
EDITORIAL

O FISIOTERAPEUTA E A APNEIA DO SONO

Dormir e respirar bem são fundamentais para a boa saúde. No entanto, conseguir realizar ambas as atividades simultaneamente de maneira eficiente tem se tornado um desafio para muitos. Atualmente, estima-se que alterações significativas da respiração durante o sono (Distúrbios Respiratórios do Sono - DRS) ocorram em 15-20% da população adulta e em 5-10% de crianças¹. Muitos desses pacientes seguem subdiagnosticados e, conseqüentemente, não tratados.

A apneia do sono, termo utilizado para descrever interrupções da respiração durante o sono de, no mínimo, 10s, está associada à fragmentação e diminuição da qualidade do sono, ventilação e oxigenação noturnas inadequadas e a graves conseqüências cardiovasculares, neurológicas, metabólicas e funcionais, quando não tratada^{2,3}.

Devido à multifatorialidade de sua etiologia, a abordagem multidisciplinar da apneia do sono é de suma importância no cuidado desses pacientes. Neste contexto, o Fisioterapeuta Respiratório, com sua experiência e capacidade de avaliação e entendimento profundo do sistema respiratório, desempenha papel fundamental, tanto na educação e no reconhecimento, quanto no tratamento desta doença.

Como para muitas outras doenças crônicas, a educação é fundamental na busca de resultados terapêuticos positivos. Educar o paciente sobre as conseqüências da apneia não tratada e estar atento a fatores sociais, fisiológicos e demográficos, que possam afetar a aceitação e uso da terapia prescrita são cruciais na obtenção da adesão ao tratamento⁴.

No caso dos DRS em particular, o que se estuda atualmente são programas educacionais que capacitem o indivíduo a autogerir sua condição, sendo este capaz de gerir alterações emocionais, tomar

boas decisões (ex: higiene do sono), identificar problemas e aprender como e onde buscar soluções (principalmente relacionados à terapia com pressão positiva - PAP)⁵. Como ferramentas auxiliaadoras deste processo, estão os grupos de apoio, sites, blogs e aplicativos desenvolvidos para oferecer treinamento personalizado.

O diagnóstico dos DRS não é fundamentado unicamente no número de eventos respiratórios durante o sono (obtido através de uma polissonografia ou poligrafia noturna), mas, também, nas manifestações clínicas resultantes desses eventos. Para tal avaliação, é necessária anamnese detalhada dos sintomas clínicos, além de exame físico minucioso, especialmente direcionado aos sistemas cardiovascular, respiratório e neurológico⁶. Conhecer os principais sinais e sintomas da apneia do sono, assim como entender sobre os fatores de risco, auxilia o Fisioterapeuta a levantar esta hipótese diagnóstica e a encaminhar corretamente esses pacientes.

O tratamento efetivo dos DRS ainda é limitado e a terapia com PAP não invasiva (CPAP ou Bi-PAP) segue como tratamento de primeira linha para adultos. A adesão à terapia com PAP, apesar de fundamental, pode ser difícil e é afetada por vários fatores, dentre eles: intolerância dos níveis pressóricos prescritos, desconforto relacionado à interface escolhida, sintomas nasais, etc. O Fisioterapeuta Respiratório devidamente treinado pode, então, participar ativamente do processo de escolha do modo ventilatório e interface mais adequados para o tratamento, assim como gerenciar o ajuste inicial e acompanhamento da terapia, intervindo sempre que necessário.

A prevalência dos DRS é ainda mais alarmante em grupos de patologias crônicas, onde estima-se que até 50% dos pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva ou até 30% dos pacientes com DPOC apresentem algum grau de apneia do sono^{7,8}. Diante de tais evidências, podemos afirmar com segurança que grande parte dos pacientes comumente atendidos por um Fisioterapeuta Respiratório, em âmbitos hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, sofre de apneia do sono e, por isso, passa a ser quase inaceitável sua não consideração.

Que nós, Fisioterapeutas, despertemos para os problemas do sono!

Dra. Luciana Rabello

Referências

1. Peppard PE, Young T, Barnet JH, Palta M, Hagen EW, Hla KM. Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. *Am J Epidemiol* 2013 May 1;177(9):1006-14.
2. Marin JM, Agusti A, Villar I, Forner M, Nieto D, Carrizo SJ, et al. Association between treated and untreated obstructive sleep apnea and risk of hypertension. *JAMA*. 2012 May 23;307(20): 2169-76.
3. Ward KL, Hillman DR, James A, Bremner AP, Simpson L, Cooper MN, et al. Excessive daytime sleepiness increases the risk of motor vehicle crash in obstructive sleep apnea. *J Clin Sleep Med* 2013 Oct 15;9(10):1013-21.
4. Russell T. Enhancing adherence to positive airway pressure therapy for sleep disordered breathing. *Semin Respir Crit Care Med*. 2014 Oct;35(5):604-12.
5. Bollig MS. Encouraging CPAP adherence: It is everyone's job. *Respir Care* 2010 Sep;55(9):1230-9.
6. Antonescu-Turcu A, Parthasarathy S. CPAP and Bi-level PAP therapy: New and established role. *Respir Care* 2010 Sep;55(9):1216-29.

7. Soler X, Gaio E, Powell FL, Ramsdell JW, Loredo JS, Malhotra A, et al. High prevalence of obstructive sleep apnea in patients with moderate to severe COPD. *Ann Am Thorac Soc*. 2015 Apr 14. [Epub ahead of print]
8. Javaheri S, Javaheri S, Javaheri A. Sleep apnea, heart failure, and pulmonary hypertension. *Curr Heart Fail Rep*. 2013 Dec;10(4):315-20.