

## 'DORMIR SOBRE O ASSUNTO': A RELAÇÃO DA MULHER COM O SONO

Num mês dedicado às mulheres, *O'JornalDentistry* convidou várias profissionais de diferentes áreas de referência relacionadas com o sono, entre elas médicas dentistas, uma fisioterapeuta, uma otorrinolaringologista, uma pneumologista e uma pediatra, para apresentarem a sua perspetiva sobre como as diferentes fases da vida de uma mulher afetam o sono e de que forma é que este se relaciona com a saúde oral.

1 - Existem distúrbios do sono que afetam desproporcionalmente as mulheres, em comparação com os homens?

2 - Os ciclos menstruais e, mais tarde, a menopausa podem afetar o sono das mulheres?

3 - E a maternidade? Quais são as melhores estratégias para lidar com a privação do sono após o parto?

4 - Como é que a apneia do sono afeta a qualidade de vida das mulheres e quais os sintomas mais comuns e efeitos a longo prazo (ex.: doenças cardiovasculares, metabólicas...)?

5 - Quais são as opções de tratamento para mulheres com apneia do sono?

6 - A insónia também é mais comum nas mulheres? Quais os principais efeitos colaterais dos medicamentos para dormir e que alternativas se podem recomendar?

7 - O stress e a ansiedade também podem afetar o sono. Quais as estratégias e hábitos de "higiene do sono" mais eficazes e que se podem implementar para melhorar a qualidade do sono?

8 - Que papel pode a mãe desempenhar na qualidade de sono das crianças? Que boas práticas podem ser implementadas nas diferentes idades (primeiros meses, infância, adolescência...)?



## Dra. Filipa Ricardo, fisioterapeuta



Fisioterapeuta Licenciada pela Escola Superior de Saúde Atlântica - Universidade Atlântica; Mestre em Exercício e Bem-Estar - Universidade Lusófona Humanidades e Tecnologias; Mestre em Terapia Miofuncional - Instituto Superior de Estudos Psicológicos, Madrid; Pós-graduação Internacional em Distúrbio Temporomandibular e Dor Orofacial - Universidade de Belo Horizonte, Brasil; Pós-graduação em Fisiopatologia do Sistema Músculo-Esquelético Crânio-Cervical, Crânio-Mandibular e Dor Orofacial - Universidad Andrés Bello, Chile; Docente na Escola Superior de Saúde Atlântica - Universidade Atlântica; Prática Clínica exclusiva em Dor Orofacial, Distúrbio Temporomandibular e Sono no Hospital CUF Descobertas, no Hospital da Luz Lisboa, no Clínica CUF Alvalade e na Clínica Dentária de Santa Madalena.

1. Como sabemos, existem muitas diferenças entre os homens e as mulheres e, obviamente, o sono não é exceção. Quando pensamos em distúrbios do sono que afetam de forma desproporcional as mulheres, facilmente a insónia surge em primeiro lugar. O que não nos podemos esquecer é que, muitas vezes, nas mulheres, a insónia está associada a outros distúrbios do sono, nomeadamente os distúrbios respiratórios, tais como a apneia obstrutiva do sono que tipicamente é considerada uma doença dos homens. É, por isso, que quando há suspeita de distúrbio do sono é imprescindível uma avaliação detalhada que só é possível junto de equipas especializadas.

2. O sono das mulheres é afetado pelo ciclo menstrual, pela gravidez, pela menopausa, isto é, varia de acordo com a fase da vida em que se encontra e relaciona-se sobretudo com as alterações a nível hormonal.

Na menopausa, manifestações conhecidas como os episódios de calor súbito e sudorese intensa (sintomas vasomotores) provocam inúmeros despertares e afetam o sono das mulheres. Porém, é também nesta fase que podem surgir ou agravar distúrbios do sono como a insónia ou a apneia obstrutiva do sono.

3. As alterações do sono iniciam-se logo durante a gravidez, cada trimestre apresenta características próprias. Na maternidade, o desafio é ainda maior porque há uma série de horários relacionados com a alimentação e com o sono do bebé que a mãe precisa de cumprir. As estratégias para

minimizar a privação do sono passam por manter uma rotina diária para a mãe e para o bebé, descansar enquanto o bebé dorme e pedir ajuda ou delegar as tarefas domésticas.

4. A apneia do sono afeta a qualidade de vida de milhões de pessoas no mundo e é um grave problema de saúde pública que acarreta elevados custos. Mais grave é pensar que há um sub-diagnóstico desta patologia, sobretudo nas mulheres. Os sintomas mais comuns são: cansaço e sonolência durante o dia, cefaleia ao acordar, sensação de que o sono não foi reparador, dificuldade de concentração, de atenção e de memória e acordar múltiplas vezes durante a noite. Para além destes, mulheres que ronnem ou que parem de respirar durante o sono (testemunhado por outras pessoas) devem procurar uma equipa de Medicina do Sono.

Para além de sentirem o seu bem-estar afetado sem terem qualquer perspetiva de melhoria, por não terem um diagnóstico e, conseqüentemente, não terem um tratamento adequado, estas mulheres têm acrescidos riscos para a saúde a longo-prazo a nível cardiovascular, metabólico e neurológico.

5. Uma vez que a equipa multi e interdisciplinar de Medicina do Sono estabelece o diagnóstico de apneia obstrutiva do sono, as opções de tratamento são discutidas com a doente. As hipóteses são variadas e incluem a terapia através dos dispositivos de pressão positiva contínua - CPAP (continuous positive airway pressure), os dispositivos intra-orais - DAM (dispositivos de avanço mandibular) e várias opções cirúrgicas.

Estas opções de tratamento não se esgotam em si mesmas e, neste sentido, a fisioterapia participa com um conjunto de estratégias de intervenção personalizadas e centradas na pessoa com apneia obstrutiva do sono que dependem de uma criteriosa avaliação e passam, por exemplo, pela educação sobre a própria condição, pela facilitação da adaptação ao CPAP ou ao DAM. No caso dos dispositivos intra-orais, o controlo prévio de eventual disfunção temporomandibular é fulcral e a parceria com a medicina dentária é essencial para um tratamento bem-sucedido.

Por fim, mas não menos importante, o fisioterapeuta também promove a atividade física e o exercício e é um agente facilitador da adesão ao tratamento.

7. O stress e a ansiedade podem efetivamente afetar o sono e, deste modo, devem ser devidamente avaliados pela equipa de Medicina do Sono. Contudo, existem recomendações, por exemplo as da World Sleep Society, que devem ser incentivadas de forma a aumentar a qualidade do sono, tais como manter o quarto e a cama confortáveis (temperatura, ruído e iluminação), evitar o consumo excessivo de álcool e de tabaco antes de dormir, evitar o consumo de cafeína antes de ir dormir (café, chá, refrigerantes e chocolate), encontrar um horário regular para dormir, evitar sestas com duração superior a 45 minutos, evitar comida pesada, picante ou doce antes de dormir e realizar exercício físico regularmente (devidamente prescrito).

Falar das medidas de "higiene do sono" é importante, mas educar sobre os seus benefícios é crucial para que o sono seja percebido como vital para a saúde. Os benefícios do sono são incontáveis, porém alguns são especialmente queridos às mulheres, tais como o papel que o sono desempenha no equilíbrio emocional e no controlo do peso.

8. As boas práticas que devem ser implementadas são transversais a todas as idades e já foram referidas anteriormente. Porém, há alguns aspetos que podem ser reforçados junto das crianças e adolescentes como, por exemplo, evitar o consumo excessivo de açúcar e o tempo prolongado de exposição aos ecrãs.

Uma mãe é uma educadora. Uma mãe bem informada relativamente aos benefícios que o sono tem no crescimento e desenvolvimento dos filhos, independentemente da idade, vai certamente transmitir e perpetuar esse conhecimento ao longo do tempo.

## Dra. Gabriela Videira, médica dentista



Prática privada em Lisboa. Distúrbio Temporomandibular, Dor Orofacial e Medicina Dentária do Sono, Perioodontologia e Implantes. Co-Fundadora e Secretária-Geral da Sociedade Portuguesa de Distúrbio Temporomandibular e Dor Orofacial - SPDOF. Coordenadora da Secção do Sono da SPDOF. Especialista em Perioodontologia pela OMD.

1. O sono normal é diferente no homem e na mulher, o que também justifica as diferenças encontradas nas manifestações das principais patologias. As razões prendem-se com questões hormonais, de acordo com o ciclo menstrual ou com a influência da menopausa, mas também com alterações anatómicas, distribuição de gordura corporal. Simplificando: as mulheres são mais afetadas pela insónia e os homens pela apneia do sono.

2. A mulher grávida tem o nível de progesterona aumentado, sente sonolência no início da gestação. Na menopausa acontece o contrário: a progesterona cai e piora a qualidade do sono da mulher. A mulher passa a ter nesta fase um aumento da incidência da apneia do sono, roncopia e de outras patologias sistémicas.



3. Na gravidez é muito importante controlar a ansiedade de forma a manter um bom sono, evitando as insónias tão comuns na grávida. A grávida deve também ter o cuidado de controlar o aumento de peso de modo a reduzir o risco de apneia na gravidez.

No pós-parto as estratégias são mais nas rotinas e higiene do sono, quer da mãe quer do bebé. Deixaria três notas:

- 1 - Não utilizar o colo da mãe para o recém-nascido dormir;
- 2 - Introduzir uma rotina diária com bebé e também uma rotina de sono ao bebé;
- 3 - Distinguir os choros/sons do bebé, evitando um constante estado de alerta para a mãe conseguir descansar.

4. A apneia do sono na mulher nem sempre se manifesta com os clássicos roncos noturnos. Os sintomas associados são por vezes mais subtis e de difícil diagnóstico diferencial como a fadiga, enxaqueca, alterações de memória, depressão, ansiedade, taquicardia, alterações de humor. A apneia do sono nas mulheres é subdiagnosticada. Ocorre muitas vezes em mulheres jovens e magras que saem do padrão estereotipado da apneia do sono.

5. Os tratamentos são semelhantes no homem e na mulher e devem ser avaliados em equipas multidisciplinares. Englobam a correção dos fatores de risco como a obesidade, tabaco, a ingestão de álcool ao deitar por exemplo, associados a terapêuticas isoladas ou combinadas. O CPAP - pressão positiva, mais direcionado para apneias graves ou moderadas em doentes com comorbilidades - continua a ser o mais prescrito, mas o advento de novos tratamentos e a dificuldade de adesão levou a que se procurassem outras opções.

O contributo dos dispositivos intraorais e da medicina dentária mais orientados para as apneias ligeiras tem vindo a crescer com uma elevada taxa de sucesso e as mulheres aderem muito a este tratamento mais cómodo. A vertente cirúrgica tem muitas vezes de ser considerada, seja no âmbito da cirurgia maxilo-facial ou da otorrino, dependendo do quadro específico do doente.

Como se pode ver, temos de procurar uma solução personalizada para os nossos doentes neste leque de opções e numa área onde surgem novos tratamentos.

6. Sim. Como referi anteriormente, a mulher tem maior prevalência de insónia. Em relação aos fármacos para a insónia são muitas vezes uma necessidade, mas devem ser associados a terapia comportamental para a insónia. Esta técnica de tratamento tem uma taxa de sucesso a longo prazo excelente e que, muitas vezes, não é prescrita pelos profissionais.

7. A Associação Mundial de Medicina do Sono tem dez mandamentos para os adultos que resumem os cuidados necessários:

- 1 - Ter um horário regular de deitar e acordar.
- 2 - No caso de dormir a sesta, esta deve ocorrer antes do meio da tarde e não exceder os 45 minutos.
- 3 - Evitar fumar e ingerir bebidas alcoólicas, sobretudo nas quatro horas anteriores ao início do sono.
- 4 - Evitar a ingestão de cafeína (café, chás, refrigerantes e chocolate) antes de dormir.

5 - Evitar refeições pesadas, com alto teor de gorduras ou açúcar, bem como picanterias, quatro horas antes de dormir, optando por uma refeição ligeira.

6 - Praticar atividade física regular, mas esta deve ser evitada nas horas próximas do início do sono.

7 - Utilizar uma cama e colchão confortáveis.

8 - A temperatura no quarto deve ser adequada e estável durante a noite.

9 - O ambiente deve ser silencioso e com a menor luminosidade possível, desligando a televisão, relógios e telemóveis.

10 - A cama não deve ser utilizada para afazeres intelectuais ou de entretenimento, nomeadamente quando implica trabalho no computador ou outros dispositivos eletrónicos.

## Dra. Joana Vaz de Castro, otorrinolaringologista



M.D. especialista em Medicina do Sono - Somnologist Sleep Medicine Centre (SMC) Centro de Electroencefalografia e Neurofisiologia Clínica (CENC), Lisboa, Portugal; M.D. especialista em Otorrinolaringologia - CENC; CUF Almada; Hospital Ordem Terceira Chado; Hospital SOERAD Tames Vedras; Hospital das Forças Armadas, Lisboa Lisboa; CUF Sintra; SAMS Barreira; M.D. residente de Otorrinolaringologia (2012-2016) e consultora; Departamento de Otorrinolaringologia do Hospital Garcia de Orta E.P.E., Almada, Portugal; 2011 M.D. residente / estagiário; CHLO E.P.E. Hospital São Francisco Xavier, Hospital Santa Cruz e Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal; Membro do conselho de administração da Ordem dos Médicos - Colégio da Competência em Medicina do Sono. Sleep Revolution Project, WP-10.1 (EU subsidized Horizon 2020, Project 105417) na Universidade de Brno, República Checa, 2021, e em Lisboa, Portugal, 2022. ISAMB, OHR, Nova Medical School; Doutoramento em Neurociências pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Treino e Competência em Medicina do Sono pela Ordem dos Médicos; Residência de Otorrinolaringologia - programa de 5 anos no Hospital Garcia de Orta E.P.E. Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; Primeiro semestre do 1.º ano da licenciatura em Medicina na faculdade de Medicina e Cirurgia della Università degli Studi di Siena, Itália (Programa de ERASMUS); Bacharelado Internacional na American-British Academy (ABA) School, na Omã.

1. Os distúrbios do sono mais comuns na população são a insónia e a síndrome apneia obstrutiva do sono (SAOS). A insónia afeta cerca de 10-25% das mulheres. As mulheres reportam mais distúrbios do sono, e isto pode ser por razões biológicas intrínsecas ao género, por acumulações de funções como a profissão, tarefas domésticas e familiares, ou por um aumento de outras doenças que interferem com o sono, como é o caso da depressão. Se no Coorte de

Wisconsin, em 1993, reportou prevalência de SAOS de 2% e 4% para mulheres e homens, no estudo epidemiológico de São Paulo, em 2010, esta prevalência é de 26% e 41%. Mesmo que as mulheres tenham menos SAOS que os homens, esta prevalência é alta e não menosprezível. Apesar de o diagnóstico e tratamento habitual de SAOS privilegiar os homens, as mulheres têm mais sintomas com SAOS mais ligeiros. Infelizmente, por apresentação por vezes atípica, com queixas como cefaleia, insónia, fadiga e não sonolência diurna, e/ou movimentos das pernas, muitas mulheres continuam a não ser diagnosticadas ou não tratadas.

2. A insónia nas mulheres aumenta com a idade, sendo que as mulheres >59 anos têm mais insónia que as mulheres perimenopausa (45-51), e essas têm mais insónia que as jovens (20-26 anos). A insónia na menopausa pode ser relacionada com sintomas vasomotores que prejudicam o sono, como a surdorese e a palpação, mas também alterações do humor e ansiedade. A suplementação com terapêutica hormonal de substituição (THS) tem demonstrado melhorar a qualidade do sono, a redução de latência do sono e a redução de microdespertares durante o sono e, consequentemente, uma redução de fadiga diurna. Foi verificado que este benefício do sono com a THS mantém-se em mulheres que não tenham grandes sintomas vasomotores. Isto pode ser explicado pelo efeito direto no sistema nervoso central ou por redução de percepção de sintomas vasomotores. Na polissonografia (PSG) a THS reduz latência do sono, aumenta eficiência do sono, aumenta o sono REM e diminui o sono NREM. Como tal, tem sido recomendado como tratamento de primeira linha. Quando a THS não é recomendada, podem ser investigados outros tratamentos para aliviar sintomas vasomotores.

Em relação a SAOS, durante a menopausa o controle ventilatório diminui, aumenta a instabilidade respiratória, o aumento da collapsibilidade dos tecidos moles e ganho de peso e a redistribuição da gordura nas VAS predispoem para SAOS. Tanto a progesterona e estrogénio aumentam a contractilidade do genioglossos (músculo dilatador das VAS) e podem estabilizar a ventilação, no entanto, não há dados suficientes para a recomendação de THS na menopausa como tratamento para SAOS.

3. Durante a gravidez, o sono tem uma característica U, com aumento do tempo total de sono (TTS) no primeiro trimestre, diminuindo no segundo e aumentando novamente no terceiro. Existe um aumento do tempo de latência para o sono e diminuição da capacidade de manutenção do sono, com um aumento dos microdespertares e despertares. Comparado com o final da gravidez, no puerpério a eficiência do sono e TTS é menor nos primeiros 3-5 meses e depois melhora. Na minha opinião, a melhor forma de lidar com as alterações do sono após o parto é tentar dividir tarefas com familiares ou amigos, tanto durante o dia, como à noite, para reduzir a sobrecarga de trabalho e aumentar hipóteses de ter mais oportunidade de dormir e compensar o sono perdido durante a noite. Quando for para dormir, independentemente da hora, criar condições favoráveis para que isso aconteça, como um quarto com temperatura confortável e pouca luz. O ser humano não foi feito para trabalhar com privação de sono, e cuidar de um ser humano é um trabalho. Se a indução ou manutenção do sono ainda for difícil, deve-se consultar um psicólogo do sono, quer para aumentar



a literacia em sono, como para aprendizagem de técnicas adequadas para a promoção de um bom sono.

5. O tratamento de SAOS deverá ser sempre personalizado. Como tal, será diferente para uma mulher jovem, para a grávida e para a mulher pré ou pós menopausa. Apesar das diferenças entre os géneros, do ponto de vista hormonal e anatómico, a opção terapêutica a escolher terá sempre de ser de acordo com uma avaliação de risco/benefício, consentimento informado e probabilidade de eficácia. Neste aspeto acho que deverá ser oferecido tanto às mulheres como aos homens todos os tratamentos e adjuvantes possíveis. Promoção de exercício físico, exercícios miofuncionais com terapia da fala, controlo de queixas nasais e/ou refluxo e acompanhamento por nutricionista. A terapia propriamente dita de SAOS, com reduções efetivas do índice de apneia-hipopneia (IAH), passa por cirurgia dos tecidos moles da faringe/laringe (amígdalas palatinas, palato mole, amígdalas linguais e epiglote), cirurgia maxilo-mandibular ou de expansão do palato duro, cirurgia para colocação de um estimulador do hipoglosso, cirurgia bariátrica, terapia posicional, dispositivo de avanço mandibular, ventiloterapia não invasiva (PAP - positive airway pressure) ou várias combinações destas. Na verdade, como a SAOS é uma doença que se vai agravando ao longo da vida, com o passar dos anos pode ser necessário mais que tratamento, ou até em conjunto, dependendo da anatomia e/ou a gravidade da SAOS.

Para estados temporários, como a mulher grávida com SAOS, deverá ser proposto ventiloterapia PAP, tendo em conta o benefício imediato para a mulher e o feto.

6. O padrão de ouro para o tratamento da insónia deverá ser psicologia do sono que, por exemplo, inclui cognitive behavioural therapy-insomnia (CBT-I). Deverá ser oferecido a todos os que sofrem de insónia, independentemente da idade e do género. A terapêutica farmacológica poderá ser um adjuvante e concomitante ao tratamento com psicologia do sono, mas o ideal é não necessitar de medicação para a vida toda. As benzodiazepinas (BZD) não deverão ser utilizadas, por não curarem a causa, pela possibilidade de vício, por perturbarem o sono e aumentarem a depressão neurológica central. Em alguns estudos, a melatonina pode ser alternativa, mas pode perturbar o ciclo circadiano. Com o envelhecimento é normal haver um avanço de fase, que faz com que os mais velhos acordem mais cedo e também tenham que dormir mais cedo. Socialmente pode ser difícil de aceitar, contrastando com os adolescentes, que sofrem um atraso de fase. Há antidepressivos atípicos (p.ex. trazodona e mirtazapina) que em baixas doses ajudam a induzir o sono ou manter o sono sem os efeitos aditivos das BZDs, ou às vezes tratar mesmo a depressão, que está na origem da insónia. A melhor terapêutica para a insónia será sempre a psicologia de sono e, caso necessário, temporariamente um medicamento que possa auxiliar este processo.

7. Existem técnicas comprovadas a para melhorar o sono. Vale a pena adaptar a cada pessoa, e com psicologia do sono poderá ser identificada a técnica adequada. Existem, no entanto, medidas gerais como meditação, yoga, mindfulness, journaling, que podem ser sugeridas. No entanto, pode não funcionar com a pessoa; a ansiedade pode ser reduzida com exercício físico ou atividades lúdicas. A técnica

mais eficaz tem de ser aquela que se adapta ao perfil e preferências de cada pessoa com efeitos comprovados.

8. As crianças são uns espelhos do que acontece no ambiente em que se encontram. Quando falamos de sono, o sono das crianças é influenciado principalmente por hábitos de sono da família. Mas esta influência não tem só uma direção: os pais influenciam o sono das crianças, e as crianças influenciam o sono dos pais. Até aos primeiros seis meses de vida, o sono está em organização, o ritmo circadiano começa a aparecer às seis semanas e até aos seis meses estabiliza. Primeiro deverá ser do conhecimento da família quais são as recomendações de TTS mínimas para as crianças de acordo com a idade (sugeridas pela Academia Americana de Medicina do Sono em 2016): 11 horas entre os 1-3 anos, 10 horas 3-5 anos, 9 horas para crianças em idade escolar (5-12 anos) e 8 horas para adolescentes (12-18 anos). É importante adaptar às necessidades da criança, mas será mais ao menos nesta proporção. Conhecendo estes TTS recomendados, deverão ser dadas as oportunidades para que os filhos possam dormir estas horas. No entanto, há particularidades, como por exemplo os adolescentes que passam a cronotipos mais tardios. Como tal, adormecem mais tarde e deveriam acordar mais tarde. Isto tem uma explicação biológica que, infelizmente, frequentemente é incompatível com o horário escolar e que causa privação de sono, sendo necessárias sextas à tarde ou recuperar o sono durante o fim de semana. O sono é fundamental para o desenvolvimento e maturação neuronal, pelo que é fundamental deixar e ajudar os filhos a dormirem tudo que precisam.

### Dra. Lia Oliveira, pediatra



Licenciada em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa (2002-2008), com média final de 18 valores. Internata da Formação Específica em Pediatria (2010-2014) no Departamento de Pediatria do HSM-CHUV, EPE, com avaliação final de 19,3 valores. Durante o período de formação em Pediatria realizou estágio no Serviço de Neonatologia Pediátrica do Hospital São João de Deus, Barcelona; com especial foco na área do sono pediátrico. Competência em Medicina do Sono, pelo Ordem dos Médicos. Ciclo de Estudos Especiais em Pneumologia Pediátrica, na Unidade de Pneumologia Pediátrica (UPP) do Departamento de Pediatria do HSM-CHUV, com avaliação de 19,1 valores. Atualmente desempenha atividade assistencial no Laboratório Pediátrico de Estudos de Sono e Ventilação e na Unidade de Pneumologia Pediátrica do HSM-CHUV, que integra a mesma Laboratório. Autora de vários projetos de investigação na área da pneumologia e sono, com várias comunicações científicas (órais e artigos) nacionais e internacionais.

1. O sono é diferente no homem e na mulher, pelo que também os seus distúrbios são diferentes. Por exemplo, a perturbação respiratória do sono é mais frequente no homem do que na mulher antes da menopausa, com prevalência semelhante após esta; e a insónia é mais prevalente na mulher. A maior prevalência de doenças que afetam o sono na mulher, como a depressão, justifica também a pior qualidade de sono reportada, globalmente, pelas mulheres.

2. As hormonas sexuais alteram o sono. As hormonas femininas, e as suas flutuações ao longo do ciclo menstrual, gravidez, menopausa, alteram a arquitetura do sono e os seus distúrbios. Relativamente aos distúrbios, a mulher na menopausa aumenta o risco de perturbação respiratória do sono, insónia, síndrome de pernas inquietas e movimentos periódicos dos membros.

3. Os primeiros tempos da maternidade são um desafio (sobretudo o primeiro trimestre), não só pelas alterações hormonais que alteram a arquitetura do sono e aumentam o risco de depressão, mas também pela privação de sono imposta pelos horários de um bebé. Assim, o pós-parto caracteriza-se por uma sensação subjetiva de má qualidade de sono, com vários despertares noturnos, aumento do cansaço, redução do tempo total de sono, com alterações na arquitetura. Assim, é fundamental um bom suporte emocional e tentar acompanhar os ciclos de sono do bebé, aproveitando para dormir nos períodos em que o bebé dorme.

4. A perturbação respiratória do sono na mulher difere da descrição clássica de "apneia do sono", o que pode conduzir ao subdiagnóstico. Na mulher, o ressonar pode ser menos evidente, podendo ser referidos outros sintomas como insónia, noctúria, suores noturnos, cansaço (embora possam negar sonolência diurna), cefaleias matinais, alterações do humor e pernas inquietas. Apesar dos diferentes sintomas, a inflamação sistémica persiste, associando-se a problemas cardiovasculares e metabólicos, com aumento do risco de hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes e todos os eventos cardiovasculares daí resultantes.

5. Relativamente ao tratamento da apneia do sono, os princípios gerais passam pela educação para um estilo de vida saudável (controlo do peso, exercício físico), com uma boa higiene de sono. Toda a medicação deve ser revista no sentido de pesquisar potenciais agravantes. Os dispositivos de pressão contínua positiva na via aérea (CPAP) ou com dois níveis de pressão (BIPAP) estão indicados nos casos moderados a graves. Os dispositivos orais poderão ter interesse nos casos ligeiros a moderados, ou quando o ventilador não é tolerado. A terapêutica hormonal de substituição tem um impacto controverso na perturbação respiratória do sono, não sendo claro o seu benefício.

6. A insónia é mais prevalente nas mulheres. O tratamento inicial passa pela educação e compreensão da insónia: é secundária a outro problema? Nesse caso, o foco deve ser o problema primário. Dependendo da fase da vida da mulher, as terapêuticas hormonais poderão ajudar a melhorar a qualidade do sono. Do ponto de vista farmacológico, há que



pesar sempre os riscos e os benefícios; os efeitos colaterais podem ser preferíveis a uma má qualidade de sono e todas as nefastas consequências da insónia; um tratamento curto, de 3-4 semanas, é seguro e, muitas vezes, adequado.

7. A saúde mental afeta o sono, pelo que uma rotina relaxante é fundamental. Uma boa higiene de sono passa por reduzir os estímulos na hora próxima de dormir (incluindo telemóveis, televisão e todo o tipo de aparelhos eletrónicos), limitar o uso de bebidas com cafeína e de nicotina, exercício físico, um ambiente confortável no quarto, ler, meditar.

8. A mãe, sendo quem, habitualmente, passa mais tempo com o bebé nos primeiros meses, terá esse papel primordial na educação: tentar que o bebé ganhe autonomia no início do sono. Esta capacidade desenvolve-se pelos 4-6 meses, pelo que é importante potenciá-la, evitando erros de associação ao início do sono: evitar que o bebé adormeça na mama ou no colo, de forma que o sono decorra no seu berço. Nas crianças mais crescidas é fundamental sedimentar esta autonomia: a partir dos 6-9 meses poderão transitar para o seu próprio quarto, associando esse espaço ao início do sono. Começa depois, pelos 2-3 anos, uma fase de maior desafio: a imposição dos limites – a criança, dona da sua personalidade, tenta por tudo evitar a hora de dormir; os pais devem, então, impor limites e manter as regras e rotinas desse momento. À medida que crescem, esta fase de afirmação da personalidade melhora, mas surgem os aparelhos eletrónicos e, mais tarde, na adolescência, os apelos sociais. Assim, é fundamental manter as regras e rotinas de sono saudáveis, começando pelo exemplo dado pelos pais.

## Dra. Susana Falardo Ramos, médica dentista



*DDS, MSc, PhD, Doctor of Dentistry, ICS Egas Moniz, Portugal, European RBD (Prophylaxis, Pediatrics, Orthodontics) Univ Compl Madrid, Myofunctional Therapy Master, ISEP, Madrid, Dental Sleep Medicine Mastery, AADSM, Chicago, Scientific Committee Member, AADSM, European Expert Sleep Dentist, EADSM, International Certificate, AADSM, President of the EADSM, Assistant invited Professor of Orthodontics at Portuguese Catholic University*

1. Os homens e as mulheres são afetados de formas diferentes pelos distúrbios do sono. Não podemos generalizar

a prevalência e/ou incidência dos distúrbios do sono face a diferenças de género. No entanto, enquanto nos homens o ronco terá maior incidência, nas mulheres a insónia é a mais prevalente.

Há que recordar que alguns distúrbios de sono estão associados a profissões e são independentes do género, como sejam as alterações do ritmo circadiano, por exemplo, e o trabalho por turnos.

2. Sim. As oscilações hormonais ocorridas durante as diferentes fases do ciclo menstrual, e as diferenças de temperatura corporal que ocorrem durante esta fase, implicam com alterações na arquitetura do sono. Além de que situações como, por exemplo, dismenorreia, tensão pré-menstrual, transtorno distórcico pré-menstrual e fluxo sanguíneo abundante podem levar a insónia e fragmentação do sono.

Na menopausa, com as alterações nos ciclos biológicos de vida e alterações hormonais extremas, as mulheres apresentam maior risco de distúrbios do sono, como insónia, má qualidade do sono, apneia obstrutiva do sono (AOS), síndrome das pernas inquietas (SPI), depressão e vários transtornos relacionados ao humor e à ansiedade.

3. O período da gestação é também uma fase de grandes alterações hormonais e corporais que implicam com a alteração e qualidade do sono.

Se por um lado o aumento de peso, o aumento da volume corporal e a alteração do centro de gravidade (causado pelo desenvolvimento fetal) favorecem o aparecimento de apneia do sono (a qual acarreta risco elevado de diabetes, hipertensão arterial e pré-eclâmpsia, complicações pós-parto e necessidades de cuidados especiais neonatais), por outro lado é também um período em que pode surgir refluxo gastro esofágico e, consequentemente, bruxismo, assim como maior incidência de síndrome de pernas inquietas e insuficiência venosa inferior.

No período pós-parto, algumas das situações tendem a agravar e a acometer para períodos de ansiedade extrema e dificuldade de restabelecer a qualidade do sono, também em parte causada pela necessidade de amamentação noturna, levando a situações de depressão pós-parto.

Nesta fase, é muito importante restabelecer as medidas de higiene do sono. O apoio da família e, em particular, do parceiro são fundamentais. Manter horários regulares para cuidar do recém-nascido, de forma que este se adapte ao ritmo circadiano, são fundamentais.

6. O tratamento e as terapias aplicadas na apneia do sono não diferem em função do género, mas sim em função do indivíduo. Sendo que o diagnóstico é multidisciplinar, assim também é o tratamento, passando por ventilação noturna, dispositivos de avanço mandibular, medidas de controlo de peso, terapia posicional, cirurgia, terapia miofuncional, medidas de higiene do sono e terapias conjugadas, isto é, tratamentos que envolvem mais do que uma terapia em simultâneo.

7. Sim, a insónia tem maior incidência nas mulheres, mas o seu tratamento não se resigna à toma de medicação. Embora e muito infelizmente seja o que acontece na

sociedade. A toma generalizada da medicação e/ou automedicação, em particular de benzodiazepinas, para além de dependência e diminuição de eficácia com o tempo, causa também alterações na estrutura do sono e pode agravar outras patologias subjacentes não diagnosticadas como, por exemplo, a síndrome de resistência das vias aéreas e a apneia do sono.

Em algumas situações a insónia surge por associação a outras situações, como é o caso de ronco do parceiro, levando a situações extremas de dormir em quartos diferentes ou a separação. Em outras situações, a insónia pode estar associada a perda de familiares, amigos, animais de estimação, problemas laborais ou estados depressivos ou ansiedade.

Na generalidade das situações procura-se alternativa à medicação com terapia cognitivo-comportamental para a insónia, que permite, através de medidas de conhecimento e de comportamento individuais, reconhecer as situações trigger de forma a controlar ou até eliminá-las. Outra das medidas é a meditação e a prática de exercício físico, como por exemplo yoga, o tai-chi, o pilates, que controlam a ansiedade.

Recentemente a acupuntura também tem sido adotada para controlo de ansiedade e estados depressivos.

8. Um pouco na continuidade da pergunta/resposta anterior, o stress e ansiedade, em parte devido a alterações forçadas do quotidiano, provocadas pela pandemia, vieram alterar e até agravar a qualidade e quantidade de sono.

A adoção de hábitos de vida saudáveis passa por evitar o sedentarismo, dando prioridade ao bem-estar, uma alimentação equilibrada, exercício físico, caminhadas ao ar livre, maior exposição solar, evitar exposição aos ecrãs azuis, em particular no período noturno. Manter horários regulares e constantes durante a semana e aos fins de semana são fundamentais para controlar os níveis de ansiedade.

## Prof. Teresa Paiva, neurologista



*Licenciada em Medicina em 1969. É atualmente Directora Clínica do CENC - Centro de Medicina do Sono, investigadora do CNRC-UN e do ISAMB-FM-UL e colaboradora das Pós-graduações em Psicologia do Sono da UCP e Sono da Infância e Adolescência do ESSCVR. É Neurologista, Neurofisiologista com Competência em Medicina do Sono e Somnóloga Europeia. Foi Professora Associada convidada de*



Neurologia da Faculdade Medicina-UL e de Engenharia Biomédica do Instituto Superior Técnico-UL. Organizou o 1º *Colóquio de Cefaleias* e o 1º *Laboratório de Sono em Portugal* e o 1º *Mestrado mundial de Ciências do Sono*. Sócia fundadora nº 1 da *Associação Portuguesa de Sono*. Tem sido uma atividade intensa e frequente na divulgação do Sono para o público e profissionais. Tem 187 artigos em revistas, 83 capítulos de livros e 15 livros publicados em várias línguas, com 407 citações e h index de 43; i10 de 104.

1. Sim. As insónias afetam mais as mulheres que os homens. No entanto, apesar de as necessidades de sono serem semelhantes nos dois géneros, as mulheres dormem um pouco mais que os homens quando se considera tanto o sono noturno como as sestas; por seu lado as mulheres tendem a ter mais sono profundo e menos sono superficial, bem como um período circadiano ligeiramente mais curto.

Estes dados da quantidade e características do sono melhores nas mulheres parecem entrar em contradição com a maior prevalência de insónia e depressão que elas têm. Fatores hormonais e existenciais podem explicar as insónias femininas, mas as melhores características do sono parecem estar associadas à maior longevidade das mulheres.

Importa dizer que há doenças que afetam mais o sexo masculino, entre elas destaca o sonambulismo, a apneia do sono, e o transtorno comportamental do sono REM.

2. Sim muitas insónias, assim como dores de cabeça, estão associadas ao período menstrual. Por sua vez, a insónia pode agravar-se ou iniciar-se na menopausa, ao contrário das dores de cabeça que tendem a desaparecer nesta fase.

3. As insónias na maternidade também têm causas hormonais, para além das preocupações, da existência da criança e de uma nova fase da vida.

As estratégias dependem de muitos fatores: ser ou não o primeiro filho, ser ou não saudável, ter ou não ter ajudas, etc.

Para crianças saudáveis importa saber que, se o são, dormem bem desde que os pais não lhes estraguem o sono, isto é, não os deixam dormir sossegados e lhes façam qualquer coisa quando a criança assinala os microdespertares normais, que ela e todos nós temos.

Para as mães, um problema que têm de lidar é com a culpa e o medo de não tratarem bem o bebé: a culpa é melhor deitar fora e o medo também porque uma mãe que ama o seu bebé há-de saber o que deve fazer, principalmente com a ajuda de algumas leituras de profissionais credenciados.

4. As apneias nas mulheres são mais frequentemente associadas a insónias. Em ambos os sexos há pior qualidade de vida, pequenas alterações cognitivas e sexuais, maiores riscos de acidentes e de doenças cardio ou cerebrovasculares. Os tratamentos (emagrecimento, CPAP/APAP, avanço mandibular, treino postural, terapia miofuncional e ORL) e os riscos são relativamente semelhantes. As terapias com PAP devem usar dispositivos desenvolvidos para mulheres, cuja via aérea é diferente dos homens.

6. Os sedativos e hipnóticos têm risco de habituação, dependência e perturbações de memória (alguns remédios

ditos naturais com misturas de muitas substâncias também). Os antidepressivos em baixas doses podem estar indicados, mas podem dar alterações do peso e reduzir o sono REM; os antipsicóticos modificam o sono profundo e o REM.

A terapia cognitivo comportamental da insónia é considerada como tratamento de 1ª linha. Mudanças em atitude e crenças e pequenos ajustes na vida de trabalho e/ou familiar são essenciais.

Ter horários regulares de deitar, levantar, comer e trabalhar; Dormir o que se precisa (nem demais nem de menos); Fazer atividade física regular (nem demais nem de menos), com tempos ao ar livre e não à noite; Ter uma alimentação equilibrada; Trabalhar com medida (nem demais nem de menos); Tomar só os remédios que precisa ( nenhuns ou poucos); Acabar o uso de aparelhos eletrónicos algum tempo antes de se deitar; Não levar as preocupações para a cama; Relativizar preocupações e coisas da vida.

### Dra. Vânia Caldeira, pneumologista



Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa 2006-2012. Especialidade de Pneumologia no Hospital de Santa Marta (CHC) 2014-2018. Assistente hospitalar de Pneumologia no CHC entre 2019 e 2020. Assistente hospitalar de Pneumologia no CHS desde 2020. Coordenadora do Observatório de Sono e do Hospital de Dia de Insuficiência Respiratória; Coordenadora da Formação do Serviço de Pneumologia; Coordenadora da investigação com as Cidades de Saúde Primárias. Pneumologista assistente da Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca (UNICA) do CHS. Assistente hospitalar de Pneumologia no CUF Santarém e CUF Almada. Sonologista na Clínica Hugo Madeira e Clínica SleepLab. Competência em Medicina do Sono pela Ordem dos Médicos em 2020. Especialista em Medicina do Sono pela European Sleep Research Society em 2021. Organização e colaboração em diversos cursos de ventilação Não invasiva e Sono. Atividade de ensino médico pré e pós-graduado. Várias publicações científicas e colaboração em livros na área da Ventilação Não invasiva, Sono e Insuficiência Respiratória. Membro da Comissão de Trabalho de Patologia Respiratória do Sono da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Sócia da Associação Portuguesa do Sono. Cédula Ordem Médicos nº 55050

1. As diferenças biológicas entre homens e mulheres têm impacto também no sono e, desde cedo, que as mulheres podem experimentar pior qualidade subjetiva do sono, maior risco de insónia e de outros distúrbios de sono. O

sono é influenciado por múltiplos fatores como a regulação hormonal, mas também o stress, as alterações de humor (ansiedade e depressão), o envelhecimento e as fases da vida. Ao longo da sua vida, a mulher experimenta múltiplos desafios biológicos que podem comprometer o seu sono, como a menstruação, a gravidez ou a menopausa. Globalmente parece haver mais sono lento profundo nas mulheres e mais rápida acumulação da pressão de sono e a literatura científica mostra-nos que as mulheres referem mais distúrbios do sono do que os homens (1,3-1,6:1), sentem-se mais insatisfeitas com a qualidade do seu sono e têm maior risco de diagnóstico de algumas patologias. Alguns estudos referem que a insónia é até 40% mais frequente nas mulheres. Também a síndrome de pernas inquietas é mais prevalente no sexo feminino e pode causar importante interrupção do sono, consistindo numa sensação desagradável dos membros inferiores ou uma urgência em mover os mesmos, que agrava com o repouso e ao longo do dia e alivia com o movimento.

2. A menstruação, com as suas flutuações hormonais, vai ter impacto também no sono da mulher - os sintomas de dismenorreia e síndrome pré-menstrual com dor abdominal e cefaleias vão contribuir para a diminuição da qualidade do sono, com diminuição da eficiência do sono, mais despertares noturnos e sonhos disruptivos, queixas de insónia e sono não reparador, com consequências diurnas - fadiga, sonolência excessiva, dificuldades de concentração e agravamento das alterações do humor. Muitas vezes estes sintomas geram um círculo vicioso de dor que agrava a interrupção do sono, causando mais privação do sono e, com isso, menor tolerância à dor. Também as alterações do humor típicas deste período são agravadas pelo próprio sono não reparador.

Por outro lado, o climatério é outro desafio na vida da mulher: os sintomas vasomotores podem estar presentes em até 85% dos casos e geram fragmentação do sono, diminuição da eficiência do sono com insónia de manutenção importante. Cerca de um quarto das mulheres entre os 50 e 64 anos tem algum tipo de distúrbio do sono. As mulheres na perimenopausa podem sofrer de dificuldade em iniciar ou manter o sono e de despertar precoce na madrugada. Muitas vezes, a insónia nesta fase da vida da mulher pode mascarar um distúrbio respiratório do sono, pelo que a avaliação por especialista em Medicina do Sono deve ser considerada nos casos de insónia no climatério. Em alguns casos de insónia mais grave, as doentes podem beneficiar de terapia de substituição hormonal ou antidepressivos.

3. A gravidez é outra fase da vida da mulher que representa um enorme desafio para a qualidade do sono e que é muitas vezes menosprezada. Há uma prevalência de 10 a 15% de distúrbios do sono na gravidez e, ao contrário do que muitas vezes se pensa, logo desde o primeiro trimestre. Ao longo da gravidez as variações hormonais, mas também a nictúria, as queixas de refluxo gastro-esofágico e o desconforto progressivo uterino vão contribuindo para o compromisso da continuidade e qualidade do sono. Verifica-se uma diminuição da eficiência do sono com queixas de insónia inicial e de manutenção, despertares noturnos com fragmentação do sono, sono mais superficial e não reparador. A fadiga e a sonolência são sintomas frequentes, mas muito



subvalorizados. Existe ainda um aumento da prevalência de algumas doenças do sono.

Cerca de 10 a 45% das grávidas tem roncopatia. O aumento ponderal, a diminuição da capacidade residual funcional pulmonar e a fragmentação do sono contribuem para o aumento dos distúrbios respiratórios do sono, nomeadamente a apneia do sono. Embora na maioria das situações o problema se resolva após o parto, pode persistir e manter necessidade de tratamento.

Cerca de 15 a 23% das grávidas podem ter síndrome das pernas inquietas a contribuir para um sono não reparador, despertares frequentes, insónia inicial ou de manutenção e fadiga. A avaliação destas doentes e a suplementação com ferro é essencial.

Embora subvalorizados e, também por isso subdiagnosticados, os distúrbios do sono e a própria privação do sono acarretam risco maternofetal com aumento da incidência de diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, partos pré-termo e recém-nascidos de baixo peso.

A diminuição da eficiência e a fragmentação do sono mantém-se no pós-parto em relação com as alterações hormonais, do humor e, também, com os novos desafios de cuidar de um recém-nascido.

Durante a gravidez, manter hábitos saudáveis de sono com horários regulares, tentando cumprir as 7-9 horas de sono recomendadas, evitando a ingestão de líquidos ao final do dia, usando almofadas para prevenir o refluxo gastro-esofágico e assegurando um adequado controlo da temperatura no quarto podem ajudar. Quer na gravidez, quer no pós-parto, é fundamental procurar manter uma boa higiene do sono e técnicas como a meditação, o yoga ou o exercício físico demonstraram ser benéficos.

4. Embora os homens tenham duas vezes mais risco de apneia do sono, após a menopausa a prevalência nas mulheres é similar aos homens. Existem alguns fatores de risco importantes para a doença, como o excesso de peso e a obesidade, a idade, a história familiar de apneia do sono e alterações anatómicas da via aérea superior que predisponham ao colapso da mesma (ex: hipertrofia amigdalina, macroglossia, retrognatía). Embora nos homens predominem os sintomas clássicos como a roncopatia, as apneias presenciadas, o *gasping* ou a sonolência diurna excessiva, nas mulheres a presença de sintomas atípicos dificulta o diagnóstico. Frequentemente as mulheres com apneia do sono têm sobretudo queixas de insónia, nictúria, sudorese noturna, fadiga, sono não reparador, cefaleias, irritabilidade ou humor depressivo. Por fim, verifica-se ainda que mesmo em apneias do sono de menor gravidade, com índice de apneia-hipopneia mais baixo, as mulheres são habitualmente mais sintomáticas do que os homens.

Além da diferença marcada na sintomatologia, existem também outras particularidades no comportamento da doença. No sexo feminino pode predominar uma obstrução parcial mantida da via aérea (mesmo sem eventos respiratórios) que contribui para os microdespertares e fragmentação do sono. Alguns estudos documentam maior risco cardiovascular nas mulheres com apneia do sono (em relação com predomínio de eventos respiratórios no sono REM),

que contribui para a aterosclerose e disfunção endotelial, incidência de hipertensão arterial, de diabetes e de doença coronária. Destaca-se ainda uma elevada prevalência de comorbidades psiquiátricas, como a ansiedade e depressão e a ocorrência de síndrome de hipoventilação da obesidade, com aumento do risco de mortalidade.

Por todas estas particularidades é fundamental manter um elevado nível de suspeita para identificar as mulheres que podem ter um distúrbio respiratório do sono e que beneficiam de uma polissonografia. Nos casos de elevada suspeita, o estudo do sono de ambulatório é habitualmente suficiente e mais cómodo e prático para a doente; nos casos em que predomina a insónia ou a suspeita é menor, é preferível um estudo do sono nível I em laboratório.

5. Nos casos mais graves de apneia do sono, ou quando cursa com sonolência diurna excessiva, o tratamento de primeira linha é a terapia de pressão positiva da via aérea (PAP), com autoCPAP ou CPAP. O principal desafio no tratamento da mulher com apneia do sono é o facto de predominar o fenótipo de apneia do sono com insónia comórbida (COMISA) que diminui a compliance a este tratamento. Abordar simultaneamente a insónia nestas doentes, com recurso a terapia farmacológica, mas também terapia cognitivo-comportamental, é nuclear para o sucesso da terapia. Em casos menos graves ou refractários, a terapia PAP tem-se mostrado como um benefício crescente com alternativas terapêuticas como o dispositivo de avanço mandibular, a cirurgia da via aérea ou a terapia posicional (que previne o decúbito dorsal em doentes com predomínio dos eventos nessa posição). Algumas medidas devem ser aconselhadas a todas as doentes, como a perda ponderal, uma dieta equilibrada, a prática de exercício físico regular e uma boa higiene do sono.

Nas mulheres com queixas de sono é, por isso, essencial uma avaliação em consulta de sono para uma abordagem por uma equipa multidisciplinar e um tratamento integrado que, muitas vezes, inclui várias modalidades.

6. Virtualmente, qualquer indivíduo pode ter queixas de insónia transitórias em algum momento da vida quando submetido a determinados fatores precipitantes (luto, stress, entre outros). A insónia crónica surge habitualmente quando se perpetuam comportamentos maladaptativos que apenas agravam as queixas de sono. A insónia é mais comum no sexo feminino e consiste na dificuldade em iniciar ou manter o sono, que acontece pelo menos três vezes por semana durante três meses e que tem impacto no funcionamento diurno (alterações do humor, disfunção cognitiva, fadiga ou impacto social e familiar). O mais importante na abordagem da insónia é a identificação dos principais problemas associados, incluindo comorbidades como a apneia do sono, a síndrome de pernas inquietas, a ansiedade ou a depressão, mas também a correção dos comportamentos maladaptativos. Só uma abordagem integrada com recurso à terapia cognitivo-comportamental permite desmistificar algumas ideias erradas acerca do sono e melhorar os comportamentos de forma a quebrar o círculo vicioso e dormir melhor. A auto-medicação é um risco, quer pela perpetuação dos comportamentos errados que mantém a insónia, quer pelos efeitos adversos de medicação não adequada (sonolência

no dia seguinte e maior disrupção do sono). Após avaliação por especialista em consulta de sono pode haver indicação para tratamento farmacológico personalizado como adjuvante da intervenção cognitivo-comportamental realizada por psicólogos do sono. Procurar ajuda precocemente e não perpetuar erros é a melhor estratégia.

7. As medidas de higiene do sono são um conjunto de boas rotinas do sono, tão importantes como escovar diariamente os dentes. Devem privilegiar-se os horários de sono regulares que asseguram as 7 a 9 horas de sono no adulto e garantir uma adequada oportunidade e ambiente para o sono – quarto e cama confortáveis, com adequada temperatura e bom isolamento de ruído e luz. As técnicas de meditação ou relaxamento podem ajudar ao final do dia para diminuir a ansiedade e o estado de *hyperarousal* ao deitar. As rotinas pré-sono devem preparar-nos para dormir: uma refeição ligeira ao jantar, evitando café, álcool ou tabaco, mantendo um ambiente calmo e com pouca exposição à luz (sobretudo dos dispositivos eletrónicos), preferindo uma música calma ou uma leitura antes de ir para o quarto. Durante o dia, a prática de exercício físico regular e uma boa exposição à luz durante a manhã são medidas adicionais que favorecem um sono de qualidade.

8. As medidas de higiene do sono devem ser uma prática da família e são parte da educação das crianças. Garantir uma adequada oportunidade de sono, respeitando a regularidade do mesmo e as necessidades fisiológicas de sono de cada idade (desde as 11 a 14 horas até aos 2 anos, até às 8 a 10 horas dos 14 aos 18 anos) é essencial para um crescimento físico e mental saudável. Desde cedo que é importante a implementação de rotinas que relaxem a criança e a preparem para o sono, criando um ambiente calmo antes de deitar e limitando a exposição aos dispositivos eletrónicos. Nas crianças os problemas de sono manifestam-se muitas vezes pelo impacto no rendimento escolar ou pelas consequências comportamentais. Sobretudo nos adolescentes, as medidas de evicção da luz ao final do dia tornam-se essenciais devido a um atraso de fase fisiológico que gera dificuldade em adormecer e pode agravar situações de privação do sono com compromisso diurno e impacto na rentabilidade escolar. A atenção ao sono da família, desde o bebé ao idoso, é essencial para identificar problemas e procurar ajuda atempada.

[www.spdof.pt](http://www.spdof.pt)

\*Suporte Bibliográfica do Dra. Filipa Ricardo  
 - Covasla N, Singh P, & Somers V K. (2014). Keeping up with the Good. *Hypertension* 63(3), 1087-1090. <https://doi.org/10.1161/hypertensionaha114.06588>  
 - Fänge C, Franco A. M., Brás E, Ntous R. P., Ling J. A., Morvaj D. M., Ntous D. S., Leocádio-Miguel M. A., D'Azevedo C. V. R., Silva L. D. e Telfer S. C. L., Furlan S. F., Peruch B. B., Leite C. F., Yagubara F. T., Campos Z. D., Uchida M. A., Cruz M. G. do R., Beidack R., & Santos R. B. (2022). Practice recommendations for the role of physiotherapy in the management of sleep disorders: the 2022 Brazilian Sleep Association Guidelines. *Sleep Science*, 15(4). <https://doi.org/10.5935/1984-0662.20220083>  
 - Rava T, Andersen ML, & Turk S. (2014). O Sono e a Medicina do Sono (2ª ed). Editora Manole.  
 - Restrepo C, Sonmaniwa A., & Moutique F. (2021). Sleep bruxism in children: relationship with screen-time and sugar consumption. *Sleep Medicine*, 3, 100035. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.100035>  
 - Ruzman D, Baglioni C, Bassetti L, Bjorvatn B, Dolenc Grosselj L, Ellis J. G., Espie C. A., Garcia-Barreguero D, Gjerstad M, Gonçalves M, Hertenstein E, Jansson-Frjmskaj M, Jansson P. J., Jeger D, Muzny C, Parise L, Papanicolaou T, Pevernaghe D, Vetronekova J, & Willeit H. G. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*, 26(4), 475-700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12284>