



ARTIGO ORIGINAL

Prevalência da Síndrome das Pernas Inquietas em população de idosos universitários da cidade de Manaus (UEA-UNATI).

Prevalence of the Restless Legs Syndrome in a elderly population university of Manaus-AM (UEA-UNATI).

Carlos Maurício Oliveira de Almeida¹, Fernanda Paz de Oliveira², Stephanie Ramos de Farias², Eduardo Fernandes³; Euler Esteves Ribeiro⁴, Marcus Vinicius Della Coletta¹

¹ Prof. Assistente de Neurologia da Universidade Estadual do Amazonas

² Aluno de PAIC da Universidade Estadual do Amazonas (UEA).

³ Médico colaborador

⁴ Prof. Dr. de Gerontologia da Universidade Estadual do Amazonas.

Endereço para correspondência:

Autor: Carlos Mauricio Oliveira de Almeida ; Rua Carvalho Leal S/n ESA-UEA,
Manaus-AM; CEP 69000-000; Departamento de medicina.

Endereço eletrônico: drcmneuro@gmail.com

Resumo

A Síndrome das Pernas Inquietas é uma desordem de integração sensório-motora, que acomete de 5 a 10% da população. Estudos em determinados grupos populacionais especialmente em idosos saudáveis do Norte do País ainda são escassos. Verificar a prevalência da SPI; Avaliar a severidade dos sintomas através da escala da IRSLG; Verificar a presença de sonolência e queixa de sono. Trata-se de um estudo observacional, transversal. Os participantes foram entrevistados através de um questionário criado com base nos critérios da IRSLG. As análises foram realizadas



por meio do programa MINITAB versão 14.1. Foram entrevistados 82 idosos. A idade média foi 69 anos ($\pm 4,18$ anos), sendo 81,8% do sexo feminino e 18,2% do sexo masculino, com proporção de F:M de 4,5:1. A prevalência de SPI nessa população foi de 13,4% (N=11). Dentre os acometidos, 62,3% apresentaram SPI grau moderado e 37,5% grau leve. O escore médio na escala IRSLG foi 11,5 pontos ($\pm 6,62$) e nenhum apresentou pontuação acima de 20 (grave/muito grave). Distúrbios do sono (DS) foram presentes em 50% dos entrevistados, sendo classificados como leve em 25%, moderado em 12,5% e intenso em 12,5%). Não houve evidências de associação entre a faixa etária e o grau da SPI ($p=0,71$), nem tampouco entre o gênero e a gravidade dos sintomas ($p=0,37$). A SPI é uma condição de alta prevalência e ainda subdiagnosticada e tratada na população idosa da região Amazônica.

Palavras-chave: Pernas inquietas; idosos; Amazonas; Universidade.

Abstract

Restless legs syndrome (RLS) is a disorder of sensor motor integration, which affects approximately 5 to 10% of the population. Studies in certain population groups, especially in healthy elderly in the north of the country, are still scarce. To determine the prevalence of RLS; to assess the severity of symptoms through the RLSRS; to check for the presence of sleepiness and sleep complaints. This was an observational, cross-sectional study. Participants were interviewed with a questionnaire created on basis of the RLSRS criteria. Analyses were performed using MINITAB version 14.1. 82 elderly people were interviewed. The mean age was 69 years (± 4.18 years), with 81.8% female and 18.2% male, with a female to male ratio of 4.5:1. The prevalence of RLS in this population was 13.4% (N=11). Among the affected, 62.3% had moderate RLS symptoms and 37.5% had mild degree. The average RLSRS score was 11.5 points (± 6.62) and none showed scores above 20 (severe/very severe). Sleep disorders (SD) were present in 50% of the participants, which were graded as Light (25%), Moderate (12.5%) and Intense (12.5%). There was no evidence of association between age and the degree of RLS ($p = 0.71$), nor between gender and the severity of symptoms ($p = 0.37$). RLS is a highly prevalent condition and still under-diagnosed and treated in the elderly population of the Amazon region.

Keywords: Restless legs; elderly; Amazon; University.

INTRODUÇÃO

A Síndrome das Pernas Inquietas (SPI) é uma desordem neurológica crônica, descrita inicialmente pelo médico britânico Sir. Thomas Willis em 1685 e estudada posteriormente com mais detalhes pelo neurologista suíço Ekbom



em 1944, caracterizando assim a Síndrome que leva o seu nome (Síndrome de Willis-Ekbom) ¹.

Apesar da alta prevalência, que é em torno de 5 a 10% da população ², a SPI ainda permanece subdiagnosticada, com um importante impacto sobre a qualidade de sono na população idosa, que é a principal afetada por essa patologia ³.

O diagnóstico atual para a SPI é essencialmente clínico e baseia-se em cinco critérios essenciais, além de critérios de suportes ^{4,5}. Os critérios são: 1.Necessidade ou urgência de mover os membros acompanhadas por desconforto; 2. Sintomas pioram em repouso ou inatividade; 3.Os sintomas aliviam com o movimento; 4.Os sintomas pioram ou ocorrem exclusivamente à noite; 5.Os sintomas não são melhor explicados por outras doenças ou condições. Os critérios de suporte são: a-História familiar positiva; b- resposta positiva à agonistas dopaminérgicos; c- curso clínico e índice elevado de Movimento Periódico de Pernas (PLMi) na Polissonografia (PSG) ^{4,5,6}.

Provavelmente a desregulação do metabolismo cerebral do ferro associado a uma disfunção dopaminérgica, seja o mecanismo chave da sua patogênese ^{7,8}.

Estudos sobre a prevalência desta patologia em idosos saudáveis na região Norte do País não foram realizados até o momento.

O objetivo do trabalho foi verificar a prevalência da SPI em idosos sem doenças neurológicas diagnosticadas, matriculados em um centro universitário da terceira idade na cidade de Manaus-AM; Avaliar a severidade dos sintomas através da escala de gravidade do Grupo Internacional para o estudo da Síndrome das Penas Inquietas (IRSLG); verificar a presença de sonolência e queixas relacionadas ao sono entre os pacientes com SPI; Verificar a prevalência de SPI primária e secundária.



MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal. Após a aprovação pelo CEP (CAAE N°. 32781414.3.0000.5016) os idosos eram convidados a participarem do estudo e a assinarem o Temo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os pacientes eram entrevistados em ambiente calmo e silencioso. Os mesmos eram pertencentes a Universidade da Terceira Idade (UNATI-UEA). O questionário aplicado foi criado com base nos critérios da IRSLG ^{4,5,6}. Naqueles que preencheram os critérios para SPI foi aplicada a Escala de Graduação da Severidade da doença ⁹. Esta escala é formada por dez perguntas cujas respostas variam de 0 a 5 pontos. Ao final, as pontuações são somadas e um score é obtido. O escore de 0 a 10 corresponde a SPI de grau leve, de 11 a 20 pontos SPI de grau moderado, de 21 a 30 pontos SPI grave e de 31 a 40 pontos SPI muito grave.

A Avaliação do Sono foi obtida através da seguinte pergunta " Em geral, qual a intensidade do seu distúrbio de sono por causa dos sintomas da Síndrome das Pernas Inquietas? Presente do questionário aplicado.

Critérios de Inclusão:

Indivíduos com idade maior ou igual a 65 anos que estão matriculados em cursos da Universidade Aberta da Terceira Idade – UNATI/UEA.

Critérios de Exclusão:

Foram excluídos do estudo indivíduos com as seguintes condições: 1) idade inferior a 65 anos 1) diabetes mellitus 2) doença de Parkinson 3) Insuficiência Renal Crônica dialítica ou não dialítica 4) hipotireoidismo 5) neoplasia no passado ou presente 5) anemia 6) Demência 7) Não adesão à pesquisa.



Foram realizados os seguintes exames laboratoriais: hemograma completo, ferritina sérica, ureia, creatinina, glicemia de jejum, TGO, TGP, TAP e bilirrubinas, com o objetivo de se avaliar a presença de SPI secundária.

Foi realizada a tabulação dos dados e para verificar a existência de relação entre faixa etária e gênero com a gravidade da SPI foi utilizado o teste estatístico Exato de Fisher, considerando um nível de 5% de significância. As análises foram realizadas por meio do programa MINITAB versão 14.1

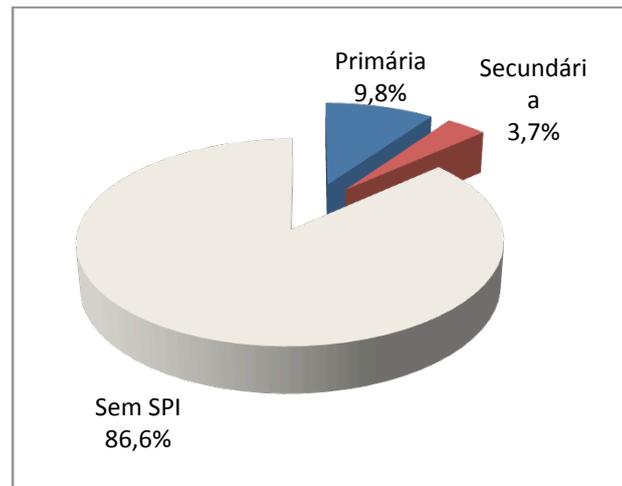
RESULTADOS

Foram entrevistados 82 idosos. A idade média foi 69 anos ($\pm 4,18$ anos), sendo 81,8% do sexo feminino e 18,2% do sexo masculino, com proporção de F:M de 4,5:1.

A prevalência de SPI nessa população foi de 13,4% (N= 11). Apenas 3 pacientes preencheram os critérios para SPI secundária (3,7%), sendo o Diabetes mellitus e doença vascular periférica os diagnósticos associados (Figura 1). Nenhum deles havia recebido o diagnóstico prévio para tal condição.



Figura 1 - Prevalência de SPI primária e secundária



Dentre aqueles que preencheram os critérios para a SPI, 62,3% apresentaram sintomas moderados e 37,5% leves, pela escala de severidade da IRLSG. O escore médio foi 11,5 pontos ($\pm 6,62$) e nenhum apresentou pontuação acima de 20 considerado grave ou muito grave (Tabela 1).

Na tabela 1 há a descrição de alguns sintomas presentes entre os pacientes. Em 60% dos pacientes os sintomas ocorreram mais de 2 a 3 vezes por semana, levando queixas de sono na metade dos casos.

Pelo teste Exato de Fisher, observou-se que não houve associação entre a faixa etária e o grau da SPI ($p=0,71$), nem tampouco entre o gênero e a gravidade dos sintomas ($p=0,37$).



Tabela 1. Severidade dos Sintomas para a SPI.

	Frequência(n = 08)	%
Desconforto da Síndrome		
Intenso	1	12.5
Moderada	3	37.5
Leve	3	37.5
Nenhum	1	12.5
Movimentos		
Moderada	5	62.5
Pequena	1	12.5
Nenhum	2	25
Alívio no Desconforto		
Pouco alívio	2	25
Alívio moderado	1	12.5
Total ou quase total	5	62.5
Intensidade Dist. Sono		
Intenso	1	12.5
Moderada	1	12.5
Leve	2	25
Nenhum	4	50
Intensidade do Cansaço		
Moderada	2	25
Leve	1	12.5
Nenhum	5	62.5
Gravidade da SPI		
Moderado	3	37.5
Leve	2	25
Nenhum	3	37.5
Frequência dos Sintomas (dias)		
06 a 07 dias	2	25
04 a 05 dias	1	12.5
02 a 03 dias	2	25
01 ou menos	2	25
Nenhum	1	12.5
Duração dos Sintomas (horas)		
08 ou mais nas 24 horas	1	12.5
03 a 08h nas 24 horas	1	12.5
01 ou menos em 24 horas	4	50
Nenhum	2	25
Impacto dos Sintomas		
Pequeno	2	25
Nenhum	6	75
Intensidade do Dist. Humor		
Moderado	2	25
Nenhum	6	75



Tabela 2 - Relação entre a faixa etária e a gravidade da SPI

FAIXA ETÁRIA	GRAU SPI				TOTAL
	Leve	%	Moderado	%	
65 a 70	2	40.0	3	60.0	5
> 70	1	33.3	2	66.7	3
TOTAL	3	37.5	5	62.5	8

p = 0,71

Tabela 3 - Relação entre o gênero e a gravidade da SPI

GÊNERO	GRAU SPI				TOTAL
	Leve	%	Moderado	%	
Feminino	2	28.6	5	71.4	7
Masculino	1	100.0	0	0.0	1
TOTAL	3	37.5	5	62.5	8

p = 0,37

DISCUSSÃO

A Universidade da terceira idade (UNATI) é um centro gerontopedagógico filiado a Universidade Estadual do Amazonas (UEA) em funcionamento desde 17/11/2007. Tem como missão principal a pesquisa e a integração social e cultural das pessoas com idade tardia ¹⁰. Esse é o primeiro estudo sobre a prevalência da SPI em idosos vinculados a um centro universitário na região Norte do País.

Estudos em populações caucasianas e norte-americanas mostram uma prevalência estimada de SPI de 2,4% a 10% ^{2,3,11}. Há poucos estudos latino-



americanos e os existentes mostram uma variabilidade de 2% até 20%^{12,13}. No Brasil, o primeiro estudo epidemiológico sobre a incidência de SPI ocorreu em uma região interiorana de São Paulo, onde os investigadores encontraram uma prevalência de 6,4%¹². A alta prevalência observada no nosso estudo, quando comparada a estudos nacionais¹², se deve talvez a faixa etária mais elevada da nossa amostra, pois sabemos que a incidência da SPI aumenta com a idade.

Na amostra analisada, houve uma predominância do sexo feminino, o que já é conhecido na literatura, que é de 2-3 mulheres para cada homem¹³, no nosso observamos uma relação de 4,5 mulheres para cada homem. Apesar disso, não houve associação entre gravidade da doença e gênero, como já relatado na literatura¹⁴.

Metade dos entrevistados relataram algum distúrbio do sono. Tal queixa representa a principal condição incapacitante relacionada à SPI¹⁷. Cerca de 75% dos pacientes irão procurar algum auxílio médico em virtude do mesmo, correlacionando-se com a gravidade da doença^{2,18}. Observamos que entre os nossos pacientes, 62,5% não apresentavam queixas de cansaço ou sonolência diurna, sendo semelhantes a outros estudos que demonstram que a sonolência excessiva é incomum em pacientes com SPI^{19,20}. Queixa de sonolência diurna, por exemplo, deve alertar o clínico para outras possíveis etiologias associadas, como a Apneia Obstrutiva do Sono, a narcolepsia e uso errôneo de medicamentos²¹.

CONCLUSÃO

A Síndrome das Pernas Inquietas é uma condição de alta prevalência na população idosa universitária. Tem maior prevalência em mulheres e foi associada a queixas frequentes de sono em 50% de nossa amostra.



REFERÊNCIAS:

1. Ekbom, KA. Restless Legs. *Acta Med Scand.* 1945;158(Suppl):1-123.
2. Allen, RP, Walters AS, Montplaisir J, Hening W, Myers A, Bell TJ, Ferini-Strambi L. Restless Legs Syndrome Prevalence and Impact: REST General Population Study. *Arch Intern Med.* 2005; 165:1286-1292.
3. Allen RP, Bharmal M, Calloway M. Prevalence and disease burden of primary restless legs syndrome: results of a general population survey in the United States. *Mov Disord.* 2011;26:114–20.
4. Allen RP, Picchiatti DL, Garcia-Borreguero D. et al. Restless legs syndrome/Willis–Ekbom disease diagnostic criteria: updated International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) consensus criteria – history, rationale, description, and significance. *Sleep Medicine.* 2014;15: 860–873.
5. RIZZO G et al. Síndrome das Pernas Inquietas: Consenso Brasileiro 2013. 1ª ed. São Paulo: Omnifarma, 48p, 2013.
6. Fröhlich AC, Eckeli AL, Bacelar A, Poyares D, Pachito DV, Stelzer FG, Coelho FM, Rizzo GN, Prado GF, Sander HH, Goulart LI, Lucchesi LM, Gitai LL, Prado LB, Ataíde-Junior L, Bezerra ML, Lopes MC, Trentin MM, Rodrigues RN, Hasan R, Alves RS, Schönwald SV, Moraes WA. Brazilian consensus on guidelines for diagnosis and treatment for restless legs syndrome. *Arq Neuropsiquiatr.* 2015 ;73(3):260-80.
7. Connor JR, Ponnuru P, Wang XS, et al. Profile of altered brain iron acquisition in restless legs syndrome. *Brain.* 2011;134:959-968.
8. Dusek PP, Jankovic, J, LE W. Iron dysregulation in movement disorders. *Neurobiol Dis.* 201;46:1-18.
9. Masuko, AH, Carvalho L B, Machado M A, Morais JF, Prado LB, Prado, G F. Translation and Validation into the Brazilian Portuguese of the



- Restless Legs Syndrome Rating Scale of the International Restless Legs Syndrome Study Group. *Arq Neuropsiquiatr.* 2008;66(4):832-836.
10. Disponível em: <<http://www.unati.uea.edu.br/categoria.php?area=UHI>>. Acesso em: 19 nov. 2015.
 11. Allen RP, Stillman P, Myers AJ. Physician-diagnosed restless legs syndrome in a large sample of primary medical care patients in Western Europe: prevalence and characteristics. *Sleep Med.* 2010;11:31-37.
 12. Castillo PR, Kaplan J, LIN, SC. et al. Prevalence of restless legs syndrome among native South Americans residing in coastal and mountainous areas. *Mayo Clin Proc.* 2006;81(10):1345-7.
 13. Ekblom K, Ulfberg J. Restless legs syndrome. *J Intern Med.* 2009; 266(5):419 e 31
 14. Bentley AJ, Rosman KD, Mitchell D. Gender differences in the presentation of subjects with restless legs syndrome. *Sleep Med.* 2006;7(1):37e41.
 15. Eckelil AL, Gitaí LL, Dach F et al. Prevalence of restless legs syndrome in the rural town of Cassia dos Coqueiros in Brazil. *Sleep Med.* v. 12(8), p.762-7,2011.
 16. Ohayon MM, O'Hara R, Vitiello MV. Epidemiology of restless legs syndrome: a synthesis of the literature. *Sleep Med Rev.* 2012;16:283–95.
 17. Montplaisir J, Boucher S, Poirier G, Lavigne G. et al. Clinical, polysomnographic, and genetic characteristics of restless legs syndrome: a study of 133 patients diagnosed with new standard criteria. *Mov Disord.* 1997;12:61–51.
 18. Hening W, Walters AS, Allen RP, et al. Impact, diagnosis and treatment of restless legs syndrome (RLS) in a primary care population: the REST (RLS epidemiology, symptoms, and treatment) primary care study. *Sleep Med.* 2004;5:237-246.
 19. Gamaldo C, Benbrook AR, Allen RP, Oguntimein O, Earley CJ. Evaluating daytime alertness in individuals with restless legs syndrome (RLS) compared to sleep restricted controls. *Sleep Med.* 2009;10:134–8.



20. Allen RP, Barker PB, Horska A, Earley CJ. Thalamic glutamate/glutamine in restless legs syndrome: increased and related to disturbed sleep. *Neurology*. 2013;80:2028-2034.
21. Plazzi G, Ferri R, Antelmi E, Bayard S, Franceschini C, Cosentino FI, et al. Restless legs syndrome is frequent in narcolepsy with cataplexy patients. *Sleep*. 2010;33:689–94.