

# Hábitos e Problemas de Sono numa População Clínica de Crianças e Adolescentes

Margarida Crujo\*, Catarina Cordovil\*, Suzana Henriques\*, Pedro Caldeira da Silva\*\*

\*Interna de Pedopsiquiatria; \*\*Pedopsiquiatra

Área de Pedopsiquiatria do CHLC, EPE — HDE

mmcrujo@hotmail.com catarinacordovil@hotmail.com suzana.alambre@gmail.com pedrocdds@gmail.com

**Introdução:** Os problemas de sono (*PrS*) são frequentemente subestimados ou desvalorizados<sup>1,3,5</sup>. A sua prevalência em crianças e adolescentes (*C/A*) varia entre **25 e 40%**<sup>1,4,6</sup>. As perturbações de sono (*PS*) classificam-se<sup>7</sup>, em *dissónias* e *parassónias*, e em *PS relacionadas com perturbações psiquiátricas* ou *associadas a doença física*. As *dissónias* caracterizam-se pela ocorrência de um período de sono insuficiente, excessivo ou ineficaz<sup>7</sup>, ou por anomalias no horário do sono<sup>7</sup> (ex: insónia, sonolência diurna, narcolepsia, apneia obstrutiva do sono). As *parassónias* correspondem a alterações que envolvem o comportamento do sono: são comuns em idade pediátrica e têm um carácter benigno<sup>1</sup> (ex: terrores nocturnos, sonambulismo, pesadelos, enurese nocturna e bruxismo). A maioria das *PS* é transitória e auto-limitada, mas algumas têm um impacto importante no funcionamento da *C/A*. Os *PrS* tendem a ser mais comuns em *C/A* que apresentem, simultaneamente, condições psiquiátricas (ex: PHDA, Perturbação Depressiva Major, espectro do Autismo) ou orgânicas<sup>5</sup> (ex: epilepsia, patologias degenerativas do SNC<sup>2</sup>). Assim, sintomas de patologia do sono podem constituir sinais de alarme para o diagnóstico de outras patologias pré-existentes; a melhoria da qualidade do sono pode, também, interferir positivamente na comorbilidade.

**Objectivo:** Caracterizar hábitos e problemas de sono numa amostra de 50 *C/A* acompanhadas em consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

**Metodologia:** Dados obtidos a partir de amostra de conveniência constituída por **50 *C/A* entre os 5 e os 13 anos**, seguidos em consulta externa de Pedopsiquiatria do CHLC. Aplicadas versões portuguesas validadas dos questionários de auto preenchimento **SBQ** (*Sleep Behaviour Questionnaire*) e **SDQ** (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) aos pais/ cuidadores. Processos clínicos foram consultados e preencheram-se questionários de caracterização sociodemográfica e de hábitos e rotinas de sono. SBQ pontua os *PrS* entre 26 a 130 consoante a gravidade; não apresenta um valor de *cut-off*. Considerou-se que valores > a média +1DP estão relacionados com *PrS*; e que valores > a média + 2DP estão relacionados com *PrS* graves. Resultados obtidos inseridos numa base de dados para posterior análise estatística, utilizando-se o programa informático SPSS R versão 17.

## Resultados:

### Caracterização Sociodemográfica

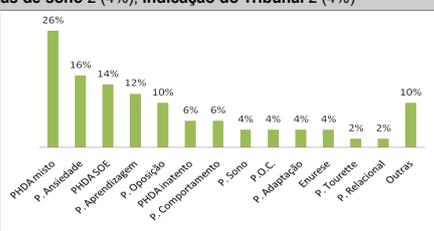
- n: 50 *C/A*
- Género: **F 11 (22%); M 39 (78%)**
- Idade (anos): **Média 9,12; Mín 5; Máx 13, Mediana e Moda 8**. Idade **Média** em F e M: **F 9,9; M 8,9**

### Caracterização Familiar

- Organização Familiar: **Nuclear 25 (50%); Monoparental 11 (22%); Reconstruída 7 (14%); Entregue a avós 1 (2%); Alargada 5 (10%); Institucionalização 1 (2%)**
- Elementos da Fratria: **Média 2 (12%) Moda e Mediana: 2**
- Nível Socioeconómico (Índice de *Graffar*): **I 1 (2%), II 4 (8%), III 33 (66%) e IV 12 (24%)**

### Características Clínicas e da Intervenção Terapêutica

- Principal Motivo de Consulta: **problemas de comportamento 26 (52%); dificuldades de aprendizagem 8 (16%); sintomas de ansiedade 5 (10%); défice de atenção 4 (8%); humor depressivo 3 (6%); problemas de sono 2 (4%); indicação do Tribunal 2 (4%)**
- Diagnóstico (DSM-IV-TR):



- Intervenções Terapêuticas: Consultas **Terapêuticas 31 (62%); Consultas de Seguimento 11 (22%); Psicoterapia 5 (10%); Intervenções Multidisciplinares 3 (6%); Intervenção Farmacológica 31 (62%)**

### Rotinas e Hábitos de Sono

- Chegada a Casa (horas): **Média 17.45, Mín 13.30, Máx 21.15**
- Deitar (horas): **Média 21.43, Mín 20.00, Máx 0.00**
- Adormecer (horas): **Média 22.12, Mín 20.40, Máx 2.00**
- Acordar (horas): **Média 7.30, Mín 5.00, Máx 9.00**
- Total de Sono (horas): **Média 9h15, Mín 5h, Máx 12h**
- <8h: 7 (14%); 8-10h: 35 (70%); >11h: 8 (16%)

— Relação inversa entre nº total de horas de sono e idade (regressão linear = - 2.83;  $r^2 = 0.284$ ;  $p = 0.00$ ). Não foram significativas as diferenças de duração do sono entre géneros ou entre *C/A* com e sem medicação.

- Partilha de Quarto: **Sim 26 (52%); Não 24 (48%)**
- **Irmãos 20 (40%); Pais 2 (4%); Avós 1 (2%); Outros 3 (6%)**

— Tendência de associação entre a partilha do quarto e sintomas de dissónia (Pearson  $\chi^2 p = 0.059$ )

### Dispositivos Electrónicos no Quarto

Quarto	Freq.	%
TV	33	66
Consola	23	46
Computador	19	38
Nenhum	12	24

### Hábitos e Rotinas para Adormecer

Hábitos e Rotinas	Freq.	%
TV	14	28
Dormir com pais	7	14
Ler um livro	5	10
Luz de presença	4	8
História	3	6
Objecto transitivo	3	6
Consola	2	4
Outro	5	10
Nenhum	17	34

### Supervisão ao Levantar e ao Deitar

	Supervisão ao Levantar		Supervisão ao Deitar	
	Freq.	%	Freq.	%
Mãe	23	46	27	54
Variável	13	26	14	28
Avós	4	8	1	2
Pai	3	6	2	4
Ninguém	3	6	2	4
Irmão	2	4	0	0
Pais	1	2	2	4
Outros	1	2	2	4

Sintomas de Sono: **com 33 (66%) sem 17 (34%)**

Sintomas de Sono	Freq.	%
Parassónias	27	54
Dissónias	17	34
Ressonar	9	18
Sonolência Diurna	4	8

— Associação entre parassónias e a presença de ressonar (Teste Exacto de Fisher  $p = 0.002$ )

SBQ: **média 55,4; mín 33; máx 88; desvio padrão 10,8**  
**sem prob. 42 (84%); prob. de sono 6 (12%); prob. de sono graves 2 (4%)**  
 SDQ: **normal 6 (12%); borderline e anormal 44 (88%)**  
 SDQ Impacto: **normal 12 (24%); borderline e anormal 38 (76%)**

	DSM IV-TR				SDQ			
	PHDA Misto	P. Comportamento	P. Aprendizagem	Enurese	P. Emocional	P. Relacional	Hiperactividade	SDQ Total
Parassónias	**Pearson $\chi^2 p=0.037$	0	0	0	0	0	0	0
Dissónias	0	0	0	0	*Pearson $\chi^2 p=0.084$	0	0	*Pearson $\chi^2 p=0.084$
Sonolência Diurna	0	*Fisher Test $p=0.06$	*Fisher Test $p=0.06$	0	0	0	0	0
Dormir com os Pais	0	0	0	**Fisher Test $p=0.025$	0	**Pearson $\chi^2 p=0.003$	0	0
Ressonar	0	*Fisher Test $p=0.08$	0	0	0	0	**Pearson $\chi^2 p=0.013$	0
Problemas de Sono - SBQ	0	0	0	0	0	**Pearson $\chi^2 p=0.041$	0	0

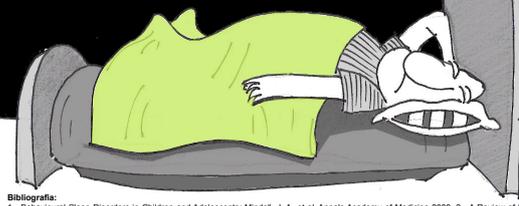
0 = sem associação; \* = tendência; \*\* = associação significativa

## Discussão:

- Amostra de conveniência: eventuais vieses que tornam difícil a extrapolação dos resultados. MAS, nossa 1ª abordagem a tema não frequentemente pesquisado em Psiquiatria da Infância e Adolescência no nosso país<sup>6,9</sup>;
- Ambos os questionários validados para a língua portuguesa e de fácil aplicação, podendo ser auxiliares de diagnóstico, complementando a história clínica e os critérios de diagnóstico da DSM-IV-TR;
- Hábitos e rotinas de sono: % relevante vê TV (28%) ou joga consola (4%), actividades estimulantes e, como tal, desadequadas no período de transição vigília – sono<sup>9</sup>;
- Elevada % de *C/A* (66%) apresenta sintomas de *PS* (54% parassónia, 34% dissónia) em 34%, = trabalhos anteriormente realizados em Portugal<sup>6,9</sup>. MAS, apenas 16% das *C/A* estes *PrS* são significativos de acordo com a SBQ, o que poderá enfatizar a importância de uma anamnese completa na avaliação de alterações do normal padrão de sono;
- Apesar da elevada % de *PrS* identificados, 96% da *C/A* são acompanhadas na consulta de Pedopsiquiatria por outro motivo, subvalorizando-se o problema e suas consequências, situação já relatada na literatura<sup>1,3,5</sup>.
- Duração de sono nocturno adequada em 70% *C/A* (8 a 10 horas), tal como descrito noutros estudos<sup>9</sup>; MAS, eventualidade de viés, porque valor calculado pela diferença entre horas de acordar e de deitar, não se considerando os despertares nocturnos. E pais, como frequentemente desvalorizam os problemas de sono, podem não ter sido rigorosos nas descrições;
- Tendência para uma associação entre partilhar o quarto e ter sintomas de dissónia pode relacionar-se com a facilidade de identificação de sintomas por outras pessoas; OU, porque partilhar o quarto pode contribuir, por si, para a redução do tempo de sono;
- PHDA é o diagnóstico mais prevalente, e a PHDA tipo misto está significativamente associada com parassónias no nosso estudo (também descrito na literatura<sup>9</sup>);
- Roncopatia pode relacionar-se com patologia respiratória obstrutiva; na presença de queixas, colocar esta hipótese de diagnóstico. Literatura refere associação entre a presença de roncopatia e problemas de comportamento (PC)<sup>10</sup>, também verificado no nosso estudo. Nova questão: será que avaliação e intervenção adequadas nas *PS* poderá melhorar o tratamento das *PC*?
- Encontrada associação entre roncopatia e parassónias (como enurese). Literatura refere a associação anterior e também que o peptídeo natriurético cerebral (BNP) está elevado em *C/A* com enurese e com patologia respiratória obstrutiva; por outro lado, níveis de BNP podem elevar a prevalência de enurese em *C/A* com roncopatia<sup>11</sup>. Pontos de partida interessantes para futuras pesquisas?
- Interessante tendência observada entre problemas de aprendizagem e sonolência diurna; esta última pode ser responsável por parte significativa destes problemas;
- Não se encontraram associações entre as características individuais (género e idade) e familiares (organização familiar, nº da fratria, nível socioeconómico) da amostra e problemas de sono.

## Conclusão:

- Grande nº de *PrS* não são reconhecidos pelos pais nem abordados na Consulta de Pedopsiquiatria, à semelhança do que é descrito ocorrer noutras Consultas de Saúde Infantil;
- Associações estatisticamente significativas entre o diagnóstico de *PS* e problemas específicos;
- Dormir com os pais não está associado com psicopatologia específica, mas com problemas relacionais entre pares;
- Duração total de sono é surpreendentemente adequada para uma amostra clínica de *C/A*.



Bibliografia:  
 1 - Behavioral Sleep Disorders in Children and Adolescents; Mindell, J. A. et al. Annals Academy of Medicine 2008. 2 - A Review of Pediatric Nonrespiratory Sleep Disorders; Moore, M. et al. Contemporary Reviews in Sleep Medicine, Chest Journal 2006. 3 - Classification and Epidemiology of Childhood Sleep Disorders; Owens, J. Prim Care Clin Office Pract 2008. 4 - Sleep Disturbances in Psychiatric Disorders; Ivanenko, A. et al. Semin Pediatr Neurol 2008. 5 - Validação Para Língua Portuguesa de Duas Escalas para Avaliação de Hábitos e Qualidade de Sono em Crianças; Batista, B. H. B. et al. J. Epilepsy Clin Neurophysiol 2006. 6 - Sleep Study Abnormalities in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Gonyea, J. S. et al. Pediatric Neurology Vol. 40, No. 1, 2009. 7 - Conduct Problems and Symptoms of Sleep Disorders in Children; Chevini, R. D. et al. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 42:2, 2003. 8 - Increased Morning Brain Natriuretic Peptide Levels in Children with Nocturnal Enuresis and Sleep-Disordered Breathing: A Community-Based Study; Capovilla, D. S. et al. Pediatrics 2008.