

Ronco e apneia obstrutiva do sono na criança

Triagem do ronco, sintomas, complicações, polissonografia e alternativas, adenotonsilectomia e risco pós-operatório, tratamento clínico da forma leve, obesidade e CPAP, segundo SBP e AAP 2012

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Cerca de **10% das crianças roncam**, mas só uma parte tem **apneia obstrutiva do sono (AOS)** — cerca de **1 em cada 30 crianças (SBP)**, com pico dos **2 aos 8 anos**, pela hipertrofia adenotonsilar. A SBP adota a AAP (2012): **perguntar sobre ronco em toda consulta de puericultura**; ronco habitual (≥ 3 noites por semana) com pausas, esforço, sono agitado, enurese, desatenção, hiperatividade ou baixo ganho de peso pede **polissonografia** ou **encaminhamento ao otorrinolaringologista** ou ao especialista em sono. Sem polissonografia, **vídeo caseiro, oximetria noturna e questionários** ajudam, mas não excluem a doença. **IAH 1–5/h é leve, 5–10/h moderada e > 10/h grave**. **Adenotonsilectomia** é a primeira linha na hipertrofia; na forma leve, **corticoide intranasal** (alternativa, montelucaste); na obesidade, perda de peso; **CPAP** para a AOS residual. Quase tudo é ambulatorial (●/●). Vão ao **pronto-socorro** o desconforto respiratório também acordado, $SpO_2 < 92\%$ em vigília, sinais de cor pulmonale, obstrução aguda por amigdalite ou abscesso e o **sangramento após tonsilectomia** (●).

1. O que é e como se apresenta

É um espectro: do **ronco primário** (sem apneias, dessaturação ou despertares) à **AOS**, com obstrução parcial prolongada ou completa intermitente da via aérea superior, que fragmenta o sono e causa hipoxemia e hipercapnia intermitentes. Na criança, a **hiperatividade é mais comum que a sonolência**.

Causas e fatores associados: **hipertrofia adenotonsilar** (a principal; adenoides no auge aos 4–5 anos); rinite alérgica e asma; **obesidade** (a cirurgia resolve menos); **síndrome de Down**, Prader-Willi, mucopolissacaridoses; **anomalias craniofaciais** (Pierre Robin, Crouzon, Apert, fenda palatina, retrognatia); **doenças neuromusculares** e paralisia cerebral; prematuridade, doença falciforme, história familiar, tabagismo passivo.

Sintomas noturnos: ronco alto e frequente, **pausas observadas**, engasgos, esforço respiratório, respiração oral, **sono agitado**, pescoço hiperestendido, sudorese, **enurese secundária**, terror noturno e sonambulismo.

Sintomas diurnos: respiração oral, **fácies adenoideana**, voz anasalada, cefaleia matinal, **desatenção, hiperatividade e irritabilidade** (quadro TDAH-símile), queda do rendimento escolar, sonolência (adolescente e obeso).

Complicações:

- **Comportamento:** desatenção, hiperatividade, labilidade — toda suspeita de TDAH exige perguntar sobre ronco.
- **Crescimento:** baixo ganho de peso e estatura, reversível com o tratamento.

- **Cardiovasculares:** hipertensão arterial e, nos casos graves e prolongados, **hipertensão pulmonar e cor pulmonale**.
- **Metabólicas** (resistência à insulina, esteatose no obeso) e **craniofaciais** (palato ogival, má oclusão).

2. Classificação de gravidade

Polissonografia pediátrica (índice de apneia-hipopneia obstrutiva, IAH, eventos por hora de sono):

IAH	INTERPRETAÇÃO
< 1/h	Normal (ronco primário, se houver ronco)
1–5/h	AOS leve
5–10/h	AOS moderada
> 10/h	AOS grave

A partir dos 13 anos podem ser usados os critérios do adulto (IAH $\geq$ 5/h). Nadir de SpO₂ < 80% e hipercapnia também marcam gravidade.

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
 Leve	Ronco ocasional (resfriados) ou habitual sem pausas, esforço ou repercussão ; ronco primário ou IAH 1–5/h sem comorbidade	Tratar a rinite, peso saudável, higiene do sono; retorno em 6–12 semanas se em tratamento clínico
 Moderada	Ronco habitual ($\geq$ 3 noites/semana) com pausas , esforço respiratório, sono agitado, enurese secundária, desatenção, hiperatividade ou baixo ganho ponderal; amígdalas grau III–IV; IAH $\geq$ 5/h; grupo de risco	Polissonografia ou otorrinolaringologista/especialista em sono (AAP 2012); prioritário se < 3 anos, IAH $\geq$ 10/h, oximetria alterada, grupo de risco, déficit de crescimento ou PA elevada. Prazos sugeridos pelo site (sem prazo nas diretrizes): eletivo em até 1–3 meses; prioritário em 2–4 semanas
 Grave	Desconforto respiratório também acordado , estridor, SpO₂ < 92% em vigília ; sinais de cor pulmonale (edema, hepatomegalia, B2 hiperfonética, cianose); sonolência com hipercapnia; lactente com pausas longas e cianose; amigdalite ou abscesso com obstrução aguda; sangramento após tonsilectomia	Pronto-socorro/hospital (ver "Quando encaminhar")

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 3 anos; **obesidade; síndrome de Down**; anomalias craniofaciais; doenças **neuromusculares** e paralisia cerebral; mucopolissacaridoses; doença falciforme.
- IAH > 10/h, nadir de SpO₂ < 80%, hipercapnia; hipertensão pulmonar; déficit de crescimento; infecção respiratória atual (risco perioperatório).

3. Diagnóstico no consultório

Triagem (AAP 2012, adotada pela SBP): em toda consulta de rotina, perguntar "**a criança ronca?**". Se sim, ou se houver sinais de AOS:

- **História:** frequência do ronco, pausas, esforço, sono agitado, enurese, comportamento, escola, rinite, ganho de peso. Peça um **vídeo de 1–2 minutos** da criança dormindo, na pior fase da noite.
- **Exame:** amígdalas (grau I ≤ 25%, II 25–50%, III 50–75%, IV > 75% da orofaringe), respiração oral, rinite, palato, retrognatia; **peso, estatura e IMC em escore-z; pressão arterial; B2 e fígado. O tamanho das amígdalas não prevê a gravidade.**

Polissonografia de noite inteira — padrão-ouro (AAP 2012; AEP; ERS 2016). Indicações mais fortes antes da cirurgia (AAO-HNS 2019): **< 2 anos, obesidade, Down, anomalia craniofacial, doença neuromuscular, doença falciforme, mucopolissacaridose**, dúvida na indicação ou exame que não combina com a queixa. Na **síndrome de Down**, a AAP (2022) pede polissonografia para **todas as crianças entre 3 e 4 anos**, porque o relato dos pais correlaciona-se mal com o exame.

Quando não há polissonografia (oferta abaixo da demanda em boa parte do Brasil):

- **Vídeo ou áudio noturno** gravado pela família.
- **Oximetria noturna** (escore de McGill, Nixon 2004): **positiva** (agrupamentos de dessaturações abaixo de 90%, 85% e 80%, categorias 2–4) tem valor preditivo positivo alto e prioriza a cirurgia; **normal não exclui AOS.**
- **Poligrafia respiratória domiciliar** validada (AEP).
- **PSQ de Chervin** (2–18 anos; escore > 0,33 sugere AOS — AEP): triagem, não diagnóstico.
- Na prática, a criança saudável com hipertrofia e quadro típico costuma ser operada com **diagnóstico clínico do pediatra e do otorrino** (nasofibroscopia ou radiografia de cavum).

Outros exames: ecocardiograma na AOS grave ou com sinais de hipertensão pulmonar; gasometria se suspeita de hipoventilação.

Diagnóstico diferencial que não pode passar: obstrução aguda (**mononucleose**, abscesso periamigdaliano ou retrofaríngeo); laringomalácia no lactente; **hipoventilação** da obesidade ou

neuromuscular; **apneia central** (Chiari, prematuridade); TDAH primário, privação de sono por telas, **pernas inquietas**; epilepsia noturna.

4. Tratamento e seguimento

Pediatra: triagem, rinite, peso, higiene do sono, encaminhamento com a prioridade certa, seguimento. **Especialista:** cirurgia (otorrino), polissonografia e CPAP (medicina do sono, pneumologia pediátrica), ortodontia.

Adenotonsilectomia — primeira linha na AOS com hipertrofia adenotonsilar, sem contraindicação (AAP 2012; SBP; AEP; AAO-HNS 2019). Resolve 70–85% das crianças sem comorbidade; menos na obesidade, no Down e nos casos graves. No ensaio CHAT (2013), parte das crianças com AOS leve a moderada em espera vigilante normalizou em 7 meses — base para tratar clinicamente casos leves selecionados.

Risco pós-operatório — internar com monitorização: < 3 anos ou **AOS grave (IAH $\geq$ 10/h, nadir de SpO₂ < 80% ou ambos)** (AAO-HNS 2019, KAS 12); a AAP (2012) acrescenta complicação cardíaca, déficit de crescimento, **obesidade**, anomalias craniofaciais, **doenças neuromusculares** e infecção respiratória atual; a AEP, paralisia cerebral e cor pulmonale. **Síndrome de Down** entra pela obstrução multinível (sugestão do site). A AOS pode **persistir ou recidivar**: reavaliar todos e repetir polissonografia nos de alto risco ou com sintomas.

Tratamento clínico — AOS leve (IAH < 5/h), residual após cirurgia ou na espera pela cirurgia:

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Furoato de mometasona spray nasal (50 mcg/jato)	2–11 anos: 1 jato/narina; $\geq$ 12 anos: 2 jatos/narina	1 vez ao dia	6–12 semanas, depois reavaliar	Dose e idade ($\geq$ 2 anos): bula; indicação na AOS leve: AAP 2012
Furoato de fluticasona spray nasal (27,5 mcg/jato)	2–11 anos: 1 jato/narina; $\geq$ 12 anos: 2 jatos/narina	1 vez ao dia	Idem	Dose e idade ($\geq$ 2 anos): bula; AAP 2012
Montelukaste	2–5 anos: 4 mg; 6–14 anos: 5 mg; $\geq$ 15 anos: 10 mg	1 vez ao dia, à noite	12–16 semanas, com reavaliação	Doses: bula (Singulair). Alternativa ao corticoide nasal (AEP; ERS 2016); reduziu o IAH em 16 semanas (Kheirandish-Goza 2016). Tarja da FDA (2020): agitação, pesadelos, depressão, ideação suicida

Menor efeito em obesos e maiores de 6 anos (AEP). Sem melhora em 6–12 semanas: encaminhar.

Outras medidas: **perda de peso** na obesidade (AAP 2012); lavagem nasal com soro, controle ambiental, **casa sem tabaco**; higiene do sono e telas desligadas 1–2 h antes de dormir. **CPAP (ou BiPAP)** para AOS persistente após a cirurgia, sem hipertrofia adenotonsilar ou com contraindicação cirúrgica (AAP 2012), com titulação e acompanhamento da adesão pelo especialista. Ortodontia (expansão maxilar) e terapia miofuncional em casos selecionados. Após a cirurgia, analgesia com **paracetamol e ibuprofeno** nas doses padrão do site (AAO-HNS 2019).

Não usar:

- **Codeína e tramadol após tonsilectomia ou adenoidectomia** — depressão respiratória fatal em metabolizadores ultrarrápidos. Contraindicados abaixo de 18 anos nessa indicação (FDA 2013 e 2017; codeína também na bula brasileira aprovada pela Anvisa) e, para dor, abaixo de 12 anos; AAO-HNS 2019: nenhum produto com codeína após a cirurgia.
- **Anti-histamínicos de primeira geração e sedativos** — pioram a obstrução e o sono.
- Descongestionantes orais, vasoconstritor nasal contínuo; melatonina não trata a AOS.

Seguimento: ronco em toda consulta; PA, peso e estatura; retorno 6–8 semanas após a cirurgia; polissonografia de controle nos de alto risco.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Pronto-socorro (🔴):

- **Desconforto respiratório também acordado**, estridor, tiragem, sialorreia por não conseguir engolir; **SpO₂ < 92% em vigília**.
- **Cor pulmonale** (edema, hepatomegalia, cianose, B2 hiperfonética) ou sonolência intensa (hipercapnia).
- Lactente com pausas > 20 segundos, cianose ou hipotonia.
- **Obstrução aguda:** amigdalite com hipertrofia grave, mononucleose, abscesso periamigdaliano ou retrofaríngeo (trismo, voz abafada, torcicolo).
- **Sangramento após tonsilectomia** (nas primeiras 24 h ou, em geral, entre o 5º e o 10º dia) e desidratação por recusa de líquidos.

Internação eletiva após a adenotonsilectomia: os grupos de risco acima.

Como encaminhar: criança **sentada ou na posição que escolher**, sem examinar a orofaringe à força; **oxigênio** para manter SpO₂ ≥ 94%; aspirar secreções com cuidado; não sedar. No sangramento: sentada, inclinada para a frente, cuspir o sangue, **jejum**, SAMU (192) se volumoso, avisar de preferência o serviço da cirurgia. Relatório com cirurgia, exames do sono, comorbidades e medicamentos.

Ambulatorial: otorrino (ronco com sinais de AOS); pneumologia pediátrica ou medicina do sono (grupos de risco, AOS residual, CPAP, hipoventilação); cardiologia (hipertensão pulmonar); programa de obesidade.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Ronco frequente não é normal. Conte ao pediatra se seu filho ronca 3 ou mais noites por semana, para de respirar dormindo ou dorme agitado — e traga um vídeo de 1 a 2 minutos do sono."
- "Desatenção, agitação, xixi na cama que voltou e pouco ganho de peso podem vir do sono ruim."
- "O spray nasal é diário e leva dias para funcionar. Com o montelucaste, observe humor, pesadelos ou agitação e avise o pediatra."
- "Depois da cirurgia, ofereça líquidos gelados com frequência e use só o analgésico receitado. Nunca dê remédios com codeína."
- **Pronto-socorro se houver:** dificuldade para respirar também acordado, lábios roxos, sonolência difícil de despertar, inchaço; após a cirurgia, **qualquer sangramento pela boca ou nariz**, vômito com sangue, recusa total de líquidos ou pouco xixi.
- Retorno: 6–12 semanas no tratamento clínico; 6–8 semanas após a cirurgia; antes, se piorar.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Triagem	Perguntar sobre ronco frequente (adota AAP)	Sem protocolo nacional específico localizado	Perguntar sobre ronco em toda consulta (2012)	NG202 só ≥ 16 anos; sem diretriz pediátrica	Suspeita clínica; PSQ de Chervin > 0,33	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Diagnóstico	Polissonografia; clínico com otorrino na prática	—	Polissonografia ou especialista; vídeo/oximetria se indisponível	—	Polissonografia ou poligrafia validada	—	Polissonografia no centro de sono	Cambridge: oximetria e poligrafia domiciliares
Gravidade	Não fixa cortes em documento localizado	—	Não gradua o IAH na diretriz	—	Tratar se IAH ≥ 5; 1–5 conforme morbidade	—	—	—
Tratamento	Adenotonsilectomia; tratar rinite; CPAP	—	Adenotonsilectomia 1ª linha; corticoide nasal na leve; peso; CPAP	—	Adenotonsilectomia; corticoide nasal e/ou montelucaste 6–12 semanas na leve	—	Cirurgia, CPAP, corticoide nasal, peso, ortodontia	Segue o NICE
Risco pós-operatório	Grupos de risco da AAP	—	Internar alto risco (< 3 anos, grave, obesidade, craniofacial, neuromuscular); AAO-HNS: < 3 anos ou IAH ≥ 10	—	< 3 anos, craniofacial, obesidade, PC, cor pulmonale, grave	—	—	—

Leitura: as referências convergem na triagem do ronco, na polissonografia como padrão-ouro, na adenotonsilectomia como primeira linha na hipertrofia adenotonsilar, no CPAP para a AOS residual e na internação pós-operatória dos grupos de risco. Divergem no **tratamento clínico da forma leve** — a AAP (2012) admite só o **corticoide intranasal**, enquanto a AEP e a ERS (2016) aceitam **corticoide nasal e/ou montelucaste** por 6–12 semanas — e na **gradação do IAH**, que a AAP não fixa e a AEP usa como limiar de tratamento ($\geq 5/h$). O NICE não tem diretriz pediátrica (NG202 vale a partir de 16 anos), e no Reino Unido o critério local de cirurgia não aceita ronco isolado. O Ministério da Saúde não tem protocolo nacional específico localizado. **O site adota a posição da SBP**, que segue a AAP, com o montelucaste apenas como alternativa ao corticoide nasal na forma leve.

PONTOS PRÁTICOS

1. Pergunte "seu filho ronca?" em toda consulta; ronco em 3 ou mais noites por semana com pausas, esforço, sono agitado, enurese ou desatenção pede investigação.
2. Tamanho das amígdalas não mede gravidade; peça vídeo caseiro e, se possível, polissonografia (IAH 1–5 leve, 5–10 moderada, > 10 grave).
3. Oximetria noturna positiva prioriza a cirurgia; negativa não exclui AOS.
4. Adenotonsilectomia é a primeira linha; < 3 anos, IAH grave, Down, obesidade, craniofacial e neuromuscular operam com internação e monitorização.
5. Forma leve ou residual: corticoide intranasal por 6–12 semanas (montelucaste como alternativa, com alerta neuropsiquiátrico); obesidade tratada sempre; CPAP se persistir.
6. Sangramento após tonsilectomia, desconforto acordado, SpO₂ < 92% ou sinais de cor pulmonale: pronto-socorro. Nunca codeína após a cirurgia.

Veja também, nesta Biblioteca: **Distúrbios do sono na infância, Rinite alérgica, Obesidade e risco cardiometabólico, TDAH e Enurese noturna** (Patologias do consultório); **Distúrbios de movimento relacionados ao sono** (Temas atualizados pela SBP 2026); **Apneia da prematuridade e cafeína** (Temas em Neonatologia).

8. Fontes

- SBP, DC de Medicina do Sono. A apneia do sono na população pediátrica (Pediatria para Famílias), 2024. sbp.com.br
- SBP, DC de Otorrinolaringologia. Apneia do sono (Pediatria para Famílias), 2023. sbp.com.br
- SBP, Departamento de Alergia e Imunologia. Respirador oral (sem data). [PDF](#)
- Fagundes SC, Moreira GA. Apneia obstrutiva do sono em crianças. J Bras Pneumol, 2010. scielo.br
- AAP. Marcus CL et al. Diagnosis and Management of Childhood OSAS, 2012 (resumo). guidelinecentral.com
- AAO-HNS. Mitchell RB et al. Tonsillectomy in Children (Update), 2019 (resumo AAFP). aafp.org
- AAP. Bull MJ et al. Health Supervision for Children and Adolescents With Down Syndrome. Pediatrics, 2022.

- NICE. OSAHS and obesity hypoventilation syndrome in over 16s (NG202), 2021. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- NHS Norfolk and Suffolk. Tonsillectomy for SDB and OSA in children < 16 years (critério local). [nwknowledge.nhs.uk](https://www.nwknowledge.nhs.uk)
- Cambridge University Hospitals. Children's Sleep Service. [cuh.nhs.uk](https://www.cuh.nhs.uk)
- AEP/SENP. Villa Asensi JR et al. Guía de diagnóstico y tratamiento del SAHS en el niño. An Pediatr, 2006. [analesdepediatria.org](https://www.analesdepediatria.org)
- Alonso Álvarez ML, Mínguez Verdejo R. Síndrome de apnea-hipoapnea del sueño en la infancia. Pediatr Integral, 2018. [pediatrintegral.es](https://www.pediatrintegral.es)
- Boston Children's Hospital (Harvard). Obstructive Sleep Apnea (OSA). [childrenshospital.org](https://www.childrenshospital.org)
- Recomendações da Emilia-Romagna (Itália) para AOS pediátrica, 2022. [pmc.ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)
- ERS. Kaditis AG et al. Obstructive sleep disordered breathing in 2- to 18-year-old children. Eur Respir J, 2016.
- Nixon GM et al. Planning adenotonsillectomy in children with OSA — the role of overnight oximetry. Pediatrics, 2004.
- Kheirandish-Gozal L et al. Montelukast for Children with OSA (ensaio randomizado). Ann Am Thorac Soc, 2016.
- Marcus CL et al. A randomized trial of adenotonsillectomy for childhood sleep apnea (CHAT). N Engl J Med, 2013.
- Organon. Singulair (montelucaste de sódio) — bula para o profissional de saúde, 2023.
- AAO-HNSF. Tonsillectomy in Children (Update) — fact sheet, KAS 12, 2019. [entnet.org](https://www.entnet.org)
- FDA. Drug Safety Communication — restrição de codeína e tramadol em crianças, 20/04/2017.
- Paracetamol + fosfato de codeína (Codex) — bula aprovada pela Anvisa, 2019. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.