

**Autor:** Sebastião Aires de Queiroz - CRM 475 - [queirozayres@uol.com.br](mailto:queirozayres@uol.com.br)

**Veiculação:** Portal CRM-PB (29-05-2013)

Na abordagem deste tema, coloco-me na condição de médico e de paciente octogenário portador do distúrbio. Por comodidade e/ou negligência, não me conscientizei suficientemente sobre os graves malefícios da chamada “Apneia Noturna do Sono” e quanto à necessidade de seu adequado tratamento. A vivência pessoal do problema, aliada às experiências profissionais como clínico do Banco do Brasil, por mais de vinte anos, e profissional integrante da equipe “PSF” em João Pessoa-Pb, por quase cinco, ditaram-me a necessidade e o dever de proceder a uma revisão da literatura médica sobre o assunto, dada a sua relevância como grave problema de saúde pública.

Trata-se de uma condição clínica de prevalência alarmante e frequente, pois incide sobre 1 a 5% dos homens adultos e 1.2 a 2.5% das mulheres, mas alcança cerca de 10% da população acima de 65 anos (9% das mulheres e 24% dos homens). Mas, até as crianças, em percentuais de 1% a 3%, podem apresentar sintomas da patologia. Levantamento feito em São Paulo constatou que 36,8% da população geral apresentavam sintomas do transtorno, e que 26% dos motoristas de caminhão tinham alto risco de apneia do sono, admitindo já terem cochilado ao volante.

A “SAHOS” se caracteriza, sobretudo, pela ocorrência de episódios recorrentes de obstrução total ou parcial das vias aéreas superiores, de que resultam a interrupção do fluxo oronasal do ar e o surgimento de pausas respiratórias chamadas de apneias (falta de respiração) e/ou hipopneias (quase apneia), com duração de dez segundos ou mais, durante o sono noturno.

A enfermidade é multifatorial e tem como causas a interação de fatores anatômicos ou funcionais individuais que possam comprometer a livre passagem do ar pela garganta durante a respiração.

Seus fatores de risco são a idade avançada, o gênero (sexo masculino), a obesidade, maior estreitamento da garganta; macroglossia (língua grande, como ocorre na síndrome de Down), amídalas e adenoides hipertrofiadas, palato reduzido e tumores; hipotonias musculares da faringe; queixo pequeno, grande circunferência do pescoço (normais: homem, 42,5cm e mulher 37,6 cm) e deformidades craniofaciais evidentes, de origem genética.

Os sintomas e sinais mais comuns que acompanham a síndrome são a sonolência diurna excessiva; roncos ruidosos, paradas repetitivas da respiração durante o sono (percebidas pelo cônjuge ou familiares); despertares noturnos frequentes (sono fragmentado); fadiga, irritabilidade e mau-humor e cefaleia matinal; distúrbios cognitivos, como dificuldade de memorização, de atenção, de concentração e de raciocínio; boca seca, espasmos da laringe e vontade de urinar.

Para livrar-se da apneia, o paciente tem que despertar e, com isso, a musculatura da garganta retoma a força que a mantinha aberta, até que volta a fechar-se novamente por novo episódio de apneia. A repetição dessas pausas respiratórias, por dezenas e centenas de vezes durante a noite, conforme o caso tem como consequência uma diminuição do aporte de oxigênio ao sangue, com redução do índice de saturação de oxigênio da hemoglobina. Simultaneamente, pulsões de adrenalina são lançadas na circulação, desencadeando uma aceleração dos batimentos cardíacos e uma elevação da pressão arterial, o que vai predispor o paciente, com o decorrer do tempo, a doenças cardíacas e vasculares.

Essas oclusões vão além de noites mal dormidas e inconveniências com o parceiro de quarto. A mortalidade entre os portadores da síndrome não tratada é significativamente mais alta entre os que não recebem tratamento adequado ou entre os que apenas roncam sem experimentar momentos de pausas respiratórias. Diversos estudos constataam que a apneia está associada a riscos aumentados de infarto agudo miocárdio, arritmias cardíacas, bloqueios atrioventriculares, extrassístoles ventriculares, além de favorecer a irrupção de acidentes vasculares cerebrais (AVC). Ademais, verifica-se que a apneia do sono pode resultar em uma maior incidência de acidentes de trânsito (2 a 3 vezes superiores em relação à população normal) e de trabalho (tendência para “cochilos” involuntários durante o dia).

O diagnóstico tem por base a história clínica, o exame físico e a polissonografia (registro noturno do sono), teste-padrão que deverá ser feito em laboratório do sono, com supervisão por técnicos habilitados.

O objetivo do tratamento da síndrome é manter as vias aéreas permeáveis ao fluxo de ar durante a noite. O procedimento de escolha, nas apneias moderadas ou severas é a utilização de um pequeno aparelho denominado de “CPAP” (sigla do inglês “continuous positive airway pressure”) que vem conectado a um tubo flexível que, por sua vez, liga-se a uma máscara nasal ou nasobucal ajustada à face por meio de tiras elásticas. Este dispositivo gera um fluxo de ar contínuo que exerce uma pressão positiva sobre os tecidos da garganta, não permitindo que eles entrem em colapso, e possibilitando, assim, que o ar passe livremente pela faringe. Na expiração, o gás carbônico exalado é drenado por meio de aberturas presentes na máscara. Os níveis pressóricos da máscara são ajustados individualmente, com base no estudo polissonográfico. O aparelho automático dispõe de sensores que regulam automaticamente a pressão do ar durante a noite. Pressões inadequadas podem aliviar os sintomas sem diminuir os riscos cardíacos. Empregam-se também outros dispositivos (próteses orais) em casos especiais.

Cirurgias de amígdalas, de adenóides e de septo nasal, retiradas de pólipos nasais, correções de palato e de maxilar, entre outras, poderão ser indicadas, a critério médico, com vistas à remoção de obstáculos anatômicos existentes nas vias superiores. Recomenda-se o equilíbrio do peso, em casos de pacientes obesos, e que sejam evitadas posturas do decúbito dorsal (de barriga para cima) na hora de dormir. Bebidas alcoólicas, sedativos, cafeinados e exercícios físicos intensos deverão ser evitados à noite.

O sono repousante é indispensável à manutenção da saúde do corpo, da mente, do coração, dos pulmões e de outros sistemas orgânicos. Não tratada, a “SAHOS” revela-se significativamente danosa em relação à busca de uma vida de boa qualidade, além de ser letal, por si mesma, ou quando associada a outras patologias.

O êxito do tratamento dependerá de programa terapêutico elaborado e acompanhado por uma equipe multidisciplinar que inclui, entre outros profissionais, o neurologista, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo e fisioterapeuta, entre outros.

### Referências:

BRUCE B. DUCAN, MRIA INÊS SCHMIDT ELISA RJ GIGLIONE e colaboradores– “Medicina Ambulatorial” – 3ª edição – Artmed-2006.

VARELLA, Dráuzio – “Distúrbios Apnéia do Sono” – [www.drauziovallerio.com.br](http://www.drauziovallerio.com.br).

SIMONE CHAVES, GERALDO LORENZI FILHO E GLEISON M. GUIMARÃES - “Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia”.

Wikipédia, A enciclopédia Livre, Apnéia do Sono.

“POLISSONO-Centro de Diagnóstico Neurológico” – Apnéia do Sono (SAHOS).