



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**MICHAELLA MARIA AZEVÊDO SILVA**

**PREVALÊNCIA DE SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS  
EM GESTANTES**

CAMPINA GRANDE- PB  
2012

**MICHAELLA MARIA AZEVÊDO SILVA**

**PREVALÊNCIA DE SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS  
EM GESTANTES**

Artigo para Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Galvão Dantas

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S586p Silva, Michaella Maria Azevêdo.  
Prevalência de síndrome das pernas inquietas em gestantes [manuscrito] / Michaella Maria Azevêdo Silva.– 2012.  
23 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.

“Orientação: Prof. Dr. Fábio Galvão Dantas, Departamento de Fisioterapia”.

1. Gestante. 2. Síndrome das pernas inquietas.  
3. Distúrbios do sono. I. Título.

21. ed. CDD 618.2

MICHAELLA MARIA AZEVÉDO SILVA

**PREVALÊNCIA DE SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS  
EM GESTANTES**

Artigo para conclusão do curso apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia. Aprovado no dia 21 de julho de 2012

Aprovado (a) em: 21/06/2012.

---

Prof. Dr. Fábio Galvão Dantas/UEPB

Orientador

Prof.ª. Dr.ª. Vitória Regina Quirino de Araújo/UEPB

Examinadora

Prof.ª. Esp.ª. Suzana dos Santos Furtado de Albuquerque Silva/UEPB

Examinadora

# PREVALÊNCIA DE SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS EM GESTANTES.

SILVA, Michaella Maria Azevêdo<sup>1</sup>

Acadêmica de fisioterapia da UEPB, e-mail: michaella\_mm26@hotmail.com

## RESUMO

**Introdução:** Classificada como um distúrbio movimento relacionado ao sono, a síndrome das pernas inquietas é caracterizada por sensações de desconforto e parestesia, presentes principalmente nos membros inferiores ao repouso e cuja sintomatologia é aliviada com a urgência em movimentar os membros. O presente artigo teve como objetivo observar a prevalência e gravidade da síndrome das pernas inquietas no período gestacional, traçar um perfil sócio demográfico das participantes, contrastando o impacto da SPI na qualidade do sono das gestantes atendidas pela maternidade de referência no município de Campina Grande-PB.

**Metodologia:** Configura-se em um estudo transversal, analítico, descritivo, de caráter quantitativo, onde participaram da pesquisa 50 gestantes assistidas pelo pré-natal na instituição supracitada, sendo utilizado como instrumento de coleta um questionário sócio demográfico seguido da Escala Internacional de Gradação da Síndrome das Pernas Inquietas. Após a coleta de dados foi feita a análise descritiva das variáveis estudadas a fim de determinar a distribuição e a proporção de gestantes com SPI. Em seguida, foi realizada a associação das variáveis sóciodemográficas, obstétricas e de saúde com a SPI. **Resultados e discussão:** A prevalência encontrada de SPI foi de 64% dentre as entrevistadas, sendo 55,6% no primeiro trimestre, 66,7% no segundo e 71,4% no terceiro, com uma distribuição de 36% com grau moderado e 28% grave. O distúrbio do sono decorrente da SPI foi considerado intenso em 81,8% das participantes com a manifestação grave da síndrome, e leve em 78,6% com gravidade moderada. A sonolência diurna foi considerada intensa em 87,5% em participantes com variável grave de manifestação e leve em 81,8% na variável moderada. **Conclusão:** Verificou-se significativa prevalência da SPI nas participantes da pesquisa, sendo a manifestação grave encontrada em maior expressão no terceiro trimestre gestacional. Foi observada uma relação diretamente proporcional entre a gravidade dos sintomas e presença dos distúrbios do sono e sonolência diurna decorrentes dos sintomas da síndrome.

**PALAVRAS-CHAVE:** SPI. Prevalência. Distúrbios do sono

## 1. INTRODUÇÃO

A síndrome das pernas inquietas (SPI) é classificada como um distúrbio do movimento relacionado ao sono, pela Associação Americana dos Distúrbios do Sono em conjunto com associações similares da Europa (MELLO e ESTEVES, 2008), e é

descrita como uma desordem neurológica dos movimentos, caracterizada por sensações de desconforto e parestesia, presentes principalmente nos membros inferiores ao repouso, cuja sintomatologia é aliviada com a urgência em movimentar os membros (MASUKO *et al.*, 2004).

Durante o período gravídico as modificações na arquitetura e padrão do sono são queixas constantes e estão geralmente associadas às adaptações físicas e hormonais indispensáveis à gestação. Frequentemente essas alterações são reconhecidas quando há dificuldade em iniciar e manter o sono, com a presença da excessiva sonolência diurna, ou quando o sono não é satisfatório.

Estudos confirmam a SPI como um dos principais dos distúrbios do sono presentes na gestação, sendo seu diagnóstico positivo em cerca de 25% das mulheres no terceiro trimestre gestacional, sendo esse percentual variável de acordo com os fatores que predispõem a patologia, como a multiparidade, onde a síndrome está presente em aproximadamente 30% das grávidas de uma forma geral (NEAU *et al.*, 2010).

O presente artigo teve como objetivo observar a prevalência e gravidade da síndrome das pernas inquietas no período gestacional, traçar um perfil sócio demográfico das participantes, contrastando o impacto da SPI na qualidade do sono das gestantes atendidas pela maternidade de referência no município de Campina Grande-PB.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

A síndrome das pernas inquietas é descrita como uma sensação de desconforto, queimação, dor ou mal-estar indescritível nos membros inferiores, e ocasionalmente no tronco e membros superiores, cujos sintomas se manifestam com maior intensidade no período noturno e geralmente são aliviados com o movimentar das pernas ou demais membros cujos sintomas estejam presentes (MELLO e ESTEVES, 2008 apud EKBOM, 1945).

As últimas pesquisas sobre a síndrome sugerem a participação de componentes como o ferro e a dopamina, tratando-se assim de uma disfunção neurobiológica, podendo a SPI ser caracterizada como uma desordem geneticamente influenciada, geralmente autossômica dominante quando se

apresenta precocemente ou poligênica e multifatorial quando de maneira tardia (BALENDRAN *et al.*, 2011).

A prevalência da síndrome varia de 5 a 25% na população em geral, sendo o menor índice encontrado em países asiáticos (PATRICK, 2007). Apesar da sua prevalência variar de acordo com a população investigada, há um consenso entre os estudos de que a SPI predomina no sexo feminino, principalmente durante a gestação, ocorrendo um aumento da prevalência e agravamento dos sintomas com a progressão da idade (PATRICK, 2007; ALVES *et al.*, 2010).

A SPI ocorre de forma primária ou secundária, sendo possivelmente a forma primária relacionada às características genéticas, existindo uma associação familiar que varia de 40 a 60% (FILHO *et al.*, 2004). Com relação às formas secundárias, existem diferentes possibilidades como as polineuropatias, uremia, fibromialgia, artrite reumatóide, doença de Parkinson, deficiência nos níveis de ferro e gravidez, dentre outros fatores que podem exacerbar os sintomas, como os transtornos psiquiátricos, estresse, antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptção de serotonina, lítio e antagonistas dopaminérgicos (MASUKO *et al.*, 2004; FILHO *et al.*, 2004).

A sintomatologia é caracterizada por sensações de desconforto, descritas como prurido interno, irritação, queimação, agulhadas, formigamento e tremor que causam inquietação e regridem com a atividade motora intensa, ou movimentos vigorosos. Esses fatores podem interferir diretamente na qualidade do sono e no cotidiano dos portadores da síndrome, desencadeando distúrbios do sono comuns, como a sonolência diurna (SED) e fadiga (PATRICK, 2007; MASUKO *et al.*, 2004; FILHO *et al.*, 2004; MELLO e ESTEVES, 2008).

O diagnóstico é essencialmente clínico segundo o Grupo Internacional de Estudos da Síndrome de Pernas Inquietas (International Restless Legs Syndrome Study Group - IRLSSG) e a Classificação Internacional dos Transtornos do Sono de 2005. O diagnóstico é feito com base em quatro aspectos (DANTAS *et al.*, 2008; MELLO e ESTEVES, 2008; GBE-SPI, 2007):

1. Intensa e irresistível necessidade de movimentar as pernas, causada ou acompanhada de sensações parestésicas desagradáveis que ocorrem espontaneamente.

2. Inquietação motora, quando há necessidade de movimentar as pernas ou a sensação desagradável de desconforto inicia ou piora nos períodos de repouso.

3. Alívio total ou parcial dos sintomas com a atividade motora.

4. A Necessidade de movimentar as pernas, ou a sensação de desconforto apresentam-se com maior intensidade no período noturno.

Além dos aspectos supracitados, outros critérios podem ser utilizados como apoio para o diagnóstico, como a presença de movimentos periódicos de membros durante o sono e/ou vigília, história familiar positiva para SPI, e resposta significativa com doses baixas de agentes dopaminérgicos (GBE-SPI, 2007). Exames como a eletroneuromiografia e polissonografia não são necessários para o diagnóstico, mas podem ser solicitados quando houver suspeita de comorbidades associadas à síndrome, como os distúrbios respiratórios ou para o diagnóstico diferencial (GBE-SPI, 2007; MASUKO *et al.*, 2004; FILHO *et al.*, 2004).

Os mecanismos fisiopatológicos da SPI, como a localização dos processos envolvidos e as suas relações resultantes na integração entre o sistema nervoso central e periférico, ainda não estão totalmente esclarecidos. Entretanto, estudos recentes sugerem o envolvimento de disfunções no sistema dopaminérgico afetando o sistema nervoso central (FILHO *et al.*, 2004; GARCÍA-BORREGUERO, 2005).

A deficiência nos níveis de ferro, apontada como uma das causas secundárias à SPI pode estar relacionada com a disfunção dopaminérgica, uma vez que os níveis normais de ferro são essenciais às várias etapas do metabolismo da dopamina (GARCIA-BORREGUERO, 2005). Porém, essa diminuição da concentração do ferro pode também ser consequência da atividade dopaminérgica reduzida, formando assim uma interdependência entre os dois aspectos. Essa relação entre a deficiência de ferro e o sistema dopaminérgico com a síndrome, baseia-se na redução do teor de ferro no putâmen e substância negra observada em pacientes diagnosticados (FILHO *et al.*, 2004; MASUKO *et al.*, 2004; GARCÍA-BORREGUERO, 2005).

Ainda de acordo com a apresentação dos sintomas, evidenciado no período noturno, sugere a participação de estruturas do hipotálamo, que regulam o sono e a vigília. A expressão circadiana dos sintomas, decorrente da divergência entre o ritmo circadiano e o ciclo sono-vigília, ainda coincide com o período em que a dopamina se encontra em níveis mais baixos, características observadas em estudos imaginológicos, que apontaram a diminuição da captação e ligação de dopamina ao nível de receptores dopaminérgicos D2 nos núcleos da base (Wilson *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2008).

A gravidez é uma das principais causas secundárias à SPI, sendo a chance das mulheres nesse período de desenvolver a síndrome, cerca de três vezes maior em comparação à população em geral. Esse fator reflete na prevalência da SPI no período gestacional, que varia de 11 a 27% podendo chegar até 30 %. Essa oscilação está associada principalmente à etapa da gestação em que a mulher foi submetida à avaliação, sendo o terceiro trimestre o período de maior expressão dos sintomas na gravidez, e diagnóstico da síndrome (NEAU *et al.*, 2010).

A fisiopatologia da SPI na gestação é semelhante à apresentada pela população em geral, entretanto sua prevalência significativamente maior no período gravídico reforça a possível influência hormonal na sua patogenia. Outra associação não descartada sugere a maior afecção das mulheres grávidas à predisposição genética, embora a hereditariedade esteja relacionada a prevalência da síndrome em um caráter geral, na gestação o estresse provocado pelas alterações fisiológicas e metabólicas tornariam as gestantes mais suscetíveis ao desenvolvimento da SPI (ALVES *et al.*, 2010).

O quadro clínico apresentado no período gravídico corrobora com o observado na população em geral, sendo os sintomas exacerbados no terceiro trimestre. As mulheres grávidas relatam ainda maior dificuldade de iniciar e manter o sono, maior dificuldade em despertar, excessiva sonolência diurna, tempo de sono reduzido e uma maior prevalência de insônia, variando de 27 a 64%, tornando alarmante o impacto da síndrome das pernas inquietas sobre o sono e qualidade de vida das gestantes (NEAU *et al.*, 2010).

De acordo com a American Academy of Sleep Medicine os agentes dopaminérgicos são as drogas com melhores resultados, consideradas como primeira alternativa no tratamento farmacológico para a SPI (FILHO *et al.*, 2004; GBE-SPI, 2007; SANTOS *et al.*, 2008; MASUKO *et al.*, 2004). Outras drogas também podem ser adotadas, como os opióides, anticonvulsivantes (gabapentina) e benzodiazepinas (BGE-SPI, 2007).

Por representar uma parcela significativa da população com diagnóstico da síndrome, a mulheres grávidas constituem uma grande preocupação no estabelecimento da profilaxia da síndrome na gestação, a fim de evitar a agravamento dos sintomas e complicações decorrentes da terapêutica aplicada. Assim os baixos níveis de ferro podem representar cautela no tratamento favorecendo o fenômeno de aumento, porém o uso dos agentes dopaminérgicos é

preconizado também no tratamento da SPI nessa fase, considerado um agente farmacológico seguro pelo Grupo Brasileiro de Estudos em Síndrome das Pernas Inquietas (GBE-SPI) (GBE-SPI, 2007).

O tratamento da SPI ainda é considerado sintomático e não curativo, exceto quando a síndrome decorre de uma deficiência de ferro, assim sua terapêutica é principalmente de origem farmacológica. Porém, com base nas causas e gravidades dos sintomas algumas alternativas não farmacológicas podem ter uma resposta positiva no controle da SPI. As medidas comportamentais que favoreçam a higiene do sono, como a suspensão de fármacos agravantes, promoção de atividade física moderada, evitar o consumo da cafeína, nicotina e bebidas alcoólicas e o tratamento de comorbidades associadas à síndrome. Tais condutas possuem um benefício reconhecido na melhora de qualidade de vida do paciente com a síndrome (GBE-SPI, 2007; SANTOS *et al.*, 2008; FILHO *et al.*, 2004; SYMVOULAKIS *et al.*, 2010).

### 3. MÉTODO

Este estudo se configurou como transversal, analítico, descritivo, de caráter quantitativo. As participantes foram abordadas de maneira aleatória dentre as gestantes assistidas pelo pré-natal da maternidade de referência no município de Campina Grande- PB.

A coleta de dados foi do tipo levantamento e de campo, sendo as participantes informadas sobre o tema e objetivos da pesquisa. Após o consentimento em participar da pesquisa, documentado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sobre pesquisa envolvendo seres humanos, foram utilizados os instrumentos de coleta, que consistiram em um formulário composto por dados sóciodemográficos, obstétricos e dados relacionados à saúde da gestante. Em seguida foi aplicada a versão validada para a língua portuguesa da Escala Internacional de Graduação da Síndrome das Pernas Inquietas (EIGSPI), composta por 10 questões, onde cada questão apresenta cinco opções de respostas, que varia de nenhum (escore zero) a muito grave (escore quatro), totalizando um escore que varia de 0 a 40 (MASUKO *et al.*, 2008).

Após o preenchimento dos questionários, a amostra foi analisada e os dados tabulados e organizados no *Statistical Packged for theS-qocial Science* (SPSS) em sua versão 17.0. Inicialmente, foi realizada análise descritiva das variáveis

estudados a fim de determinar a distribuição e a proporção de gestantes com SPI. Em seguida, foi realizado o exame da associação das variáveis sócio-demográficas, obstétricas e de saúde com a SPI. Para tanto, foi utilizado um teste de Qui-quadrado de Associação Linear, considerando uma margem de erro probabilístico de 5% para se evitar erro falso-positivo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob o protocolo de número 0022.0.133.000-12.

#### 4. RESULTADOS

As características sócio-demográficas da amostra estão na tabela 1. Onde, pode-se verificar que mais da metade das gestantes (58%) estão entre 21 e 30 anos, 40% são pardas, 74% casadas, e 44% relataram ter concluído o ensino médio. A renda de um salário mínimo foi a mais observada (46%).

**Tabela 1.** Características sócio-demográficas das gestantes.

<b>Características</b>	<b>N (%)</b>
<b>Faixa etária</b>	
Menores de 20 anos	3 (6%)
Entre 21 e 30 anos	29 (58%)
Maiores de 30 anos	18 (36%)
<b>Raça</b>	
Parda	20 (40%)
Branca	16 (32%)
Negra	14 (28%)
<b>Estado Civil</b>	
Casada	37 (74%)
Solteira	12 (24%)
Viúva	1 (2%)
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeta	1 (2%)
Ensino Fundamental Incompleto	13 (26%)
Ensino Fundamental Completo	4 (8%)

Ensino Médio Incompleto	4 (8%)
Ensino Médio Completo	22 (44%)
Ensino Superior completo ou em andamento	5 (10%)
<b>Renda</b>	
Menos de um salário	9 (18%)
Um salário	23 (46%)
Dois salários	10 (20%)
Três salários	3 (6%)

---

FONTE: Dados da pesquisa

No tocante as características obstétricas, foi verificado que 64% das gestantes estavam no terceiro trimestre de gestação e que apenas 2% perderam peso no período gestacional. A maioria das entrevistadas teve gestações anteriores (72%), com 22,2% com mais de três filhos, 61,8% realizaram parto normal e 3% apresentaram gestação gemelar. (Tabela 2)

**Tabela 2.** Características obstétricas das gestantes.

<b>Características</b>	<b>N (%)</b>
<b>Idade gestacional</b>	
Primeiro trimestre	3 (6%)
Segundo trimestre	15 (30%)
Terceiro trimestre	32 (64%)
<b>Varição no peso</b>	
Perdeu peso	2 (4%)
Ganhou até 10 Kg	28 (56%)
Ganhou mais de 10 Kg	20 (40%)
<b>Primeira gestação</b>	
Sim	14 (28%)
Não	36 (72%)
<b>Tipo de gestação</b>	
Normal	44 (94%)
Gemelar	3 (6%)

Gestação anterior	
Uma	11 (30,6%)
Duas	17 (47,2%)
Três ou mais	8 (22,2%)
Tipo de parto	
Vaginal	19 (61,3%)
Cesariana	12 (38,7%)

---

FONTE: Dados da pesquisa

Na tabela 3 evidencia-se grande proporção de gestantes com histórico de anemia (60%), ansiedade (54%), hipertensão (24%), depressão (14%) e doença renal (10%). Já as doenças pulmonares (2%) e diabetes (4%) foram pouco relatadas. Doenças como a osteoporose e AVC não foram encontradas na amostra.

**Tabela 3.** Características da saúde das gestantes.

<b>Características</b>	<b>N (%)</b>
Doença cardíaca	
Sim	4 (8%)
Não	46 (92%)
Hipertensão	
Sim	12 (24%)
Não	38 (76%)
AVC	
Sim	-
Não	50 (100%)
Diabetes	
Sim	2 (4%)
Não	48 (96%)
Doença pulmonar	
Sim	1 (2%)
Não	49 (98%)
Doença renal	
Sim	5 (10%)

Não	45 (90%)
Depressão	
Sim	7 (14%)
Não	43 (86%)
Ansiedade	
Sim	27 (54%)
Não	23 (46%)
Osteoporose	
Sim	-
Não	50 (100%)
Anemia	
Sim	30 (60%)
Não	20 (40%)

FONTE: Dados da pesquisa

A prevalência geral da SPI durante a gestação foi contatada em 64% das entrevistadas, com uma distribuição de 36% com grau moderado e 28% grave. O desconforto com o movimento só foi observado quando associado aos sintomas da síndrome. Dentre as sensações desconfortáveis decorrente da síndrome destacou-se sob a forma de queimação (22%) e formigamento (14%). (Tabela 4)

**Tabela 4.** Prevalência de SPI, classificação da síndrome das pernas inquietas nas gestantes e sintomas relacionados ao movimento das pernas.

Variáveis	N (%)
Síndrome das pernas inquietas	
Sim	32 (64%)
Não	18 (36%)
Descrição da sensação	
Queimação	11 (22%)
Ardência	6 (12%)
Formigamento	7 (14%)
Dormência	5 (10%)
Gravidade da SPI	

Normal	18 (36%)
Moderado	18 (36%)
Grave	14 (28%)

FONTE: Dados da pesquisa

A tabela 5 mostra que a manifestação grave da SPI foi mais encontrada no terceiro trimestre gestacional. Entre as variáveis estudadas, foi encontrado que a depressão apresentou uma tendência à associação com a presença de SPI, principalmente no estágio grave da disfunção quando comparado com gestantes normais (57,1% vs 14,3%) e também as com grau moderado (57,1% vs 28%),  $p=0,07$ . A proporção de gestantes ansiosas cresce de forma igualitária a medida que se aumenta a gravidade da SPI. (tabela 5).

**Tabela 5.** Associação entre os fatores obstétricos e saúde com o diagnóstico da síndrome das pernas inquietas nas gestantes.

Variáveis	Síndrome das Pernas Inquietas			$\chi^2$ (gl)	p
	Normal (%)	Moderado (%)	Grave (%)		
Idade gestacional				1,23 (2)	0,87
Primeiro trimestre	1 (5,6%)	1 (5,6%)	1 (7,1%)		
Segundo trimestre	7 (38,9%)	5 (27,8%)	3 (21,4%)		
Terceiro trimestre	10 (55,6%)	12 (66,7%)	10 (71,4%)		
Variação do peso				1,50 (2)	0,82
Reduziu o peso	1 (5,6%)	10 (55,6%)	7 (38,9%)		
Ganhou até 10 Kg	1 (5,6%)	11 (61,1%)	6 (33,3%)		
Ganhou mais de	-	7 (50%)	7 (50%)		

10 Kg					
Depressão				3,66 (2)	0,07
Sim	1 (14,3%)	2 (28,6%)	4 (57,1%)		
Não	17 (39,5%)	16 (37,2%)	10 (23,3%)		
Ansiedade				8,88 (2)	0,004
Sim	6 (22,2%)	9 (33,33%)	12 (44,4%)		
Não	12 (52,2%)	9 (39,1%)	2 (8,7%)		
Desconforto				50,00 (2)	0,000 1
Sim	-	18 (56,3%)	14 (43,8%)		
Não	18	-	-		

FONTE: Dados da pesquisa

A tabela 6 aponta que o distúrbio do sono decorrente da SPI foi considerado intenso em 81,8% das participantes com a manifestação grave da síndrome, e leve em 78,6% com gravidade moderada. A sonolência diurna foi considerada intensa em 87,5% em participantes com variável grave de manifestação e leve 81,8% na variável moderada.

**Tabela 6.** Relação da gravidade da síndrome das pernas inquietas em gestantes com a gravidade dos distúrbios do sono e o grau de sonolência.

Variável	Síndrome das Pernas Inquietas			$\chi^2$ (gl)	p
	Sem SPI	Moderado	Grave		
Distúrbio do sono				60,91 (6)	0,0001
Intenso	0	2 (18,2%)	9 (81,8%)		
Moderado	0	4 (66,7%)	2 (33,3%)		
Leve	0	11 (78,6%)	3 (21,4%)		
Nenhum	18 (94,7%)	1 (5,3%)	0		

Sonolência				60,27 (6)	0,0001
Intenso	0	1 (12,5%)	7 (87,5%)		
Moderado	0	7 (58,3%)	5 (41,7%)		
Leve	0	9 (81,8%)	2 (18,2%)		
Nenhum	18	1 (5,3%)	0		
	(94,7%)				

---

FONTE: Dados da pesquisa

## 5. DISCUSSÃO

A prevalência de SPI em gestantes na presente pesquisa foi superior à descrita na literatura, que tem observado uma prevalência duas ou três vezes maior entre as gestantes, quando comparadas à população em geral (CULEBRAS, 2001; MANCONI, GOVONI *et al.* 2004; GARCIA-BORREGUERO *et al.* 2006). Tal diferença pode, eventualmente, refletir diferenças metodológicas ou populacionais. Outros estudos regionais são necessários para confirmar tal achado.

Observou-se uma maior prevalência de SPI durante o terceiro semestre gestacional, assim como este foi o período gravídico onde a manifestação grave dos sintomas se apresentou de maneira mais expressiva. Em 2004, MANCONI, FERINI-STRAMBI *et al.* estudaram a prevalência de SPI em 642 mulheres, e observaram que os sintomas ocorriam principalmente durante o terceiro trimestre, período em que se observavam sintomas de maior gravidade, corroborando os presentes resultados. Tal agravamento da prevalência e dos sintomas durante o final da gravidez está, provavelmente, relacionado às diversas mudanças biomecânicas e bioquímicas típicas do período, sendo um fator agravante para as constantes queixas de insônia e alterações respiratórias (PIEN & SCHWAB, 2004).

Dentre as diversas formas de descrição das queixas referentes à SPI, o desconforto descrito como queimação foi o mais encontrado em nosso estudo. O mesmo foi destacado por ALOÉ e TAVARES (2006), que relatam a queimação como sensação presente em metade dos casos diagnosticados da síndrome.

O presente estudo observou uma tendência de associação entre SPI e depressão, principalmente nos casos mais graves. O mesmo ocorreu em relação à

queixa de ansiedade, a qual foi diretamente proporcional à gravidade dos sintomas. Apesar de não haver ainda explicações conclusivas para tal associação, a presença de alterações metabólicas do ferro, as influências hormonais relacionadas com o aumento de prolactina, de progesterona e estrógeno, além das mudanças psicológicas típicas do período parecem exercer um papel determinante (MANCONI M., GOVONI V. *et al.*, 2004).

Apesar de não ter havido significância estatística, foi possível observar, quanto às variáveis sociodemográficas, uma maior prevalência de SPI na faixa etária de 21 e 30 anos. A maioria das gestantes portadoras era de cor parda, eram casadas, apresentavam alta escolaridade e renda de um salário mínimo. Grande parte delas tinha histórico de gestações anteriores, com predominância de parto vaginal. Houve uma grande proporção de gestantes com histórico de anemia e ganho de peso igual ou acima de 10 quilos. ALOÉ e TAVARES (2006) observaram que a SPI é mais prevalente em mulheres caucasianas, com idade entre 30 e 35 anos. Com relação às características fisiopatológicas os autores destacaram uma forte relação entre os sintomas da SPI e a ansiedade, depressão, sonolência diurna e hipertensão arterial, achados que corroboram os encontrados na presente pesquisa. Provavelmente a inclusão de um maior número de gestantes numa futura expansão desta pesquisa poderá tornar os presentes resultados estatisticamente significativos.

No presente estudo, houve uma forte associação entre a gravidade da SPI e a intensidade dos distúrbios do sono e sonolência diurna decorrentes da síndrome, sendo essa relação diretamente proporcional à gravidade dos sintomas. Outros estudos demonstraram tal associação, a qual pode estar associada à fragmentação do sono e aos movimentos periódicos involuntários dos membros inferiores (MPM). Os MPM podem ser documentados pela polissonografia, estando presente em cerca de 80% dos portadores de SPI (ELIAS, 2004). Sua associação com microdespertares pode levar a um sono não reparador, fragmentado e superficial (TRENKWALDER C *et al.*, 1996; CULEBRAS A, 2001). Para futuros estudos complementares, a inclusão de polissonografia pode ser decisiva para a confirmação deste aspecto diagnóstico.

## 6. CONCLUSÃO

Verificou-se uma alta prevalência de SPI em gestantes (64%), especialmente durante o terceiro trimestre gestacional, período em que a manifestação grave dos sintomas esteve mais presente. O perfil sócio demográfico predominante no grupo, foi de gestantes com idade entre 21 e 30 anos, pardas e com renda de 1 salário mínimo. Foi encontrada uma relação diretamente proporcional entre a gravidade dos sintomas da SPI e o distúrbio do sono e sonolência diurna decorrentes da síndrome.

### ABSTRACT

**Background:** Restless legs syndrome (RLS) is characterized by disturbing leg sensations associated to sleep complaints and excessive daytime somnolence. RLS has been related to pregnancy. **Objective:** To determine the prevalence of RLS in pregnant women, analyzing its severity according to the pregnancy progression. **Method:** We conducted a cross-sectional study of pregnant women under following in a public maternity. They were asked to answer a well-established question nary that addressed the four minimal criteria for RLS, sociodemographic and general health conditions. **Results:** 64% of pregnant women had SPI (55.6% during the first trimester, 66.7% during the second and 71.4% during the third. 36% had mild symptoms and 28%, severe. RLS sleep complaints were severe in 81.8% of severe RLS diagnosed women, and 78.6% of mild RLS women refereed those complaints. Severe daytime somnolence occurred in 87.5% of severe diagnosed RLS women, while 81.8% of mild diagnosed RLS rad mild daytime excessive somnolence. **Conclusion:** we conclude that RLS was strongly prevalent among pregnant women. Prevalence and severity of RLS were directly related to progression of pregnancy, as well as sleep complaints and excessive daytime somnolence. **KEY WORDS:** Restless legs syndrome. Prevalence. Sleep complaints. Excessive daytime somnolence.

## 7. REFERÊNCIAS

ALÓE, F.; TAVARES, S.M.A. Síndrome das pernas inquietas. Revista neurociências; V 14, N 4; (204-213), 2006.

ALVES, D. A. G. *et al.* Restless legs syndrome during pregnancy in Brazilian women. *Sleep Medicine*, 2010.1049-1054.

BALLENDRAN, J. *et al.* A common sleep disorder in pregnancy: restless legs syndrome and its predictors. *Journal of obstetrics and gynecology*, v. 51, 2011.262-264.

CULEBRAS A. Restless leg syndrome. Diagnosis and treatment. *Rev Neurol* 2001 Feb; 32(3):281-3.

DANTAS, F. G.; MEDEIROS, J. L. A.; FARIAS, K. S.; RIBEIRO, C. D.; Restless Legs syndrome in institutionalized elderly. *ArqNeuropsiquiatr*, 66(2-B), 328-330, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>> Acesso em: 13 de set. 2011

ELIAS, Rosilene Motta. Distúrbios do sistema nervosa central e periférico. *J Bras Nefrol* Volume XXVI - nº 3 - Supl. 1 - Agosto de 2004.

FILHO, R. C. S. *et al.* Síndrome das pernas inquietas: revisão e atualização. *Revista Neurociências*, 17(3), 263-269, 2004. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%2017%2003/339%20revisao.pdf>. Acesso em: 09 de set. 2011.

GARCIA-BORREGUERO, D. En torno a la fisiopatología del síndrome de piernas inquietas. *Revista de medicina da Universidade de Navarra*, v.49, n.1, 41-45, 2005. Disponível em: [www.unav.es/revistamedicina/numeros.html](http://www.unav.es/revistamedicina/numeros.html). Acesso em 13 de set. 2011.

GRUPO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS (GBE-SPI), Síndrome das pernas inquietas. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 65(3-A), 2007. Disponível em: <http://jararaca.ufsm.br/>. Acesso em: 09 de set. 2011.

MANCONI, M; GOVONI V; DE VITO, A; ECONOMOU, NT; CESNIK, E; MOLLICA, G; FERINI-STRAMBI, L; GRANIERI, E. Restlesslegssyndromeandpregnancy. *Neurology* 2004 Sep; 63(6):1065-9

MASUKO, A. H. *et al.* Translation and validation into the Brazilian Portuguese of the restless legs syndrome rating scale of the International Restless Legs Syndrome Study Group. *Arquivo Neuropsiquiatria*, v.66, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>> Acesso em: 13 de set. 2011.

- MASUKO, A. H.; PRADO, L. B. F.; PRADO, G. F. Síndrome das pernas inquietas. Revista Neurociências, v.12, n.1, 2004. Disponível em: [http://www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/vol12\\_1/pernasingu.htm](http://www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/vol12_1/pernasingu.htm). Acesso em: 09 de set. 2011.
- MELLO, M.T.; ESTEVES, A.M. Distúrbios de movimento: Movimentos periódicos de pernas (MPP/PLM) e Síndrome das pernas inquietas (SPI/RLS) /N: TUFIK, S. Medicina e Biologia do sono. São Paulo:Manole, 2008. 306-317.
- NEAU, J. P. *et al.* Restless Legs Syndrome and Pregnancy: a questionnaire study in the Poitiers district, France. European Neurology, v.64, 2010.
- PATRICK, N. D. L. Restless legs syndrome: pathophysiology and the role of iron and folate. Alternative Medicine Review, v.12, n.2, 101-112, 2007.
- PIEN, GW & SCHWAB, RJ. Sleep disorders during pregnancy. *Sleep* 2004 Nov; 27(7):1405-17.
- SANTOS, B. *et al.* Síndrome das pernas inquietas. Acta Médica Portuguesa, 2008. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2008-21/4/359-366.pdf>. Acesso em: 09 de set. 2011.
- SYMVOULAKIS, E.; ANYFANTAKIZ, D.; LIONIS, C.; Restless legs syndrome: literature review. São Paulo Med., v.128, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/> Acesso em: 09 de set. 2011.
- TRENKWALDER C; PAULUS W; WALTERS AS.The restless legs syndrome. *Lancet Neurol* 2005 Aug;4(8):465-75.
- WILSON, S. J. *et al.* British association for psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders.Journal of Psychopharmacology, 2010. Disponível em:[http://www.bap.org.uk/pdfs/BAP\\_Sleep\\_Guidelines.pdf](http://www.bap.org.uk/pdfs/BAP_Sleep_Guidelines.pdf) Acesso em: 13 de set. 2011.