



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Covilhã | Portugal

SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS

**Estudo de prevalência num grupo de
utentes dos Cuidados de Saúde Primários
da Covilhã**

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Oswaldo Lucas Correia Sousa

Faculdade de Ciências da Saúde

Covilhã, Maio 2010



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Covilhã | Portugal

SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS

**Estudo de prevalência num grupo de
utentes dos Cuidados de Saúde Primários
da Covilhã**

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Oswaldo Lucas Correia Sousa

Faculdade de Ciências da Saúde

Covilhã, Maio 2010

Dissertação apresentada à Universidade da Beira Interior para a
obtenção do grau de Mestre em Medicina

Elaborado por:

Osvaldo Lucas Correia Sousa

Sob orientação de:

Doutor Pedro Simões Rosado

(Professor Associado Convidado da Faculdade de Ciências da Saúde e Director do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE)

Se Eu Pudesse

Se eu pudesse trincar a terra toda
E sentir-lhe um paladar,
Seria mais feliz um momento...
Mas eu nem sempre quero ser feliz.
É preciso ser de vez em quando infeliz
Para se poder ser natural...
Nem tudo é dias de sol,
E a chuva, quando falta muito, pede-se.
Por isso tomo a infelicidade com a felicidade
Naturalmente, como quem não estranha
Que haja montanhas e planícies
E que haja rochedos e erva...
O que é preciso é ser-se natural e calmo
Na felicidade ou na infelicidade,
Sentir como quem olha,
Pensar como quem anda,
E quando se vai morrer, lembrar-se de que o dia morre,
E que o poente é belo e é bela a noite que fica...
Assim é e assim seja...

Alberto Caeiro

AGRADECIMENTOS

Após alguns meses de pesquisa, de trabalho e de dedicação, não posso deixar de agradecer a todos os meus amigos e à minha família que foram capazes de perceber a pouca disponibilidade que, por vezes, demonstrei, mas que, com a sua compreensão e boa disposição me habilitaram de ânimo e alento.

Um agradecimento especial ao Dr. Pedro Rosado por toda a amabilidade com o qual me acolheu neste projecto. Foi exímio na forma como me orientou pelos caminhos certos, quando as dúvidas me impediam de prosseguir no estudo e, acima de tudo, transmitiu-me a sua tranquilidade avassaladora que me proporcionou a lucidez e a perceptibilidade necessárias para levar a termo este estudo.

Por fim, e não menos importante, Ju obrigado por seres capaz de me mostrar a razão, por trazeres esse sorriso que acompanha e enriquece os meus dias, que é o meu motor na angariação desta conquista, como de todas as outras que alcançamos em conjunto e que me faz ansiar por novos desafios.

RESUMO

Introdução: A Síndrome das Pernas Inquietas consiste num distúrbio de carácter sensitivo-motor que, segundo vários estudos populacionais, apresenta uma prevalência significativa nos países ocidentais (5 a 15%), estando associada a alterações, principalmente a nível dos hábitos de sono, que poderão ser nocivas à qualidade de vida dos doentes. Este estudo pretende avaliar a prevalência de um grupo de utentes que recorrem aos Cuidados de Saúde Primários da Covilhã, verificando possíveis relações com alterações nos hábitos de sono, bem como com outras patologias associadas.

Material e Métodos: Foi utilizado um questionário, validado para a população americana (Hopkins Telephone Diagnostic Interview – *HDTI*) com uma sensibilidade e especificidade superiores a 90%, para o diagnóstico da Síndrome das Pernas Inquietas. Foi elaborado outro questionário para inquirir os utentes acerca dos hábitos de sono e possíveis patologias concomitantes.

Resultados: Dos 124 utentes inquiridos, 27 (21,77%) reuniam os seis critérios para o diagnóstico da Síndrome, dos quais 25 eram mulheres. 44,4% dos utentes com a Síndrome referiam não dormir bem, 63% relatavam ter sono durante o dia, 29,4% mencionavam que a sonolência afectava o rendimento, 77,8% citavam acordar durante a noite e 29,6% indicavam tomar medicação para dormir.

Discussão: A Síndrome das Pernas Inquietas parece ter uma prevalência significativa nas pessoas que recorrem aos Cuidados de Saúde Primários, verificando-se uma tendência para um aumento das queixas inerentes aos hábitos de sono nestes doentes, tornando estes num local adequado para o diagnóstico e o controlo dos sintomas nos doentes em que as queixas têm impacto na qualidade de vida.

Palavras-chave: Síndrome das Pernas Inquietas, prevalência, hábitos de sono, qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Restless Legs Syndrome is a sensorimotor disorder with a prevalence of 5% to 15% in occidental countries, according to several population studies. It is often associated with sleep problems which can be harmful to patients' quality of life. This study aims to evaluate its prevalence in Covilhã's Primary Health Care group of patients, and try to verify the relationship between the disease and sleep changes, as well as with concomitant diseases.

Material and Methods: A previously validated questionnaire, to the American population (*Hopkins Telephone Diagnostic Interview – HDTI*), with a sensitivity and specificity above 90% was used in order to diagnose Restless Legs Syndrome. Another questionnaire was made in order to identify potential sleep problems and co-morbidities.

Results: 124 patients answered the questionnaires, of which 27 (21,77%) comprised the six diagnostic criteria for Restless Legs Syndrome. 25 of 27 patients were female. 44,4% of patients with the disease indicated that they do not sleep well, 63% indicated that they had daytime sleepiness, 29,4% said that sleepiness affected their productivity, 77,8% woke up during night and 29,6% made use of sleep medication

Discussion: Restless Legs Syndrome seems to have a significant prevalence in patients attending Primary Health Care, which reveals a propensity for increased sleep problems in these patients. This shows that Primary Health Care is an appropriate place for diagnosis and symptom control, in patients whose complaints have an impact on quality of life.

Key words: Restless Legs Syndrome, prevalence, sleep problems, quality of life

LISTA DE ABREVIATURAS

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DP – Desvio-padrão

HDTI - Hopkins Telephone Diagnostic Interview

IRLSSG - International Restless Legs Syndrome Study Group

SPI – Síndrome das Pernas Inquietas

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

X² – Qui-quadrado

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Lista de abreviaturas	vi
Índice	
<i>Índice geral</i>	vii
<i>Índice de gráficos e tabelas</i>	viii
Introdução	1
Material e Métodos	6
Resultados	9
Discussão	18
Referências Bibliográficas	26
Anexos	33

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráficos

Gráfico 1. Distribuição dos utentes por faixa etária e por sexo.....	10
Gráfico 2. Distribuição por faixa etária e por sexo dos utentes que reúnem os 6 critérios da Síndrome das Pernas Inquietas.....	11
Gráfico 3. Distribuição por faixa etária dos doentes com SPI e sem SPI.....	11
Gráfico 4. Distribuição por faixa etária e por sexo dos utentes que referem ter sono durante o dia	12
Gráfico 5. Distribuição por faixa etária e por sexo dos utentes que referem ter sono durante o dia e têm SPI.....	13
Gráfico 6. Distribuição por faixa etária e por sexo dos utentes que referem ter sono durante o dia e não têm SPI.....	13
Gráfico 7. Distribuição por faixa etária e por sexo dos utentes que referem que a sonolência afecta o seu rendimento	13
Gráfico 8. Distribuição por faixa etária e por sexo dos utentes que referem que a sonolência afecta o seu rendimento e têm Síndrome das Pernas Inquietas.....	14
Gráfico 9. Distribuição por faixa etária e por sexo dos utentes que tomam medicação para dormir	14
Gráfico 10. Distribuição por faixa etária e por sexo dos utentes que tomam medicação para dormir e têm SPI.....	15

Tabelas

Tabela 1. Utesntes que acordam durante a noite com e sem SPI	15
Tabela 2. Utesntes com patologias associadas com e sem SPI.....	16
Tabela 3. Relação entre SPI e a idade e o sexo feminino.....	17
Tabela 4. Relação entre SPI e as alterações nos hábitos de sono	17
Tabela 5. Relação entre SPI e as patologias concomitantes	17

INTRODUÇÃO

A Síndrome das Pernas Inquietas (*Restless Legs Syndrome*) foi descrita, provavelmente pela primeira vez, no séc. XVII por Thomas Willis ⁽¹⁾, mas foi Ekbohm ^(2, 3), a partir da década de 40 que, através de vários estudos, propôs a designação e demonstrou os primeiros dados epidemiológicos, prognósticos e terapêuticos.

Desde 1995, existem critérios de diagnóstico estandardizados pela International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) ⁽⁴⁾ que foram, em 2003, verificados e clarificados pelos United States National Institutes of Health ⁽⁵⁾. Estes critérios traduzem o seu carácter sensitivo-motor, incluindo, deste modo, a necessidade de movimento das pernas associada a sensações desconfortáveis ou incomodativas que agravam em repouso, aliviam com o movimento e seguem um ritmo circadiano que se traduz num agravamento ao início da noite e durante o sono.

Alguns estudos sugerem uma prevalência na população de 5 a 15% ^(2, 6, 7, 8). Nichols *et al.* sugerem uma prevalência entre 15-25% em utentes que recorrem aos Cuidados de Saúde Primários ⁽⁹⁾ que aumenta com a idade, sendo pouco comum antes dos 20 anos ⁽⁶⁾. Em todos os trabalhos há uma predominância feminina.

Está descrito um factor hereditário, já que, em 40 a 60 % dos casos, há uma associação familiar, predominantemente de carácter autossómico dominante, à qual está associada uma apresentação dos sintomas mais precoce ^(10, 11, 12, 13).

Existem algumas patologias às quais a Síndrome das Pernas Inquietas (SPI) parece estar associada: défice de ferro ⁽¹⁴⁾, insuficiência renal crónica ⁽¹⁵⁾,

neuropatia periférica⁽¹⁶⁾, diabetes mellitus⁽¹⁷⁾, artrite reumatóide⁽¹⁸⁾ e doença de Parkinson⁽¹⁹⁾.

Apesar de ainda não estar completamente clarificado, as anormalidades no armazenamento de ferro e de dopamina parecem ter um papel importante na fisiopatologia, já que os sintomas pioram à noite quando os níveis de dopamina diminuem⁽²⁰⁾, melhoram com medicação dopaminérgica e há exacerbação dos sintomas com antagonistas da dopamina⁽²¹⁾ e suplementos de ferro melhoram ou resolvem os sintomas em pacientes com a forma secundária associada ao défice de ferro⁽¹⁴⁾.

O diagnóstico é baseado nos critérios clínicos⁽⁵⁾, podendo algumas alterações denominadas “de suporte” (“supportive features”) como a história positiva familiar de SPI^(11, 22), uma resposta inicial a terapia dopaminérgica⁽²³⁾ e um aumento da taxa de movimentos periódicos das pernas, que estão presentes em mais de 80% dos doentes com SPI^(24, 25, 26), incrementar a sensibilidade e especificidade dos critérios. Além dos critérios de diagnóstico e dos critérios “de suporte”, os critérios denominados “associados” (“associated features”) foram introduzidos numa tentativa de um diagnóstico ainda mais assertivo: curso natural da doença, especificando condições genéticas ou doenças concomitantes nas quais surge a forma secundária; distúrbios do sono; achados do exame físico e neurológico dos doentes⁽²⁷⁾.

É importante distinguir algumas patologias que poderão simular os sintomas inerentes a esta síndrome: radiculopatias, câibras, neuropatia periférica, desconforto posicional, distúrbios locais nas pernas (na pele, músculos, vasos, ossos ou articulações)⁽²⁸⁾. A polissonografia^(26, 29) e a prova

de imobilização forçada⁽³⁰⁾ poderão assegurar ou confirmar o diagnóstico, caso persistam dúvidas.

O tratamento dependerá da forma como a patologia se traduz em cada doente, podendo ir desde a alteração de alguns hábitos no estilo de vida e evicção de algumas substâncias até à terapêutica farmacológica (agonistas dopaminérgicos^(31, 32, 33), opióides, benzodiazepinas⁽³¹⁾, gabapentina⁽³⁴⁾), caso os sintomas persistam e tenham impacto na qualidade de vida do doente⁽³⁵⁾. Esse impacto poderá ser essencialmente traduzido em perturbações do sono (aumento da latência no sono, sono fragmentado, redução do tempo total de sono) que, sendo este um processo fundamental regulador do sistema nervoso central, acabará por trazer consequências graves como a redução da qualidade de vida e do funcionamento social, diminuição do rendimento no trabalho, alteração na memória e nas funções cognitivas e uma procura acrescida dos cuidados de saúde. Um estudo mais recente⁽³⁶⁾ que sugere uma prevalência de 4,4%, demonstra que 2,1 a 2,7% dos doentes com SPI têm um impacto moderado a elevado na sua saúde.

Trata-se de uma patologia que, apesar das várias pesquisas apontarem para uma prevalência considerável, é ainda pouco conhecida ou valorizada, deixando sem tratamento aqueles que apresentam doença clinicamente significativa. Allen *et al.*, num estudo direccionado aos Cuidados de Saúde Primários, referem uma prevalência de 7,2%, dos quais apenas 6,2% já haviam sido diagnosticados com SPI⁽³⁷⁾. Do mesmo modo, outros estudos apontam para esta discrepância^(8, 36).

Este estudo tem como objectivos avaliar a prevalência da Síndrome das Pernas Inquietas numa amostra que usufrui dos Cuidados de Saúde Primários,

verificar quais os doentes nos quais há impacto nos hábitos de sono e comparar a percentagem de doentes que sofrem alterações no sono sem SPI com aqueles que sofrem dessa patologia.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi feito um estudo transversal em que foi utilizado um questionário previamente validado na população americana para o diagnóstico da Síndrome das Pernas Inquietas (*Hopkins Telephone Diagnostic Interview - HTDI*) com uma sensibilidade de pelo menos 90%, uma especificidade de 91%, valor preditivo positivo de 86% e valor preditivo negativo de 94% (anexo I) ⁽³⁸⁾, questionário esse que era composto por 11 questões nas quais se incluíam os quatro critérios de diagnóstico essenciais da doença. O diagnóstico era considerado definitivo se estivessem presentes as 6 condições inerentes à Síndrome: (1) desconforto nas pernas e (2) necessidade de movimento que estão (3) presentes em repouso e (4) ocorrem frequentemente quando a pessoa está deitada assim como quando está sentada, sendo (5) aliviadas pelo movimento e (6) demonstrando um ritmo circadiano, havendo um agravamento dos sintomas a partir do início da noite. A utilização deste questionário prendeu-se com o facto de não existir nenhum questionário validado para a população portuguesa.

Mais um questionário foi desenvolvido no sentido de indagar as pessoas acerca dos seus hábitos de sono (anexo II), tendo sido também inquiridas questões direccionadas a possíveis doenças concomitantes e medicação habitual.

Os questionários foram aplicados a 124 utentes do Centro de Saúde da Covilhã em dias aleatórios durante o mês de Março. Quer os utentes apresentassem ou não os critérios para a SPI, os dois questionários seguintes eram aplicados. As perguntas eram colocadas pelo entrevistador directamente aos doentes e lidas de acordo com os questionários. Caso a pergunta não fosse clara a questão era novamente colocada. Se as dúvidas persistissem,

explicações adicionais poderiam ser providenciadas ou eventualmente questões suplementares poderiam ser aplicadas.

Foram, deste modo, recolhidos dados relativos ao sexo, idade, idade do início dos sintomas, sonolência diurna, interferência nas actividades pela sonolência diurna, medicação usada para dormir, nº de vezes que o utente acorda durante a noite e outras patologias associadas.

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado nos programas *Microsoft Excel*® e *SPSS Statistics 17.0*®, tendo-se aplicado alguns conceitos de análise descritiva e métodos de inferência estatística. As variáveis foram transformadas em variáveis dicotómicas para facilitar o cruzamento dos dados. A idade foi, também, transformada numa variável categórica. A relação entre a Síndrome das Pernas Inquietas e os dados referidos anteriormente foi obtida através do teste do Qui-quadrado (X^2) de Pearson, recorrendo ao teste exacto de Fisher quando o teste do Qui-quadrado não era recomendado (quando mais de 20% das células têm valor inferior a 5) já que este é adequado para a análise de variáveis dicotómicas em amostras pequenas. Na relação entre a Síndrome e a idade foi utilizado o teste de Monte Carlo. Não foi realizada análise estatística para a relação da Síndrome com a I. cardíaca, Parkinson e Fibromialgia, já que não havia nenhum doente com SPI que fosse portador de alguma destas três patologias.

RESULTADOS

SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS

Estudo de prevalência de um grupo de utentes dos Cuidados de Saúde Primários da Covilhã

Dos 124 utentes inquiridos do Centro de Saúde da Covilhã, 89 (71,77%) correspondiam ao sexo feminino e 35 (28,23%) ao sexo masculino. Os utentes apresentavam uma média de idades de 51,98 (DP \pm 18,61). Os homens apresentavam idades compreendidas entre 19 e 84 anos (média \pm DP de $55,91 \pm 19,6$; mediana de 61) e as mulheres entre os 13 e os 85 anos (média \pm DP de $50,44 \pm 18,08$; mediana de 50), sendo que os utentes se encontravam maioritariamente nas faixas etárias entre os 60-69 anos (20,97%) e os 40-49 anos (18,55%).

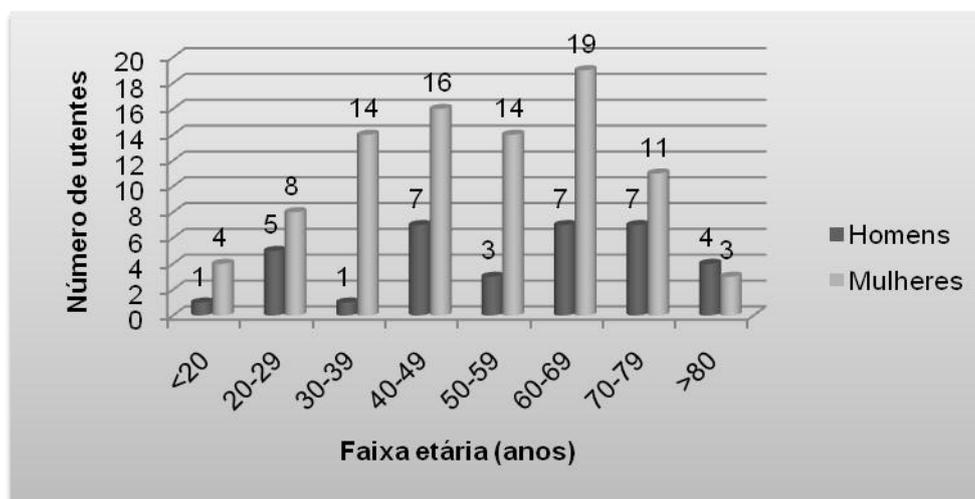


Gráfico 1. Distribuição dos utentes por faixa etária e por sexo

Dos 124 utentes, 27 (21,77%) reuniam os seis critérios inerentes à Síndrome das Pernas Inquietas, dos quais 25 eram do sexo feminino (92,59%). Os utentes com SPI apresentavam idades entre os 20 e os 72 anos (média \pm DP de $49,3 \pm 15,29$; mediana de 50), sendo, por isso as faixas etárias < 20 anos e > 80 anos as menos prevalentes e as faixas etárias dos 50-59 anos e dos 60-69 anos as que apresentam mais casos de doença. Verificou-se assim que 28,09% das mulheres e 5,71% dos homens apresentavam um diagnóstico

SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS
 Estudo de prevalência de um grupo de utentes dos Cuidados de Saúde
 Primários da Covilhã

definitivo de SPI. A média do tempo de evolução da doença é de 12 anos ($DP \pm 10,07$). A idade média de início dos sintomas é 37,58 anos ($DP \pm 15,81$ anos).

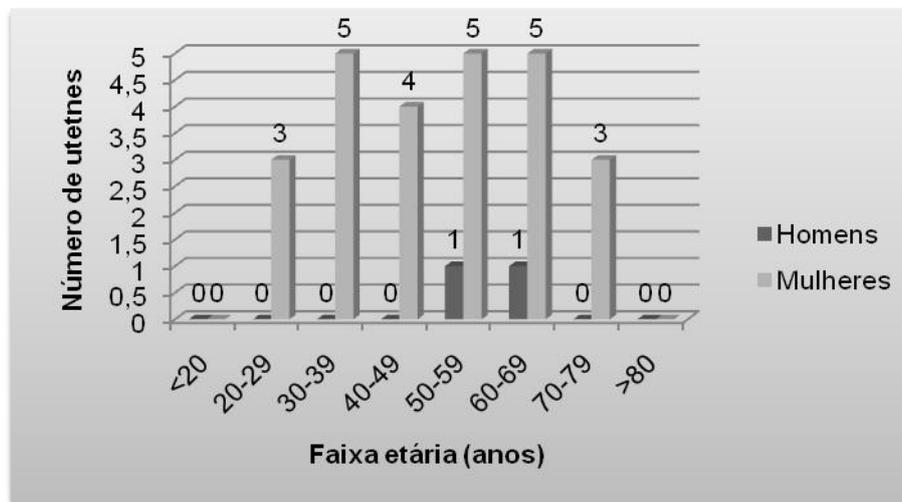


Gráfico 2. Distribuição por faixa etária e por sexo dos utentes que reúnem os 6 critérios da Síndrome das Pernas Inquietas

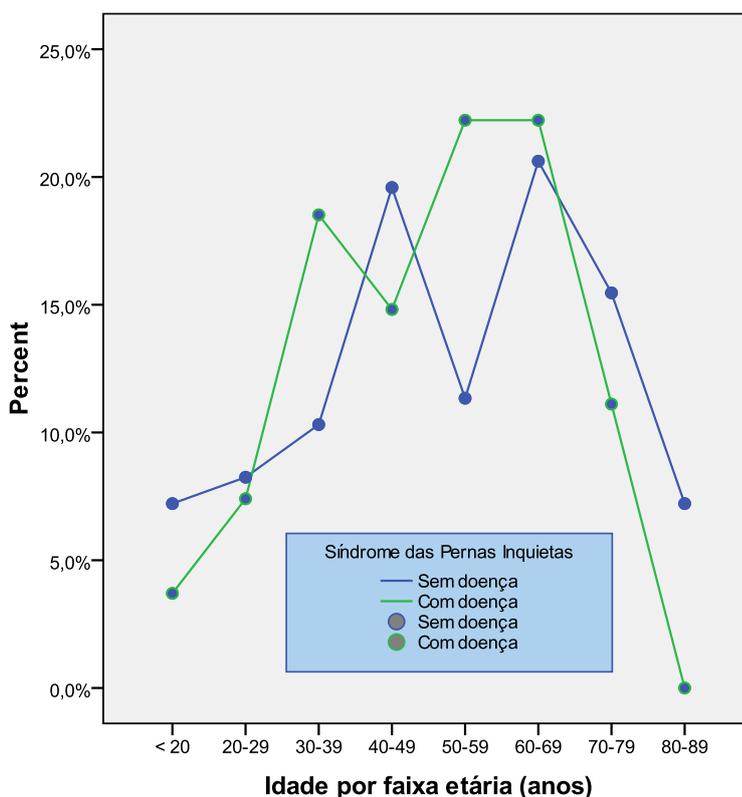


Gráfico 3. Distribuição por faixa etária dos doentes com SPI e sem SPI

Em relação aos hábitos de sono 102 utentes referiam deitar-se sempre à mesma hora dos quais 21 (20,59%) têm a SPI. Os restantes 6 com a Síndrome não se deitavam à mesma hora num total de 22 utentes.

Dos 127 utentes, havia 45 dos quais responderam negativamente à pergunta “Quando acorda de manhã sente que dormiu bem?”. Destes 45, 12 reuniam os seis critérios referentes à Síndrome o que representa 44,4% dos utentes com SPI, comparativamente a 34,0% dos utentes que tinham a mesma queixa e não eram portadores da doença.

Havia 63 utentes que admitiam ter sono durante o dia, dos quais 17 apresentavam SPI. Deste modo, 62,96% dos utentes com SPI relatavam essas alterações do sono, enquanto 44,33% das pessoas sem a Síndrome mencionavam essa queixa.

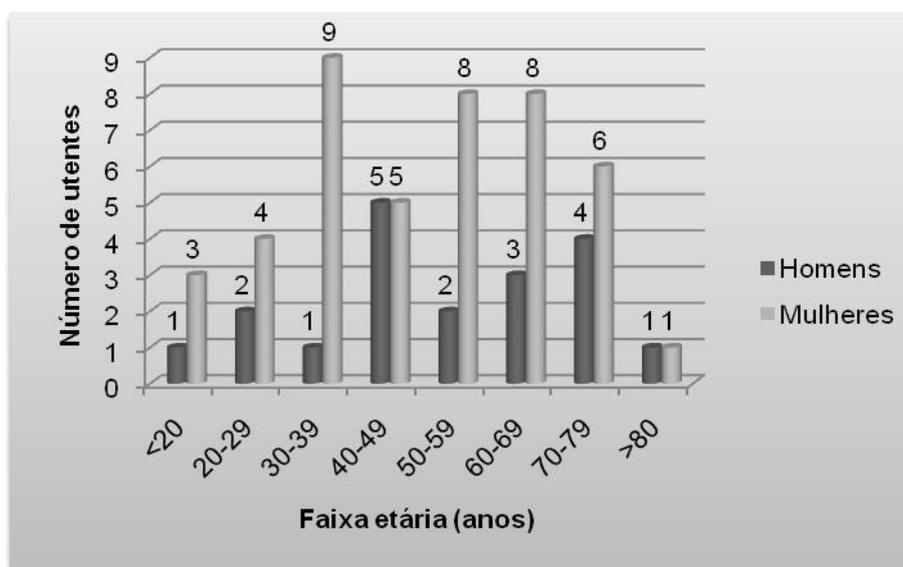


Gráfico 4. Distribuição por faixa etária e por sexo dos utentes que referem ter sono durante o dia

SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS

Estudo de prevalência de um grupo de utentes dos Cuidados de Saúde Primários da Covilhã

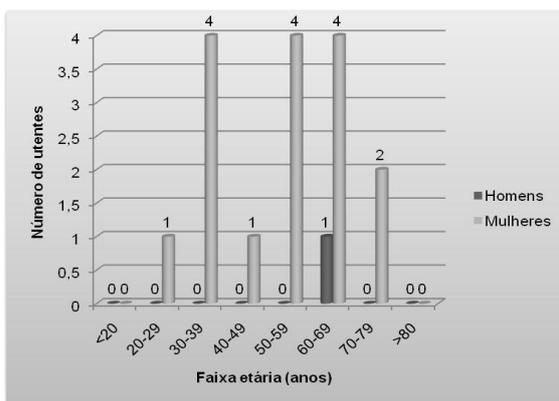


Gráfico 5. Distribuição por faixa etária e por sexo dos utentes que referem ter sono durante o dia e têm SPI

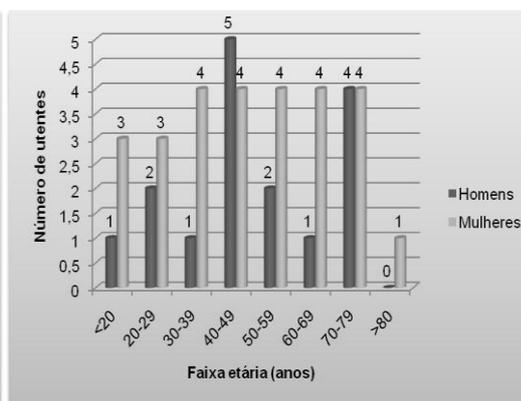


Gráfico 6. Distribuição por faixa etária e por sexo dos utentes que referem ter sono durante o dia e não têm SPI

Dos 63 utentes que referiam ter sono durante o dia, 14 indicavam que essa sonolência afectava o seu rendimento diário, dos quais 5 apresentavam a SPI. Sendo assim, 18,52% dos utentes com a Síndrome mencionavam afectação do rendimento e 9,28% sem SPI referiam essa mesma afectação.

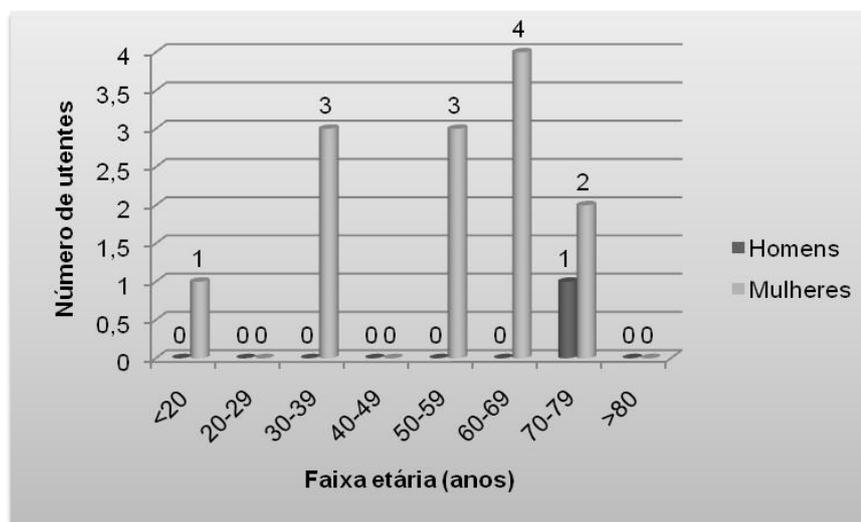


Gráfico 7. Distribuição por faixa etária e por sexo dos utentes que referem que a sonolência afecta o seu rendimento

SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS
 Estudo de prevalência de um grupo de utentes dos Cuidados de Saúde
 Primários da Covilhã

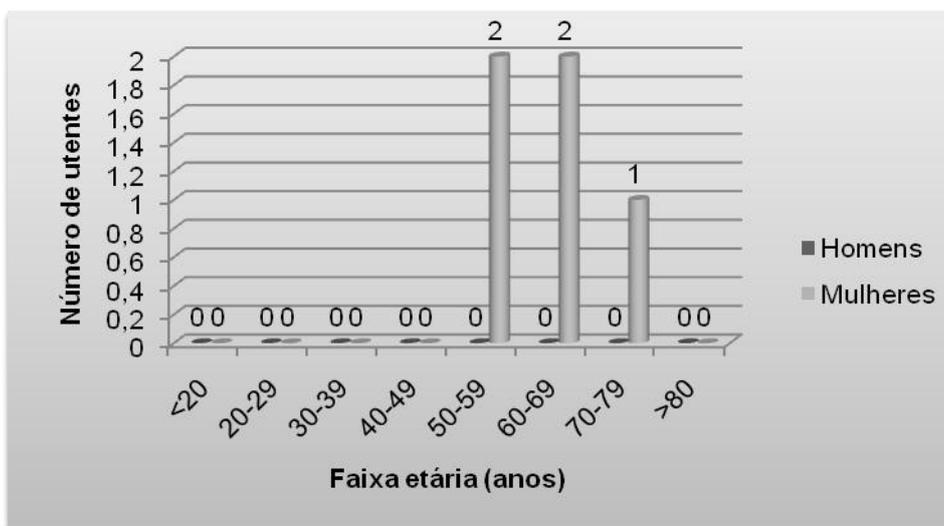


Gráfico 8. Distribuição por faixa etária e por sexo dos utentes que referem que a sonolência afecta o seu rendimento e têm Síndrome das Pernas Inquietas

A medicação para dormir era utilizada por 35 utentes (28,23%), dos quais 8 apresentavam a Síndrome, o que indica que 29,63% das pessoas com a Síndrome recorre a medicação para dormir, sendo que os 2 doentes do sexo masculino com SPI recorrem à farmacoterapia.

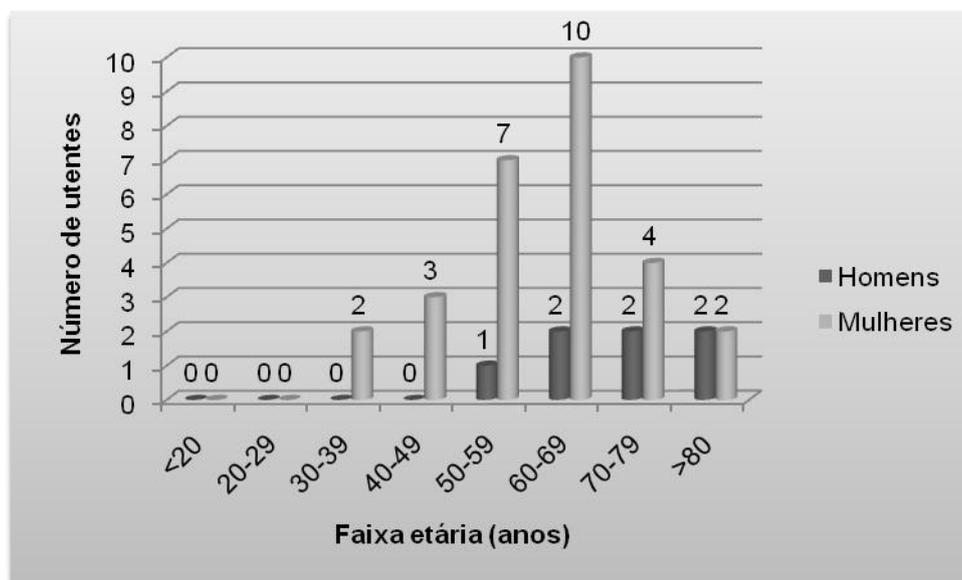


Gráfico 9. Distribuição por faixa etária e por sexo dos utentes que tomam medicação para dormir

SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS
 Estudo de prevalência de um grupo de utentes dos Cuidados de Saúde
 Primários da Covilhã

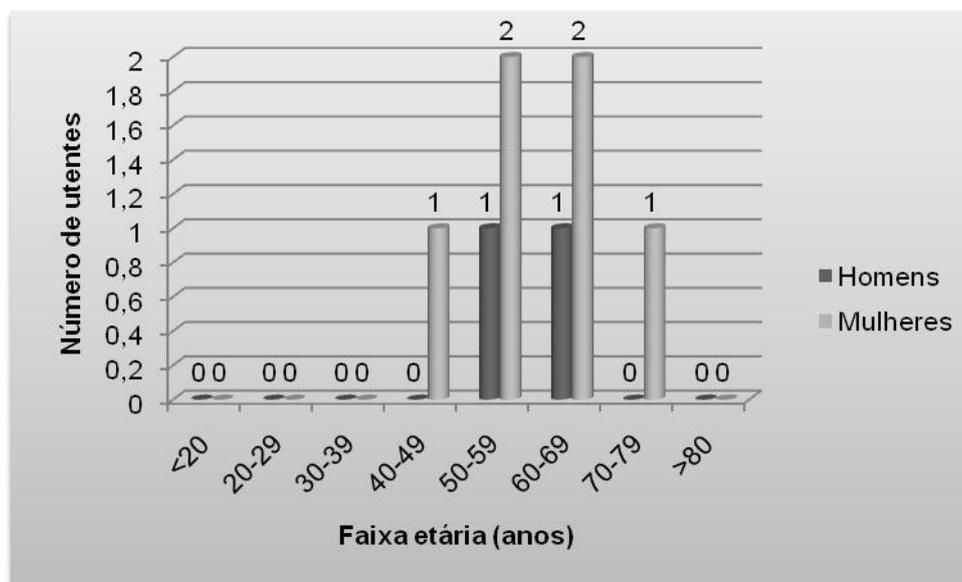


Gráfico 10. Distribuição por faixa etária e por sexo dos utentes que tomam medicação para dormir e têm SPI

Havia 84 utentes que referiam acordar durante o sono, dos quais 21 apresentavam a Síndrome. Sendo assim, 77,78% dos utentes com SPI referem acordar alguma vez durante o sono, enquanto 63,92% dos utentes sem a Síndrome remetem para o mesmo facto.

Tabela 1. Utentes que acordam durante a noite com e sem SPI

<i>Quantas vezes acordam durante a noite</i>	<i>Síndrome das Pernas Inquietas</i>		<i>Total</i>
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	
1	6	13	19
2	7	18	25
3	4	18	22
4	2	6	8
5 ou mais	2	8	10
Total	21	63	84

Dos 27 utentes que reuniam os 6 critérios da SPI havia 9 (33,33%) que apresentavam alguma das patologias enumeradas na tabela 2, sendo que três dos doentes ostentavam simultaneamente duas das patologias inquiridas (asma e lesões nervosas periféricas ou da medula espinhal, asma e artrite reumatóide e défice de ferro e IRC). Os restantes não apresentavam nenhuma das patologias referidas (66.66%).

Tabela 2. Utentes com patologias associadas com e sem SPI

<i>Patologia associada</i>	<i>Síndrome das Pernas Inquietas</i>		<i>Total</i>
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	
Défice de Ferro	1	2	3
IRC	1	2	3
I. cardíaca	0	4	4
Asma/Bronquite	5	4	9
DM ou outras polineuropatias	1	13	14
Lesões nervosas periféricas ou da medula espinhal	3	4	7
A. Reumatóide	1	3	4
Fibromialgia	0	3	3
Total	12	35	47

Após os testes realizados e a aquisição dos seus respectivos valores para a verificação da possível relação entre a Síndrome e outras variáveis como a idade, o sexo, as alterações nos hábitos de sono e patologias associadas (Tabelas 3, 4 e 5), verificou-se a presença de significância estatística para as relações entre SPI e sexo e SPI e Asma ($p < 0,05$).

Tabela 3. Relação entre SPI e a idade e o sexo feminino

<i>Variável</i>	<i>Síndrome das Pernas Inquietas</i>		<i>p</i>
	<i>Sim (n=27)</i>	<i>Não (n=97)</i>	
Idade (anos), média ± DP	51,98 ± 18,61	52,73 ± 19,43	0,622
Sexo feminino, n (%)	25 (92,6%)	64 (66%)	0,004

Tabela 4. Relação entre SPI e as alterações nos hábitos de sono

<i>Variável</i>	<i>Síndrome das Pernas Inquietas</i>		<i>p</i>
	<i>Sim (n=27)</i>	<i>Não (n=97)</i>	
Pessoas que não dormem bem, n (%)	12 (44,4%)	33 (34%)	0,319
Pessoas com sono durante o dia, n (%)	17 (63%)	46 (47,4%)	0,113
Pessoas em que sonolência afecta rendimento, n (%)	5 (29,4%)	9 (19,6%)	0,304
Pessoas que acordam durante a noite, n (%)	21 (77,8%)	63 (64,9%)	0,152
Pessoas que tomam medicação para dormir, n (%)	8 (29,6%)	27 (27,8%)	0,515

Tabela 5. Relação entre SPI e as patologias concomitantes

<i>Variável</i>	<i>Síndrome das Pernas Inquietas</i>		<i>p</i>
	<i>Sim (n=27)</i>	<i>Não (n=97)</i>	
Défice de Ferro, n (%)	1 (3,7%)	2 (2,1%)	0,525
IRC, n (%)	1 (3,7%)	2 (2,1%)	0,525
Asma/Bronquite, n (%)	5 (19,2%)	4 (4,1%)	0,02
DM ou outras polineuropatias, n (%)	1 (3,7%)	13 (13,4%)	0,141
Lesões nervosas periféricas ou da medula espinhal, n (%)	3 (11,1%)	4 (4,1%)	0,174
A.reumatóide, n(%)	1 (3,7%)	3 (3,1%)	0,631

DISCUSSÃO

O estudo procura, através do questionário previamente validado ⁽³⁸⁾, estimar a prevalência da Síndrome das Pernas Inquietas num grupo de utentes do Centro de Saúde da Covilhã. Após a aplicação deste verificou-se que 21,77% dos utentes preenchem os seis critérios inerentes ao diagnóstico da Síndrome. Nichols *et al.*, num estudo semelhante, numa população rural ⁽⁹⁾, demonstraram que 24% dos utentes que recorriam aos Cuidados de Saúde Primários, recolhiam os quatro critérios essenciais definidos pela IRLSSG para o diagnóstico da SPI.

O estudo REST General Population Study ⁽³⁷⁾, direccionado à população geral demonstra a presença de sintomas numa proporção bastante menor (7,9%). Deste modo, a prevalência estimada da SPI pode ser explicada pelo facto dos utentes que recorrem aos CSP serem aqueles que possuem a Síndrome e as suas complicações associadas, nomeadamente os distúrbios do sono, que serão a principal causa para a procura de assistência médica, já que raramente as pessoas irão procurar a prestação de cuidados na ausência de complicações. Além disso, os utentes que procuram os CSP, à partida apresentam outras patologias associadas que poderão ser a verdadeira causa da consulta e, neste caso, apenas um terço dos utentes com SPI não apresentam outras patologias que podem estar associadas à Síndrome ou simular a sua apresentação.

Estes resultados afastam-se um pouco de dois outros estudos ^(8, 36) igualmente direccionados a utentes que recorrem aos Cuidados de Saúde Primários. Nestes, Hening *et al.* e Allen *et al.* revelaram que 11,1% e 7,6% dos utentes respectivamente, apresentavam algum grau de sintomatologia inerente à Síndrome. Nestes estudos foram incluídos utentes de centros de CSP de 5 e

6 países industrializados respectivamente, o que difere da população-alvo deste presente estudo, no qual o grupo de utentes se referia a uma determinada região. A localização, a origem ou as características étnicas e demográficas desse grupo de utentes poderão, de algum modo, explicar o valor estimado de prevalência da Síndrome.

A escolha do questionário (*HTDI*) poderá, também, ter contribuído para a prevalência verificada. Hening *et al.* ⁽²⁸⁾ inicialmente aplicaram o questionário num grupo de doentes previamente diagnosticados com a SPI que tinham uma duração média de doença de cerca de 25 anos, estando, deste modo, familiarizados com as manifestações típicas da Síndrome, e num grupo controlo livre de doença. Estes foram entrevistados por três entrevistadores “*experts*” que desconheciam o quadro dos entrevistados. O facto dos entrevistados terem conhecimento da patologia contraria a posição da população geral que, à partida, não estará familiarizada com a Síndrome e, provavelmente, não será tão peremptória na forma como expõe as suas queixas. Além disso, verificou-se que no grupo controlo foram identificados alguns casos que reuniam os critérios correspondentes à patologia, o que é sustentado pelo facto desta poder ser simulada por outras doenças (cãibras, desconforto posicional neuropatias periféricas, etc.). Deste modo, Hening *et al.* remodelaram o questionário ⁽³⁸⁾ com o intuito de facilitar o diagnóstico diferencial, remodelação essa que foi a utilizada neste presente estudo. A aplicação do questionário foi feita por dois clínicos “*experts*” aos familiares que participavam num estudo familiar *case-control* de SPI, o que os coloca, também, numa posição favorável em relação à população geral, já que têm conhecimento da patologia, aumentando, deste modo, o grau de sensibilidade

e especificidade do questionário. É importante não esquecer que foi aplicado por clínicos experientes, habituados a trabalhar e a contactar com doentes com SPI, o que não se aplica neste estudo.

Sendo assim, a pouca familiarização dos utentes inquiridos neste estudo com a patologia, associada às suas características sócio-demográficas e geográficas, ao carácter subjectivo inerente ao diagnóstico e à pouca experiência do entrevistador, podem aumentar o aparecimento de falsos positivos.

Para confirmar os eventuais diagnósticos definitivos de SPI, poder-se-ia recorrer, num futuro estudo, à polissonografia^(26, 29) ou à prova de imobilização forçada, que apresentou 81% de sensibilidade e 81% de especificidade⁽³⁰⁾, que à partida, seriam inferiores à sensibilidade e especificidade do questionário.

A idade média dos doentes com SPI é de 49,3 (DP \pm 15,29), enquanto a média de idades de todos os utentes é de 51,98 (DP \pm 18,61). À partida estar-se-ia à espera que a idade média dos doentes que reúnem os seis critérios inerentes à SPI fosse superior. Nichols *et al.*⁽⁹⁾ demonstraram que as pessoas com a doença eram mais velhas em relação a toda a amostra (idades médias de 47,2 e 45,0 anos respectivamente; $t = 3,40$, $P < 0,003$). Mais uma vez as características inerentes à amostra obtida poderão ter contribuído para esses resultados.

Verifica-se também que as faixas etárias mais jovens e mais idosas têm uma prevalência nitidamente inferior, o que é consistente com outros estudos^(9, 39). Já as faixas etárias mais prevalentes são as que incluem os utentes dos 50-59 anos e 60-69 anos, assistindo-se a uma diminuição nas faixas etárias

seguintes o que contraria outros estudos que demonstram um aumento da prevalência com a idade ^(6, 37, 40)

Dos 27 utentes que reúnem os critérios para a SPI, 25 são mulheres, o que demonstra realmente que a SPI é mais prevalente no sexo feminino. Em comparação com outros estudos as diferenças entre os géneros não são tão vincadas. Hening *et al.* ⁽⁸⁾ e Nichols *et al.* ⁽⁹⁾ referem 68,1% e 59,5% respectivamente, de mulheres com a patologia. No entanto, há clara evidência que há uma tendência estatisticamente significativa para o predomínio da Síndrome no sexo feminino ($X^2 = 7,38$; $p < 0,01$).

Dos 124 utentes, quando questionados se dormiam bem, 44,4% dos pacientes com a Síndrome e 34,0% dos utentes livres da doença responderam negativamente. Dos utentes que apresentavam todos os critérios da SPI, 62,96% relatavam que tinham sono durante o dia, enquanto que 44,33% das pessoas sem a SPI tinham a mesma queixa. Os valores obtidos afastam-se dos de outros estudos que referem percentagens bastante díspares. Allen *et al.* ⁽³⁷⁾ refere que 32,2% dos doentes com SPI sonolência diurna, enquanto Hening *et al.* ⁽⁸⁾ refere que apenas 6% dos portadores da Síndrome mencionam ter sono durante o dia. Apesar de não haver significância estatística na amostra, observa-se uma tendência para um aumento nas alterações nos hábitos de sono nos doentes com SPI que podem trazer consequências nefastas à sua qualidade de vida.

Um outro caso semelhante é o referente ao facto de os utentes mencionarem que a sonolência diurna afectava o seu rendimento diário. 18,52% dos utentes com SPI referiam-no, enquanto apenas 9,28% dos utentes sem SPI o relataram. O mesmo acontece com 77,8% utentes portadores da

Síndrome que referem acordar durante a noite, em comparação com 64,9% dos utentes sem a doença que referem a mesma queixa. Parecem, por isso, ser situações em que há uma evidência da importância da patologia nas alterações dos hábitos de sono.

Sendo assim, em todos os casos citados anteriormente parece então haver uma relação directa entre a doença e o impacto nos hábitos de sono, apesar de não ser estatisticamente significativo, facto que pode ser explicado pelo tamanho reduzido da amostra. Várias questões usadas noutros estudos^(8, 36, 37) poderiam ter sido utilizadas, no sentido de caracterizar, de uma melhor forma, os hábitos de sono dos utentes: “o tempo que demorariam a adormecer” ou “se achavam o tempo de sono insuficiente”. Desta forma facilitar-se-ia a avaliação do impacto no funcionamento diário ao nível da exaustão/fadiga e dificuldade de concentração, demonstrando, assim, a forma como a Síndrome está associada a um impacto nocivo na qualidade de vida dos doentes.

Em relação às pessoas que tomam medicação para dormir, verifica-se que a diferença de percentagem entre os utentes que têm a Síndrome e os que não têm é muito ténue (29,6% e 27,8% respectivamente), logo não parece haver relação entre a toma de medicação para dormir e ser portador da doença, o que à partida é contraditório com aquilo que se esperava⁽⁴¹⁾. Trata-se de uma prevalência elevada da Síndrome, com um tempo médio de evolução de doença de 12 anos (DP \pm 10,07). Além disso, refere-se a um grupo de utentes que recorre aos Cuidados de Saúde Primários para exporem as suas queixas e que à partida estão dispostas a tomar medidas para minimizar os seus sintomas, o que justificaria valores mais elevados. Além disso, por essa mesma razão a percentagem de utentes que tomam medicação

para dormir e não têm a doença poderá estar sobrevalorizada, já que uma das queixas principais que leva os utentes a procurar os Cuidados de Saúde Primários são as alterações nos hábitos de sono⁽⁴²⁾.

Após a verificação da possível relação entre a Síndrome das Pernas Inquietas e as outras patologias inquiridas, verifica-se que, apenas a Asma apresenta um valor estatisticamente significativo de relação com a Síndrome (Teste exacto de Fisher; $p = 0.02$). Não existem casos descritos de associação entre as doenças, sabendo-se apenas que são duas patologias distintas que poderão estar associadas às alterações inerentes aos hábitos de sono^(37, 43). No entanto, esperar-se-ia, caso a amostra fosse maior, uma relação significativa entre a SPI e outras patologias inquiridas como a anemia ferropénica, a insuficiência renal crónica, insuficiência cardíaca congestiva⁽⁴⁴⁾ ou mesmo a doença de Parkinson⁽⁴⁵⁾.

Sendo assim, este estudo sugere que cerca de um quinto dos utentes que recorre ao Centro de Saúde da Covilhã sofre da Síndrome das Pernas Inquietas. A extrapolação a toda a população seria arriscada, já que a amostra estudada é reduzida pela limitação de tempo para a colheita dos dados e pertence a uma região com características sócio-demográficas específicas. Um estudo capaz de agregar diferentes amostras de proporções significativas da população, urbana e rural de diversas regiões, certamente trará dados mais acurados e permitirá avaliar diferenças. No entanto, os Cuidados de Saúde Primários traduzem-se como um local apropriado para a detecção e para o controlo dos sintomas nos doentes em que a SPI se torna incomodativa ao seu bem-estar. Desta forma, deve haver um esforço, no sentido de manter os médicos informados, inclusive os de Medicina Geral e Familiar, para o tipo de

sintomas referidos pelos doentes e para o impacto que estes poderão ter na sua qualidade de vida, o que irá contribuir de forma decisiva para um aumento no número de diagnósticos assertivos, diminuindo o número de tratamentos inadequados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Willis T. De animae brutorum. London: Wells and Scott 1672.
2. Ekbom KA. Restless legs: a clinical study. . Acta Med Scand Suppl 1945;158:1-123.
3. Ekbom KA. Restless legs syndrome. Neurology 1960 Sep;10:868-73.
4. Walters AS. Toward a better definition of the restless legs syndrome. The International Restless Legs Syndrome Study Group. Mov Disord 1995 Sep;10(5):634-42.
5. Allen RP, Picchietti D, Hening WA, Trenkwalder C, Walters AS, Montplaisir J. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. Sleep Med 2003 Mar;4(2):101-19.
6. Lavigne GJ, Montplaisir JY. Restless legs syndrome and sleep bruxism: prevalence and association among Canadians. Sleep 1994 Dec;17(8):739-43.
7. Ulfberg J, Nystrom B, Carter N, Edling C. Prevalence of restless legs syndrome among men aged 18 to 64 years: an association with somatic disease and neuropsychiatric symptoms. Mov Disord 2001 Nov;16(6):1159-63.
8. Hening W, Walters AS, Allen RP, Montplaisir J, Myers A, Ferini-Strambi L. Impact, diagnosis and treatment of restless legs syndrome (RLS) in a primary care population: the REST (RLS epidemiology, symptoms, and treatment) primary care study. Sleep Med 2004 May;5(3):237-46.

9. Nichols DA, Allen RP, Grauke JH, Brown JB, Rice ML, Hyde PR, et al. Restless legs syndrome symptoms in primary care: a prevalence study. *Arch Intern Med* 2003 Oct 27;163(19):2323-9.
10. Allen RP, Earley CJ. Restless legs syndrome: a review of clinical and pathophysiologic features. *J Clin Neurophysiol* 2001 Mar;18(2):128-47.
11. Winkelmann J, Wetter TC, Collado-Seidel V, Gasser T, Dichgans M, Yassouridis A, et al. Clinical characteristics and frequency of the hereditary restless legs syndrome in a population of 300 patients. *Sleep* 2000 Aug 1;23(5):597-602.
12. Winkelmann J, Muller-Myhsok B, Wittchen HU, Hock B, Prager M, Pfister H, et al. Complex segregation analysis of restless legs syndrome provides evidence for an autosomal dominant mode of inheritance in early age at onset families. *Ann Neurol* 2002 Sep;52(3):297-302.
13. Allen RP. Controversies and challenges in defining the etiology and pathophysiology of restless legs syndrome. *Am J Med* 2007 Jan;120(1 Suppl 1):S13-21.
14. O'Keeffe ST, Gavin K, Lavan JN. Iron status and restless legs syndrome in the elderly. *Age Ageing* 1994 May;23(3):200-3.
15. Winkelman JW, Chertow GM, Lazarus JM. Restless legs syndrome in end-stage renal disease. *Am J Kidney Dis* 1996 Sep;28(3):372-8.
16. Rutkove SB, Matheson JK, Logigian EL. Restless legs syndrome in patients with polyneuropathy. *Muscle Nerve* 1996 May;19(5):670-2.

17. Skomro RP, Ludwig S, Salamon E, Kryger MH. Sleep complaints and restless legs syndrome in adult type 2 diabetics. *Sleep Med*2001 Sep;2(5):417-22.
18. Salih AM, Gray RE, Mills KR, Webley M. A clinical, serological and neurophysiological study of restless legs syndrome in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*1994 Jan;33(1):60-3.
19. Ondo WG, Vuong KD, Jankovic J. Exploring the relationship between Parkinson disease and restless legs syndrome. *Arch Neurol*2002 Mar;59(3):421-4.
20. Garcia-Borreguero D, Larrosa O, Granizo JJ, de la Llave Y, Hening WA. Circadian variation in neuroendocrine response to L-dopa in patients with restless legs syndrome. *Sleep*2004 Jun 15;27(4):669-73.
21. Hening WA, Allen RP, Earley CJ, Picchiatti DL, Silber MH. An update on the dopaminergic treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder. *Sleep*2004 May 1;27(3):560-83.
22. Walters AS, Hickey K, Maltzman J, Verrico T, Joseph D, Hening W, et al. A questionnaire study of 138 patients with restless legs syndrome: the 'Night-Walkers' survey. *Neurology*1996 Jan;46(1):92-5.
23. Stiasny-Kolster K, Kohnen R, Moller JC, Trenkwalder C, Oertel WH. Validation of the "L-DOPA test" for diagnosis of restless legs syndrome. *Mov Disord*2006 Sep;21(9):1333-9.
24. Vetrugno R, Provini F, Montagna P. Restless legs syndrome and periodic limb movements. *Rev Neurol Dis*2006 Spring;3(2):61-70.

25. Rosado P. Movimentos Periódicos do Sono e Síndrome das Pernas Inquietas. In: Atheneu, editor. Sono Estudo Abrangente: Rubens Reimão; 1996. p. 272-9.

26. Montplaisir J, Boucher S, Poirier G, Lavigne G, Lapierre O, Lesperance P. Clinical, polysomnographic, and genetic characteristics of restless legs syndrome: a study of 133 patients diagnosed with new standard criteria. *Mov Disord*1997 Jan;12(1):61-5.

27. Benes H, Walters AS, Allen RP, Hening WA, Kohlen R. Definition of restless legs syndrome, how to diagnose it, and how to differentiate it from RLS mimics. *Mov Disord*2007;22 Suppl 18:S401-8.

28. Hening WA, Allen RP, Thanner S, Washburn T, Heckler D, Walters AS, et al. The Johns Hopkins telephone diagnostic interview for the restless legs syndrome: preliminary investigation for validation in a multi-center patient and control population. *Sleep Med*2003 Mar;4(2):137-41.

29. Allen RP. Improving RLS diagnosis and severity assessment: Polysomnography, actigraphy and RLS-sleep log. *Sleep Medicine* 2007;8:13-8.

30. Montplaisir J, Boucher S, Nicolas A. Immobilization tests and periodic limb movements in sleep for the diagnosis of restless legs syndrome. *Mov disorder*1998;13:324-9.

31. Hening W, Allen R, Earley C, Kushida C, Picchietti D, Silber M. The treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder. An American Academy of Sleep Medicine Review. *Sleep*1999 Nov 1;22(7):970-99.

32. Trenkwalder C, Garcia-Borreguero D, Montagna P, Lainey E, de Weerd AW, Tidswell P, et al. Ropinirole in the treatment of restless legs syndrome: results from the TREAT RLS 1 study, a 12 week, randomised, placebo controlled study in 10 European countries. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*2004 Jan;75(1):92-7.
33. Adler CH, Hauser RA, Sethi K, Caviness JN, Marlor L, Anderson WM, et al. Ropinirole for restless legs syndrome: a placebo-controlled crossover trial. *Neurology*2004 Apr 27;62(8):1405-7.
34. Garcia-Borreguero D, Larrosa O, de la Llave Y, Verger K, Masramon X, Hernandez G. Treatment of restless legs syndrome with gabapentin: a double-blind, cross-over study. *Neurology*2002 Nov 26;59(10):1573-9.
35. Silber MH, Ehrenberg BL, Allen RP, Buchfuhrer MJ, Earley CJ, Hening WA, et al. An algorithm for the management of restless legs syndrome. *Mayo Clin Proc*2004 Jul;79(7):916-22.
36. Allen RP, Stillman P, Myers AJ. Physician-diagnosed restless legs syndrome in a large sample of primary medical care patients in western Europe: Prevalence and characteristics. *Sleep Med*2009 Jan;11(1):31-7.
37. Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, Hening W, Myers A, Bell TJ, et al. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med*2005 Jun 13;165(11):1286-92.
38. Hening WA, Allen RP, Washburn M, Lesage S, Earley CJ. Validation of the Hopkins telephone diagnostic interview for restless legs syndrome. *Sleep Med*2008 Mar;9(3):283-9.

39. Rothdach AJ, Trenkwalder C, Haberstock J, Keil U, Berger K. Prevalence and risk factors of RLS in an elderly population: the Memory and Morbidity in Augsburg Elderly (MEMO) study. *Neurology* 2000;54:1064-8.
40. Zucconi M, Ferini-Strambi L. Epidemiology and clinical findings of restless legs syndrome. *Sleep Med* 2004 May;5(3):293-9.
41. Pearson VE, Gamaldo CE, Allen RP, Lesage S, Hening WA, Earley CJ. Medication use in patients with restless legs syndrome compared with a control population. *Eur J Neurol* 2008 Jan;15(1):16-21.
42. Allatar M, Harrington JJ, Mitchell M, Sloane P. Sleep Problems in Primary Care: A North Carolina Family Practice Research Network (NC-FP-RN) Study. *J Am Board Fam Med* 2007;20:365-74.
43. Sundberg R, Torén K, Franklin KA, Gislason T, Omenaas E, Svanes C, et al. Asthma in men and women: Treatment adherence, anxiety, and quality in sleep. *Respiratory Medicine* 2010;104:337-44.
44. Zilberman M, Silverberg DS, Schwartz D, Oksenberg A. Restless Legs Syndrome (RLS) in anemic patients with Congestive Heart Failure and Chronic Renal Failure: Lack of effect of anemia treatment. *Int J Cardiol* 2009 Jan 6.
45. Moller JC, Unger M, Stiasny-Kolster K, Oertel WH. Restless Legs Syndrome (RLS) and Parkinson's disease (PD)-related disorders or different entities? *J Neurol Sci* Feb 15;289(1-2):135-7.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário Hopkins Telephone Diagnostic Interview – HDTI traduzido

1. Alguma vez teve sensações desconfortáveis ou incomodativas nas pernas que ocorreram principalmente quando está sentado ou deitado?	SIM	NÃO	
Se NÃO avançar para 3			
2. Essas sensações chegam a ser dolorosas além de desconfortáveis?	SIM	NÃO	
3. Alguma vez sentiu a necessidade de mover as pernas principalmente quando está sentado ou deitado?	SIM	NÃO	
4. Alguma vez experienciou uma cãibra nas pernas?	SIM	NÃO	
Se SIM ir para 4a; Se NÃO ir para 5			
4a. As sensações referidas anteriormente são cãibras nas pernas?	SIM	NÃO	
Se SIM ir para 4b; Se NÃO ir para 5			
4b. As sensações referidas anteriormente são SEMPRE cãibras nas pernas?	SIM	NÃO	
5. Quando tem essas sensações e se levanta e anda – enquanto está mesmo a andar – há algum alívio dessas sensações?	SIM	NÃO	NÃO SEI
Se NÃO ou NÃO SEI ir para 5a			
5a. Se move as suas pernas, tem algum alívio dessas sensações, mesmo que temporariamente?	SIM	NÃO	
6. Essas sensações ocorrem alguma vez enquanto está a caminhar?	SIM	NÃO	
Se SIM ir para 6a			
6a. Essas sensações alguma vez começam enquanto está	SIM	NÃO	

a caminhar?			
7. Essas sensações ocorrem mais frequentemente quando está sentado ou quando está deitado?	MAIS SENTADO	IGUAL	MAIS DEITADO

Se "MAIS SENTADO" ir para 7a; Se "MAIS DEITADO" ou "IGUAL" ir para 8

7a. Seria verdade dizer que tem essas sensações quase que exclusivamente quando está sentado? Ou seja, essas sensações ocorrem 90% ou mais quando está sentado?	SIM	NÃO				
8. Essas sensações nas pernas pioram ao início da noite em relação a outros períodos do dia?	SIM	NÃO				
9. Aproximadamente com que idade identificou essas sensações nas suas pernas?	_____ anos de idade					
10. Quantos dias por mês teve ou tem essas sensações?	< 1 por mês	1 por mês	2-4 vezes por mês	5-15 vezes por mês	16-25 vezes por mês	Diariamente
11. A que horas do dia essas sensações geralmente começam?	Durante o sono	À hora de deitar	Depois das 18 horas mas antes da hora de deitar	Antes das 18 horas	Antes das 12 horas	

ANEXO II

Questionário direccionado aos hábitos de sono

1. A que horas se costuma deitar?					
2. Costuma deitar-se sempre à mesma hora?	SIM			NÃO	
3. Quantas horas costuma dormir?	<5	5-9	>9		
4. A que horas costuma acordar?					
5. Quando acorda de manhã sente que dormiu bem?	SIM			NÃO	
6. Costuma acordar durante a noite?	SIM			NÃO	
<i>Se "SIM" ir para 6a; Se "NÃO" ir para 7</i>					
6a. Quantas vezes por noite costuma acordar?	1	2	3	4	>5
7. Costuma tomar alguma medicação para dormir?	SIM			NÃO	
<i>Se "SIM" qual?</i>					
8. Costuma sentir-se cansado/a durante o dia?	SIM			NÃO	
9. Alguma vez durante o dia sente sonolência?	SIM			NÃO	
<i>Se "SIM" ir para 9a; Se "NÃO" ir para 10</i>					
9a. Alguma vez sente sonolência que impeça de realizar as actividades diárias?	SIM			NÃO	
10. Costuma dormir sesta durante o dia?	SIM			NÃO	
<i>Se "SIM" quantas?</i>					

