

SONO

Parassonias na primeira infância

Dominique Petit, PhD., Jacques Montplaisir, PhD.

Hôpital Sacré-Coeur de Montréal, Université de Montréal, Canadá

Maio 2010

Introdução

O sono é um dos pilares do desenvolvimento infantil adequado. Estudos recentes mostram que o sono com duração insuficiente tem consequências extremamente prejudiciais em várias áreas do desenvolvimento (para revisões, ver o artigo de Sadeh¹ nesta enciclopédia e Touchette *et al.*²). Quando pensamos em uma criança que não dorme bem, imaginamos imediatamente noites frequentemente interrompidas pelo despertar da criança; mas o sono do bebê também pode ser perturbado por uma variedade de parassonias.

Do que se trata

A Academia Americana de Medicina do Sono define parassonias como experiências ou fenômenos físicos indesejáveis durante a transição sono-vigília, o sono ou o despertar parcial.³

Sonambulismo e terrores noturnos são classificados como distúrbios do despertar. O sonambulismo é definido como uma série de comportamentos complexos, que têm início durante períodos de despertar parcial na etapa de sono de ondas lentas, e que resultam em perambulação durante o sono, até mesmo para fora da casa, etc., em um estado de consciência alterado.³

Terrores noturnos também são caracterizados por despertar durante o sono de ondas lentas, e

são acompanhados por choro ou gritos com considerável atividade autonômica (aceleração de batimentos cardíacos e taxa respiratória, suor) e manifestações de medo intenso.³ Os terrores noturnos distinguem-se dos pesadelos pela resistência da criança a ser consolada, o término súbito do episódio e sua ocorrência no início da noite; os pesadelos são uma parassonia do sono REM, que faz com que o sonhador desperte completamente. Na manhã seguinte, a criança em geral não tem nenhuma lembrança do sonambulismo ou do episódio de terror noturno, ao passo que a lembrança de um pesadelo geralmente é conservada. Devem ser diferenciados também distúrbios do despertar decorrentes de epilepsia noturna do lobo frontal. Algumas crianças apresentam episódios epiléticos apenas durante a noite, e estes tomam a forma de comportamentos complexos, mas estereotipados e recorrentes (frequentemente ocorrendo diversas vezes em uma mesma noite) que podem se assemelhar ao sonambulismo.⁴

O falar dormindo (sonilóquio) é definido como a condição de falar durante o sono, com vários graus de inteligibilidade.³ Pode ocorrer durante períodos de sono de ondas lentas ou de sono REM. Distúrbios de movimentação rítmica caracterizam-se por comportamentos motores padronizados e repetitivos, que ocorrem principalmente (mas não exclusivamente) no momento de adormecer, e incluem balançar o corpo inteiro de um lado para outro, rolar ou bater a cabeça, geralmente contra o travesseiro ou a cabeceira da cama.³ Molhar a cama (enurese) é verter involuntariamente a urina durante o sono. O diagnóstico de enurese é feito depois dos 5 anos de idade, se a criança ainda molha a cama pelo menos duas vezes por semana.³ O bruxismo caracteriza-se por esfregar ou ranger os dentes durante o sono.³ Em geral, está associado a episódios breves de despertar, e pode causar dor na mandíbula e desgaste nos dentes.

Resultados de pesquisas recentes

As parassonias são muito comuns na primeira infância. É rara a criança que não apresenta nenhum tipo de parassonia. No entanto, poucos estudos prospectivos têm sido realizados com uma amostra grande de crianças em idade pré-escolar. Um estudo longitudinal de desenvolvimento infantil com cerca de duas mil crianças nascidas em 1997-1998, na província de Quebec (Canadá), estudou a prevalência e o desaparecimento de parassonias na primeira infância. O estudo concluiu que, no período entre 2 anos e meio e 6 anos de idade, a prevalência de parassonias estava distribuída da seguinte maneira: falar dormindo = 84,4%; bruxismo = 45,6%; terrores noturnos = 39,8%; sonambulismo = 14,5%; distúrbios de movimentação rítmica = 9,2%. A prevalência de enurese (molhar a cama), que só é diagnosticada depois dos 5 anos de idade, era de 21,4% aos 5 anos e de 16,1% aos 6 anos. Tanto para enurese como para

sonambulismo, foi observada uma diferença de dois para um entre meninos e meninas.⁵ Por outro lado, as meninas tinham mais pesadelos.⁶ Aparentemente, não havia diferença entre meninos e meninas quanto à prevalência de terrores noturnos, sonambulismo, bruxismo ou distúrbios de movimentação rítmica.

Algumas parassonias aparecem nos primeiros meses de vida, ao passo que outras manifestam-se mais tarde.^{5,7-10} Terrores noturnos e distúrbios de movimentação rítmica são reconhecidos como parassonias da primeira infância, e há poucos casos relatados depois dos 4 anos de idade. Inversamente, no entanto, a prevalência de bruxismo e sonambulismo é bem baixa na primeira infância, e aumenta gradualmente com a idade.

Algumas parassonias – entre elas, sonambulismo, terrores noturnos, bruxismo, enurese e pesadelos – envolvem fatores genéticos.¹¹⁻¹³ Além disso, observou-se que algumas parassonias podem coexistir. O sonambulismo persistente coexiste frequentemente com terrores noturnos ou sonilóquio no mesmo indivíduo.⁵⁻⁹ Essa relação é explicada por uma predisposição genética para um despertar parcial durante o sono de ondas lentas (estado dissociado). A genética produz uma predisposição que será acentuada por fatores ambientais. Os fatores que podem precipitar terrores noturnos ou sonambulismo são fadiga, privação de sono, ambiente ruidoso,^{14,15} febre,¹⁶ certos medicamentos que afetam o sistema nervoso central¹⁷ e outros distúrbios do sono, como a síndrome de apneia noturna.¹⁸ Outras parassonias, como pesadelos e bruxismo, podem ser desencadeadas por estresse ocasional. De modo geral, os estudos mostram que fatores sociodemográficos e adversidades familiares têm pouco ou nenhum efeito ou influência no aparecimento de parassonias.^{5,8,9,19,20}

Em resumo, a experiência de parassonia no começo da infância é comum e normal, e frequentemente tem um componente genético. Na maioria dos casos, é um fenômeno benigno e temporário que não requer nenhuma intervenção, exceto tranquilizar a criança e seus pais. A maioria das parassonias tende a desaparecer na adolescência.^{9,21} No entanto, há algumas parassonias mais persistentes e mais sérias, que podem perturbar o sono não só da criança mas também da família, causar ferimentos ou alto risco de ferimentos (no caso de distúrbio de movimentação rítmica, sonambulismo ou terrores noturnos intensos) ou produzir sofrimento psicológico (especialmente no caso de enurese e pesadelos frequentes).^{22,23}

O tratamento de parassonias problemáticas difere conforme o tipo específico de parassonia. Na maioria dos casos, devem ser explorados métodos não farmacológicos antes de tentar utilizar

medicação.

- Para sonambulismo e terrores noturnos, por exemplo, a abordagem terapêutica usual, especialmente com crianças pequenas, é o despertar programado.²² Este método consiste em manter um registro do momento de início dos episódios durante cerca de 2 a 3 semanas, para estabelecer em que momento os episódios normalmente ocorrem. A partir daí, a criança é acordada preventivamente todas as noites, 15 a 30 minutos antes do momento usual do episódio, durante um período de um mês; é preciso manter a criança totalmente acordada por cerca de cinco minutos, e depois permitir que volte a dormir.²⁴ Os episódios param de ocorrer depois que o despertar programado é interrompido.
- Para bruxismo grave recomenda-se usualmente uma proteção dental acrílica, que não apenas previne o desgaste dos dentes, mas também realmente ajuda a reduzir o número de episódios de atividade muscular associada a ranger os dentes.²⁵
- Há diversas intervenções disponíveis para enurese, de acordo com a causa específica do problema: produção excessiva de urina, bexiga hiper-reativa ou com pequena capacidade, ou dificuldade de acordar em reação à sensação de bexiga cheia. Neste último caso, com crianças de 6 anos de idade ou mais, é frequentemente utilizado um alarme de enurese com um sensor colocado sob a roupa da criança. O dispositivo emite um som ou uma vibração quando a criança começa a urinar, e ela precisa levantar-se e terminar de urinar no banheiro. Aos poucos, a criança aprende a despertar quando sente que a bexiga está cheia. Nos casos de produção excessiva de urina e de bexiga hiper-reativa, são mais utilizados tratamentos farmacológicos, tais como desmopressina e oxibutinina, respectivamente. Esses tratamentos também podem ser usados de forma combinada (para uma revisão, ver referência 26).
- Uma técnica eficaz para controlar pesadelos recorrentes ou particularmente assustadores em crianças pequenas consiste em retomar ou encenar o pesadelo em pensamento ou no papel para inventar um final diferente.²⁷
- Crianças pequenas que apresentam distúrbio de movimentação rítmica, como bater ou rolar a cabeça, ou balançar o corpo, devem apenas ser vigiadas para garantir que não se machuquem, fazendo alterações do ambiente do sono. Para a maioria das crianças, essa forma de auto relaxamento não envolve risco de danos. No entanto, é possível modificar esse ritual de adormecimento por meio do condicionamento de uma resposta mais aceitável para os pais.

Algumas parassonias podem funcionar como um indicador para os pais de que a criança está vivendo um problema ou uma insegurança. Parassonias que persistem durante anos (tais como sonambulismo, terrores noturnos, bruxismo) têm sido associadas à ansiedade de separação ou apenas ansiedade.^{5,9,28-30} É importante notar que o problema do despertar noturno frequente foi associado à ansiedade de separação.⁵ Da mesma forma, pesadelos frequentes são muitas vezes sinal de ansiedade ou de sofrimento emocional, e por vezes até de traumatismo. Foi demonstrado também que a enurese noturna está associada a retardos na aquisição de certos marcos de desenvolvimento motor e de linguagem.³¹ Essa associação provavelmente é um indício de um problema de desenvolvimento do sistema nervoso central, e não uma consequência da parassonia.

Questões-chave para pesquisas futuras

Há ainda muito poucos estudos sobre as consequências potenciais das parassonias na primeira infância. Terão essas crianças dificuldades em certas áreas do desenvolvimento, tal como ocorre com crianças que sistematicamente dormem mal? Foi demonstrado que crianças que dormem rotineiramente menos de nove horas por noite têm desempenho cognitivo mais baixo, comportamento hiperativo mais frequente e maior risco de excesso de peso ou obesidade por ocasião do ingresso na escola do que crianças que rotineiramente dormem mais de dez horas por noite.^{2,32,33} Os resultados devem diferir de acordo com o tipo de parassonia. Condições que encurtam a duração do sono têm maior probabilidade de afetar o desenvolvimento da criança. Pouco se sabe até agora sobre as relações entre dissonias (despertares frequentes ou dificuldade de pegar no sono) e parassonias na primeira infância. Crianças que não dormem bem têm mais parassonias?

Há também uma flagrante carência de estudos controlados sobre a eficácia de intervenções terapêuticas, farmacológicas ou não farmacológicas, para parassonias problemáticas, especialmente com crianças pequenas. Os relatos sobre eficácia frequentemente são pouco significativos.

Por que as parassonias são mais comuns na primeira infância, e por que desaparecem mais tarde? A fisiopatologia da maioria das parassonias ainda está por ser esclarecida. Uma melhor compreensão dos mecanismos neurais subjacentes a esses distúrbios pode conduzir a melhores abordagens terapêuticas. A partir de estudos de gêmeos, sabemos que algumas parassonias têm base genética. Mas ainda não conseguimos identificar os genes específicos que estão em jogo no

aparecimento de diversas parassonias.

Conclusões

Hoje compreende-se melhor que o sono adequado é a base do desenvolvimento biológico, social e emocional normal. Portanto, é muito importante que dissonias e parassonias severas sejam tratadas o mais cedo possível. Por outro lado, os muitos estudos realizados sobre parassonias da infância mostraram que a maioria delas tem poucas repercussões graves, e aparentemente não tem impacto importante sobre a duração do sono.⁵ Vale esta menção porque sabemos agora que a duração reduzida do sono efetivamente tem repercussões importantes em várias áreas do desenvolvimento na primeira infância. No entanto, é desejável intervir quando a parassonia se manifesta de forma mais séria ou perturbadora, ou quando envolve risco de ferimentos.

Implicações para políticas e serviços

Para atender à necessidade crescente de tratamento de distúrbios do sono, é necessário desenvolver e oferecer programas de intervenção em diferentes níveis, e distribuídos geograficamente de forma a serem facilmente acessíveis.

Os pais devem receber informações detalhadas sobre o sono do bebê e da criança, idealmente em cursos pré-natais, para que promovam, desde o início, o estabelecimento de bons hábitos de sono e duração de sono apropriada para cada idade, e para que se preparem para a possibilidade de ocorrência de parassonias.

Deve-se iniciar uma capacitação abrangente para pediatras sobre as características do sono infantil (e sua importância para o desenvolvimento). Na condição de provedores de saúde que atuam na linha de frente, os pediatras precisam estar atualizados a respeito tanto de abordagens comportamentais quanto farmacológicas. Dessa forma, terão melhores condições para tranquilizar os pais nos casos de parassonias comuns, ou para oferecer soluções de tratamento (inclusive o encaminhamento para um especialista) no caso de parassonias problemáticas ou que envolvem riscos.

Por fim, dada a prevalência de distúrbios do sono e seus efeitos, a transferência de conhecimentos deve ser ampliada de forma a incluir órgãos governamentais e o público em geral. Para tanto, deve ser constituído um grupo de especialistas em medicina do sono na primeira infância, com o objetivo de formular políticas de saúde pública fundamentadas em dados

empíricos.

Referências

1. Sadeh A. Développement du système veille-sommeil et relation avec le développement psychosocial de l'enfant. In : Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2004:1-9. Available at: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/SadehFRxp.pdf>. Accessed February 17, 2010.
2. Touchette E, Petit D, Tremblay RE, Montplaisir JY. Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias: New perspectives. *Sleep Medicine Reviews* 2009;13(5):355-361.
3. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders: *Diagnostic and coding manual*. 2nd ed. Chicago, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
4. Tinuper P, Provini F, Bisulli F, Vignatelli L, Plazzi G, Vetrugno R, Montagna P, Lugaresi E. Movement disorders in sleep: guidelines for differentiating epileptic from non-epileptic motor phenomena arising from sleep. *Sleep Medicine Reviews* 2007;11(4):255-267.
5. Petit D, Touchette E, Tremblay RE, Boivin M, Montplaisir J. Dyssomnias and parasomnias in early childhood. *Pediatrics* 2006; 119(5):e1016-e1025.
6. Nielsen TA. Dreaming. In: Kryger MH, eds. *Atlas of clinical sleep medicine*. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier; 2010: 80-84.
7. Klackenberg G. Rhythmic movements in infancy and early childhood. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1971;224(Suppl.):74-83.
8. Klackenberg G. Somnambulism in childhood--prevalence, course and behavioural correlations. A prospective longitudinal study (6-16 years). *Acta Paediatrica Scandinavica* 1982;71(3):495-499.
9. Laberge L, Tremblay RE, Vitaro F, Montplaisir J. Development of parasomnias from childhood to early adolescence. *Pediatrics* 2000;106(1 Pt 1):67-74.
10. Petit D, Touchette E, Paquet J, Montplaisir J. Sleep: development and associated factors. In: Institut de la Statistique du Québec. *Quebec longitudinal study of child development (QLSCD 1998-2002): From birth to 29 months*. Québec, QC: Institut de la Statistique du Québec; 2002;2(4):1-61.
11. Hublin C, Kaprio J. Genetic aspects and genetic epidemiology of parasomnias. *Sleep Medicine Reviews* 2003;7(5):413-421.
12. Levchenko A, Montplaisir JY, Asselin G, Provost S, Girard SL, Xiong L, Lemyre E, St-Onge J, Thibodeau P, Desautels A, Turecki G, Gaspar C, Dubé MP, Rouleau GA. Autosomal-dominant locus for restless legs syndrome in French-Canadians on chromosome 16p12.1. *Movement Disorders* 2009;24(1):40-50.
13. Nguyen BH, Pérusse D, Paquet J, Petit D, Boivin M, Tremblay RE, Montplaisir J. Sleep terrors in children: a prospective study of twins. *Pediatrics* 2008;122(6):e1164-e1167.
14. Joncas S, Zadra A, Paquet J, Montplaisir J. The value of sleep deprivation as a diagnostic tool in adult sleepwalkers. *Neurology* 2002;58(6):936-940.
15. Pilon M, Montplaisir J, Zadra A. Precipitating factors of somnambulism: impact of sleep deprivation and forced arousals. *Neurology* 2008;70(24):2284-2290.
16. Kales JD, Kales A, Soldatos CR, Chamberlin K, Martin ED. Sleepwalking and night terrors related to febrile illness. *American Journal of Psychiatry* 1979;136(9):1214-1215.
17. Pressman MR. Factors that predispose, prime and precipitate NREM parasomnias in adults: clinical and forensic implications. *Sleep Medicine Reviews* 2007;11(3):5-30.

18. Guilleminault C, Palombini L, Pelayo R, Chervin RD. Sleepwalking and sleep terrors in prepubertal children: what triggers them? *Pediatrics* 2003;111(1):e17-e25.
19. Sallustro F, Atwell CW. Body rocking, head banging, and head rolling in normal children. *Journal of Pediatrics* 1978;93(4):704-708.
20. Simonds JF, Parraga H. Prevalence of sleep disorders and sleep behaviors in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1982;21(4):383-388.
21. Mason TB 2nd, Pack AI. Pediatric parasomnias. *Sleep* 2007;30(2):141-151.
22. Owens JL, France KG, Wiggs L. Behavioural and cognitive-behavioural interventions for sleep disorders in infants and children: A review. *Sleep Medicine Reviews* 1999;3(4):281-303.
23. Sheldon SH, Ferber R, Kryger MH, eds. *Principles and practice of pediatric sleep medicine*. Maryland Heights, MO: Elsevier Saunders; 2005.
24. Frank NC, Spirito A, Stark L, Owens-Stively J. The use of scheduled awakenings to eliminate childhood sleepwalking. *Journal of Pediatric Psychology* 1997;22(3):345-353.
25. Dubé C, Rompré PH, Manzini C, Guitard F, de Grandmont P, Lavigne GJ. Quantitative polygraphic controlled study on efficacy and safety of oral splint devices in tooth-grinding subjects. *Journal of Dental Research* 2004;83(5):398-403.
26. Butler RJ. Childhood nocturnal enuresis: developing a conceptual framework. *Clinical Psychology Review* 2004;24(8):909-931.
27. Simard V, Nielsen T. Adaptation of imagery rehearsal therapy for nightmares in children: A brief report. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2009;46(4):492-497.
28. Manfredini D, Landi N, Fantoni F, Segu M, Bosco M. Anxiety symptoms in clinically diagnosed bruxers. *Journal of Oral Rehabilitation* 2005;32(8):584-588.
29. Rosen G, Mahowald MW, Ferber R. Sleepwalking, confusional arousals, and sleep terrors in the child. In: Ferber R, Kryger M, eds. *Principles and practice of sleep disorders in the child*. Philadelphia, PA: WB Saunders Co; 1995:99-106.
30. Van Hoecke E, Hoebeke P, Braet C, Walle JV. An assessment of internalizing problems in children with enuresis. *Journal of Urology* 2004;171(6 Pt 2):2580-2583.
31. Touchette E, Petit D, Paquet J, Tremblay RE, Boivin M, Montplaisir JY. Bedwetting and its association with developmental milestones in early childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2005;159(12):1129-1134.
32. Touchette E, Petit D, Séguin JR, Boivin M, Tremblay RE, Montplaisir JY. Associations between sleep duration patterns and behavioral/cognitive functioning at school entry. *Sleep* 2007;30(9):1213-1219.
33. Touchette E, Petit D, Tremblay RE, Boivin M, Falissard B, Genolini C, Montplaisir JY. Associations between sleep duration patterns and overweight/obesity at age 6. *Sleep* 2008;31(11):1507-1514.