

SIGLAS EMPREGADAS NA PROVA PRÁTICA DO EXAME DE MEDICINA DO SONO 2026

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 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;

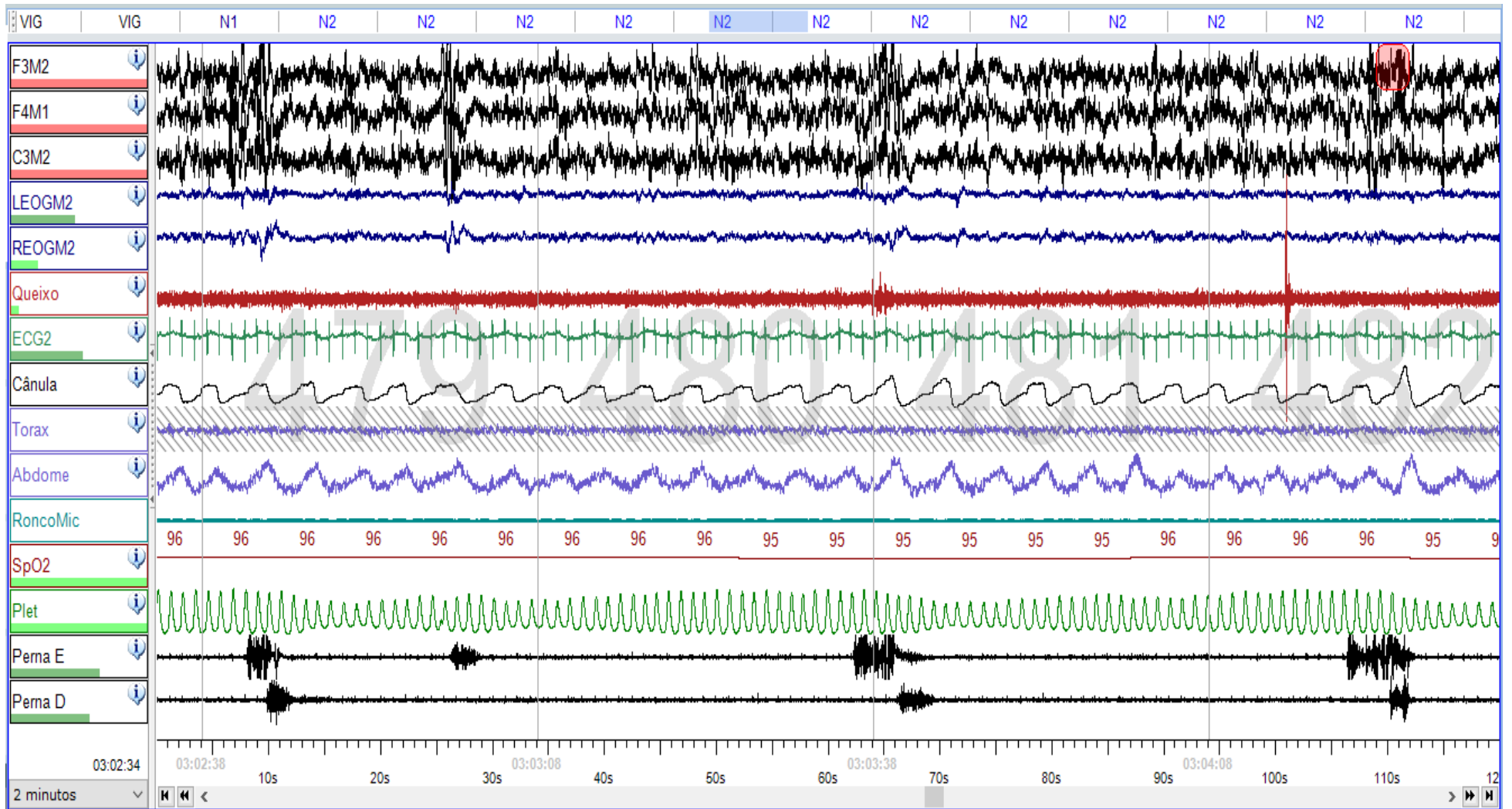
PULS = frequência cardíaca;

SatO2 = saturação da oxiemoglobina (%);

SpO2 = saturação da oxiemoglobina (%);

THX = tórax (refere-se a cinta torácica para avaliação de esforço respiratório).

- 61.



1) Descreva o evento que se apresenta nesta tela do exame (polissonografia tipo 1 com 2 minutos de registro).

(1) movimentos periódicos dos membros inferiores (0,25 ponto);

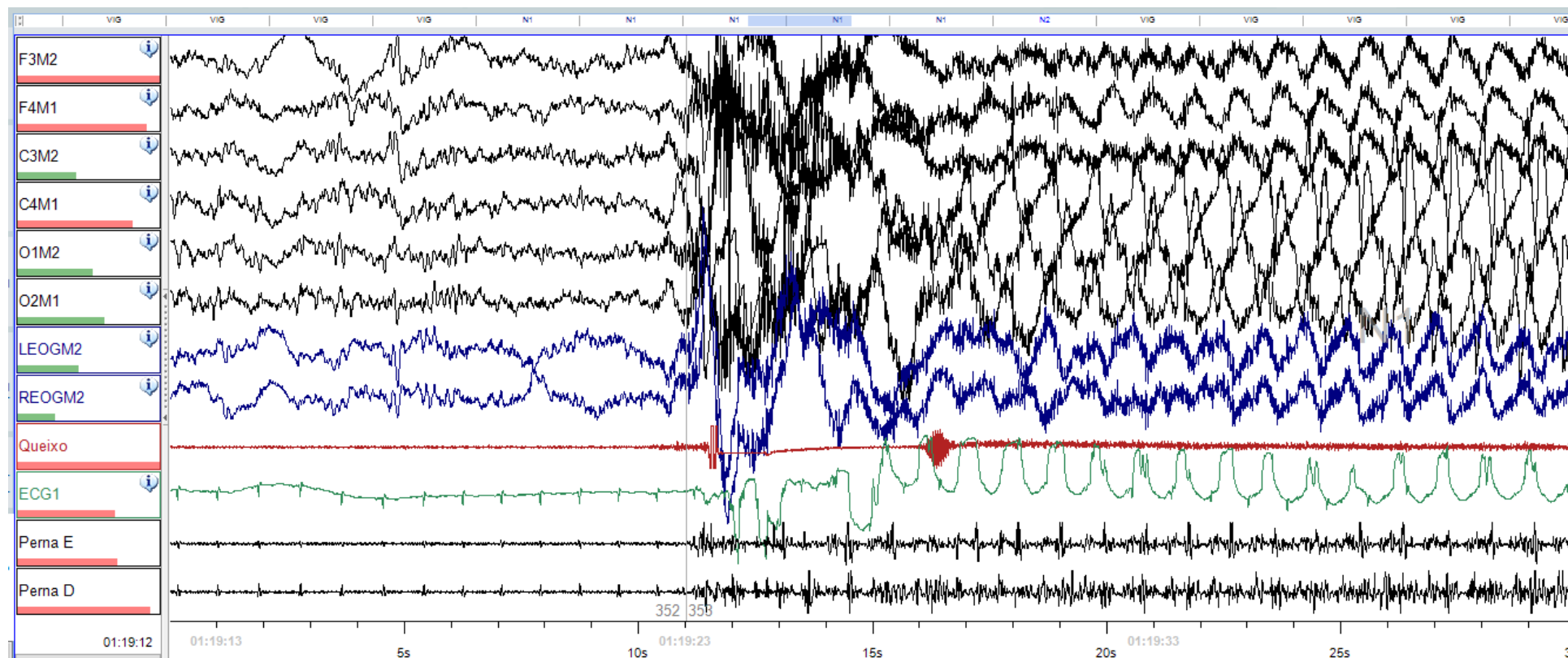
2) Dentro do quadro clínico apresentando, qual é o diagnóstico mais provável?

(2) síndrome das pernas inquietas ou doença de Willis-Ekbom (0,25 ponto) – não será aceito diagnóstico de transtorno de movimentos periódicos das pernas como resposta;

3) Quais os critérios para estagiamento dos eventos da eletromiografia dos membros inferiores?

(3) **CRITÉRIOS** 5 a 90 segundos entre eles (0,5 ponto).

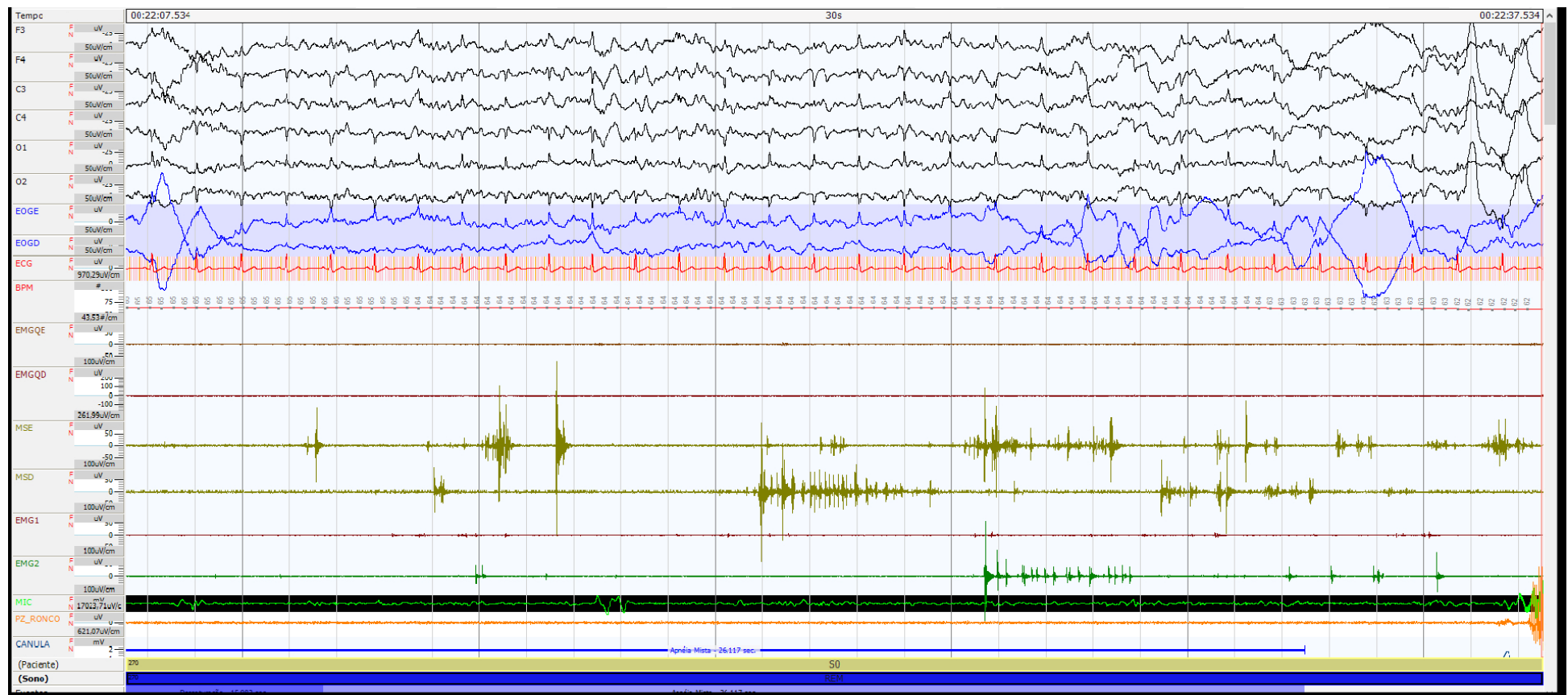
62. Criança, sexo feminino, 6 anos, com diagnóstico de paralisia cerebral. Ela refere sono agitado há 1 ano. Apresenta, anteriormente ao início do sono, quadro de agitação e de movimentos. Os pais relatam que a filha “balança o corpo e a cabeça antes de dormir”. Apresenta sono restaurador e não tem sonolência diurna. Sem uso de medicações. Com a imagem abaixo (polissonografia tipo 1 – época de 30 segundos), estabeleça: (1) a hipótese diagnóstica mais provável e (2) critérios diagnósticos para a estagiamento do fenômeno observado na polissonografia. A imagem não se associa a alterações respiratórias e não representa artefato do eletroencefalograma.



Distúrbios dos movimentos rítmicos associados ao sono (0,5 ponto).

Critérios polissonográficos para transtorno rítmico do movimento: frequência mínima 0,5 Hz; frequência máxima 2 Hz; número mínimo de movimentos 4; amplitude é de, no mínimo, duas vezes a atividade de base.

63. A imagem abaixo refere-se à época de 30 segundos de polissonografia de um paciente, sexo masculino, 72 anos, onde relata que há 5 anos apresenta comportamentos violentos durante o sono.



Legenda: MSE = membro superior esquerdo;
MG2 = membro inferior direito;

MSD = membro superior direito;
EMGQE = eletromiografia do mento;

EMG1 = membro inferior esquerdo;
EMGQD = eletromiografia do mento de *back-up*.

Defina:

1) O fenômeno que é observado na polissonografia.

Sono REM sem atonia (0,5 ponto).

2) Quais os critérios para estagiamento na polissonografia.

O sono REM sem atonia (RWA/RSWA) está presente quando, em uma época de 30 s de sono REM, ocorre **qualquer** dos seguintes:

1. Atividade tônica excessiva de queixo em REM

- EMG de queixo com amplitude $\geq 2\times$ o nível de atonia de REM (ou menor amplitude em NREM, se não houver atonia evidente) em $\geq 50\%$ da duração da época.
- Cada segmento tônico que contribui para esse total deve durar > 5 s.

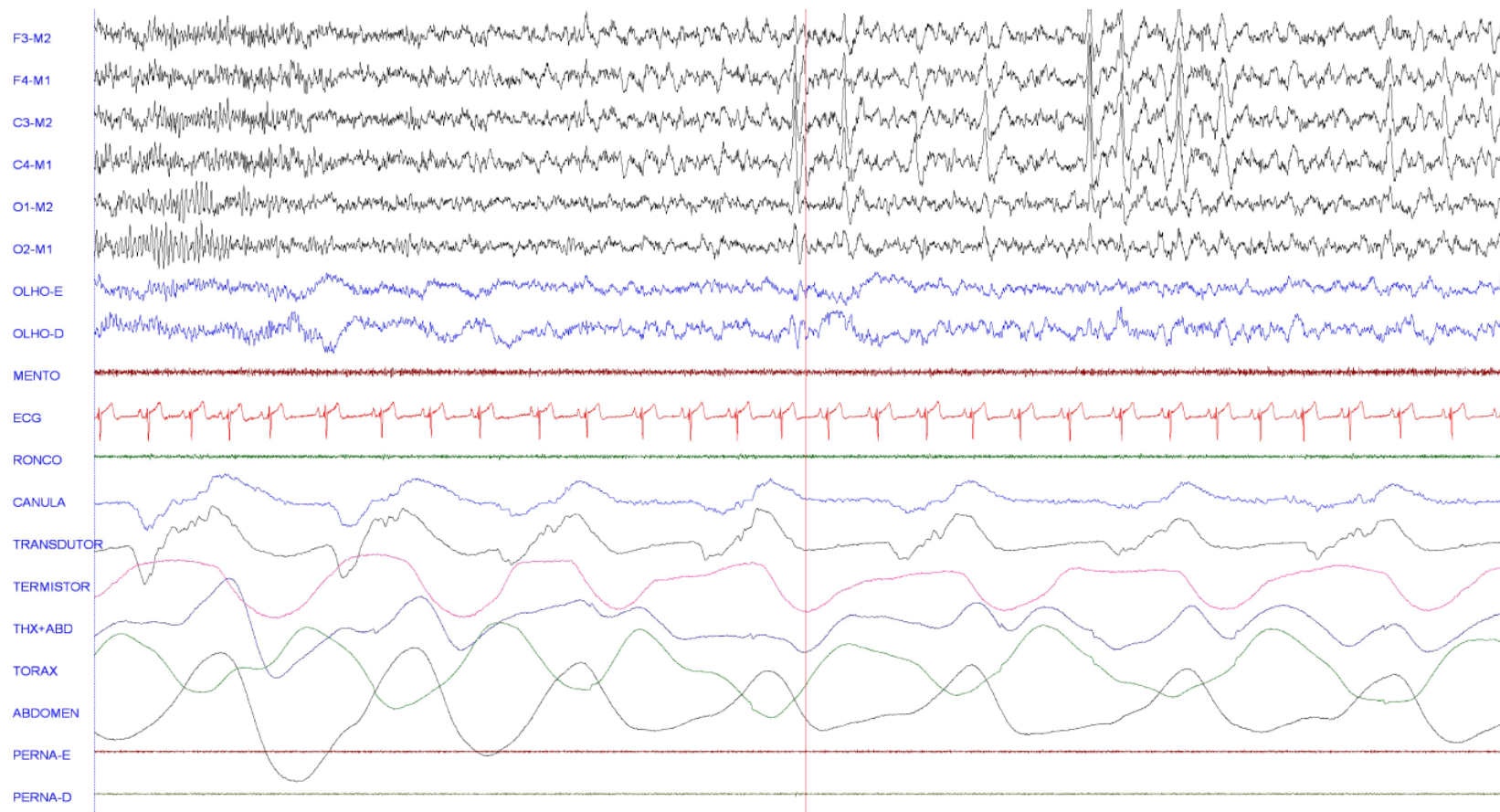
2. Atividade fásica (transitória) excessiva em REM

- Época de 30 s dividida em 10 mini-épocas de 3 s.
- Pelo menos **5 (50%)** das mini-épocas apresentam rajadas de EMG transitório de queixo e/ou membros com duração de 0,1–5,0 s e amplitude $\geq 2\times$ o nível de atonia de REM (ou mínima amplitude em NREM).

3. Predomínio de qualquer atividade EMG de queixo

- Pelo menos 50% das mini-épocas de 3 s contêm qualquer EMG de queixo com amplitude $\geq 2\times$ o nível de atonia (incluindo rajadas de 5–15 s), ou atividade de membros com a mesma amplitude relativa e duração 0,1–5,0 s.

64. Analise a época de 30 segundos de polissonografia tipo 1 de um paciente, sexo masculino, 27 anos, e determine: (1) o estágio de sono e (2) justifique a sua resposta. A época anterior foi estagiada como vigília.

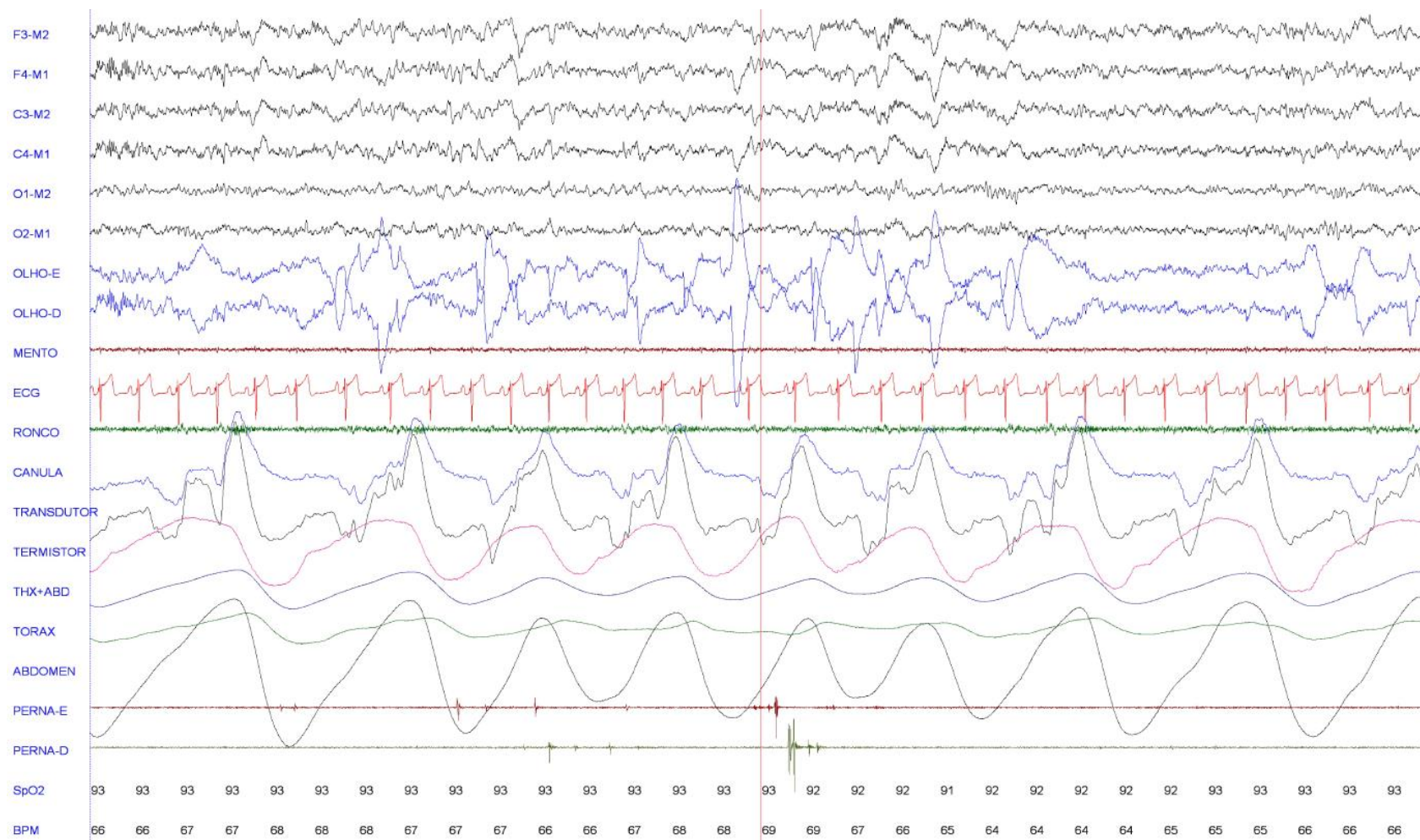


(1) Estágio N1 (0,25 ponto).

(2) No início da época, observa-se ritmo dominante posterior de vigília na frequência alfa, com lentificação posterior, com predomínio theta, associada a ondas agudas de vértex.

Complexos K ocorrem somente na segunda metade da época, o que evitaria o estagiamento como N2 (0,75 ponto).

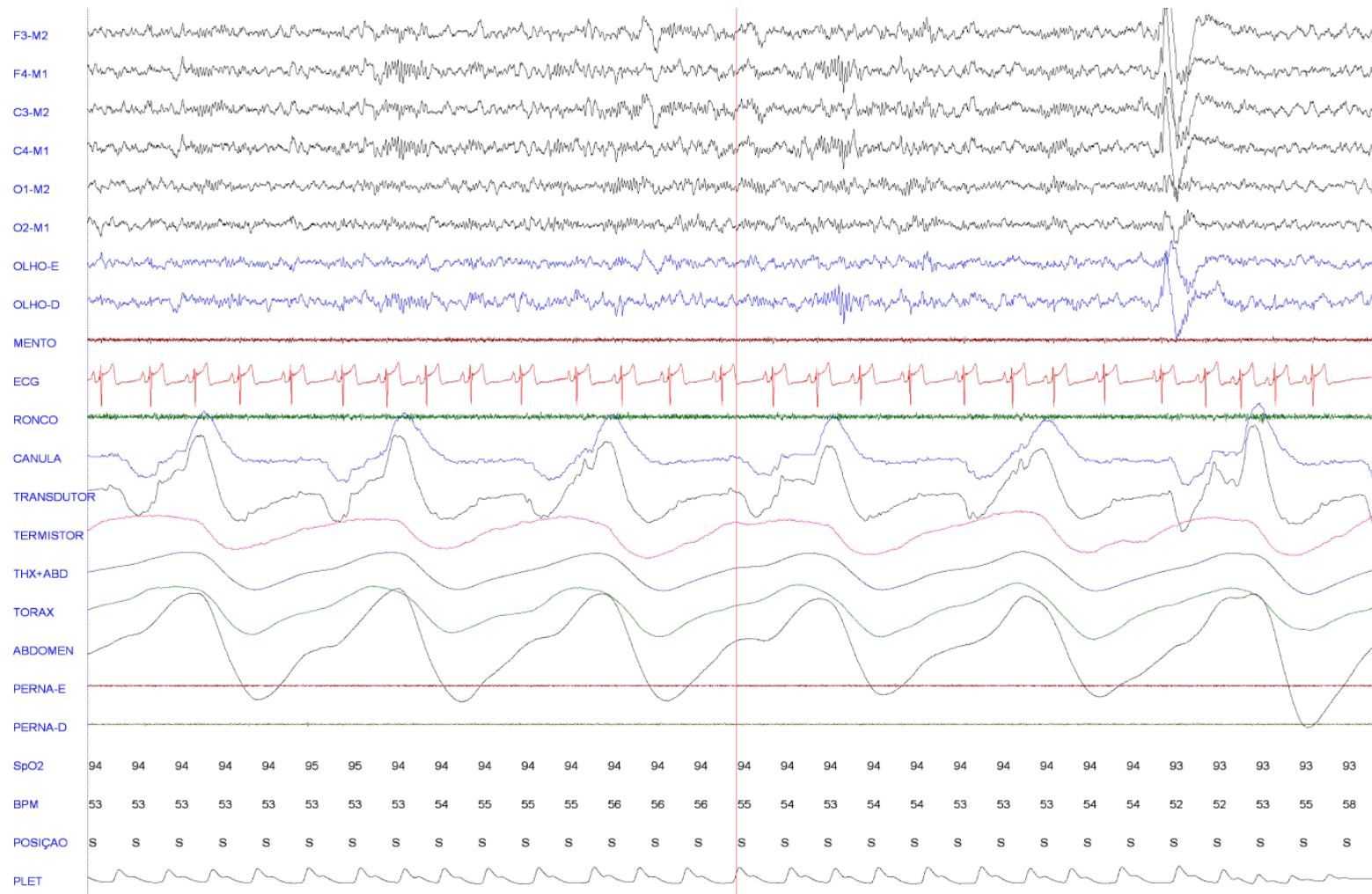
65. A época a seguir representa 30 segundos de polissonografia tipo 1 de um paciente, sexo masculino, 38 anos, encaminhado para avaliação de roncos. Faz uso de desvenlafaxina para transtorno de ansiedade generalizada. Determine: (a) o estágio de sono e (b) qual o achado de eletromiografia dos membros inferiores, determinando seu diagnóstico.



(a) Sono REM (0,5 ponto).

(b) O achado consiste de atividade muscular transitória do sono REM, não sendo compatível com diagnóstico de sono REM sem atonia, PLM (0,5 ponto).

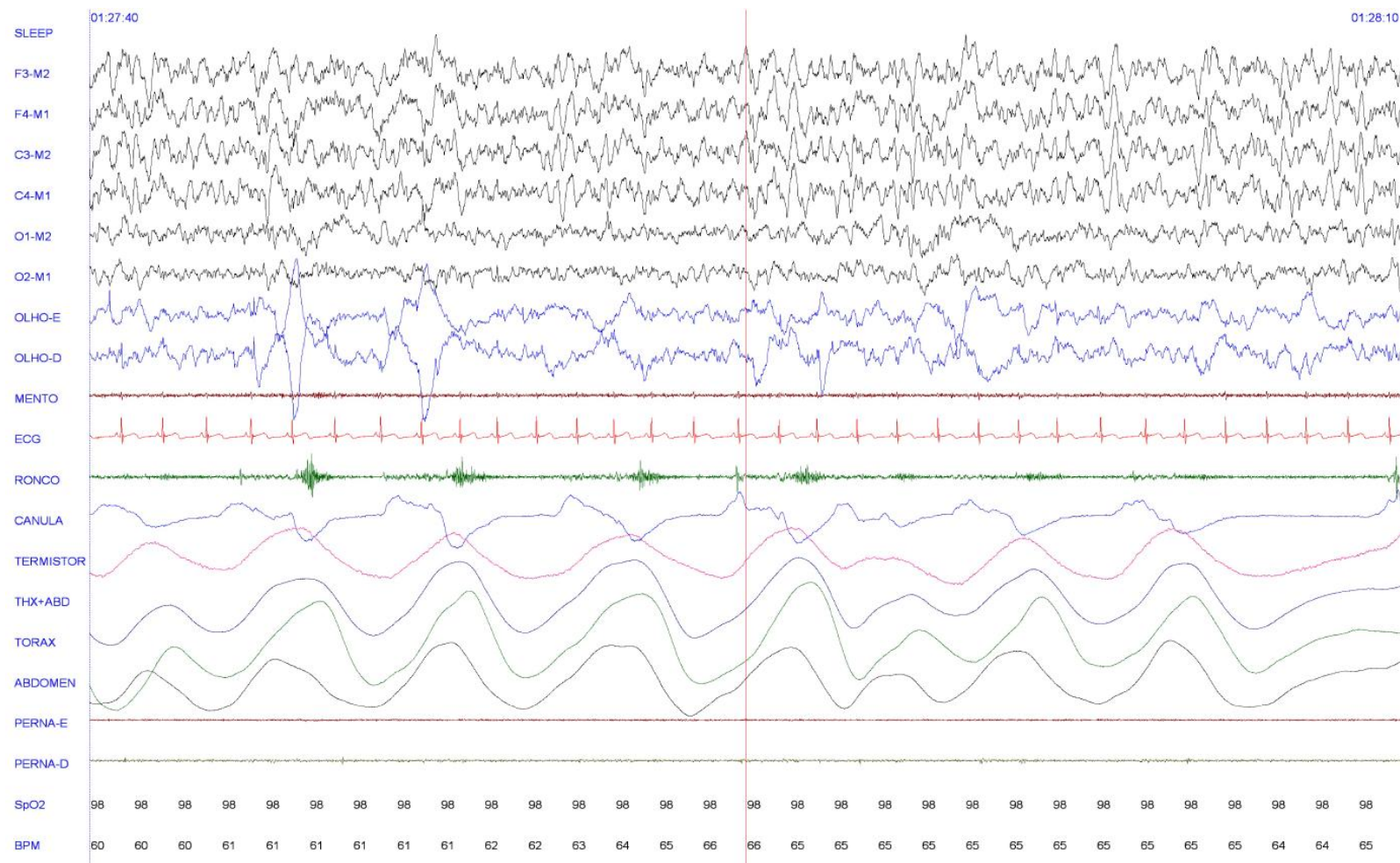
66. A época a seguir representa registro de 30 segundos de polissonografia tipo 1 de uma paciente, sexo feminino, 35 anos. Determine o estágio observado e justifique sua resposta.



Estágio N2 (0,5 ponto).

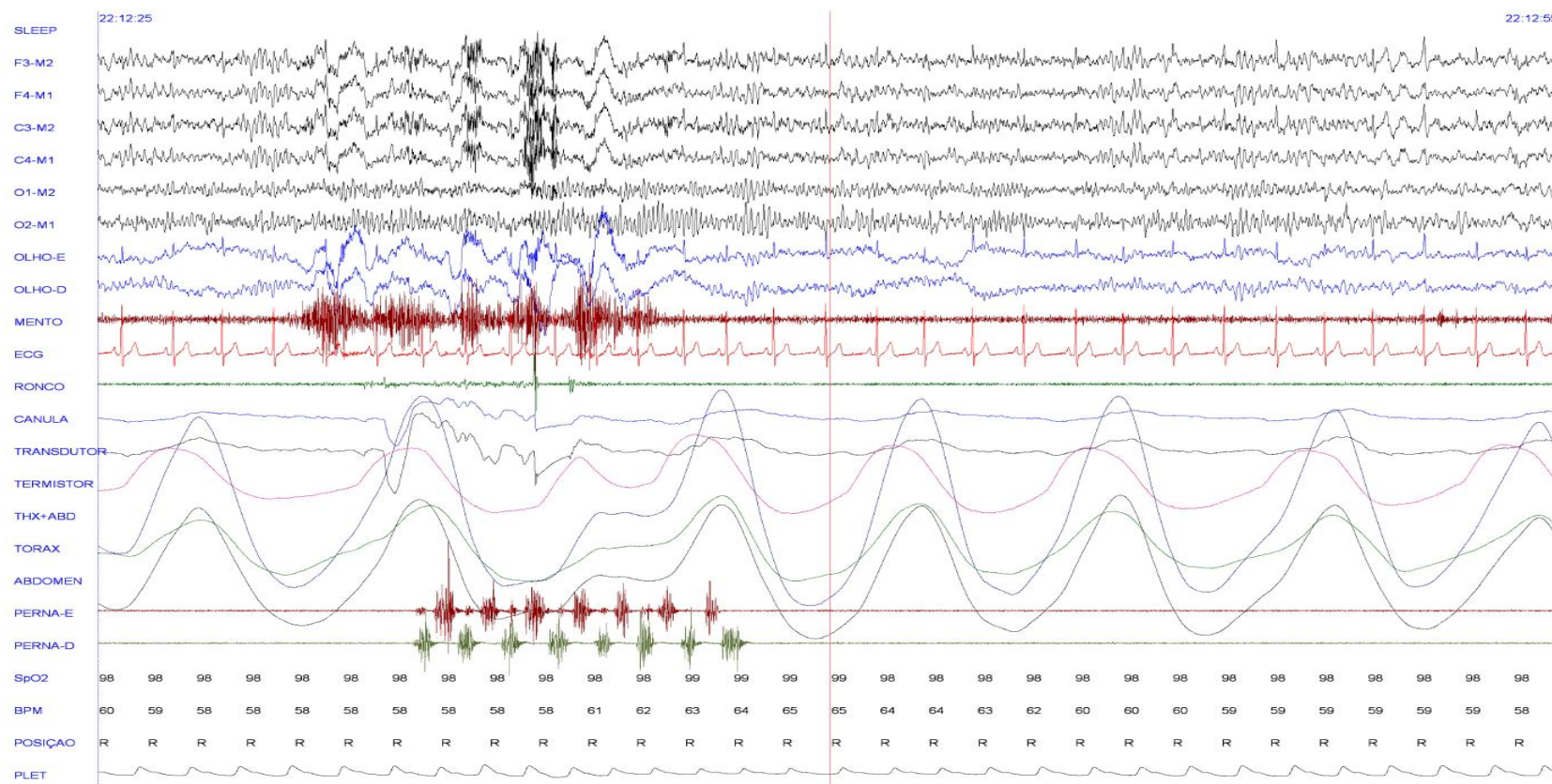
Presença de fusos na primeira metade da época (0,5 ponto).

67. A época a seguir representa 30 segundos de polissonografia de uma criança de 10 anos, encaminhada para avaliação de roncos. Determine o estágio da época, justificando a sua resposta. Filtros e parâmetros dentro do recomendado pelo Manual da AASM (2023).



SONO REM. O EEG é típico de sono REM em crianças, com frequências mistas e amplitude baixa, ainda que mais elevada do que o padrão de adulto. Não se observam fusos de sono ou complexos K, associados a hipotonia no eletrodo do mento e movimentos oculares lentos.

68. A imagem a seguir representa uma época de 30 segundos de uma paciente, sexo feminino, 26 anos. Descreva: (1) a alteração presente nos eletrodos de eletromiografia dos membros inferiores, (2) seu critério diagnóstico e (3) o seu significado clínico.

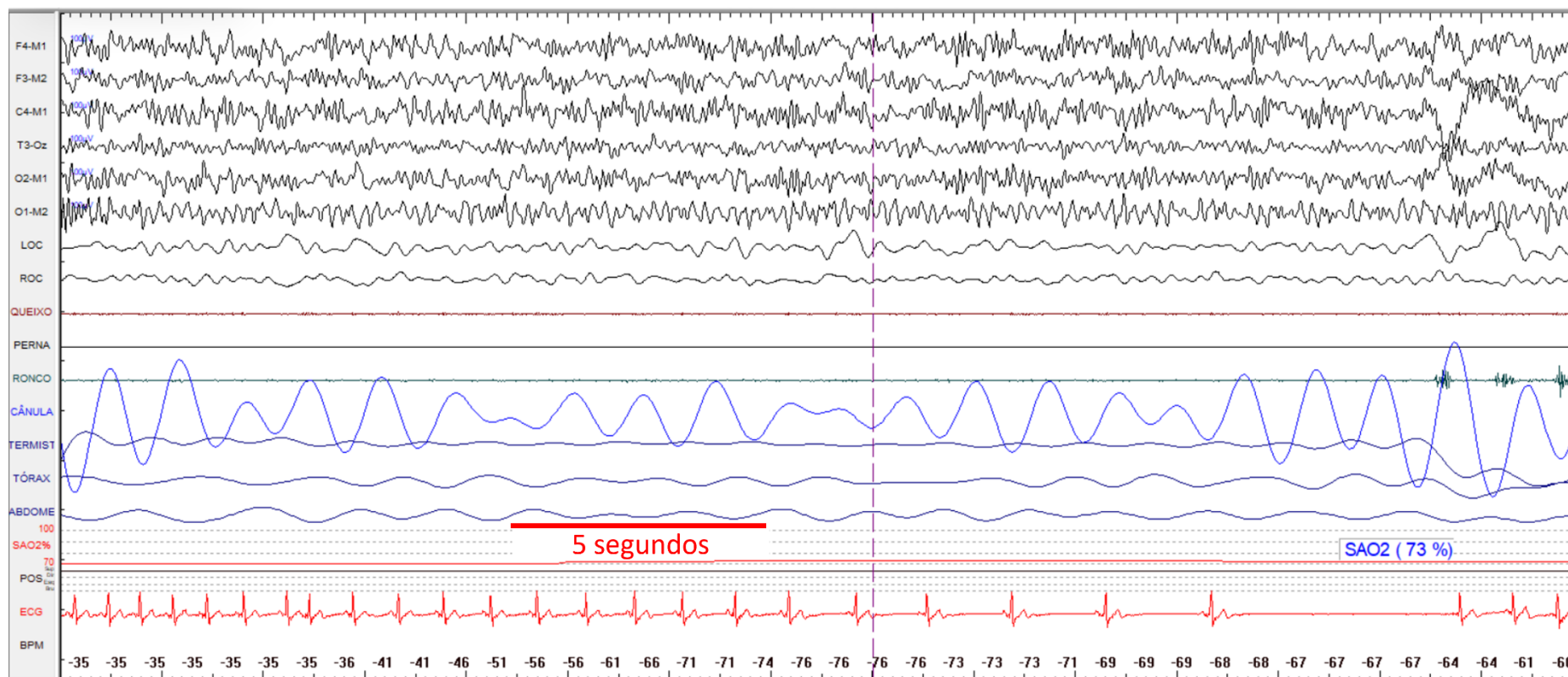


(1) ALMA – ativação muscular alterna dos membros inferiores (0,3 ponto).

(2) Série de, no mínimo, 4 ativações musculares alternadas entre as pernas, com frequência de 0,5 a 3,0 Hz, com duração de 100 – 500 ms (0,3 ponto).

(3) Não estão associadas a condições patológicas, no momento, sendo consideradas condição benigna (0,3 ponto).

69. Analise a alteração do eletrocardiograma presente no traçado de polissonografia tipo 1 de um paciente, sexo masculino, 33 anos, encaminhado para avaliação de transtorno respiratório de sono. Determine seu diagnóstico e os critérios empregados para o mesmo.

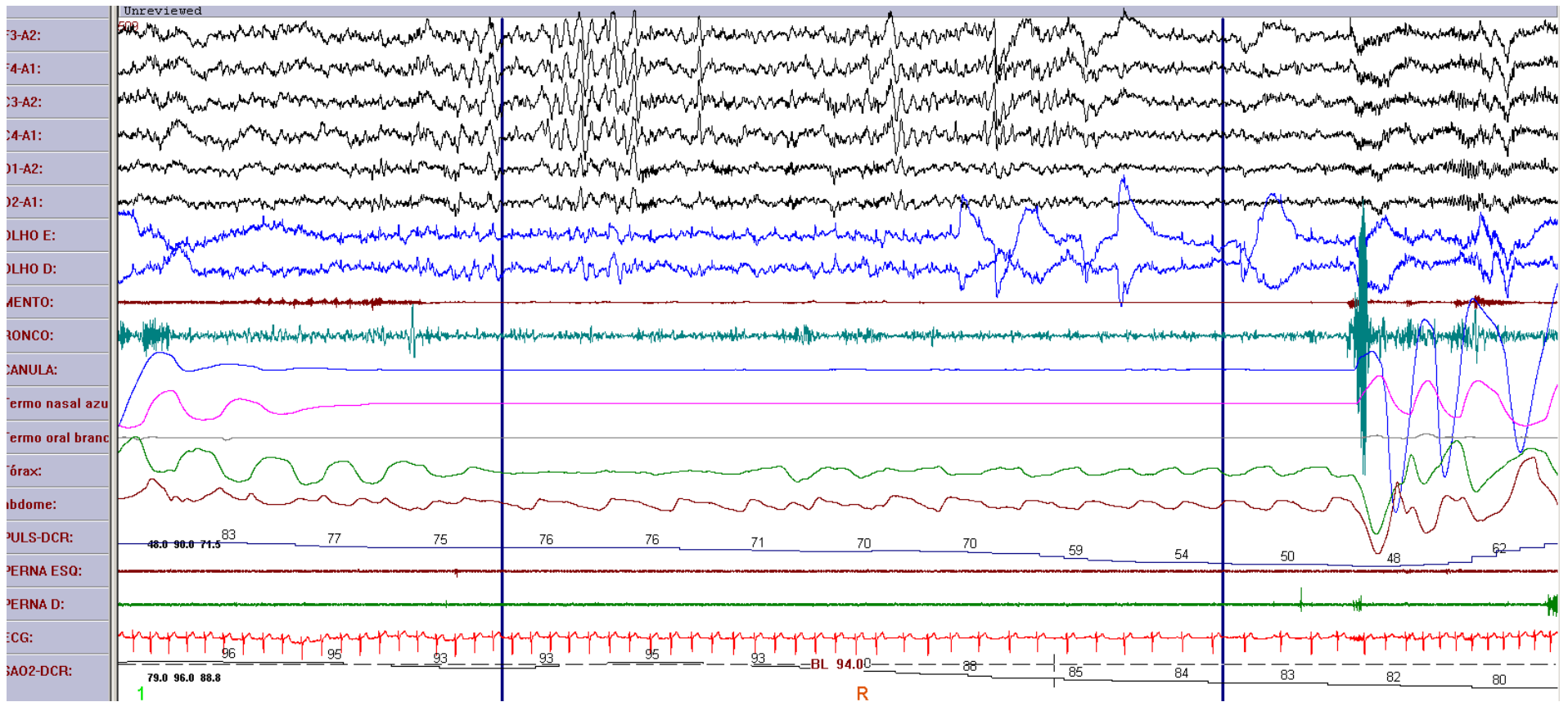


Pausa com ritmo sinusal (0,5 ponto).

Aceita-se assistolia. Capítulo VI – Cardiac Rules, item B.3: “Score asystole for cardiac pauses during sleep ≥ 3 seconds for ages 6 years through adult.” (0,5 ponto). Não se aceita

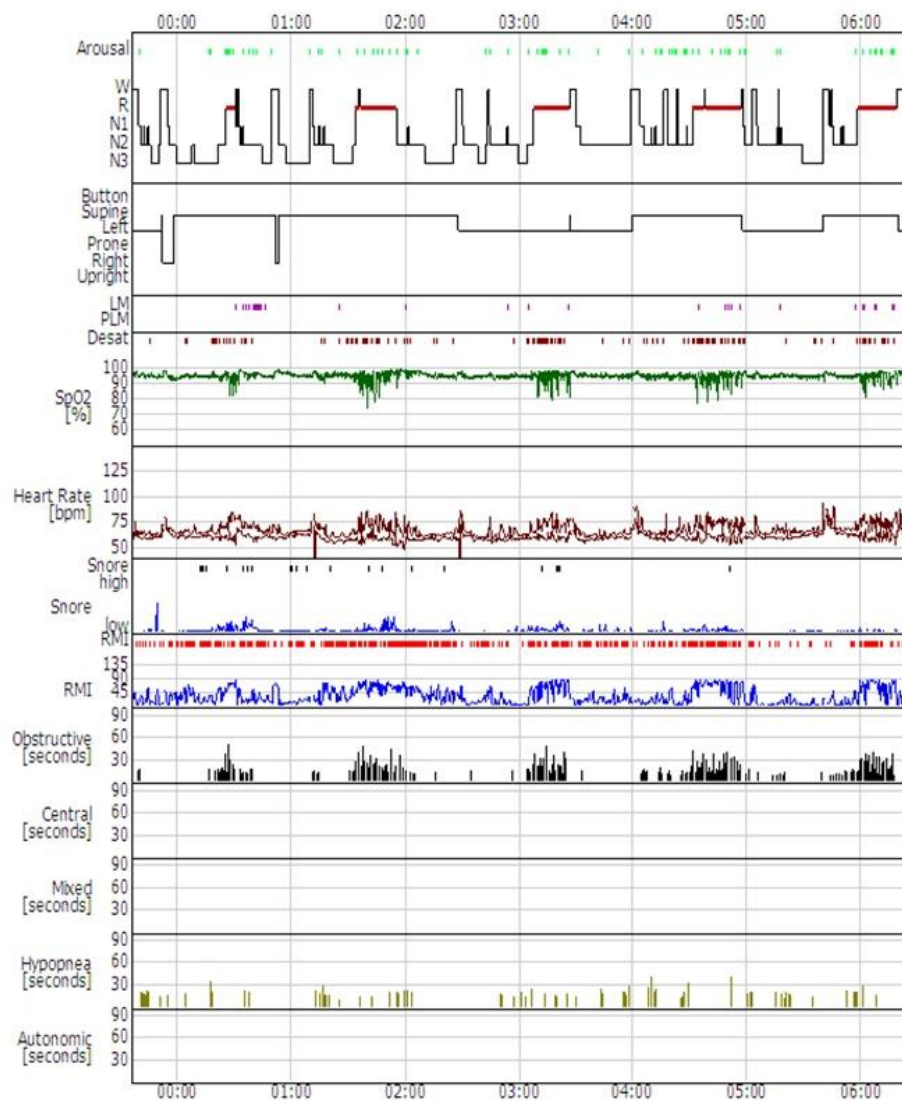
BAVT ou fibrilação atrial.

70. A imagem a seguir representa época de 60 segundos de polissonografia tipo 1 de um paciente, sexo masculino, 71 anos, encaminhado para avaliação de roncos. Descreva as alterações observadas na imagem e o seu critério para diagnóstico.



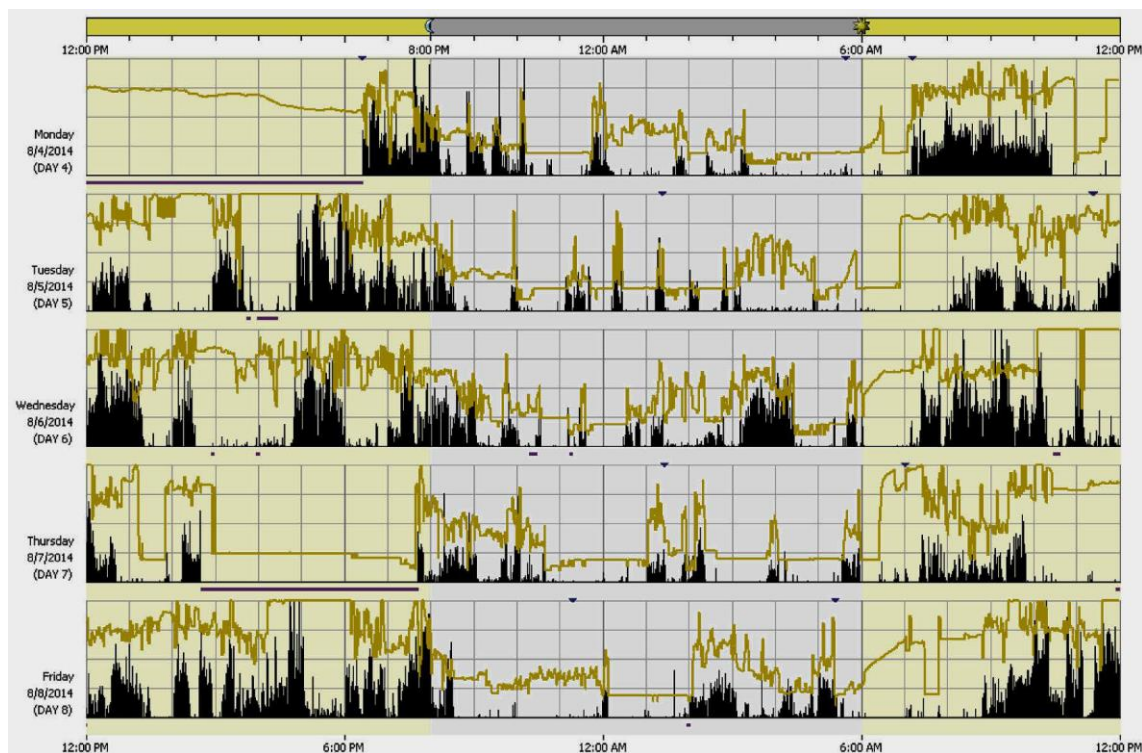
Apneia obstrutiva em adulto, associada a despertar cortical, dessaturação da oxiemoglobina e redução da frequência cardíaca (não caracterizada bradicardia) durante o evento, com aceleração com o despertar, respiração paradoxal e roncos. Critérios de apneia obstrutiva do sono em adultos: Na polissonografia tipo 1 de adultos, o Manual da AASM 3.0 define apneia obstrutiva como um evento em que há cessação quase completa do fluxo aéreo por ≥ 10 s, com queda $\geq 90\%$ da excursão de fluxo em relação à linha de base e presença contínua de esforço inspiratório durante todo o período de ausência de fluxo.

71. Analise o gráfico abaixo, que representa um exame de polissonografia tipo 1 de uma paciente, sexo feminino, 50 anos, encaminhada para avaliação de roncos. Determine o diagnóstico mais provável.



Apneia obstrutiva do sono (0,75 ponto) de predomínio no sono REM (0,25 ponto).

72. A figura abaixo corresponde a um registro de actigrafia em um indivíduo adulto. A linha amarela indica o nível de exposição à luz e as barras pretas representam o nível de atividade.



(A) Descreva os achados identificados na figura.

Padrão irregular de sono e vigília observado ao longo dos cinco dias avaliados; com períodos de sono fragmentado durante a noite associado a curtos períodos de sono durante o dia. Variabilidade do nível de exposição à luz ao longo do registro.

(B) Aponte a hipótese diagnóstica principal.

Distúrbio do ritmo sono-vigília irregular.

73. Paciente, 62 anos, relata dificuldade para iniciar o sono e múltiplos despertares ao longo da noite. Além disso, acorda no final da madrugada e não consegue voltar a dormir. Nos dias em que essas queixas ocorrem, com frequência de 4 vezes por semana nos últimos 6 meses, refere piora da atenção, irritabilidade, fadiga e cansaço.

Sua rotina média de sono durante a semana consiste em:
Horário em que deita na cama: 22h00
Horário em que adormece: 23h30
Número de despertares ao longo da noite: 6
Tempo para retornar a dormir após cada despertar: 30 minutos
Horário do último despertar: 06h00
Horário em que levanta da cama: 09h30

A partir dessas informações, calcule:

- (A) Tempo acordado após o início do sono:

180 minutos (0,5 ponto).

- (B) Eficiência do sono:

30,4% (0,5 ponto).

O enunciado abaixo é referente às questões 74, 75 e 76.

Os questionários de sono são muito importantes para a triagem de casos graves, para medir os impactos na qualidade de vida do paciente, para a decisão do melhor método de exame complementar do sono a ser solicitado para uma investigação, para o monitoramento da resposta aos tratamentos propostos, para estudos epidemiológicos e para pesquisas clínicas. Analise os questionários abaixo, e responda as perguntas:

74. Qual o nome do questionário a seguir? Se o resultado do questionário for 13, o que significa esse resultado?

Situação	Chance de cochicar
1. Sentado e lendo	
2. Vendo TV	
3. Sentado em um lugar público, sem atividade	
(sala de espera, cinema, reunião)	
4. Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando	
uma hora sem parar	
5. Deitado para descansar à tarde, quando as	
circunstâncias permitem	
6. Sentado e conversando com alguém	
7. Sentado, calmamente, após almoço sem álcool	
8. Se estiver de carro, enquanto pára por alguns minutos	
no trânsito intenso	

Escala de Sonolência de Epworth (0,5 ponto).

Resultado de 13 significa sonolência excessiva diurna (0,5 ponto).

75. Qual o nome do questionário a seguir? Se um paciente tiver o seguinte escore: uma resposta positiva na Categoria 1 e uma resposta positiva na Categoria 2; IMC: 29,3 Kg/m² e ausência de hipertensão arterial sistêmica, o que significa este resultado?

Categoria 1	Categoria 2	Categoria 3
1. Você ronca? () Sim. () Não. () Não sei. 2. Seu ronco é: Pouco mais alto que sua respiração? Tão mais alto que sua respiração? Mais alto do que falando? Muito alto que pode ser ouvido nos quartos próximos? 3. Com que frequência você ronca? Praticamente todos os dias. 3-4 vezes por semana. 1-2 vezes por semana. Nunca ou praticamente nunca. 4. O seu ronco incomoda alguém? () Sim. () Não. 5. Alguém notou que você para de respirar enquanto dorme? Praticamente todos os dias. 3-4 vezes por semana. 1-2 vezes por semana. Nunca ou praticamente nunca.	6. Quantas vezes você se sente cansado ou com fadiga depois de acordar? Praticamente todos os dias. 3-4 vezes por semana. 1-2 vezes por semana. Nunca ou praticamente nunca. 7. Quando você está acordado você se sente cansado, fadigado ou não se sente bem? Praticamente todos os dias. 3-4 vezes por semana. 1-2 vezes por semana. Nunca ou praticamente nunca. 8. Alguma vez você cochilou ou caiu no sono enquanto dirigia? () Sim. () Não.	9. Você tem pressão alta? () Sim. () Não. () Não sei. IMC=

Questionário de Berlim (0,5 ponto).

Se o paciente tiver esse escore significa baixo risco para Apneia obstrutiva do sono (0,5 ponto).

76. Qual o nome do questionário a seguir? Caso um paciente responda sim para 4 perguntas, o que o resultado significa?

Roncos?

Você **ronca alto** (alto o suficiente que pode ser ouvido através de portas fechadas ou seu companheiro cutuca você à noite para parar de roncar)?

() Sim () Não

Cansado?

Você frequentemente se sente **cansado, exausto ou sonolento** durante o dia (como por exemplo adormecer enquanto dirige)?

() Sim () Não

Observou?

Alguém **observou** que você **para de respirar** ou **engasga/fica ofegante** durante o sono?

() Sim () Não

Pressão?

Você tem ou está sendo tratado para **pressão alta sanguínea**?

() Sim () Não

Índice de massa corporal maior que 35 kg/m²?

() Sim () Não

Idade acima de 50 anos?

() Sim () Não

O pescoço é grosso? (Medida em volta do pomo de Adão)

Para homens, o colarinho da sua camisa é de 43 cm ou mais?

Para mulheres, o colarinho da sua camisa é de 41 cm ou mais?

() Sim () Não

Sexo = Masculino?

() Sim () Não

Questionário STOP-BANG (0,5 ponto).

Resposta sim para 4 perguntas significa que o paciente tem alto risco para AOS (0,5 ponto).

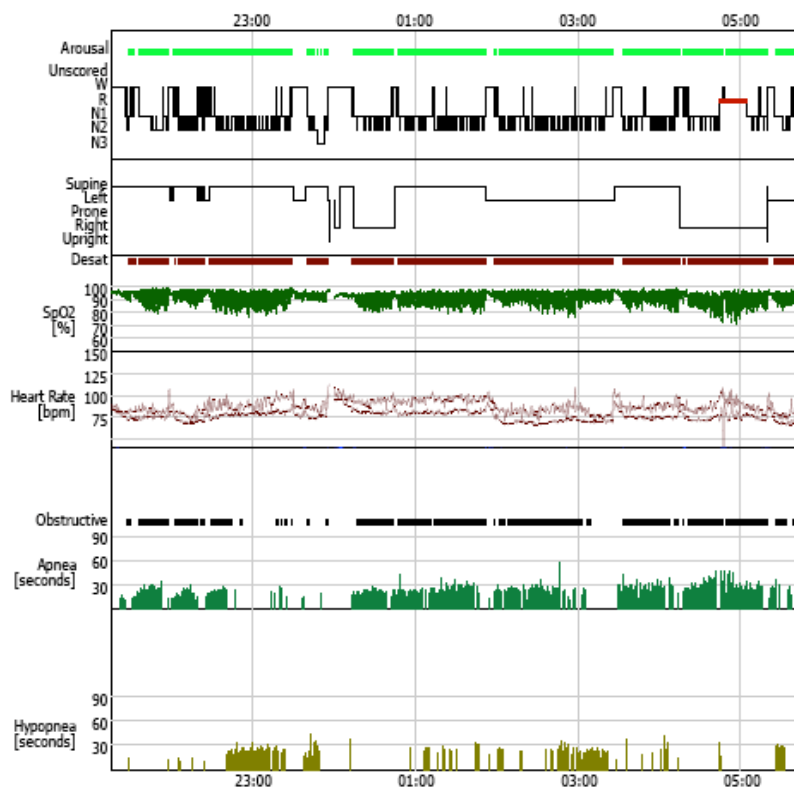
O caso abaixo é referente às **questões 77 a 78**.

- 77.** Paciente, sexo masculino, 59 anos, encaminhado ao médico do sono pelo cardiologista para investigação de AOS devido a uma alteração em uma monitorização ambulatorial de pressão arterial realizada. Referia quadro de roncos noturnos intensos, sonolência excessiva diurna, sensação de sono não-reparador e fadiga durante o dia. Não apresentava sintomas de insônia e dormia cerca de 8 horas por noite. Negava obstrução nasal. HAS e dislipidemia controladas com medicações. Nega doenças pulmonares, nega tabagismo e etilismo. Ao exame físico: IMC 27,8 kg/m², Malampatti modificado 2, tonsilas palatinas grau 2, sem deformidades craniofaciais significativas ao exame clínico.

(A) Qual padrão pressórico observado na monitorização ambulatorial da pressão arterial está classicamente associado à apneia obstrutiva do sono?

Atenuação do descenso fisiológico noturno / Padrão non-dipper. (0,25 ponto)

Foi solicitada uma monitorização do sono para o paciente, a qual foi realizada no domicílio, e seu resultado se encontra abaixo:



(B) Qual o tipo de polissonografia realizada? Baseado neste gráfico, qual o diagnóstico do paciente?

Polissonografia do tipo 2.

AOS severa ou grave.

(0,25 ponto)

78. No caso da pergunta anterior, foi prescrito PAP para o paciente sem realizar titulação laboratorial, no modo automático na janela entre 4 e 14 cmH₂O, com máscara nasal. Paciente retorna após 14 dias de uso, com melhora significativa dos sintomas noturnos e diurnos. Dados do PAP:

Usos com tempo maior que 4 horas: 14/14 dias
IAH: 13,8 eventos por hora, sendo 10,8 eventos centrais e 3,0 eventos obstrutivos
P95%: 10,9 cmH₂O
Fuga baixa

(A) Qual a provável razão do surgimento das apneias centrais após tratamento com o PAP? Cite de forma breve a fisiopatologia do surgimento desses eventos.

Apneias central emergentes ou apneias complexas.

Ao tratar os eventos obstrutivos com PAP há uma redução na PaCO₂ e o surgimento de apneias centrais por falta de estímulo (input) no centro respiratória / redução da PaCO₂ abaixo do limiar ventilatório. (0,25 ponto)

(B) Qual a conduta mais adequada para esse paciente?

Manter o tratamento com PAP já que as apneias emergentes tendem a se resolver em menos de 60 dias / A maioria dos casos resolve espontaneamente após semanas ou alguns meses de tratamento contínuo com CPAP. Não se aceita aumento da pressão do PAP ou outra modalidade de ventilação. (0,25 ponto)

O caso abaixo é referente às **questões 79 a 80**.

- 79.** Paciente, sexo masculino, 63 anos, com sintomas de roncos noturnos leves, discreta sonolência excessiva diurna, fadiga intensa, fragmentação do sono, despertares frequentes, noctúria e intensa sensação de sono não-reparador. Procura o médico do sono porque esposa relata pausas respiratórias durante o sono. Apresenta comorbidades como cardiomiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca congestiva classe funcional III (NYHA) com fração de ejeção reduzida (30%) e fibrilação atrial. Faz uso das seguintes medicações:

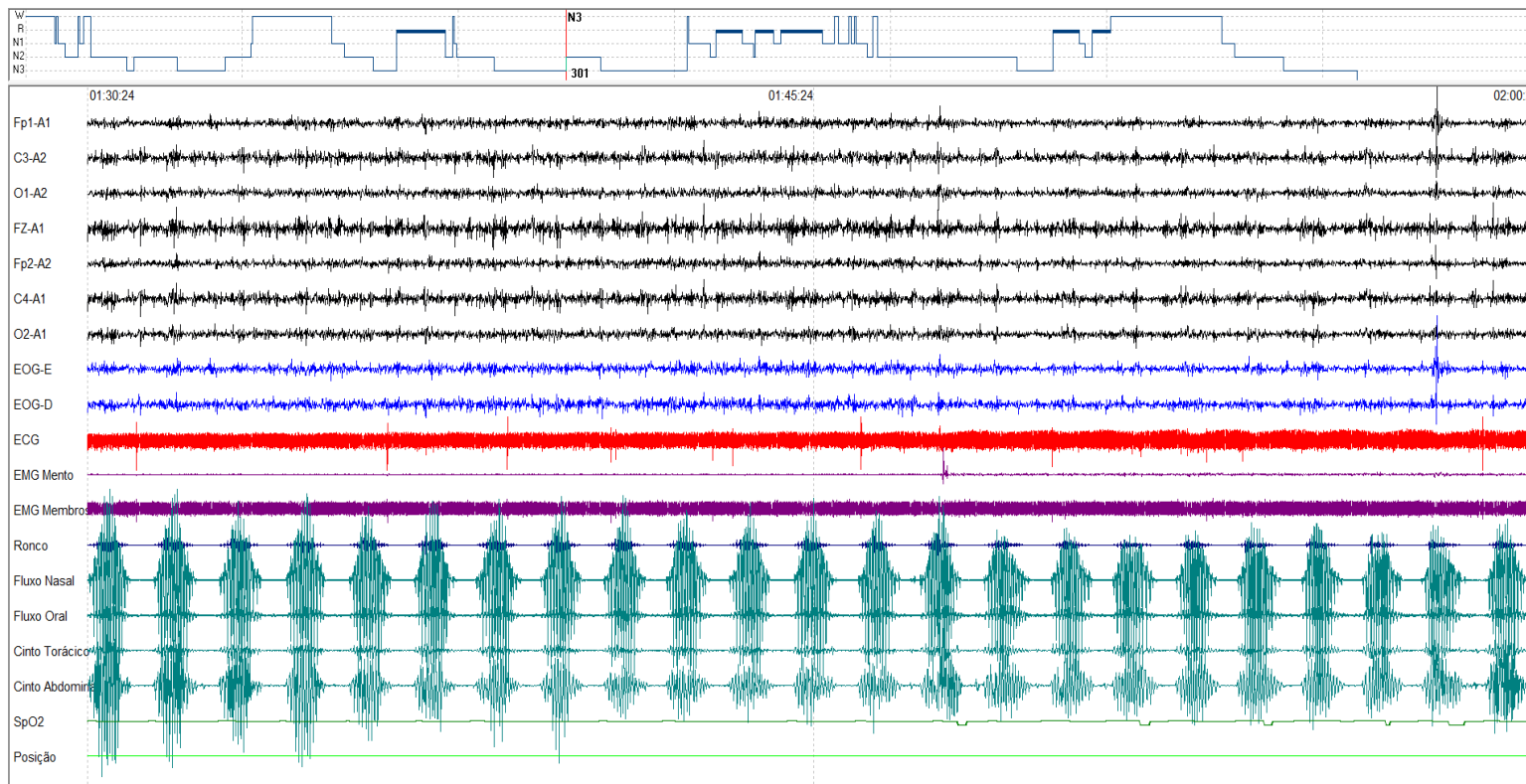
Sacubitril/valsartana 97/103 mg 2x/dia;
Carvedilol 25 mg 2x/dia;
Espironolactona 25 mg/dia;
Dapagliflozina 10 mg/dia;
Furosemida 40 mg/dia;
Apixabana 5 mg 2x/dia;
Atorvastatina 40 mg/noite.

Ao exame físico verifica-se: IMC de 27,5 kg/m², PA 108/68 mmHg, FC 76 bpm em ritmo irregular, FR 20 irpm, SpO₂ 96% em ar ambiente, turgência jugular discreta, *ictus cordis* desviado para o sexto espaço intercostal esquerdo, terceira bulha (B3), sopro holossistólico discreto em foco mitral, estertores crepitantes bibasais finos e edema maleolar bilateral (++/4). Foi solicitada polissonografia do tipo 1, com o resultado abaixo:

Eficiência de sono 86,3%.
Latência de início de sono 16 minutos.
Latência para sono REM 148 minutos.

Tempo percentual em:
N1 21,7%;
N2 37,1%;
N3 21,7%;
REM 19,5%.

Índice de despertares 63,4/hora. IAH 95,1. IAO 4,3/hora. IAC 72,1/hora. IAM 0,1/hora.
Saturação oxiemoglobina mínima 49%; média 84,1%.
Tempo total de sono com saturação < 90% 56,2%.
Tempo total de sono com saturação < 80% 25,4%



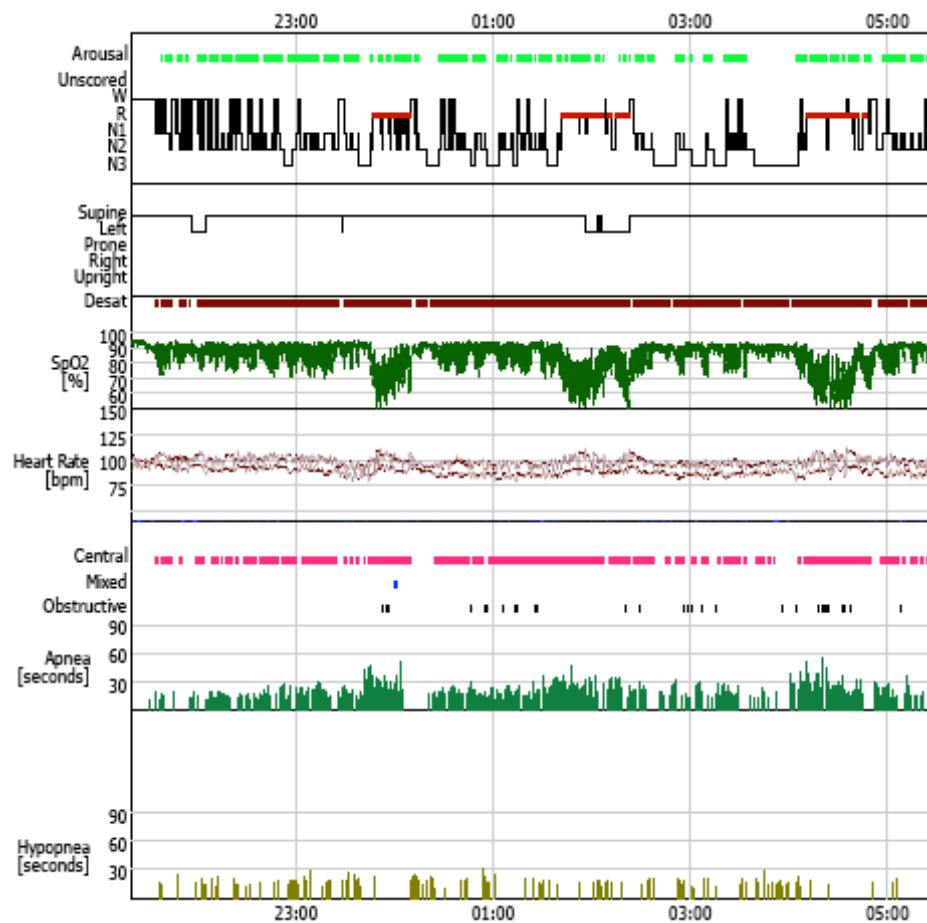
(A) Qual o diagnóstico da doença do sono do paciente e qual o padrão respiratório verificado no gráfico acima (trecho de polissonografia tipo 1 de 30 minutos)?

Síndrome da apneia central do sono com respiração de Cheyne-Stokes, associada à insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.

(B) Quais são os critérios para se realizar o diagnóstico através da polissonografia?

Presença de episódios com pelo menos três apneias e/ou hipopneias centrais consecutivas, separados por padrão ventilatório crescendo-decrescendo, com duração de ciclo ≥ 40 segundos, associados a índice de eventos centrais ≥ 5 /hora e predominância de eventos centrais em relação ao total de eventos respiratórios.

80. Ainda referente ao caso anterior, o gráfico deste paciente mostrou dessaturações mais pronunciadas durante o sono REM.

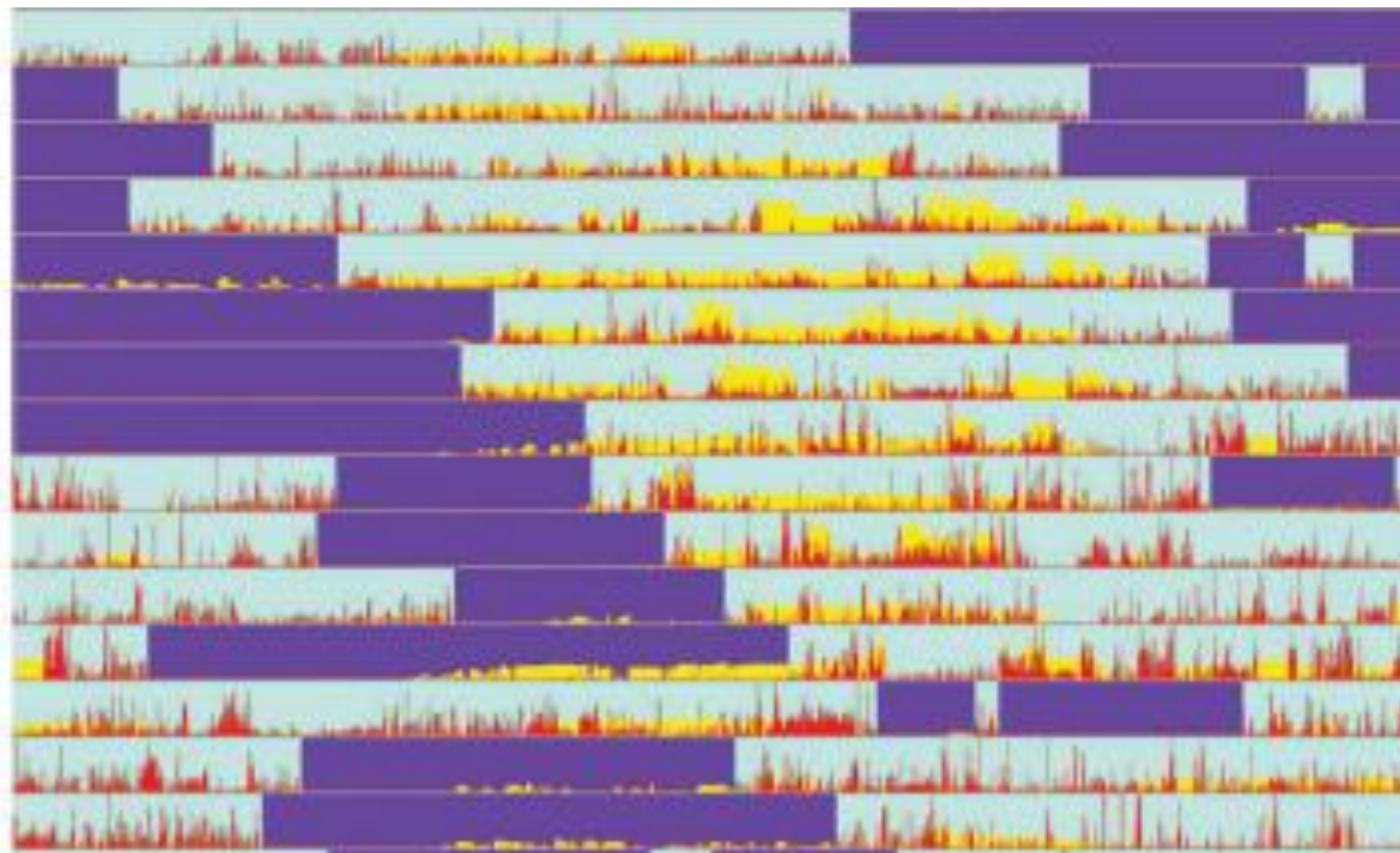


- A) Esse achado é compatível com o padrão fisiopatológico clássico da doença que você respondeu na pergunta anterior?
- B) Justifique sua resposta em itens de forma resumida.

A) Não. Esse achado não é o padrão clássico esperado na respiração de Cheyne-Stokes pura (0,5 ponto).

B) A respiração de Cheyne-Stokes ocorre predominantemente durante o sono NREM. No NREM, o controle ventilatório depende mais do feedback químico da PaCO_2 , favorecendo instabilidade ventilatória e alto loop gain. Na insuficiência cardíaca, a maior sensibilidade ao CO_2 e o maior tempo circulatório favorecem oscilações periódicas da ventilação. Durante o REM, a respiração periódica tende a diminuir ou desaparecer. Portanto, dessaturação predominante em REM não é típica de Cheyne-Stokes pura. Esse achado sugere possível mecanismo adicional, como AOS concomitante, hipoventilação em REM ou doença pulmonar associada (0,5 ponto)

81. Após perder a visão tardiamente, devido a complicações de retinopatia diabética da diabetes tipo II, um homem refere dificuldade em acompanhar os períodos noturnos e diurnos na sua casa. A actigrafia demonstrou o seguinte padrão:



Qual o diagnóstico mais provável?

Padrão Não 24h / Livre Curso. (1.0 ponto)

82. Paciente, sexo masculino, 45 anos, com insônia há cerca de 5 anos, pior nos últimos 12 meses, relata dificuldade para iniciar o sono quase todas as noites, permanecendo longos períodos na cama tentando dormir, apresentando ansiedade antecipatória intensa e pensamentos repetitivos sobre as consequências de não dormir. Passou a associar o quarto ao fracasso em dormir, checa o relógio repetidamente, permanece acordado por longos períodos na cama e deita mais cedo para tentar recuperar o sono perdido. Apesar de relatar quase não dormir nada, a esposa observa que ele dorme a maior parte da noite. Durante o dia, o paciente mantém bom desempenho em suas atividades laborais como gerente de banco e no MBA de finanças que está realizando. A partir do quadro clínico acima, a alternativa que melhor descreve os subtipos fisiopatológicos de insônia observados é:

- (A) Insônia psicofisiológica, insônia paradoxal.
- (B) Insônia paradoxal, insônia idiopática.
- (C) Insônia associada à má higiene do sono, insônia psicofisiológica.
- (D) Insônia idiopática, insônia associada à má higiene do sono.

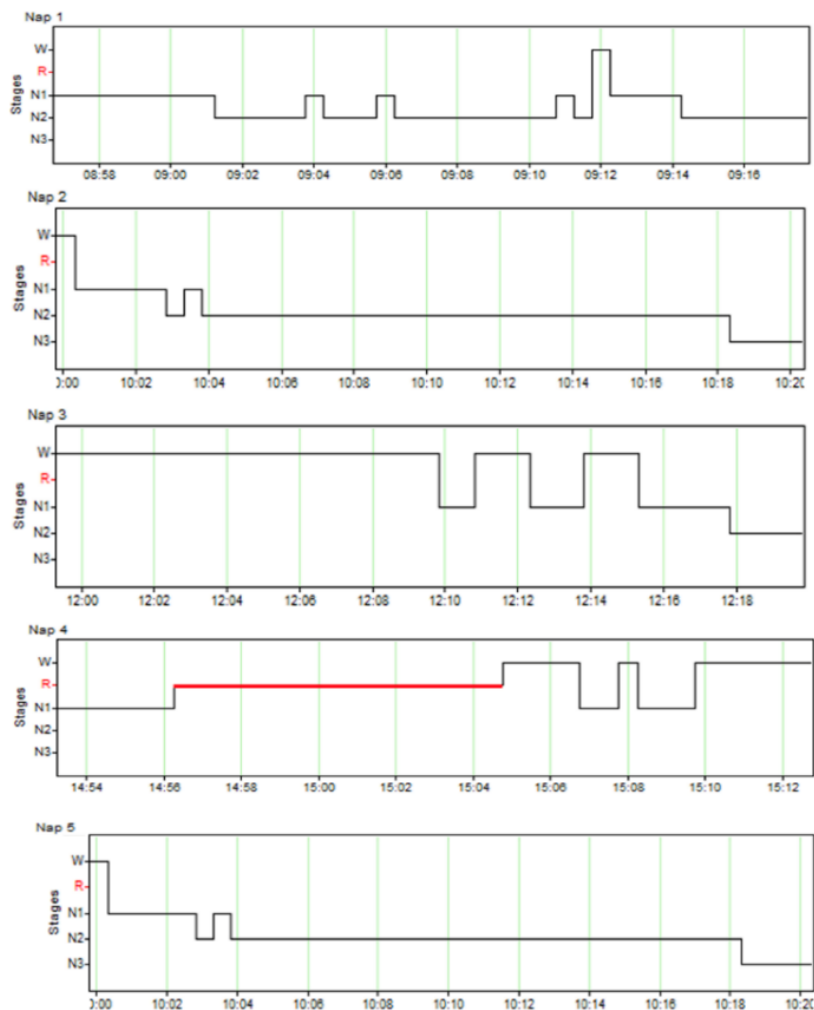
83. Paciente, sexo feminino, 46 anos, apresentando queixa de insônia há mais de 2 anos, caracterizada por dificuldade para manter o sono, múltiplos despertares noturnos e sensação de sono não reparador, associada a irritabilidade e queda de desempenho laboral. Ela relata ronco, e despertares com engasgos, além de ganho de 8 kg nos últimos 5 anos. Nega uso regular de hipnóticos, mas já fez tentativas pontuais com zolpidem, sem melhora sustentada da insônia. A polissonografia mostra índice de Apneia-Hipopneia (IAH) de 32 eventos/hora, índice de dessaturação de oxigênio de 15 eventos/hora, latência do sono de 28 minutos, tempo acordado após o início do sono de 64 minutos, eficiência de sono de 72%, índice de *arousals* de 38/hora e aumento de estágio N1 com redução de N3 e REM. Com relação à condição clínica apresentado no clínico acima descrito, é CORRETO afirmar:

- (A) Em populações clínicas, estima-se que menos de 10% dos pacientes com insônia crônica tenham os critérios mínimos para Apneia Obstrutiva do Sono (AOS). E menos de 10% dos pacientes com AOS apresentem sintomas significativos de insônia com impacto significativo na qualidade de sono e na qualidade de vida.
- (B) A hiperexcitação cognitiva e fisiológica da insônia pode reduzir o limiar de despertar respiratório e aumentar a fragmentação do sono. Por outro lado, a fragmentação crônica por apneias e dessaturações, com ativação simpática, favorece o desenvolvimento e manutenção da insônia como condição autônoma.
- (C) No manejo, recomenda-se, em geral, tratar inicialmente a apneia obstrutiva do sono com CPAP, pois a melhora dos eventos respiratórios costuma levar à resolução da insônia. Isso torna pouco efetivo intervenções específicas para insônia, como medicações e terapia cognitivo-comportamental.
- (D) Em comparação com pacientes com insônia isolada ou AOS isolada, indivíduos com essas duas condições concomitantes não apresentam pior desfecho clínico. Estudos mostram que qualidade de vida e adesão ao CPAP são semelhantes nos pacientes com ambas em relação aos que têm apenas um dos transtornos.

84. Descreva a técnica de intenção paradoxal no tratamento não farmacológico do transtorno de insônia e suas indicações:

A intenção paradoxal é uma técnica cognitivo-comportamental indicada sobretudo para insônia de início de sono. Consiste em orientar o paciente a deitar-se e **tentar permanecer acordado na cama durante toda a noite, evitando qualquer esforço voluntário para adormecer. Essa instrução produz exposição controlada ao medo de “passar a noite em claro” e, ao mesmo tempo, reduz a hipervigilância e o investimento de esforço em dormir, considerados centrais na manutenção da insônia. Ao substituir o “esforço para dormir” por uma atitude de aceitação da vigília, diminui-se a ansiedade de desempenho e favorece-se a ocorrência espontânea do sono.**

85. Paciente LVZ, 31 anos, refere roncos noturnos há 7 anos, sonolência diurna excessiva e sensação de sono não reparador desde a adolescência. Relata sonolência ao volante e durante a leitura. Deita-se meia noite, dorme em 20 minutos e levanta-se às 7h. Nega fragmentação do sono. Mesmo padrão no final de semana. Refere ronco habitual de leve intensidade. Sem sintomas nasais. Refere paralisia do sono. Trouxe o seguinte exame:



(A) O resultado do exame indicava média das latências de 2,4 minutos. Qual o nome do exame demonstrado ao lado?

Teste de Latências Múltiplas do Sono (0,25 ponto).

(B) Cite dois procedimentos/exames que devem ser realizados para validade do diagnóstico com o teste anterior?

Diário de sono por duas semanas (0,75 ponto).

Actigrafia por 2 semanas.

Polissonografia pregressa ao exame de Teste das Latências Múltiplas do Sono, sem o qual não há como firmar diagnóstico.

86. Paciente, sexo masculino, 14 anos, com episódios recorrentes há 18 meses de hipersonolência intensa, ocorrendo a cada 3 - 4 meses, com duração de cerca de 7 dias. Durante as crises, dorme até 16 horas por dia, apresenta confusão mental, lentificação cognitiva, apatia e episódios de desrealização. Entre os episódios, apresenta funcionamento completamente normal, com sono, cognição e comportamento preservados. Quanto aos resultados esperados dos exames complementares realizados na condição clínica acima descrita, é CORRETO afirmar:

Legenda: tomografia por emissão de pósitrons = PET; tomografia computadorizada por emissão de fóton único = SPECT.

- (A) Durante os episódios observamos níveis reduzidos de hipocretina-1 no líquido cefalorraquidiano, estando normais nos intervalos sem sintomas.
- (B) Nos exames de PET e SPECT cerebral observamos um hipermetabolismo em lobos frontais e hipometabolismo no tálamo, hipotálamo e hipocampo.
- (C) A polissonografia de crianças com essa condição temos um aumento do sono REM na segunda metade do exame e do sono N3 na primeira metade.
- (D) Os níveis hormonais séricos (cortisol, TSH, GH, insulina) estão normais, bem como o padrão de secreção hormonal ao longo de 24 horas.

87. Paciente, 11 anos, apresenta episódios noturnos recorrentes de despertar abrupto acompanhados de expressões de medo intenso, gritos e movimentos corporais agitados. Os episódios ocorrem na primeira metade da noite e duram poucos minutos, o paciente não responde aos familiares, mesmo com olhos abertos, e no dia seguinte não se recorda do ocorrido. Adicionalmente, o paciente apresenta um irmão com histórico semelhante. O exame físico não apresenta alterações. A melhor alternativa para avaliação do diagnóstico desse paciente é:

- (A) Realizar o exame de polissonografia com montagem estendida.
- (B) Solicitar o exame de ressonância magnética de encéfalo.
- (C) Fazer um exame de vídeoencefalograma em vigília e sono.
- (D) A avaliação clínica é suficiente para estabelecer o diagnóstico.

88. Paciente, sexo feminino, 8 anos, trazida pelos pais ao consultório devido a episódios em que sai do quarto e caminha pela casa aparentemente confusa, sem responder aos chamados dos pais. Esses eventos são quase diários, os episódios costumam ocorrer cerca de 1 a 2 horas após o início do sono e duram de 5 a 10 minutos, sem que a paciente se lembre do ocorrido no dia seguinte. Os pais estão preocupados, pois, em uma das ocasiões, a criança tentou abrir a porta da casa, embora sem incidentes graves até o momento. O pai dela tem um histórico semelhante na infância, com episódios até a adolescência. Frente ao quadro clínico apresentado, o melhor tratamento farmacológico é:

- (A) Clonazepam.
- (B) Carbamazepina.
- (C) Valproato de sódio.
- (D) Triptofano.

89. Paciente com relato de desconforto nos membros inferiores, associados ao desejo de movimentar as pernas. Esses fenômenos acontecem no repouso e no período noturno, melhorando com o movimento. Em uso de pramipexol há 8 anos, refere piora progressiva dos sintomas, com aumento da intensidade, maior área acometida e prolongamento da duração das sensações desconfortáveis. Nesse período houve o aumento da dose do pramipexol para até 1,5 mg/dia, sem melhora. O exame de ferritina sérica está em 112 ng/ml. A conduta terapêutica mais adequada para esse quadro é:

- (A) Reduzir o pramipexol e introduzir metadona.
- (B) Manter o pramipexol e prescrever ferro via oral.
- (C) Iniciar duloxetina e ajustar a dose do pramipexol.
- (D) Solicitar polissonografia e associar gabapentina.

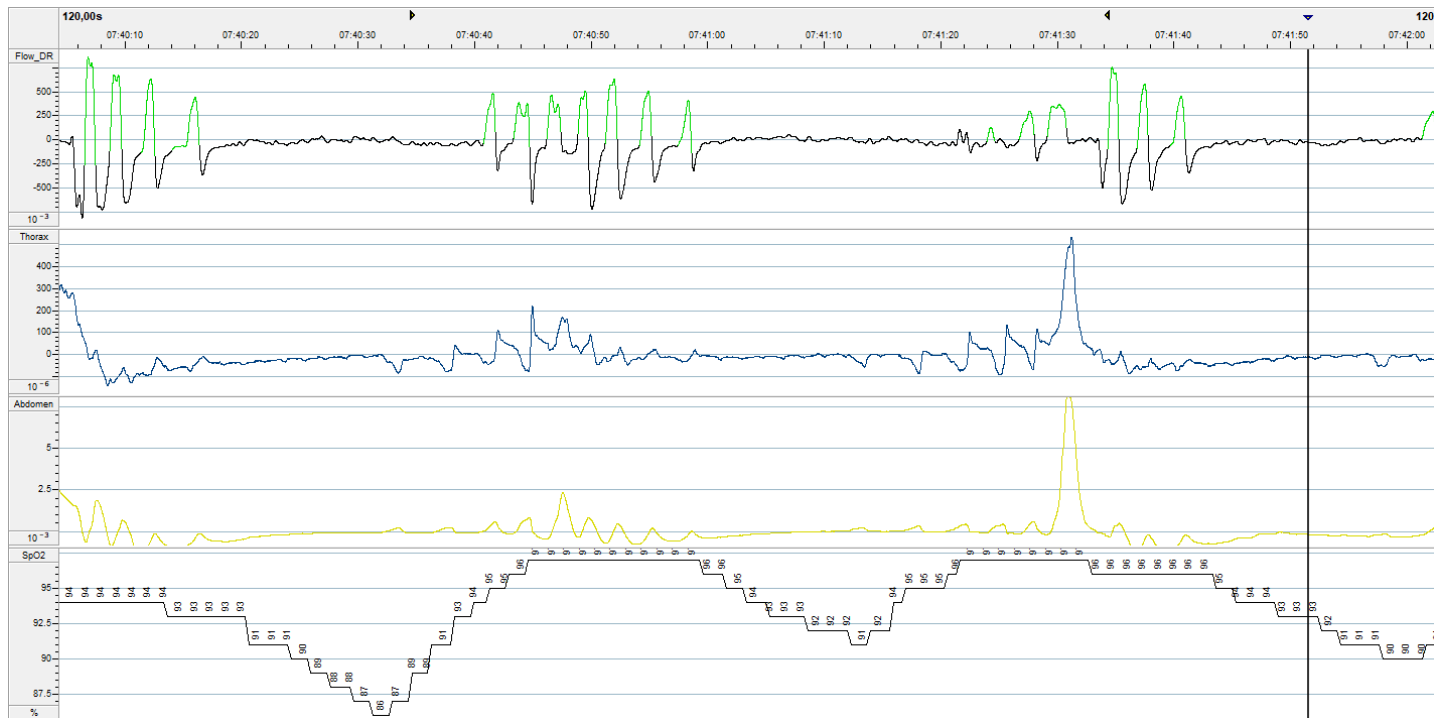
90. Paciente, sexo feminino, 44 anos, relata deitar-se diariamente às 23h e dormir às 0h30, acordando e levantando às 7h. Refere fadiga durante o dia. Queixa-se, no período noturno, de um desconforto nas pernas, associado ao desejo de movimentá-las, isso ocorre principalmente quando está deitada tentando dormir. Muitas vezes, refere que tem que se levantar para conseguir alívio desse desconforto. A paciente foi avaliada e realizou exames laboratoriais abaixo:

Hemoglobina: 13; Hematócrito: 48; Ureia: 20; Creatinina: 1; Glicemia jejum: 84; Ferritina: 62.

Para esse quadro clínico, o melhor tratamento é:

- (A) Pramipexol.
- (B) Pregabalina.
- (C) Ferro carboximaltose.
- (D) Trazodona.

91. A figura abaixo mostra uma poligrafia do tipo 3 de um paciente de 60 anos, histórico de hipertensão arterial, dislipidemia e doença renal crônica em tratamento conservador (taxa de filtração glomerular de 45 mL/min/1,73 m²). Exceto por queixas de ronco, paciente nega sintomas. Cite o tipo de evento respiratório apresentado e qual tratamento recomendado caso o paciente apresente um índice de apneia-hipnopneia de 52/hora com predominância destes eventos.



Episódios de apneia mista. Indicar o uso do CPAP e avaliar tratamento das comorbididades.

Justificativa da resposta: O traçado mostra episódios de apneia mista. Segundo os critérios do manual oficial da *American Academy of Sleep Medicine* (AASM), a apneia mista é definida quando ocorre uma interrupção respiratória caracterizada por ausência de esforço respiratório na primeira parte do evento, seguida por retorno do esforço ventilatório antes do término da apneia. Os eventos duram mais do que 10 segundos (época de 120 segundos na foto). Os eventos são seguidos com queda significativa da saturação de oxigênio (SpO2). O tratamento preferencial da apneia predominante mista consiste na otimização do tratamento de causas subjacentes (incluindo avaliação de hipervolemia como é frequente na doença renal crônica) e o uso de pressão positiva de vias aéreas, habitualmente o CPAP.

92. Paciente, sexo masculino, 34 anos, engenheiro, procura um serviço de medicina do sono com queixa de roncos noturnos há 2 anos com piora nos últimos meses. Ele mora sozinho e, portanto, não tem parâmetros do seu ronco de forma frequente, apenas quando viaja em família ou com os amigos. Nega queixas de fragmentação do sono e sonolência. Tem percepção de sono restaurador. Afirma que dorme 6 horas por noite.

(A) Quais são as formas de identificar o tempo total de sono e roncos noturnos em um paciente que mora só (antes mesmo de solicitação de uma polissonografia)?

Wearables: smartwatches que avaliam tempo de sono.

Nearables: como app de smartphones que captam o som através do microfone e traduzem em sinais gráficos.

Actígrafo.

(0,5 ponto)

Ao exame físico, o paciente refere que fez amigdalectomia no passado e o médico identifica que a classe de Mallampatti modificado é II. IMC= 26,45 Kg/m² e não apresenta deformidade craniofacial significativa ao exame clínico.

(B) Qual é a classificação de Friedmann para este paciente?

Friedmann II (0,5 ponto).

93. Paciente, 68 anos, aposentado, foi encaminhado para avaliação do médico do sono por roncos que incomodam a parceira. Tem bons hábitos de sono, sem antecedentes respiratórios de relevância, com escala de sonolência de *Epworth* de 6 pontos, sem queixas adicionais de sono. Durante avaliação constatou-se polissonografia com eficiência do sono dentro da normalidade, Índice de Apneia-Hipopneia (IAH) de 13/h, com IAH em sono REM de 28/h, em posição supina de 32/h e em posição não supina 4/h; IMC de 25 kg/m², Mallampatti modificado de I, com dentição preservada sem uso de próteses, circunferência cervical de 30 cm, rinoscopia anterior sem alterações. Diante do quadro, foi proposto uso de aparelho intra-oral avançador de mandíbula para o tratamento. Dos fatores abaixo, o que deve ser esclarecido como fator que pode reduzir a eficácia da proposta em seu caso é:

(A) IAH mais elevado na posição supina.

(B) Mallampatti modificado grau I.

(C) Circunferência cervical de 30 cm.

(D) Idade de 68 anos.

94. Paciente, sexo feminino, 37 anos, queixa-se de sonolência diurna e fragmentação do sono há 3 anos. Ela procura um serviço de medicina do sono para elucidar seu caso. Possui hirsutismo, acne e acantose *nigrans*, além de obesidade grau III. A condição que obrigatoriamente deve ser investigada é:

- (A) Apneia Obstrutiva do Sono.
- (B) Apneia Central.
- (C) Distúrbio Comportamental do sono REM.
- (D) Narcolepsia.

95. Paciente, sexo feminino, 29 anos, com AOS moderada diagnosticada antes da gestação, encontra-se com 24 semanas de gravidez utilizando CPAP com boa adesão. Refere sensação de sono não restaurador e sonolência durante o dia, especialmente após o almoço. A conduta mais apropriada para o caso é:

- (A) Suspender temporariamente o CPAP até o término da gestação.
- (B) Manter a pressão prescrita antes da gravidez, pois o IAH tende a permanecer estável durante a gestação.
- (C) Substituir imediatamente o CPAP por dispositivo de avanço mandibular.
- (D) Reavaliar a necessidade de ajustes de pressão e adaptação da interface.

96. Paciente, sexo masculino, 78 anos, é encaminhado por sua filha devido a esquecimento progressivo, noctúria frequente e sono não reparador. Nega sonolência excessiva diurna e sua esposa não relata pausas respiratórias durante o sono. Com relação à condição clínica apresentada, é CORRETO afirmar:

- (A) A ausência de sonolência e apneias testemunhadas praticamente exclui apneia obstrutiva do sono (AOS).
- (B) Não há suspeita de doença neste idoso. As alterações por ele apresentadas podem fazer parte do envelhecimento fisiológico.
- (C) Suspeita-se de AOS devido aos sintomas cognitivos e noctúria, e uma polissonografia deve ser solicitada.
- (D) A presença de sintomas cognitivos sugere prioritariamente doença neurodegenerativa, tornando improvável o diagnóstico de AOS.

97. Paciente, sexo masculino, 56 anos, procura o serviço especializado em medicina do sono com quadro clínico de roncos noturnos intensos que incomodam a parceira de quarto, engasgos noturnos, pausas respiratórias presenciadas, sensação de sono não-reparador e sonolência excessiva diurna. Possui dislipidemia, DM tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica, em uso de medicações via oral com controle parcial destes distúrbios. Nega tabagismo, asma brônquica ou doenças parenquimatosas pulmonares. Realizou tomografia computadorizada de tórax sem alterações significativas. Ao exame físico possui Malampatti modificado 2, tonsilas palatinas grau 2, IMC: 46,8 kg/m² e ausência de deformidades craniofaciais significativas ao exame clínico. Realizou uma polissonografia do tipo 1 com eficiência do sono de 93%, IAH: 38 eventos por hora, tempo de saturação de oxiemoglobina abaixo de 90% de 54% do tempo total de sono.

(A) Além do diagnóstico confirmado de AOS grave, qual a doença do sono deve ser suspeitada com a história clínica, os dados de exame físico e de monitorização do sono deste paciente? Dê duas justificativas para essa suspeita.

Síndrome da Hipoventilação relacionada ao sono. (0,3 ponto)

Justificativas: Obesidade mórbida / Tempo de saturação abaixo de 90 elevado / Ausência de doenças parenquimatosas pulmonares / Hipoxemia noturna desproporcional ao IAH.

(B) Após a suspeita diagnóstica, quais exames podem ser solicitados para o diagnóstico do caso?

Dosagem sérica do bicarbonato durante a vigília (triagem).

Gasometria arterial durante a vigília com medida da PaCO₂ (confirmação).

Medida de capnografia ao fim da expiração ou transcutânea durante a vigília.

Exames para descartar doenças pulmonares são respostas aceitas.

(0,3 ponto)

(C) Cite qual o principal exame para confirmação da doença e qual o valor de referência para se diagnosticar esta doença.

Gasometria arterial: PaCO₂ maior que 45mmHg. (0,3 ponto)



- 98.** Paciente, sexo feminino, 56 anos, há 5 anos na pós-menopausa, procura atendimento por fadiga progressiva, sensação de redução da energia, lentificação do raciocínio e piora da concentração nos últimos meses. Refere sono não reparador, e nega sintomas depressivos ou ganho ponderal recente. A condição que deve ser investigada para esclarecer estes sintomas apresentados é:
- (A) Hipertireoidismo subclínico.
 - (B) Síndrome de Cushing.
 - (C) Feocromocitoma.
 - (D) Hipotireoidismo.
-
- 99.** Paciente, sexo feminino, 78 anos, com diagnóstico de doença de Alzheimer, parcialmente dependente para atividades de vida diária, morando em lar para idosos há 2 anos, tem dificuldade de início de sono, perambulando pela casa e ficando mais confusa neste período. O tratamento mais adequado para este caso é:
- (A) Iniciar melatonina à noite, pois há eficácia consistente no tratamento da insônia em pacientes com doença de Alzheimer institucionalizados.
 - (B) Instituir medidas comportamentais, com regularização do horário de sono, aumento de atividade diurna e exposição à luz intensa.
 - (C) Prescrever benzodiazepínico de ação intermediária ao deitar, para controle da insônia e das alterações comportamentais.
 - (D) Iniciar quetiapina ao deitar para tratar insônia e perambulação noturna, pelo perfil de segurança e eficácia da droga.
-
- 100.** Paciente, sexo masculino, 7 anos, em pós-operatório de 2 anos de adenoamigdalectomia por respiração oral e roncos noturnos intensos, com melhora destes sintomas após a realização deste procedimento. Pais referem há 1 ano quadro de roncos noturnos, pausas respiratórias presenciadas e agitação durante o dia com discreta obstrução nasal. Fez uso de corticosteroide tópico nasal sem melhora do quadro. Ao exame físico verifica-se Malampatti modificado II e tonsilas grau 0. O otorrinolaringologista realizou videonasofibrolaringoscopia flexível que evidenciou vegetações adenoideanas de leves dimensões, ocupando cerca de 20% da nasofaringe. É portador de Síndrome de Down, teve ganho ponderal significativo após o procedimento cirúrgico, e não faz uso de nenhuma medicação. Nega-se comorbidades. Procuraram o seu ambulatório de medicina do sono. A conduta mais adequada para este caso é:
- (A) Indicar uso de terapia com pressão positiva.
 - (B) Solicitar sonoendoscopia para verificação do sítio de colapso faríngeo.
 - (C) Solicitar polissonografia do tipo 1.
 - (D) Solicitar polissonografia para titulação de PAP.