

TRANSTORNOS DO SONO: ATUALIZAÇÃO (PARTE2/2)

SLEEP DISORDERS: UP TO DATE (2/2)

Gisele S. Moura L. Neves¹, Philippe Macedo², Marleide da Mota Gomes³

RESUMO

Este artigo (2/2) compõe uma revisão sobre fundamentos do sono e transtornos do sono (TS), sendo aqui considerados: 1-Incapacidade de dormir na hora desejada-atraso de fase, avanço de fase, "jet lag", ritmo sono-vigília irregular, sono/vigília de livre curso, transtornos dos trabalhadores em turnos; 2-Movimentos ou comportamentos anormais durante o sono. Este segundo grupo é aqui subdividido em: A1-Parassonias relacionadas ao sono NREM (Non-rapid eye movement) – despertar confusional, sonambulismo, terror noturno, síndrome da cabeça explosiva, alucinações relacionadas ao sono, enurese noturna e parassonias causadas por doenças e medicações; A2-Parassonias relacionadas ao sono REM (rapid eye movement)-transtorno comportamental do sono REM, pesadelos, paralisias recorrentes isoladas do sono, promulgação sono "dream enactment behavior"; B-Transtornos do movimento relacionados ao sono-bruxismo, síndrome das pernas inquietas, movimentos periódicos das pernas, câimbras do sono, movimentos rítmicos relacionados ao sono, mioclonias proprioespinais do início do sono, movimentos relacionados à medicação, mioclonias em doenças sistêmicas e mioclonias benignas do sono em bebês.

Palavras-chave: transtorno do sono, transtorno do ritmo circadiano, parassonias, transtorno do movimento relacionado ao sono.

ABSTRACT

This is the second part (2/2) of an article that intends to review major topics regarding sleep fundamentals and sleep disorders (SD), now considering: 1-Circadian rhythm disorders-delayed onset sleep phase disorder, advanced onset sleep phase disorder, jet lag, irregular sleep-wake rhythm, free-running type, shift work type; 2-Abnormal movements or behaviours during sleep. This second category is divided in two groups: A1-NREM (Non-rapid eye movement) parasomnias – confusional awakening, sleepwalking, night terrors, explosive head syndrome, sleep-related hallucinations, nocturnal enuresis and parasomnias related to diseases or medications; A2-REM (Rapid eye movement) parasomnias-REM sleep behaviour disorder, nightmares, recurrent isolated sleep paralysis, dream enactment behaviour; B-Sleep related movement disorders-bruxism, restless legs syndrome, periodical limb movement disorders, nocturnal leg cramps, sleep related rhythmic movement disorder, propriospinal myoclonus, movements related to medication use, myoclonus related to systemic diseases and benign myoclonus of sleep.

Key words: sleep disorder, sleep disturbance, circadian rhythm disorders, parasomnias, sleep related movement disorders.

¹Médica neurologista do Instituto de Neurologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Pós-Graduação do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ.

³Professora associada da Faculdade de Medicina, Instituto de Neurologia da UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência: Dra. Gisele S. Moura L. Neves. Programa de Epilepsia do Instituto de Neurologia Deolindo Couto, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Av. Prof. Venceslau Braz, 95 – 22290-140 – Rio de Janeiro, RJ, Brasil, E-mail: gsmlneves@gmail.com

INTRODUÇÃO

Este artigo faz parte de uma revisão geral sobre os transtornos do sono (TS). A primeira parte⁹ já foi publicada com a discussão dos fundamentos neurobiológicos do sono (neuroanatomicos, neuroquímicos e fisiológicos); abordagem clínica inicial dos pacientes com transtornos do sono (TS) como anamnese e exame físico; exames subjetivos (questionários e escalas básicas) e objetivos (polissonografia, teste de latências múltiplas e actigrafia). Foi também dada ênfase à terceira Classificação Internacional dos Transtornos do Sono (ICSD-3) com seus aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos dos principais TS segundo as quatro principais queixas do sono. No primeiro artigo foram estudadas: a insônia e a sonolência excessiva diurna (SED). Nesta segunda parte, analisaremos a incapacidade de dormir na hora desejada e os movimentos ou comportamentos anormais durante o sono.

DIFICULDADE EM DORMIR OU ACORDAR NA HORA DESEJADA

Para que uma pessoa apresente sono de boa qualidade, o tempo de sono desejado deve coincidir com a propensão de seu sono ser comandada pelo seu ritmo circadiano¹. Os transtornos do ritmo circadiano (TRC) (Quadro 1) são definidos, em linhas gerais, por um padrão crônico ou recorrente de ruptura do ciclo sono-vigília causado por alteração do sistema circadiano ou falta de sincronização entre o ritmo circadiano endógeno e a rotina de sono-vigília desejada ou necessária o que pode gerar insônia ou SED¹. Fatores genéticos, fisiológicos e comportamentais interagem com fatores ambientais, predispondo assim o desenvolvimento destes transtornos¹.

As classificações internacionais coincidem em quase todas as suas definições e critérios para a definição dos TRC, porém divergem no critério de duração dos sintomas (três meses para ICSD-3 e um mês para DSM-5) e nas subclassificações (ICSD-3 inclui “jetlag”)² No entanto, o diagnóstico ainda é firmado com uma história clínica detalhada, sendo recomendado o uso do diário de sono, da actigrafia e o questionário de matutuidade e vespertinidade. Esse questionário foi criado por Horne e Osterberg (1976)⁶, pois existem diferenças interindividuais na fase circadiana: os indivíduos com fase circadiana precoce são chamados matutinos e aqueles com a fase mais tardia, vespertinos. Os escores variam de 16 a 86 do mencionado questionário, sendo os escores mais altos (59-86) identi-

ficadores como matutinos, os mais baixos (16-41), vespertinos e os entre 42-58, do tipo intermediário 6. A ressaltar que a base biológica dessas diferenças permanece desconhecida, mas sabe-se que as mulheres apresentam escores mais altos do que os homens e o resultado do questionário parece ser influenciado pela idade, latitude e hábitos sociais⁸. Voltando à questão do diagnóstico dos TRC, lembra-se que alguns biomarcadores como a dosagem de melatonina (“dim light melatoninonset”) na saliva, no plasma, ou o metabólito oxymelatoninana urina) dosados ao escurecer e a polissonografia podem ser solicitados, mas não são rotineiramente necessários¹¹.

Quanto ao tratamento, a maioria dos casos envolve uma combinação de fototerapia com luz brilhante, terapia cognitiva comportamental (TCC) e tratamento farmacológico (melatonina)¹.

MOVIMENTOS E COMPORTAMENTOS ANORMAIS DURANTE O SONO

Este grupo de sintomas inclui as Parassonias e os Transtornos do movimento relacionados ao sono, a seguir apresentados.

Parassonias

As parassonias são eventos comportamentais fisiológicos ou experienciais comuns que acompanham o sono, Hoje em dia, eles são entendidos como fenômenos clínicos originados nas transições entre fases do sono NREM, sono REM e vigília². Abaixo, são considerados alguns desses transtornos e a síntese é apresentada no Quadro 2.

Relacionadas ao sono NREM

Ocorrem principalmente em crianças e geralmente desaparecem na puberdade, porém podem persistir na vida adulta.

Os transtornos do despertar consistem em despertar incompleto do sono com resposta ausente ou inapropriada apesar da intervenção de pessoas durante o episódio. São limitados (uma única cena, sem imagens de sonho), geralmente ocorrem no início do estágio do sono de ondas lentas (N3), sendo que a maioria dos episódios é de curta duração, podendo durar de 30 a 40 minutos, mas podem ser acompanhadas de fala e de gritos. Os olhos geralmente estão abertos e sem expressão, sendo difícil acordá-los, porém se despertados mostram-se confusos. Geralmente nes-

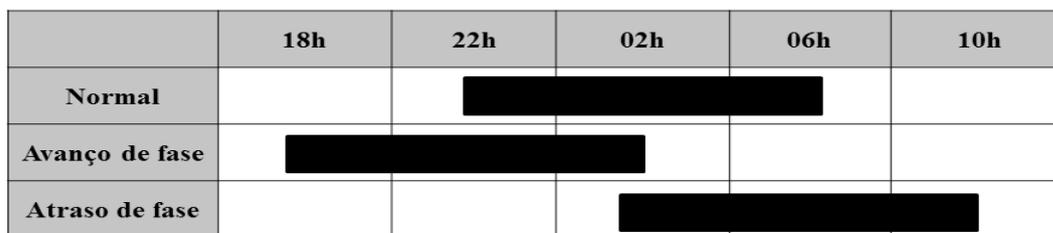


Figura 1. Alguns transtornos do ritmo circadiano – localização do período de sono (no caso, considerado tempo de sono similar, mas com os deslocamentos) (adaptado de Neves, 2013 et al.¹⁰).

Quadro 1. Panorama dos transtornos do ritmo circadiano 4. ^{10,11}

Transtorno do ritmo circadiano	Principais sintomas	Diagnóstico	Tratamento
Tipo atraso de fase do sono (Figura 1)	Insônia por dificuldade / incapacidade de dormir à noite Dificuldade de acordar pela manhã. SED Horário preferencial -Adormece: 02-06h -Desperta: 10-13h	Recomendados: diários do sono e/ou actigrafia por pelo menos sete dias. Opcional: biomarcadores como melatonina plasmática, da saliva e o metabólito oximelatoninana urina e Questionário dematutividade-vespertinidade.	Higiene do sono Fototerapia: 5000 lux por 0,5 – 2h logo após acordar. Melatonina: 0,5-3mg, 5h antes do horário habitual para deitar.
Tipo avanço de fase do sono (Figura 1)	Incapacidade de se manter acordado à noite. Incapacidade de dormir pela manhã Horário preferencial: -Adormece: 18-21h -Desperta: 02-05h	Recomendados: diários de sono e/ou actigrafia por pelo menos sete dias. Opcional: biomarcadores como melatonina plasmática, salivar e o metabólito oximelatonina na urina e Questionário de matutividade-vespertinidade.	Fototerapia: 5000 lux por 2h durante a noite (19-21h)
Tipo sono-vigília irregular	Não há período de sono consolidado. Geralmente, ocorre em demenciados ou em pacientes com transtornos do desenvolvimento neuropsicomotor. Adormecerá ou acordará em momentos inapropriados com pequenos cochilos (1-4 horas). Horário preferencial. -Padrão irregular para dormir e acordar.	História clínica, diário do sono (pode ser preenchido por cuidador) e/ou actigrafia.	Aumentar a exposição à luz. Concentrar atividades sociais no período diurno. Melatonina no horário de deitar (crianças).
Tipo sono/vigília de livre curso	Muda com o tempo Pode variar de insônia à SED Geralmente, ocorre em cegos com nenhuma percepção de luz. Horário preferencial: -Variável. -Altera períodos em que dorme à noite com períodos que dorme de dia;	Recomendado: diários do sono e/ou actigrafia por pelo menos 14 dias. Opcional: biomarcadores como melatonina plasmática, salivar ou o metabólito oximelatonina na urina.	Cegos: Melatonina 3-10mg mg) no início e depois 0,5mg 1h antes do horário habitual de deitar. Visão normal: fototerapia ao acordar, rotina de sono/vigília programada, com ou sem melatonina
Transtorno dos trabalhadores em turnos	SED durante o trabalho e associado ao calendário de trabalho. Insônia ao tentar dormir durante o dia Horário preferencial: -Varia de acordo com o calendário de trabalho.	História clínica. Diário do sono e actigrafia podem ser usados.	Alinhamento circadiano e promoção do sono. Fototerapia: 5000 – 10000 lux durante a primeira metade do plantão noturno. Melatonina 2-5mg antes de deitar. Estimulantes para SED: cafeína e modafinil.
Jet lag	SED e/ou insônia dependendo da duração e direção da viagem.	Varia de acordo com o fusohorário	Fototerapia. Melatonina 2-5mg após a chegada, tomada ao deitar-se. Zolpidem 10mg após chegada, tomado ao deitar.

ses episódios ocorrem amnésia parcial ou total e ativação do sistema nervoso autônomo, mas as funções superiores (atenção, planejamento e interação social) estão ausentes. Mais particularmente, eles podem ser precipitados por viagens, estados febris em crianças, estresse físico e emocional em adultos, período pré-menstrual em mulheres, uso de álcool ou medicamentos como carbonato de lítio,

fenotiazinas, agentes anticolinérgicos e agentes sedativos hipnóticos. No entanto, os episódios não podem ser explicados por doença mental, outra condição médica ou uso de medicamentos^{2,7,13}. Para segurança dos pacientes devem ser evitados a privação do sono e uso de álcool ou drogas, devendo-se aumentar a segurança no ambiente (colchões no chão, poucas mobílias ao lado da cama, uso de copos

Quadro 2. Panorama das parassonias^{2,3,5,7,9,12,14}

Parassonias	Principais sintomas	Diagnóstico	Tratamento
Relacionadas ao sono NREM			
Despertar confusional	Usualmente menores de cinco anos idade, com despertar confuso antes da primeira parte do sono, com duração de menos de 5 minutos. O comportamento é benigno, ocasionalmente podem estar agressivos e violentos. -resolução espontânea. –adulto, pode persistir longo tempo e com comportamentos automáticos / inapropriados.	História clínica	Farmacoterapia geralmente não necessária / benzodiazepínicos (clonazepam, 0,25-4 MG), antidepressivos tricíclicos (25-75 mg) e inibidores da recaptção da serotonina (10-20 mg)
Sonambulismo	Usualmente, início assim que a criança comece a andar, na adolescência ou em qualquer fase da vida (incluída a sétima década). Deixam a cama, andam, correm, podendo apresentar comportamentos inapropriados e violentos com prejuízo da memória retrógrada e anterógrada.	História clínica	Farmacoterapia geralmente não necessária / benzodiazepínicos (clonazepam, 0,25-4 mg), antidepressivos tricíclicos (25-275 mg) e inibidores da recaptção da serotonina (10-20 mg).
Terror noturno	1 % a 6.5 % das crianças (início entre 4 a 12 anos) e 2.2 % nos adultos. Geralmente, os sintomas desaparecem na adolescência. Acompanhados de choro, gritos, sonhos e sintomas motores e autonômicos intensos (taquicardia, taquipneia, dilatação pupilar e diafores) diferente do despertar confusional. Desorientação e amnésia após cada episódio, término súbito e resistência ao consolo.	História clínica	Farmacoterapia geralmente não necessária. Benzodiazepínicos (clonazepam, 0,25-4 mg), antidepressivos tricíclicos (25-75 mg) e inibidores da recaptção da serotonina (10-20 mg).
Sono associado com comportamentos sexuais anormais	Comportamentos sexuais anormais (masturbação, molestação sexual e vocalização sexual alta) durante o sono com conseqüências interpessoais, clínicas e até criminais com amnésia matinal.	História clínica, polissonografia	Psicoterapia e clonazepam 0.5 mg
Transtornos do sono relacionado à alimentação	Episódios recorrentes de ingestão de alimentos de forma disfuncional durante o sono. Consumo de combinações de alimentos peculiares ou de substâncias tóxicas podendo causar lesões na procura da comida ou no seu cozimento e aumento do peso.	História clínica	Inibidores de recaptção da serotonina (10-20mg).
Relacionadas ao sono REM			
Transtorno comportamental do sono REM	Geralmente, ocorre em homens acima de 50 anos, podendo manifestar-se também em mulheres e indivíduos mais jovens. Esses episódios podem se expressar por vocalizações ou comportamentos motores complexos e relatos de sonhos violentos com agressões ao próprio paciente ou ao (a) companheiro(a).	História clínica e polissonografia	Clonazepam (início – 0,5-2 mg),
Pesadelos	Mais em crianças (entre 6 e 10 anos) acompanhados de medo, terror e/ou ansiedade. Comuns em pacientes que usam drogas anticolinérgicas, betabloqueadoras, antiparkinsonianas e na retirada de drogas supressoras do sono REM (antidepressivos tricíclicos, inibidores da MAO, lítio, anfetaminas, metilfenidato e clonidina).	História clínica	Retirada do fator desencadeante.
Paralisia Recorrente Isolada do Sono	Início na segunda e terceira década de vida. Incapacidade para falar e movimentar tronco e membros durante o início do sono ou ao acordar com duração de alguns segundos ou minutos causando ansiedade ou medo de adormecer, não estando relacionada com a narcolepsia.	História clínica	A resolução é espontânea podendo ser abortada com uma estimulação sensorial ao paciente (toque).
Promulgação dos sonhos- "dream-enactment behavior"	Os pacientes apresentam pesadelos ou sonhos perturbadores. As mulheres falam, choram, riem e sentem-se amedrontadas. Homens tem mais comportamento sexual. Pode ser frequente nas gestantes e no puerpério. As crises são menos frequentes e violentas do que na doença comportamental do sono REM. São independentes de outras parassonias e não estão relacionadas ao conteúdo do sonho.	História clínica	Clonazepam –início 0,5 mg-2 mg
Outras parassonias			
Síndrome da cabeça explosiva	Sensação súbita de um barulho intenso ou "explosão" na cabeça durante as transições dos estágios do sono ou quando acorda à noite. O início dos sintomas ocorre aos 58 anos, mas podem iniciar com qualquer idade	História clínica	Topiramato 50mg duas vezes ao dia.

Alucinações relacionadas ao sono	Alucinações recorrentes predominantemente (visuais) antes do início do sono ou ao acordar à noite ou pela manhã, podendo persistir por vários minutos. Não podem ser explicados por outro TS (incluindo narcolepsia), doença mental ou uso de medicamentos.	História clínica	Aumentar a iluminação do ambiente.
Enurese noturna	<p>Primária Usualmente em menores de cinco anos com recorrente enurese durante o sono, pelo menos duas vezes por semana nos últimos três meses e nunca ficaram "secos" durante o sono por dificuldade de acordar.</p> <p>Secundária Usualmente maior que cinco anos com enurese recorrente durante o sono, pelo menos duas vezes por semana, mas previamente ficaram "secos" durante a noite por pelo menos seis meses. Por instabilidade ou hiperatividade na bexiga</p>	Clinico e exames urológicos	Diminuição do volume de água noturno, técnicas de condicionamento (micções programadas pelo relógio, orientações na postura da micção), biofeedback (terapia de retreinamento do assoalho pélvico), terapia comportamental, toxina botulínica, alarme noturno Medicamentos (somente acima de sete anos) – desmopressina spray ou oral e antidepressivos tricíclicos
Parassonias relacionadas a doenças	Associação principalmente com doença comportamental do sono REM- neurodegenerações da sinucleína e neurodegenerações não relacionadas à sinucleína, narcolepsia e lesões cerebrais (traumatismo craniano, doença desmielinizante, e acidente vascular isquêmico e hemorrágico). Geralmente, os sintomas da Doença Comportamental do Sono REM podem se iniciar mais de uma década antes dos sintomas das doenças neurodegenerativas. Em crianças, principalmente, existe a associação da Doença Comportamental do Sono REM com a narcolepsia do tipo 1.	História clínica e exames de imagem	Tratamento da doença adjacente
Parassonias relacionadas às medicações	Relação temporal entre à exposição da droga, medicação ou substância com o início dos sinais e sintomas e o desaparecimento dos mesmos com a retirada. Os medicamentos mais implicados são: inibidores da recaptação da serotonina; antidepressivos tricíclicos; inibidores da monoamina oxidase; mirtazapina; selegilina; tratamento colinérgico da Doença de Alzheimer; abstinência da cocaína e anfetamina; álcool, barbitúrico; cafeína e chocolate; drogas hipnóticas como zolpidem e zopiclone.	História Clínica	Retirada da medicação.

plásticos, sistemas de alarme e trancas nas janelas)⁴.

Relacionadas ao sono REM

O transtorno mais característico deste grupo é o comportamental do sono REM caracterizado por: maneiras de agir anormais durante este sono que podem causar lesões e interrupção do sono; anormalidades na eletromiografia do mento e na polissonografia-PSG (falta de atonia do mento). Em crianças, há associação deste TS com narcolepsia-cataplexia, tumores do tronco cerebral ou uso de medicamento antidepressivo, mas, especialmente nos adultos, existe associação com neurodegenerações da sinucleína (atrofia sistêmica múltipla, Doença de Parkinson, demência com corpos de Lewy, falha autonômica pura) e neurodegenerações não relacionadas à sinucleína (paralisia supranuclear progressiva, taupatias, demência frontotemporal, esclerose lateral amiotrófica, Doença de Alzheimer, amiloidopatias, ataxia espinhal do tipo 3, Coréia de Huntington e narcolepsia)²

Transtornos do movimento relacionados ao sono

Os transtornos do movimento relacionados ao sono são caracterizados por movimentos irresistíveis ou

involuntários durante o sono ou períodos de repouso e que secundariamente podem se associar à insônia e fadiga diurna². No Quadro 3 são apresentados alguns destes transtornos.

CONCLUSÃO

Os TS são comuns e podem ser debilitantes, tais como os que geram os sintomas de má qualidade do sono/insônia, sonolência excessiva diurna, dificuldade de dormir ou acordar na hora desejada e por movimentos / comportamentos anormais relacionados ao sono. Assim, todos os médicos generalistas ou especialistas, como os neurologistas, precisam ter conhecimentos básicos para lidar com pacientes com esses transtornos. Naturalmente, o primeiro cuidado é o tratamento de qualquer situação ou doença que favoreça o TS ou que impeça a qualidade/quantidade adequada do sono. O manejo de alguns casos mais complexos necessita de recursos complementares, diagnósticos e/ou terapêuticos. Isso normalmente dependerá de qualificação médica de abordagens mais específicas, usualmente fornecidas por especialistas do sono.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Quadro 3. Panorama dos transtornos de movimento relacionados ao sono 2, 10,13

Transtornos do movimento relacionados ao sono	Principais sintomas	Diagnóstico	Tratamento
Bruxismo	Geralmente, tem início entre 10 e 20 anos, podendo persistir durante toda a vida. Ocasionalmente, casos familiares podem ser descritos. O bruxismo noturno é notado frequentemente durante os estágios 1 e 2 e no sono REM. Podem estar associados com distonia oromandibular e Doença de Huntington. Estão associados à disfunção temporomandibular e desgaste dentário.	História clínica	Protetores bucais, injeções de toxina botulínica, levodopa (50-200 mg) e pramipexole (0,125-1,5 mg).
Síndrome das pernas inquietas	Geralmente, tem início na meia-idade ou em indivíduos mais velhos, com prevalência maior em mulheres (com pico de incidência entre 85 e 90 anos). Estudos familiares sugerem uma herança genética autossômica dominante. Os quatro aspectos fundamentais para o diagnóstico incluem: (1) urgência em movimentar os membros associados com parestesias e disestesias; (2) sintomas que se iniciam ou pioram com o repouso; (3) melhora parcial dos sintomas com o movimento; (4) piora dos sintomas no final da tarde. Podem estar associados com deficiência de ferro, doença de Parkinson, insuficiência renal (principalmente quando submetidos à diálise), diabetes mellitus, artrite reumatóide, neuropatia periférica, gestação (acima de 20 semanas), uso de anti-histamínicos e antidepressivos. 80 % tem movimento periódico de pernas.	História clínica, laboratorial e de imagem.	Exercícios de relaxamento, pramipexole 0,125-0,5 mg, 1 hora antes de deitar, levodopa (50-200 mg), gabapentina (300-900 mg), sulfato ferroso (325 mg, duas vezes ao dia, se ferritina menor que 50 mcg).
Movimento periódico das pernas	Caracterizado por episódios repetitivos de movimentos dos membros durante o sono, mais frequentemente nos membros inferiores (pododáctilos, joelhos, quadril). Pode estar associado a despertares com fragmentação do sono	Polissonografia Movimentos maiores que cinco por hora nas crianças e maior que 15 nos adultos. Exame laboratorial: deficiência de ferro	O mesmo realizado para síndrome das pernas inquietas.
Câimbras do sono	Sensação dolorosa, súbita, intensa com contração involuntária de grupos musculares (mais os da panturrilha e do pé). Associação com diabetes mellitus, esclerose lateral amiotrófica, hipopotassemia, hipocalcemia, hipomagnesemia e alguns medicamentos (estatinas e diuréticos).	História clínica e exames laboratoriais.	Alongamento dos músculos, compensação metabólica e retirada dos medicamentos.
Movimentos rítmicos relacionados ao sono	Crianças e adultos com movimentos repetitivos, estereotipados ou rítmicos interferindo no sono e nas funções diurnas, não podendo ser explicado por outro transtorno do movimento ou epilepsia.	História clínica	Tocar no paciente
Mioclonia propriospinal do início do sono	Abalos mioclônicos, principalmente no abdômen, tronco ou pescoço que desaparecem com a ativação mental ou estabilização do sono. Se ocorrerem durante o dia, pesquisar lesão medular.	História clínica EEG-dessincronização do traçado. EMG-abalos nos músculos inervados pela medula cervical ou torácica.	Clonazepan 0,25-5 mg
Movimentos relacionados à medicação	Movimentos que prejudicam o sono relacionados ao uso de medicações ou abstinência de substância que promova vigília.	História clínica	Retirada do medicamento e tratamento da abstinência.
Mioclonia relacionada a doenças sistêmicas	Movimentos que prejudicam o sono e estão relacionados com uma condição médica ou neurológica. O transtorno não pode ser explicado por outro transtorno do sono ou distúrbio mental.	História clínica	Tratamento da doença relacionada.
Mioclonia benigna do sono em bebês	Abalos mioclônicos no tronco, membros ou em todo o corpo em recém-nascidos até seis meses. Não poderá ser explicado por outro transtorno do sono do movimento ou epilepsia.	História clínica e polissonografia	Acordar o paciente.

REFERÊNCIAS

1. Abbott SM, Reid KJ, Zee PC. Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2015;38(4):805-23.
2. American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders, 3rd ed.: Diagnostic and coding manual.*American Academy of Sleep Medicine, 2014.
3. Byun, JI, 15-Lee D, Rhee HY, Shinn C. Treatment of propriospinal myoclonus at sleep onset. *J Clin Neurol.*2017, 13 (3):293-5
4. Fleetham, JA, FlemingAE. Parasomias.CMAJ.2014; 186(8): 273-80.
5. Guilleminault C, Moscovitch A, Yuen K, Poyares D. Atypical sexual behavior during sleep. *Psychosom Med* 2002;64(2):328-36.
6. Horne JA, Osttberg O. A self assessment questionnair to determine morningness-eveningness in circadian rhythms. *International Journal of Chronobiology* 1976; 4: 97-111.
7. Howell, M. Parasomnias: an update review. *Neurotherapeutics*2012;9:753-75.
8. Louzada,F, Korczak, AL, Lemos. N. Inter-individual differences in morningness-eveningness orientation: influence of gender and social habites. *Hypnos.*2004,1(1):81-4.
9. Neves GSML, Macedo P, Gomes MM. Transtornos do sono: atualização (parte 1/2). *Rev Bras Neurol* 2017;53(3):xx-xx.
10. Neves GSML, Giorelli AS, Florido P, Gomes MM. Transtornos do sono: visão geral. *Rev Bras Neurol.* 2013;49(2):57-71.
11. Nielson T, Svob C, Kuiken D. Dream – enacting behaviors in a normal population *Sleep* 2009;32(12):1629-36.
12. Rahman SA, Kayumov L, Tchmoutina EA, Shapiro. Clinical efficacy of dim light melatonin onset testing in diagnosing delayed sleep phase syndrome. *Sleep Med. CI Sleep Med* 2009;10(5):549-55.
13. Sinha R, Raut S. Management of nocturnal enuresis-myths and facts. *World J Nephrol* 2016;5(4):328-38.
14. Zucconi M, Ferri R. Assessment of sleep disorders and diagnostic procedures: Classification of sleep disorders. In *European Sleep Research Society (Eds.), Sleep Medicine Textbook, Regensburg: European Sleep Research Society, 2014, 95-109.*