

COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE

Deliberação CIB - 39, de 14-06-2019

Considerando a necessidade de orientar e comunicar os gestores municipais e estaduais sobre a implantação de protocolo referente ao procedimento de polissonografia para o diagnóstico da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS);

Considerando o Processo 1016429-75.2014.8.26.0053 - Ação Civil Pública - Tratamento Médico-Hospitalar referente à demanda de polissonografia;

Considerando a decisão judicial de 31/05/2019, que determina que a Secretaria faça o levantamento da demanda do exame de polissonografia no Estado de São Paulo;

Considerando consenso do Grupo Técnico Bipartite de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, quanto a elaboração da Nota Técnica sobre a implantação de protocolo da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS);

A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo, em reunião realizada em 13/06/2019 aprova a **NOTA TÉCNICA CIB** referente às Orientações para implantação de protocolo da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono – SAOS, conforme **Anexos I e II**.

ANEXO I

Orientações para implantação de protocolo da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono – SAOS

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono – SAOS é caracterizada por episódios recorrentes de obstrução parcial ou completa das vias aéreas superiores durante o sono, resultando em diminuição da oxigenação e fragmentação do sono. Há evidências de que a SAOS causa várias consequências clínicas, incluindo sonolência excessiva diurna, risco aumentado de acidentes automobilísticos e agravamento de doenças cardiovasculares. Está associada a diversos sintomas e comorbidades, que incluem problemas cognitivos, obesidade, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica e redução da qualidade de vida.

A apneia é caracterizada pela ausência de fluxo aéreo por pelo menos 10 segundos em adultos. A SAOS é definida como índice de apneia/hipopneia (IAH) igual ou maior que 15 eventos respiratórios/hora de sono acompanhado ou por sonolência excessiva diurna, ou por pelo menos duas das seguintes características: ronco, despertares recorrentes, sono não reparador, fadiga diurna e comprometimento da memória ou capacidade de concentração.

Os dados de prevalência na população brasileira são escassos. Um estudo realizado na cidade de São Paulo (Tufik, 2010) encontrou uma prevalência na população geral de 32,8%, sendo maior na faixa etária de 60 a 80 anos em relação aos indivíduos entre 20-29 anos, indivíduos obesos e no sexo masculino.

A SAOS em pacientes com doença arterial coronariana tem sido associada a efeitos adversos cardiovasculares, aumentando o risco de infarto agudo do miocárdio, morte cardiovascular e acidente vascular cerebral.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As queixas mais frequentes nas pessoas adultas com SAOS são presença de ronco, sufocamento noturno, sonolência excessiva diurna, impotência e relato de apneias noturnas pelos companheiros. Outros sintomas comuns incluem cefaleia matinal, fadiga e alterações cognitivas.

Existem estimativas segundo as quais, na população de 30 a 35 anos de idade, 20% dos homens e 5% das mulheres roncam. Na faixa dos 60 anos de idade esses números sobem para 60% e 40%, respectivamente, mostrando que o ronco é uma afecção altamente prevalente.

Sonolência excessiva é a dificuldade para manter um nível de alerta desejado sendo que o paciente pode se queixar de cansaço, falta de energia, dificuldade de concentração, atenção ou indisposição ao invés de usar o termo sonolência. A sonolência excessiva nos pacientes com SAOS é provocada pelo número de despertares breves durante o sono noturno. Estes despertares estão relacionados com o término das pausas respiratórias. O risco de acidentes automobilísticos por causa da sonolência é 2 a 7 vezes maior em pacientes com SAOS do que na população normal.

Para avaliação subjetiva de sonolência diurna utiliza-se a escala de Epworth, sendo que se considera: 0 – Nenhuma chance de cochilar, 1 – Pequena chance de cochilar, 2 – Moderada chance de cochilar e 3 – Alta chance de cochilar.

O escore global varia de 0 a 24, sendo que os escores acima de 10 sugerem o diagnóstico de sonolência excessiva diurna.

Escala de Sonolência de Epworth	0	1	2	3
Sentado e lendo				
Vendo televisão				
Sentado em algum lugar público sem atividade (sala de espera, cinema, teatro, reunião).				
Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando 1 hora sem parar.				
Deitado para descansar a tarde quando as circunstâncias permitem				
Sentado e conversando com alguém				
Sentado calmamente, após um almoço sem álcool.				
Se tiver de carro, enquanto para por alguns minutos no trânsito intenso.				

DIAGNÓSTICO

Suspeita clínica: queixas comuns já citadas anteriormente que incluem ronco alto e irregular, fadiga, sonolência diurna, relatos de acidentes de trânsito ou de trabalho em virtude da dificuldade para prestar atenção, irritabilidade, diminuição da libido e impotência, além de cefaléia matutina. Torna-se importante fazer a anamnese também com familiares ou o cônjuge do paciente, que podem relatar a ocorrência de episódios de apneia ou despertares. Algumas características físicas chamam a atenção para o diagnóstico de SAOS: retrognatia, palato mole redundante, hipertrofia amigdaliana, obesidade e desvio de septo nasal.

Diagnóstico laboratorial:

A **polissonografia (PSG)** de noite inteira, realizada no leito hospitalar, sob supervisão de um técnico habilitado, constitui um dos métodos diagnósticos para a avaliação dos distúrbios respiratórios do sono em

casos específicos. Recomenda-se um registro de pelo menos 6 horas, com a monitorização mínima dos seguintes parâmetros:

- Eletroencefalograma: eletrodos F3, C3, O1 e com referência na mastoide contralateral;
- Eletro-oculograma esquerdo e direito;
- Eletromiograma da região mentoniana;
- Eletromiograma de membros inferiores (músculo tibial anterior bilateralmente);
- Fluxo aéreo nasal e oral registrado por sensores do tipo termistor ou termopar;
- Registro de pressão nasal obtido por transdutor de pressão;
- Registro do movimento torácico e abdominal por meio de cintas de indutância e piezo-elétricas;
- Eletrocardiograma;
- Oximetria digital;
- Registro de ronco com microfone traqueal;
- Registro de posição corporal.

A **poligrafia** é um método simplificado que já existe há mais de 15 anos, suficiente para diagnóstico do paciente com SAOS, monitora somente alguns canais respiratórios, e com isso o paciente pode fazer o exame em sua própria casa, diminuindo os custos de diagnóstico. Existem evidências crescentes demonstrando que na investigação da apnéia obstrutiva do sono a poligrafia do sono realizada em domicílio e coordenada por centro de referência é mais custo efetiva do que a polissonografia.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA SAOS

SAOS leve: Índice de Apnéia por Hora (IAH) maior ou igual a 5 e menor ou igual a 15.

SAOS Moderada: IAH é maior que 15 e menor ou igual a 30.

SAOS Grave: IAH maior que 30. A sonolência diurna ou os episódios de sono involuntários ocorrem durante atividades que requerem maior atenção, como comer, conversar, andar ou dirigir, com sintomas que provocam marcante alteração na função social ou ocupacional.

TRATAMENTO

A avaliação e tratamento de diferentes causas de obstrução nasal são necessários como parte da avaliação geral de pacientes com SAOS.

Tratamento comportamental

Consiste na eliminação dos fatores de risco para apnéia obstrutiva do sono e incluem: higiene de sono, evitando-se a privação de sono e o decúbito dorsal horizontal; perda de peso; abstinência de álcool no período noturno (o álcool reduz seletivamente o tônus da musculatura das vias aéreas superiores e prolonga a apnéia, porque retarda o mecanismo de despertar), bem como suspensão do uso de sedativos. Também devem ser tratadas doenças de base, como o hipotireodismo, as rinites e outras causas de obstrução nasal.

Dispositivo para manutenção de via aérea patente

A máscara para pressão positiva contínua na via aérea (CPAP), indicada para os casos de apnéia grave, envia uma corrente contínua de ar ambiente para uma máscara semi-vedada em torno do nariz, criando um mecanismo pneumático de abertura das vias aéreas. O CPAP nasal tem mostrado melhora na oxigenação de pacientes com apnéia obstrutiva grave. São necessárias algumas semanas de uso do

CPAP para que se obtenha o resultado final na reversão da sonolência diurna. Um fator importante é a adesão do paciente ao tratamento através do CPAP que deve ser usado regularmente. As maiores causas de abandono do uso do CPAP são desconforto e congestão nasal, reações de pânico, claustrofobia e incômodo pelo ruído do aparelho. Em muitos casos devem ser orientadas medidas para higiene nasal com solução fisiológica e uso de umidificadores, a fim de se reduzir o desconforto pelo uso do CPAP. Atualmente tem-se utilizado o uso do auto-CPAP, dispositivo informatizado capaz de auto ajuste para adequar as pressões positivas às necessidades do paciente durante o sono.

Dispositivos para utilização intra-oral (aparelhos reposicionadores mandibulolinguais)

Estudos demonstraram que o uso de dispositivos intra-orais é uma boa alternativa para os casos de ronco e apnéia leve. Existe uma grande variedade de aparelhos, como o dispositivo para sucção da língua, impedindo seu deslocamento em direção posterior e aparelhos ortodônticos para pacientes com retrognatia.

Tratamento cirúrgico

A **Uvulopalatofaringoplastia** é a abordagem cirúrgica mais popular nos casos de apnéia obstrutiva do sono, podendo ser combinada com a cirurgia nasal e amigdalectomia. Sua finalidade é remover o tecido do palato mole juntamente com a úvula e apresenta resultados nos pacientes com baixo índice de apnéia.

DA ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE SAOS.

1. Unidade Básica de Saúde:

- Acompanhar, diagnosticar e tratar as patologias associadas à SAOS como hipertensão, diabetes, obesidade, etc;
- Na suspeita clínica de SAOS deverá ser aplicado o questionário de Berlim;
- O Questionário de Berlim (anexo II) é dividido em 3 categorias e sugere mais especificamente o diagnóstico de apneia do sono;
- Avaliar a suspeita de sonolência excessiva diurna por meio da Escala de Sonolência de Epworth;
- Encaminhar o paciente com suspeita de SAOS para ambulatório de especialidades;

2. Ambulatório de especialidade:

- Avaliação com otorrino ou pneumologista ou neurologista;
- Descartar outras hipóteses diagnósticas;
- Solucionar questões relacionadas a vias aéreas superiores como obstrução nasal, rinite, indicar cirurgia de amígdalas e adenoide;
- Encaminhar conforme protocolo, via CROSS os casos altamente suspeitos de SAOS para o serviço de referência de Medicina do Sono;
- Receber os casos contra referenciados pelos serviços de referência de Medicina do Sono;

3. Serviços de referência de Medicina do Sono:

- Receber os pacientes encaminhados pelos especialistas dos ambulatórios com alta suspeita de SAOS;
- Avaliar a necessidade de polissonografia, poligrafia ou outro método diagnóstico;
- Disponibilizar tratamento (CPAP e outros) quando indicado;
- Apoiar o paciente na utilização do CPAP otimizando a adesão;
- Capacitar os ambulatórios de especialidades no protocolo para realização do diagnóstico correto dando suporte com discussão de casos;

- Contra referenciar via CROSS os casos que devem continuar com seguimento pelos Ambulatórios de Especialidade e Unidades Básicas de Saúde;

ANEXO II

QUESTIONÁRIO DE BERLIN

Avaliação do sono em primeiros cuidados

Responder as perguntas abaixo assinalando a resposta correta.

1 – Complete abaixo:

Altura: _____

Idade: _____

Peso: _____

Masc/Fem: _____

CATEGORIA 1

2 – Você ronca?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

Se você ronca:

3 – Seu ronco é?

- a) Pouco mais alto que respirando
- b) Tão alto quanto falando
- c) Mais alto que falando
- d) Muito alto que pode ser ouvido nos quartos próximos

4 – Com que frequência você ronca?

- a) Praticamente todos os dias
- b) 3-4 vezes por semana
- c) 1-2 vezes por semana
- d) 1-2 vezes por mês
- e) Nunca ou praticamente nunca

5 – O seu ronco alguma vez já incomodou alguém?

- a) Sim
- b) Não

6 – Alguém notou que você pára de respirar enquanto dorme?

- a) Praticamente todos os dias
- b) 3-4 vezes por semana
- c) 1-2 vezes por semana
- d) 1-2 vezes por mês
- e) Nunca ou praticamente nunca

CATEGORIA 2

7 – Quantas vezes você se sente cansado ou com fadiga depois de acordar?

- a) Praticamente todo dia
- b) 3-4 vezes por semana

- c) 1-2 vezes por semana
- d) 1-2 vezes por mês
- e) Nunca ou praticamente nunca

8 – Quando você está acordado, você se sente cansado, fadigado ou não se sente bem?

- a) Praticamente todo dia
- b) 3-4 vezes por semana
- c) 1-2 vezes por semana
- d) 1-2 vezes por mês
- e) Nunca ou praticamente nunca

9 – Alguma vez você cochilou ou caiu no sono enquanto dirigia?

- a) Sim
 - b) Não
- Se sim, quantas vezes isto ocorreu?
- c) Praticamente todo dia
 - d) 3-4 vezes por semana
 - e) 1-2 vezes por semana
 - f) 1-2 vezes por mês
 - g) Nunca ou praticamente nunca

CATEGORIA 3

10 – Você tem pressão alta?

- a) sim
- b) não
- c) não sei

11 – Calcule o seu IMC (Índice de Massa Corporal)

Para fazer o cálculo do IMC basta dividir seu peso em quilogramas pela altura ao quadrado (em metros), ($IMC = \text{Peso (kg) / Altura x Altura (m)}$).

IMC: _____

PONTUAÇÃO:

CATEGORIA 1

- Questão 2: a) 1; b) 0; c) 0.
Questão 3: a) 0; b) 0; c) 1; d) 1.
Questão 4: a) 1; b) 1; c) 0; d) 0; e) 0.
Questão 5: a) 1; b) 0.
Questão 6: a) 1; b) 1; c) 0; d) 0; e) 0.

CATEGORIA 2

- Questão 7: a) 1; b) 1; c) 0; d) 0; e) 0.
Questão 8: a) 1; b) 1; c) 0; d) 0; e) 0.
Questão 9: a) 0; b) 0; c) 1; d) 1; e) 0; f) 0; g) 0.

CATEGORIA 3

- Questão 10: a) 1; b) 0; c) 0.
Questão 11: valor do IMC.

RESPOSTAS

CATEGORIA 1: É positiva se há a soma de 2 ou mais pontos nesta Categoria.

CATEGORIA 2: É positiva se há a soma de 2 ou mais pontos nesta Categoria.

CATEGORIA 3: É positiva se há a soma de 1 ponto e/ou IMC maior que 30.

RESULTADO FINAL: Duas ou mais categorias indica uma grande possibilidade de Distúrbios do Sono.

RISCO DE APNEIA

Um paciente é considerado como sendo de alto risco para apneia do sono, se 2 dos 3 seguintes critérios são observados:

1. Ronco com duas das seguintes características:
 - Mais alto do que a fala
 - Pelo menos 3 a 4 vezes por semana
 - Reclamações de outros sobre o ronco
 - Pausas respiratórias testemunhadas pelo menos 3 a 4 vezes por semana
2. Fadiga no início da manhã e durante o dia, mais de 3 a 4 vezes por semana ou adormecer ao volante;
3. Presença de hipertensão ou obesidade.