

## ESTRATÉGIA NO TRATAMENTO DA APNÉIA DO SONO: ADAPTAÇÃO AO CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)

**Fabiana Lacerda de Araújo<sup>1</sup>, Anna Ferla Monteiro Silva<sup>2</sup>, Maria do Carmo Eulálio<sup>3</sup> Adrianna Ribeiro Lacerda<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Hospital Universitário de Campina Grande (HUCG) /Fisioterapia, e-mail :[fabianalacerda\\_cg@yahoo.com.br](mailto:fabianalacerda_cg@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> UFCG/Unidade Acadêmica de Saúde, e-mail: [annaferla@ig.com.br](mailto:annaferla@ig.com.br)

<sup>3</sup> UEPB/Departamento de Psicologia, e-mail: [carmitaeulalio@terra.com.br](mailto:carmitaeulalio@terra.com.br)

<sup>4</sup> FCM-CG/Departamento de Fisioterapia, e-mail: [adriabeiro.cg@bol.com.br](mailto:adriabeiro.cg@bol.com.br)

**Resumo-** A apnéia/hipopnéia obstrutiva do sono (SAHOS) é definida pela presença de pelo menos cinco eventos obstrutivos por hora durante o sono; é uma doença crônica, progressiva e incapacitante. O objetivo deste estudo foi avaliar se o processo de adaptação ao CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) realizado em ambulatório de fisioterapia respiratória contribui para a aquisição do mesmo por parte do paciente. Foi desenvolvida uma pesquisa documental com quarenta prontuários de pacientes assistidos pelo setor de Fisioterapia Respiratória da clínica Reabilitar. Os dados foram coletados através de 40 laudos de exames de polissonografia que estavam anexados aos prontuários. A amostra apresentou idade média de  $55,52 \pm 14,03$  anos, variando entre 31 e 85 anos, o grau de apnéia distribuiu-se em leve (2,5%), moderado (12,5%), e grave (85%). Dentre eles 36 (90%) passaram por todo processo de adaptação, com realização de até três sessões, em que 24 (60%) adquiriram o aparelho e 12 (30%) não adquiriram. Quando o processo de adaptação ao CPAP é realizado em um ambulatório de fisioterapia mostra excelentes resultados, contribuindo positivamente no processo de continuidade ao tratamento.

**Palavras-chave:** CPAP, SAHOS, Fisioterapia

### Introdução

A SAHOS é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de outras patologias como hipertensão arterial, arritmias cardíacas, enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e perturbações cognitivas caracterizando-se por hipersonolência diurna. É uma doença comum afetando entre 2 a 4% da população adulta de meia-idade (SHEPERTYCKY, BANNO at all, 2006)

O *I Consenso Brasileiro em Ronco e Apnéia do Sono (2000)* relata que há diferentes modalidades de tratamento disponíveis para o ronco e para a SAHOS, as quais podem ser explicadas pela enorme variabilidade de sinais e sintomas com os quais os pacientes se encontram.

O CPAP é atualmente a modalidade de escolha na SAHOS de moderada a grave. Trata-se de um injetor de ar comprimido com pressão aérea positiva contínua com máscara nasal que atualmente faz parte da rotina dentre os tratamentos para SAHOS. Altamente eficaz à curto prazo, no entanto, têm como principal óbice a baixa adesividade do paciente ao tratamento a longo prazo sendo esta entre 63% e 75% (REIMÃO, 2000).

O uso de CPAP é um tratamento eficaz, mas deve-se ter em mente que ele, ao não curar o distúrbio ventilatório, deve ser usado durante toda a vida (BORGES, 2005).

Seu uso inadequado é o maior problema deste tratamento, já que a adesão ao tratamento é parcial à longo prazo (FERRI, 2004).

A fisioterapia trás atualmente uma forma de se tentar converter essa realidade. Trata-se de um processo de adaptação ao CPAP realizado em ambulatório fisioterapêutico, onde, o paciente portador da SAHOS com indicação do uso do CPAP, é orientado a participar de um programa de treinamento/adaptação ao CPAP, onde lhe é apresentado, de forma suscita e clara, a fisiopatologia da Síndrome (com enfoque nas alterações anatômicas que ocorrem no desenvolver da mesma), seus graus de estadiamento (enfocando o grau em que o paciente se encontra), o aparelho (onde é feita a escolha da pressão necessária para manter as vias superiores livres, através da Auto-CPAP, escolha da interface adequada ao paciente e o uso do mesmo por no mínimo 60 minutos). Com isso, a fisioterapia visa contribuir no processo de adesão ao CPAP por parte dos pacientes portadores de SAHOS.

Com o intuito de afirmar a eficácia desse processo de adaptação, desenvolvemos uma pesquisa cujo objetivo é analisar se este processo tem relação com a escolha do CPAP como tratamento assim como, com a compra do aparelho.

**Metodologia**

A pesquisa foi do tipo documental, onde foram estudados e analisados, retrospectivamente, os dados obtidos de laudos de exames de polissonografia de 40 pacientes de ambos os sexos, com encaminhamento médico para adaptação ao CPAP como proposta de tratamento da SAHOS.

O IMC foi calculado através da fórmula: peso em quilogramas divididos pela altura em metros, ao quadrado, tendo sido assim classificado: normal (18,5 a 24,9 kg/m<sup>2</sup>); sobrepeso (25,0 a 29,9 kg/m<sup>2</sup>) e obeso (≥30,0 kg/m<sup>2</sup>)

Seguindo a rotina da unidade, todos os pacientes fizeram três sessões de fisioterapia respiratória para adaptação ao CPAP. Nessa ocasião os conceitos básicos do uso do aparelho gerador de pressão positiva foram explicados e os pacientes utilizaram o CPAP com máscara nasal adequada por cerca de 60 minutos, em sala climatizada, confortável e com luz indireta, proporcionando um ambiente relaxante, para que o paciente sintasse à vontade e o mais próximo possível de seu aposento. Passando por essa primeira etapa de adaptação, o paciente recebeu um aparelho de Auto-CPAP para uso domiciliar durante três noites, retornando ao serviço o fisioterapeuta realizou a leitura do cartão de memória do aparelho para assim analisar o nível ótimo de pressão a ser ajustada em um CPAP convencional. A venda do aparelho quando solicitada, era realizada pelo representante da própria clínica.

**Resultados**

A amostra do estudo foi constituída por 40 indivíduos portadores de SAHOS, com diagnóstico clínico confirmado através de exames de polissonografia. A análise dos dados obtidos permitiu constatar que a média de idade da amostra foi de 55,52 ± 14,03 anos, variando entre 31 e 85 anos (TABELA 1). Observamos o predomínio do gênero masculino na amostra, com 28 (70%) homens e 12 (30%) mulheres

**Tabela 1: Média e desvio padrão das idades dos participantes da amostra**

PACIENTES	MÉDIA (X)	DESVIO PADRÃO (S)
Amostra	55,52	± 14,03

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

O IMC variou de 19,58 a 45,40 kg/m<sup>2</sup> com média de 28,69 ± 5,7 kg/m<sup>2</sup> sendo que 11

indivíduos (27,5%) apresentavam IMC normal, 17 (42,5%) estavam na faixa de sobrepeso e 12 (30%) eram obesos (Tabela 2). Presença de distúrbio leve do sono foi encontrada em 2,5% (1) dos pacientes, moderado em 12,5% (5) e grave em 85% (34).

**Tabela 2: Distribuição da amostra segundo características gerais.**

CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS	PERCENTUAL (%)	
<b>Idade (anos)</b>		
25 – 50	13	32,5
51– 70	21	52,5
71– 90	6	15
<b>Sexo</b>		
Feminino	12	30
Masculino	28	70
<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>		
18,5 a 24,9	11	27,5
25,0 a 29,9	17	42,5
≥ 30,0	12	30
<b>Grau de Apnéia</b>		
Leve	1	2,5
Moderado	5	12,5
Grave	34	85

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Dos 40 pacientes encaminhados à Clínica Reabilitar, 4 (10%) não completaram todo o processo de adaptação, 36 (90%) submeteram-se à todo processo, dentre eles 12 (30%) não se adaptaram e 24 (60%), aderiram ao tratamento, escolhendo a Pressão positiva como tratamento de escolha para reverter os episódios de apnéia ou hipopnéia, adquirindo o CPAP ou AutoCPAP para uso domiciliar, dentre eles 7 eram mulheres e 17 homens.

**Discussão**

Observamos que a maioria dos pacientes que pertenceu a pesquisa era do sexo masculino, corroborando com a literatura, onde encontramos o gênero masculino como um dos fatores de risco para SAHOS. (YONG,1993) (TANGERINA, 2008)

A SAHOS pode acometer qualquer faixa etária, entretanto o pico de incidência está situado entre

30 e 60 anos (DRAGER, 2002). A média de idade do nosso estudo foi de  $55,52 \pm 14,03$  anos.

A obesidade assume papel especial por estar presente em aproximadamente 70% dos pacientes apnéicos e por ser um fator de risco reversível para SAHOS. Em obesos mórbidos, a prevalência pode chegar a 80% e 50% nos gêneros masculinos e femininos, respectivamente (DALTRON, 2006)

Analisando o IMC da amostra, vimos que a maioria foi constituída por indivíduos na faixa do sobrepeso (42,5%) e de obesos (30%), corroborando com a literatura reafirmando a relação da SAHOS com a obesidade (DALTRO, 2006) (LIMA, 2008). De fato, alteração no diâmetro do pescoço causada pelo aumento do peso tem forte contribuição no desenvolvimento da SAHOS, mas isso não implica dizer que a mesma prevaleça ou se restrinja a pessoas obesas, podendo inclusive se manifestar em indivíduos com IMC normal. No nosso estudo, 27,5% totalizando 11 indivíduos da amostra apresentaram IMC normal, sendo que 9 deles apresentavam SAHOS grave.

O processo de adaptação ao CPAP é bastante delicado e exige dedicação e cautela por parte do profissional e do paciente. Em estudo recente sobre o impacto da terapêutica com CPAP na hipersonia diurna, todos os usuários da pressão positiva como tratamento da SAHOS, referiram entre os benefícios a diminuição de roncos e redução da hipersonia diurna após iniciada a terapia com CPAP nasal. Dentre os não usuários, os principais motivos da não aderência à terapia foi o desconforto do uso do aparelho, seguido do alto preço para adquiri-lo, além de perspectivas de outras terapias, sendo estas direcionadas a intervenções cirúrgicas ou dieta alimentar para perda de peso (FRANCO, 2009).

Observamos através do nosso estudo que esse processo de adaptação, quando realizado em um ambulatório de fisioterapia mostra excelentes resultados, contribuindo positivamente no processo de continuidade ao tratamento, ou seja, se mostra uma alternativa interessante para aumentar a adesão aos aparelhos de pressão aérea positiva.

## Referências

DRAGER, L. *et al.* Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono e sua Relação com a Hipertensão Arterial Sistêmica. Evidências Atuais. Arquivo Brasileiro de Cardiologia vol.78 no.5 São Paulo Mai 2002

SHEPERTYCKY, MR, BANNO, K e KRYGER, MH. Diferenças entre o homem e a mulher na apresentação clínica de doentes diagnosticados

com síndrome de apneia obstrutiva do sono. *Rev Port Pneumol*, Maio 2006, vol.12, no.3, p.316-318. ISSN 0873-2159

Sociedade brasileira de sono; Sociedade brasileira de rinologia; Sociedade brasileira de otorrinolaringologia. I Consenso em Ronco e Apnéia do Sono. São Paulo, 2000.

FERRI, R. G. et al. Análise do clearance mucociliar nasal e dos efeitos adversos do uso de CPAP nasal em pacientes com SAHOS. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, São Paulo, v. 70, n. 2, abr. 2004.

REIMAO, R.; JOO, S.H.. Mortalidade da apnéia obstrutiva do sono. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 46, n. 1, mar. 2000.

TANGERINA, Rodrigo de Paiva et al. Achados clínicos e polissonográficos em pacientes com obesidade classe III. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* São Paulo, v. 74, n.4, ago. 2008.

DALTRO, C. H. C. et all. Síndrome da Apnéia e hipopnéia obstrutiva do Sono: Associação com obesidade, Gênero e idade. *Arq Bras Endocrinol Metab* vol 50 nº 1 Fevereiro 2006.

LIMA, A. M. et al . Contribuição da apnéia obstrutiva do sono para o estresse oxidativo da obesidade. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo, v. 52, n. 4, jun. 2008.

FRANCO, C.M.R, et al. Impacto do Uso do CPAP na Hipersônia Diurna em Portadores da Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono *NEUROBIOLOGIA*, 72 (1) jan./mar., 2009 45 a 52

YOUNG T, et al. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993;328:1230-5.

BORGES, P; PASCHOAL, J. R. Indicação inicial de tratamento em 60 pacientes com distúrbios ventilatórios obstrutivos do sono. *Rev Bras Otorrinolaringol.* V.71, n.6, 740-6, nov./dez. 2005.