



## TRANSTORNO DO SONO EM CRIANÇAS

O aumento da conscientização sobre o problema, uma compreensão firme sobre as causas mais comuns em cada faixa etária e um método eficiente para fazer a anamnese aplicável a todas as faixas etárias são coisas necessárias para diagnosticar transtornos do sono. Até 30% das crianças têm um transtorno do sono em algum momento de sua infância e o impacto sobre os pacientes e suas famílias pode ser enorme. O único passo importante para identificar o tipo e a fonte do problema é a anamnese minuciosa.

A rotina da hora de deitar é repleta de detalhes importantes. Não é incomum ouvir relatos sobre brigas ou tensões, prática de esportes vigorosos ou assistir a programas de TV ou vídeos de ação ou de terror antes da hora de deitar. A demora típica entre o ir para a cama e o dormir, o tempo total de sono por noite, o número e a duração dos episódios de despertar à noite e se o despertar matinal é espontâneo ou ajudado por um dos pais devem ser avaliados. Deve-se também avaliar os padrões de sonecas, sonolência diurna incomum, comprometimento do desempenho escolar e alterações do comportamento ou do humor. O ambiente para o sono desempenha um papel do berço à universidade - da criança que pega no sono ao ser amamentada ao adolescente que cochila na varanda ao chegar pela madrugada. Relatos sobre objetos como cobertor ou bichinho de brinquedo especiais necessários para o sono e a quantidade de luz e ruídos no ambiente (TV, computador) costumam esclarecer partes do transtorno.

Os transtornos da respiração (apnéia do sono obstrutiva) e roncos primários ocorrem em até 11% dos pacientes pediátricos. Afecções clínicas específicas (distúrbios craniofaciais, traqueomalacia, broncomalacia, prematuridade, doença das vias respiratórias reativas) podem predispor as crianças a transtornos do sono relacionados a problemas respiratórios.

A qualidade do sono costuma ser quebrada em crianças com um comprometimento neurológico e, em muitos casos, interfere na capacidade da família de continuar a cuidar da criança em casa. A observação de englobar o desenvolvimento e o comportamento, uma vez que estes podem revelar uma variedade de questões afetando o sono, incluindo a ansiedade da separação e o transtorno do déficit de atenção.

**Lactentes e pré-escolares.** Os problemas de sono comuns encontrados nos lactentes e pré-escolares são o transtorno de associação com o início do sono (algumas vezes acompanhado por questões de os pais e a criança dormirem juntos) e os terrores noturnos (parassonia que deve ser diferenciada de crises noturnas).



Transtorno de associação com o início do sono. Uma apresentação comum do transtorno de associação com início no sono é a criança que nos dois primeiros anos de vida têm dificuldades para dormir. Os pais costumam descrever uma criança que insiste em ser amamentada para dormir ou em pedir a um dos pais que se deite com ela até que ela adormeça. Os pais não costumam estar cientes de que seus hábitos bem-intencionados tenham criado a dificuldade. O problema ocorre quando, durante os episódios de despertar, a criança acorda inteiramente se um dos pais (ou outra condição que ela aprendeu a associar com o adormecer) não estiver presente. A criança aprendeu a depender dos pais para adormecer e pode não possuir as habilidades necessárias para se acalmar e voltar a dormir independentemente. O transtorno de associação com o início do sono pode levar a vários episódios de despertar durante a noite para a criança e para os pais. A conduta para o transtorno de associação com o início do sono envolve dois elementos críticos: (1) entendimento do "relógio cerebral" da criança individual ou horário típico do início do sono e despertar matinal (com base em gráficos do sono compilados pelos pais) e (2) período de treinamento da criança para mudar da vigília para dormir independentemente. Fazer essa transição requer que os pais coloquem a criança para dormir quando ela está sonolenta, mas ainda não dormiu ou seja, num horário que coincida com o início natural do sono, e não num horário arbitrário que eles escolheram como hora de dormir.

Mesmo quando o horário é ótimo, a maioria das crianças protesta quando sua rotina de hora de dormir é mudada. Os pais variam em sua capacidade ou disposição de permitir que seu filho chore por breves intervalos durante o período de treinamento. É desnecessário simplesmente permitir que as crianças chorem tudo o que podem antes de dormir, e isto é potencialmente prejudicial, particularmente em bebês com sintomas diurnos de ansiedade de separação.

O método de intervenção prolongada é apropriado somente em crianças com mais de 10 meses de idade. Consiste em aumentar gradualmente o tempo que os pais permanecem longe de uma criança que chora na hora de dormir - de alguns segundos a 2 minutos na primeira noite (dependendo do nível de conforto da criança e dos pais) e até 5 minutos nas noites subsequentes. Quando retornam ao quarto depois de cada intervalo afastados, os pais são aconselhados a tranquilizar a criança por sobre as grades do berço, sem pegá-la e sem acender a luz.

Conversar numa voz lenta e baixa com uma criança pré-verbal angustiada ou zangada pode ajudar a acalmar os pais e a criança. Depois de confortar o bebê por um ou dois minutos de palavras afetuosas ("Estou aqui com você, está tudo bem, bebê sonolento, fique calmo"), o pai ou mãe pode precisar sair do quarto novamente enquanto a criança ainda estiver chorando. Muitos pais acham útil ter às mãos um relógio durante esses intervalos porque ouvir seu bebê chorar por apenas 1 minuto dá a sensação de uma eternidade para muitos pais. Os objetivos são oferecer um acalento, conforto e segurança; aumentar as habilidades de auto-apaziguamento; estabelecer um limite claro e consistente referente ao local de dormir, supondo que os pais escolham que a criança não durma com eles. Qualquer que seja o local de dormir, recomenda-se a posição supina (barriga para cima) durante o sono em bebês. Devem ser evitadas mamadas e



bebidas à noite, com exceção de água, porque podem exacerbar os episódios de despertar à noite, do ponto de vista fisiológico, e afetar negativamente a saúde dentária.

Os terrores noturnos, ou terrores do sono, representam um despertar parcial súbito (parassonia) associado a desorientação, crise emocional e, muitas vezes, aspecto de medo, atividade motora (andar, correr durante o sono) e profunda descarga autônoma (rubor, sudorese, taquicardia). Os terrores noturnos classicamente ocorrem na primeira metade da noite durante o sono que não é de movimentos oculares rápidos (não-REM). Essa característica separa os terrores noturnos dos pesadelos, que ocorrem geralmente, mas não exclusivamente, na segunda metade da noite durante o sono REM ou não-REM leve. As crianças geralmente não se lembram dos terrores noturnos, enquanto muitas vezes conseguem lembrar-se do conteúdo dos sonhos e pesadelos. Portanto, os terrores noturnos podem ser mais preocupantes para os pais do que para as crianças e podem ser inadvertidamente prolongados quando um pai compreensivelmente ansioso tenta acordar a criança, que tem aspecto assustado.

Nestas situações os pais devem orientar calmamente a criança para voltar à cama e ajudá-la a se acalmar sem acordar. As precauções de segurança podem incluir tornar seguras as janelas de pavimentos superiores, as portas que saem para o exterior e as escadas e, quando possível, optar por quartos no térreo. Um alarme na porta do quarto da criança pode alertar os pais sobre sonambulismo. Os pais devem estar atentos a antecedentes de crises diurnas ou crises de olhar fixo, posturas incomuns, abalos nas extremidades e alterações da cor da pele durante os episódios. Se houver dúvida, deve-se pensar num teste formal para crises noturnas, particularmente numa criança com deficiência do neurodesenvolvimento subjacente. Quando tiverem sido descartadas as crises convulsivas noturnas, terrores noturnos frequentes ou dramáticos podem, em raras ocasiões, justificar medicação.

**Segunda infância.** Durante esta fase, pequena necessidade de sono, ansiedade no início do sono e apnéia do sono obstrutiva são problemas comumente encontrados. Diferenciar os atrasos constitucionais do início do sono e a necessidade de sono relativamente pequena da insônia inicial relacionada à ansiedade. Os comportamentos das crianças no início do sono são raramente exclusivos da hora de dormir.

Apnéia do sono obstrutiva é vista em até 3% dos pré-escolares e escolares. Os pais costumam queixar-se de que a criança ronca à noite em todas as posições, talvez piorando em posição supina. Os pais também observam crises de asfixia ou o que chamam “perda de fôlego” ou um padrão hesitante nos roncos. As crianças podem assumir uma posição de hiperextensão do pescoço durante o sono. A fragmentação do sono causada por apnéia do sono obstrutiva pode levar à sonolência diurna, manifestada como aumento do número de cochilos ou pelo dormir na escola ou enquanto assiste à TV. Alternativamente, as crianças podem mostrar mudanças do comportamento diurno, incluindo hiperatividade, distratibilidade e mudanças de humor.



**Adolescência.** Transtornos do sono encontrados em adolescentes são a síndrome da fase do sono atrasada (um distúrbio do ritmo circadiano) e narcolepsia, que requer diferenciação da hipersonolência idiopática.

A síndrome da fase do sono atrasada é comum entre os adolescentes (estimativa de prevalência de 7%), embora se considere normal um certo atraso na fase do sono nessa faixa etária. Adolescentes costumam dizer que só se sentem totalmente despertados no final da manhã, com uma demora para início do sono de até 3 ou 4 horas da madrugada. Quando conseguem se arrastar para a escola, seu desempenho fica comprometido e podem adormecer nas aulas matinais. Conseqüentemente, o jovem costuma apresentar fracasso acadêmico, faltas às aulas ou modo indolente de agir. Seu débito de sono se acumula até o final da semana, quando podem dormir até o começo da tarde, perturbando ainda mais o relógio circadiano.

Transtornos de hipersonolência com base neurológica costumam ter seu início na adolescência e podem ter profundo impacto sobre as funções acadêmicas e sociais do jovem. Tais transtornos não costumam ser reconhecidos e podem causar a percepção de que os pacientes sejam preguiçosos, desmotivados ou que tenham déficits de aprendizagem.

A narcolepsia é uma condição genética que afeta 1 em cada 2.000 adultos. Envolve uma tétrade clássica de sintomas: crises de sono (necessidades irresistíveis de dormir), paralisia do início do sono, alucinações do início do sono e cataplexia. O "padrão-ouro" para diagnosticar narcolepsia é o teste das múltiplas latências do sono, que consiste em uma série de oportunidades para sonecas diurnas depois de um estudo do sono durante uma noite. Ao pesquisar narcolepsia nos pacientes, precisam ser descartadas outras causas de sonolência diurna excessiva, como apnéia do sono, privação crônica de sono, síndrome da fase do sono atrasada e hipersonolência idiopática. Esta última é uma afecção com excessiva sonolência diurna não associada a crises de sono ou outros sintomas característicos da narcolepsia.

Ao se observar tais sintomas, faz-se necessário uma consulta médica para avaliação, determinação diagnóstica e tratamento adequado de acordo com cada faixa de idade. Esta atitude minimizará problemas futuros de insônia crônica e outros transtornos neuropsiquiátricos.

---

Dr. Maurício Aranha - Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora; Especialista em Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya; Pesquisador do Núcleo de Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. E-mail: [dr\\_mauricioaranha@yahoo.com.br](mailto:dr_mauricioaranha@yahoo.com.br)

