

Frequência dos distúrbios de sono em mulheres na pós-menopausa com sobrepeso/obesidade

Frequency of sleep disturbances in overweight/obese postmenopausal women

Artigo Original

Palavras-chave

Pós-menopausa
Climatério
Distúrbios do sono
Síndromes da apneia do sono
Síndrome das pernas inquietas
Insônia
Obesidade

Keywords

Postmenopause
Climacteric
Sleep disorders
Sleep apnea syndrome
Restless leg syndrome
Insomnia
Obesity

Resumo

OBJETIVOS: Avaliar a frequência dos distúrbios do sono, como apneia obstrutiva do sono, síndrome das pernas inquietas e insônia, em pacientes na pós-menopausa com sobrepeso/obesidade no ambulatório de distúrbios do sono no climatério. **MÉTODOS:** Foram selecionadas 34 pacientes na pós-menopausa, e os seguintes critérios de inclusão foram adotados: idade entre 50 e 70 anos, mínimo de 12 meses de amenorreia, Índice de Massa Corporal igual ou superior a 25 kg/m², pacientes com queixas relacionadas ao sono e que tivessem sido submetidas a pelo menos uma polissonografia. As pacientes responderam a seis questionários sobre características do sono e sintomas do climatério e uso de medicações. Foram aferidos o peso e a altura em balança padronizada e as medidas das circunferências do abdome e do quadril. Para a análise estatística, o teste do χ^2 foi utilizado para variáveis qualitativas, e o teste *t* de Student, para análise das variáveis quantitativas. **RESULTADOS:** A média de idade foi de 60,3 anos, o Índice de Massa Corporal médio de 31,6, o tempo de pós-menopausa médio de 11,6 anos e o Índice Menopausal de Kupperman médio de 19. Da amostra, 85,2% apresentou relação cintura/quadril igual ou superior a 0,8; metade apresentou escore igual ou superior a 9 na Escala de Epworth; 68% apresentou distúrbio do sono de acordo com o índice de Pittsburgh e 68% dos casos foram classificados como de alto risco para apneia do sono pelo Questionário Berlin. Na polissonografia, 70,5% apresentou eficiência do sono menor que 85%; 79,4% com latência do sono menor que 30 min; 58,8% com latência para sono REM menor que 90 min e 44,1% com apneia leve. Comparando os grupos, houve associação linear média entre IMC e IAH e relação entre IMC elevado e uso de medicações para distúrbios da tireoide. **CONCLUSÃO:** Foi observada alta prevalência de distúrbio respiratório do sono, sono fragmentado e insônia de início, bem como maior incidência de distúrbios da tireoide no grupo com IMC mais elevado.

Abstract

PURPOSE: To evaluate the frequency of sleep disorders, such as obstructive sleep apnea, restless leg syndrome and insomnia in overweight/obese postmenopausal women seen in a climacteric sleep disorders clinic. **METHODS:** Thirty-four postmenopausal women were selected using the following inclusion criteria: age between 50 and 70 years; at least 12 months of amenorrhea; body mass index (BMI) greater than or equal to 25 kg/m²; and sleep-related complaints with at least one previous polysomnography. Patients provided responses to 6 questionnaires related to sleep characteristics and menopausal symptoms. Weight and height were measured using standardized scales, and abdomen and hip circumferences were also measured. The statistical analyses were performed using the χ^2 test for qualitative variables and using Student's *t*-test for quantitative variables. **RESULTS:** Patients' characteristics were as follows: mean age of 60.35 years; mean BMI of 31.62; an average of 11.61 postmenopausal years and an average Kupperman Index of 19. A total of 85.2% of the patients had a waist/hip ratio of less than 0.8. The Epworth Scale score was greater than or equal to 9 in 50% of patients; 68% had sleep disturbances according to the Pittsburgh Index, and 68% were classified as high-risk

Correspondência

Helena Hachul
Rua Napoleão de Barros, 925
CEP: 04024-002
São Paulo (SP), Brasil

Recebido

18/11/2013

Aceito com modificações

28/01/2014

Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

¹Ambulatório de Distúrbios do Sono no Climatério; Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

²Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

³Departamento de Ginecologia e Ambulatório de Distúrbios do Sono no Climatério, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

for sleep apnea by the Berlin Questionnaire. On polysomnography, 70.58% of the patients had a sleep efficiency lower than 85%; 79.41% had a sleep latency of less than 30 min; 58.82% had a REM sleep latency of less than 90 min, and 44.11% had mild apnea. When the groups were compared, a linear association was identified between BMI and the AHI average, and a relationship between high BMI and use of drugs for thyroid treatment was found. **CONCLUSION:** There was a high prevalence of sleep-disordered breathing, initial insomnia, fragmented sleep, and thyroid disorders in the group with higher BMI.

Introdução

O climatério consiste em um período de profundas alterações sistêmicas na vida da mulher, caracterizado pela falência dos folículos ovarianos, com redução da secreção de estradiol, interrupção definitiva dos ciclos menstruais e surgimento de sintomas característicos desta fase da vida¹. Os principais sintomas relatados neste período são as alterações dos ciclos menstruais, sintomas vasomotores, sintomas depressivos e distúrbios do sono. Dentre os principais distúrbios do sono está a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), caracterizada por eventos recorrentes de obstrução da via aérea superior durante o sono, associados a sinais e sintomas clínicos. No adulto, essa redução do fluxo aéreo pode ser parcial (hipopneia) ou completa (apneia), deve ter duração igual ou maior a 10 segundos e estar associada a esforço respiratório. A interrupção periódica da ventilação resulta, em geral, em dessaturação da oxihemoglobina e, ocasionalmente, em hipercapnia. Os despertares muitas vezes associados a esses eventos apresentam um aumento abrupto da frequência do eletroencefalograma e duração mínima de três segundos². Estudo epidemiológico recente realizado na cidade de São Paulo, que utilizou a polissonografia em laboratório (padrão ouro para diagnóstico dessa síndrome), observou que a prevalência de SAOS chega ao número alarmante de 32,8% da população analisada³.

Entretanto, a prevalência de SAOS em mulheres na pós-menopausa que não fazem uso de terapia hormonal aproxima-se da incidência da doença em homens. As razões para isso estão possivelmente associadas à diminuição da produção de hormônios femininos endógenos como o estradiol e a progesterona, alterações na distribuição de gordura corporal e funcionamento das vias aéreas⁴. Trata-se de uma importante questão de saúde pública, pois, entre as consequências da SAOS, encontram-se as alterações cardiovasculares, a sonolência excessiva e, com isso, o aumento do risco de acidentes do trabalho e de trânsito, alterações de humor, cognitivas e metabólicas, que comprometem a qualidade de vida dos pacientes. Um estudo de natureza clínico-epidemiológica tem demonstrado a associação da SAOS com a mortalidade geral e por eventos cardiovasculares⁵.

A Síndrome das Pernas Inquietas (SPI) é caracterizada pela urgência em movimentar os membros inferiores, frequentemente acompanhada de parestesia. Essa urgência em se movimentar e as sensações desagradáveis têm início

ou se agravam nos períodos de inatividade ou descanso, melhoram com o movimento e pioram durante a noite⁶. A SPI é classificada em primária ou idiopática, e constitui cerca de 70 a 80% dos casos. É de natureza genética e surge em idade precoce (antes dos 45 anos). Já a SPI secundária encontra-se associada à deficiência de ferro, à gravidez, à insuficiência renal terminal e à polineuropatia⁷. Estudos indicam que há relação entre SPI e esteroides sexuais femininos, pois a prevalência aumenta na gravidez. Sabe-se também que, na pós-menopausa, a terapia de reposição hormonal constitui em método possível de tratamento. O estrógeno aumenta a absorção de dopamina em áreas específicas do cérebro, diminui o seu catabolismo, reduz sua concentração e a superatividade do seu receptor. Além disso, o estrógeno é capaz de prevenir atrofia neuronal e promover a vascularização tecidual, aumentando o aporte de oxigênio para os tecidos⁸.

A insônia é definida como dificuldade em iniciar e/ou manter o sono durante pelo menos três semanas, e pode estar associada a transtornos respiratórios, síndrome das pernas inquietas, bruxismo, parassonias, transtornos psiquiátricos e neurológicos. Acomete cerca de 15% da população em geral, sendo as mulheres as mais acometidas (de 30 a 80% da população geral)⁹, havendo maior incidência no grupo de mulheres na pós-menopausa, entre 28 e 63%⁴. Dentre estas, as principais queixas de insônia foram relacionadas a fogachos e suores noturnos e aos distúrbios do sono como apneia e síndrome das pernas inquietas¹⁰. De fato, mulheres com mais de 55 anos apresentam piora na qualidade do sono, com menos estágios 3 e 4, menos sono REM, tempo total de sono mais curto e com pior eficiência¹¹.

A obesidade é uma doença crônica que está se tornando epidêmica no mundo todo, e constitui no principal fator de risco para o desenvolvimento da SAOS, pois é capaz de afetar a estrutura e função das vias aéreas superiores, estreitando a faringe devido ao acúmulo de gordura subcutânea e periluminal¹². Entre as mulheres, o IMC atinge maiores valores entre os 50 e 59 anos de idade, período que frequentemente coincide com a menopausa¹³. Entretanto, a SAOS pode, por sua vez, promover a obesidade, pois leva à sonolência diurna excessiva, e conseqüentemente à inatividade¹⁴.

Devido à importância dos distúrbios do sono, sobretudo na população de mulheres na pós-menopausa e sua associação com sobrepeso e obesidade, este estudo tem como principal objetivo avaliar a frequência dos distúrbios

do sono, em uma amostra de pacientes atendidas em um ambulatório de distúrbios do sono, e comparar a qualidade do sono entre pacientes com sobrepeso e obesidade por meio de questionários e da polissonografia. Além disso, pretende avaliar a relação entre a presença de outras comorbidades com os distúrbios do sono nesta população.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal, para o qual foram selecionadas 34 pacientes que frequentam o ambulatório de distúrbios do sono no climatério da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. As pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para participar do estudo, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp - HSP (0675/10). A pesquisa foi conduzida de acordo com a Declaração de Helsinque (2008). Foram incluídas no estudo pacientes com idades entre 50 e 70 anos, com no mínimo 12 meses de amenorreia, Índice de Massa Corporal igual ou superior a 25 kg/m² e que realizaram pelo menos uma polissonografia. Foi verificado o uso ou não de medicações, entre elas para disfunções tireoidianas.

Todas as pacientes foram submetidas a seis questionários para avaliação dos sintomas relacionados ao climatério e à qualidade do sono: Índice Menopausal de Kupperman¹⁵; Questionário sobre qualidade de vida específico para menopausa (Menqol)¹⁶; Escala de Sonolência de Epworth¹⁷, Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh¹⁸; Índice de Gravidade da Insônia¹⁹; Questionário sobre Distúrbio Respiratório do Sono (Berlin)²⁰ e Escala de Classificação da Gravidade da Síndrome das Pernas Inquietas²¹.

A Escala de Sonolência de Epworth é utilizada para medir os níveis de sonolência diurna, no qual o paciente atribui notas (0 a 3) para cada situação de acordo com a possibilidade de cochilar frente a cada uma delas: Sentado e lendo; assistindo TV; sentado, quieto, em um lugar público (por exemplo, em um teatro, reunião ou palestra); andando de carro por uma hora sem parar, como passageiro; sentado, quieto, após o almoço sem ingestão de álcool; em um carro parado no trânsito por alguns minutos. A pontuação igual ou superior a 9 caracteriza a Sonolência Excessiva Diurna¹⁷.

O Questionário Berlin inclui 10 itens, organizados em três categorias referentes a ronco e apneias presenciais (5 itens), sonolência diurna (4 itens) e hipertensão arterial/obesidade (1 item), além de informação sobre gênero, idade, altura, peso, circunferência do pescoço e etnia. A determinação do alto ou baixo risco para SAOS é baseada nas respostas em cada categoria de itens²⁰.

Foram aferidas, além do peso e da altura em balança utilizada rotineiramente no ambulatório, as medidas das circunferências do abdome e do quadril com fita métrica,

tomando-se o ponto médio entre a face inferior da última costela e a porção superior da crista ilíaca, e o ponto mais largo ao redor dos trocanteres e acima da crista ilíaca, no nível da extensão máxima dos glúteos.

A polissonografia (PSG) foi efetuada com o registro simultâneo de eletroencefalograma, fluxo aéreo nasal e oral, esforço respiratório torácico e abdominal, movimentos corporais através do eletromiograma, gases sanguíneos (saturação da oxihemoglobina e concentração de dióxido de carbono), posição corporal, entre outras. O registro polissonográfico foi realizado no laboratório, durante uma noite inteira de sono, com acompanhamento por um técnico especializado em PSG.

As variáveis numéricas foram descritas por médias e desvio padrão. Para comparar os grupos sobrepeso (SOB) e obesas (OB) empregamos, para variáveis qualitativas, o teste do χ^2 . Para comparar as variáveis quantitativas, foi utilizado o teste t de Student. Para verificar associação entre as variáveis, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (r). O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$.

Resultados

As 34 pacientes entrevistadas apresentaram média de idade de 60,3, variando entre 51 a 69 anos. Quanto ao tempo de menopausa, a média foi de 11,6, variando entre 2 a 30 anos, sendo que 17,6% apresentaram tempo de menopausa menor que 5 anos, e 76,4% apresentaram tempo de menopausa maior do que 5 anos. O IMC médio foi de 31,6, sendo que 52,9% apresentaram IMC entre 25 e 29,9 (SOB) e 47% apresentaram IMC superior a 30 (OB). A respeito da relação cintura/quadril, 85,2% apresentaram valor igual ou superior a 0,8. Com relação ao Índice Menopausal de Kupperman total, 47% apresentaram sintomatologia leve, 41,1% apresentaram sintomas moderados e 11,7% apresentaram sintomas acentuados. Em relação aos sintomas vasomotores, 5,8% apresentaram sintomas leves, 17,6% apresentaram sintomas moderados e 23,5% apresentaram sintomas acentuados. Em relação à Terapia Hormonal (TH), 32% das pacientes afirmaram ter feito uso no passado, enquanto 68% afirmaram nunca terem feito uso. Quando da inclusão, todas as pacientes afirmaram não fazer uso de TH.

A respeito dos questionários aplicados, para a Escala de Sonolência de Epworth, das 34 pacientes avaliadas, metade apresentava score igual ou superior a 9. Com relação ao Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI), 9% apresentaram boa qualidade do sono, 23% apresentaram qualidade ruim do sono e 68% apresentaram distúrbio do sono. Para o Índice de gravidade da insônia (ISI), 12% apresentaram insônia subclínica, 47% se encontraram no limite inferior para insônia, 35% se enquadraram na

insônia clínica moderada e 6% foram classificadas com insônia grave. No Questionário Berlin, 32% das pacientes foram classificadas como de baixo risco para apneia do sono, enquanto que 68% foram classificadas como de alto risco, sendo que 12 destas pacientes apresentaram IMC superior a 30. Em relação à Escala de Classificação da Gravidade da Síndrome das Pernas Inquietas (SPI), 79% das pacientes apresentaram grau leve, 11,7% apresentaram grau moderado, 8,8% apresentaram grau acentuado e nenhuma apresentou grau muito acentuado (Tabela 1).

Com relação aos dados polissonográficos, 29,4% apresentaram eficiência do sono maior ou igual a 85%, e 70,5% apresentaram eficiência menor que 85%. Em relação à latência do sono, 79,4% apresentaram latência menor que 30 minutos e 20,5% apresentaram latência maior ou igual a 30 minutos. Em relação à latência para sono REM, 58,8% das pacientes apresentaram latência maior que 90 minutos, enquanto que 41,1% delas apresentaram latência menor que 90 minutos. Para o índice de apneia/hipoapneia, 29,4% não apresentava apneia (IAH < 5), 44,1% apresentava apneia leve (IAH entre 5 e 15), 17,6%, apneia moderada (IAH entre 15 e 30) e 5,8%, apneia acentuada (IAH > 30). Em relação ao PLM, do total da amostra 20,5% apresentaram movimento de membros inferiores (movimento periódico de membros/h). Quanto ao índice de despertar, 29,4% das pacientes apresentava índice menor que 10, enquanto que 70,5% apresentava índice maior que 10 (Tabela 2).

As 34 pacientes entrevistadas foram divididas em dois grupos: com sobrepeso (SOB: n=18, IMC entre 25 e 30) e obesas (OB: n=16, IMC maior que 30). A média de idades no grupo SOB foi de 60,3, e no grupo OB foi de 60,3. O IMC médio no grupo SOB foi 28,2, e no grupo OB foi 35,4. As médias das medidas de cintura e quadril em cm para as pacientes com sobrepeso e obesas foram respectivamente 88,6 e 104,0; 103,9 e 117,3 (Tabela 3). Considerando o Índice Menopausal de Kupperman e analisando a presença de sintomas vasomotores, a média obtida foi de 18,9 no índice total, e de 5,3 para os sintomas vasomotores.

Não houve diferença significativa entre os grupos quanto às características antropométricas e sintomas climatéricos das pacientes dos grupos sobrepeso e obesidade. Houve

Tabela 1. Médias e desvios padrão dos índices obtidos nos questionários sobre distúrbios do sono de acordo com a pontuação na população de pacientes estudadas

Questionário	25<IMC<30	IMC>30	Valor p
Escala de Epworth	8,4±5,6	8,8±5,1	0,8
Índice de Pittsburgh	10,1±4,2	11,7±4,3	0,2
Índice da gravidade da insônia	11,8±6,7	15,1±5,1	0,1
SPI	4,1±8,0	4,0±8,7	0,9

SPI: síndrome das pernas inquietas.

Tabela 2. Médias e desvios padrão dos dados polissonográficos na população de pacientes estudadas

Variáveis da polissonografia	25<IMC<30	IMC>30	Valor p
Eficiência do sono (%)	78,1±11,5	77,3±11,2	0,8
Latência do sono (min)	19,8±14,2	20,9±23,5	0,8
Latência final (min)	12,2±30,0	32,4±54,2	0,1
Estágio 0 (%)	80,6±47,0	83,5±44,4	0,8
Latência sono REM (min)	137,0±72,0	149,8±103,7	0,6
Estágio 1 (%)	6,6±6,7	12,5±20,8	0,2
Estágio 2 (%)	56,8±9,0	57,4±11,5	0,8
Estágio 3+4 (%)	20,3±8,2	19,1±7,4	0,6
Sono REM (%)	16,2±6,5	15,9±9,1	0,9
Tempo total de sono (min)	341,2±61,4	335,3±55,1	0,7
IAH (eventos/h)	10,3±6,6	26,3±18,7	0,003
Saturação média (%)	95,1±1,9	94,7±1,8	0,5
Saturação mínima (%)	87,5±4,6	82,8±6,6	0,02
Índice de despertar (eventos/h)	18,5±13,6	25,6±19,0	0,2

IAH: Índice de apneia/hipopneia.

Tabela 3. Comparação de dados antropométricos e sintomatologia climatérica para as 34 pacientes incluídas no estudo

Variável	25<IMC<30 Média±DP	IMC>30 Média±DP	Valor p
Idade	60,3±5,7	60,3±5,2	0,9
IMC	28,2±1,0	35,4±3,5	p<0,05
Cintura	88,6±8,5	104,0±9,6	p<0,05
Quadril	103,9±5,6	117,3±9,8	p<0,05
Índice de Kupperman			
Total	18,9±11,0	20±10,1	0,7
Sintomas vasomotores	5,3±4,9	3,5±5,4	0,3
Menqol	11,2±7,5	7,9±6,6	0,1
Tempo de menopausa	8,5±5,2	13,9±9,1	0,09

IMC: Índice de massa corporal; Menqol: *The Menopause specific quality of life questionnaire*.

tendência (p=0,09) no grupo obesidade de apresentar maior tempo de pós-menopausa quando comparado ao grupo sobrepeso (9,5±5,1) (Tabela 3).

Com relação aos questionários específicos de sono, não houve diferença significativa para as escalas Epworth, Pittsburgh, ISI e SPI quando comparados os grupos sobrepeso e obesidade (Tabela 1). Em relação às variáveis polissonográficas, não houve diferença significativa entre os grupos, exceto a variável IAH, que foi maior no grupo obesidade (26,3±18,7) quando comparado ao grupo sobrepeso (10,3±6,6 e p=0,003). O coeficiente de correlação de Pearson indicou forte associação linear média entre IMC e IAH (r=0,53 e p=0,002), como mostra a Figura 1. O coeficiente de determinação linear (R²) indica associação numérica entre duas variáveis, podendo haver relação de causa-efeito entre elas.

Ao compararmos as queixas clínicas em porcentagem entre os grupos sobrepeso e obesidade, não encontramos diferença significativa. As principais queixas referidas

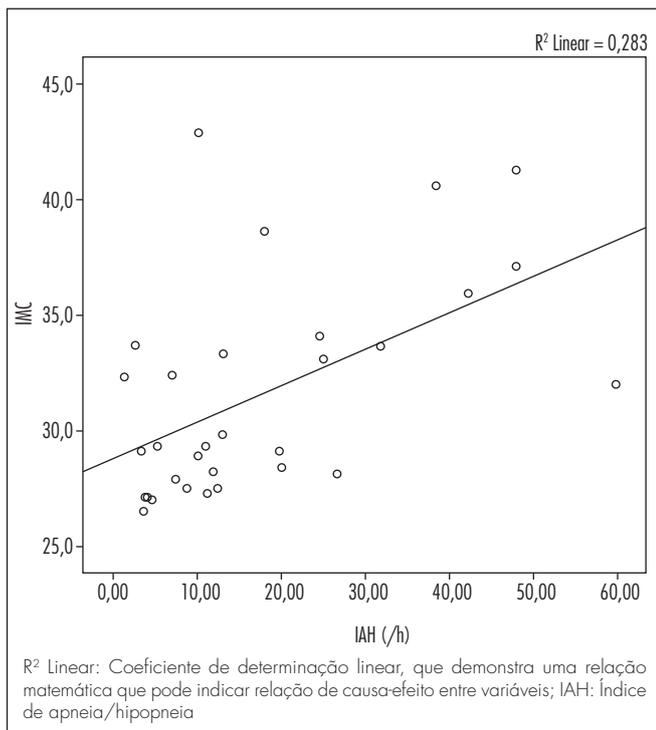


Figura 1. Correlação entre as variáveis IMC e IAH nos grupos sobrepeso e obesidade dentro da amostra estudada.

pelos pacientes foram ronco (SOB: 53,3% e OB: 46,7%), sono fragmentado (SOB: 66,7% e OB: 33,3%), insônia (SOB: 50% e OB: 50%), sonolência diurna (SOB: 66,7% e OB: 33,3%), dor generalizada (SOB: 33,3% e OB: 66,7%) e ansiedade (SOB: 60% e OB: 40%).

Quanto à prevalência de comorbidades nos grupos sobrepeso e obesidade, não houve diferença estatística, exceto quanto a incidência de distúrbio da tireoide e obesidade. As comorbidades mais prevalentes nos grupos pesquisados foram depressão (SOB: 25% e OB: 75%), diabetes mellitus (SOB: 66,7% e OB: 33,3%), hipertensão arterial (SOB: 47,6% e OB: 52,4%), dislipidemia (SOB: 71,4% e OB: 28,6%), lombalgia (SOB: 60% e OB: 40%), osteoporose (SOB: 50% e OB: 50%), fibromialgia (SOB: 100% e OB: nenhuma) e hipotireoidismo (SOB: 16,7% e OB: 83,3%).

O teste do χ^2 mostrou associação entre hipotireoidismo e IMC elevado, havendo maior frequência de pacientes com doenças da tireoide e IMC elevado (83,3%).

Discussão

O estrogênio e a progesterona estão envolvidos em diversas funções do cérebro, incluindo o sono. A relação entre terapia hormonal (TH) e qualidade do sono ainda é controversa, mas estudos demonstraram que o uso da TH levou à melhoria da qualidade do sono em mulheres na pós-menopausa²². Bixler et al.²² constataram que mulheres na pós-menopausa em uso de TH apresentaram

prevalência de apneia do sono semelhante à de mulheres na pré-menopausa (0,5% e 0,6%, respectivamente)²³. Neste estudo, 32% das pacientes afirmaram terem feito TH no passado, mas nenhuma a usava atualmente.

Os distúrbios do sono são queixas comuns entre a população feminina, especialmente durante a transição menopausal. Mulheres na pós-menopausa são mais propensas a relatar problemas de sono do que aquelas na pré- ou perimenopausa⁸. Interrupções do sono e sonolência diurna afetam negativamente a qualidade de vida e parecem aumentar as comorbidades e o risco de mortalidade. No presente estudo, a Escala de Epworth apontou que, para metade da amostra, os escores eram iguais ou superiores a 9, indicando sonolência excessiva diurna, semelhante a dados encontrados em outro estudo, no qual 65,2% apresentava esta queixa em amostra de 204 pacientes pós-menopausadas triadas para síndrome metabólica²⁴.

O questionário Pittsburgh para qualidade do sono apontou distúrbio do sono para 68% da amostra estudada, valor bem superior ao encontrado em estudo de Chung e Tang²⁵, que constatou 26% de mulheres entre 45 e 55 anos com escore PSQI global maior que 5. Em nosso estudo, por meio do questionário sobre gravidade da insônia, 47% das pacientes se classificam no limite inferior para insônia, apesar desta ser a principal queixa referida pelas pacientes. No entanto, por ser queixa subjetiva, a insônia pode indicar outras comorbidades relacionadas que interferem diretamente na percepção do sono. As queixas de sono se mostram muito relacionadas a sintomas de ansiedade, dores de cabeça, tonturas, palpitações, depressão e ganho de peso. Entre as pacientes incluídas no estudo, a depressão foi referida por 75% das pacientes obesas, e a ansiedade, por 25% das pacientes com sobrepeso. Com emprego do ISI, outro estudo indicou 41,5% de pacientes com algum grau de insônia entre mulheres de 40 a 59 anos, com prevalência de 63,8% de obesas²⁶. Este dado pode contribuir para a queixa de má qualidade do sono, já que a queixa de insônia é avaliada subjetivamente pelo índice ISI. Em outro estudo, foi verificada maior prevalência de dificuldade para iniciar o sono em pacientes com depressão e ansiedade em população de pacientes na pré e pós-menopausa²⁷. Outros autores observaram que, com exceção da queixa de ronco, o IMC não se relacionava positivamente a outras queixas de sono, e afirma que, em outros estudos, a maioria daquelas que se queixavam de insônia apresentavam tempo de sono normal²⁸. Em nosso estudo, não houve correlação significativa entre sintomas vasomotores e depressão quando comparados os grupos sobrepeso e obesidade.

Neste estudo, foram espontaneamente relatadas pelas pacientes como principais queixas o ronco (53,3% das pacientes com sobrepeso e 47,6% das pacientes com obesidade) e insônia (50% do grupo sobrepeso e 50% do grupo obesidade). Por meio do questionário Berlin,

68% das pacientes apresentou alto risco para distúrbio respiratório do sono, sendo que 35,2% delas apresentam IMC maior que 30. Outro levantamento não demonstrou correlação entre os escores totais (por meio do questionário de gravidade da insônia) e idade do sexo feminino, menopausa e circunferência da cintura (52,9% das mulheres pós-menopausadas pesquisadas apresentavam alta taxa de gordura abdominal)²⁶.

Com relação ao questionário de gravidade da SPI, este estudo constatou-se que 79% das pacientes apresentavam grau leve. Este dado também é subjetivo, possivelmente relacionado à queixa de dor generalizada relatada por 33,3% das pacientes com sobrepeso e 66,7% das pacientes obesas.

Com relação aos dados polissonográficos, 70,5% da amostra apresentou eficiência do sono menor que 85%, sendo 79,4% com latência menor que 30 min, e o índice de despertares foi maior que 10 para 70,5%. Estes dados indicam que a insônia nesta população não é de início, e que o sono da maioria das pacientes é fragmentado, o que condiz com a principal queixa em relação ao sono. Estudos apontam a relação entre curta duração do sono com obesidade e ganho de peso na pós-menopausa²⁹. Alguns autores identificaram ainda que a curta duração do sono (menos de 6 horas por noite) está associada a maior incidência de síndrome metabólica em mulheres na pós-menopausa³⁰. Já a PLM na polissonografia aponta movimento periódico de pernas em 20,5% das pacientes, valor bem abaixo do referido no questionário subjetivo, o que reforça a hipótese de certa confusão entre a queixa de dores musculares e/ou articulares em membros inferiores com a necessidade de movimentar as pernas durante a noite.

O IAH mostrou-se correlacionado linearmente com o IMC, o que confirma que mulheres pós-menopausadas com IMC alto e que não fazem uso de TH têm mais risco

de desenvolver síndrome da apneia do sono. Em nosso estudo, 61,7% da amostra apresentou escores de IAH para apneia leve e moderada, em correspondência com outros estudos, em que se constataram 60% dos casos de SAOS em mulheres na pós-menopausa³¹.

Outro dado positivo foi a incidência mais elevada de hipotireoidismo no grupo de obesas (83,3%) deste estudo. Há evidência de correlação positiva entre melhora da gravidade do ronco e da sonolência excessiva diurna em pacientes sob tratamento de hipotireoidismo, indicando possível associação entre a doença e aumento da resistência das vias aéreas³². O estudo ainda ressalta a confusão que pode surgir entre os sintomas do hipotireoidismo e da SAOS, pois sonolência, fadiga, depressão e dificuldade de concentração são traços comuns entre as patologias. Constatou-se em estudo que mulheres na pós-menopausa não obesas, mas com altos escores para insônia, tinham maior risco para desenvolver câncer de tireoide. Já as obesas estavam mais propensas aos sintomas vasomotores que interferem na qualidade do sono³³. Outro estudo constatou a prevalência de hipotireoidismo clínico e subclínico de 8,7% associados a SAOS, não havendo diferenças estatísticas significativas entre homens e mulheres, nem entre as faixas etárias dentro da população pesquisada³⁴.

Em resumo, neste estudo foram constatadas frequências elevadas de distúrbios respiratórios do sono e sono fragmentado, com uso de questionários específicos e da polissonografia, associados a maior incidência de hipotireoidismo no grupo de pacientes obesas. Os resultados apontam para a necessidade de maior atenção aos distúrbios do sono e ao ganho de peso durante a pós-menopausa, investindo em estudos detalhados para seguir e tratar adequadamente as pacientes neste período da vida.

Referências

- De Lorenzi DR, Danelon C, Saciloto B, Padilha Junior I. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(1):7-11.
- Bittencourt LR, Togeiro SM, Bagnato MC. Diagnóstico da síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono. *Rev Bras Med.* 2001;58(8):584-93.
- Tufik S, Santos-Silva R, Taddei JA, Bittencourt LR. Obstructive sleep apnea syndrome in the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. *Sleep Med.* 2010;11(5):441-6.
- Hachul de Campos H, Brandão LC, D'Almeida V, Grego BH, Bittencourt LR, Tufik S et al. Sleep disturbances, oxidative stress and cardiovascular risk parameters in postmenopausal women complaining of insomnia. *Climacteric.* 2006;9(4):312-9.
- Sands M, Loucks EB, Lu B, Carskadon MA, Sharkey K, Stefanick M, et al. Self-reported snoring and risk of cardiovascular disease among postmenopausal women (from the Women's Health Initiative). *Am J Cardiol.* 2013;111(4):540-6.
- Ekbom K, Ulfberg J. Restless legs syndrome. *J Intern Med.* 2009;266(5):419-31.
- Santos B, Oliveira AS, Canhão C, Teixeira J, Dias AR, Pinto P, et al. Síndrome de pernas inquietas. *Acta Med Port.* 2008;21(4):359-66.
- Hachul H, Baracat EC, Soares JM Jr, Haidar MA, Mello MT, Tufik S, et al. Estrogen therapy reduces nocturnal periodic limb movements. *Maturitas.* 2007;58(3):319-22.
- Soares CN. Insônia na menopausa e perimenopausa: características clínicas e opções terapêuticas. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006;33(2):103-9.
- Llanas AC, Hachul H, Bittencourt LR, Tufik S. Physical therapy reduces insomnia symptoms in postmenopausal women. *Maturitas.* 2008;61(3):281-4.
- Sahlun C, Franklin KA, Stenlund H, Lindberg E. Sleep in women: normal values for sleep stages and position and the effect of age, obesity, sleep apnea, smoking, alcohol and hypertension. *Sleep Med.* 2009;10(9):1025-30.

12. Shah N, Roux F. The relationship of obesity and obstructive sleep apnea. *Clin Chest Med.* 2009;30(3):455-65, vii.
13. De Lorenzi DRS, Basso E, Fagundes PO, Saciloto B. Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(8):479-84.
14. Carter R 3rd, Watenpaugh DE. Obesity and obstructive sleep apnea: or is it OSA and obesity? *Pathophysiology.* 2008;15(2):71-7.
15. Kupperman HS, Blatt MH, Wiesbader H, Filler W. Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by the menopausal and amenorrheal indices. *J Clin Endocrinol Metab.* 1953;13(6):688-703.
16. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, van Maris B, Ross A, Franssen E, et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas.* 1996;24(3):161-75.
17. Johns MW. Daytime sleepiness, snoring and obstructive sleep apnea. *The Epworth Sleepiness Scale.* *Chest.* 1993;103(1):30-6.
18. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193-213.
19. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.* 2001;2(4):297-307.
20. Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Clark K, Strohl KP. Using the Berlin questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med.* 1999;131(7):485-91.
21. Walters AS, LeBrocq C, Dhar A, Hening W, Rosen R, Allen RP, et al. Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome. *Sleep Med.* 2003;4(2):121-32.
22. Hachul H, Bittencourt LR, Andersen ML, Haidar MA, Baracat EC, Tufik S. Effects of hormone therapy with estrogen and/or progesterone on sleep pattern in postmenopausal women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008;103(3):207-12.
23. Bixler EO, Vgontzas AN, Lin HM, Ten Have T, Rein J, Vela-Bueno A, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in women: effects of gender. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;163(3 Pt 1):608-13.
24. Chedraui P, San Miguel G, Villacreses D, Dominguez A, Jaramillo W, Escobar GS, et al. Assessment of insomnia and related risk factors in postmenopausal women screened for the metabolic syndrome. *Maturitas.* 2013;74(2):154-9.
25. Chung KF, Tang MK. Subjective sleep disturbance and its correlates in middle-aged Hong Kong Chinese women. *Maturitas.* 2006;53(4):396-404.
26. Arakane M, Castillo C, Rosero MF, Peñafiel R, Pérez-López FR, Chedraui P. Factors relating to insomnia during the menopausal transition as evaluated by the Insomnia Severity Index. *Maturitas.* 2011;69(2):157-61.
27. Terauchi M, Hiramitsu S, Akiyoshi M, Owa Y, Kato K, Obayashi S, et al. Associations between anxiety, depression and insomnia in peri- and post-menopausal women. *Maturitas.* 2012;72(1):61-5.
28. Kripke DF, Brunner R, Freeman R, Hendrix SL, Jackson RD, Masaki K, et al. Sleep complaints of postmenopausal women. *Clin J Womens Health.* 2001;1(5):244-52.
29. Tu X, Cai H, Gao YT, Wu X, Ji BT, Yang G, et al. Sleep duration and its correlates in middle-aged and elderly Chinese women: the Shanghai Women's Health Study. *Sleep Med.* 2012;13(9):1138-45.
30. Choi JK, Kim MY, Kim JK, Park JK, Oh SS, Koh SB, et al. Association between short sleep duration and high incidence of metabolic syndrome in midlife women. *Tohoku J Exp Med.* 2011;225(3):187-93.
31. Resta O, Caratozzolo G, Pannacchiulli N, Stefano A, Giliberti T, Carpagnano GE, et al. Gender, age and menopause effects on the prevalence and the characteristics of obstructive sleep apnea in obesity. *Eur J Clin Invest.* 2003;33(12):1084-9.
32. Misiolek M, Marek B, Namyslowski G, Scierski W, Zwirska-Korcza K, Kazmierczak-Zagorska Z, et al. Sleep apnea syndrome and snoring in patients with hypothyroidism with relation to overweight. *J Physiol Pharmacol.* 2007;58 Suppl 1:77-85.
33. Luo J, Sands M, Wactawski-Wende J, Song Y, Margolis KL. Sleep disturbance and incidence of thyroid cancer in postmenopausal women: the Women's Health Initiative. *Am J Epidemiol.* 2013;177(1):42-9.
34. Mete T, Yalcin Y, Berker D, Ciftci B, Guven Firat S, Topaloglu O, et al. Relationship between obstructive sleep apnea syndrome and thyroid diseases. *Endocrine.* 2013;44(3):723-8.