conjunto.

Resultados

Caracterização da amostra

Neste estudo foram obtidos 56 inquéritos: 13% (n=7) de lactentes com idade entre 6 e 12 meses, 39% (n=22) de crianças entre 1 e 3 anos, 25% (n=14) dos 4 aos 6 anos e 23% (n=13) entre 7 e 10 anos.

Na população infantil estudada havia um ligeiro predomínio do sexo masculino (1 F: 1,4 M).

A nível sócio-familiar, 91% (n=51) das crianças pertenciam ao índice de Graffard III e IV; 5% (n=3) ao índice II e 4% (n=2) ao índice V. Em 93% (n=52) dos casos o agregado familiar era constituído por 5 ou menos elementos. Apenas 7% (n=4) das famílias apresentavam 6 ou mais elementos.

Do total das crianças inquiridas, 57% (n=32) apresentavam antecedentes patológicos activos passíveis de perturbar o sono. Os restantes 43% (n=24) não manifestavam qualquer doença associada. As patologias encontradas foram as seguintes: 20% (n=11) das crianças apresentavam patologia do foro de otorrinolaringologia, 13% (n=7) eczema atópico, 9% (n=5) sibilância recorrente, 5% (n=3) enurese nocturna, 4% (n=2) dor abdominal recorrente, 4% (n=2) infecção urinária, 2% (n=1) cefaleias, 2% (n=1) síndrome polimalformativa.

Da população pré-escolar, 49% (n=19) frequentava o infantário e 43% (n=17) estava com a mãe ou com a avó em casa. Em 8% (n=3) era a ama que tomava conta das crianças. Nas crianças que frequentavam a escola observou-se uma distribuição semelhante: 41% (n=7) frequentavam o infantário e 36% (n=6) estavam com a mãe ou a avó fora do período de aulas. 18% (n=3) ficavam sozinhos em casa após a escola e 5% (n=1) ficava com a ama.

Ambiente do sono

Verificámos que 38% (n=21) de todas as crianças inquiridas dormem no quarto dos pais. Todos os lactentes dormem, bem como 59% (n=13) das crianças do grupo etário dos 1 aos 3 anos. Acima dos 4 anos todas dormem em quarto próprio, excepto uma.

Vêm televisão à noite 77% (n=43) das crianças: 57% (n=4) dos lactentes dos 6 aos 12 meses, 68% (n=15) das crianças de 1 aos 3 anos, 100% (n=14) das crianças dos 4 aos 6 anos e 77% (n=10) dos 7 aos 10 anos (Fig. 1).

Vêm televisão no quarto de dormir 48% (n=27) das crianças inquiridas. Destas, 34% (n=19) têm televisor no quarto próprio e 14% (n=8) no quarto dos pais.

Necessitam de dormir com luz acesa e/ou porta aberta 48% (n=27) das crianças, tendência que vai aumentando até à idade escolar: 1% dos lactentes, 36% das crianças com 1 a 3 anos, 71% das crianças com 4 a 6 anos e 62% das de 7 a 10 anos.

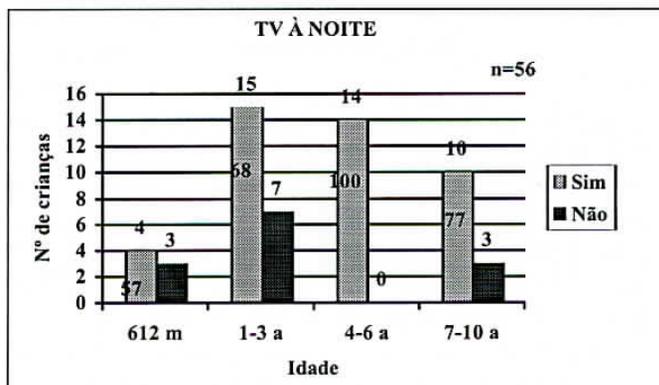


Fig. 1 – Televisão à noite.

Ritual do adormecer

Verificou-se que dos 7 lactentes com 6 a 12 meses, 4 (57%) são deitados acordados, 3 (43%) adormecem ao colo ou na cama dos pais, 2 (29%) precisam de objectos de transição, 2 (29%) de chupeta, 1 (14%) de televisão e 1 (14%) adormece com música.

Das 22 crianças com idade compreendida entre 1 e 3 anos, 5 (23%) são deitadas acordadas, 17 (77%) adormecem ao colo ou na cama dos pais, 4 (18%) precisam de objectos de transição, 9 (41%) de chupeta, 4 (18%) adormecem a ver televisão e 2 (9%) com história.

Dos 4 aos 6 anos (n=14), 7 (50%) são deitados acordados, 7 (50%) adormecem ao colo ou na cama dos pais, 2 (14%) necessitam de objectos de transição, 3 (21%) de televisão e 2 (14%) ouvem uma história. Nenhum precisa de chupeta.

Dos 7 aos 10 anos (n=13), 8 (62%) são deitados ainda acordados, 5 (38%) adormecem na cama dos pais, 2 (15%) precisam de objectos de transição, 4 (31%) de televisão e 1 (8%) de história.

Horários de sono

Durante a semana, 82% (n=46) das crianças faz um número de horas de sono nocturno adequado, em relação à média desejável para o grupo etário. 9% (n=5) dormem menos horas que o desejável e 9% (n=5) dormem mais.

Ao fim-de-semana não há nenhum caso de duração insuficiente de sono e 23% (n=14) dormem mais que o esperado, o que ocorreu sobretudo no grupo etário dos 7 aos 10 anos.

Em relação ao sono diurno, durante a semana 96% (n=54) das crianças faz um número de sesta adequado à idade. A partir dos 4 anos só 2 fazem sesta. Nenhuma apresentou três ou mais períodos de sono diurno.

As crianças desta amostra levantavam-se maioritariamente, à semana, entre as 7 e as 9 horas e entre 9 e as 10 horas ao fim-de-semana (Fig. 2).

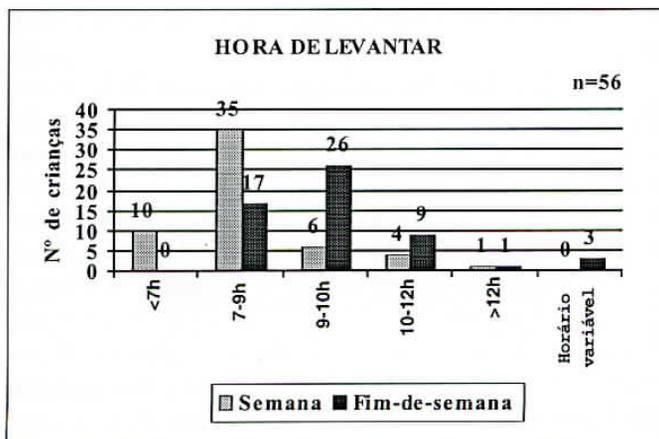


Fig. 2 – Hora de levantar.

A hora de deitar na maioria dos casos verificou-se antes das 22 horas à semana e entre as 22 e as 23 horas ao fim-de-semana (Fig. 3).

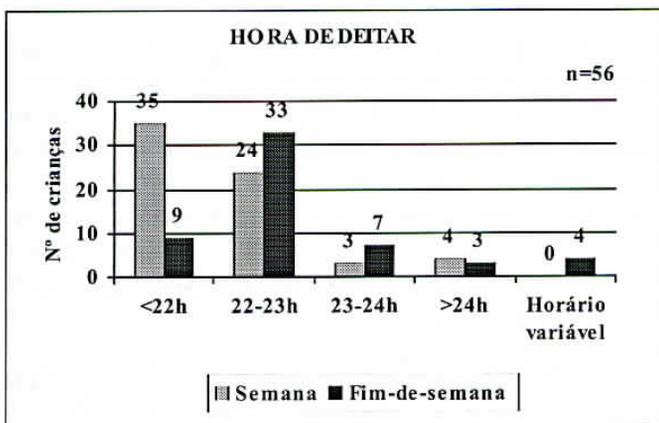


Fig. 3 – Hora de deitar.

Perturbações do sono

Foram referidos pelos pais 47 casos (84%) de perturbações do sono. Verificaram-se 38 casos (81%) de parassónias e 41 (87%) de insónias. Em 27 crianças (48%) coexistiam insónia e parassónia.

Das crianças com insónia, 27% (n=21) apresentavam dificuldade em adormecer e 98% (n=40) despertares nocturnos frequentes. A dificuldade em adormecer ocorreu sobretudo no grupo etário dos 1 aos 3 anos (27%) e os despertares nocturnos frequentes ocorreram em 100% dos lactentes e das crianças dos 4 aos 6 anos.

As parassónias mais frequentes foram: movimentação (não especificada) durante o sono (60%), a somniloquia (42%) e os pesadelos/terrores nocturnos (39%). Em 11% detectaram-se bruxismo e *jactatio capitis*, em 8% enurese nocturna e em 3% sonambulismo. A somniloquia ocorreu em todos os grupos etários e os pesadelos/terrores noc-

turnos ocorreram sobretudo dos 1 aos 3 anos.

Das 32 crianças (57%) com patologia passível de perturbar o sono, só uma (3%) não tinha qualquer perturbação do sono, o mesmo se verificando em 8 (33%) das 24 (43%) sem patologia.

Das crianças em que foi referido problemas do sono (n=47), só em 30% (n=14) os pais não fizeram qualquer tipo de intervenção ou tiveram uma intervenção mínima (pôr a chupeta, aconchegá-lo). Na maioria dos casos (70%; n=33) os pais levantam-se e fazem uma intervenção activa sobre a criança para que esta volte a adormecer. Só em 32% dos casos (n=15) foi admitida a existência de uma repercussão significativa sobre o sono dos pais.

O tema do sono só tinha sido abordado, como queixa da família, nas consultas de Saúde Infantil em 13% dos casos (n=7).

Discussão

A barreira que diferencia uma verdadeira perturbação do sono de uma simples variante normal do sono não é sempre clara e fácil de objectivar. Assim, quando estamos a avaliar uma criança com um aparente distúrbio do sono, o primeiro passo consiste em decidir se estamos, de facto, perante uma perturbação do sono⁽⁷⁾. Para tal devemos considerar o padrão de sono da criança e a sua relação com o resto da família⁽⁷⁾, já que a criança pode ter um sono adequado à sua saúde, mas ao mesmo tempo prejudicar o sono dos pais. Por outro lado, é de primordial importância o conhecimento da fisiologia do sono e da sua evolução durante o desenvolvimento de uma criança⁽⁸⁾, para que não se confundam padrões de sono variantes do normal com distúrbios do sono. Os primeiros a aplicar a perspectiva do desenvolvimento ao sono da criança foram Roffward, Muzio e Dement em 1966, com o seu trabalho sobre a ontogénese do sono humano publicado na *Science*⁽⁹⁾.

A idade mínima para o preenchimento do inquérito do sono foi de 6 meses, em virtude de ser nesta idade que a organização do ritmo circadiano sono-vigília se estabiliza⁽⁸⁾, bem como ocorre a aquisição de um ritmo espontâneo de 24 horas.

A elevada percentagem de frequência do infantário, quer nas crianças em idade pré-escolar, quer em idade escolar, salienta a necessidade de uma adequada informação dos educadores sobre os aspectos da higiene do sono infantil (Quadro I), sobretudo no que diz respeito ao sono diurno. Quer os pais, quer os educadores devem reconhecer as necessidades individuais de sono, de modo a não suprimir precocemente as sesta por conveniência pessoal ou colectiva. É preciso ter em conta que existe uma grande variabilidade inter-individual: se há crianças que aos 3 anos deixam espontaneamente de ter sesta, outras há que as mantêm até aos 6 anos.

Quadro I
Regras de higiene do sono.

HIGIENE DO SONO	
Horário de adormecer e acordar consistente ao longo de toda a semana.	Evitar bebidas estimulantes depois do jantar (cola, café, chocolate, chá).
Rotina do adormecer simples e reproduzível.	Evitar a alimentação ao adormecer e durante a noite.
Quarto de dormir apenas para dormir.	As brincadeiras não devem ser excitantes antes de deitar.
Ambiente do sono calmo, escuro e confortável.	A criança deve ser deitada acordada.

É totalmente inadaptado à criança que esta, após o jantar, tenha actividades excitantes como ver televisão. Na nossa amostra verificou-se que a grande maioria vê televisão à noite. A maioria dos lactentes é exposta à televisão no período que antecede o sono nocturno, o que por si só é um sinal preocupante, já que é muito precocemente que se inicia este hábito, mesmo antes de haver qualquer noção do conteúdo da programação televisiva. Sendo esta a idade em que se dá a consolidação do sono nocturno, o ritual do adormecer começa a torna-se uma rotina importante e o ritmo espontâneo sono-vigília torna-se sensível aos sincronizadores externos do ritmo de 24 horas. Ora não é desejável que o lactente faça do visionamento o seu ritual do adormecer ou o seu sincronizador externo do ritmo sono-vigília.

Até aos 3 anos, a maioria (69%) dorme no quarto dos pais. Os estudos sobre este assunto são limitados e ainda não totalmente esclarecedores⁽¹⁰⁾. Pode associar-se a uma maior resistência ao deitar, despertares nocturnos mais frequentes e maior dificuldade em adormecer sozinho. Além disso, sabe-se que trazer a criança para a cama dos pais não resolve as perturbações do sono pois estas permanecem, apesar disso, meses a anos⁽¹⁰⁾. Esta atitude é um hábito cultural que tanto pode ser vivida pelos pais como conflituosa e causadora de stress, ou como não problemática e não perturbadora, consoante a sociedade e o tipo de família. É útil perguntar aos pais como se sentem por dormir com os filhos na sua cama: se os pais não gostarem da ideia deve-se sugerir que coloquem a criança noutra cama antes do final do primeiro ano de vida, altura a partir da qual a separação se torna mais problemática⁽¹⁰⁾.

Verificou-se uma baixa percentagem de crianças que são deitadas acordadas; concomitantemente, detectaram-se rituais de adormecer complexos e/ou difíceis de reproduzir durante a noite, como o adormecer no colo ou na cama dos pais.

O tempo de sono nocturno e diurno foi, de um modo geral, adequado à idade. Em 9% dos casos verificou-se uma quantidade de sono nocturno significativamente deficitária em relação ao desejável para a idade apenas nos dias de semana, o que leva a pressupor que tal aconteça em

virtude de um desajustamento em relação ao horário laboral dos pais.

Apesar de ter sido referida uma frequência elevada de problemas do sono, só em 32% foi admitida uma repercussão significativa sobre o sono dos pais, o que está de acordo com a prevalência de perturbações do sono descrita na literatura⁽⁵⁾. Assim, no sentido estrito, patológico, encontrámos perturbações do sono em 32% dos casos, embora por uma maior facilidade classificativa foram consideradas como perturbações do sono mesmo os eventos benignos que fazem parte do desenvolvimento normal do sono de uma criança mas referidos como preocupantes pelos pais. Os eventuais factores causadores de problemas do sono encontrados foram: visionamento excessivo à noite, adormecer com os pais, horários não consistentes à semana e ao fim-de-semana e elevada frequência de patologias causadoras de insónia.

Como seria de esperar, 100% dos lactentes apresentaram despertares nocturnos frequentes, bem como a maioria (55%) das crianças com idade entre 1 e 3 anos. Uma das queixas mais frequentes dos pais nos primeiros anos de vida é de que o seu filho não dorme⁽⁸⁾. Este é um dos fenómenos fisiológicos do sono das crianças mais pequenas. É importante informar os pais sobre a sua normalidade, para que não intervenham activamente e ensinem as crianças a auto-adormecer.

Os despertares nocturnos frequentes ocorreram também em 100% das crianças dos 4 aos 6 anos, o que coincide com o grupo etário em que 100% vê televisão à noite. Neste grupo etário, ao contrário dos lactentes, o sono nocturno deve estar já bem consolidado, sendo raros os despertares espontâneos. Embora não seja possível estabelecer uma relação directa entre os despertares nocturnos e o visionamento à noite, parece haver um impacto negativo da televisão sobre o sono da criança, o que é preocupante, tendo em conta o elevado número de crianças com televisor no quarto. Também não se pode excluir que resultem de uma intervenção inadequada parental em idades mais precoces. A percentagem de despertares nocturnos encontrada foi superior à descrita na literatura, em todas as faixas etárias^(6,11,12).

Verificou-se que o sono das crianças não é abordado de um modo sistemático nas consultas de Saúde Infantil. Além disso, vivemos numa sociedade mal informada sobre as necessidades fisiológicas das crianças e sobre o seu ritmo circadiano de sono-vigília⁽¹³⁾. Os problemas do sono podem ser uma fonte de stress e insónia para os pais, ou alteração do comportamento⁽⁶⁾ e dificuldade de aprendizagem para a criança, e as famílias podem não ter a noção de que o seu médico as pode ajudar^(6,14), através de intervenções comportamentais que conduzem a uma resolução do problema⁽¹¹⁾. A falta de intervenção pode, ainda, levar ao prolongamento das perturbações do sono até à vida adulta

e ao recurso a terapêutica farmacológica desnecessária.

Em conclusão, a educação para a saúde infantil deve incluir uma avaliação e orientação para a higiene do sono como, aliás, está bem salientado nos cuidados antecipatórios do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil ⁽¹⁵⁾.

Bibliografia

1. Guyton AC. *Tratado de fisiologia médica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989.
2. Chervin RD, Archbold KH, Panahi P, Pituch KJ. Sleep problems seldom addressed at two general pediatric clinics. *Pediatrics* 2001; 107 (6): 1375-80.
3. Owens JA. The practice of pediatric sleep medicine: results of a community survey. *Pediatrics* 2001; 108 (3): E51.
4. Harris JC. Sleep disorders. In: Mc Millan JA, DeAngelis CD, Feigin RD, Warshaw JB, eds. *Oski's Pediatrics – Principles and Practice*. 3 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 822-7.
5. Arboledas GP, Roselló AL, Paya FB. El pediatra ante el niño con trastornos del sueño. *An Esp Pediatr* 1999; 50 (3): 247-52.
6. Borges T, Azevedo M, Fonseca P, Torres P, Costa FM. Hábitos do sono. *Saúde Infantil* 2000; 22(1): 61-8.
7. Ferber R. Introduction: Pediatric Sleep Disorders Medicine. In: Ferber R, Kryger M, eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine in the Child*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1995: 1-5.
8. Lacerda N. *Cadernos de Desenvolvimento Infantil – Capítulo 4*. Lisboa: Laboratório L. Lepori, 2000.
9. Roffwarg H, Muzio J, Dement W. Ontogenetic development of the human sleep-dream cycle. *Science* 1966; 152: 604.
10. Lozoff B. Culture and Family: Influences on Childhood Sleep Practices and Problems. In: Ferber R, Kryger M, eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine in the Child*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1995: 69-73.
11. Adair RA, Zuckerman B, Bauchner H, Philipp B, Levenson S. Reducing Night Waking in Infancy: a Primary Care Intervention. *Pediatrics* 1992; 89 (4): 585-8.
12. Adair R, Bauchner H, Philipp B, Levenson S, Zuckerman B. Night Waking During Infancy: Role of Parental Presence at Bedtime. *Pediatrics* 1991; 87 (4): 500-4.
13. Mantz J, Muzet A. Le sommeil de l'enfant de trois ans. *Arch Fr Pediatr* 1991; 48: 19-24.
14. Howard BJ, Wong J. Sleep Disorders. *Pediatr Rev* 2001; 22 (10): 327-41.
15. Ministério da Saúde. Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.