

Para épocas de polissonografia apresentadas a seguir, as taxas de amostragem, filtros de alta e de baixa frequência e sensibilidade estão de acordo com as normas recomendadas pela *American Academy of Sleep Medicine* [AASM] (Manual versão 3.0, 2023).

Observe que as imagens relacionadas a traçados de polissonografia poderão representar tempo superior a 30 segundos, não constituindo uma época como indicado no Manual da AASM. Caso isso ocorra, será descrito no enunciado da questão. Fique atento a esta possibilidade.

Nas épocas de polissonografia, a barra da direita irá descrever qual o sensor ou eletrodo a que o canal se refere. As seguintes siglas foram empregadas para tanto:

ABD = abdome (refere-se à cinta abdominal para avaliação de esforço respiratório);

ABD – THX = somatório de esforços respiratórios das cintas torácica e abdominal;

BPM = batimentos por minuto (refere-se à frequência cardíaca, mensurada em batimentos por minuto);

D = direita;

E = esquerda;

ECG = eletrocardiograma;

Mento = eletromiografia do mento;

Olho = eletrooculograma;

Perna = sensor de eletromiografia do músculo tibial anterior;

Plet = pletismografia de pulso do oxímetro;

PULS = frequência cardíaca;

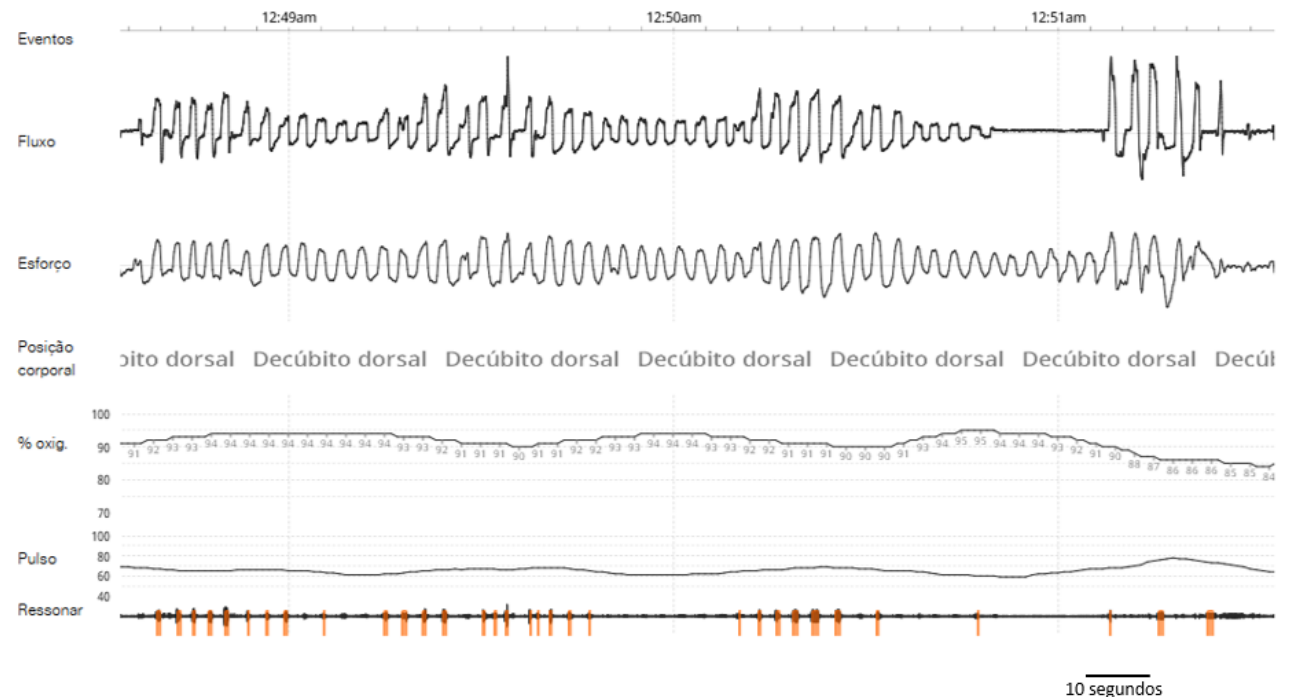
SatO2 = saturação da oxi-hemoglobina (%);

SpO2 = saturação da oxi-hemoglobina (%);

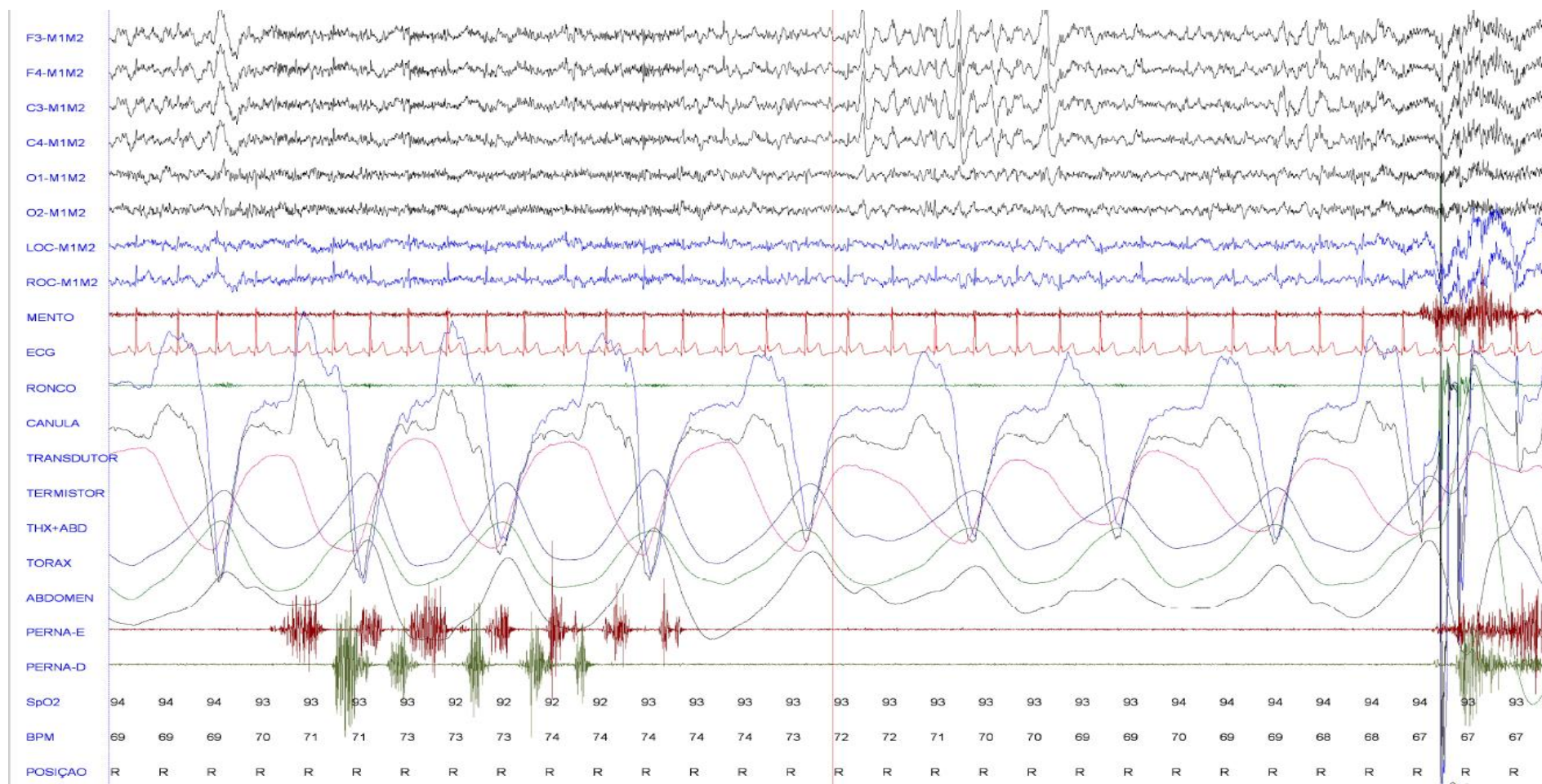
THX = tórax (refere-se à cinta torácica para avaliação de esforço respiratório);

- 61.** Paciente, sexo masculino, 45 anos, em pré-operatório de cirurgia bariátrica, foi submetido a estudo domiciliar para apneia do sono. A seguir encontra-se o registro de 3 minutos de seu exame. Caracterize quais os eventos presentes e quantos são:

Apresenta na imagem 3 eventos: 2 hipopneias (0,5 pontos) e 1 apneia obstrutiva (0,5 pontos).



62. A imagem a seguir representa uma época de 30 segundos de polissonografia tipo 1 de mulher de 35 anos. Qual é o padrão identificado nos eletrodos dos músculos tibiais anteriores?



(A) Ativação muscular alternada das pernas.

(B) Tremor hipnagógico dos pés.

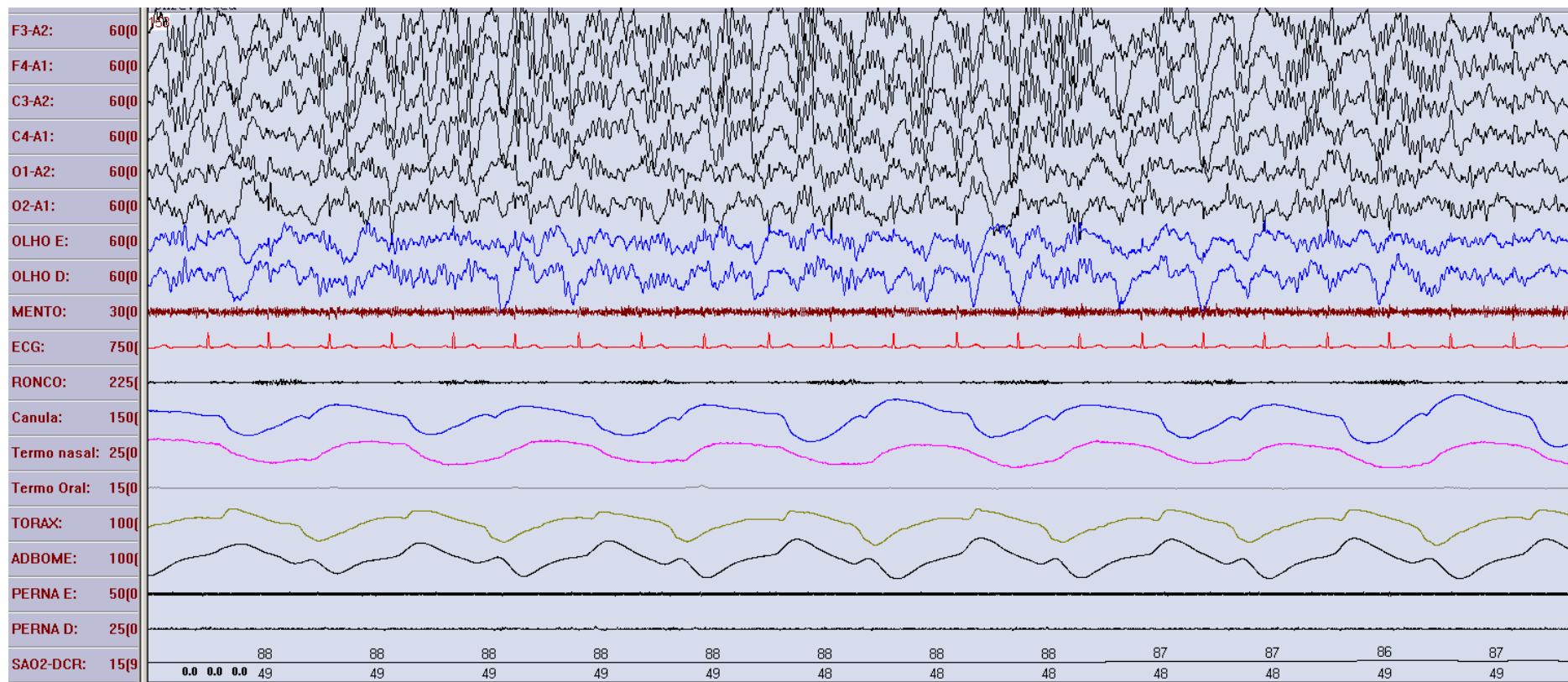
(C) Mioclonia fragmentar excessiva.

(D) Sono REM sem atonia.

63. Paciente, sexo feminino, 56 anos, com história de dificuldade de iniciar o sono, despertares frequentes, dor lombar, ronco e sono não restaurador. Teve ganho de peso de 8 kg em 5 anos. Faz uso de losartana, gabapentina e tramadol. O exame indicado para diagnóstico do(s) distúrbio(s) do sono é:

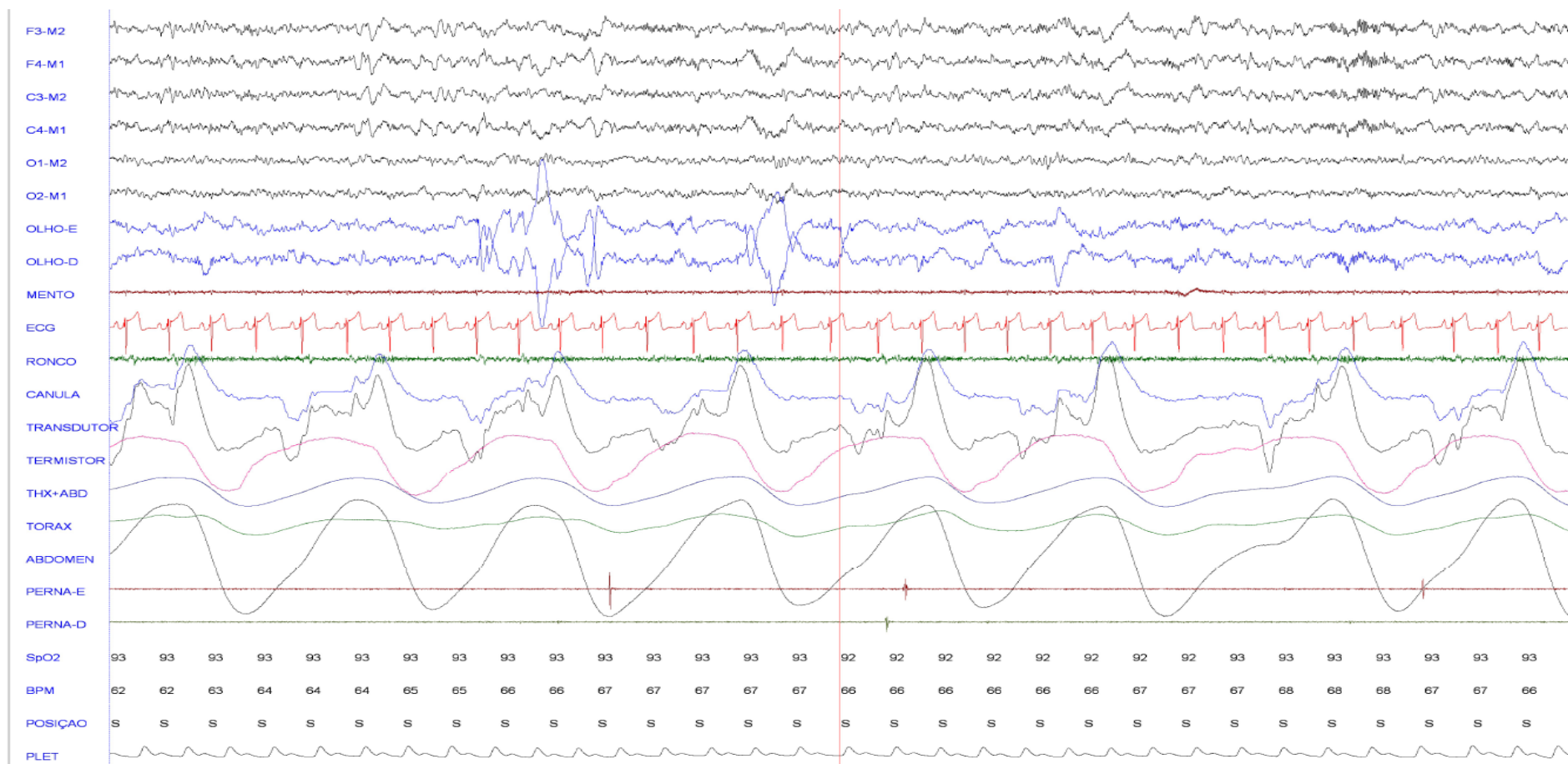
- (A) Oximetria noturna.
- (B) Teste domiciliar para apneia do sono (tipo 3).
- (C) Actigrafia de sete dias.
- (D) Polissonografia no laboratório.

64. A imagem a seguir representa época de 30 segundos de mulher de 34 anos. Denomine o padrão eletroencefalográfico observado na imagem que se segue.



Padrão alfa-delta – intrusão de ritmo alfa (1 ponto)

65. A imagem abaixo representa uma época de 30 segundos de polissonografia tipo 1. Os filtros, sensibilidade, e as taxas de amostragem estão de acordo com as regras recomendadas pela AASM. Sobre os achados dos eletrodos de eletromiografia dos membros inferiores:



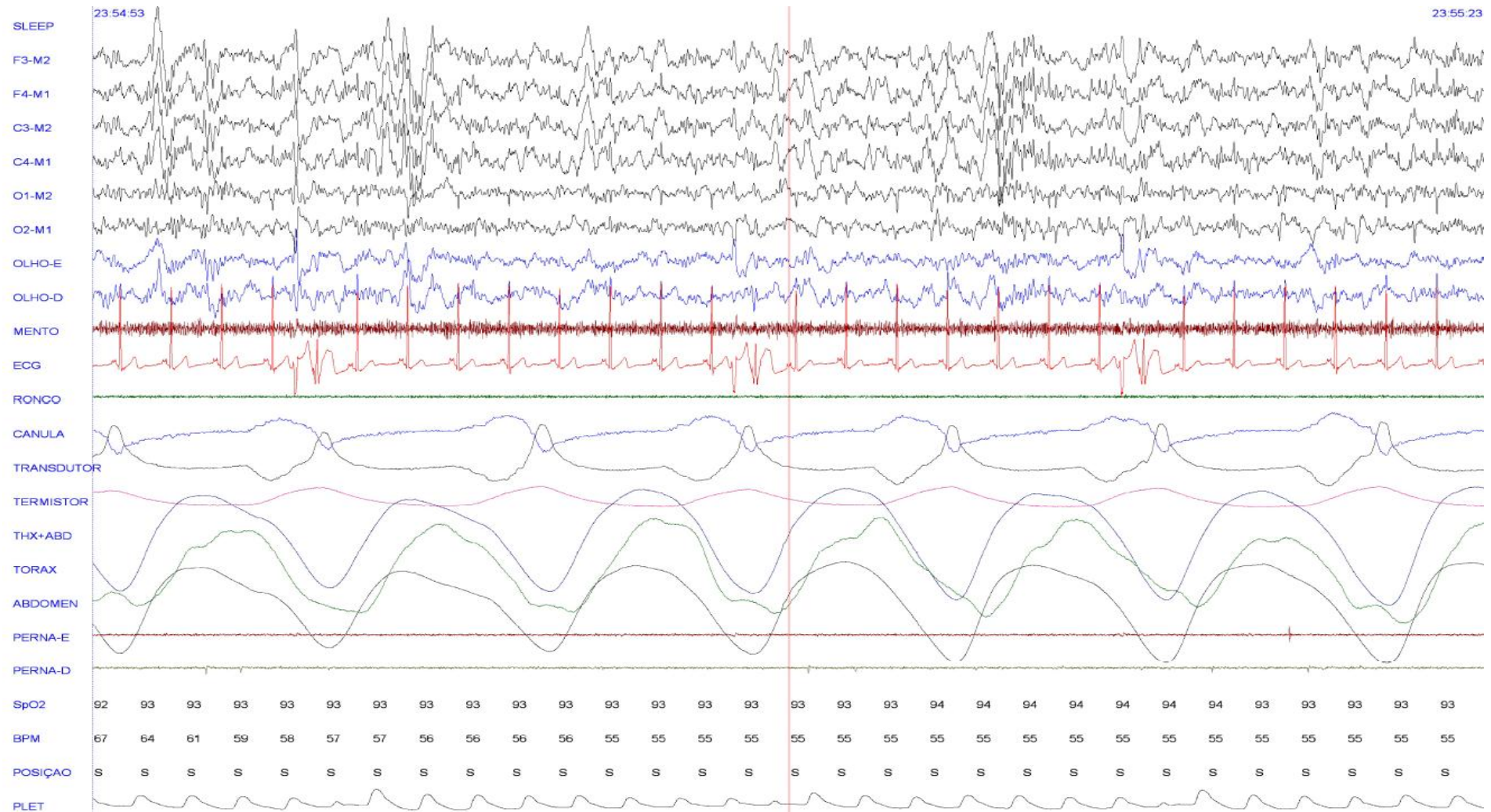
(A) Nomeie o achado:

Consistem de aumentos fásicos da eletromiografia dos membros inferiores (0,5).

(B) Descreva sua relevância clínica:

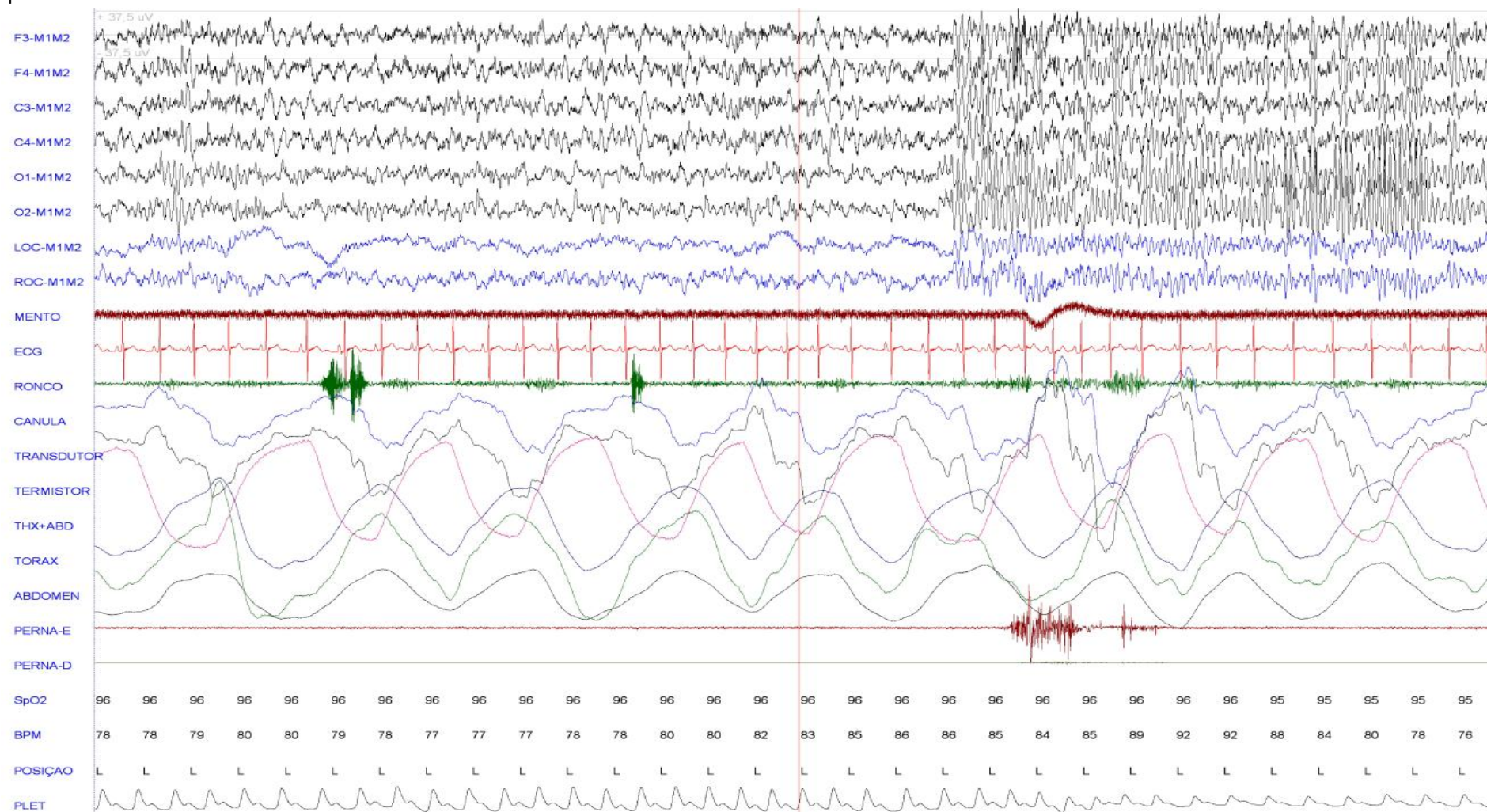
A sua prevalência é baixa e não preenche critérios para sono REM sem atonia. São achados fisiológicos.

66. A imagem abaixo representa 30 segundos de polissonografia de homem de 49 anos. Qual é a alteração patológica identificada na imagem?



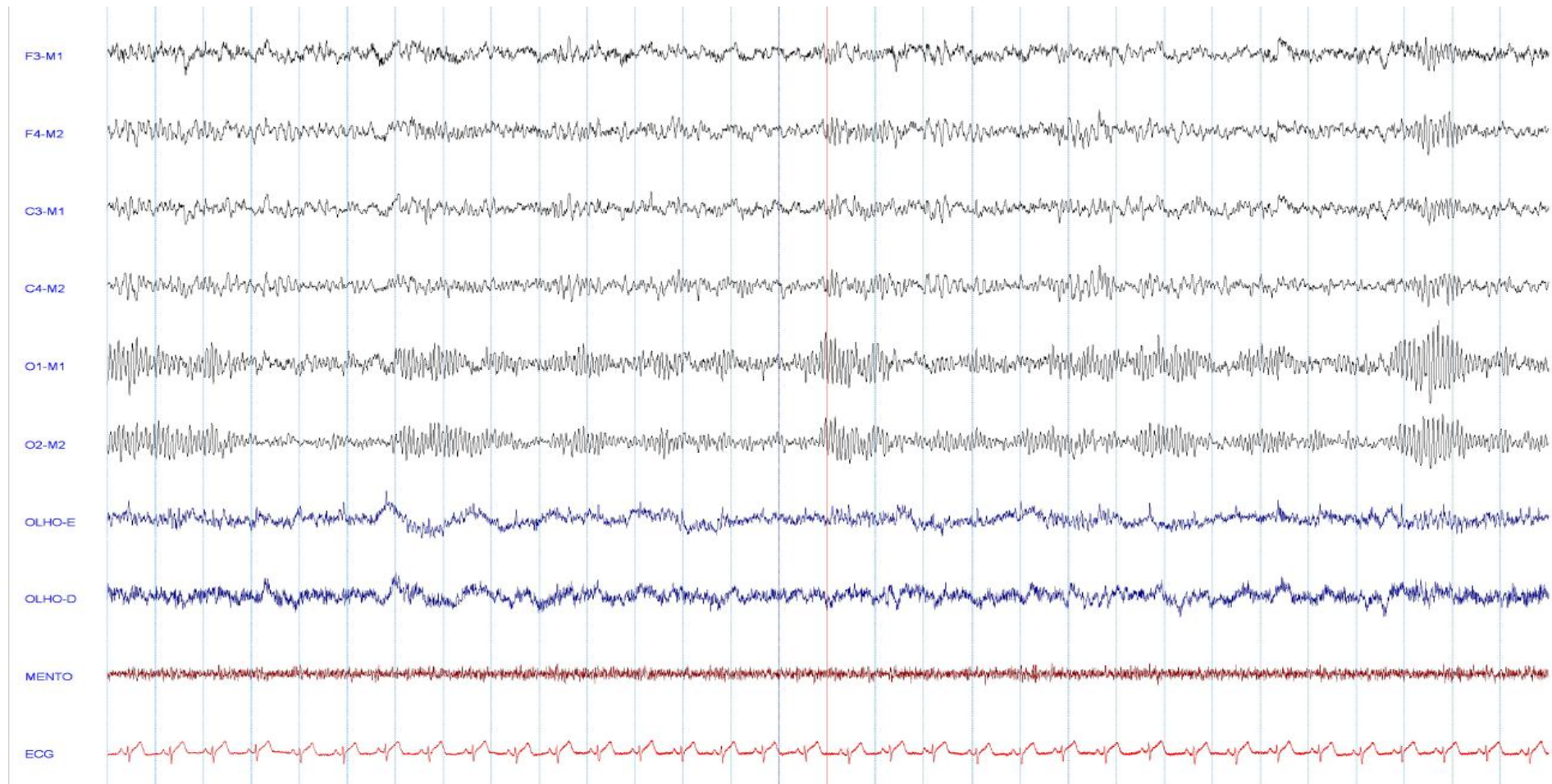
Ocorrem duas extrassístoles ventricular ou de QRS prolongado em sequência em três momentos distintos (1,0 ponto). Se for só dito extrassístole: 0,5 ponto. Não se aceita somente arritmia cardíaca. Não é necessária identificação mais detalhada.

67. A figura abaixo representa época de 30 segundos de polissonografia tipo 1 de homem de 29 anos. Justifique a mudança de padrão eletrográfico que ocorreu no terço final da época.



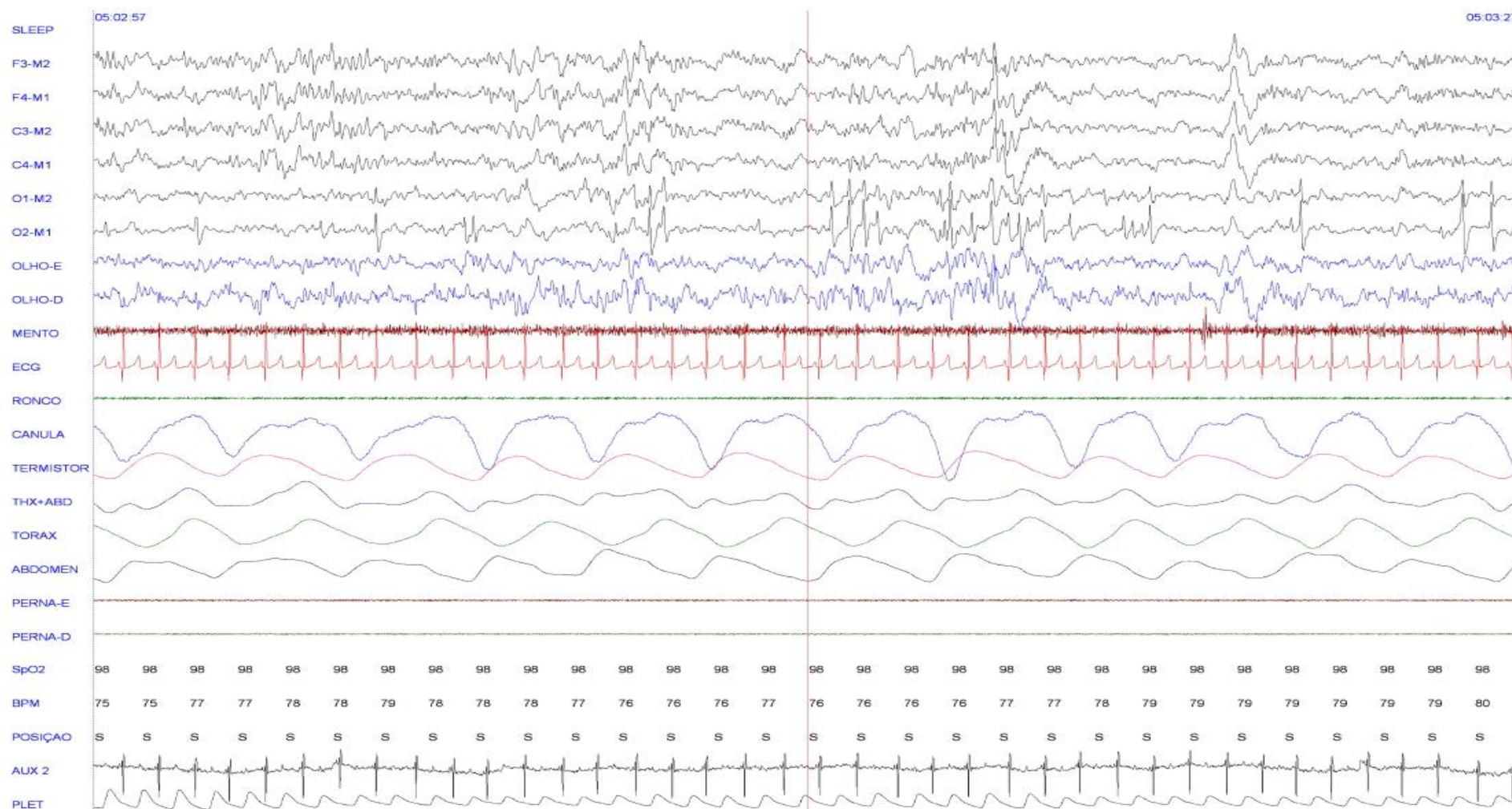
Despertar ou despertar breve (não é possível determinar com exatidão porque o evento ocorre no final da época) (0,5 ponto). Há aumento abrupto da frequência do EEG incluindo frequências alfa, theta (0,5 ponto). A eletromiografia do mento não colabora nesta avaliação por provável artefato do sensor.

68. A imagem abaixo representa uma época de 30 segundos de polissonografia de um adulto de 28 anos, do sexo masculino. As linhas verticais marcam intervalo de 1 segundo. Qual é o estágio desta época?



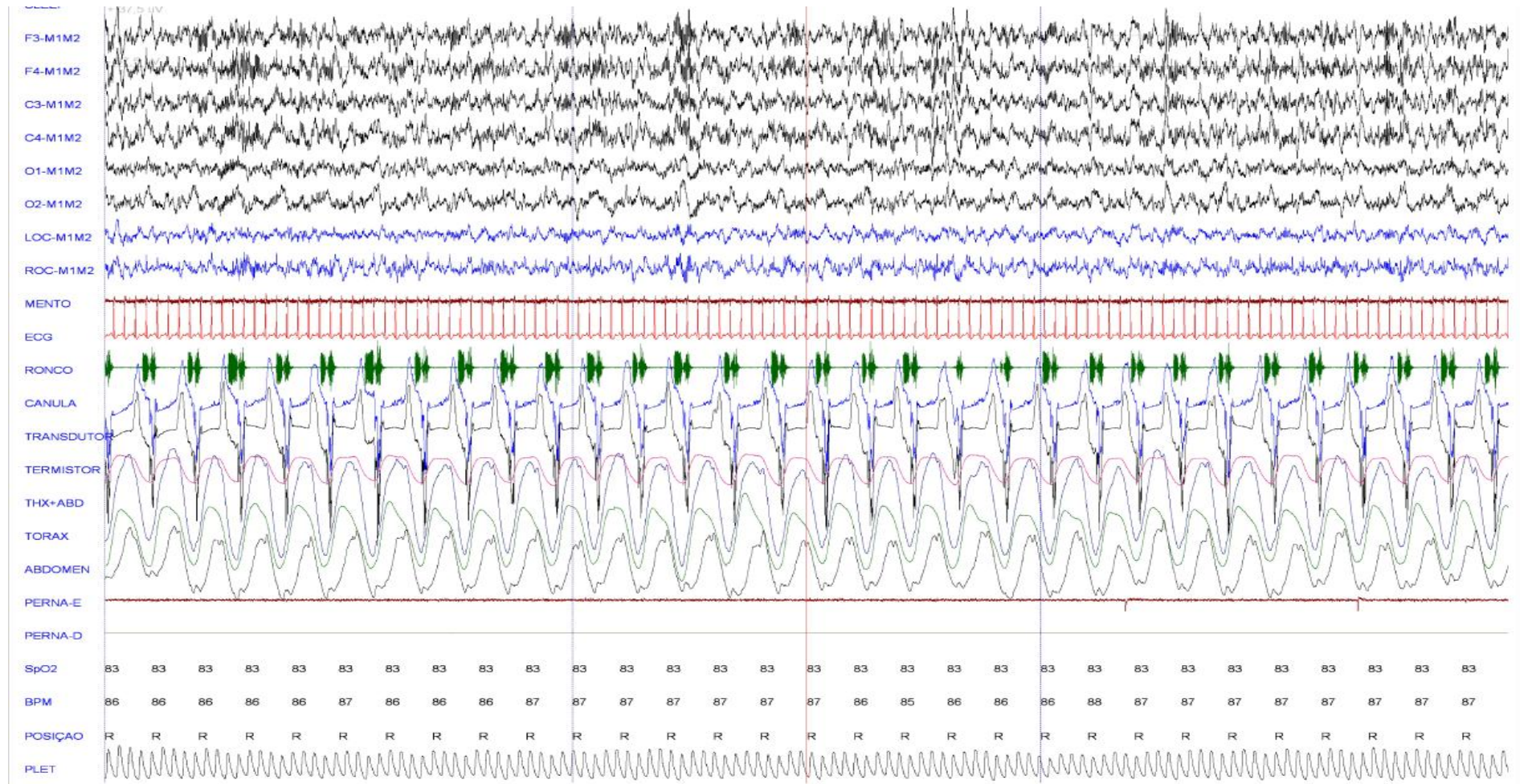
identifica-se ritmo dominante posterior de vigília (ritmo alfa também será aceito), na frequência alfa, difuso, porém de maior amplitude nas regiões posteriores, bilateralmente, com característica sinusoidal, presente com os olhos fechados. Não há movimentos oculares presentes que auxiliem no diagnóstico e o tônus muscular está constantemente baixo, também não colaborando na determinação do estágio.

69. A imagem a seguir representa época de 30 segundos de polissonografia tipo 1, de paciente do sexo feminino, de 10 anos, encaminhada para avaliação de roncos. Qual alteração se observa no padrão do EEG?



Presença de paroxismos epileptiformes tipo ponta-onda (**0,5 ponto**) nas regiões occipitais bilateralmente (**0,5 ponto**). O uso da montagem da AASM impede a adequada localização dos mesmo em termos de alteração.

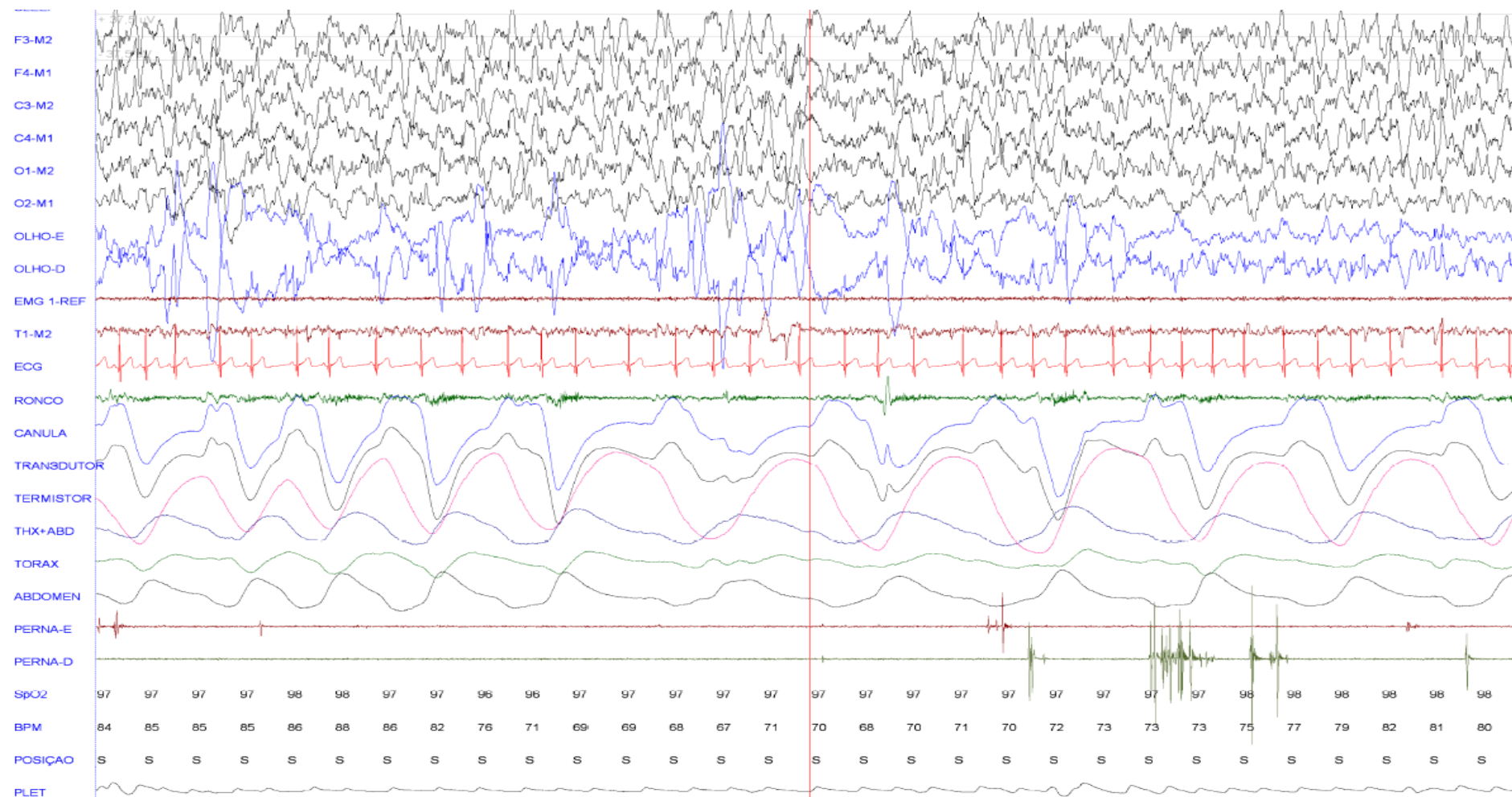
70. No traçado de 90 segundos abaixo, observe a alteração persistente presente e justifique a sua ocorrência. Se houver persistência do achado por período prolongado, qual é a conclusão estabelecida pela polissonografia? Quais são as orientações a seguir para investigação?



Observa-se persistência de saturação da oxi-hemoglobina < 88% durante os 90 segundos, além de ronco. Não foi registrada medida de CO₂ (capnografia ou CO₂ transcutâneo) no presente exame. Portanto, não é possível determinar diagnóstico de hipoventilação no presente exame. Se a alteração da saturação persistir por > 5 minutos, não associada a eventos respiratórios, é possível descrever hipoxemia relacionada ao sono. Para continuar na investigação, deveria ser realizada avaliação de doenças associadas as hipoventilação (como obesidade, doenças neuromusculares, insuficiência cardíaca, cardiopatia congênita cianótica, hipertensão pulmonar, DPOC, etc.). Idealmente, pode-se recomendar nova polissonografia com medida de CO₂. Gasometria arterial, mesmo em vigília, pode confirmar a presença de hipoventilação, com hipercapnia, associada a alguma das doenças mencionadas.

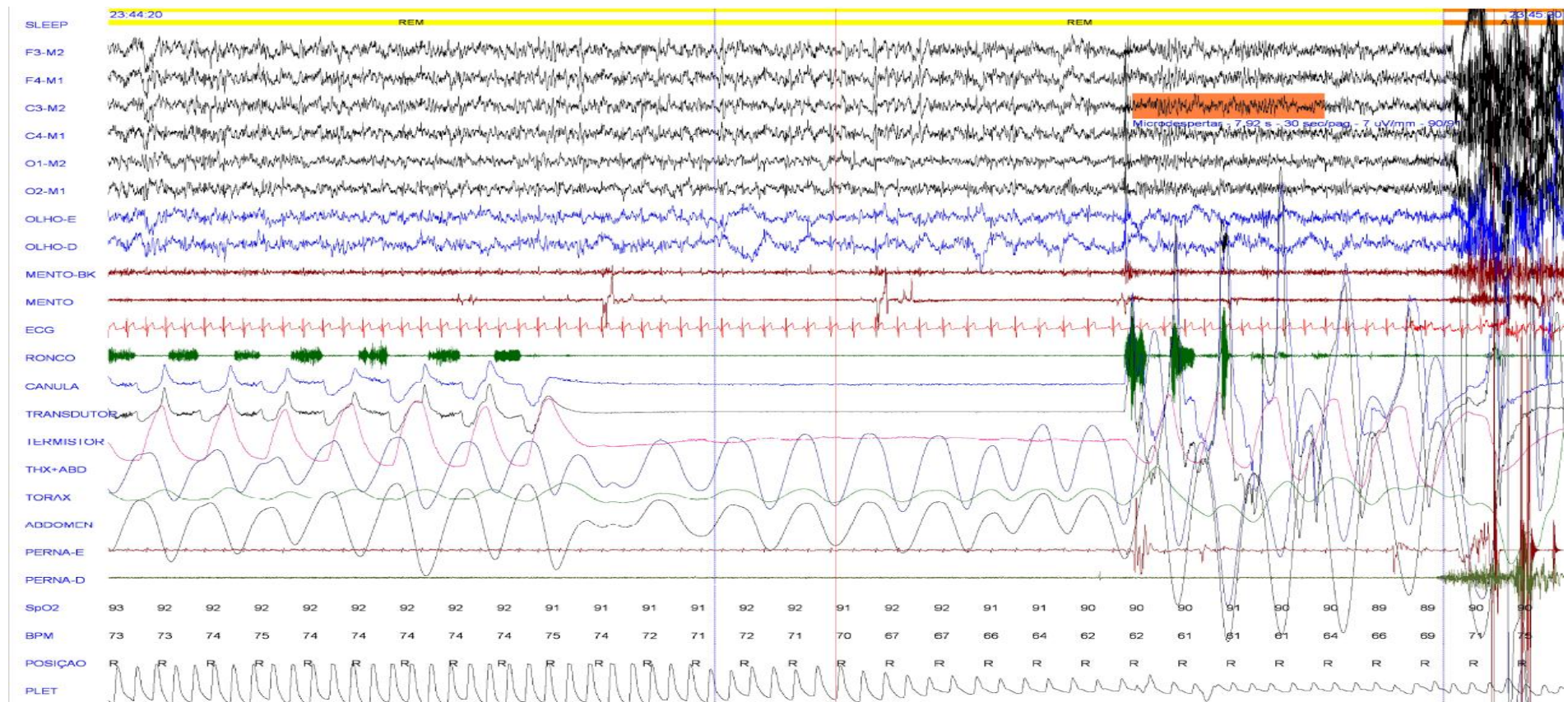
71. A imagem a seguir representa 30 segundos de polissonografia tipo 1 de menina de 3 anos. Qual é o estágio da época? Justifique a sua resposta.

Observação: o canal T1 – M2 representa a eletromiografia de mento acessório de *back-up* que está com artefato e deve ser ignorada em sua resposta.



Sono REM ou estágio R. Observam-se movimentos oculares rápidos, associados ao padrão eletrográfico típico de sono REM para a faixa etária, bem como atonia do mento. Observa-se atividade muscular fásica mais elevada nos membros inferiores, o que não deve ser considerado no estagiamento da época.

72. A imagem a seguir representa 90 segundos de uma polissonografia tipo 1. O estágio do sono já foi determinado na imagem. Descreva:



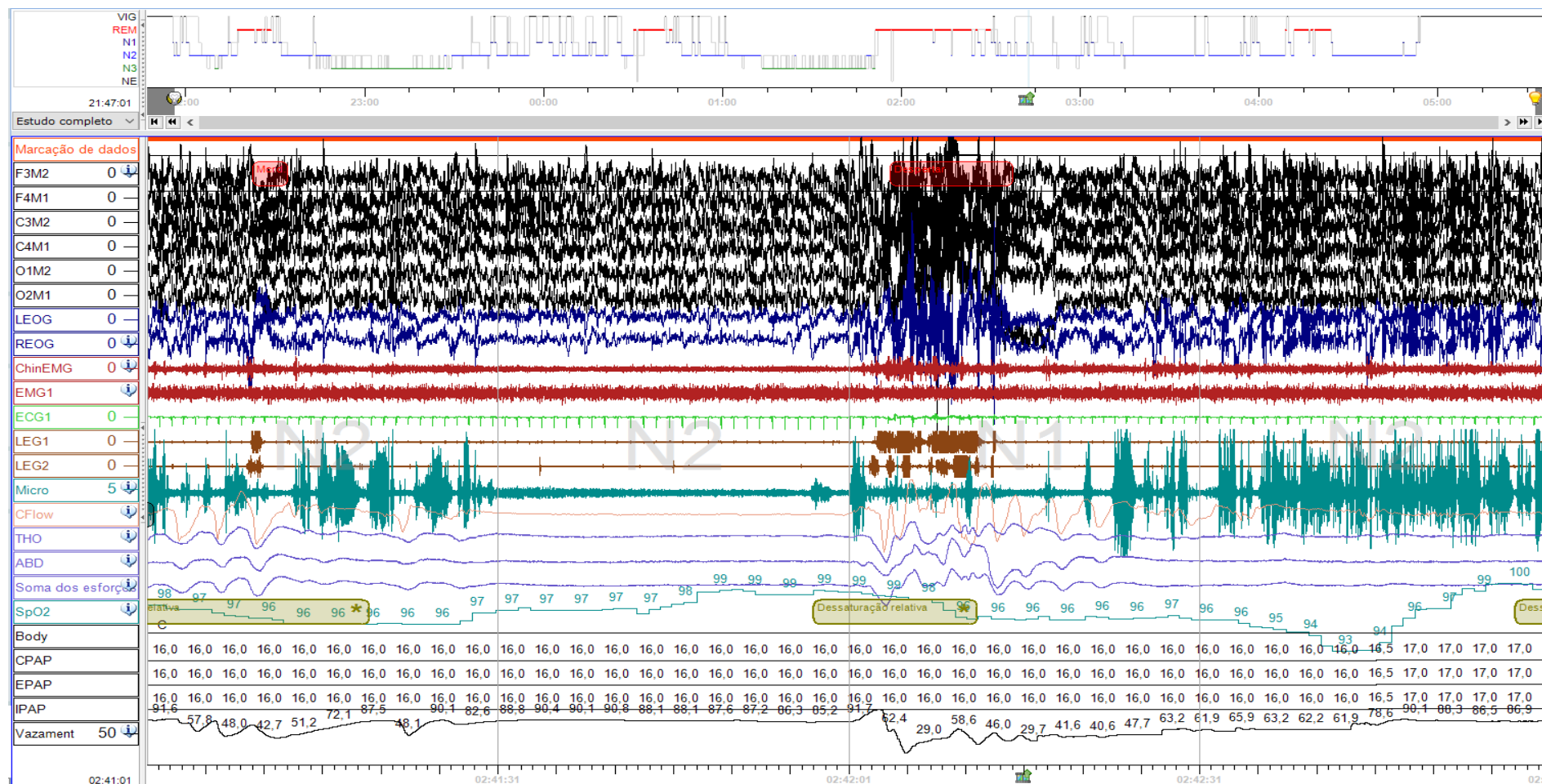
(A) O evento presente:

O evento representa apneia obstrutiva, caracterizada por redução > 90% da amplitude da curva no termistor, com duração > 10 segundos.

(B) Todos os critérios empregados para o seu diagnóstico.

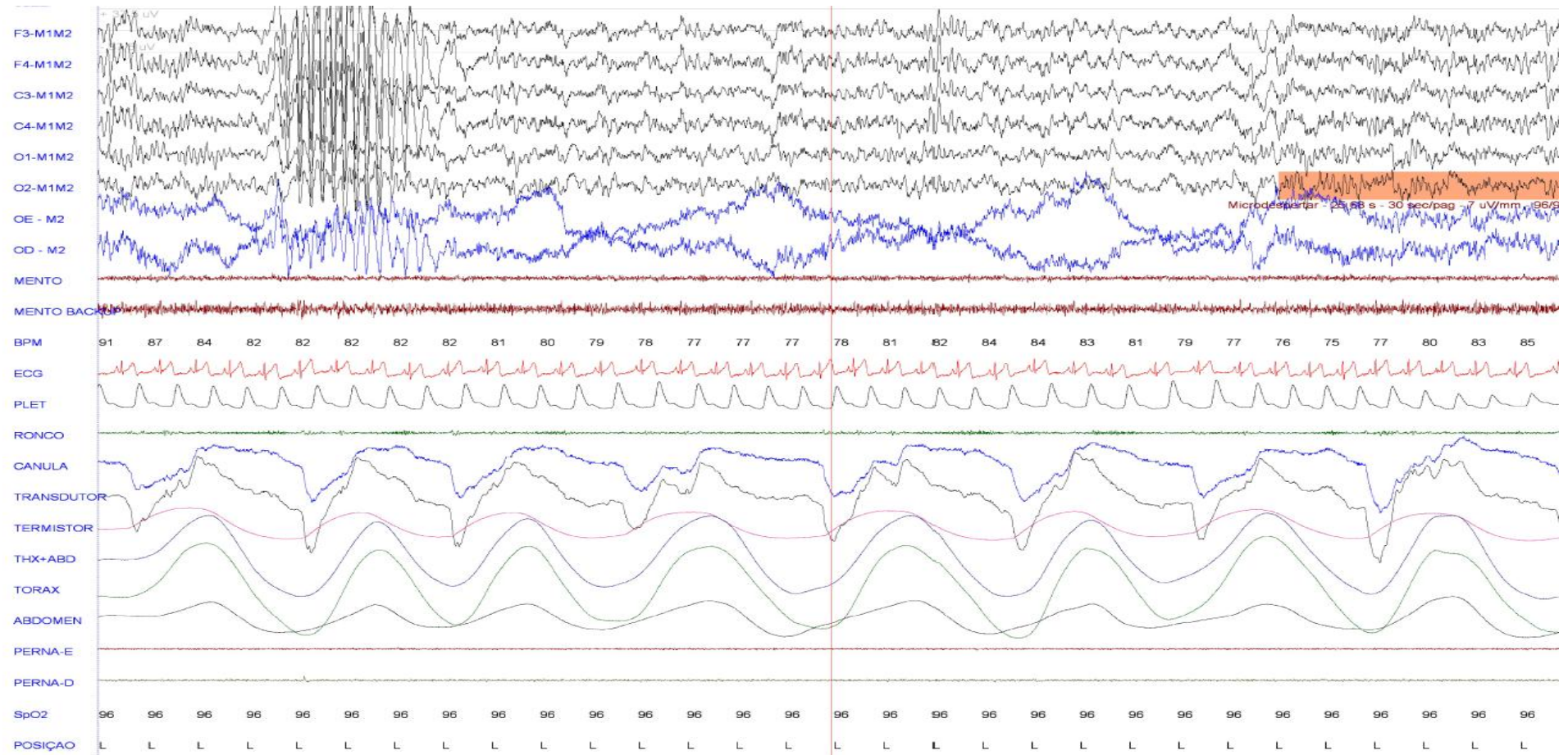
O evento é associado à queda da saturação de 3% e a despertar, ambos não são necessários para definição.

73. A imagem a seguir representa 90 segundos de exame de titulação de pressão manual com polissonografia. A pressão, neste momento, está em 16 cm H₂O. Em vista do padrão observado, qual é a sua recomendação em termos de pressão do CPAP?



Observam-se apneias centrais na pressão de 16 cm H₂O. Nesta situação, não é recomendado aumento da pressão do CPAP (0,5 ponto). O ajuste de pressão só é recomendado para eventos obstrutivos. Há possibilidade de o paciente apresentar eventos centrais emergente do tratamento com CPAP. Casos os eventos persistam, pode-se reduzir a pressão do PAP. Presença de vazamento elevado – com necessidade de ajuste de máscara (0,5 ponto).

74. A época a seguir representa 30 segundos de polissonografia tipo 1 de criança de 5 anos. Descreva o padrão eletrográfico observado no primeiro terço do traçado:



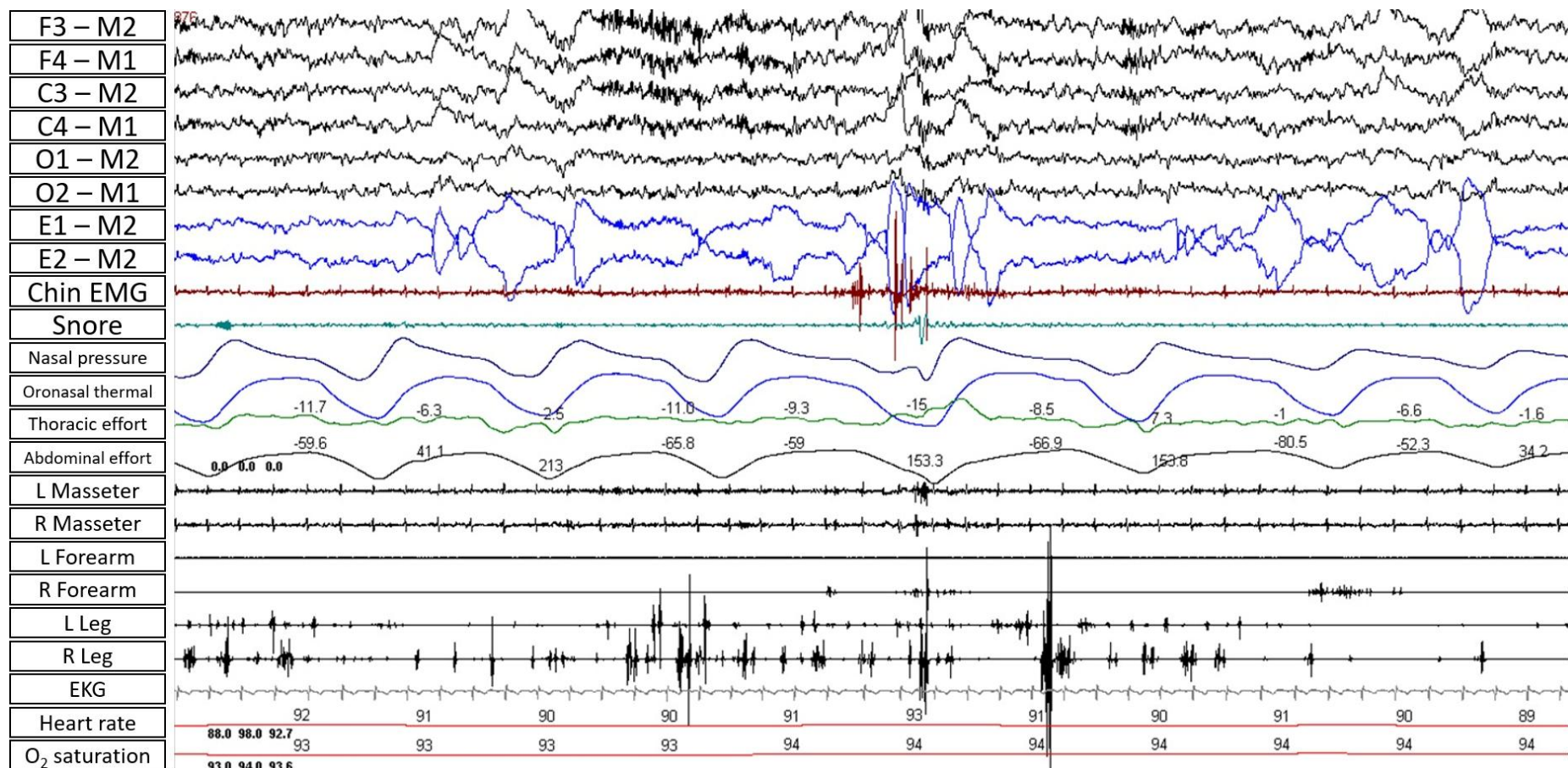
(A) Qual é o padrão eletrográfico?

Hipersincronia hipnagógica na transição da vigília (0,5 ponto) (observa-se ritmo dominante posterior de vigília no primeiro segundo do exame) para o estágio N1 de sono. _____

(B) Quais são os critérios empregados para o seu diagnóstico?

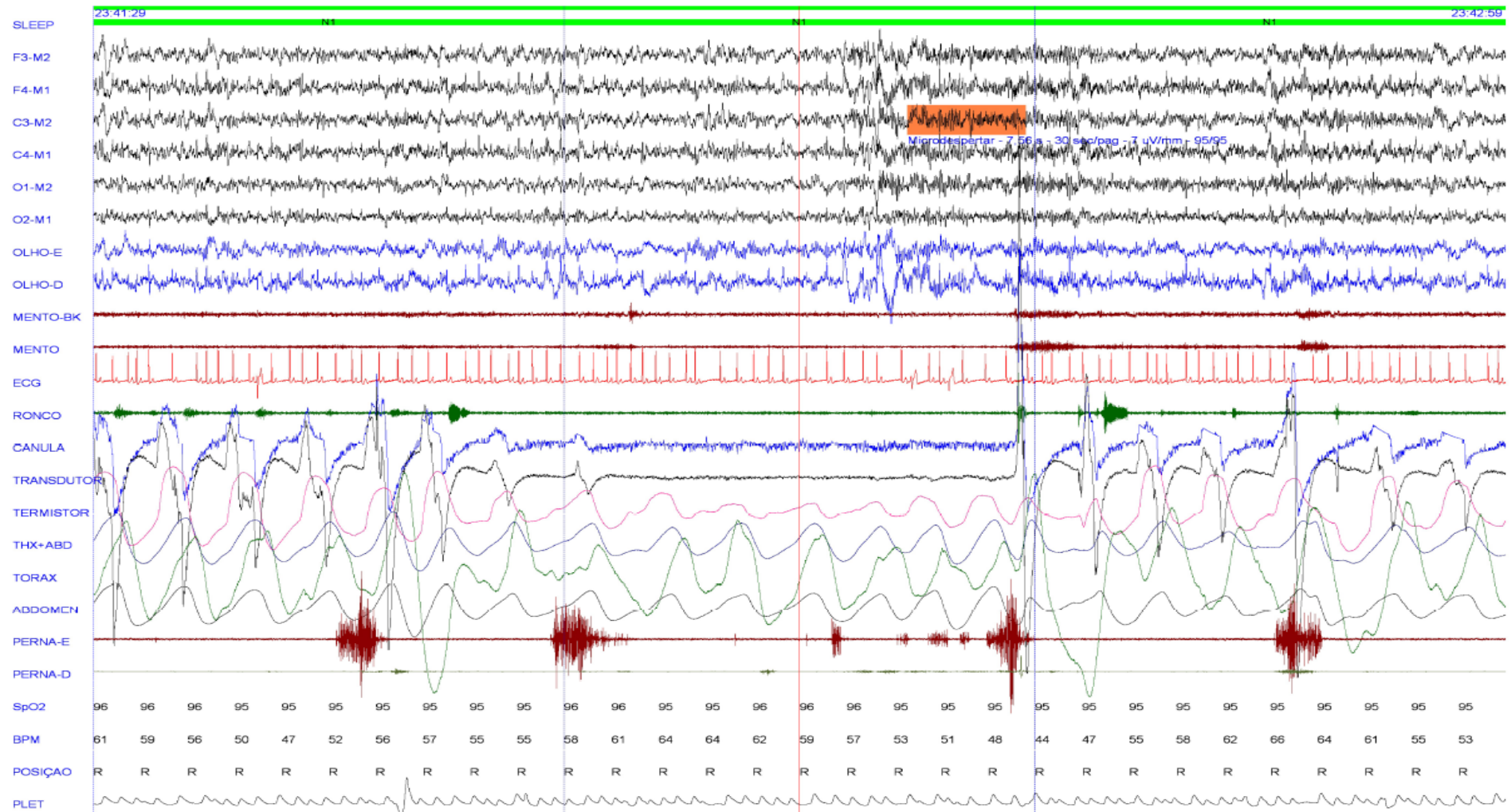
É caracterizada por surtos de atividade sinusoidal de elevada amplitude, difusa, com frequência de 3 a 4,5 Hz, com amplitude entre 75 a 350 μ V, com início abrupto (0,5 ponto). _____

75. A figura a seguir representa 30 segundos de época de polissonografia de paciente de 71 anos. Descreva as alterações presentes e os critérios empregados para o seu diagnóstico.



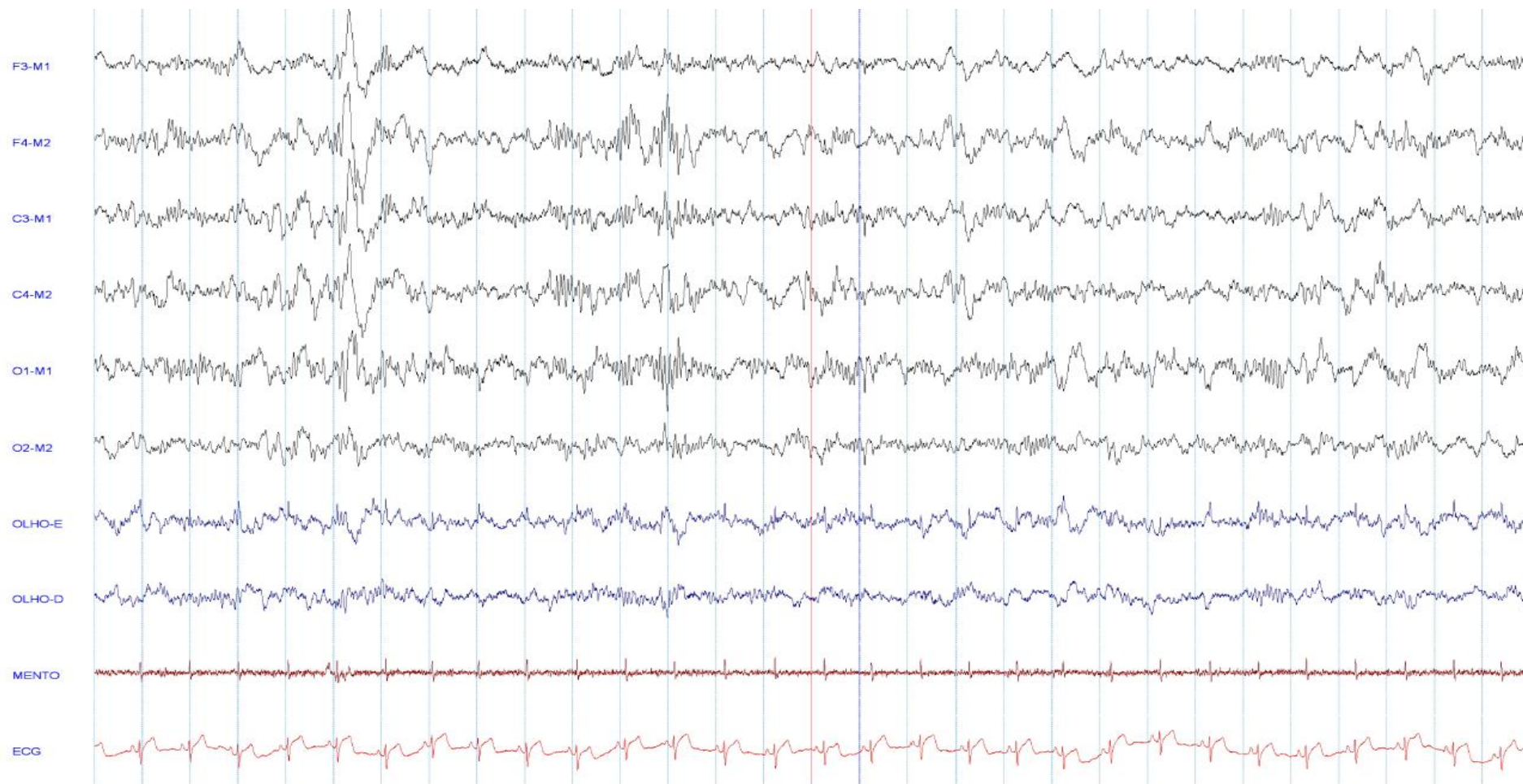
Sono REM sem atonia (0,5 ponto). Observa-se aumento do tônus muscular no mento e nos membros inferiores e superiores, bilateralmente, ocorrendo em mais de 5 das 10 mini-épocas de 3 segundos (0,5 ponto).

76. A imagem a seguir é uma época de 30 segundos de polissonografia de paciente de 56 anos. Quantos movimentos candidatos dos membros inferiores podem ser marcados na época em questão?



Dois movimentos candidatos ocorrem durante evento respiratório (hipopneia). Somente dois eventos podem ser marcados, por não ocorrerem durante o evento respiratório nem em intervalo de 0,5 segundos antes ou após o evento.

77. A imagem a seguir é uma época de 30 segundos de polissonografia de mulher de 20 anos. As linhas verticais marcam intervalos de 1 segundo. Sobre esta época, responda:



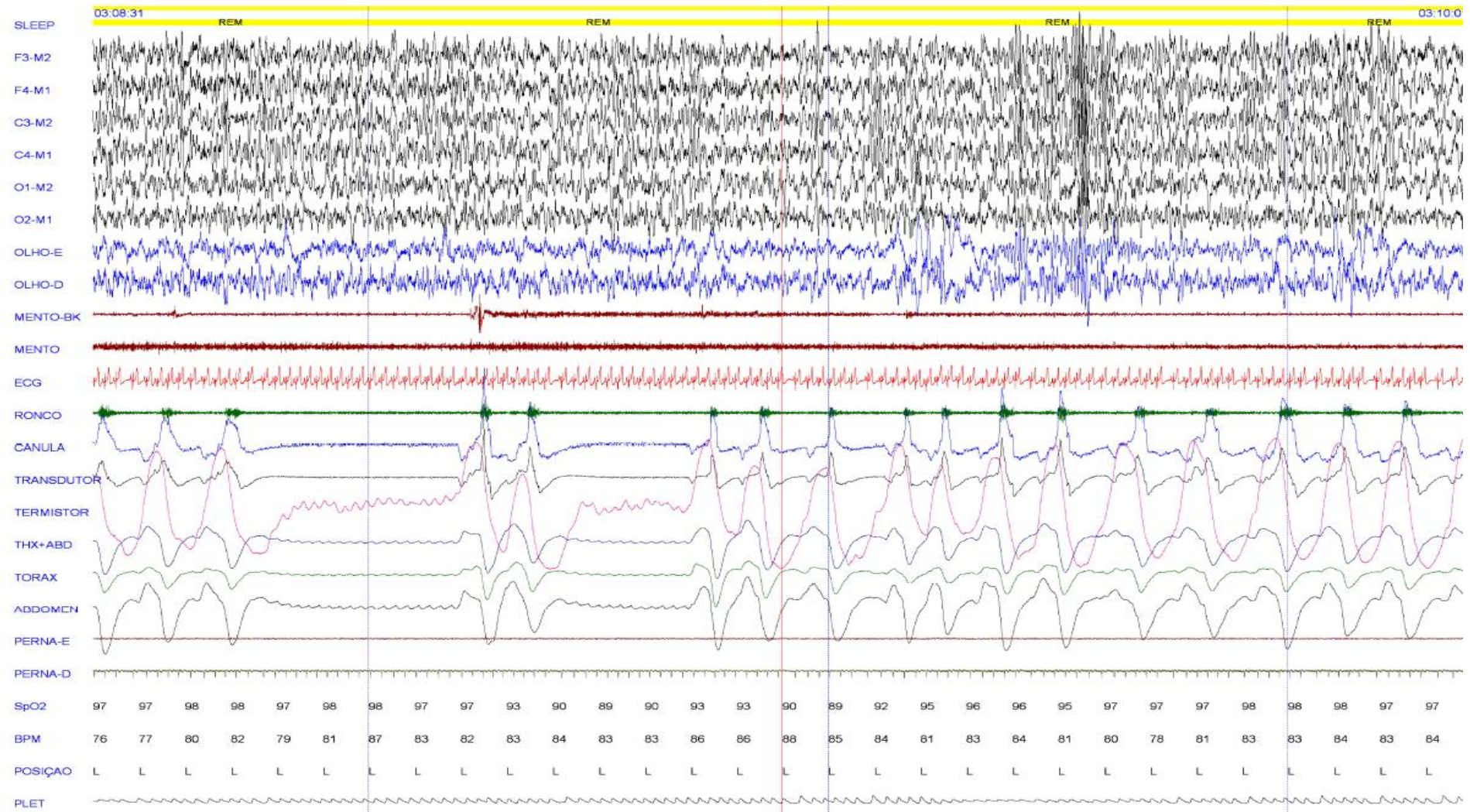
(A) Qual é o estágio da época?

Estágio N2 (0,5). _____

(B) Identifique na própria imagem os grafóelementos empregados para a sua conclusão.

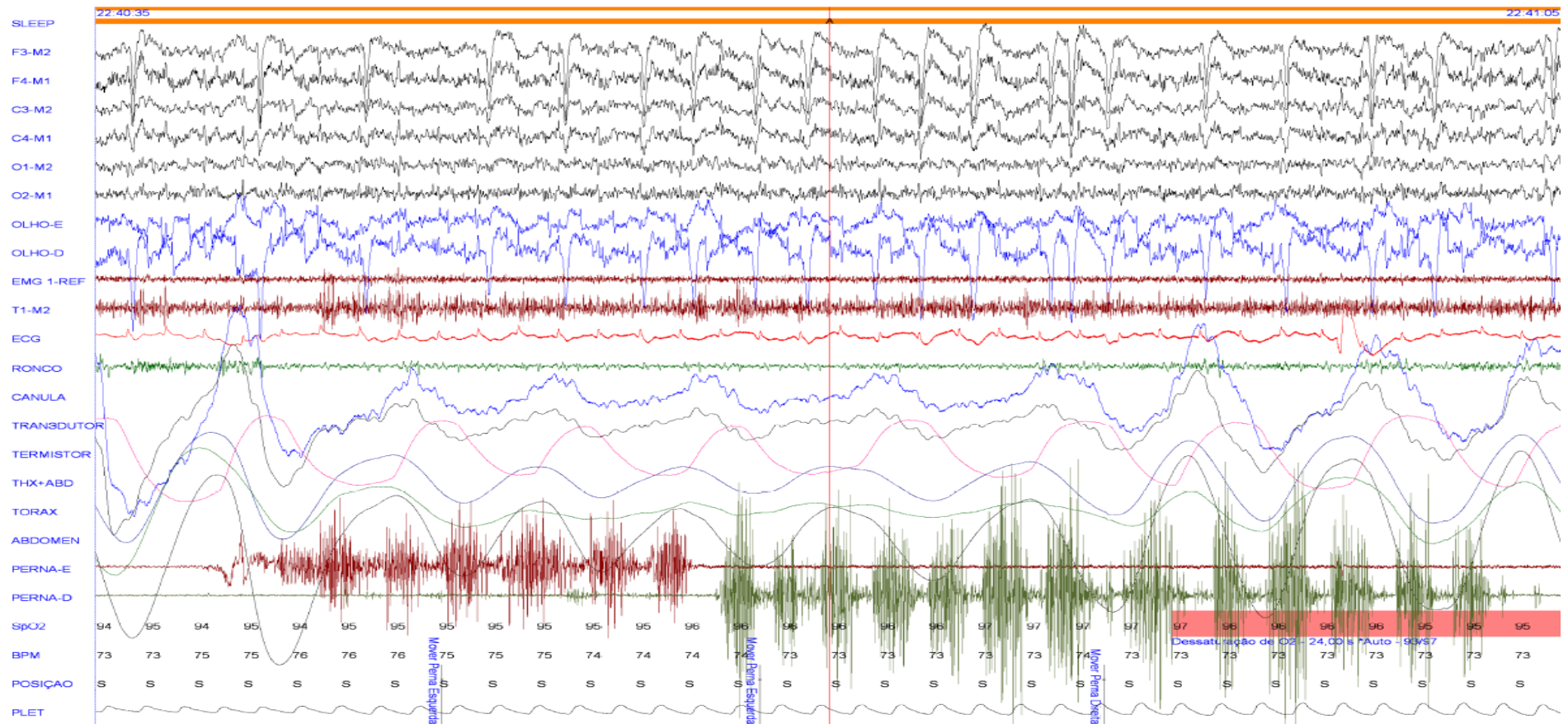
Presença de complexos K (0,25) e fusos de sono (0,25). _____

78. A imagem a seguir representa 90 segundos de uma polissonografia tipo 1 de uma menina de 4 anos, em sono REM. Não foram registrados despertares na análise em 30 segundos. Observe o padrão respiratório, além do ronco, e o descreva. Justifique sua resposta.



Presença de duas apneias centrais. Estas duram mais de dois ciclos respiratórios e ambas são associadas a queda da saturação de mais de 3%. No padrão eletrográfico, não foram descritos despertares.

79. A imagem a seguir representa época de 30 segundos de uma polissonografia diagnóstica, tipo 1, de homem de 47 anos, no momento de início do exame, em que está sendo realizado um procedimento específico da polissonografia. Descreva:



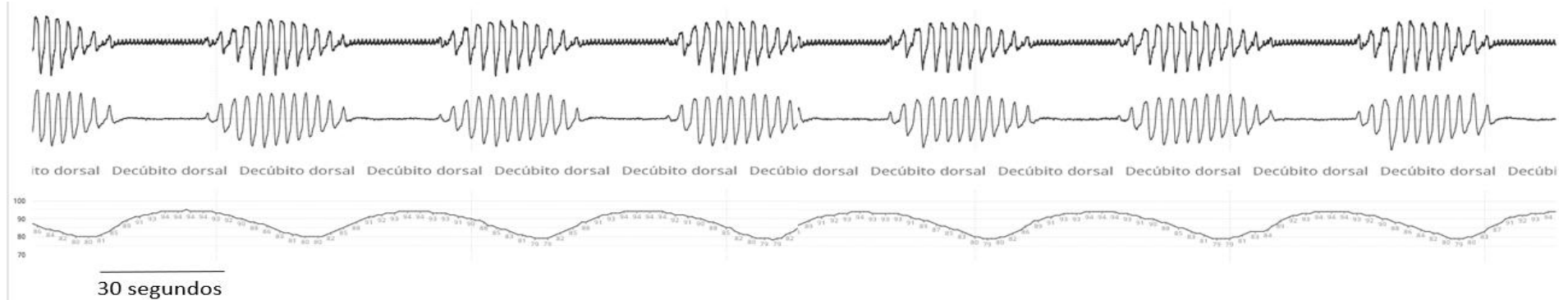
(A) O procedimento que está sendo realizado nesta época:

O paciente está sendo orientado a mover os pés para cima e para baixo, como parte da calibração biológica.

(B) Cite todas as etapas que são realizadas neste procedimento:

O candidato idealmente deve descrever todas as etapas da calibração, incluindo a avaliação da impedância – colocar, no mínimo, 10 procedimentos.

80. Paciente, sexo feminino, 76 anos, com índice de massa corpórea de 34 Kg/m², submetida a exame de poligrafia respiratória noturna por quadro de roncos, apneias presenciadas e sonolência diurna excessiva, piorada após acidente vascular encefálico há 6 meses. Apresentou o seguinte registro durante a maior parte das 6 horas do exame. Após análise do registro, defina:



(A) O achado respiratório:

Respiração de Cheyne-Stokes (0,25 pontos),

(B) Os critérios diagnósticos:

3 ou mais eventos consecutivos de apneias centrais em padrão crescendo e decrescendo, com ciclo total de duração maior ou igual a 40 segundos.

(C) O exame complementar prioritário a ser realizado para prosseguir a investigação:

Devendo estar presente em índice de ao menos 5/h em ao menos 2 horas de registro (0,25 pontos). Ecocardiograma (sem outros detalhes)

81. Pedro, 14 anos, filho único, acompanhado da mãe, queixa-se de insônia. O horário de adormecer é fixo, às 4 horas da manhã. No seu quarto, antes de ir para a cama, ingere sanduíche, coxinha, pizza, batata frita e 1 a 2 litros de refrigerante, enquanto joga animadamente ou assiste a filmes, com amigos não-presenciais. Às 11 horas da manhã, tem dificuldade para acordar, mesmo com o despertador, se levanta cansado, toma banho, almoça e, a seguir, a mãe o conduz de automóvel para a escola. Sempre dormiu tarde. Buscando dormir mais cedo, vem usando bebidas alcoólicas e antialérgicos às 22 horas, com pouco sucesso. Com relação ao caso, é CORRETO afirmar:

- (A) O registro actigráfico, obtido no pulso não-dominante, por 21 dias, provavelmente foi normal.
- (B) Melatonina exógena à tarde ou no início da noite tende a avançar o ritmo circadiano.
- (C) Estão indicados pulsos de luz apresentados proximamente ao início da noite subjetiva.
- (D) A duração do sono acha-se normal, para um adolescente portador de um transtorno depressivo.

82. Maria, 37 anos, acha que tem insônia, que julga dever-se a algum trauma da infância oculto. Foi ao psicólogo do sono, em busca de uma terapia. Sobre o caso, é CORRETO afirmar:

- (A) O Diário do Sono de Consenso (2012) permite diferenciar a insônia crônica do transtorno depressivo comórbido.
- (B) Tanto o Diário de Sono como o Índice de Gravidade da Insônia fazem avaliação de natureza prospectiva do padrão de sono.
- (C) O Diário de Sono pode tornar o paciente hipervigilante sobre horários e padrões do sono, com ansiedade e ruminação quanto ao sono.
- (D) O Diário de Sono por curto período, durante uma semana, é suficiente para prescrições de restrição de sono na insônia.

83. Um paciente de 32 anos dorme constantemente 5 horas por noite. Não apresenta cansaço diurno, redução da atenção, alterações do humor e da disposição, assim como tampouco apresenta cochilos ou sonolência diurna. Em férias, feriados e finais de semana, o padrão de sono continua o mesmo. Ao ser perguntado por seu médico assistente há quanto tempo dorme desta forma, refere que isso o acompanha desde a adolescência/início da fase adulta e que não o incomoda. Qual é o diagnóstico?

- (A) Insônia de duração curta do sono.
- (B) Privação de sono.
- (C) Transtorno do Ritmo Circadiano.
- (D) Variante da Normalidade.

84. Descreva cinco orientações da técnica de controle de estímulos no tratamento do transtorno de insônia crônica:

- A) Não ir para cama até que esteja com sono.
- B) Se não estiver em estado compatível com o sono, sair da cama e do quarto.
- C) Não retornar para a cama até que esteja com sono novamente.
- D) Sair da cama todos os dias no mesmo horário, independente do quanto tenha dormido de noite.
- E) Reservar a cama somente para dormir.
- F) Não realizar atividades estimulantes na cama.
- G) Evitar sonecas durante o dia.

85. Você atende uma paciente de 27 anos com queixa de Sonolência Diurna Excessiva (SDE) incapacitante há 2 anos. Ela nega episódios de cataplexia, refere sono noturno prolongado (10 – 11h), desperta com sensação de “como se ainda estivesse anestesiada”, e relata que cochilos diurnos são pouco restauradores. Polissonografia seguida de Teste de Latência Múltipla do Sono (TLMS) revela latência média de 6 minutos e apenas um episódio de início de sono REM (SOREMP). O líquido mostra níveis normais de hipocretina-1. A alternativa que MELHOR explica o diagnóstico e o raciocínio diagnóstico subjacente é:

- (A) Hipersonia Idiopática (HI), pois a presença de sono noturno prolongado, sono inercial, cochilos não restauradores, ausência de cataplexia, um ou nenhum SOREMP e hipocretina normal são compatíveis com esse diagnóstico.
- (B) Narcolepsia Tipo 2 (NT2), pois a ausência de cataplexia associada a SDE e presença de um SOREMP é suficiente para o diagnóstico, desde que os níveis de hipocretina sejam normais.
- (C) Narcolepsia Tipo 1 (NT1), pois a presença de SDE associada a pelo menos um SOREMP e sono prolongado já define o diagnóstico, mesmo sem cataplexia ou hipocretina baixa.
- (D) O diagnóstico é indeterminado, pois a presença de um único SOREMP no TLMS exclui HI pelos critérios da Classificação Internacional de Distúrbios do Sono – Terceira edição (ICSD-3), e a ausência de cataplexia e de dois SOREMPs exclui NT1 e NT2.

86. Paciente, sexo feminino, 55 anos, com história de traumatismo cranioencefálico há 6 meses, apresenta-se com história de ronco leve e aumento da necessidade de sono. Refere que o seu tempo médio de sono era de 7 a 8 horas por noite e que agora tem necessitado de, pelo menos, 9 horas de sono. Relata ainda um ganho ponderal de aproximadamente 7 kg desde a menopausa. Atingiu pontuação de 9 pontos na Escala de Sonolência de Epworth e a actigrafia apontou para uma duração média de sono de 10 horas/dia. Qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Sonolência pós-traumática.
- (B) Sonolência associada ao climatério.
- (C) Apneia obstrutiva do sono.
- (D) **Hipersonia pós-traumática.**

87. Paciente, sexo masculino, 70 anos, com relato de estar há 6 meses com sono agitado, caracterizado por episódios diários de gritos e chutes. Em um dos episódios, machucou o parceiro. O exame neurológico encontra-se normal. Escala de Epworth = 8 pontos, STOP-BANG = 2 pontos, Questionário *The REM Sleep Behaviour Disorder Single Questionnaire* (RBDSQ) = 10 pontos. A abordagem diagnóstica inicial mais apropriada é:

- (A) Vídeo-Eletroencefalograma (EEG) de 72 horas e teste de provocação.
- (B) **Polissonografia com vídeo e eletrodos acessórios dos membros superiores.**
- (C) Teste Domiciliar de Apneia de Sono (HST).
- (D) Ressonância magnética de encéfalo com volumetria de hipocampo.

88. Paciente, sexo masculino, 62 anos, hipertenso e com diagnóstico de doença de Parkinson, com bom controle de sintomas, comparece ao atendimento médico trazido por sua companheira que descreve sono agitado. Refere episódios quase diários, em que o paciente fala, grita, movimenta-se muito, parecendo estar correndo ou brigando. Assustada, ela o acorda e este descreve sonhos estranhos, em que estava sendo atacado ou jogava futebol. Faz uso de carvedilol, levodopa-benserazida e pramipexol. A sua investigação complementar confirma a sua hipótese diagnóstica. Qual é o tratamento a seguir?

(1) **Medidas de proteção para o paciente e sua companheira (0,5 ponto); (b) iniciar melatonina ou clonazepam (0,5 ponto).**_____

89. Paciente, sexo feminino, 36 anos, em tratamento para síndrome das pernas inquietas há 10 anos, em uso de pramipexol, na dose de 0,5 mg às 17 horas e às 22 horas. Como os sintomas estavam intensos, aumentou, por conta própria, a dose para 1 mg, nos mesmos horários. Notou que os sintomas passaram a se iniciar mais precocemente, afetando os membros superiores e o abdome. Descreva:

(A) O diagnóstico neste caso:

Aumentação relacionada ao uso de agonista dopaminérgico no tratamento da SPI. _____

(B) A conduta a ser seguida:

interrupção gradual ou redução da dose de pramipexol, associada à substituição por agonistas dopaminérgicos de ação mais prolongada (rotigotina) ou ao uso de agentes $\alpha 2\delta$ ligantes (pregabalina ou gabapentina) ou opioide. _____

90. Paciente, sexo feminino, 40 anos, descreve sensação de mal-estar nas pernas, com necessidade de movê-las, associada a formigamentos. Essas sensações ocorrem todos os dias, a partir das 18 horas, quando está em repouso, sentada ou deitada, melhorando quando se levanta para caminhar. Ela trabalha como advogada. Nega atividades físicas. Consome café todo o dia, até o jantar em torno de 19 horas. No jantar, costuma tomar um cálice de vinho. Seu médico solicitou ferritina com valor de 32 ng/dL e encaminhou aos seus cuidados para diagnóstico e tratamento. Quais são as suas recomendações neste caso específico, com base nas novas diretrizes publicadas pela *American Academy of Sleep Medicine* (Winkelman, Berkowski, DelRosso *et al.*, 2025)?

A resposta deve incluir (1) controle de fatores desencadeantes como cafeína e álcool (0,25); (2) mesmo que não esteja no consenso, pode ser valorizada a resposta que incluir prática de atividades físicas, massagem ou alongamento antes ou durante o período sintomático (0,25); (3) em relação a medicações: reposição de ferro (0,25); (4) tratamento sintomático (pregabalina, gabapentina, etc.), sendo que não serão aceitas resposta que incluam agentes dopaminérgicos como alternativa de primeira linha (0,25). _____

91. Paciente, sexo masculino, 48 anos, com diagnóstico de distrofia miotônica de Steinert, apresenta sonolência excessiva diurna, ronco e despertares noturnos frequentes. A espirometria apresenta Capacidade Vital Forçada (CVF) = 55% e Volume Expiratório Forçado no 1º segundo (VEF1) = 52%. A polissonografia diagnóstica mostra IAH 34/h, com 20/h de eventos centrais e 14/h de eventos obstrutivos, sem respiração de Cheyne-Stokes. Saturação de oxigênio basal 95%, média 91%, mínima de 72% e 39 minutos do tempo de sono com SpO2 < 90%. Gás carbônico exalado mostra 25 minutos do tempo de sono com valores acima de 55 mm Hg. A terapia recomendada é:

(A) Ventilação servo-assistida com pressão expiratória fixa em 4 cm H₂O.

(B) Pressão positiva contínua em vias aéreas modo automático.

(C) Pressão positiva em dois níveis no modo espontâneo-temporizado.

(D) Acetazolamida, em dose de 125 mg, antes de deitar.

- 92.** Paciente, sexo masculino, 76 anos, hipertenso, doença coronariana prévia, queixava-se de roncos e sonolência diurna, tendo realizado polissonografia basal completa, com IAH de 37 eventos/hora, sendo 20 hipopneias/hora, 17 apneias obstrutivas/hora, índice de dessaturação 30/h e T90 de 15%. Com diagnóstico de apneia obstrutiva do sono grave, foi prescrito CPAP automático com pressão máxima de tratamento de 15 cm H₂O, tendo iniciado o seu uso há 3 semanas com máscara nasal de adequado tamanho, porém, por não ter apresentado resposta esperada, comparece com relatório de CPAP em mãos, com as seguintes informações:

Uso > 4hs= 100%

Pressão P95%= 10cm H₂O

IAH= 23 eventos/hora

Índice de Hipopneia=2 eventos/hora

Índice de Apneia= 21 eventos/hora

Índice de Apneia Central= 18 eventos/hora

Ausência de respiração de Cheyne-Stokes

Índice de Apneia Obstrutiva= 3 eventos/hora

Fuga (l/min): mediana 35,2; p95% 44,1

Baseado nos dados do relatório apresentado, qual o diagnóstico e qual a melhor conduta inicial a ser realizada?

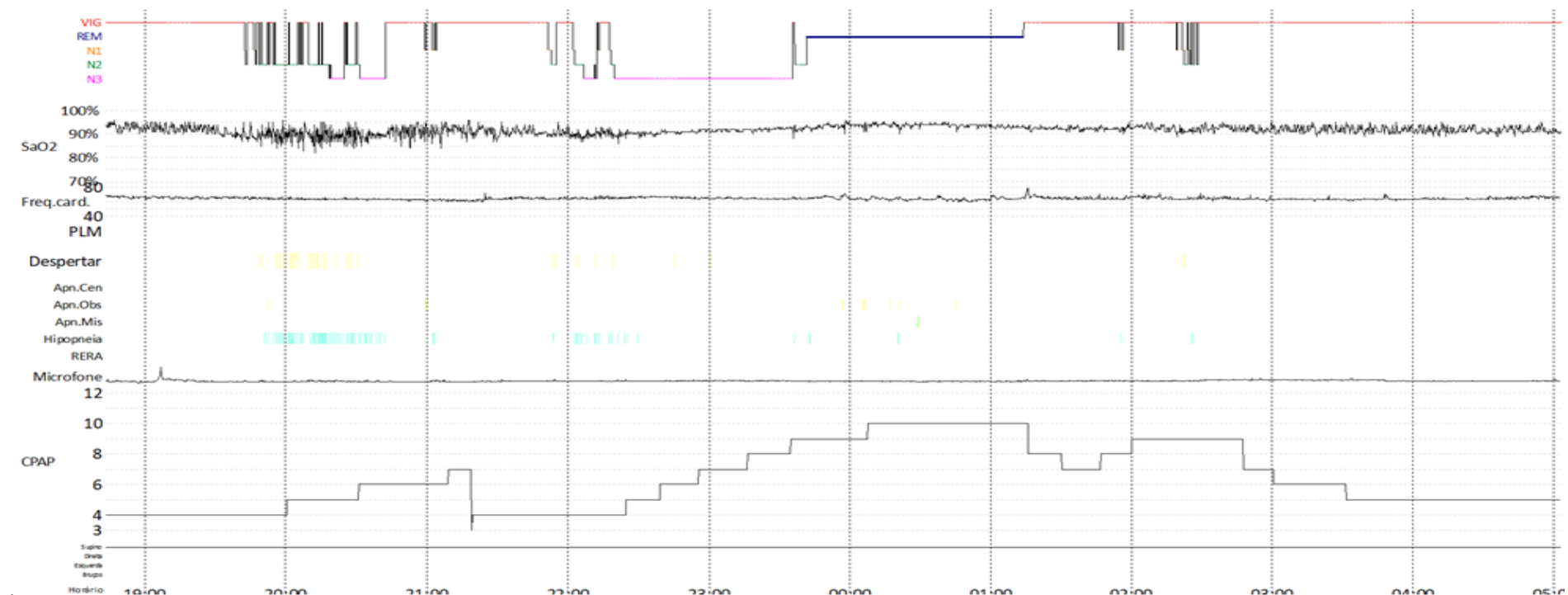
Apneia central emergente ao tratamento (0,5 pontos). Deve-se controlar o vazamento da interface e manter o CPAP, para posterior reavaliação, já que a maior parte dos casos, os eventos centrais se resolvem espontaneamente (0,5 pontos). Pode ser aceita resposta com redução de pressão abaixo de 10 cmH₂O (0,25, caso não mencione ajuste de vazamento).

93. Paciente de 68 anos, com passado de infarto agudo do miocárdio, obeso, hipertenso e diabético insulino-dependente, realizou poligrafia tipo 3 com índice de eventos respiratórios de 31/h, sendo o índice de hipopneias de 29/h e o índice de apneia obstrutiva 2/h, com tempo percentual de saturação de oxigênio inferior a 90% correspondente a 25% do tempo de análise, sendo encaminhado para ambulatório especializado, após realizar polissonografia para titulação de CPAP, onde permaneceu durante todo o registro na posição supina. Diante dos dados apresentados a seguir, é CORRETO afirmar:

Pressão (cm H ₂ O)	Tempo (min)	REM (min)	NREM (min)	Vigília (min)	Índ. Ap. Central	Índice Apneia	Índice hipop	A+H Index	Índice dessat.	Ef. do Sono%	Mín. SaO ₂	Média SaO ₂
4	141,4	-	31,3	110,1	-	1,9	51,8	53,7	166,8	22,1	82	91
5	135,5	-	37,9	97,6	-	-	61,7	61,7	61,7	28,0	81	91
6	84,7	-	29,6	55,1	-	2,0	28,4	30,4	56,8	34,9	83	91
7	59,8	-	20,9	38,9	-	-	-	-	23,0	34,9	87	92
8	45,2	-	18,9	26,3	-	-	3,2	3,2	3,2	41,8	90	92
9	79,9	25,8	11,0	43,1	-	8,2	6,5	14,7	17,9	46,1	88	93
10	67,6	65,7	-	1,9	-	3,7	0,9	4,6	3,7	97,2	90	94

- (A) Titulação classificada como ótima, com pressão de titulação de 8 cm H₂O.
- (B) Titulação classificada como ótima, com pressão de titulação de 10 cm H₂O.
- (C) Titulação classificada como inadequada, em razão da baixa eficiência do sono.
- (D) Titulação classificada como boa, com pressão de titulação de 10 cm H₂O.

Hipnograma



94. Descreva o conceito de *loop gain* e faça uma relação com as apneias centrais emergentes do tratamento com CPAP:

O candidato deverá descrever o conceito de loop gain, mencionar e explicar os 3 elementos envolvidos, explicar o que significa loop gain menor e maior do que 1 (0,5). As apneias centrais emergentes do uso da pressão positiva são associadas a aumento do “controler gain” resultado da redução da resistência das vias aéreas e provável impacto do vazamento de ar o que reduz o CO2 no espaço morto anatômico (0,5). Serão aceitos termos em inglês.

[illegible]

- 95.** Paciente, sexo masculino, 65 anos, visita o ambulatório de Medicina do Sono de uma universidade pois está com queixa de “falta de ar à noite quando se deita há 5 anos, com piora nos últimos meses”. O paciente relata que tem acompanhamento com o cardiologista do posto de saúde da sua região por uma “alteração no coração”, mas que não sabe falar mais detalhes. HPMA: O paciente tem notado um aumento da dificuldade respiratória ao deitar-se, o que o leva a dormir com cabeça elevada. O paciente informa que a falta de ar é acompanhada de episódios de despertar noturno, sensação de sufocamento e dificuldade para retomar o sono. Ele também menciona que frequentemente se sente cansado durante o dia, o que tem impactado sua qualidade de vida. Ele está em tratamento medicamentoso com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) e betabloqueadores. Exame Físico: pressão arterial 130/80 mmHg, frequência cardíaca 72 bpm, saturação de oxigênio em repouso de 94% com ar ambiente. Exame cardiovascular: rítmico, sem sopros. Pulsos periféricos presentes e simétricos. Exame pulmonar: murmúrios vesiculares diminuídos na base pulmonar, sem estertores. Edema leve nos membros inferiores. IMC = 27,68 Kg/m². Diante deste quadro, o médico do sono solicitou uma polissonografia tipo 1 que demonstrou:

O exame foi iniciado as 22:02:30 horas e finalizado as 06:00:30. A **latência para o início do sono** foi de 30.5 min e a **latência para o início sono REM** de 126.5 min. O **tempo total de sono (TTS)** foi de 353.0 min, com **eficiência do sono** de 76.2%. A distribuição dos estágios do sono mostrou 7.2% de **estágio N1**, 51.4% de **estágio N2**, 17.6% de **estágio N3** e 23.8% de **sono REM**. O **tempo acordado após o adormecer** foi de 79.5 min. Ocorreram 118 **despertares**, sendo o índice de 20.1 (n°/h).

O **índice de movimentos periódicos de membros inferiores** foi de 0.0 (n°/h), sendo 0.0 (n°/h) **associados a despertares**.

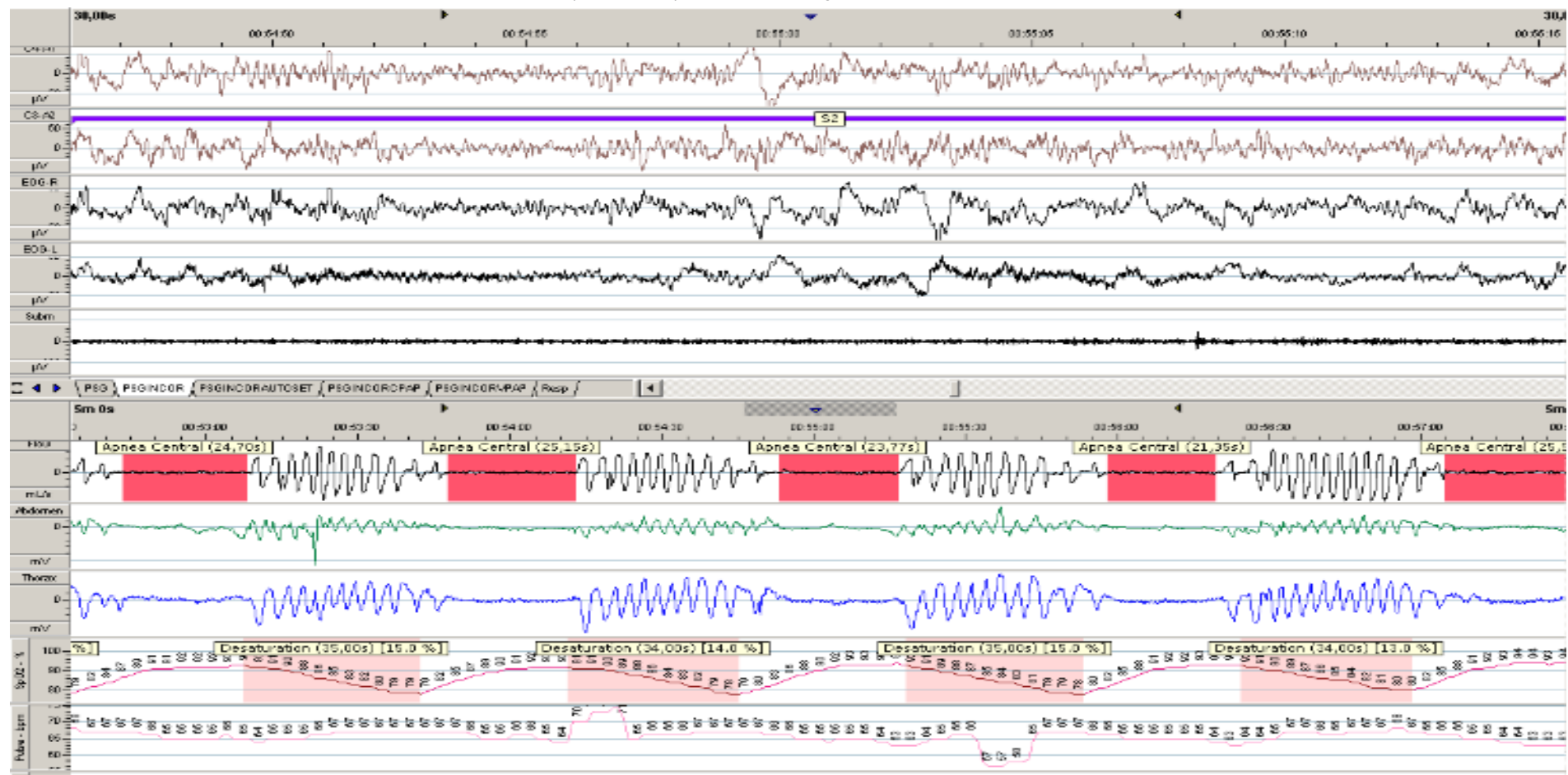
O número total de eventos respiratórios foi de 102, sendo 0 apneias obstrutivas, 54 apneias centrais, 0 apneias mistas, 48 hipopneias e 0 “RERAs”. O **índice de distúrbio respiratório (IDR)** foi de 17.3 (n°/h). O **índice de apneias/hipopneias (IAH)** foi de 17.3 (n°/h), sendo 9.2 apneias/h e 8.2 hipopneias/h. A saturação da oxi-hemoglobina (SpO₂) **basal** foi de 97%, a **média** 97% e a **mínima** de 85%. O **índice de dessaturação** foi de 0.7 (n°/h) durante o sono REM e de 18.3 (n°/h) durante o sono NREM. Permaneceu 0.0% do tempo total de sono com SpO₂ abaixo de 90%.

IDR (Índice de Distúrbio Respiratório) = Índice de Apneias + Hipopneias + RERAs

Qual é o diagnóstico respiratório completo encontrado nestes dados de polissonografia?

Apneia Central do Sono ou Síndrome da Apneia Central do Sono.

96. A análise de uma época de sono do paciente da questão acima (questão 95) evidenciou o seguinte:



Quais são as medidas clínicas iniciais para tratamento deste paciente em questão?

Reavaliação do tratamento da insuficiência cardíaca, com foco na otimização da medicação. Medicação: otimizar dose de diurético. Balanço hídrico negativo. Rever uso de betabloqueador. Oxigênio não está indicado neste caso específico. Orientações sobre a posição para dormir, preferindo a posição lateral, que pode ajudar a aliviar a dispneia. Avaliação nutricional e incentivo à prática de exercícios físicos dentro das limitações do paciente. Meia elástica para melhorar o retorno venoso. CPAP com pressão fixa ou ASV. Servoventilação: lembrar da fração de ejeção.

97. Ainda sobre o paciente da questão 95: durante a discussão no ambulatório, o médico preceptor alerta para sua equipe que a titulação de CPAP para este caso pode ser realizada, porém idealmente em laboratório utilizando CPAP de pressão fixa. Cite 3 situações que são contraindicações à titulação do CPAP automático:

ICC. DPOC. Predomínio de Apneia central na Polissonografia Basal. Síndrome da Obesidade e Hipoventilação. Doenças neuromusculares.

98. Paciente, sexo feminino, 30 anos, após tentativa de abuso sexual e assalto, há cerca de um mês, desenvolveu maior ansiedade, medo, pensamentos recorrentes sobre o evento, evitando passar próximo do local em que este ocorreu. Queixa-se também de dificuldade de início de sono e despertares frequentes, associados a pesadelos com o mesmo tema. Qual das opções abaixo é considerada como alternativa farmacológica para a abordagem dos sintomas de sono?

- (A) Prazosina.
- (B) Sertralina.
- (C) Valproato de sódio.
- (D) Clonazepam.

99. Paciente, sexo masculino, 30 anos, iniciou há cerca de dois anos episódios de cefaleia hemicraniana, ocorrendo sempre à direita, de forte intensidade, com congestão nasal, rinorreia e hiperemia ocular à direita, iniciando sempre no sono, ocorrendo aproximadamente no mesmo horário, em torno de 2 a 3 horas da madrugada, durando cerca de 20 a 30 minutos. Considerando-se este quadro, é CORRETO afirmar:

- (A) Transtorno de comportamento de sono REM está associado a risco aumentado para desenvolvimento desta patologia.
- (B) Os episódios de cefaleia tendem a ocorrer no estágio N3, associados à atividade aumentada do sistema glinfático.
- (C) A associação desta cefaleia com apneia obstrutiva do sono carece de consenso nos estudos com comprovação diagnóstica por polissonografia.
- (D) Esse padrão de cefaleia ocorre com maior frequência entre indivíduos com cronotipo matutino extremo.

100. Uma menina de 12 anos apresenta queixas de cefaleia matinal, associada a dentes mais sensíveis com alimentos gelados e desgaste dos dentes. Não há queixa de ronco, nem apneia. Sobre o caso, é CORRETO afirmar:

- (A) A polissonografia com áudio e vídeo é importante para o diagnóstico.
- (B) Placas dentárias e analgésicos são benéficos.
- (C) Toxina botulínica é a primeira escolha no tratamento.
- (D) Esta entidade clínica melhora com sertralina.