

Distúrbios do Sono e Influência na Saúde da Criança

Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(16\)30204-6](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(16)30204-6)

A importância de uma boa qualidade e quantidade de sono para nossos pacientes se dá por ele estar diretamente relacionado a aspectos neurocognitivos e comportamentais do desenvolvimento, de maneira que interrupções do sono podem impactar na cognição, regulação emocional e funções neurocomportamentais, aumento da frequência de convulsões e episódios de cefaleia, além de prolongamento do tempo necessário para recuperação de lesões encefálicas, tais como as causadas por TCE e AVC.

O artigo, publicado no **The Lancet** em outubro de 2016 revela que, em geral, **25% das crianças possuem algum problema para dormir até a adolescência**, mas que esse índice pode chegar a até 75% quando consideramos apenas crianças portadoras de transtornos do espectro autista, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), epilepsia ou cefaleia.

A INSÔNIA

Insônia é o transtorno do sono mais comum. Considerando que a criança tenha tempo e ambiente suficientes e adequados para dormir, necessita de pelo menos um dos seguintes sintomas (relatados pelo paciente ou pelos cuidadores) para o seu diagnóstico:

- Dificuldade para iniciar o sono.
- Dificuldade para manter o sono.
- Acordar mais cedo do que o desejado.
- Apresentar resistência à hora de dormir.
- Dificuldade para dormir sem a interferência de um dos pais ou cuidador.

Além disso, a definição requer que haja uma **consequência diurna** para essa dificuldade, como fadiga ou sonolência, limitações em funções acadêmicas ou laborais, prejuízo a capacidades cognitivas, transtornos do humor ou problemas

comportamentais tanto para o paciente quanto para o cuidador. É considerada crônica quando ocorre ao menos 3 dias por semana, por um período de pelo menos 3 meses.

Os autores consideram ainda que o uso de mídias eletrônicas (TV, computadores, tablets), cada vez mais comuns e que emitem luz brilhante, pode afetar a capacidade do corpo em regular a **melatonina**, podendo atrasar o início do sono, principalmente se a exposição for próxima ao horário de dormir.

Há uma correlação direta entre insônia e distúrbios emocionais, depressão, taxas de suicídio e externalização de problemas comportamentais (ex.: hiperatividade) na população pediátrica.

Naquelas portadoras de transtornos do espectro autista, está relacionada a menor capacidade de fala e socialização e a pior função adaptativa, como aumento de comportamentos repetitivos e estereotipados.

Em crianças portadoras de TDAH, nota-se aumento da frequência e gravidade de comportamentos externalizantes, comportamentos oposicionais e sintomas depressivos. Também está associada a problemas de consolidação da memória em crianças com ou sem distúrbios do neurodesenvolvimento, processo que, em geral, depende do sono.

Acredita-se que a insônia seja consequência de estado de hiperexcitação cerebral resultante de um aumento da ativação de sistemas de despertar ou de uma hipoatividade de vias indutoras do sono, ou de ambas.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INSÔNIA

Seu diagnóstico é baseado em anamnese detalhada. Existem questionários de rastreamento, tais como o Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ), validado para crianças de 4 a 10 anos, tanto para aquelas com neurodesenvolvimento normal quanto para transtornos do espectro autista ou TDAH. Os autores sugerem, por experiência própria, que a melhor ferramenta é, na verdade, a elaboração de um **diário da insônia** feito pelo paciente ou pelo cuidador/ responsável ao longo de 2 semanas consecutivas, e que deve incluir:

- horário de dormir
- tempo estimado para o início do sono

- horários de despertar noturnos
- horário em que acorda pela manhã
- cochilos ao longo do dia

O tratamento da insônia em crianças se fundamenta em reforçar ritmos circadianos normais. Para isso, deve-se levar em consideração as recomendações de duração do sono para as diferentes faixas etárias, orientações quanto à higiene do sono (*vide quadros abaixo*) e estratégias efetivas de cuidadores de crianças com problemas no neurodesenvolvimento.

Ao contrário dos adultos, não há aprovação de medicações hipnóticas ou sedativas para tratamento de crianças com insônia pela FDA. Alguns estudos feitos com a administração de melatonina em crianças (a grande maioria feita apenas em crianças com transtornos do neurodesenvolvimento) mostraram que essa medicação, na dose de 5 mg, 30 minutos antes de se apagarem as luzes, quase não apresenta efeitos colaterais e proporciona melhora considerável na indução do sono. Vale lembrar, entretanto, que no Brasil ainda não há aprovação de comercialização de melatonina pela Anvisa.

QUANTIDADE DE SONO RECOMENDADA POR DIA	
4 - 12 meses	12 - 16 horas, incluindo cochilos
1 - 2 anos	11 - 14 horas, incluindo cochilos
3 - 5 anos	10 - 13 horas, incluindo cochilos
6 - 12 anos	9 - 12 horas
13 - 18 anos	8 - 10 horas

A PARASSONIA:

Parassonias são comuns em crianças, sendo que a prevalência de pelo menos um episódio entre os 2,5 e 6 anos é de até **84%**.

São definidas como experiências ou eventos físicos indesejados que ocorrem no início, durante ou no despertar do sono. São classificadas de acordo com a fase do sono em que ocorrem:

Não-REM ou **NREM** (também chamadas de distúrbios do despertar ou parassônias do despertar parcial)

REM (ex.: pesadelos, paralisia do sono e distúrbio de comportamento do sono REM).

As **NREM**, que incluem despertar confusional, sonambulismo e terror noturno, ocorrem quase que exclusivamente durante o sono de ondas lentas (fase 3 do sono NREM), sendo por isso que crianças são particularmente vulneráveis a ter parassonias NREM, uma vez que, comparadas aos adultos, possuem maior quantidade de sonos de ondas lentas (isso diminui na adolescência). Geralmente ocorrem poucas horas após o início do sono, sendo que os episódios duram de alguns poucos minutos até 30-40 minutos e são caracterizados por amnésia do evento.

Despertares confusionais são caracterizados por desorientação, atordoamento e, às vezes, agitação intensa após a criança acordar de um sono de ondas lentas ou ser forçada a acordar.

Terros noturnos ocorrem geralmente de maneira repentina, sendo que a criança apresenta-se extremamente agitada, assustada e confusa. Podem ser acompanhados de choro ou gritos, com pico de prevalência de cerca de 34% por volta de 1 ano e meio, caindo para 10% aos 7 anos.

Sonambulismo é uma parassonia muito comum, com prevalência de 13% em torno dos 10 anos. Caracteriza-se por deambulação ou outros comportamentos complexos após sair da cama. Durante um episódio de sonambulismo, a criança pode parecer confusa ou atordoada, geralmente de olhos abertos e pode apresentar resmungos ou dar respostas impróprias a perguntas. Pode ainda parecer desajeitada ou praticar atos impróprios, tais como urinar em armários. Acidentes, como quedas em escadas ou sair de casa, podem ocorrer.

Condições que aprofundam o sono NREM, como por exemplo o uso de drogas hipnóticas ou a privação do sono, podem induzir parassonias. Embora esses eventos possam ser desencadeados por estresse, a grande maioria dos casos não tem base em nenhum problema ou trauma psicológico. Outros fatores desencadeantes para parassonias incluem o consumo de álcool, a retirada de drogas que suprimem o sono de ondas lentas (ex.: benzodiazepínicos) e estímulos ambientais que induzem o despertar (ex.: barulhos altos e repentinos durante o sono de ondas lentas).

DIAGNÓSTICOS DAS PARASSONIAS

Seu diagnóstico é baseado em anamnese detalhada. **Vídeos gravados por cuidadores/ responsáveis** também podem ser úteis. História familiar positiva, particularmente para sonambulismo, também ajuda, uma vez que pacientes sonâmbulos têm duas vezes mais chances de ter um parente de primeiro grau com sonambulismo.

Polissonografia noturna não é necessária, mas pode ser benéfica se a história sugerir a presença de outros distúrbios do sono concomitantes (ex.: apneia obstrutiva do sono) ou se comportamentos potencialmente lesivos forem notados, ou ainda se o diagnóstico diferencial incluir convulsões noturnas (nesse caso, conjuntamente a um EEG).

No sonambulismo, há a possibilidade de mutações no cromossomo 20q12-13 (gene da adenosina deaminase – ADA) nos casos em que há recorrência familiar, mas ainda faltam evidências concretas acerca dessa correlação.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

PARASSONIA OU EPILEPSIA?

As parassonias podem ser difíceis de se distinguir clinicamente da epilepsia de lobo frontal noturna. Em geral, as epilepsias se caracterizam por movimentos bruscos dos membros ou postura tônico-distônica fora do sono NREM.

Parassonias costumam ser precedidas de comportamentos que lembram o despertar, como abertura ocular, elevação da cabeça, olhar fixo, esfregar do rosto, bocejar ou espreguiçamento. As parassonias NREM ocorrem normalmente dentro das primeiras 3 horas de sono, enquanto que as convulsões noturnas associadas à epilepsia de lobo frontal podem ocorrer a qualquer momento durante a noite. Outra diferença é que as

convulsões nesse tipo de epilepsia tendem a durar menos de 2 minutos, apresentar padrões de movimentos estereotipados e início e fim abruptos, enquanto que as parassonias tem padrões mais variados e término mais gradual. Por fim, geralmente um estímulo desencadeante, tal qual algum barulho ou evento obstrutivo, está presente em quase metade dos casos de parassonias, mas normalmente não precedem **os episódios de convulsão.**

TRATAMENTO DAS PARASSONIAS

O tratamento das parassonias deve incluir a **educação da família** sobre a natureza benigna e autolimitada desses transtornos. Devemos orientar os cuidadores/responsáveis em relação as medidas de proteção do paciente (ex.: trancar portas e janelas, colocar grades em escadas) e deixar claro quais são os estímulos desencadeantes desses eventos.

No caso do sonambulismo, agendar despertares completos 15-30 minutos antes do momento em que geralmente o primeiro episódio ocorre à noite por 2-4 semanas pode ser eficaz. Naqueles casos mais graves, em que o paciente possui risco alto para se machucar, medicações podem ser indicadas, em especial benzodiazepínicos. Há evidências mais recentes de que antidepressivos tricíclicos são também eficazes.