

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 3º UJ da Fazenda Pública

COMARCA: Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0007840

IDADE: 45 anos

Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): G47.4, G41.9, F41.0, F33.9

PEDIDO DA AÇÃO: Exame de polissonografia + teste de latências múltiplas do sono (TLMS).

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Exames complementares para estabelecimento de diagnóstico diferencial e tratamento direcionado. A terapia envolve uma modificação do estilo de vida, estimulantes para sonolência diurna e tratamento medicamentoso para a cataplexia.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicita parecer sobre o pedido formulado na inicial.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada a requerente possui diagnóstico de transtorno ansioso não especificado, transtorno depressivo recorrente sem especificação e histórico de que desde a adolescência, apresenta sonolência diurna importante. Relata que após os 30 anos de idade passou a necessitar do uso de banco durante o banho, devido à sonolência, além de Escala de sonolência de Epworth = 17 pontos. A escala é utilizada para quantificação da sonolência diurna (≥ 10 - sonolência que deve ser investigada).

Negou episódios de cataplexia: episódios de curta duração de perda súbita de tônus muscular, fraqueza muscular generalizada que causa colapso parcial ou completo, com manutenção da consciência; ocorrendo pelo menos algumas vezes ao mês frequentemente desencadeada por emoções fortes (como riso ou medo).

Relatou episódios recorrentes de paralisia do sono (impossibilidade de se mover ou falar, normalmente ocorrendo no momento de adormecer ou ao

acordar), o paciente desperta durante a atonia do sono REM.

Informou que a sonolência não melhora após cochilos diurnos e que aos finais de semana dorme o dia todo. Queixou-se de sono não reparador, e que mesmo dormindo a noite toda tem dificuldade para despertar. Disse que o quadro tem lhe prejudicado no desempenho das atividades do trabalho e convívio social.

Informa tratamento farmacológico prévio com o uso de Venvanse® (dimesilato de lisdexanfetamina); Ritalina® (cloridrato de metilfenidato); Atentah® (cloridrato de atomoxetina); Stavigile® (modafilina) sem resultado satisfatório.

Foi proposta a realização de exame de polissonografia e teste de latências múltiplas do sono (TLMS), com finalidade de estabelecer diagnóstico diferencial, ou seja, confirmar ou descartar a hipótese diagnóstica de narcolepsia, e instituir tratamento direcionado.

A palavra **narcolepsia** tem origem no grego νάρκη (narké) e λήψις (lepis), que significam, respectivamente, “dormência” e “ataque”. A narcolepsia é um distúrbio crônico de sonolência excessiva que afeta o controle do sono e da vigília com a intrusão do sono de movimento rápido dos olhos no estado de vigília. O início da doença geralmente ocorre na segunda década de vida. Em sua forma clássica, ela é caracterizada por uma tétrede de sonolência diurna excessiva, cataplexia, alucinações hipnagógicas / hipnopômicas (percepções visuais ou auditivas no sono ou ao despertar) e paralisia do sono. A única manifestação clínica específica à narcolepsia é a cataplexia.

A narcolepsia é classificada em tipo I (com cataplexia) e tipo II (sem cataplexia). A narcolepsia tipo 1 ocorre quando quase todos os neurônios que contêm orexina (também chamada de hipocretina) são perdidos. A causa da narcolepsia tipo 2 não é totalmente clara. Alguns pacientes diagnosticados com narcolepsia tipo 2 eventualmente apresentarão cataplexia e terão o diagnóstico alterado para narcolepsia tipo 1. Muitos pacientes apresentam sintomas que pioram com o tempo.

Com base nas características clínicas, a narcolepsia é classificada da

seguinte forma:

- Narcolepsia com deficiência de hipocretina, mas sem cataplexia
- Narcolepsia sem deficiência de hipocretina, mas com cataplexia
- Ataxia cerebelar autossômica dominante, narcolepsia e surdez
- Narcolepsia autossômica dominante, diabetes tipo 2 e obesidade
- Narcolepsia causada por outro distúrbio médico

Transtornos de humor, como depressão e ansiedade, são comuns em pacientes com narcolepsia, mas não está claro se isso se deve à fisiopatologia da doença ou ao impacto que ela tem na qualidade de vida.

O significativo impacto psicossocial e funcional da narcolepsia faz com que sua importância clínica exceda a magnitude da sua prevalência. A narcolepsia em humanos envolve fatores ambientais, agindo em uma plataforma genética autoimune específica com perda neuronal.⁴

O diagnóstico de narcolepsia é clínico, mas requer confirmação com exames complementares específicos. Ele se baseia em critérios estabelecidos internacionalmente, como os da Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (ICSD-3) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).

O diagnóstico é estabelecido por critérios clínicos, eletrofisiológicos e pelo nível de hipocretina-1 no líquido cefalorraquidiano. A ICSD-3 define o critério para narcolepsia como: teste de múltiplas latências do sono (TMLS) com média das latências menor ou igual a 8 minutos, além de dois ou mais episódios de sono REM (movimento rápido dos olhos) nos cochilos (sleep onset REM period – SOREMP), podendo ser somado um REM precoce (menor do que 15 minutos) da polissonografia (PSG) que antecede o TMLS.¹

O TMLS é realizado no dia seguinte a uma PSG noturna com duração de pelo menos 6 horas. Somente é realizado se não houver nessa PSG a presença de transtornos respiratórios ou de movimento que expliquem a SED do paciente. A montagem da PSG é parcialmente desfeita, à exceção das montagens eletroencefalográfica, eletromiograma mentoniano e eletro-oculograma.¹

O TMLS consiste em cinco oportunidades de cochilos, sendo o primeiro 2 horas após despertar. A seguir, a cada 2 horas, é dada ao paciente uma nova oportunidade de dormir, que terminará após 15 minutos em caso de haver sono e após 20 minutos em caso de não haver sono. Uma média das latências para o sono inferior a 10 minutos nas cinco oportunidades para dormir é anormal. Nos cochilos diurnos, normalmente não há sono REM. O diagnóstico de narcolepsia é confirmado com a média das múltiplas latências abaixo de 8 minutos e com a presença de dois ou mais SOREMP.¹

Exames complementares importantes para confirmação diagnóstica:

- Polissonografia noturna (PSG): feita na noite anterior ao TLMS para descartar outras causas de sonolência e verificar qualidade do sono.
- TLMS (Teste de Latência Múltipla do Sono): feito no dia seguinte, mede a rapidez com que a pessoa adormece e entra em sono REM em cochilos curtos.
- Dosagem de hipocretina-1 no líquido (opcional): útil principalmente nos casos com cataplexia. A dosagem de hipocretina-1 no líquido cefalorraquidiano deve ser realizada sempre que houver dúvida, clínica ou eletrofisiológica.

A hipocretina-1 e a hipocretina-2 são distintos neuropeptídeos neurotransmissores, produzidos em cerca de 100.000 a 200.000 neurônios, localizados nos núcleos, no hipotálamo lateral. A hipocretina está intimamente relacionada à regulação de sono e vigília.

O exame de **polissonografia** (PSG) é um exame complementar utilizado principalmente para confirmar ou não um diagnóstico clínico. Avalia objetivamente a presença e gravidade de apneias durante o sono através de eventos/hora, monitora a atividade cerebral, muscular e respiratória durante o sono, é importante na avaliação de suspeita diagnóstica de narcolepsia.

“Pode existir variabilidade noite/noite nos dados obtidos do IAH pela PSG, o que pode estar relacionada ao tempo gasto em posição supina (onde o IAH é tipicamente maior do que em decúbito lateral) e ao uso de álcool e de fármacos que atuam no sistema nervoso central”.

A polissonografia tipo 1 é o exame padrão ouro tanto para o diagnóstico,

quanto para o controle do tratamento, quando indicado. A polissonografia é classificada em ordem decrescente de complexidade, do tipo 1 ao 4.

- Polissonografia tipo 1: Polissonografia completa e supervisionada, realizada em laboratório do sono (≥ 7 canais). É considerada padrão ouro para a confirmação diagnóstica e estratificação da gravidade do distúrbio;

- Polissonografia tipo 2: É uma polissonografia semelhante à do tipo 1 (≥ 7 canais), com a diferença de ser realizada sem a supervisão dos técnicos, e sem gravação de áudio e vídeo;

- Polissonografia tipo 3: Aparelhos portáteis (monitor cardiorrespiratório) contendo no mínimo 4 canais, concentrando-se na observação de disfunções e problemas respiratórios;

- Polissonografia tipo 4: Aparelhos portáteis contendo 1 - 2 canais com oximetria não invasiva, não incluem o eletroencefalograma. Diferentemente do tipo 3, que mede a saturação de oxigênio e o fluxo aéreo (quantidade de ar que entra pelo nariz e pela boca), o tipo 4 só mensura um dos dois parâmetros do tipo 3 (ou saturação ou fluxo do ar). O tipo 4 geralmente é indicado para triagem e, caso seja positivo, demandará outro exame mais completo para o diagnóstico.

Algumas condições comórbidas preexistentes doença cardiopulmonar grave, doenças neuromusculares, hipoventilação (na vigília ou durante o sono), história de acidente vascular cerebral, uso de álcool e de fármacos que atuam no sistema nervoso central, podem reduzir a acurácia do exame de polissonografia.

O exame de polissonografia está previsto no SUS, e o quadro clínico descrito preenche requisitos técnicos que justificam a solicitação da realização do exame para diagnóstico diferencial.

No caso concreto, foi apresentado orçamento para realização dos exames em domicílio. No entanto, é recomendável que os exames (polissonografia do tipo 1 e TLMS) sejam realizados na sequência estabelecida pelas diretrizes e sob supervisão de um profissional da saúde.

Faz-se necessário ressaltar que a nota técnica tem por finalidade

responder de forma preliminar a uma questão clínica sobre potenciais efeitos de uma tecnologia em saúde, para uma determinada condição. Para tanto, é realizada análise documental, dos fundamentos científicos e avaliação em tese da questão posta. A afirmação de imprescindibilidade ou não de determinado procedimento / tratamento em detrimento de outro, requer avaliação completa individualizada contextualizada. Caso o juízo entender necessária uma avaliação complementar no decorrer do processo, há a possibilidade / indicação de realização de perícia médica.

IV – REFERÊNCIAS:

1) Narcolepsia: O despertar para uma realidade subestimada. revista debates em psiquiatria - Mai/Jun 2017.

<http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-7-3-4>

2) Narcolepsia. Jennifer M. Slowik ; Jacob F. Collen ; Allison G. Yow. Última atualização: 12 de junho de 2023.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459236/>

3) Narcolepsia do Diagnóstico ao Tratamento. Associação Brasileira do Sono. 2021.

[https://absono.com.br/wp-](https://absono.com.br/wp-content/uploads/2021/05/consenso_absono_narcolepsia_31_mai_2021.pdf)

[content/uploads/2021/05/consenso_absono_narcolepsia_31_mai_2021.pdf](https://absono.com.br/wp-content/uploads/2021/05/consenso_absono_narcolepsia_31_mai_2021.pdf)

4) Diretrizes brasileiras para o diagnóstico da narcolepsia. Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol. 32. nº 3. set2010.

<https://www.scielo.br/j/rbp/a/DsDriCTDpXc7Wbskm3J4wKj/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Crit%C3%A9rios%20de%20diagn%C3%B3stico%20cl%C3%ADnic%20de,confirma%C3%A7%C3%A3o%20e%20diagn%C3%B3stico%20de%20comorbidades.>

4) Protocolo de acesso ao exame de polissonografia. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria-Executiva de Regulação, Monitoramento, Avaliação e Parcerias. Coordenadoria de Regulação – Central de Exames.

[https://sites.usp.br/guiacseb/wp-](https://sites.usp.br/guiacseb/wp-content/uploads/sites/943/2025/01/PROTOCOLO-POLISSONOGRAFIA.pdf)

[content/uploads/sites/943/2025/01/PROTOCOLO-POLISSONOGRAFIA.pdf](https://sites.usp.br/guiacseb/wp-content/uploads/sites/943/2025/01/PROTOCOLO-POLISSONOGRAFIA.pdf)

5) Diagnóstico Polissonográfico. Guimarães GM. Pulmão RJ 2010;19(3-4):88-92.

https://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2010/n_03-04/07.pdf

V – DATA:

11/06/2025

NATJUS – TJMG