



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Gabriela Leal Rodrigues

Apneia Obstrutiva do Sono e Hipertensão Arterial
Sistêmica: uma intervenção na Unidade Básica de
Saúde Princesa Isabel, Santo Antônio de Sudoeste,
Paraná

Florianópolis, Março de 2018

Gabriela Leal Rodrigues

Apneia Obstrutiva do Sono e Hipertensão Arterial Sistêmica: uma
intervenção na Unidade Básica de Saúde Princesa Isabel, Santo
Antônio de Sudoeste, Paraná

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Larissa de Abreu Queiroz
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Gabriela Leal Rodrigues

Apneia Obstrutiva do Sono e Hipertensão Arterial Sistêmica: uma intervenção na Unidade Básica de Saúde Princesa Isabel, Santo Antônio de Sudoeste, Paraná

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Larissa de Abreu Queiroz
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica está entre as patologias mais prevalente na Atenção Primária e é uma doença de etiologia multifatorial, sendo necessárias para seu devido tratamento as mudanças de hábitos associadas a medicações e controle de co-morbidades. Um dos fatores que pode influenciar seu controle adequado é a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), que comprovadamente está relacionada à elevação dos níveis de pressão arterial e também da HAS resistente ao tratamento. **Objetivo:** Essa intervenção tem como objetivo melhorar o controle pressórico dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono da Unidade Básica de Saúde de Santo Antônio de Sudoeste, estado do Paraná. **Metodologia:** Para tanto, será realizada aplicação de testes para avaliação do risco de SAOS que incluem: o Questionário de Berlim e a Escala de Sonolência de Epworth, juntamente com aferições dos níveis de pressão arterial durante consultas na UBS. Associado a isso, será realizado trabalho de educação em saúde visando mudanças alimentares, práticas de exercícios, redução do consumo de álcool, tabaco e também de benzodiazepínicos, além de avaliação quanto doenças metabólicas e otorrinolaringológicas que levem a SAOS. **Resultados esperados:** Espera-se melhorar os níveis de pressão arterial, os hábitos de vida e em consequência, a qualidade de vida dos pacientes Além disso, espera-se uma disseminação do conhecimento sobre a SAOS, tantos entre os pacientes quanto entre os próprios profissionais da saúde. Também é esperada melhor aderência dos pacientes ao tratamento e, indiretamente, melhora de outras patologias que tenham os mesmos fatores de risco, como por exemplo AVE, dislipidemia e outras doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Hipertensão, Síndromes da Apneia do Sono

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A cidade de Santo Antônio de Sudoeste está localizada no Estado do Paraná e possui população de 18.893 pessoas, conforme censo de 2010 (IBGE, 2010). A Unidade Básica de Saúde (UBS) Princesa Isabel, localiza-se no bairro com o mesmo nome, e acompanha uma população de 3249 pessoas, sendo em sua maioria mulheres (1822) e dois terços possuindo mais de 15 anos. O bairro conta com escola de ensino fundamental, igrejas, mercados, padarias, algumas lojas de roupas e mecânicas, porém não possui alguns importantes serviços como farmácia, agências bancárias e lotéricas.

A comunidade em que a UBS se encontra está inserida em uma comunidade que inicialmente foi formada por pessoas que trabalhavam com contra bando e venda de produtos trazidos da Argentina, já que a região bairro faz fronteira com esse país. A delimitação é pelo Rio Santo Antônio, o qual possui sua nascente na linha Tarumã que está dentro do limite de cobertura da Unidade de Saúde.

Com o decorrer do tempo, outras atividades começaram a ser desenvolvidas no bairro que hoje tem sua população composta principalmente por pessoas que trabalham em fábricas de confecção, servidores públicos e autônomos, somando-se aos moradores da área rural, que em geral trabalham com criação de suínos e plantação de grãos ou horticultura. Outra parcela importante da população é composta de idosos, já que nesta área foi desenvolvido um projeto de casas da prefeitura cedidas para idosos residirem.

A população mais carente vinculada à UBS é composta por pessoas que vivem próximas às margens do córrego, as quais sofrem com frequentes alagamentos. No geral, as pessoas que vivem em piores condições são as que residem na Argentina e estas eventualmente possuem registros de nascimento em ambos os países e, portanto, acabam frequentando a UBS Princesa Isabel.

Porém, não contam com algumas ações da Unidade, como visitas domiciliares, e, muitas vezes, têm dificuldades quando necessitam de acompanhamento com especialistas em outra cidade pela questão do deslocamento mesmo que o transporte seja feito pela prefeitura. Muitas dessas pessoas vivem em situações muito precárias e, devido as dificuldades ditadas anteriormente, acabam procurando atendimento apenas quando estão em estado grave ou crônico. É frequente, por exemplo, gestantes iniciarem o pré-natal com mais de 25-30 semanas. Segundo dados das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) a população adstrita da UBS Princesa Isabel está entre as que menos possuem crianças que fazem parte de projetos de transferência de renda como Bolsa Família, porém uma quantidade maior está inclusa no Programa Leite das Crianças do Governo Estadual, o qual fornece leite para crianças de 6 meses há 3 anos.

As patologias mais prevalentes, segundo dados da UBS em 2016, são: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (18%) e Diabetes Mellitus (DM) (12%), sendo que boa parte

dos atendimentos são para controle e acompanhamento do tratamento dessas doenças. Outras queixas comuns são: tosse (com picos nas crianças devido infecções de vias aéreas superiores e asma e em idosos, devidos principalmente por DPOC); dor lombar; dores articulares como ombros e punhos (inclusive na população jovem devido ao alto índice de trabalhos manuais, como de passadeira e costureira/o); azia; vertigem e cefaleia. Somam-se queixas sazonais como sintomas de rinite alérgica na primavera e diarreia mais comumente no verão.

Tendo em vista que a principal causa de morbidade e mortalidade presente nesta comunidade é a Hipertensão Arterial Sistêmica e que essa doença tem origem multifatorial, o bom controle desta envolve, além do tratamento medicamentoso, a adoção de mudanças de hábitos de vida e controle de fatores modificáveis. Nesse sentido, fica clara a importância dos profissionais da saúde atuarem nessa questão.

Atualmente existem múltiplos estudos relacionando a Síndrome de Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS), a elevação da pressão arterial e a HAS não-controlada; porém, por ser uma área nova na medicina, poucos profissionais têm conhecimento da importância dessa patologia e dos benefícios que o seu tratamento pode trazer para a população acometida.

Essa patologia acomete mais comumente os idosos e, em geral, os homens, pois, dentre outras causas da SAHOS, uma delas é a flacidez da musculatura faríngea e laríngea durante o sono. Os principais sintomas relacionados a SAHOS são: roncos, pausas respiratórias noturnas testemunhadas, sonolência diurna aumentada, alterações de memória, sono não reparador, entre outros. Em geral, a maneira mais fácil de avaliação é pela escala de sono de Epworth, que é de fácil aplicação e baixo custo.

Alguns fatores que influenciam o aparecimento dessa síndrome são: obesidade, rinite, desvio de septo nasal e hipertrofia de amígdalas e num exame físico, muitas vezes, já é possível diagnosticar. Em geral, possui tratamento conservador e as pessoas podem ser tratadas na UBS. A melhoria desses fatores leva a um melhor controle da HAS, podendo até diminuir a necessidade do uso de várias medicações anti-hipertensivas.

Portanto, medidas focadas em intervir na etiologia da SAHOS podem ajudar no controle de uma das principais causas de morte na população adulta causadas pela HAS, como Acidentes Vasculares Encefálicos e Infarto Agudo do Miocárdio.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Melhorar o controle pressórico dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Síndrome de Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono da Unidade Básica de Saúde Princesa Isabel, Santo Antônio de Sudoeste, Paraná.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os pacientes da Unidade Básica de Saúde Princesa Isabel com Hipertensão Arterial Sistêmica e Síndrome de Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono.
- Realizar avaliação dos pacientes com Síndrome de Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono por meio da aplicação da Escala de Sonolência de Epworth e do Questionário de Berlim.
- Promover melhoria do estado de saúde dos paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica e Síndrome de Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono.

3 Revisão da Literatura

Definição da Hipertensão Arterial Sistêmica e da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono

A Hipertensão Arterial é definida como uma patologia de etiologia multifatorial, que é caracterizada por elevação dos níveis pressóricos, de maneira sustentada, acima dos valores: 140 e/ou 90 mmHg (sistólica/diastólica respectivamente) (CARDIOLOGIA, 2016).

O JNC (Joint National Committee) é uma junta-comitê formado nos Estados Unidos para o controle da hipertensão. O JNC 8 (publicado no final de 2013) afirmou que o tratamento da HAS tem como objetivo atingir níveis alvos de pressão arterial (PA) que variam conforme idade e presença ou não de comorbidades, sendo que para paciente com menos de 60 anos e sem comorbidades a meta é de PA maior 140/90 mmHg. Já para idosos sem Diabetes ou doença renal crônica é maior que 150/90mmHg. Para se alcançar tais objetivos dispõem-se de mudança de hábitos de vida e terapia farmacológica (JAMES et al., 2014).

As mudanças do estilo de vida devem ser reforçadas em todos os graus de Hipertensão arterial, sendo em estágios iniciais o único tratamento. São inclusos a dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), redução do consumo de Sódio, diminuição do peso, cessação do tabagismo e restrição do consumo de álcool, além de prática de atividade física aeróbica por pelo menos 30 minutos, mais de 3 vezes na semana (JAMES et al., 2014).

Já a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) tem sido relacionada como causa secundária identificável de Hipertensão junto com doenças como doença renal crônica, coartação de aorta, feocromocitoma, entre outras. Além de ser uma das causas de hipertensão resistente segundo alguns estudos como, por exemplo, o de Silverberg, Ok- senberg e Iaina (1997) que, além desta constatação, relacionou a SAOS com disfunção sexual, disfunção sexual, déficits de memória, dificuldade de concentração e alterações de personalidade e humor (JAMES et al., 2014).

A SAOS é uma patologia comum nos atendimentos da Atenção Primária em Saúde e é caracterizada por obstrução repetitiva das vias aéreas superiores levando uma queda da saturação de oxigênio durante o sono, tendo como manifestações sonolência excessiva, sono não reparador, diminuição da concentração e fadiga. Sendo que, por definição, apneia é a completa pausa do fluxo de ar e tem duração de pelo menos 10 segundos. Essa síndrome é classificada em leve, moderada e severa conforme número de eventos apresentados no exame de polissonografia que é o padrão para seu diagnóstico (FORCE et al., 1999).

Os pacientes com SAOS geralmente apresentam roncos, sonolência diurna aumentada, sono não reparador, paradas respiratórias durante o sono observadas por companheiro,

além de irritabilidade, fadiga, diminuição da concentração, atenção, memória, noctúria e disfunção sexual. O ronco é o sintoma mais frequente, apesar de não ter um bom valor preditivo positivo, a não presença desse fator torna o diagnóstico de SAOS improvável (ABREU et al., 2009).

Fatores de Risco da HAS e da SAOS

Existe associação entre SAOS e vários fatores predisponentes, dentre eles um dos mais significativos é a obesidade, principalmente central como fica evidente no estudo de Daltro et al, que demonstrou que quanto maior o IMC maior a proporção dos pacientes com apneia e também mais grave, sendo este o único fator de risco importante que é reversível. Este trabalho também evidenciou que idade e sexo masculino são fatores de risco (DALTRO et al., 2006).

Outros fatores que contribuem para surgimento de SAOS são anormalidades crani-ofaciais (por exemplo ,hipoplasia maxilomandibular), hiperplasia do tecido linfóide da faringe, obstrução nasal, circunferência do pescoço (ponto de corte 40cm) doenças endócrinas, como hipotireoidismo e acromegalia, além de história familiar (BITTENCOURT et al., 2009).

A hipertensão arterial apresenta fatores de risco semelhantes, sendo os principais: sexo masculino, obesidade, idade, além de tabagismo e uso de álcool (JARDIM et al., 2007).

Epidemiologia da HAS e da SAOS

Segundo o VIII Joint National Committee (JNC 8), a hipertensão é uma das condições mais comuns na atenção primária, e um manejo ótimo desta doença é uma importante intervenção na prevenção de AVE, infarto do miocárdio, insuficiência renal e morte (JAMES et al., 2014).

A prevalência exata da hipertensão arterial no Brasil não é conhecida, variando conforme a população estudada. Os dados disponíveis em geral, são de estudos isolados, como por exemplo o estudo de Gus et al. (2002), que chegou aos seguintes números: a prevalência de hipertensão arterial sistêmica foi de 33,7% (n=309), sendo que 49,2% desconheciam ser hipertensos; 10,4% tinham conhecimento de ser hipertensos, mas não seguiam o tratamento; 30,1% seguiam o tratamento, mas não apresentavam controle adequado e 10,4% seguiam tratamento anti-hipertensivo com bom controle.

Além desse estudos, também é importante apresentar estudos que avaliam a Hipertensão Arterial autorreferida, como a Pesquisa Nacional de Saúde, com prevalência de 21,4%, sendo maior no sexo feminino (24,2%), do que no sexo masculino (18,3%) (ANDRADE et al., 2015).

A HAS está associada a altas taxas de morbidade e de mortalidade, por exemplo temos a taxa bruta de mortalidade por hipertensão por 100 mil habitantes de 50 a 64 anos em 2015 - segundo dados da Fundação Oswaldo Cruz através do PROADESS - no Brasil foi de 27,0, sendo muito variável nos estados: no Paraná foi de 25.1. Já nas outras unidades da federação os valores variaram de 17,2 no Rio Grande do Sul a 55,2 no Alagoas. (CRUZ,

2018).

A SAOS é uma patologia de alta prevalência, apesar de ser pouco diagnosticada na Atenção Básica e cerca de 5% da população ocidental sofre desta síndrome, sendo na maioria em homens (4%), contra 2% de mulheres até a menopausa, quando a prevalência se equipara. Outros dados tem uma relação Homem/mulher variando entre 2:1 e 4:1 (YOUNG et al., 1993).

É interessante apontar que no Brasil a SAOS é pouco estudada e diagnosticada, necessitando de mais estudos que calculem a prevalência dessa doença a nível nacional.

Diagnóstico da HAS e da SAOS

O diagnóstico da HAS se dá através da aferição da pressão arterial em mais de um momento (mais de uma consulta com profissional da saúde), sendo o mínimo 2 medidas em consultório, devendo ser correlacionada com medidas fora do consultório (MAPA ou MRPA), em que se apresente valores superiores de 140 mmHg para pressão arterial sistólica e de 90 mmHg para diastólica (CARDIOLOGIA, 2016).

Já diagnóstico da SAOS é baseado no número de apneia ou hipopneias por hora, e para isso o exame padrão para o diagnóstico é a polissonografia, o qual monitora o sono do paciente em um laboratório, e vários dados são coletados como os movimentos ventilatórios, saturação de oxigênio, tônus muscular, fases do sono (através do eletroencefalograma), ritmo cardíaco e movimento das pernas. Para firmar diagnóstico de SAHOS, se faz necessário um índice de apneia/hipopneia maior que 5, sendo considerada grave quando esse índice for maior que 30 (BITTENCOURT et al., 2009).

Tratamento da HAS e da SAOS

O tratamento da HAS é baseado em mudanças de hábito de vida (redução do consumo do sódio, prática de atividades físicas, por exemplo) associado a tratamento farmacológico, que pode ser com drogas isoladas ou associações (JAMES et al., 2014).

O tratamento da SAOS é diverso, e a indicação é específica caso a caso, podendo ser desde medidas simples como higiene do sono, suspensão do uso de álcool ou drogas com efeito sedativo/depressor, perda de peso, até procedimentos cirúrgicos complexos como avanço mandibular ou uvulopalatoglossofaringoplastia. Os métodos mais usados de tratamentos clínicos são o CPAP e aos aparelhos intra-orais (SILVA; PACHITO, 2006).

O CPAP é baseado em um aparelho que leva a uma pressão aérea positiva contínua aplicada nas vias aéreas através de máscara nasal ou facial. Segundo Sullivan (1995), é muito efetivo, porém cerca de 36% dos pacientes não toleram seu uso, principalmente os que não tem apneia grave. Isso faz com que cresça o uso dos aparelhos intra-orais que são mais bem tolerados e de simples utilização, sendo que tem um bom número de modelos disponíveis, os aprovados pelo FDA (Food and Drug Administration) são: retentores de língua e os protrusores mandibulares.

Relevância da intervenção sobre a HAS e a SAOS

Desde o início dos estudos da SAOS esta foi associada a várias doenças que incluem

arritmia cardíaca, hipertensão pulmonar, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, AVE, diabetes tipo 2 e risco aumentado para acidentes com veículos automotores (MCNICHOLAS et al., 2007).

Vários estudos corroboram para confirmar a associação entre SAOS e HAS, como a exemplo os trabalhos de Faccenda et al. (2001) e de Pepperell et al. (2002), ambos estudos randomizados com avaliação de níveis pressóricos antes e após tratamento com CPAP (Continuous Positive Airway Pressure - padrão ouro no manejo da SAOS), tendo melhora dos níveis tensóricos.

Já Gus et al. (2004) realizaram um estudo com 157 para avaliar a relação entre hipertensão e SAOS e chegam a uma associação positiva entre o grau de severidade da hipertensão com maior sonolência, independente de confundidores como a idade.

Devido preço e dificuldade de realização da polissonografia e outros exames para diagnóstico de SAOS, tem-se buscado novos meios de avaliar a SAOS, dentre esses se destacam os questionários de avaliação do sono como o Questionário de Berlim e a Escala de Sonolência de Epworth, que são de fácil aplicação, baixo custo e podem ser realizados como métodos de triagem (ARAÚJO-MELO et al., 2016).

Tendo isso em vista Khaledi-Paveh et al. (2016), realizaram um estudo para avaliar o uso do questionário de Berlim para avaliação do risco de SAOS em pacientes da clínica do sono, no qual se conclui que apesar de o uso do QB ser válido para população em geral ele não é o mais indicado para se identifique SAOS em paciente com clínica relacionada ao sono e que tenha alto risco de ter SAOS. Outros estudos semelhantes foram realizados e chegaram a conclusões semelhantes (KHALEDI-PAVEH et al., 2016); (AHMADI et al., 2008).

O questionário de Berlim resultou de uma conferência sobre patologias do sono na atenção primária realizada em 1996 na cidade de Berlim. Este questionário é composto por 10 itens agrupados em 3 categorias – ronco e apneia testemunhada, sonolência diurna e hipertensão arterial. Além disso gênero, idade, altura, peso, circunferência do pescoço e raça é também são avaliados, e a partir daí é definido baixo ou alto risco para SAOS. Esta ferramenta já tem estudos para suas tradução e validação para o português podendo ser aplicada com confiabilidade (VAZ et al., 2011).

Já a Escala de Sonolência de Epworth (ESE) é um questionário autoaplicável e, portanto, de simples aplicação, que avalia a probabilidade de um indivíduo adormecer em oito situações da vida diária, como por exemplo assistindo televisão. Esta escala foi traduzida e validada várias línguas, incluindo o português pelo trabalho realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) por Bertolazi et al. (2009) o que facilitou o estudo da SAOS no Brasil.

Boari et al. (2004) conseguiram determinar a associação entre a Escala de Epworth SAOS severa, porém não foi possível detectar casos leves e moderados, assim como o estudo de Matnei que obteve dados semelhantes. Portanto a EES não pode ser considerada

substituta da polissonografia, mas sim como um rastreio rápido e de baixo custo em pacientes de alto risco.

Sabe-se que a Hipertensão Arterial é uma patologia muito importante, junto com o Diabetes Melitus, para a Saúde Pública, sendo alvo de várias recomendações do Ministério da Saúde e como políticas direcionadas, como a Linha de Cuidado da HAS que prioriza a integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção.

Quanto à SAOS, não existe política pública para melhorar a abordagem a doença, que é ainda muito pouco diagnosticada, e poucos profissionais de saúde tem conhecimento adequado sobre diagnósticos, tratamento e as co-morbidades associadas.

4 Metodologia

O presente estudo tem como objetivo estimar a prevalência da SAOS em paciente com HAS para assim promover um melhor controle pressórico dos paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica e Síndrome de Apneia e Hipopneia obstrutiva do Sono.

Para tanto, terá como população-alvo os pacientes da Unidade Básica de Saúde do bairro Princesa Isabel, da cidade de Santo Antônio do Sudoeste, no estado do Paraná. Todos os pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica que consultarem na UBS durante o mês de fevereiro terão sua pressão arterial aferida, além da verificação de peso e altura para posterior cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC). Estes dados serão coletados durante o processo de triagem, que já ocorre diariamente na Unidade, sendo o profissional Técnico de Enfermagem responsável por essa etapa da intervenção.

Durante a consulta médica, os questionários de Berlim e a Escala de Sonolência de Epworth serão aplicados após breve explicação do profissional. Além disso, também será reforçada a importância da mudança de hábitos alimentares e da prática de exercícios físicos, já que essas medidas são parte do tratamento tanto da SAOS como da HAS.

Após a coleta de dados, estes serão avaliados e cruzados pelo médico da unidade, para a partir de então ter ou não uma correlação positiva entre HAS com mau controle e SAOS. Pacientes que apresentarem mais de 10 pontos na Escala de Epworth (que pode variar de 0 a 24 pontos) são considerados como sonolência diurna aumentada o que indica SAOS.

Em relação ao questionário de Berlim ele está dividido em 3 categorias, para os itens nas categorias 1 e 2, é atribuído 1 ponto na presença ou ocorrência de um sintoma de forma persistente ou frequente (3-4 vezes por semana), com exceção da pergunta sobre pausa respiratória que sozinha pontua 2. A categoria 3 é positiva se a resposta ao item 10 é sim ou se o índice de massa corporal (IMC) do doente é superior a 30 kg/m². Sendo que o paciente é considerado com alto risco para SAOS se pelo menos 2 das 3 categorias forem positivas, e devido a todos os pacientes do estudo já terem HAS eles já partem de 1 categoria positiva. Hipertensão com mau controle será avaliada como PAS maior ou igual a 140mmHg e PAD maior ou igual a 90 mmHg.

Tendo sido estabelecida essa correlação, os pacientes que apresentarem indicadores relevantes de SAOS serão encaminhados para um serviço de Otorrinolaringologia para o devido tratamento específico dessa patologia, que infelizmente ainda é pouco diagnosticada e as principais modalidades de tratamento específico não estão disponíveis no SUS como o CEPAP e os aparelhos intra-orais, devido ao alto valor.

Tendo em vista a dificuldade para que os pacientes com SAOS atendidos na rede pública de saúde tem para adquirirem os aparelhos que melhoram essa doença ou mesmo a pouca disponibilidade de cirurgias disponíveis para essa patologia, na Atenção Básica o enfoque será no tratamento dos fatores de risco modificáveis. Os pacientes terão orientação

Annex 1 Questionário de Berlin

Altura ____m Peso ____kg Idade ____ Sexo Masculino/Feminino

Escolha a resposta correcta para cada questão

Categoria 1:

1. Resona?

a. Sim
b. Não
c. Não sei

Se ressona:

2. O seu ressonar é:

a. Ligeiramente mais alto do que a sua respiração
b. Tão alto como quando fala
c. Mais alto do que quando fala
d. Tão alto que pode ser ouvido noutras divisões da casa

3. Com que frequência ressona?

a. Quase todos os dias
b. 3-4 vezes por semana
c. 1-2 vezes por semana
d. 1-2 vezes por mês
e. Nunca ou quase nunca

4. O seu ressonar alguma vez incomodou outras pessoas?

a. Sim
b. Não
c. Não sei

5. Alguma pessoa notou que parava de respirar durante o sono?

a. Quase todos os dias
b. 3-4 vezes por semana
c. 1-2 vezes por semana
d. 1-2 vezes por mês
e. Nunca ou quase nunca

Categoria 2:

6. Com que frequência se sente cansado ou fatigado depois de uma noite de sono?

a. Quase todos os dias
b. 3-4 vezes por semana
c. 1-2 vezes por semana
d. 1-2 vezes por mês
e. Nunca ou quase nunca

7. Durante o dia, sente-se cansado, fatigado ou sem capacidade para o enfrentar?

a. Quase todos os dias
b. 3-4 vezes por semana
c. 1-2 vezes por semana
d. 1-2 vezes por mês
e. Nunca ou quase nunca

8. Alguma vez "passou pelas brisas" ou adormeceu enquanto guiava?

a. Sim
b. Não

Se respondeu sim

9. Com que frequência é que isso ocorre?

a. Quase todos os dias
b. 3-4 vezes por semana
c. 1-2 vezes por semana
d. 1-2 vezes por mês
e. Nunca ou quase nunca

Categoria 3:

10. Tem tensão arterial alta?

a. Sim
b. Não
c. Não sei

Figura 1 – Questionário de Berlin

conforme o caso, quanto a:

- Perda de peso (além da orientação médica, quando necessário pode ser indicado também o acompanhamento com a nutricionista, além de orientação quanto a prática de exercícios físicos regulares);
- Cessação de uso de bebidas alcóolicas ou uso de medicações sedativas, como os benzodiazepínicos (troca para outras medicações);
- Orientação e suporte para cessação do tabagismo (tratamento psicológico também poderá ser solicitado quando necessário, para complementar o tratamento clínico);
- Tratamento clínico de rinites ou outras doenças obstrutivas nasais, e quando não possível o tratamento clínico apenas, será encaminhado para tratamento cirúrgico;
- Tratamento de doenças endocrinológicas como hipotireoidismo;
- Informação sobre o que é a SAOS, como ela influencia a HAS, e a importância das mudanças de hábitos como uma modalidade de tratamento.

Pontuação do Questionário de Berlim:
Categoria 1: itens 1, 2, 3, 4 e 5
Item 1 – se a resposta foi sim – 1 ponto
Item 2 – se a resposta foi c ou d – 1 ponto
Item 3 – se a resposta foi a ou b – 1 ponto
Item 4 – se a resposta foi a – 1 ponto
Item 5 – se a resposta foi a ou b – 2 pontos
Categoria 1 é positiva se a pontuação é maior ou igual a 2 pontos
Categoria 2: itens 6, 7 e 8 (Item 9 deve ser considerado separadamente)
Item 6 – se a resposta foi a ou b – 1 ponto
Item 7 – se a resposta foi a ou b – 1 ponto
Item 8 – se a resposta foi a – 1 ponto
Categoria 2 é positiva se a pontuação é maior ou igual a 2 pontos
Categoria 3 é positiva se a resposta ao item 10 é sim ou se o índice de massa corporal (IMC) do doente é superior a 30 kg/m²
Doente de alto risco para SACS: duas ou mais categorias com pontuação positiva
Doente de baixo risco para SACS: nenhuma ou apenas uma categoria com pontuação positiva

Figura 2 –

Figura 3 –

IMAGEM
NÃO
DISPONÍVEL

Figura 4 – Imagem invalida ou nao encontrada. -

5 Resultados Esperados

Após esse projeto ser aplicado, espera-se uma melhora nos níveis pressóricos dos pacientes acompanhados durante o período, devido uma melhora nos fatores de risco levando, portanto a um ganho na qualidade de vida dessa população.

Porém, mudanças maiores devem ser observadas, como por exemplo, ganho no conhecimento da SAOS e suas implicações entre os profissionais de saúde e também um aumento da importância dada a essa patologia, que apesar de ainda pouco estudada e tratada, gera grande morbimortalidade na população geral.

A divulgação dessa patologia será de grande importância, pois além de ajudar no tratamento, também será possível que os profissionais elaborem programas de prevenção de agravos focados nos fatores de risco da SAOS.

Como o tratamento é multidisciplinar, ocorrerá uma maior integração entre as áreas de medicina, enfermagem, nutrição, psicologia e odontologia, pois todos esses profissionais podem ser envolvidos para melhor atender os portadores dessa patologia.

Outra grande mudança esperada é a popularização e disseminação do conhecimento técnico para todos os moradores da comunidade e não apenas dos portadores de SAOS. Isso deve levar a uma melhor aderência ao tratamento por parte dos pacientes e melhora do vínculo entre os profissionais e os atendidos, além de influenciar os demais a prevenirem-se por meio de mudanças de hábitos para evitar os fatores de risco envolvidos e, assim, ter uma diminuição dos casos novos de SAOS.

Como o grande enfoque para a melhoria da SAOS são as mudanças de estilo de vida, isso trará impacto não apenas no controle dessa doença e da HAS, mas também outras patologias que tem os mesmos fatores de risco, como por exemplo; o Diabetes Mellitus, a dislipidemia e as doenças cardiovasculares, que hoje são grande causa de mortalidade e morbidade no Brasil e considerados um grande problema de saúde pública a nível mundial.

Além de melhorar as doenças, as mudanças de estilo de vida também interferem na qualidade de vida, portanto espera-se que haja melhora no estado de saúde de toda a população, de modo a apresentar maior disposição, melhora do humor, maior interação da comunidade entre si e com os profissionais que trabalham na UBS.

Referências

- ABREU, G. de A. et al. Quadro clínico: reconhecimento do paciente com apneia obstrutiva do sono. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 16, n. 3, p. 164–168, 2009. Citado na página 13.
- AHMADI, N. et al. The berlin questionnaire for sleep apnea in a sleep clinic population: relationship to polysomnographic measurement of respiratory disturbance. *Sleep and Breathing*, v. 12, p. 39–45, 2008. Citado na página 16.
- ANDRADE, S. S. de A. et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira.: análise da pesquisa nacional de saúde, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, n. 2, p. 297–304, 2015. Citado na página 14.
- ARAÚJO-MELO, M. H. de et al. Questionários e escalas úteis na pesquisa da síndrome da apneia obstrutiva do sono. *Revista Hospital Univarsitário Pedro Ernesto*, v. 15, n. 1, p. 49–55, 2016. Citado na página 16.
- BERTOLAZI, A. N. et al. Validação da escala de sonolência de epworth em português para uso no brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 35, n. 9, p. 877–883, 2009. Citado na página 16.
- BITTENCOURT, L. R. A. et al. Abordagem geral do paciente com síndrome da apneia obstrutiva do sono. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 16, n. 3, p. 158–163, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- BOARI, L. et al. Avaliação da escala de epworth em pacientes com a síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 70, n. 6, p. 752–756, 2004. Citado na página 16.
- CARDIOLOGIA, S. B. D. Vii diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.*, v. 107, n. 3, p. 1–103, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- CRUZ, F. O. *PROADESS -Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde*. 2018. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=B06&tab=1>>. Acesso em: 28 Jan. 2018. Citado na página 14.
- DALTRO, C. H. da C. et al. Síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono: Associação com obesidade, gênero e idade. *Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia*, v. 50, n. 1, p. 74–81, 2006. Citado na página 14.
- FACCENDA, J. F. et al. Randomized placebo controlled trial of continuous positive airway pressure on blood pressure in the sleep apnea-hypopnea syndrome. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 163, p. 344–348, 2001. Citado na página 15.
- FORCE, A. A. of S. M. T. et al. Sleep related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research.: The report of an american academy of sleep medicine task force. *Sleep*, v. 22, p. 667–689, 1999. Citado na página 13.

- GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do rio grande do sul. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.*, v. 83, n. 5, p. 424–428, 2004. Citado na página 15.
- GUS, M. et al. Escala de sonolência de epworth em pacientes com diferentes valores na monitorização ambulatorial de pressão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.*, v. 78, n. 1, p. 17–20, 2002. Citado na página 14.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Censo de 2010: Cidade de santo antônio do sudoeste*. 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/santo-antonio-do-sudoeste/panorama>>. Acesso em: 04 Dez. 2017. Citado na página 9.
- JAMES, J. A. et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the eighth joint national committee (jnc 8). *JAMA*, p. 507–520, 2014. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 15.
- JARDIM, P. C. B. V. et al. Artigo original hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 88, n. 4, p. 452–457, 2007. Citado na página 14.
- KHALEDI-PAVEH, B. et al. Evaluation of berlin questionnaire validity for sleep apnea risk in sleep clinic populations. *Basic and Clinical Neuroscience*, v. 7, n. 1, p. 43–48, 2016. Citado na página 16.
- MCNICHOLAS, W. et al. Sleep apnoea as an independent risk factor for cardiovascular disease: current evidence, basic mechanisms and research priorities. *European Respiratory Journal*, p. 156–178, 2007. Citado na página 15.
- PEPPERELL, J. C. et al. Ambulatory blood pressure after therapeutic and sub-therapeutic nasal continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnoea: a randomised parallel trial. *Lancet*, v. 359, p. 204–210, 2002. Citado na página 15.
- SILVA, G. A.; PACHITO, D. V. Abordagem terapêutica dos distúrbios respiratórios do sono: o tratamento com ventilação não-invasiva (cpap, bipap e auto-cpap). *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 39, n. 2, p. 212–217, 2006. Citado na página 15.
- SILVERBERG, D. S.; OKSENBERG, A.; IAINA, A. Sleep related breathing disorders are common contributing factors to the production of essential hypertension but are neglected, underdiagnosed, and undertreated. *American Journal of Hypertension*, v. 10, n. 12, p. 1319–1325, 1997. Citado na página 13.
- SULLIVAN, R. O. Mandibular advancement splint: an appliance to treat snoring and obstructive sleep apnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 151, n. 1, p. 194–198, 1995. Citado na página 15.
- VAZ, A. et al. Tradução do questionário de berlin para língua portuguesa e sua aplicação na identificação da saos numa consulta de patologia respiratória do sono. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, v. 17, n. 2, p. 59–65, 2011. Citado na página 16.
- YOUNG, T. et al. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *The New England Journal of Medicine*, v. 328, n. 1, p. 1230–1235, 1993. Citado na página 14.