

Terapêutica nas Perturbações do Sono

LUIA AIRE DE SOUSA,* FERNANDA TORAL GARCIA

Clínica Universitária de Pediatria, Hospital de Santa Maria

Resumo

O sono tem uma importância fundamental no desenvolvimento harmonioso da criança. As perturbações do sono são muito frequentes nas populações pediátricas e, apesar de serem transitórias e benignas na maior parte dos casos, provocam grande ansiedade e preocupação nos pais.

Na avaliação das perturbações do sono, é importante o conhecimento da fisiologia do sono e da sua evolução com o desenvolvimento da criança. No sono há dois estados distintos, definidos com base em parâmetros fisiológicos: sono NREM (*non-rapid eye movement*), por sua vez subdividido em quatro fases e sono REM (*rapid eye movement*), também designado por sono activo ou sono paradoxal. Os sonos NREM e REM alternam ciclicamente ao longo da noite e a duração de cada ciclo NREM/REM aumenta progressivamente desde o período neonatal até à adolescência.

Na abordagem das perturbações do sono é essencial a colheita de uma história do sono detalhada, enquadrada numa história completa do desenvolvimento e saúde física da criança.

O tratamento das perturbações do sono na criança assenta numa intervenção comportamental (*rotinas positivas, extinção graduada, extinção*). A promoção da higiene do sono nas crianças e adolescentes constitui uma componente fundamental do tratamento e também da prevenção das perturbações do sono. A farmacoterapia não é uma opção de primeira linha, devendo recorrer-se a ela apenas em situações específicas, durante períodos de tempo curtos e sempre sob orientação médica. Ao contrário da abordagem comportamental, que é eficaz a médio e longo prazo, a utilização de fármacos apresenta benefício apenas a curto prazo e que não subsiste após suspensão da terapêutica.

Palavras-Chave: sono; parassónia; *co-sleeping*; extinção graduada; rotinas positivas; despertares programados; higiene do sono.

Summary

Treatment for Sleep Disorders

Sleep is essential for the normal, healthy child development. Sleep disorders are common in pediatric populations and cause substantial distress and serious management problems to parents, in spite of being benign and transitory in most cases.

When assessing sleep disorders, it is important to remember sleep physiology and its changes during child development. There are two different stages in sleep: NREM (non-rapid eye movement) which is further subdivided into four stages and REM (rapid eye movement). Both alternate cyclically during a night sleep and the duration of each cycle NREM/REM increases from the neonatal period to adolescence.

Good clinical management is based on an accurate and detailed sleep history.

The most effective long term treatment for sleep problems in childhood is behavioral intervention, using a variety of psychological techniques which teach children appropriate sleeping habits (positive routines, graduated extinction, extinction). Good sleep hygiene in children and adolescents is essential for the treatment and also to prevent sleep disorders. Drug treatment is not a first line option and should only be used in specific situations, during short term periods and always under medical supervision. Contrary to behavioral intervention which offers short term efficacy and long lasting benefits, drugs are effective only in the short term.

Key-Words: sleep; parasomnia; *co-sleeping*; graduated extinction; positive routines; scheduled wakings; sleep hygiene.

Introdução

As perturbações do sono são muito frequentes nas populações pediátricas e, apesar de serem transitórias e benignas na maior parte dos casos, provocam grande ansiedade e preocupação nos pais. Cerca de 25 a 30% das crianças com menos de 4 anos de idade têm algum tipo de problema de sono e 10% das crianças que frequentam a

Correspondência: Luisa Aires de Sousa
Clínica Universitária de Pediatria, Hosp. de Santa Maria,
Av. Prof. Egas Moniz, 1699 Lisboa Codex, Portugal
E-mail: luisa-a-s@sapo.pt

escolaridade básica são afectadas por perturbações do sono.^{1,2,3}

O sono é essencial para a nossa vida, quase tão importante como a alimentação e a respiração. Passamos cerca de um terço da nossa vida a dormir e, um quarto desse tempo, a sonhar activamente. O sono é, pois, um “ritmo biológico primordial” e tem uma importância fundamental no desenvolvimento harmonioso da criança.¹ O sono é um processo fisiológico altamente complexo, com influências sociais e culturais muito fortes e, a este respeito, abordaremos mais adiante a prática de dormir em proximidade com os pais (“co-sleeping”) que, está hoje comprovado, tem influência no padrão de sono desenvolvido pela criança.

Apesar de extensa investigação nesta área, continua por definir a função precisa do sono. Duas das teorias mais populares nas últimas décadas, defendiam que o sono é essencial para a recuperação do cérebro e para o repouso físico do corpo, impondo um limite ao gasto de energia. Actualmente, toda a evidência parece apontar no sentido de que a função do sono está unicamente relacionada com o cérebro, sabendo-se que algumas regiões do cérebro apenas atingem “repouso” essencial durante o sono não-REM (*non-rapid eye movement*).¹

Existe uma grande variabilidade inter-individual quanto à duração de uma noite de sono normal – para o adulto jovem, a duração média rondará as 7,5 horas (em 68% dos casos, varia entre 6,5 e 8,5 horas).¹ Contudo, a melhor forma de avaliar a normalidade da duração de uma noite de sono é através da qualidade do tempo acordado.

Existe uma tendência por parte dos pais para sobre-estimar as necessidades de sono dos seus filhos. Com o intuito de auxiliar os clínicos a avaliar os problemas de sono na população pediátrica, assegurando aos pais a normalidade da duração do sono dos seus filhos, foram recentemente publicadas curvas de percentis para a duração do sono (nocturno, diurno e total diário) na população pediátrica.⁴ É sabido que ocorre uma diminuição considerável da duração total do sono desde o período neonatal até à adolescência, com persistência de grande variabilidade inter-individual em todas as idades. Durante o primeiro ano de vida, observa-se consolidação gradual do sono nocturno, que é acompanhada por uma diminuição progressiva na duração do sono diurno. Da análise comparativa da duração total do sono diário nas crianças ao longo das últimas décadas, verifica-se existir uma tendência decrescente franca, mais acentuada nas idades mais jovens e que estará relacionada com uma atitude de maior permissividade relativamente à hora de deitar, por parte dos pais.⁴ Convém não esquecer, por outro lado, que, nas famílias em que tanto o pai como a mãe trabalham durante o dia inteiro, o final do dia pode ser essencial para a interacção entre toda a família, o que atrasará necessariamente a hora de deitar.⁵

Fisiologia do Sono

Na avaliação das perturbações do sono, é fundamental o conhecimento da fisiologia do sono e da sua evolução com o desenvolvimento da criança. No sono existem dois estados distintos, definidos com base em parâmetros fisiológicos, incluindo electroencefalograma (EEG), tónus muscular e movimentos oculares: sono com movimentos oculares rápidos (*rapid eye movement* – REM) e sono sem movimentos oculares rápidos (*non-rapid eye movement* – NREM). Este último, por sua vez, subdivide-se em quatro fases, com ritmos electroencefalográficos característicos: fases 1 e 2, de transição, caracterizadas por sono leve, com limiar sensorial para despertar baixo; fases 3 e 4, caracterizadas por sono de onda lenta (onda δ) profundo, com elevado limiar sensorial para despertar. Durante o sono NREM, os processos mentais cerebrais atingem o seu mínimo diário. É um estado que pode ser descrito como de “um cérebro inactivo num corpo móvel”.¹ No sono REM, também designado por “sono activo” ou “paradoxal”, o EEG é muito semelhante ao do cérebro acordado. O consumo de oxigénio pelo cérebro, medida do gasto de energia, é mais elevado durante o sono REM do que durante um período de concentração num problema de matemática de grande dificuldade! Para além dos movimentos oculares rápidos, o sono REM caracteriza-se também pela existência de sonho (presente exclusivamente neste estado) e por atonia muscular, o que levou à sua descrição como de um “cérebro activo, halucinante, num corpo paralizado”.^{1,2} Os sonos NREM e REM alternam ciclicamente ao longo da noite e a duração de cada ciclo NREM/REM aumenta progressivamente do período neonatal até à adolescência, desde 50 a 60 minutos no recém-nascido até atingir os 90 minutos nas crianças mais velhas e adultos. A proporção de sono NREM e REM altera-se ao longo da noite e também com a idade da criança, representando 50% do total do sono durante os primeiros 6 meses de vida e diminuindo depois progressivamente, de modo que, entre os 3 e os 4 anos de idade, o sono REM passa a representar apenas 20 a 25% do total e permanece assim durante o resto da vida.³ Os dois estados, NREM e REM, são interrompidos durante a noite por despertares breves (com uma duração que pode ir de poucos segundos a alguns minutos), em que o EEG se altera no sentido de um ritmo de vigília e ocorre um aumento do tónus muscular, com movimento. Estes despertares representam múltiplas oportunidades de acordar...⁶

Classificação das Perturbações do Sono

De uma forma sumária, as perturbações do sono podem classificar-se em: **Dissónias** – caracterizadas por alterações na quantidade, qualidade ou horário do sono e que se manifestam por dificuldade em iniciar ou manter

o sono ou, ainda, sonolência excessiva durante o dia; incluem as perturbações intrínsecas do sono (por exemplo, apneia obstrutiva do sono, narcolepsia), as perturbações extrínsecas do sono e as perturbações do ritmo circadiano, de que voltaremos a falar adiante; **Parassónias** – caracterizadas por eventos, perturbações comportamentais ou fisiológicas, episódicas, que surgem associadas ao sono, a fases específicas do sono ou na transição sono-vigília e que incluem, entre outros, os despertares parciais (por exemplo, terrores nocturnos, sonambulismo), as perturbações da transição sono-vigília (*jactatio capitis*, somniloquia) e as parassónias REM (pesadelos).

Abordagem das Perturbações do Sono

No que diz respeito às estratégias para a abordagem das perturbações do sono, o elemento mais importante continua a ser a elaboração de uma história do sono o mais detalhada possível, obviamente enquadrada numa história completa do desenvolvimento e saúde física da criança. A história do sono deverá abordar inúmeros aspectos, entre os quais salientamos os seguintes: hora média de deitar, hora estimada de adormecer, hora média de acordar de manhã; se realiza sesta(s) durante o dia; se é inadequada a quantidade total de sono diário e, ainda, se os horários são irregulares ou foram alterados recentemente. Para maior eficácia na colheita dos dados, aconselhamos a entrega prévia de questionários aos pais, que deverão ser preenchidos antes da consulta, bem como a elaboração, pelos mesmos, de um “diário” dos 15 dias que antecederam a consulta. São aspectos esquecidos com frequência a identificação de potenciais obstáculos à instituição de terapêutica (nomeadamente atitudes, crenças, relações intra-familiares ou estado emocional dos pais) bem como de terapêuticas concomitantes que possam interferir com o sono (por exemplo, administração de descongestionantes nasais) e a descrição pormenorizada do ambiente em que a criança dorme.

Por outro lado, convém termos sempre presente que as diferenças culturais têm um grande impacto nos hábitos do sono e, a este respeito, gostaríamos de nos deter um pouco no *co-sleeping*, que ilustra bem esta questão. Trata-se de uma prática mais comum nas sociedades não ocidentais,⁷ embora alguns trabalhos refiram que o *co-sleeping* é um hábito progressivamente mais difundido em regiões de alguns países ocidentais.⁸ É sabido que o *co-sleeping* leva ao desenvolvimento de padrões de sono diferentes dos habituais e que essa diferença ainda se acentua mais no caso de as crianças serem também amamentadas durante os primeiros 24 meses de vida.⁹ Está descrita uma menor quantidade de sono diário, bem como um maior número de despertares

durante a noite. Por outro lado, estudos multiculturais evidenciam que o *co-sleeping* tem vantagens e que é mais normal do ponto de vista evolutivo... Sem querermos estar a tomar qualquer partido, consideramos que se trata, sem dúvida, de uma questão que deve ser reavaliada. Pelo menos, gostaríamos de fazer uma chamada de atenção para o facto de não se “rotular” uma preferência cultural como problema, sobretudo na ausência de preocupação por parte dos pais.

Falta de Tempo de Sono

O sono é o reflexo do equilíbrio global da criança, em especial da sua segurança afectiva. O sono “ensina” a criança a separar-se dos pais, o que é fundamental para o desenvolvimento da vinculação e para que a criança dê os primeiros passos no estabelecimento do seu auto-controlo, tão importante para as etapas subsequentes do Desenvolvimento e para a sua interacção com a sociedade.^{1,2,5}

Os problemas em iniciar e/ou manter o sono – disputas ao deitar, dificuldade em adormecer, fragmentação do sono, acordar frequente à noite – são frequentes nas crianças pequenas e raramente devidos a uma perturbação intrínseca do sono. Para todas as crianças, a hora de deitar é hora de separação e muitas tudo farão para a evitar. Contudo, alguns factores poderão contribuir para estas perturbações, como as cólicas no lactente ou o hábito de alimentação durante a noite,¹⁰ bem como uma situação de doença – por exemplo, otite, refluxo gastro-esofágico e, provavelmente, alergia alimentar.

No que diz respeito às crianças mais velhas, muitas vezes entram em confronto com os pais, tentando adiar a hora de deitar (comportamento de desafio). Os problemas persistentes do sono nestas idades também podem ser sintomas de dificuldades emocionais, nomeadamente angústia de separação materna, que se encontra relacionada com perturbações do sono na criança.² O hábito estabelecido de não adormecer sem a presença física dos pais, bem como a dificuldade, por parte dos pais, em estabelecer limites, resistir às exigências da criança ou irritação com essas exigências e dúvidas quanto à sua competência, são outros factores que estão muitas vezes relacionados com a persistência dos problemas de sono.^{6,11}

O tratamento das perturbações comportamentais do sono assenta num esquema comportamental cognitivo, que implica: ensinar à família (e à criança) os aspectos relevantes da fisiologia do sono; falar sobre o problema e trabalhar atitudes (ou pensamentos) que possam estar a provocar a perturbação do sono, tentando substituí-los por outros mais eficazes (as técnicas comportamentais têm por objectivo modificar a forma como os pais reagem aos problemas do sono); descrever e propor um plano compor-

tamental, etapa por etapa e monitorizar e assistir à implementação do plano. Cabe ao médico assistente decidir qual a medida de abordagem comportamental mais adequada a determinada família, de acordo com diversos factores como, por exemplo, a quantidade de tempo que os pais passam com a criança, se outra criança partilha o quarto, o nível de interacção pretendido pelos pais e a capacidade destes ignorarem o choro da criança.^{6,12,13}

Existem várias abordagens possíveis, propostas inicialmente por Ferber, autor que deu grande contributo nesta área, ao descrever e popularizar várias técnicas: *Extinção*; *Extinção Graduada*; *Rotinas Positivas*.^{2,3,6,12,14} Sem querer abordar exaustivamente cada uma das técnicas gostaríamos, contudo, de assinalar algumas vantagens das *Rotinas Positivas*, que surgiram numa tentativa de corrigir as limitações da *Extinção*, sobretudo a grande dificuldade na implementação, pela sua exigência. O objectivo das *Rotinas Positivas* é ajudar os pais e a criança a lidar com as birras da hora de deitar, substituindo-as por actividades de auto-ajuda. Sendo mais simples de compreender e aplicar por parte dos pais, esta técnica teve logo desde o início bastante maior adesão. Por outro lado, permite criar oportunidades de interacção “positiva” entre pais e criança, substituindo comportamentos desapropriados, previamente estabelecidos, por comportamentos novos, desejáveis, que a criança pode utilizar à medida que se torna progressivamente mais independente. Uma vantagem inestimável das *Rotinas Positivas* consiste naquilo a que poderíamos chamar *generalização dos efeitos da técnica*, na medida em que aumenta a adesão da criança a medidas de reforço positivo, que podem ser usadas em crianças mais velhas, a partir dos 3 a 4 anos de idade.¹⁴

Alterações do Ritmo Circadiano

Trata-se de uma perturbação do sono típica da adolescência, em que ocorre um atraso no início do sono, que provoca diminuição do tempo de sono durante a semana e recuperação do sono no fim-de-semana. Estas alterações estão relacionadas com modificações maturativas neuro-endocrinológicas, que condicionam diminuição do sono de onda lenta (cujo pico é atingido no início da adolescência, diminuindo depois) e aumento da sonolência diurna.

Por outro lado, pode haver outros factores envolvidos que importa despistar, nomeadamente: abuso de substâncias (por exemplo, álcool, cocaína e cafeína, que provocam fragmentação do sono), medicamentos, diversos aspectos emocionais, sociais e ambientais – é sabido que o hábito de ficar voluntariamente acordado provoca padrões de sono irregulares.

Alguns aspectos particulares, relacionados com esta fase da vida, adquirem importância especial, dentre os quais gostaríamos de salientar dois. Por um lado, a possi-

bilidade de doença crónica do sono, na medida em que os hábitos da adolescência podem persistir na idade adulta. Por outro lado, a maior dificuldade no diagnóstico da disfunção do sono no adolescente, relativamente às idades mais jovens, inerente ao facto de os pais serem menos afectados, pelo que apenas os casos mais graves tenderão a recorrer ao médico.

O tratamento deste tipo de perturbações do sono assenta na *higiene do sono* e na manipulação dos horários. A primeira tem por objectivo criar um bom comportamento de sono na criança/adolescente, tentando minimizar tudo aquilo que possa interferir com o sono e que poderá relacionar-se com aspectos muito diferentes: ambiente do sono; rotina de adormecer; quarto de dormir; horário de adormecer e acordar; alimentação ao adormecer e durante a noite; bebidas estimulantes; brincadeiras antes de deitar. Quanto à manipulação dos horários, é prudente ir fazendo ajustes muito graduais (15 minutos por semana) e, nos casos de maior privação de sono, poderá ser mesmo essencial a recuperação no fim-de-semana. Uma vez atingido o horário pretendido, para que este se mantenha é fundamental a existência de uma hora de acordar consistente.

Porque as perturbações do sono com avanço ou atraso de fase podem responder ao efeito da luz, alguns autores referem a exposição à luz de manhã como sendo eficaz para a resolução do atraso no início do sono que ocorre na adolescência. Contudo, são ainda necessários mais estudos, a fim de comprovar a sua eficácia neste tipo de problemas.³

Parassónias

Embora não sendo nosso propósito aprofundar o tema de forma exaustiva, falaremos de seguida dos pesadelos e despertares parciais, salientando sobretudo a abordagem que consideramos mais correcta perante estas parassónias.

Os pesadelos são sonhos assustadores que ocorrem na segunda metade da noite, durante o sono REM. São frequentes, particularmente entre os 5 e os 10 anos de idade e a sua etiologia parece ser idêntica a outros fenómenos relacionados com a ansiedade. Se forem ocasionais, a atitude mais adequada consiste em confortar a criança e tentar identificar possíveis factores precipitantes, nomeadamente programas de televisão, histórias (muitas vezes “de adormecer”!) ou acontecimentos reais, que tenham eventualmente provocado algum tipo de perturbação. Apenas será necessária uma intervenção específica se os pesadelos ocorrerem com frequência significativa (mais do que uma vez por semana) ou se se verificar uma repetição constante do tema ou do conteúdo.

Os despertares parciais incluem os terrores nocturnos (ou terrores do sono), o sonambulismo e os estados confusos. São parassónias que ocorrem geralmente no primeiro

terço da noite, em associação com o sono de onda lenta (fase 4 do sono NREM), que atinge o seu pico máximo de intensidade entre os 3 e os 5 anos de idade. Embora possam ser múltiplos, é mais frequente que se verifiquem apenas uma vez durante o período do sono. Estão identificados alguns factores que podem precipitar o aparecimento destas parassónias: privação de sono; alterações no horário do sono; doença; medos, ansiedade, preocupações. Sempre que uma criança experimenta privação de sono, a resposta fisiológica consistirá em intensificar a fase 4, de sono mais profundo, especialmente nas primeiras uma a duas horas após o início do sono (uma vez que os estádios de sono profundo NREM predominam no primeiro terço da noite). Este sono profundo de "recuperação" é território fértil para o aparecimento de despertares parciais. Por outro lado, o estado emocional da criança quando está a adormecer parece ser relevante quanto aos despertares parciais, motivo pelo qual é muito importante que ela se sinta segura, livre de medos e preocupações nessa altura.^{2,6}

No que diz respeito à abordagem terapêutica das parassónias, é essencial intervir de forma adequada ao grau do problema. Como recomendações gerais, diríamos que são fundamentais as seguintes: educar a família acerca dos acontecimentos e explicar o seu significado; encorajar um horário de sono regular; ajudar a criança a sentir-se confiante na altura de se deitar; ajudar a criança a identificar (e expressar) factores de ansiedade e medo no ambiente que a rodeia. Em relação ao sonambulismo, é também importante a adopção de medidas de segurança, nomeadamente a colocação de grades e vedações nas escadas ou alarmes nas portas; o sonâmbulo deve ser sempre reencaminhado para a cama e não acordado. Em qualquer caso e no que respeita a todas as parassónias, os pais devem sempre abster-se de uma intervenção excessiva, a qual pode provocar um condicionamento não intencional do despertar durante a noite, agravado ainda mais se os pais estabelecerem associações que dificultem voltar a adormecer.

Os despertares programados baseiam-se no facto de os despertares parciais tenderem a ocorrer a horas previsíveis, de tal modo que as famílias descrevem muitas vezes que os episódios sucedem todas as noites precisamente à mesma hora. Nestes casos, acordar a criança aproximadamente 15 minutos antes da hora habitual do episódio poderá ser eficaz para o evitar.

No que diz respeito à farmacoterapia na abordagem das parassónias, não se trata de uma opção de primeira linha e apenas deve ser utilizada pontualmente, em situações específicas (por exemplo, para quebrar o ciclo vicioso de tensão intra-familiar, permitindo restabelecer o equilíbrio que possibilite a implementação de uma abordagem comportamental ou na situação de episódios frequentes e graves, que não respondem a outras medidas). A farmacoterapia deve ainda ser usada durante períodos de

tempo curtos, idealmente de 8 a 10 dias, no máximo 4 semanas, e sempre sob orientação médica.^{6,12}

No âmbito da farmacoterapia, "No âmbito da farmacoterapia, tanto os anti-depressivos tricíclicos como as benzodiazepinas têm apresentado resultados positivos nos despertares parciais.^{3,6} O mecanismo de acção destes fármacos consiste em encurtar a latência do sono e melhorar a sua continuidade. Provocam também diminuição dos despertares do sono e tornam a fase 4 do sono NREM menos profunda – consequentemente, diminuem os despertares parciais do sono profundo. As principais dificuldades nesta intervenção prendem-se com os efeitos farmacológicos de tolerância e dependência, bem como efeitos prejudiciais no sono, a longo prazo. Uma vez que, mais do que eliminar os sintomas, os fármacos vão "mascará-los", acabará por haver recorrência dos episódios, devido à necessidade fisiológica da fase 4 do sono profundo. Em suma, a utilização de fármacos apresenta benefício apenas a curto prazo e que não subsiste para além da suspensão da terapêutica, ao contrário da abordagem comportamental, que é eficaz a médio e a longo prazo.

De forma menos sistemática, outros fármacos têm sido descritos como sendo úteis em casos específicos, não exclusivamente em Pediatria. Entre estes, gostaríamos de referir os seguintes: inibidores da monoamino-oxidase, pela sua acção de inibição do sono REM, são por vezes usados com bons resultados nos pesadelos graves (muitas vezes no contexto de *stress* pós traumático); melatonina, um dos neuro-químicos principais envolvidos na regulação do sono, pela sua acção de sincronizar os ritmos circadianos e pelas suas propriedades hipnóticas ligeiras, tem sido descrita como eficaz nas perturbações do ritmo circadiano, nomeadamente em casos de amaurose.³

Conclusão

O sono tem uma função muito importante na atenção, na memória, na aprendizagem e no comportamento. As perturbações do sono são muito frequentes nas populações pediátricas e, apesar de serem transitórias e benignas na maior parte dos casos, provocam grande ansiedade e preocupação nos pais. A abordagem mais eficaz das perturbações do sono inclui: educação sobre os processos básicos relacionados com o sono; melhoria da higiene do sono; modificações comportamentais. A terapêutica farmacológica só deve ser utilizada pontualmente, por períodos curtos e sempre sob orientação médica.

Bibliografia

1. Bear M, Connors B, Paradiso M. Neuroscience. Exploring the Brain. Lippincott Williams & Williams, 2001.
2. Gillberg C. Clinical Child Neuropsychiatry. Cambridge University Press, 2000.

3. Ebert M, Loosen P, Nurcombe B. Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry. Appleton & Lange.
4. Iglowstein I, Jenni O, Molinari L, Largo R. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics* 2003; **111**(2): 302-307.
5. Anders T, Goodlin-Jones B, Zelenko M. Desenvolvimento dos estádios de sono-vigília e sua regulação no lactente. *Acta Pediatr Port* 1999; **30**(1): 101-104.
6. Parker S, Zuckerman B. Behavioral and Developmental Pediatrics. Little Brown, 1995.
7. Latz S, Wolf A, Lozoff B. Cosleeping in context: sleep practices and problems in young children in Japan and the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999; **153**(4): 339-346.
8. Lozoff B, Wolf A, Davis N. Cosleeping in urban families with young children in the United States. *Pediatrics* 1984; **74**(2): 171-182.
9. Elias M, Nicolson N, Bora C, Johnston J. Sleep/wake patterns of breast-fed infants in the first 2 years of life. *Pediatrics* 1986; **77**(3): 322-329.
10. Nikolopoulou M, St James-Roberts I. Preventing sleeping problems in infants who are at risk of developing them. *Arch Dis Child* 2003; **88**: 108-111.
11. Philipp B, Levenson S, Zuckerman B. Night waking during infancy: role of parental presence at bedtime. *Pediatrics* 1991; **87**(4): 500-504.
12. Ramchandani P, Wiggs L, Webb V, Stores G. A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children. *BMJ* 2000; **320**: 209-213.
13. Lam P, Hiscock H, Wake M. Outcomes of infant sleep problems: a longitudinal study of sleep, behavior and maternal well-being. *Pediatrics* 2003; **111**(3): e203-e207.
14. Adams L, Rickert V. Reducing bedtime tantrums: comparison between positive routines and graduated extinction. *Pediatrics* 1989; **84**(5): 756-761.