

Síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono: qualidade de vida após o tratamento com pressão positiva contínua nas vias aéreas

Apnea hypopnea syndrome obstructive sleep: quality of life after treatment with continuous positive airway pressure

Lilian Luciane Gomes¹, Elaine Aurelina Oliveira², Jamili Anbar Torquato³, Danilo Duarte⁴, Cícero Matsuyama⁵

Resumo

Introdução: A Síndrome da Apneia-Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) afeta milhões de pessoas e o tratamento com Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas Superiores (CPAP) pode trazer benefícios ao paciente. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com SAHOS aderentes ao CPAP. **Métodos:** Estudo observacional transversal realizado com 50 pacientes com SAHOS, no Hospital CEMA, no período de dezembro de 2012 a agosto de 2013. Foram utilizados 3 questionários: o sociodemográfico/clínico, Escala de Sonolência de Epworth (ESE) e o Calgary Sleep Apnea Quality of Life Index (SAQLI). A análise estatística foi pelo teste Wilcoxon, Qui-Quadrado e Exato de Fisher com $p \leq 0,05$. **Resultados:** A média total de todos os domínios mais prevalente foi uma boa melhora com 46,5%. Da amostra total 52% aderiram ao tratamento com CPAP. **Conclusão:** A melhora da qualidade de vida ocorreu em todos os domínios do SAQLI e ESE.

Descritores: Síndromes da apneia do sono, Pressão positiva contínua nas vias aéreas, Qualidade de vida

Abstract

Introduction: Syndrome Obstructive Sleep Apnea-hypopnea (OSAHS) affects millions of people and treatment with Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) can bring benefits to the patient. **Objective:** To evaluate the quality of life of patients with OSAHS adherent to CPAP. **Methods:** This was a cross-sectional observational study of 50 patients diagnosed with OSAHS, on CEMA Hospital, from December 2012 to August 2013 in accordance with the inclusion criteria. The sociodemographic/clinical, Epworth Sleepiness Scale (ESS) and Calgary Sleep Apnea Quality of Life Index (SAQLI): 3 questionnaires were used. The collected data were statistically analyzed by Wilcoxon, Chi-square and Fisher's exact test considering a significance level ≤ 0.05 . **Results:** The overall average of all domains was more prevalent a good improvement to 46.5%. Of the total sample 52% adhered to CPAP treatment. **Conclusion:** The improvement in quality of life occurred in all areas of SAQLI and ESS.

Keywords: Sleep apnea syndromes, Continuous positive airway pressure, Quality of life

Introdução

A Síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS) é uma doença que afeta milhões de pessoas, mas pode ser tratada com sucesso na maioria dos casos, segundo orientação médica. Definida por episódios de obstrução completa ou parcial da via aérea superior durante o sono, com interrupção (apneia) ou redução (hipopneia) do fluxo de ar, seguido de um despertar que restaura as vias aéreas, repetidos várias vezes durante a noite, gerando um sono fragmentado⁽¹⁾. A sintomatologia mais evidente

1. Mestranda em Ciências da Saúde e Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória e Hospitalar pela Universidade Cruzeiro do Sul
 2. Docente da pós-graduação em Fisioterapia Cardiorrespiratória e Hospitalar na Universidade Cruzeiro do Sul
 3. Coordenadora do Curso de Pós-graduação em Fisioterapia Cardiorrespiratória e Hospitalar na Universidade Cruzeiro do Sul
 4. Professor do Mestrado/Doutorado em Odontopediatria na Universidade Cruzeiro do Sul
 5. Coordenador da Residência Médica em Otorrinolaringologia do Hospital CEMA
- Trabalho realizado:** Hospital CEMA / Universidade Cruzeiro do Sul

Endereço para correspondência: Lilian Luciane Gomes. Rua Louro Tingá, 25 – São Miguel Paulista – 08245-190 – São Paulo – SP – Brasil. Email: lilianlucianegomes@yahoo.com.br. Telefone: (0xx11) 98519.8374

é a hipersonolência diurna e a roncopatia⁽²⁾.

A prevalência é maior nos homens com 24%, mas somente 4% apresentam sintomas da doença⁽³⁾. No Brasil foi realizada uma pesquisa envolvendo 1042 indivíduos onde 32,8% apresentaram apneia do sono⁽⁴⁾. Atualmente a SAHOS é considerada parte dos problemas de saúde pública⁽⁵⁾, pois aumenta a morbimortalidade⁽⁶⁾ e prejudica significativamente as interações sociais dos pacientes pela diminuição da qualidade de vida⁽⁷⁾. O não reconhecimento da SAHOS torna-se uma preocupação para os médicos, pelo risco de morte súbita⁽⁸⁾.

O CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) foi introduzido por Sullivan (1981) como tratamento, sendo utilizado uma máscara durante a noite na face do paciente que impele o ar para dentro das vias aéreas, impedindo o colapso da mesma⁽⁹⁾. O principal benefício desse tipo de tratamento é a melhora da qualidade de vida⁽¹⁰⁾.

A aderência ao tratamento reduz os sintomas, a taxa de hospitalização, os custos em saúde, queixa de sonolência diurna⁽¹¹⁾ e aumento substancial da qualidade de vida⁽¹²⁾. Com base no pressuposto acima, é fundamental analisar se o tratamento traz benefícios para o paciente. Este trabalho é relevante pois mostra a importância do tratamento com CPAP para melhora das condições clínicas da SAHOS, como a sonolência diurna, e as repercussões benéficas na qualidade de vida desses pacientes.

Assim o presente estudo tem por objetivo analisar a qualidade de vida dos portadores de SAHOS que aderiram ao tratamento com CPAP.

Material e métodos

O estudo é do tipo observacional transversal realizado com 50 pacientes diagnosticados com SAHOS através do exame de polissonografia, no Hospital CEMA, no período de dezembro de 2012 a agosto de 2013. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Cruzeiro do Sul de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, conforme parecer número CE/UCS - 187/2012.

Os critérios de inclusão foram pacientes que realizaram o exame de polissonografia; diagnóstico de SAHOS com indicação ao uso do CPAP. Os pacientes foram orientados anteriormente ao tratamento por médicos e fisioterapeutas sobre o uso do CPAP e nível de consciência preservado. Foram excluídos pacientes que abandonaram o tratamento, crianças e portadores de doenças respiratórias. Para estes, os pacientes selecionados, foram aplicados 3 questionários: o sociodemográfico/clínico que analisou características pessoais e clínicas como doenças associadas, tabagismo, sinais e sintomas da sonolência; quantidade de

pacientes aderentes ao CPAP após indicação médica e os possíveis motivos da não aderência; a Escala de Sonolência de Epworth (ESE) que avalia o grau de sonolência diurna e o Calgary Sleep Apnea Quality of Life Index (SAQLI) que avalia a qualidade de vida dos portadores de SAHOS.

A segunda entrevista foi realizada após quatro meses de uso do CPAP nos pacientes aderentes, onde responderam novamente os questionários ESE e SAQLI.

O ESE determina os níveis de sonolência diurna, consistindo em 8 perguntas com atribuição de notas de 0 a 3 para cada situação de acordo com a possibilidade de dormir frente a cada uma delas. O resultado surge a partir da soma total desses números, se o valor for abaixo de 10 o indivíduo apresenta um padrão de sono dentro da normalidade e, se acima de 10, sonolência excessiva diurna (SED)⁽¹³⁾.

O SAQLI é um questionário de QV (qualidade de vida) para doença específica, composto por 35 questões organizadas para avaliar 5 domínios funcionais e registrar os possíveis impactos negativos do tratamento. Os domínios funcionais incluem: **Domínio A:** 11 questões sobre rotina diária; **Domínio B:** 13 questões sobre interações sociais; **Domínio C:** 11 questões sobre estado emocional; **Domínio D:** 5 questões sobre sintomas da doença e **Domínio E:** 5 questões sobre sintomas gerados pelo CPAP⁽¹⁴⁾.

Esse questionário propicia dois grupos de valores, o antes e depois do tratamento, cuja resposta para cada questão varia de 1 (maior comprometimento) a 7 (menor comprometimento). A pontuação final é obtida através de uma média antes e outra após o tratamento. Quanto mais alto forem os resultados, melhor a qualidade de vida⁽¹⁴⁾.

E o outro grupo de valores é a Diferença Mínima Importante (DMI) que avalia o procedimento, verificando a diferença entre o antes e depois do tratamento. Uma DMI abaixo de 1,00 significa ausência na melhora da QV; DMI de (1,00 a 1,49) pequena melhora; DMI de (1,50 a 1,99) boa melhora e DMI acima de 2,00 grande melhora⁽¹⁴⁾. Os dados coletados foram submetidos à análise pelo pacote estatístico SPSS – Statistical Package for Social Sciences (v18.0), utilizando o teste Wilcoxon, Qui Quadrado e Exato de Fisher considerando o nível de significância $\leq 0,05$.

Resultados

A média de idade dos 50 pacientes avaliados foi de $56,2 \pm 11,9$ anos, variando de 34 à 86 anos, correspondendo 16% do sexo feminino e 84% do sexo masculino, sendo que 52% desses pacientes aderiram ao tratamento com CPAP.

A taxa de utilização do CPAP nos pacientes aderentes ao tratamento foi de $6,23 \pm 1,34$ horas por noite,

todas as noites, durante 4 meses. A resposta dos pacientes com relação ao grau de satisfação com o uso do CPAP foi excelente (30,8%), ótimo (23%) e bom (46,2).

Ao investigar a sonolência diurna ficou evidente a diferença significativa entre o resultado da ESE (escala de sonolência de Epworth) antes e após o uso do CPAP ($p < 0,001$) (Tabela 1).

A tabela 2 mostra os resultados do SAQLI (Calgary Sleep Apnea Quality of Life Index) antes e após o uso do CPAP, indicando melhora na qualidade de vida após o tratamento em todos os domínios.

Em relação à DMI (Diferença Mínima Importante) entre o antes e depois do tratamento com CPAP os pacientes referiram: domínio A (Rotina Diária) 50% uma boa melhora, domínio B (Interações Sociais) 46,5% uma grande melhora, domínio C (Estado Emocional) 46,5% uma grande melhora e domínio D (Sintomas) apresentou o mais surpreendente resultado pois 77% relataram uma grande melhora nos sintomas. A média total de todos domínios mais prevalente foi uma boa melhora com 46,5%.

Discussão

A avaliação da qualidade de vida vem crescendo, acredita-se que as informações sirvam para avaliar o impacto dos tratamentos nas doenças, comparar condutas; aprovar tratamentos e monitorar a manutenção dessa melhora nos pacientes⁽¹⁵⁾.

Existe um ponto de interrogação sobre a capacidade dos questionários genéricos para detectar efeitos da doença na qualidade de vida, por isso surgiu a

necessidade do desenvolvimento de questionários específicos como o SAQLI para SAHOS⁽¹⁶⁾.

Segundo Lacasse et al, 2002⁽¹⁴⁾, o SAQLI possui forte conteúdo e validade construtiva, sendo mais sensível às mudanças na qualidade de vida dos pacientes do que o SF-36, que é um questionário genérico.

Estudo de Leal et al, 2010⁽¹⁷⁾ refere que o uso de CPAP é um método eficaz no tratamento da SAHOS que proporciona um ganho em todos os domínios avaliados no SAQLI com melhora na qualidade de vida. Todos pacientes aderentes ao presente estudo apresentaram melhora significativa na qualidade de vida comparando o antes e depois do uso do CPAP em todos os domínios ($p < 0,001$).

O CPAP melhora a SED (sonolência excessiva diurna) comparado com os que não usam o dispositivo e tem sido indicado para reduzir alterações que impactam negativamente na saúde e na qualidade de vida⁽¹⁸⁾. De acordo com Silva e Pachito⁽¹⁹⁾ um dos benefícios mais imediatos do tratamento com CPAP ocorre sobre a SED, sintoma debilitante e comum na maioria dos casos. Esse benefício garante uma oxigenação normal nos órgãos e tecidos, assegurando uma desaceleração no desenvolvimento de doenças, inclusive a hipertensão arterial.

Através desses efeitos benéficos observamos em nossa pesquisa uma diferença significativa entre o resultado da escala de sonolência de Epworth antes e após o uso do CPAP ($p < 0,001$), demonstrando que os pacientes apresentaram melhora na SED após o tratamento.

Apesar desses benefícios descritos com o uso do

Tabela 1

Valores de Epworth antes e após o uso do CPAP.

Variável	N	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Z	p
Resultado Antes	26	14,31	5,77	14,5	8	24	-4,465 ^a	<0,001
Resultado Depois	26	5,31	2,87	4,5	2	12		

DP: desvio-padrão

Tabela 2

Valores dos domínios do SAQLI antes e após o uso do CPAP.

Domínios	Média	N	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Z	P
A_antes	3,4	26	1,2676	3,19	1,19	5,5	4,489	<0,001
A_depois	5,109	26	1,2984	5,08	3	7		
B_antes	4,3019	26	1,08219	4,55	1,96	5,6	4,513	<0,001
B_depois	6,04	26	1,0742	6,46	3,5	7,1		
C_antes	4,2915	26	0,84715	4,45	1,95	5,5	4,517	<0,001
C_depois	6,072	26	0,9414	6,19	3,5	7		
D_antes	2,0769	26	1,72981	2	0	5	4,718	<0,001
D_depois	3,923	26	1,8957	4	1	7		

Domínios – A: Rotina Diária; **B:** Interações Sociais; **C:** Estado Emocional; **D:** Sintomas e **E:** Efeitos Colaterais do Tratamento. O domínio E não está descrito, pois os pacientes não relataram desconforto com o CPAP. DP: desvio-padrão

CPAP, podem ocorrer algumas desvantagens através do fluxo de ar nas vias aéreas, como irritação e ressecamento da mucosa nasal⁽²⁰⁾. Porém, esses sintomas são comuns também em pacientes com SAHOS antes do início do tratamento⁽²¹⁾. Em nossa pesquisa os pacientes não relataram efeitos adversos com relação ao uso do dispositivo, todos relataram satisfação com o uso.

A eficácia do tratamento depende da aderência do paciente, sendo determinada pela sua utilização de no mínimo superior a 4 horas por noite e 5 dias por semana⁽²²⁾. No presente estudo, a taxa de utilização do CPAP nos pacientes aderentes apresentou média de 6,23±1,34 horas por noite, todas as noites, durante 4 meses.

A taxa de não aderentes ao CPAP, segundo Zozula et al, 2001⁽²³⁾ corresponde de 25 a 50%, semelhante aos do presente estudo com taxa de não aderentes de 48% e o motivo mais prevalente da não aderência foi o custo elevado (83%), que se assemelhou ao estudo de Rueda et al, 2004⁽²⁴⁾ que relata o custo do equipamento como sendo fator contribuinte para não adesão à terapia com pressão positiva.

Perante esses achados, fortalece a importância da prescrição de ventilação positiva de vias aéreas superiores, não invasiva, através de interfaces faciais e/ou nasais, que nestes pacientes foi através do uso do CPAP para melhoria das condições clínicas da SAHOS, através dos benefícios gerados pelo dispositivo como melhora da SED e importantes melhorias na qualidade de vida desses pacientes.

Existem dúvidas sobre a forma de medir a qualidade de vida e como utilizá-la na prática clínica. Segundo Flemons e Reimer, 1998⁽²⁵⁾ o desenvolvimento de medidas específicas é muito importante para avaliar o comprometimento da qualidade de vida em doentes com SAHOS, sendo o SAQLI uma medida válida e sensível. O questionário foi escolhido para a pesquisa, pois possui boa capacidade para capturar as diferenças antes e depois do tratamento com CPAP, sendo uma medida de qualidade de vida útil em ensaios clínicos em pacientes com SAHOS e possui um bom conteúdo de validade de construto e elevada consistência interna.

A Escala de Sonolência de Epworth é um método simples e validado que avalia a sonolência diurna⁽²⁶⁾, aplicamos na pesquisa porque é um instrumento válido e confiável, muito útil na prática clínica.

Conclusão

A qualidade de vida dos portadores de SAHOS, que aderiram ao tratamento com uso da interface de ventilação não invasiva, apresentou uma significativa melhora em todos domínios do questionário: Calgary Sleep Apnea Quality of Life Index (SAQLI) e da Escala

de Sonolência de Epworth (ESE).

Referências Bibliográficas

1. Azagra-Calero E, Espinar-Escalona E, Barrera-Mora JM, Llamas-Carreras JM, Solano-Reina E. Obstructive sleep apnea syndrome (OSAS). Review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012; 17:e925-9.
2. Hiestand D, Philips B. The overlap syndrome: chronic obstructive pulmonary disease and obstructive sleep apnea. *Crit Care Clin*. 2008; 24:551-63.
3. Young T, Palta M, Dempsey Y, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep disorder breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med*. 1993; 328: 1230-5.
4. Tufik S, Santos SR, Taddei JA, Bittencourt LR. Obstructive sleep apnea syndrome in the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. *Sleep Med*. 2010; 11:441-6.
5. Simas JMM, Silva KF, Camargo SPP, Mitsuya MMF. Análise da sintomatologia e da qualidade de vida em portadores de SAOS em tratamento com CPAP. *Rev Científica Unisalesiano*; [periódico on line]. 2010; 1. [citado 23 jan 2014]. Disponível em: <http://www.salesianolins.br/universitaria/artigos/no1/artigo4.pdf>
6. Mediano O, Barceló A, de la Peña M, Gozal D, Agustí A, Barbé F. Daytime sleepiness and polysomnographic variables in sleep apnoea patients. *Eur Respir J*. 2007; 30:110-13.
7. Weaver TE, Laizner AM, Evans LK, Maislin G, Chugh DK, Lyon K, et al. An instrument to measure functional status outcomes for disorders of excessive sleepiness. *Sleep*. 1997; 20:835-43.
8. Carvalho VMA. Síndrome de apneia/hipopneia obstrutiva do sono. Dissertação (Mestrado). Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde; 2008.
9. Sullivan CE, Issa FG, Berthon-Jones M, Eves L. Reversal of obstructive sleep apnea by continuous positive airway pressure applied through the nares. *Lancet*. 1981; 1:862-5.
10. Polese JF, Santos-Silva R, Kobayashi RF, Pinto IN, Tufik S, Bittencourt L. Portable monitoring devices in the diagnosis of obstructive sleep apnea: current status, advantages and limitations. *J Bras Pneumol*. 2010; 36:498-505.
11. Weaver TE, Chasens ER. Continuous positive airway pressure treatment for sleep apnea in older adults. *Sleep Med*. 2007; 11:99-111.
12. Haniffa M, Lasserson TJ, Smith I. Interventions to improve compliance with continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; 4:CD003531.
13. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*. 1991; 14:540-5.
14. Lacasse Y, Godbout C, Sériès F. Independent validation of the Sleep Apnoea Quality of Life Index. *Thorax*. 2002; 57:483-8.
15. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saude Publica*. 2004; 20:580-8.
16. Piccirillo JF. Outcomes research and obstructive sleep apnea. *Laryngoscope*. 2000; 110:16-20.
17. Leal JIBF, Santos JE, Victor MM, Soares MSS, Castro LPS. Qualidade de vida em pacientes portadores de apneia obstrutiva do sono após a implantação do CPAP: uma revisão sistemática. *Rev Bras Fisioter*. 2010; 14(supl.1):408.
18. Bittencourt LRA, Haddad FM, Fabro CD, Cintra FD, Rios L. Abordagem geral do paciente com síndrome da apneia obstrutiva do sono. *Rev Bras Hipertens*. 2009; 16:158-63.
19. Silva GA, Pachito DV. Abordagem terapêutica dos distúrbios respiratórios do sono tratamento com ventilação não-invasiva (CPAP, BIBAP e AUTO-CPAP). *Medicina*. 2006; 39:212-7.
20. Collop NA, Adkins D, Phillips BA. Gender differences in sleep and sleep-disordered breathing. *Clin Chest Med*. 2004; 257-68.

21. Figueiredo AC, Lorenzi MC, Prezzoti S, Cabral MM, Sennes LU, Lorenzi FG. Efeitos da pressão positiva contínua em vias aéreas sobre os sintomas nasofaríngeos em pacientes com a síndrome da apnéia obstrutiva do sono. *J Bras Pneumol*. 2004; 30:535 -9.
22. Weaver TE, Sawyer AM. Adherence to continuous positive airway pressure treatment for obstructive sleep apnea: implications for future interventions. *Indian J Med Res*. 2010; 131:245–58.
23. Zozula R, Rosen R. Compliance with continuous positive airway pressure therapy: assessing and improving treatment outcomes. *Cur Opin Pulm Med*. 2001; 7:391-8.
24. Rueda AD, Bittencourt LR, Togeiro SM, Tufik S. Efeito de um programa de acompanhamento simples e supervisionado na adesão ao CPAP em pacientes com síndrome da apneia e hipopnéia obstrutiva do sono (SAHOS). In:10º Congresso Latino Americano de Sono (FLASS). 2004; 9. [Poster]. Montevideo: Federação LatinoAmericana de Sociedades de Sono; 2004.
25. Flemons WW, Reimer MA. Development of a disease-specific health-related quality of life questionnaire for sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998; 158:494-503.
26. Johns MW. Daytime sleepiness, snoring, and obstructive sleep apnea. The Epworth Sleepiness Scale. *Chest*. 1993;103:30-6.

Trabalho recebido: 02/03/2014
Trabalho aprovado: 03/07/2014