

TEXTO PARA ESTUDO:

Como atender a um paciente com problemas do sono

Prof. Vitor Tumas

Prof Allan Eckeli

Problemas do sono são frequentemente negligenciados nos ambulatórios clínicos. Por um lado, os pacientes muitas vezes não se queixam desse tipo de problema aos médicos, por outro, o clínico não costuma dar a merecida atenção a esse tema, seja por desconhecimento do assunto, seja para evitar chamar a atenção para um problema que muitas vezes ele não sabe resolver. Quando as queixas relacionadas ao sono não estão aparentemente ligadas ao problema imediato do paciente, ou parecem ser muito importantes, vale a pena retomar o assunto com exclusividade numa outra consulta.

Os transtornos do sono são frequentes, causam aumento no risco de morte e promovem um impacto negativo no dia-a-dia das pessoas. Além disso, eles produzem vários tipos de sintomas gerais, comprometem o rendimento individual,

umentam o risco de acidentes e podem estar associados a problemas cardíacos e elevar os riscos circulatórios. Alguns transtornos do sono podem indicar a presença de moléstias subjacentes como: depressão, anemia e doenças neurodegenerativas em instalação. Por esses motivos, qualquer clínico deveria considerar os transtornos do sono como um assunto muito importante no o seu dia-a-dia.

PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS DO SONO NA POPULAÇÃO BRASILEIRA	
	PREVALÊNCIA
Geral	33%
Insônia crônica	15%
Síndrome das Pernas Inquietas	6%

A classificação dos transtornos do sono

A *American Academy of Sleep Medicine* publica uma classificação denominada *International Classification of Sleep Disorders (ICSD – 3 ed., publicada em 2014)*, para utilizarmos no diagnóstico os transtornos do sono. Essa classificação lista 74 distúrbios do sono distribuídos em 7 diferentes categorias.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF SLEEP DISORDERS

(ICSD – 3 ED., 2014)

CATEGORIAS DE TRANSTORNO DO SONO

1. insônias
2. transtornos respiratórios relacionados ao sono
3. hipersonolência de origem central
4. transtornos do ritmo circadiano
5. parasonias
6. transtornos do movimento relacionados ao sono
7. Condições médicas e neurológicas relacionadas ao sono

Como avaliar as queixas do sono:

É preciso lembrar que muitos pacientes não costumam se queixar de seus problemas de sono quando vão ao médico. Mas, algumas vezes eles podem ser consequência da doença sistêmica ou psiquiátrica que é o motivo principal da consulta. Por outro lado, os transtornos do sono podem, por exemplo, agravar os riscos cardiocirculatórios de um paciente ou o predispor a desenvolver uma depressão. Além disso, os transtornos do sono podem causar um importante impacto negativo sobre a qualidade de vida do paciente.

Por isso, é importante que o clínico sempre faça uma pergunta geral sobre o sono do paciente, algo como: *Como vai o seu sono? Tem dormido bem? Tem algum problema com o seu sono?* Geralmente, dessa maneira, é possível reconhecer de imediato se há ou não algum problema significativo nessa esfera.

De forma geral, os pacientes com transtornos do sono vão apresentar as suas queixas de maneiras bastante distintas. Alguns apresentam queixas inespecíficas do tipo: “meu sono é ruim”, “durmo mal”, “meu sono é agitado”, etc. Outros já apresentam sintomas mais específicos como: “ronco muito”, “falo dormindo”, etc. De qualquer forma, o examinador deve tentar caracterizar bem os sintomas, na expectativa de fazer o diagnóstico do transtorno de sono, já que o diagnóstico da grande maioria é feito com base nas informações clínicas, e não em exames subsidiários.

Transtornos importantes do sono provocam geralmente diversos sintomas durante a vigília. O sintoma mais comum é a sonolência diurna excessiva, que muitas vezes, mas nem sempre, tem relação direta com a gravidade da ruptura da fisiologia do sono. Outras vezes, os

transtornos do sono causam sintomas gerais de fadiga, cansaço, dificuldade de concentração, etc. Quando há sonolência diurna, é importante tentar graduar a sua intensidade. Existem algumas escalas clínicas que são utilizadas para esse fim.

A mais utilizada é a Escala de Sonolência de Epworth (ESE) em que o paciente gradua sua propensão para pegar no sono em 8 situações diárias distintas. O escore máximo possível é 24, e escores >10 indicam sonolência excessiva (ANEXO 1).

Muitos pacientes não se queixam de sonolência diurna, mas sim de fadiga, cansaço, mau-humor ou falta de concentração. Assim é importante questionar sobre esses sintomas, com o objetivo de determinar o grau de impacto do transtorno do sono na vida do paciente. Também ocorre que em alguns casos fica evidente uma exagerada preocupação do paciente em relação ao seu sono que é desproporcional às evidências objetivas que indicariam a existência de algum grave transtorno do sono.

Uma estratégia que pode ser interessante

para avaliar objetivamente os hábitos de sono de algum paciente é solicitar que ele preencha um “diário do sono”. Nesse diário, o paciente registra informações relativas ao seu sono, como a hora em que foi dormir, a hora em que acordou, etc (ANEXO 2). O ideal é obter esses dados prospectivamente por pelo menos 15 dias.

A higiene inadequada do sono pode ser tanto uma causa precipitante, quanto um fator que pode perpetuar ou agravar os transtornos do sono. Portanto, sempre é importante determinar os hábitos de sono do paciente. Higiene do sono é um conjunto de comportamentos que estão em geral associados a determinar uma boa qualidade do sono.

Escala de Sonolência de Epworth (ESE)

Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, nas seguintes situações:

1. Sentado e lendo
2. Assistindo à TV
3. Como passageiro em um carro por 1 hora sem interrupção
4. Sentado, sem fazer nada em um lugar público (p ex num teatro/ reunião/etc)
5. Deitado à tarde para descansar quando as circunstâncias permitem
6. Sentado conversando com alguém
7. Sentado quieto logo depois do almoço sem ter bebido álcool
8. No carro, parado no trânsito por alguns minutos

Em todos os casos de transtornos do sono é sempre importante estabelecer a idade ou o tempo de duração do problema, o curso dos sintomas ao longo do tempo, a presença de fatores desencadeantes, e descrever sempre os medicamentos em uso. Alguns medicamentos podem causar ou agravar os transtornos do sono.

É muito comum encontrarmos pacientes em uso crônico de medicamentos para dormir. Vale a pena perguntar porque e há quanto tempo o paciente utiliza esses medicamentos

A avaliação complementar

A polissonografia (PSG) é o exame complementar mais utilizado para avaliar o sono e as suas alterações (vide texto específico sobre o exame). Entretanto, em apenas um terço dos transtornos do sono está indicado a realização da polissonografia (PSG).

HIGIENE DO SONO

1. Ter hora certa para dormir e acordar
2. Dormir o tempo necessário
3. Ter um ambiente de sono adequado (limpo, escuro, confortável, silencioso, etc.)
4. Ter o hábito de usar a cama apenas para dormir e não para outras atividades como assistir TV ou ler
5. Ter baixa ingestão diária de cafeína
6. Não realizar atividade física significativa perto da hora de dormir
7. Não realizar atividade intelectual estimulante na hora de dormir (tablete, ler, computador)
8. Não ingerir álcool perto da hora de dormir
9. Deitar para dormir com sono e sem preocupações
10. Ter exposição diária à claridade durante dia e a um ambiente mais escuro à noite
11. Não cochilar, ou cochilar pouco durante o dia.

OS TRANSTORNOS DO SONO

1. INSÔNIA CRÔNICA

Insônia é um transtorno do sono caracterizado pela presença de uma ou mais das queixas abaixo:

- ✓ dificuldade para iniciar o sono
- ✓ dificuldade para manter o sono
- ✓ despertar muito cedo pela madrugada
- ✓ sono que não é reparador
- ✓ resistência em ir para cama no horário adequado
- ✓ dificuldade em dormir sem uma intervenção dos pais ou cuidadores

Além disso, para o diagnóstico de insônia, é necessário determinar que o paciente:

- ✓ tenha algum sintoma durante o dia que possa ser atribuído ao problema do sono,
- ✓ e que ele tenha tido uma oportunidade normal e adequada para dormir,
- ✓ os sintomas devem ocorrer ao menos 3 vezes na semana nos últimos 3 meses.

Os pacientes com insônia crônica costumam se queixar de: fadiga, mal-estar, falta de atenção ou concentração, problemas de memória, baixo rendimento no trabalho ou na escola, irritabilidade, tendência a se envolver em acidentes, sonolência diurna excessiva, redução da motivação, da energia e da iniciativa, queixas relacionadas ao humor, problemas comportamentais (hiperatividade, impulsividade, agressão), cefaleia, sintomas gastrintestinais e muitas vezes relatam muita preocupação com o seu sono. Certos pacientes podem se queixar apenas que seu sono não é reparador, sem especificar claramente problemas para “pegar no sono” ou para “manter o sono”.

transtornos do sono que causam insônia

- síndrome da apneia obstrutiva do sono
- desordens do ritmo circadiano
- síndrome das pernas inquietas

Alguns transtornos do sono como: a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), certas desordens do ritmo circadiano ou a síndrome das pernas inquietas (SPI) podem se manifestar a primeira vista como um quadro de insônia.

Por isso, quando o paciente se apresenta com queixas de insônia, o clínico deve sempre pesquisar por sintomas que caracterizem esses outros transtornos do sono. A presença excessiva de movimentos periódicos dos membros inferiores durante o sono (*periodic limb movemens in sleep - PLMS*) pode também causar sintomas de insônia. Isso porque os movimentos podem afetar a qualidade reparadora do sono ao causar inúmeros despertares ao longo da noite, muitos deles podem nem ser percebidos pelo paciente. Estima-se que queixas de insônia ocorram em pelo menos algumas noites do ano em cerca de 30%-50% da população. Ademais, 5-15% da população apresenta insônia crônica. A insônia pode ser primária ou secundária. A insônia secundária ocorre como um sintoma de alguma doença médica, psiquiátrica ou é causada pelo uso ou abstinência de alguma substância ou droga. A principal causa de insônia secundária é a “insônia associada à depressão”. Cerca de 80% dos pacientes com depressão apresentam insônia. Doenças que causam dor crônica também são outra causa importante de insônia. O uso excessivo de álcool, cafeína ou drogas recreativas pode causar insônia, assim como certas medicações do tipo: metformina, amantadina, corticosteróides, lamotrigina, antidepressivos (ISRS), broncodilatadores,

descongestionantes, beta-bloqueadores, interferon, etc.

Entre as causas mais comuns de insônia primária estão:

a. A insônia de ajustamento: quando há uma nítida associação com um fator estressor identificável (psicológico, físico ou ambiental). O problema tende a se resolver sozinho em algumas semanas, mas pode se tornar um problema crônico (ter duração maior que 3 meses), ou dar início a uma insônia psicofisiológica.

b. A insônia psicofisiológica, é caracterizada primariamente como um estado de hiper-alerta, em que o paciente apresenta enorme dificuldade para dormir na sua “própria cama”, embora consiga dormir bem em outros ambientes, ou quando não está tentando propriamente dormir.

Além disso, o paciente geralmente demonstra grande ansiedade e preocupação exagerada com o seu sono. Trata-se de um problema comportamental determinado por condicionamento, e que pode surgir, por exemplo, após alguma moléstia grave ou a ação de outro fator estressor. Costumeiramente os pacientes relatam que ao deitarem não conseguem “desligar” e que acordam com o menor estímulo.

c. A insônia paradoxal caracteriza-se por queixas extremas e pouco prováveis, do tipo: “eu nunca durmo”, apesar de não haver sonolência ou outros sintomas diurnos evidentes. Além disso, uma análise objetiva demonstra uma duração do sono bem maior que a esperada pela gravidade das queixas. É necessária uma avaliação complementar com polissonografia ou actigrafia para confirmação do diagnóstico. Na verdade, os pacientes tem uma má percepção do estado do seu sono.

ETIOLOGIA DA INSÔNIA

INSÔNIA SECUNDÁRIA

- Depressão
- Ansiedade
- Doenças que causam dor crônica
- Uso excessivo de álcool, cafeína ou drogas recreativas
- Medicações

INSÔNIA PRIMÁRIA

- Insônia de ajustamento
- Insônia psicofisiológica
- Insônia paradoxal
- Insônia por higiene inadequada do sono
- Insônia comportamental da infância

- d. A insônia por higiene inadequada do sono, é secundária a atividades que são incompatíveis com a manutenção de um sono de boa qualidade.
- e. A insônia idiopática, se inicia na infância, sem fatores precipitantes identificáveis e evolui com uma história crônica do curso dos sintomas de sono, sem períodos de remissão.
- f. A insônia comportamental da infância é caracterizada pela associação inadequada do sono da criança com determinado comportamento ou objeto, ou pela falta de imposição de limites pelos pais ou cuidadores. Habitualmente as crianças só conseguem dormir em certas circunstâncias ou condições, como ao segurar determinado objeto, ou no colo dos pais. Nesses casos, geralmente não há um rigor adequado dos pais em relação à rotina do sono da criança.

Na avaliação clínica de um paciente com insônia é importante determinar inicialmente com clareza a queixa primária ou principal:

- dificuldade para pegar no sono ou
- dificuldade para manter o sono,
- despertar muito cedo sem conseguir dormir novamente,
- queixa de sono não-restaurador,

e, determinar a duração do problema.

Sintomas eventuais ou de curta duração certamente não merecerão a mesma atenção que um problema crônico. É importante determinar a duração do problema, seu curso e se houve algum fator desencadeante. É fundamental questionar sobre os fatores ligados à higiene do sono, e pesquisar sobre sinais que sugiram SAOS, SPI ou movimentos involuntários durante o sono. Sempre é importante delinear o padrão habitual do ciclo de vigília e sono, pedindo eventualmente para o paciente preencher um diário do sono. Os sintomas diurnos possivelmente associados ao problema e a sonolência diurna devem ser bem definidos. A pesquisa por sintomas de transtornos psiquiátricos relacionados à ansiedade e depressão são fundamentais, assim como a pesquisa de doenças outras associadas e o uso de drogas e medicamentos. Não se esquecer de perguntar sobre uso de álcool e de bebidas com cafeína.

A PSG não é rotineiramente indicada para investigar os casos de insônia, ela apenas é

indicada se há suspeita de algum transtorno do sono oculto na história como: síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS), movimentos periódicos dos membros no sono (*PLMS*) ou uma parassônia, ou então em casos de fracasso no tratamento.

Tratamento da insônia

Cada tipo de insônia pode requerer um tratamento específico, porém, a intervenção mais utilizada no consultório é a prescrição de drogas hipnóticas. Essas drogas tem indicação no tratamento da insônia, mas não deveriam ser a única medida indicada para a maioria dos casos. A insônia pode ser tratada com eficiência através de intervenções não-farmacológicas, especialmente com terapia cognitivo-comportamental, Esse tipo de terapia produz resultados positivos significativos a curto, médio e longo prazo.

Sempre é fundamental orientar o paciente sobre os hábitos essenciais para uma boa higiene do sono. Isso pode ajudar a resolver ou a minimizar alguns quadros de insônia ou de outros transtornos do sono.

As insônias secundárias podem ser tratadas com o uso de drogas hipnóticas, porém, é fundamental identificar a causa primária do problema e iniciar o tratamento indicado, como nos casos de insônia secundária à depressão ou ansiedade, nos quadros de dor crônica, na insuficiência cardíaca, etc.

As insônias secundárias ao uso de medicamentos podem melhorar com a retirada da droga. Caso seja necessário indicar o uso de alguma droga com ação hipnótica, deve-se procurar utilizar a menor dose pelo menor tempo possível, ou se possível indicar o uso intermitente da medicação.

Tratamento farmacológico da insônia

As drogas mais utilizadas no tratamento da insônia por causa das suas propriedades hipnóticas são os benzodiazepínicos (BDZ) e os chamados hipnóticos-Z (zolpidem, zaleplon, zopiclone). Apenas o zolpidem está disponível no Brasil. Essas drogas agem como agonistas do receptor GABA, que é o principal neurotransmissor inibitório do sistema nervoso central. Os BDZ têm efeito sedativo, ansiolítico, amnésico e miorrelaxante mais importantes que os hipnóticos-Z. Esses últimos são bons hipnóticos e pouco modificam a fisiologia do sono, além disso, induzem menos tolerância e dependência que os BDZ. Drogas com meia-vida curta têm menor efeito residual matinal e assim não causam efeitos significativos durante o dia. Esses efeitos são mais temidos em idosos, que são mais propensos a apresentarem sedação,

desequilíbrio, etc. (TABELA 1). Porém, se a meia-vida for muito curta, a droga será incapaz de resolver uma insônia com dificuldades para a manutenção do sono.

É importante considerar vários aspectos ao indicar o uso de um hipnótico, mas numa regra geral é aconselhado usar a mínima dose necessária pelo menor tempo possível. Todos hipnóticos quando são utilizados de maneira contínua por dias ou semanas não podem ser suspensos abruptamente pela ocorrência de sinais de abstinência, principalmente na forma de um rebote na insônia. Essas drogas não devem ser indicadas em pacientes com SAOS, doença pulmonar ou hipoventilação e gravidez. Os hipnóticos não devem ser tomados com outros sedativos, especialmente com álcool. Várias outras drogas com efeito sedativo são também usadas no tratamento da insônia, embora sua eficácia não esteja demonstrada em estudos bem delineados. Elas geralmente são utilizadas na presença de comorbidades ou quando os hipnóticos não dão o resultado esperado.

TABELA 1. CARACTERÍSTICAS DAS DROGAS COM AÇÃO HIPNÓTICA

Drogas-Z				
	Dose habitual	Início da ação	Duração da ação	
Zolpidem 10mg	5-10mg	10-20 min	1,5-4 horas	Doses baixas em idosos ou hepatopatas
Zolpidem CR (Stilnox CR) 6,25mg, 12,5mg	6,25-12,5mg	10-20 min	2-6 horas	Doses baixas em idosos ou hepatopatas, engolir sem quebrar o comprimido
Benzodiazepínicos de meia-vida curta				
Midazolam (7,5-15mg)	7,5-15mg	30-40 min	2-6 horas	Doses baixas em idosos, hepatopatas, insuficiência renal Efeito amnésico importante
Outros benzodiazepínicos frequentemente usados como hipnóticos				
Clonazepam 0,25, 0,5, 2mg	0,25-2mg	1-3 horas	18-50 horas	
Lorazepam 1mg, 2mg	0,5-2mg	1-3 horas	14 horas	
Alprazolam 0,25, 0,5, 1mg	0,25-1mg	1-2 horas	9-20 horas	
Bromazepam 3mg, 6mg	1,5-6mg	1-3 horas	10-20 horas	
Flurazepam 30mg	15-30mg	1-1,5 horas	40-250 horas	
Outras drogas com efeito sedativo e usadas como hipnóticos				
Trazodona	25-100mg		3-14 horas	Pode causar priapismo e hipotensão postural
Mirtazapina	7,5-30mg		20-40 horas	Doses baixas são mais sedativas, ganho de peso
Amitriprilina	12,5-25mg		10-26 horas	Efeitos anticolinérgicos, arritmia cardíaca, hipotensão postural
Nortriptilina	12,5-25mg			Efeitos anticolinérgicos
Quetiapina	12,5-25mg		6 horas	ganho de peso, cefaleia, tonturas, catarata, prolongamento do intervalo Q-T
Agomelatina	50-100mg		6 horas	Cefaleia, alteração do hábito intestinal

2. TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS RELACIONADOS AO SONO

2.a. Síndrome da apneia obstrutiva do sono no adulto (SAOS)

Trata-se de um problema que pode afetar até cerca de 33% da população geral, cujos fatores de risco mais conhecidos são o sexo masculino, peso e idade. Os pacientes com SAOS apresentam episódios em que há redução (hipopnéia) ou obstrução (apnéia) da passagem de ar pela via aérea durante o sono, isso ocorre na presença de movimentos respiratórios normais. As principais manifestações da SAOS são a presença de roncos e a hipersonolência diurna. Os pacientes com SAOS geralmente se queixam de sonolência excessiva e até de “ataques de sono”, sono não-reparador, fadiga, insônia (especialmente com dificuldade para manutenção do sono e com vários episódios de despertar ao longo da noite), cefaleia matinal, boca seca matinal, sudorese excessiva e dispneia durante o sono, redução da atenção, queixas de memória, sintomas depressivos, nictúria, irritabilidade, depressão, disfunção erétil e redução na libido.

O(A) companheiro(a) de quarto pode informar sobre a presença de roncos “altos”, “ com pausas na respiração”, “com esforço para respirar”, “com engasgos e despertar”. Há uma correlação entre a gravidade da apneia e a intensidade da sonolência diurna, mas alguns pacientes com apneias graves podem não relatar sonolência. Embora o ronco seja uma manifestação frequente da SAOS, podem ocorrer roncos sem apneia do sono.

As apneias obstrutivas são causadas pela oclusão supra-glótica (retropalatal e/ou retrolingual) das vias aéreas. Um episódio de apneia do sono é definido objetivamente pela ausência de fluxo de ar por 10 segundos ou mais durante o sono. A hipopnéia é definida como episódios de redução do fluxo de ar por 10 segundos ou mais durante o sono. As apneias/ hipopnéias estão associadas a níveis variados de dessaturação arterial de oxigênio e hipercapnia, e provocam episódios de despertar, que muitas vezes são imperceptíveis ao paciente, mas que comprometem a qualidade do sono.

A SAOS apresenta etiologia multifatorial, dentre essas podemos citar as alterações anatômicas que reduzem a coluna de ar da via aérea superior (VAS) , seja de origem esquelética, como a hipoplasia de mandíbula, ou de partes moles, como a macroglossia na Síndrome de Down. .

A SAOS está associada ao aumento do risco cardiovascular, e pode causar hipertensão arterial sistêmica, também a disfunções cardíacas, como insuficiência cardíaca, doenças coronarianas e arritmias. A SAOS também está associada a ocorrência de eventos vasculares isquêmicos cerebrais. Dessa forma, a presença de SAOS aumenta o risco de mortalidade. Os indivíduos

com SAOS também apresentam um nítido aumento do risco para sofrerem acidentes de variados tipos, sendo os no trabalho ou na direção de automóveis os mais perigosos.

A ingestão de álcool e o hipotireoidismo aumentam a frequência e a gravidade das apneias.

A obesidade tem relação direta com a ocorrência e a gravidade da SAOS. Um índice de massa corpórea (IMC) acima de 30 indica elevado risco para SAOS. A circunferência do pescoço está mais associada ao índice de apnéia que a circunferência abdominal ou a obesidade geral. De qualquer forma, a redução de peso está associada a redução parcial das apneias.

Na avaliação clínica do paciente com suspeita de SAOS é importante determinar: o IMC, a circunferência cervical (acima de 40cm sugere grande risco para SAOS), a circunferência abdominal, a presença de obstrução nasal ou de alterações anatômicas que reduzem a VAS (hipertrofia de amígdalas, retrognatismo, etc.)

Pacientes com SAOS grave podem apresentar policitemia.

Embora o diagnóstico definitivo de SAOS só possa ser feito através da PSG, há maneiras sistematizadas de avaliar a presença de risco para a presença de SAOS. Um deles é utilizar o questionário STOP-BANG que consiste em 8 perguntas, e a resposta positiva a 3 ou mais delas sugere elevado risco para a presença de SAOS (ANEXO 2).

A PSG é o método essencial para o diagnóstico definitivo da SAOS e da sua gravidade. Na PSG registra-se o índice de apneias/ hipopnéias (número de eventos obstrutivos dividido pelo tempo total de sono) e os episódios de despertar durante o esforço respiratório para superar a obstrução. Para o diagnóstico da SAOS o paciente precisa apresentar uma das queixas clínicas, acima descritas associado a um índice maior que 5 apneias por hora, ou apresentar um índice maior do que 15 por hora independente dos sintomas. Além disso, é possível registrar e quantificar a dessaturação de oxigênio secundária à redução do fluxo respiratório.

Tratamento da SAOS

O tratamento da SAOS deve ser iniciado o mais rápido possível com a orientação de medidas gerais.

Deve-se orientar ao paciente para evitar a ingestão de álcool e de sedativos logo antes de dormir, já que essas substâncias podem aumentar a gravidade da SAOS. O tratamento não medicamentoso inclui: reforçar a orientação para o paciente dormir na posição de decúbito lateral (que pode reduzir o índice de apneias e o ronco), fazer o tratamento adequado da congestão nasal se houver (especialmente nos casos de rinite alérgica crônica) e orientar o controle e redução do peso se estiver indicado. Em alguns casos, pode-se eventualmente

indicar o tratamento cirúrgico da obstrução das vias aéreas causada por problemas específicos (amigdalectomia, por exemplo).

Muito das decisões terapêuticas serão geralmente realizadas por médicos especialistas no problema. Vários fatores interferem na tomada de decisões, como especialmente: a gravidade da SAOS, a possível etiologia do problema, se há sintomas importantes com reflexos no dia-a-dia, se há impacto no sono do companheiro de quarto, se há expectativa de que o problema incorra em significativo risco cardiocirculatório ao paciente, as preferências do paciente, presença de comorbidades, presença de alterações anatômicas e, algumas vezes até, os aspectos econômicos do tratamento.

Além das medidas gerais enumeradas acima, para casos mais graves e casos especiais pode ser indicada a utilização de equipamentos de pressão positiva nas vias aéreas durante o sono. Isso é feito com a utilização de aparelhos que conectados ao paciente durante a noite através da utilização de uma máscara, aumentam a pressão nas vias aéreas, impedindo o seu colapso (CPAP: *continuous positive airway pressure*, é o tratamento mais utilizado e eficaz).

Alguns casos podem se beneficiar da utilização de dispositivos orais, que agem reposicionado a mandíbula anteriormente, deslocando a língua para frente, aumentando o espaço aéreo posterior.

Em casos específicos, podem ser indicadas cirurgias para tratar a SAOS, a depender do quadro clínico do paciente e da avaliação do especialista. A cirurgia bariátrica para redução de peso pode também ser indicada em casos especiais. Em casos dramáticos pode ser indicada a traqueostomia.

Para pacientes que apresentam ronco alto sem apnéia, algum tratamento pode eventualmente ser indicado se o problema causar desconforto significativo para ele(a) ou ao seu (sua) companheiro(a) de quarto. Algumas cirurgias podem ser indicadas apenas com o fim de reduzir a intensidade do ronco.

Vale a pena lembrar que a SAOS é um problema crônico que requer um acompanhamento médico contínuo.

2.b. Síndromes de apnéia do sono de origem central

Nessa categoria podem ser incluídas um grupo muito heterogêneo de desordens que produzem apneia ou hipoventilação durante o sono, que são provocadas por um desajuste no controle respiratório pelo sistema nervoso central. O padrão respiratório clássico desse transtorno é a respiração tipo Cheyne-Stokes. Essas alterações respiratórias do sono são comuns em

pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, uso de opiáceos ou sedativos, doenças pulmonares, etc, mas também podem ocorrer sem uma causa evidente (forma primária). Alguns pacientes com SAOS podem apresentar também apneias de origem central.

3. HIPERSONIAS DE ORIGEM CENTRAL

São situações clínicas em que a sonolência diurna excessiva é produto de uma disfunção ou alteração no sistema nervoso central. Levanta-se suspeita desse problema toda vez que observarmos que a sonolência diurna excessiva do paciente é desproporcional a presença ou a gravidade de algum possível transtorno do sono. Nesses casos suspeitos, é importante afastar imediatamente as possibilidades de que a sonolência seja decorrente de: uso de drogas ou substâncias, moléstias sistêmicas que causam sonolência diurna, ou então, horas insuficientes de sono.

Narcolepsia

Uma das hiperssonias de origem central que deve reconhecida é a narcolepsia. Nessa doença, a idade de início dos sintomas geralmente está entre na segunda década de vida, mas ela pode aparecer em qualquer idade. A narcolepsia é um doença crônica caracterizada por sonolência diurna excessiva, paralisia do sono, alucinações hipnagógicas, cataplexia e fragmentação do sono. Nesta condição observamos uma instabilidade importante do ciclo sono vigília.. A sonolência diurna pode se manifestar como “ataques do sono” e ocorrer em situações inusitadas como ao estar em pé parado, ou enquanto comendo. Uma parte dos pacientes apresenta cataplexia, que são ataques de hipotonia (fraqueza muscular) súbita desencadeadas por estímulos emocionais, especialmente gargalhadas ou reações de raiva. A paralisia pode ser leve e localizada, produzindo apenas uma “queda da cabeça”, ou então, pode provocar a queda súbita ao chão. Além disso, os pacientes podem relatar alucinações ao iniciar o sono (hipnagógicas) ou ao despertar (hipnopômnicas), como se fossem sonhos bizarros e assustadores. Podem, ainda, apresentar “paralisia do sono”, em que ao despertar não conseguem se mover apesar de estarem acordados. O diagnóstico definitivo é feito através da PSG associado ao Teste das Múltiplas Latências do Sono (TMLS) e/ou pela dosagem de hipocretina no LCR. No TMLS do paciente com narcolepsia observaremos uma latência média para o início do sono inferior a oito minutos e presença de ao menos dois episódios de sono REM durante as oportunidade de cochilo. Na dosagem de hipocretina no LCR valores inferiores a 110 pg/ml são considerados positivos para o diagnóstico. A narcolepsia é uma

doença crônica, caracterizada pela destruição dos neurônios produtores de hipocretina no hipotálamo lateral por uma provável reação imunomediada. O tratamento é feito com medidas de orientação da higiene do sono, o uso de drogas estimulantes para controle da sonolência diurna e de antidepressivos para o tratamento dos episódios de cataplexia.

4. TRANSTORNOS DO RITMO CIRCADIANO

São transtornos do sono causados pelo desajustamento entre o ritmo circadiano endógeno e fatores externos que afetam o período e a duração do sono dos indivíduos. Em consequência disso, os pacientes reclamam de insônia e/ou sonolência diurna excessiva. Um protótipo desse tipo de problema é o conhecida *jet-lag*.

Um fator importante na determinação do aparecimento desses problemas tem a ver com a característica individual de cada sujeito com relação à sua propensão para realizar certas atividades ao longo do dia. Algumas pessoas são mais ativas pela manhã, outras mais à noite. Indivíduos com cronotipo vespertino são aqueles que tendem a dormir e acordar mais tarde. Esse comportamento é muito comum especialmente em adolescentes e adultos jovens. Quando as pressões sociais exigem que um indivíduo com essas características levante da cama mais cedo, isso pode produzir desajustes no seu ritmo circadiano e sintomas suficientes para caracterizar um transtorno do sono (“transtorno do ritmo circadiano do tipo atraso na fase de sono”). Como em princípio esses sujeitos apresentam na verdade uma variação do ciclo sono-vigília e não propriamente um transtorno, o ideal seria ajustar sua rotina às suas demandas fisiológicas. Infelizmente, nem sempre isso é possível. Algumas medidas que podem ajudar no ajuste do ritmo circadiano desses indivíduos para o ciclo desejado, como uma mudança gradual do horário de dormir, a exposição intensa à luz logo pela manhã, horários regulares de alimentação e o escurecimento do ambiente à noite.

O contrário pode ocorrer em indivíduos com avanço na fase de sono. Que são aqueles que dormem e acordam cedo.

Outro problema comum é o “transtorno do ritmo circadiano do trabalhador de turnos”, que ocorre em pessoas que têm horários de trabalho que se superpõe ao horário de sono noturno. O tratamento ou a adaptação a essa situação pode demandar várias intervenções comportamentais. O ideal é que essas orientações sejam realizadas no contexto do programa de assistência à saúde do trabalhador.

Se necessário, o tratamento dos transtornos do ritmo circadiano pode ser realizado farmacologicamente, com uso de melatonina, hipnóticos e promotores de vigília. A

melatonina é uma substância endógena cuja secreção varia durante o ciclo vigília-sono, aumentando no período de sono.

Transtornos do ritmo circadiano podem também ocorrer especialmente em pacientes com encefalopatias diversas, demências, doença de Parkinson, cegueira e encefalopatias metabólicas.

5. PARASSONIAS

São eventos ou experiências indesejáveis que ocorrem no início do sono, durante o sono ou ao despertar. As parassonias se manifestam como movimentos complexos relacionados ao sono, emoções, percepções, sonhos e alterações autonômicas. E podem ser classificadas como parassonias do sono NREM, parassonias do sono REM e outras parassonias.

5.a. Parassonias do sono NREM

Também conhecidas como transtornos do despertar, são mais comuns em crianças e adolescentes com a tendência natural para resolução na idade adulta. Muitas das parassonias são classificadas como idiopáticas e provavelmente a maioria tem algum fator genético de predisposição. Em geral a evolução costuma ser benigna e raramente é necessário instituir qualquer tratamento específico. Habitualmente ocorrem no primeiro terço da noite, estão associadas à amnésia para o evento e costuma ter fatores desencadeantes comuns, como a privação de sono e estressores biopsicosociais.

Entre elas estão:

- **Despertar confusional** é um episódio caracterizado por um despertar na qual o indivíduo permanece na cama, muitas vezes se senta, apresenta um olhar vago às vezes associados a alguma vocalização. Não há manifestações autonômicas intensas ou sinais de medo.
- **Terror noturno** é caracterizado, pela presença de choro, grito, ativação autonômica intensa e medo. A intensa descarga autonômica pode ser observada pela taquicardia, taquipnéia, rubor, diaforese, midríase e aumento do tônus muscular. Na maioria das vezes é difícil acordar o indivíduo, e caso seja possível, costuma ocorrer agitação e confusão mental. Podem ocorrer comportamentos perigosos como saltar da cama, etc.
- **Sonambulismo** designa vários comportamentos complexos que ocorrem durante o sono que estão associados ao ato de andar. Esses comportamentos parecem não ter um propósito definido, mas muitas vezes pode ocorrer uma interação com meio ambiente. Costuma ser difícil acordar o paciente durante esses episódios, e ao serem acordados, os

sujeitos costumam estar confusos.

- **Transtorno alimentar relacionado ao sono** é caracterizado por episódios involuntários de alimentação que ocorrem após um despertar, na qual observamos o consumo de alimentos diversos por um indivíduo que não está completamente acordado. Esses episódios podem ter como consequências a ingestão de substâncias tóxicas e o surgimento de ferimentos durante o preparo do alimento.

5.b. Outras parassonias

- **Enurese do sono** é geralmente um problema idiopático ligado ao desenvolvimento, que normalmente desaparece até os 5 anos de idade. Suas causas não são bem estabelecidas, mas também incluem fatores genéticos. Sempre é importante descartar anormalidades neurológicas pelo exame físico e realizar uma avaliação urológica. A SAOS é um fator de agravamento e de manutenção da enurese, e deve ser descartada em casos específicos.

Na enurese noturna primária, a criança sempre apresentou o problema que parece ocorrer por uma dificuldade de despertar em resposta a plenitude vesical.

Nas formas secundárias, o problema aparece algum tempo após ter ocorrido o controle noturno do esfíncter urinário. Essas formas secundárias devem sempre ser investigadas com maior rigor.

O tratamento inicial da enurese é comportamental. Em geral indica-se a restrição hídrica noturna, ou o uso de alarmes para que a criança vá urinar no meio do seu período de sono. O tratamento medicamentoso quando indicado pode ser feito com a utilização de drogas anticolinérgicas (oxibutinina), imipramina e DDAVP tomados à noite, antes de dormir.

- **Alucinação relacionada ao sono** é caracterizada pelo relato de alucinações que ocorrem ao iniciar o sono ou ao despertar, são predominantemente visuais e não devem estar associadas a outras doenças do sono (narcolepsia), condições clínicas, psiquiátricas ou uso de substâncias.

5.c. parassonias do sono REM

As parassonias do sono REM apresentam características clínicas e significado bastante distinto das parassonias do sono não-REM, entre eles destacamos:

- O **transtorno comportamental do sono REM (TCSREM)** se caracteriza pela

ausência de atonia muscular que é normalmente observada durante o estágio REM do sono. Durante esse estágio do sono, os pacientes apresentam comportamentos complexos, motores e vocais, que encenam as ações do sujeito vividas no sonho que está em curso. Esses sonhos e comportamentos são geralmente de natureza violenta, levando o sujeito a esmurrar, chutar, lutar, e até a gritar. Os movimentos têm relação com o conteúdo do sonho, e o paciente pode ou não se lembrar dele ao despertar durante o episódio. Alguns pacientes caem da cama ou podem agredir o companheiro deitado ao lado. Esses episódios podem ocorrer em frequência e intensidade muito variável. O TCSREM ocorre mais frequentemente em homens após os 50 anos de idade, e pode ser idiopático ou estar associado a moléstias neurodegenerativas, ou ao uso de certas medicações ou substâncias (abstinência alcoólica, uso de barbituratos, cafeína e antidepressivos).

Sujeitos que apresentam TCSREM sem uma causa definida têm um risco maior para desenvolver uma doença neurodegenerativa, especialmente a doença de Parkinson. O diagnóstico definitivo desse problema só é possível com a realização da PSG que revela a ausência de atonia muscular durante o sono REM. Para o diagnóstico definitivo, também é necessário definir a ocorrência de comportamentos violentos típicos durante o sono. O tratamento, quando indicado, consiste no uso de Melatonina (3-12mg) ou Clonazepam (0,25-2mg) antes de dormir.

Entre os diagnósticos diferenciais mais importantes das parassonias podemos incluir: as crises noturnas de pânico, transtorno de estresse pós-traumático, SAOS, outras parassonias, pesadelos e um diagnóstico diferencial importante, que são as crises epiléticas noturnas. Embora seja um fenômeno raro, as crises epiléticas noturnas podem produzir comportamentos difíceis de diferenciar de uma parassonia. Muitos pacientes com crises epiléticas podem ter as crises apenas durante a noite, e as manifestações podem simular um despertar confusional, um TCSREM, ou até mesmo sonambulismo. Quando as manifestações noturnas são estereotipadas, ocorrem várias vezes na mesma noite, incluem posturas distônicas nítidas ou certos comportamentos como pedalar, lutar ou apresentar movimentos pélvicos evidentes, deve-se sempre investigar a possibilidade de se tratar de uma crise epilética. Na suspeita de crise epilética noturna, o melhor exame a ser realizado é o exame de PSG. O eletroencefalograma convencional pode eventualmente também ser indicado. A PSG deve sempre ser solicitada quando o comportamento observado durante o sono é

violento ou pode causar injúria, causa incômodo importante a todos, ou se está associado a uma queixa de sonolência diurna excessiva.

6. TRANSTORNOS DO MOVIMENTO ASSOCIADOS AO SONO

A **síndrome das pernas inquietas (SPI)** ou Doença de Willis-Ekbon é um problema muito mais comum do que se imagina, que acomete 6% da população em geral, mais especialmente as mulheres. O problema é mais comum em adultos, mas também pode ocorrer em crianças. Muitos casos permanecem por muito tempo sem diagnóstico por causa do desconhecimento geral sobre o problema. A SPI é um transtorno associado ao sono, e seu diagnóstico se baseia apenas em critérios clínicos bastante específicos.

Para diagnosticarmos a SPI é necessário a presença de 4 manifestações essenciais:

1. O paciente pode referir **sensações desconfortáveis** ou desagradáveis nos membros inferiores (por vezes descritas como: comichão, queimação, coceira, formigamento, etc.) ou apenas uma sensação de incômodo que causam uma **necessidade por mover as pernas**.
2. Essas sensações **começam ou pioram durante períodos de repouso ou de imobilidade**, como ao se deitar para dormir ou ao se sentar por um tempo prolongado,
3. e **melhoram parcial ou completamente durante a realização de movimentos**, como ao se levantar para andar ou ao alongar as pernas.
4. Essas sensações desagradáveis **tendem a ocorrer mais frequentemente, ou com mais intensidade, ao final do dia ou à noite**.

Resumindo, a SPI é um problema que ocorre mais evidentemente ao final do dia ou à noite e que se caracteriza por uma sensação desagradável nas pernas que causa necessidade de movê-las quando em repouso, o que leva à melhora dos sintomas.

Alguns pacientes podem apresentar esses mesmos sintomas também nos membros superiores. Em geral os sintomas são bilaterais, mas podem eventualmente ser unilaterais.

Os pacientes com SPI costumam apresentar frequentemente um elevado índice de **movimentos periódicos dos membros inferiores durante o sono** (*periodic limb movements in sleep - PLMS*). Esses movimentos são observados durante o sono normal na maioria das pessoas, mas a uma frequência muito baixa. Na maioria dos pacientes com SPI eles ocorrem numa taxa muito acima de 5 movimentos por hora. Os *PLMS* em excesso podem ocorrer como um fenômeno isolado ou em associação a outros transtornos do sono como a SPI. Eles podem causar episódios de despertar durante o sono, comprometendo assim a sua eficiência.

Além do quadro tradicional noturno, pacientes com quadros mais acentuados de SPI podem apresentar os sintomas em situações de imobilidade prolongada, como ao viajar de avião ou de automóvel. Cerca de metade (50%) dos pacientes com SPI referem história familiar para o problema, o que sugere a participação de aspectos genéticos na sua fisiopatologia.

O diagnóstico diferencial da SPI inclui:

- ✓ As **mioclonias do sono**, que são abalos musculares bruscos de todo o corpo que ocorrem apenas no início do sono, e que são fenômenos normais.
- ✓ As sensações desagradáveis nas pernas que podem ocorrer em pacientes portadores de **neuropatia periférica**, e que são sensações constantes, mas que podem ficar mais distintas ao paciente na hora de deitar para dormir. O exame neurológico mostra sinais de neuropatia, e o movimento não alivia os sintomas, mas pode eventualmente distrair o paciente do incômodo. Outro fato é que a presença de uma neuropatia periférica subjacente pode agravar os sintomas de uma SPI, e a SPI pode ser o sintoma inicial de uma neuropatia periférica.
- ✓ Outras situações que causam desconfortos nas pernas são as **cãibras noturnas**, a **insuficiência vascular periférica**, a síndrome **“painful legs moving toes”** (caracterizada por dor em um ou ambos membros inferiores acompanhada de movimentos involuntários contínuos dos artelhos), o desconforto posicional (fenômeno observado quando estamos em determinadas posições na qual possa ocorrer uma compressão de um nervo). Vale lembrar que o movimento de bater os pés de maneira ritmada não é SPI, esse comportamento é observado quando estamos em situações em que necessitamos de uma atenção sustentada ou estamos ansiosos.

O diagnóstico da SPI é basicamente clínico, e pode ser difícil se o examinador não fizer as perguntas certas, já que muitos pacientes podem se queixar apenas de insônia ou de “desconforto nas pernas”. Uma dica é lembrar de SPI em pacientes com queixas do sono mas sem “sonolência diurna excessiva”, já que essa última queixa é incomum em pacientes com SP.

A PSG não é um exame essencial para o diagnóstico da SPI. Não há alterações específicas no exame, exceto o fato que cerca de 90% dos pacientes com SPI apresentam um índice elevado de *PLMS*, que de certa forma tem relação direta com a gravidade do problema.

Assim que a SPI é diagnosticada, é importante determinar a sua gravidade. Pacientes com episódios isolados e raros devem ser abordados de maneira muito diferente daqueles com sintomas diários importantes.

A SPI pode ser primária (sem causa conhecida, provavelmente de origem genética) ou secundária (causada por alguma condição, doença ou medicação).

De certa forma, a fisiopatologia da SPI parece estar de alguma forma associada ao metabolismo do Ferro, já que situações em que há deficiência sistêmica de Ferro podem desencadear ou agravar o problema.

As principais causas de SPI secundária são: insuficiência renal, gravidez, deficiência de ferro com ou sem anemia, o uso de certas medicações (inibidores seletivos de receptação de serotonina e drogas antidopaminérgicas).

Para todo paciente com SPI é importante solicitar na investigação inicial um hemograma, a dosagem de ferritina e a saturação total de transferrina, para avaliar a participação do Ferro no problema atual (a suplementação com ferro está indicada quando os valores de ferritina estão inferiores a 75 µg/L). Além disso, é importante afastar a existência de problemas sistêmicos que frequentemente se associam com o problema, realizando a dosagem sérica de: creatinina, TSH, glicemia e de função hepática.

No exame físico é sempre importante pesquisar por sinais de neuropatia periférica

Tratamento da SPI

A maioria dos pacientes com SPI apresenta episódios eventuais, menos de 1 vez por semana, e só precisa de um tratamento sintomático momentâneo. Outros, com quadros mais frequentes requerem um tratamento contínuo. Pacientes que apresentam sintomas ao menos 2 vezes na semana costumam se beneficiar do tratamento medicamentoso. Praticamente todos os pacientes com SPI apresentam uma resposta terapêutica positiva ao uso de drogas dopaminérgicas como a Levodopa (50mg 1/2 hora antes de deitar), ou ao Pramipexol (agonistas dopaminérgico) (0,125-0,75mg 2 hora antes de deitar). Embora a Levodopa seja uma droga muito eficiente, ela pode causar o “fenômeno da exacerbação” dos sintomas da SPI, e por isso não costuma mais ser indicada. Os agonistas dopaminérgicos são utilizados como a primeira linha do tratamento. Em casos duvidosos, a resposta positiva a essas drogas pode ser considerada como um teste terapêutico.

Outras medicações utilizadas são a pregabalina (75-300mg à noite) e a gabapentina (300-1800mg à noite), que apresentam eficácia próxima dos agonistas dopaminérgicos com um melhor perfil de segurança e efeitos colaterais. A atividade física aeróbica duas vezes na semana está associada a redução da intensidade e frequência dos sintomas.

Casos em que a SPI é agravada ou decorrente da deficiência de ferro devem ser tratadas com

a sua reposição. Alguns casos podem melhorar apenas com essa suplementação. Outras drogas úteis são os opiáceos (metadona 5-20 mg à noite) e o clonazepam (0,25-0,5mg 1 hora antes de deitar).

ANEXO 1 - ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH (ESE-BR)

Nome:						
Data:	Idade (anos):		Sexo:			
Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, nas seguintes situações, em oposição a apenas sentir-se cansado? Isso se refere ao seu modo usual de vida recentemente. Mesmo que isso não tenha acontecido recentemente, tente pensar em como essa situação tem afetado seu modo de vida. Use a escala e tente encontrar o número mais apropriado para cada situação. (Assinale a resposta mais apropriada)						
Probabilidade de cochilar:						
<ol style="list-style-type: none"> 1. nunca cochila 2. pequena chance de cochilar 3. chance razoável ou moderada de cochila 4. chance alta ou razoavelmente provável de cochilar 						
Situações			Chance de cochilar			
			Nenhuma	Pequena	razoável	alta
Sentado e lendo			0	1	2	3
Assistindo à TV			0	1	2	3
Como passageiro em um carro por 1 hora sem interrupção			0	1	2	3
Sentado, sem fazer nada em um lugar público (p ex num teatro/reunião/palestra)			0	1	2	3
Deitado à tarde para descansar quando as circunstâncias permitem			0	1	2	3
Sentado conversando com alguém			0	1	2	3
Sentado quieto logo depois do almoço sem ter bebido álcool			0	1	2	3
No carro, parado no trânsito por alguns minutos			0	1	2	3
* Considere essas situações no seu dia-a-dia recente. Se você não tem feito algumas dessas atividades, responda imaginado o que aconteceria com você nessas situações.						
			total	0-24		

Score > 10 indica sonolência diurna excessiva

Score > 16 indica sonolência grave

QUESTIONÁRIO STOP-BANG	SIM	NÃO
1. Ronca alto?		
2. Costuma se sentir cansado, fadigado ou sonolento durante o dia?		
3. Alguém já notou se “para de respirar” durante o sono?		
4. Tem ou trata de hipertensão arterial?		
5. $IMC > 35 \text{ Kg/m}^2$?		
6. Idade acima de 50 anos?		
7. Circunferência cervical superior a 40cm?		
8. Sexo masculino		

