

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

Departamentos Científicos SPSP
Gestão 2019-2022

94

Novembro
2020



**Departamento de
Medicina do Sono**

Insônia na
criança

**Departamento de
Otorrinolaringologia**

Distúrbios
do equilíbrio
na infância:
quando pensar

**GT Prevenção e Tratamento
da Sífilis Congênita**

A situação da
sífilis congênita
no Estado de
São Paulo



Diretoria de Publicações
Sociedade de Pediatria de São Paulo

www.spsp.org.br

Insônia na criança

A insônia da criança é uma queixa bastante comum nos consultórios pediátricos e se caracteriza pela dificuldade da criança em iniciar e/ou manter longos períodos de sono. Com frequência observa-se um componente comportamental que pode se associar a um problema clínico, neurológico ou mesmo psiquiátrico.

A insônia comportamental pode ser dividida em transtorno de associação, transtorno da falta de limites ou uma associação dos dois tipos. No entanto, a insônia comportamental é um diagnóstico de exclusão que necessita avaliação para afastar causas clínicas ou outros transtornos do sono.^{1,2}

Na avaliação clínica dos transtornos do sono na infância é importante indagar sobre os horários do sono diurno e noturno, rotinas para dormir, eventos associados ao sono, como hábitos e necessidades específicas da criança para dormir, funções cognitivas, humor e comportamentos diurnos que podem ser reconhecidos como associados ao problema de sono – “após uma noite ruim a criança fica irritada, agressiva, não se alimenta como de costume etc.” – e, como está a saúde geral.

A presença de fatores comuns e frequentes que predis põem à fragmentação do sono, como erupção dos dentes, presença de atopias cutâneas e congestão nasal, devem ser questionados e, na presença desses, tratados. Recomenda-se, pela frequência em que ocorre a congestão nasal, o hábito da limpeza nasal através da instilação de soluções fisiológicas, que promovem a limpeza sem agredir a mucosa nasal.^{3,4}

Reconhecendo o transtorno de associação

Basicamente, o que se utiliza no início do sono para a criança adormecer vai ser necessário para que ela volte a dormir após cada despertar no decorrer da noite. Associações positivas favorecem a independência da criança na medida em que consegue voltar a adormecer após um despertar, por exemplo, manipulando um amiguinho de dormir. Nas associações negativas, as crianças necessitam de ajuda do cuidador, ou sua

Autora:

Márcia Pradella-Hallinan

**DEPARTAMENTO DE
MEDICINA DO SONO**

Gestão 2019-2022

Presidente:

Cristiane Fumo dos Santos

Vice-presidente:

Emiliana H. Gonçalves da Motta

Secretário:

Clarissa Bueno

Expediente

Diretoria da Sociedade de Pediatria de São Paulo
Triênio 2019 – 2022

Diretoria Executiva

Presidente:

Sulim Abramovici

1º Vice-Presidente:

Renata Dejtiar Waksman

2º Vice-Presidente:

Claudio Barsanti

Secretário Geral:

Maria Fernanda B. de Almeida

1º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zollner

2º Secretário:

Lilian dos Santos R. Sadeck

1º Tesoureiro:

Mário Roberto Hirschheimer

2º Tesoureiro:

Paulo Tadeu Falanghe

Diretoria de Publicações

Diretora:

Cléa Rodrigues Leone

Editora Chefe da Revista

Paulista de Pediatria:

Ruth Guinsburg

Editora Associada da Revista

Paulista de Pediatria:

Sonia Regina Testa S. Ramos

Membros e Editores

Executivos da Revista

Paulista de Pediatria:

Antonio Carlos Pastorino

Antonio de Azevedo Barros Fº

Celso Moura Rebello

Cléa Rodrigues Leone

Fabio Carmona

Gil Guerra Jr.

Lilian dos Santos R. Sadeck

Luís Eduardo Procopio Calliari

Marina C. de Moraes Barros

Mário Cícero Falcão

Paulo Henrique Manso

Tamara Beres L. Goldberg

Tulio Konstanyntner

Coordenadora editorial:

Paloma Ferraz

Assistente editorial:

Rafael Franco



Produção editorial:

Luce Editora e Artes Ltda.

Editora:

Lucia Fontes

Revisão:

Paloma Ferraz

Imagem de capa:

© Selvam Raghupathy

Dreamstime.com

presença, para voltar a dormir – por exemplo, amamentando, tomando mamadeira ou embalando. Quando a criança recebe ajuda, adormece rapidamente, caso contrário, terá dificuldade para voltar a dormir. Entretanto, a qualquer despertar necessitará novamente do que a ajuda a dormir e, em alguns casos, os despertares se repetem em intervalos muito curtos. É comum os pais referirem que a criança acorda a cada hora ou até a cada 20, 30 minutos. O transtorno de associação ocorre devido às associações negativas com o sono e acomete principalmente crianças entre seis meses a três anos de idade.¹⁻⁴

Reconhecendo o transtorno da falta de limites

A criança mostra-se alerta, agitada ou “briga para não dormir”, mesmo aparentando estar muito cansada e com sono. É comum a queixa de que a criança não gosta de dormir e quer fazer coisas, dizendo que não está com sono. Quando os limites são determinados, as crianças tendem a adormecer com mais facilidade, a qualidade do sono é boa e a ocorrência de despertares é pequena. O desenvolvimento e a maior independência da criança podem gerar esse comportamento inadequado. Na avaliação da queixa de dificuldade em iniciar o sono, descartados os problemas clínicos, costuma-se observar pais que colocam pouco ou nenhum limite no comportamento, que não determinam horário para o sono, utilizam monitores/telas para auxiliar a criança a adormecer e não têm rotinas para o sono.¹⁻⁴

A prevalência da insônia comportamental da infância é estimada em aproximadamente 10-30% das crianças. Alguns estudos mostram um aumento da prevalência de insônia entre crianças e adolescentes, nos últimos anos, intimamente relacionada aos hábitos sociais da família, incluindo maior utilização de dispositivos eletrônicos.⁵⁻⁷

Para que a criança tenha um sono adequado ao longo da noite, deve aprender a reconciliar o sono após um despertar. Apenas cerca de 10% das crianças no primeiro ano de vida vão desenvolver essa habilidade sem a ajuda dos cuidadores. Portanto, cerca de 90% das crianças terão que aprender a dormir, o que é feito basicamente pela instituição de rotinas, principalmente no início da noite, mas também para os despertares.^{1,2,8}

Em crianças portadoras de comorbidades neuro-psiquiátricas, como os transtornos do espectro autista, o transtorno

do *déficit* de atenção e hiperatividade, nas encefalopatias crônicas e nas crianças cegas, pode haver alteração ou atraso no desenvolvimento dos ritmos biológicos hormonais e de neurotransmissores, como os do cortisol, do ácido gama-amino-butírico, da melatonina e da serotonina. Essas alterações podem estar envolvidas na dificuldade em conciliar o sono.⁹

Na Classificação Internacional dos Transtornos do Sono (ICSD-3), as insônias foram subdivididas em aguda (duração menor do que três meses) e crônica. Os critérios para o diagnóstico, além da dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, são: sintomas diurnos, ausência de fatores ambientais inadequados, ocorrência dos sintomas ao menos três vezes por semana até, pelo menos, três meses (para a insônia crônica) e ausência de outro distúrbio do sono que possa justificar a queixa.^{5,10}

Para complementar a avaliação pode-se utilizar um diário de sono, no qual os pais anotam os horários de dormir e acordar, os despertares e sonecas por, pelo menos, sete dias, o que dará uma boa noção de como está o sono e de como as orientações estão sendo seguidas. A polissonografia pode ser utilizada quando há suspeita de que a insônia seja secundária a um transtorno respiratório do sono, transtorno de movimentos e na avaliação de outras possíveis causas de fragmentação do sono, como crises epiléticas e parassonias. A actigrafia é um método relativamente mais novo em que a movimentação do corpo é captada por um sensor colocado no punho ou perna da criança e pode ser útil na diferenciação entre a insônia e os transtornos de ritmo circadiano. Exames de sangue são solicitados principalmente para avaliação do metabolismo do ferro e da ferritina. Estes estão recomendados, visto que a ferritina sérica menor do que 50ng/ml tem sido associada a transtornos de movimento (movimentos periódicos de pernas e a síndrome das pernas inquietas).^{5,8,11}

Tratamento não-medicamentoso da insônia na infância

Um consenso da Academia Americana de Medicina do Sono de 2017 apontou que, de acordo com artigos publicados, 80% das crianças tratadas com terapia comportamental para insônia mostraram melhora significativa e duradoura por até seis meses, com técnicas de extinção absoluta ou gradual das associações negativas com o sono, a educação preventiva dos pais e o ritual de dormir.⁹

Orientação sobre higiene do sono, comportamentos e condições ambientais devem incluir horários regulares para dormir e acordar, limitar as sonecas durante o dia a horários que não interfiram com o início do sono noturno (deve-se respeitar um intervalo de quatro horas antes do horário de dormir para crianças que fazem dois cochilos ao dia e de seis horas para aquelas que fazem um cochilo à tarde), estimular atividades físicas regulares, preferencialmente não se alongando até o período noturno, ir para a cama no horário mais predisponente para dormir, fazer atividades repetitivas (ritual) e tranquilas antes de dormir. Brincadeiras estimulantes devem ser evitadas próximo ao horário de deitar, assim como usar a cama para atividades como assistir TV, jogar videogames ou utilizar monitores até 30 minutos antes do horário de dormir, pois a luz branco-azulada emitida na tela inibe a secreção da melatonina. Esse controle de estímulos favorece a redução de despertares e do período de alerta fisiológico e cognitivo antes do sono.^{12,13}

Referências:

1. OWENS JA, et al. Pediatric insomnia. *Pediatric Clinics of North America*. v. 58, n. 3, p. 555-69, 2011.
2. MINDELL JA, et al. **A Clinical Guide to Pediatric Sleep: diagnosis and management of sleep problems**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 156-62, 2003.
3. MELTZER LJ, et al. Behavioral sleep disorders in children and adolescents. *Sleep Med Clin*. v. 3, p. 269-79, 2008.
4. PRADELLA-HALLINAN M, et al. Meu filho não dorme – insônia comportamental. In: BARBISAN BN, et al. **Medicina do Sono – atualizações pediátricas**. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, p. 27-33, 2019.
5. AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. **International classification of sleep disorders**. 3ª ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
6. HYSING M, et al. Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. *BMJ Open*. v. 5, e006748, 2015.
7. CHEN Y-L, et al. Sleep problems and internet addiction among children and adolescents: a longitudinal study. *J Sleep Res*. v. 25, p. 458-65, 2016.
8. ARBOLEDAS GP. Insomnia in children and adolescents. A consensus document. **Anales de Pediatría (Barcelona)**. v. 86, n. 3, e1-165.e11, 2017.
9. IVANENKO A, et al. Sleep disturbances in children with psychiatric disorders. **Seminars in Pediatric Neurology**. v. 15, p. 70-8, 2008.
10. ALVES RC, et al. Insônia na infância. In: BACELARA A, et al, editors. **Insônia do diagnóstico ao tratamento**. São Paulo: Difusão Editora, p. 141-58, 2019.
11. DOSMAN C, et al. Iron's role in paediatric restless legs syndrome - a review. **Paediatr Child Health**. v. 17, n. 4, p. 193-7, 2012.
12. NUNES ML, et al. Insomnia in childhood and adolescence: clinical aspects, diagnosis, and therapeutic approach. **J Pediatr (Rio J)**. v. 91, 6 Suppl 1, p. S26-35, 2015.
13. HALAL CS, et al. Education in children's sleep hygiene: which approaches are effective? A systematic review. **J Pediatr (Rio J)**. v. 90, p. 449-56, 2014.
14. ECONOMOUM NT, et al. Sleep-related drug therapy in special conditions: children. **Sleep Med Clin**. v. 13, n. 251-62, 2018.

Tratamento medicamentoso

Há casos em que o tratamento não farmacológico não é suficiente ou eficaz, particularmente quando há comorbidades clínicas, psiquiátricas ou outros transtornos do sono associados. As medicações mais utilizadas em Pediatria são:^{4,10,14}

Melatonina: indicada e principalmente utilizada nos casos de transtornos do espectro autista, atrasos globais do desenvolvimento e na criança cega. Reduz a latência para o sono e a frequência de despertares. A dose eficaz é de 0,05mg/kg ou 0,5mg/dose ingerida uma a duas horas antes do horário de dormir.

Anti-histamínicos: difenidramina, prometazina, hidroxizina. Visto que a histamina é um dos principais neurotransmissores da vigília, o uso dos anti-histamínicos promove bloqueio dos receptores histaminérgicos H1, reduzindo a latência para o sono e os despertares devido à sedação. A dose recomendada é de 0,5 a 20mg/kg para difenidramina e 1mg/kg para hidroxizina.

Drogas da classe dos hipnóticos benzodiazepínicos: atuam como agonistas dos receptores do ácido gama-aminobutírico (GABA), reduzindo a latência para o início do sono. O clonazepam é o mais utilizado. O efeito de relaxamento muscular associado à droga deve ser considerado, principalmente na suspeita de transtornos respiratórios. Dose recomendada de 0,1/0,2mg/dose.