



Distúrbios do Sono na População Pediátrica

Sleep Disorders in the Pediatric Population

Trastornos del Sueño en la Población Pediátrica

Ana Livia Felipe da Silva Pasqua¹, Brenda Cardoso Brentini Mezadri¹, Beatriz Liporaci Delmônico², Heloisa Faria Bertolino², Thayná Lima Del Bianco Hencizo², Leonardo Castro Ribeiro Chavaglia².

RESUMO

Objetivo: Revisar estudos acerca dos principais distúrbios do sono que acometem a população pediátrica, levando em consideração suas manifestações clínicas e tratamentos disponíveis. **Revisão bibliográfica:** O sono, processo vital para a manutenção da homeostase do corpo, apresenta suma importância no desenvolvimento infanto-juvenil, já que é fundamental para o revigoramento do corpo e do cérebro. Sendo assim, ocorre para cada faixa etária pediátrica um padrão circadiano a fim de suprir as necessidades fisiológicas do período de crescimento correspondente. Entretanto, esse ciclo natural é frequentemente desequilibrado por distúrbios do sono (DS), que tornaram-se queixas prevalentes nos consultórios de pediatria. **Considerações finais:** As parassonias compõem um grupo heterogêneo de síndromes que prejudicam o sono dos pacientes. Na população pediátrica, podem comprometer o desenvolvimento e a saúde dos mesmos. É vital o conhecimento dos profissionais acerca desse conjunto de doenças para correto diagnóstico e consequente tratamento em tempo oportuno, evitando desfechos desfavoráveis.

Palavras-chave: Sono, Apnéia obstrutiva do sono, Narcolepsia, Síndrome das pernas inquietas, Síndrome da morte súbita do lactente, Parassonias.

ABSTRACT

Objective: To review studies about the main sleep disorders that affect the pediatric population, taking into account their clinical manifestations and available treatments. **Bibliographic review:** Sleep, a vital process for maintaining the body's homeostasis, is of paramount importance in child and youth development, as it is fundamental for reinvigorating the body and brain. Therefore, a circadian pattern occurs for each pediatric age group in order to meet the physiological needs of the corresponding growth period. However, this natural cycle is often disrupted by sleep disorders (SD), which have become prevalent complaints in pediatric offices. **Final considerations:** Parasomnias make up a heterogeneous group of syndromes that impair patients' sleep. In the pediatric population, they can compromise their development and health. The knowledge of professionals about this set of diseases is vital for the correct diagnosis and subsequent treatment in a timely manner, avoiding unfavorable outcomes.

Keywords: Sleep, Obstructive sleep apnea, Narcolepsy, Restless legs syndrome, Sudden infant death syndrome, Parasomnias.

RESUMEN

Objetivo: Revisar estudios sobre los principales trastornos del sueño que afectan a la población pediátrica, teniendo en cuenta sus manifestaciones clínicas y los tratamientos disponibles. **Revisión bibliográfica:** El sueño, un proceso vital para mantener la homeostasis del organismo, es de suma importancia en el desarrollo infantil y juvenil, ya que es fundamental para la revitalización del cuerpo y el cerebro. Por lo tanto, se produce un patrón circadiano para cada grupo de edad pediátrica con el fin de satisfacer las necesidades fisiológicas

¹ Santa Casa de Franca, Franca - SP.

² Universidade de Franca (UNIFRAN), Franca - SP.

del período de crecimiento correspondiente. Sin embargo, este ciclo natural a menudo se ve interrumpido por trastornos del sueño (TS), que se han convertido en quejas frecuentes en los consultorios pediátricos.

Consideraciones finales: Las parasomnias constituyen un grupo heterogéneo de síndromes que alteran el sueño de los pacientes. En la población pediátrica pueden comprometer su desarrollo y salud. El conocimiento de los profesionales sobre este conjunto de enfermedades es vital para el correcto diagnóstico y posterior tratamiento en tiempo y forma, evitando desenlaces desfavorables.

Palabras clave: Sueño, Apnea obstructiva del sueño, Narcolepsia, Síndrome de piernas inquietas, Síndrome de muerte súbita del lactante, Parasomnias.

INTRODUÇÃO

O sono é um processo biológico natural do organismo cuja finalidade central é a manutenção do equilíbrio do corpo, com impacto no crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente. Assim, ele possui etapas, sendo a primeira o Non-REM (do inglês *non-rapid eye movement*). Este possui o estágio N, no qual ocorre a transição vigília-sono; o estágio N2, em que há predominância da estimulação do sistema nervoso parassimpático; e o estágio N3, relacionado com o sono de ondas lentas (do inglês *slow-wave sleep*) e liberação do hormônio do crescimento. A etapa seguinte é do sono REM (do inglês *rapid eye movement*), que auxilia na remodelação sináptica e memória procedural (CERCA F e PRIOR C, 2018).

Além disso, o ciclo do sono se altera de acordo com cada faixa etária, devido suas distintas necessidades biofísicas. Assim, o recém-nascido (RN) apresenta o ritmo ultradiano (<24 horas) e no período neonatal, o padrão de sono se estabelece com o ritmo circadiano (24 horas). Há também, variedade quanto à duração do sono, no qual o RN apresenta 3- 4horas de sono contínuo, intercalados por cerca de uma hora de vigília, sendo que quanto mais prematuro o RN, maior a duração do período em sono REM. Ao terceiro mês, o sono se inicia na fase NREM. Ao sexto mês, o período mais longo de sono sem interrupção é de seis horas. Com cerca de 9 meses, a média de horas de sono noturno passa a ser de 9-10 horas. Aos 3 anos, a criança atinge 25% de sono REM. Em torno de 5 anos, não há mais sonos diurnos, havendo a consolidação do sono noturno. Por fim, na adolescência, a quantidade de horas dormidas passa a ser aproximadamente 7 horas (VOCI A, et al., 2021).

Com isso, observa-se a relevância dessas etapas que, em conjunto harmônico, atuam na qualidade de vida, no que se refere à capacidade funcional (processamento da memória e consequente capacidade de aprendizagem) e ao estado de saúde da população pediátrica (psicológico, humor, forma física e relacionamento familiar) (PÉREZ, CEA, et al., 2019). Porém, nem sempre a fisiopatologia do sono nas crianças e nos adolescentes é equilibrada, uma vez que existem distúrbios do sono que podem afetar o crescimento e o desenvolvimento infanto-juvenil. Apesar da porcentagem dessas alterações do sono na infância e na adolescência sofrerem divergências, o valor desses distúrbios do sono, em estudos recentes feitos em Portugal apresentaram uma variação de 10 a 75% de prevalência (EMILY J, et al., 2023).

Neste contexto, o objetivo deste artigo é expor e elucidar os principais distúrbios do sono na faixa etária pediátrica, já que estes representam parcela significativa das queixas dessa população, refletindo no comportamento social, físico e mental desses pacientes.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS)

A SAOS é considerada causa comum de morbidade em crianças. Tal síndrome ocorre durante o sono e é caracterizada por episódios recorrentes de obstrução parcial e/ou episódios intermitentes de obstrução total das vias aéreas superiores, associados à hipercapnia ou redução da saturação de oxigênio. Distúrbio multifatorial, essa síndrome pode ser causada fatores obstrutivos estruturais como adenoamigdalite, alterações craniofaciais ou fatores neuromotores, como por doenças neuromusculares, além da predisposição genética (KANSAGRA S, 2020).

Seus principais sintomas são obstrução nasal, ronco, respiração bucal, movimentação intensa durante o sono, irritabilidade, sonolência excessiva diurna, enurese noturna, sudorese noturna, dificuldade de ganho

ponderal alterações neuro-comportamentais como déficit de atenção e hiperatividade e, nos casos mais graves, *cor pulmonale* e morte. O exame padrão-ouro para o diagnóstico da SAOS e para determinar o nível de pressão positiva adequado é a polissonografia noturna (CASTILLO SG, et al., 2018).

Já o tratamento dessa síndrome está relacionado à gravidade que ela se apresenta em cada paciente, indo desde a terapêutica clínica (através de medicação como a teofilina) até cirúrgico (por meio da traqueostomia, adenoidectomia, tonsilectomia, que são primeira linha de tratamento da SAOS) ou mecânico (ventilação por pressão positiva nasal-CPAP ou Bilevel, cada vez mais utilizadas) (PÉREZ CEA, et al., 2019).

Narcolepsia

A Narcolepsia é traduzida como “ataque de sono” (*narco* significa esturpor e *lepsia* significa ataques) e é caracterizada por distúrbio neurológico crônico, associado a sonolência diurna excessiva (MEDEIROS MRB, et al., 2022). Esse distúrbio parece ter sua fisiopatologia baseada na mutação de um alelo do antígeno do leucócito humano (HLA) no cromossomo 6, seja apenas no HLA-DQB1*0602 ou em conjunto com HLA DR15. Esse gene é encontrado em 25% da população sem a doença, 95% dos narcolépticos com cataplexia típica e 40% daqueles com narcolepsia atípica ou sem cataplexia (BRUNI O, et al., 2019).

Em 1999, outro gene foi relacionado à narcolepsia: a orexina (hipocretina), localizada no cromossomo 12. Essa substância é neuropeptídeo localizado no hipotálamo lateral, que é envolvida nas funções neuroendócrinas e na homeostase de energia. A partir de tal mutação, ocorrem ataques auto-ímmunes, com perdas de neurônios que contém hipocretina no hipotálamo lateral, conforme observada em estudos de autópsia. Ocorre que esse neuropeptídeo geralmente participa da manutenção da vigília e, portanto, a perda de neurônios que contém essa substância pode permitir que o sono REM ocorra a todo período e também determine ataques catalépticos. Além disso, o nível da orexina no líquido cefalorraquidiano é reduzido em pacientes com narcolepsia com cataplexia. Dessa forma, a principal hipótese para esse distúrbio do sono trata-se de processo auto-ímmune que afeta os neurônios de hipocretina, como consequência a fatores ambientais desencadeantes (BRUNI O, et al., 2019).

O quadro clínico geral pode ser muito variável, o que pode dificultar o diagnóstico, mas classicamente caracteriza-se por episódios de sonolência diurnos excessivos, amnésia (microsonias), cataplexia (perda súbita bilateral do tônus muscular) e outros fenômenos do sono REM como paralisia do sono, alucinações hipnagógicas e hipnopômicas e movimentos rápidos dos olhos no início do sono (ALVAREZ A, et al., 2021).

Quanto aos critérios diagnósticos, esses baseiam-se nos sintomas (sendo a tetrade principal: sonolência diurna excessiva, cataplexia, paralisia de sono e alucinações hipnagógicas/hipnopômicas); testes neurofisiológicos (polissonografia, teste da múltiplas latências do sono, teste da manutenção da vigília); testes laboratoriais (níveis séricos de hipocretina); e testes genéticos (imunogenética e tipagem HLA-DQB1*0602 (CRAIG SG, et al., 2020). Já a terapêutica remete-se ao acompanhando conjunto entre neurologistas e pediatras utilizando-se da farmacologia, através tratamento inicial com imunoglobulinas em crianças e adolescentes recém diagnosticados, com o objetivo de retardar o avanço da doença e mudança dos hábitos de vida (BRUNI O, et al., 2019). Já do ponto de vista do tratamento crônico, destacam-se o uso de anfetaminas, agentes promotores de vigília (modafinil) ou antidepressivos (GIOS T, et al., 2020).

Síndrome das pernas inquietas (SPI)

A Síndrome das pernas inquietas é um distúrbio do sono frequentemente confundido com dores do crescimento na infância. Essa síndrome é caracterizada, principalmente, pela inquietação em movimentar os membros inferiores, podendo estar associada a sensações como queimação e repuxamento das pernas. Esse fenômeno ocorre com maior intensidade no período noturno e é aliviado após movimentação do local afetado e durante o dia. Dentre as etiologias secundárias, incluem-se neuropatias periféricas, idade avançada a obesidade, hipertensão arterial sistêmica, roncos, ingestão de bebidas alcoólicas, tabagismo e uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina (EMILY J, et al., 2023).

Quanto ao diagnóstico da SPI na infância, é realizado através do relato da própria criança em relação ao desconforto nas pernas ou o preenchimento dos 4 critérios diagnósticos dos adultos (Necessidade irresistível

de movimentar as pernas acompanhada ou derivada de parestesias nos membros inferiores; a vontade de mover as pernas piora em repouso; ocorre alívio após movimentação ou com manobras sensitivas como banhos frios ou quentes e massagens; piora dos sintomas à noite), sem a criança relatar, porém ter mais dois dos seguintes critérios: Transtorno de sono; parente de primeiro grau com SPI; polissonografia com índice de movimentos periódicos de membros igual ou maior a 5. (ESPOSITO S, et al., 2019). A terapêutica da SPI pode ser não farmacológica e farmacológica. A primeira relaciona-se à prevenção de substâncias que pioram os sintomas da enfermidade, como nicotina, café e álcool. Já a segunda diz respeito à medicações como opióides, agentes dopaminérgicos, benzodiazepínicos, ferro, anticonvulsivantes, magnésio e medicamentos adrenérgicos (MANRIQUE WER, et al., 2019).

Síndrome da morte súbita do lactente (SMSL)

A Síndrome da morte súbita do lactente é definida como a morte inesperada e de crianças com menos de um ano. A morte ocorre no local em que o lactente está dormindo e que, aparentemente não apresente sinal de risco ao bebê. Dessa forma, a síndrome permanece inexplicada mesmo após análise da necropsia. (SANCHEZ T, et al., 2020).

Mesmo diante de causa não aparente, existem alguns fatores de risco a serem levantados devido sua prevalência: posição prona, tabagismo materno durante a gravidez, parto pré-termo e/ou baixo peso ao nascer, excesso de calor e camas macias. A partir disso, o diagnóstico é realizado através da história clínica e por exclusão de outras causas (SANCHEZ T, et al., 2020). Assim, medidas de educação à sociedade, com colaboração dos profissionais da área da saúde, tanto no pré-natal quanto durante as consultas de puericultura, tornam-se o principal mecanismo preventivo da SMSL. Dentre as orientações plausíveis, destacam-se justamente os fatores de risco (crianças entre 2 a 4 meses, do sexo masculino, prematuridade), com ênfase para o decúbito ventral no sono infantil (principal fator de risco) (RANA M, et al., 2019).

Parassonias

As parassonias são frequentes em crianças e são definidas pela American Academy of Sleep Medicine (Academia Americana de Medicina do Sono) como "eventos ou experiências físicas indesejáveis que ocorrem no início do sono, durante o sono ou ao despertar". Dentre as principais destacam-se o Sonambulismo, o despertar confusional, o terror noturno, a enurese noturna e pesadelos (CRAIG SG, et al., 2020). O sonambulismo diz respeito a parassonia caracterizada por despertar parcial, que ocorre em geral, durante o estágio IV do sono não REM e apresenta pico de idade entre 4 a 6 anos. Os pacientes costumam ter comportamentos semipropositais, o que inclui deambulação. Além disso, apresentam outras características notáveis como dificuldade em serem despertados e apresentarem perda memória dos episódios (ALVAREZ A., et al., 2021).

O tratamento medicamentoso não é necessário, na maioria das vezes, mas quando utilizado, observa-se o uso de benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptção da serotonina. O despertar confusional ocorre durante o sono de ondas lentas. Caracteriza-se por confusão mental durante e após o despertar. Além disso, pode ter associado lentidão de pensamento, desorientação quanto ao tempo e ao espaço, movimentação lentificada, falas incompreensíveis, gemidos e comportamentos automáticos (como por exemplo dar chutes violentos). Ao eletroencefalograma desses pacientes, observa-se durante a crise, ritmo alfa lento ou atividade teta mais rápida (7 a 9 Hz) e também, pouca reatividade à luz (SMITH MT, et al., 2019).

O terror noturno é caracterizado por um despertar repentino de um sono de ondas lentas, associado a manifestações autonômicas e sensação intensa de medo. Pode ser acompanhado de choro, grito, sonhos e sintomas motores e autonômicos (taquicardia, taquipneia, dilatação da pupila e diaforese). Além disso, o paciente pode apresentar amnésia após episódios e resistência ao consolo (CERCA F e PRIOR C, 2018). Seu diagnóstico é baseado em critérios segundo a ICSD (International Classification of Sleep Disorders), que estabelece no mínimo os critérios A, B e C associados para confirmação diagnóstica (Critérios - A: relato de episódio de sensação repentina de medo intenso durante o sono; B: episódios ocorrem em geral no primeiro terço da noite; C: amnésia total ou parcial para os fatos ocorridos durante a crise; D: Estudo polissonográfico

com início da crise nos estágios 3 e 4 do sono; E: outras condições médicas; F: outros distúrbios do sono (FRANCHESCI A, et al., 2019).

Em relação ao tratamento, observa-se que a farmacoterapia geralmente não é necessária, mas quando utilizada, destacam-se os benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptação da serotonina. A enurese noturna significa a presença de micção durante o sono, sendo sua frequência de no duas vezes por semana, por no mínimo três meses. Ela pode ser classificada quanto a presença de sintomas em monossintomática (ENM), quando ocorre apenas a incontinência urinária ou polissintomática, que refere-se àquela associada a outros sintomas além da incontinência urinária (NEVES GSML, et al., 2018).

A fisiopatologia da enurese noturna, pode basear-se nas seguintes condições: incapacidade de controlar a musculatura pélvica diante de bexiga cheia; deficiência na secreção de vasopressina, ocasionando poliúria noturna; e hiperatividade detrusora. O diagnóstico envolve a história clínica (documentação da enurese e do hábito miccional diurno), exame físico, exames complementares (urina 1, ultrassom do trato urinário e exame urodinâmico eventualmente, quando não há resposta ao tratamento convencional) (MANRIQUE WER, et al., 2019).

A abordagem inicial desse distúrbio começa com coleta detalhada da história clínica, afim de excluir eventuais outros distúrbios sistêmicos associados. Acrescenta-se a isso, a terapia motivacional, abordagem que envolvem entrevistas de aconselhamento para encorajamento da criança diante da responsabilidade sobre sua enurese. Há também a terapia comportamental, que orienta a criança urinar sempre ao acordar, pelo menos duas vezes na escola, quando chegarem da escola e ao dormir. Outra alternativa é o alarme de urina, dispositivo eletrônico instalado no leito, capaz de despertar a criança durante sua micção. Por fim, a terapêutica medicamentosa inclui o uso de Acetato de Desmopressina (responsável por diminuir a produção de urina à noite); a imipramina (usada acima de seis anos de idade); drogas anticolinérgicas, como Oxibutinina, Propiverina ou Tolterodina (KANSAGRA S, 2020).

Os pesadelos são a parassonias com maior prevalência entre as demais e seu pico ocorre entre os 6 e 10 anos de idade. Neles, observam-se sonhos desagradáveis ou que provocam medo, que podem ter associada resposta simpática aumentada durante o evento (aumento das frequências cardíacas e respiratória e diaforese). O diagnóstico é baseado no histórico clínico, sem necessidade de polissonografia (ESPOSITO S, et al., 2019). Dessa forma, as parassonias como um todo, possuem seus diagnósticos voltados a clínica e, caso essa não elucidar o quadro, recorrem-se ao Eletroencefalograma (EEG), à Tomografia Computadorizada (TC) ou à Ressonância Magnética Nuclear (RMN) cerebral. Além disso, o tratamento desse distúrbio, de uma forma geral, relaciona-se a mudanças de hábitos de sono através de técnicas de relaxamento e medidas protetoras (FRANCHESCI A, et al., 2019).

Insônia

Esse distúrbio do sono pode ser definido como a dificuldade do paciente pediátrico em iniciar o sono ou em mantê-lo (com presença de despertares durante a noite e/ou dificuldade em retomar o sono); ou ainda, da criança ou adolescente apresentarem despertares antes do horário habitual associado a dificuldade em retornar ao sono (CROMWELL EK, et al., 2023).

Frente as etiologias relacionadas à insônia, podem-se distribuí-las quanto a faixa etária. Sendo assim, o lactente costuma ter como causa, distúrbios de associação do sono. Crianças entre 2-3 anos, apresentam o hábito alimentar ou ingestão noturna excessiva de líquidos e/ou alergia ao leite de vaca, além de doenças crônicas ou agudas, como principais desencadeantes. Já os pré-escolares e escolares, são precipitados por falta de limites, medo, pesadelos e/ou doenças crônicas ou agudas, para desenvolverem a dificuldade em iniciarem seu sono. Por fim, adolescentes apresentam fatores como ansiedade, pressão familiar ou escolar, distúrbios emocionais e/ou doenças crônicas ou agudas, como gatilhos ao distúrbio (VOCI A, et al., 2021). O diagnóstico da insônia envolve coleta de informações da história clínica do problema ligado ao sono. Isso engloba desde hábitos pré-sono, induções do sono, até ritmo sono/vigília nas 24 horas. Outros questionamentos envolvem dados sobre o ambiente onde a criança dorme, perfil psicossocial e de distúrbios de sono familiares, devem ser prontamente levantados. Além disso, outras ferramentas são utilizadas como

auxílio diagnóstico como diários do sono e questionários específicos para esse fim (DELROSSO LM, et al. 2018).

Quanto a terapêutica, são orientadas rotinas de higiene do sono, técnicas comportamentais e/ou tratamento farmacológico. De maneira mais específica, as "rotinas de higiene do sono", envolvem a dieta (evitar alto consumo de cafeína durante o dia e principalmente à noite), atividade física moderada (benéfica ao sono), adaptações ao ambiente do quarto (temperatura adequada, silencioso e escuro), definição do horário de dormir regular para a faixa etária (SANCHEZ T, et al., 2018).

Já da ótica da "técnica comportamental", cabe ao pediatra juntamente com os responsáveis, ponderarem quais técnicas melhor se adequarão a cada criança. Dentre elas, as mais usadas são: extinção (colocar a criança para dormir, ignorando choros e/ou chamamentos até a próxima manhã); extinção gradual (colocar a criança para dormir, ignorando choros e/ou chamamentos por períodos que aumentem durante a noite); rotinas positivas (preparos para dormir, recompensas); horário de dormir plé-estabelecido; despertar programado; técnicas de relaxamento (meditação, respirações profundas) (PÉREZ CEA, et al., 2019).

Por fim, o "tratamento farmacológico" é indicado quando os responsáveis não tem sucesso com as terapêuticas comportamentais. Não existem fármacos para insônia aprovados e sim estratégias empíricas baseadas em experiências clínicas. A escolha da medicação deve visar o auxílio no sintoma de dor e/ou ansiedade, combate aos distúrbios primários do sono (como apnéias), e, também, direcionamento à idade adequada e ao nível de neurodesenvolvimento (RANA M, et al., 2019).

Bruxismo

O bruxismo trata-se de atividade involuntária e rítmica do sistema mastigatório originada por contrações rítmicas ou tônicas do masseter e de outros músculos mandibulares. É conhecida pelo ato de ranger os dentes tanto durante o período diurno como noturno. A etiologia do bruxismo não é bem esclarecida elucidada, mas parece envolver fatores locais, sistêmicos e psicológicos, ou estar relacionado a distúrbios do sono (NEVES GSML, et al., 2018).

Quanto ao diagnóstico relacionado ao sono, pacientes com bruxismo costumam apresentara sinais e sintomas como desgaste dentário, dores na musculatura da face, dores de cabeça relatadas ou observadas por alterações polissonográficas (nos casos de bruxismo noturno) (SMITH MT, et al., 2018). O tratamento do bruxismo deve ser individualizado. Sua terapêutica odontológica é realizada através de placas de repouso para aliviar dor craniofacial.

Já o tratamento comportamental é feito por técnicas de relaxamento, abstinência de cafeína e tabaco. No que se diz respeito ao tratamento farmacológico, algumas drogas são usadas: agonistas dopaminérgicos, benzodiazepínicos, hipnóticos não- benzodiazepínicos, relaxantes musculares, drogas antiepilépticas, alguns antidepressivos e aplicações locais de toxina botulínica na musculatura masseter e temporal (com indicação ao bruxismo não responsivo à terapia convencional) (BRUNI O, et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sono é fenômeno vital e necessário ao processo de crescimento e desenvolvimento infantil. Uma vez que sua fisiologia apresenta-se em equilíbrio, haverá contribuição para a homeostase da criança e do adolescente. Em contrapartida, alguns multifatores podem interferir nesse equilíbrio de modo a gerarem distúrbios do sono. Por serem queixas prevalentes nos consultórios pediátricos, as alterações do sono infanto-juvenil tornam-se importantes na medida que, além da sua frequência elevada na população pediátrica, elas podem cooperar para mudança de humor, problemas de crescimento, dificuldade no aprendizado, variação no ganho de peso e modificação na convivência familiar. Dessa forma, esta revisão de literatura pôde apontar os principais distúrbios do sono na criança objetivando ressaltar esse tema que, se não vigilante pelos pais e pediatras, pode trazer repercussões sombrias para o paciente.

REFERÊNCIAS

1. CERCA F e PRIOR C. Sleep and Media Screens in Pediatric Ages. Porto: Nascer e Crescer; 2018.
2. EMILY J, et al. Sleep Disturbance in Tourette's Disorder: Potential Underlying Mechanisms. *Current Sleep Medicine Reports*, 2023; 3.
3. CROMWELL EK, et al. Sleep in children with autism spectrum disorders. *Encyclopedia of Sleep and Circadian Rhythms*, 2023; 693-703.
4. VOICI A, et al. Sleep Disorders in Pediatric Migraine: A Questionnaire-Based Study. *Journal of Clinical Medicine*, 2021; 10(16): 3575.
5. CRAIG SG, et al. The Functional Impact of Sleep Disorders in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2020; 24(4): 499–508.
6. ESPOSITO S, et al. Pediatric sleep disturbances and treatment with melatonin. *J Tr Med*, 2019; 17: 77.
7. DELROSSO LM, et al. Restless sleep disorder in children: a pilot study on a tentative new diagnostic category, *Sleep*, 2018.
8. KANSAGRA S. Sleep Disorders in Adolescents. *Pediatrics*, 2020; (Supplement_2): S204–S209.
9. SMITH MT, et al. Use of Actigraphy for the Evaluation of Sleep Disorders and Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline, 2018.
10. BRUNI O, et al. Pharmacotherapeutic management of sleep disorders in children with neurodevelopmental disorders, *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 2019; 20(18): 2257-2271.
11. CORTESE S, et al. Sleep Disorders in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Diagnosis, Epidemiology, and Management. *CNS Drugs*, 2020; 34: 415–423.
12. GIOS T, et al. Hábitos de Sono e Relação com Indicadores de Saúde Mental na Infância. *Revista Psicologia: Teoria E Prática*, 2020; 24(1): 1–19.
13. PÉREZ CEA, et al. Síndrome de apnea del sueño en pediatría. *Recimundo*, 2019; 3(3): 201-223.
14. MANRIQUE WER, et al. Tratamiento del síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) en pediatría. *Recimundo*, 2019; 3(3): 314-327.
15. RANA M, et al. Sueño en los niños: fisiología y actualización de los últimos conocimientos. *Med.*, 2019.
16. ALVAREZ A, et al. Trastornos de hipoventilación central del sueño en pediatría: causas poco frecuentes. *Neumología Pediátrica*, 2021; 16(1): 30–40.
17. SANCHEZ T, et al. Prevalence and risk factors for sleep-disordered breathing in Chilean schoolchildren. *Rev. chil. pediatr.*, 2018.
18. FRANCHESCI A, et al. Patrones de sueño de los niños sanos a los cuatro años: factores sociales y estilos de crianza. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 2019; 21(84): 343-356.
19. SANCHEZ T, et al. Malos hábitos de sueño en lactantes: Factor de riesgo para síndrome de muerte súbita del lactante. Estudio piloto. *Rev. chil. pediatr.*, 2020; 91(4): 529-535.
20. CASTILLO SG, et al. Síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño. *Anales de Pediat*, 2018; 88: 5.
21. MEDEIROS MRB, et al. Narcolepsia na Infância: A Atuação Multidisciplinar com a Psicologia do Sono do Diagnóstico ao Tratamento em um Relato de Caso. *Psic: Ciê E Profissão, Psicol. cienc. prof.*, 2022.
22. NEVES GSML, et al. Transtornos do Sono: Atualização. *Revista Brasileira de Neurologia*, 2018; 54.