

Médicos dentistas

Há sono além da apneia... e é necessário ser competente nisso também!

Por Miguel Meira e Cruz*

15 Maio, 2020



Numa altura em que os problemas de sono afetam muitos portugueses durante a pandemia, a SAÚDE ORAL recupera o texto de Miguel Meira e Cruz, médico dentista e presidente da Associação Portuguesa de Cronobiologia e Medicina do Sono, publicado originalmente na nossa edição de janeiro/fevereiro de 2020.

A propósito do debate [no 28.º Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas] sobre o estabelecimento de competências em medicina dentária, nomeadamente sobre a competência em sono, fui convidado a contribuir e opinar. No rescaldo do congresso, refleti sobre o que traduzo agora em texto, de forma resumida e, tanto quanto me foi possível conseguir, legível aos colegas com menos experiência. A cada parágrafo, tentei corresponder uma nota-chave a reter. É inevitável, a meu ver, que uma competência abranja mais do que aqueles que são os pressupostos comuns defendidos para a área em que tem sido tomada, nos últimos anos, por um número crescente de profissionais, sem o garante do conhecimento e formação adequada. Cada organismo é um universo de possibilidades que necessariamente deveremos ter em conta para cumprir os mandamentos hipocráticos e, de acordo com a *leges artis*, defender o melhor interesse do doente que nos procura e que deposita em nós a sua confiança e saúde.



O sono



Miguel Meira e Cruz

Vivemos, em média, menos de um século, e durante o período ativo da vida adulta, dormimos entre 6 a 8 h diárias. No tempo que dedicamos ao sono, crescemos, regulamos hormonas importantes e fundamentais, vitais até, ao funcionamento orgânico, formamos sinapses no cérebro, memorizamos e aprendemos. Fruto de uma orquestração exímia conduzida pelo relógio biológico central, no hipotálamo, e por relógios periféricos, distribuídos nas várias células, tecidos e órgãos do corpo, o sono, ocorre num momento e período determinados, e que são porventura os mais vantajosos de acordo com as regras da seleção natural. No ser humano, esse momento corresponde a um ponto temporal noturno. O período de sono, que se estende desejavelmente até o amanhecer, ocorre em coincidência com a fase de escuridão correspondente à noite circadiana, durante a qual o cérebro diminui a função global e integra distintos mecanismos que se sincronizam visando um propósito concreto: a recuperação. Apesar de existirem outros motivos para dormirmos, este é o mais óbvio e talvez o mais necessário, com tudo o que envolve. A manutenção de um sono inadequado, independentemente da razão, induz uma sensação de fadiga, tantas vezes um estado de letargia ou de sonolência que acompanha falências de inúmeras funções regulatórias. Estas falências determinam um aumento de riscos independentes que se conjugam para um risco aumentado de morbilidade e mortalidade por causas específicas (entre elas, cardiovascular) e por qualquer causa.

Nota: um doente com sono inadequado tem maior risco de doença e maior risco de morte prematura. O rastreio, a suspeita, a identificação de fatores de risco, o diagnóstico ou a referenciação adequada, devem por isso ser capacidades de absoluto domínio do clínico.

Doenças do Sono

Existem mais de 80 doenças do sono, algumas muito bem classificadas e aparentemente bem definidas, outras cuja etiologia e fisiopatologia permanecem no que Meir Kryger apelidou de “mistérios do sono”. Destas, as duas mais frequentes e importantes, quer pela sua prevalência, quer pelas implicações diretas e indiretas, são a Insónia, como sintoma e como doença, e a perturbação respiratória do sono de carácter obstrutivo, que apelidamos correntemente de apneia obstrutiva do sono (SAHOS). Com prevalências



que, dependendo das coortes analisadas, ascendem a 50% da população, ambas se associam a comorbidades cardiovasculares e metabólicas, a défices imunitários e cognitivos, e a morte prematura, muitas vezes súbita.

As perturbações dos movimentos durante o sono afetam também um importante segmento da população, nomeadamente quando assumem a forma de síndrome de pernas inquietas e de movimentos periódicos do sono. Com menor relevância epidemiológica e clínica geral, mas com índices de elevada atuação no território médico-dentário, o bruxismo do sono enquadra-se neste grupo de perturbações motoras, em conjunto com outras alterações com fenótipos bem estabelecidos.

Assumindo dois picos de relevância, um na idade da adolescência (síndrome de atraso de fase), e outro na idade avançada (síndrome de avanço de fase), as perturbações dos ritmos circadiano e de sono-vigília constituem um grupo importante de condições cujo impacto preventivo, primário e/ou secundário não deve ser negligenciado.

As hipersónias de origem central, caracterizadas por uma sonolência irresistível e perigosa, cuja etiologia é partilhada com fatores imunitários e perda de neurónios importantes, podem surgir na forma de narcolepsia ou de hipersónia idiopática, entre outras formas menos comuns como a síndrome de Kleyne Levin. Todas elas são, apesar de raras, extraordinariamente debilitantes e de necessário confronto no diagnóstico diferencial em pacientes com níveis de sonolência clinicamente valorizados.

Dos terrores noturnos ao sonambulismo, das alterações de comportamento no sono REM aos pesadelos e à paralisia do sono, estas parassonias, com frequência relativamente elevada em diferentes escalões etários, podem cursar com SAHOS, sendo a fragmentação provocada pela perturbação respiratória muitas vezes a causa dos comportamentos paralelos que aumentam o prejuízo do sono.

Nota: segundo a nosologia em vigor, existem seis grupos principais de doenças do sono. A patologia do sono ocorre frequentemente em comorbidade, sendo fundamental o conhecimento das diferentes condições passíveis de concorrer e agravar, bem como de mimetizarem sinais e/ou sintomas.

E os apneicos que não ressonam e não estão sonolentos e os que ressonam e não têm risco?

O ressonar, a sonolência diurna excessiva e as pausas respiratórias testemunhadas são, com frequência, os elementos mais bem documentados na literatura relacionada com a apneia do sono. Contudo, cerca de 20% dos pacientes com apneia não ressonam, e pese o debate sobre a existência de uma doença com diferentes fenótipos ou de doenças distintas com fatores genéticos/epigenéticos, mecanismos patogénicos, prognóstico e tratamento diferentes, também a sonolência excessiva e as pausas respiratórias



objetivadas não são universais. Isto diminui a sensibilidade da observação clínica na formulação de hipótese diagnóstica, e aumenta os falsos negativos que eventualmente não seguirão o percurso diagnóstico adequado. Por outro lado, em idade avançada, e no género feminino, existem adaptações fisiológicas que porventura determinam um risco menor comparativamente a outras faixas de comparação. Do ponto de vista clínico, isto significa que é importante ponderar sobre a necessidade terapêutica, muitas vezes face a outras condicionantes como redução da qualidade de vida.

Nota: nem tudo o que não parece, não é de facto, e nem tudo o que é, o é da mesma forma em todas as formas de vida humana. Estes são princípios fundamentais para a prática de uma medicina personalizada, humanizada e efetivamente bem-sucedida. Sendo a necessidade de sono universal e a prevalência de insatisfação com o sono elevada, estes princípios devem ser seguidos por quem observa, trata e segue pacientes, também no domínio clínico do sono.

E as crianças?

A maioria das perturbações do sono nas crianças tem carácter comportamental e, portanto, passível de ser abordado com estratégias relativamente simples e orientadas por clínicos com formação e experiência. À parte destas, a apneia do sono pediátrica tem características fisiopatológicas e clínicas distintas da doença do adulto. A respiração comprometida durante o sono tem, na criança, repercussões cognitivas importantes, com reflexo na capacidade de aprendizagem e de memória e de relação interpessoal. As consequências sistémicas da apneia pediátrica, são, a curto, médio e longo prazo, potencialmente graves, contribuindo para um risco cardiometabólico aumentado e para a mortalidade precoce na idade pediátrica e na idade adulta.

A relevância de características morfológicas, nomeadamente relacionadas com o esqueleto craniofacial e com a distribuição de gordura corporal, determinam que o carácter preventivo das intervenções seja, nestas idades, primordial. Além de tudo isto, a ignorância face à interpretação dos sinais e sintomas de um sono inadequado, pode determinar, neste segmento etário, uma confusão e um erro diagnóstico com consequências clínicas significativamente prejudiciais. Um exemplo relevante respeita à hiperatividade e défice de atenção, que surgem frequentemente na criança com sono inadequado ou insuficiente, fora do contexto sindrómico.

Nota: mais do que os tratamentos corretivos/curativos, a importância de métodos interceivos e preventivos, incluindo alterações de hábitos inadequados, é fundamental na idade pediátrica e deve ser avaliada criteriosamente, atendendo a sinais e sintomas partilhados com outras condições e que devem ser adequadamente esclarecidos.

Primum non nocere!



Primeiro, não fazer mal. E sobre fazer mal, entenda-se também tratar ou induzir ao tratamento desnecessário ou que implique sofrimento de qualquer nível sem comprovado benefício, quer sobre a queixa principal do doente, quer sobre os fatores que possam estar associados e que inequivocamente indiquem à terapêutica. A indução ao tratamento sem garantia de sucesso é também uma prática condenável do ponto de vista moral e médico-legal. O uso de aparelhos ortodônticos, ortopédicos, ventilatórios ou de qualquer natureza deve ser ponderado se estratégias mais simples, menos invasivas e com menos encargos financeiros para o paciente não forem bem-sucedidas ou aceites.

E deste resumo concluo, que mais do que acelerar na titulação, é talvez importante evitar a conquista da competência no descritório que, por vicissitudes diversas ou pela existência de capelinhas sem santo, possa vir a constituir de facto um risco de mau serviço público e comunitário, com repercussões negativas na vida dos nossos pacientes. E se o argumento de que as elevadas prevalências de algumas condições justificam o reconhecimento incompleto e pouco criterioso, vale lembrar que, na medicina, as contas envolvem bem mais do que a aritmética simples e que a estatística não dita leis. E, quando tudo isto não servir o bom senso, que nos lembremos sempre que um dia seremos nós a estar do outro lado, como doentes, na cadeira ou na marquesa, sujeitos a uma orientação que desejamos, falo por mim, idónea, sensata e humana.

**Médico dentista e especialista europeu em medicina do sono
Coordenador da Unidade do Sono, Centro Cardiovascular da Universidade de Lisboa,
Faculdade de Medicina de Lisboa
Diretor clínico do Centro Europeu do Sono, Lisboa
Presidente da Associação Portuguesa de Cronobiologia e Medicina do Sono*