



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

Trabalho Final de Mestrado Integrado em Medicina (MIM)
Curso 2010-16

Avaliação da Qualidade de sono dos doentes com SAOS e respetivos companheiros
antes e após o início do tratamento com Pressão aérea positiva (PAP)

*Quality of Sleep in patients with OSA and their bed partners before and after positive
airway pressure (PAP) treatment*

Clínica Universitária de Pneumologia

Diretor de Serviço: Prof.^a Doutora Cristina Bárbara

Orientador: Dr. João Valença

Discente: Raquel Sofia Robalo Lalande, nº12900

Ano letivo: 2015-16

Índice

Glossário	3
Resumo.....	4
Abstract	4
Introdução	5
Materiais e Métodos.....	8
Resultados	11
Discussão.....	14
Agradecimentos.....	19
Bibliografia	20
ANEXOS.....	24

I. Parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa para a realização do Projeto de investigação

II. Informação por correio eletrónico de que o Projeto de Investigação tinha sido autorizado pela Direção Clínica

III. Questionário - Escala de Sonolência de Epworth (Consulta de adaptação ao APAP)

IV. Questionário - Escala de Sonolência de Epworth (Consulta de reavaliação ao APAP)

V. Questionário - Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (Consulta de adaptação ao APAP)

VI. Questionário - Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (Consulta de reavaliação ao APAP)

VII. Folheto informativo aos participantes no Projeto de Investigação

VIII. Folheto informativo (Calendário explicativo das etapas do estudo) aos participantes no Projeto de Investigação

IX. Consentimento informado aos participantes no Projeto de Investigação

X. Questionário Nota de Alta - Adaptação de CPAP

XI. Questionário Nota de Alta - Reavaliação do tratamento com CPAP

XII. Questionário da Primeira Consulta de Patologia do Sono

XIII. Correio eletrónico com Autorização para utilização da Versão Portuguesa da Escala de Sonolência de Epworth

Glossário

AutoCPAP (APAP)
Continuous positive airway pressure (CPAP)
Distúrbio respiratório do sono (SDB)
Escala de sonolência de Epworth (ESS)
Excessive daytime sleepiness (EDS)
Índice da Qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI)
Índice de apneia-hipopneia (IAH)
Índice de distúrbios respiratórios do sono (RDI)
Obstructive sleep apnea (OSA)
Polissonografia (PSG)
Positive airway pressure (PAP)
Short form 36 Health survey (SF-36)
Síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS)
Sleep apnea quality of life index (SAQLI)
Sleep disordered breathing (SDB)

Resumo

A avaliação da qualidade de sono dos companheiros de doentes com síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) permanece uma lacuna de conhecimento na literatura médica. Os objetivos deste estudo são: avaliar a qualidade de sono, recorrendo ao Índice da Qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI) e a existência de sonolência excessiva, recorrendo à Escala de sonolência de Epworth (ESS), em doentes com SAOS e respetivos companheiros, antes e após o início do tratamento com PAP e correlacionar os achados encontrados com a adesão/não adesão do doente à terapêutica com PAP. No grupo de doentes que tiveram adesão ao PAP, houve uma melhoria da qualidade do sono de ambos, doente e companheiro, e houve ainda melhoria da sonolência excessiva dos doentes. Não se pode, no entanto, afirmar melhoria da sonolência excessiva do companheiro. No grupo dos doentes sem adesão ao PAP também não se pode afirmar que se verificaram melhorias.

Palavras-chave: companheiros; Síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS); Índice da Qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI); sonolência excessiva; Escala de sonolência de Epworth (ESS); terapêutica com PAP

Abstract

The sleep quality of bed partners of patients with obstructive sleep apnea (OSA) is still a knowledge gap in the medical field. The goals of this study are to evaluate the sleep quality, using the Pittsburgh sleep quality index (PSQI), and the excessive sleep using the Epworth sleepiness scale (ESS), in both OSA patients and their bed partners, before and after the PAP therapy. There was an improvement in the sleep quality of both patients and bed partners with adherence to PAP therapy, and also to the EDS patients. However we can not say there was an improvement in the EDS of the bed partner, neither in the non adherent OSA patients and respective bed partners.

Keywords: bed partners; Obstructive sleep apnea (OSA); Pittsburgh sleep quality index (PSQI); excessive daytime sleep (EDS); Epworth sleepiness scale (ESS); PAP therapy

Introdução

A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) caracteriza-se por episódios recorrentes de apneias e hipopneias, secundárias ao colapso da via aérea superior durante o sono. ⁽¹⁾ Segundo a American Academy of Sleep Medicine (2014), o diagnóstico fica estabelecido na presença do conjunto dos critérios A+B ou isoladamente do critério C (**Tabela I**) ⁽²⁾. Segundo uma revisão da literatura de 2008, a prevalência de SAOS no mundo, associada a sonolência excessiva, é de cerca de 3-7% nos homens adultos e de 2-5% nas mulheres. ⁽³⁾ No entanto, nem sempre está presente esta sonolência excessiva ⁽⁴⁾, pelo que muitas vezes os doentes acabam por ser referenciados para consulta do sono devido às queixas dos seus companheiros em relação à roncopatia do doente ou pela preocupação ao testemunharem as apneias respiratórias do doente durante

o sono, ⁽⁵⁾ ou ainda no contexto do diagnóstico de outras patologias concomitantes. Em Portugal, segundo um estudo efetuado na população sob observação da Rede de Médicos-Sentinela, em 2014, a prevalência de SAOS na população com 25 ou mais anos foi de 0,89%, sendo superior no sexo masculino (1,47%), e no grupo etário dos 65 aos 74 anos (2,35%). ⁽¹⁾

Esta prevalência, menor do que a estimada noutros países, segundo os autores do estudo pode estar relacionada quer com a definição de caso, quer com o subdiagnóstico desta patologia em Portugal.

A PSG classifica a gravidade da SAOS com base na frequência dos episódios obstrutivos respiratórios (medidos através do índice de apneia-hipopneia - IAH ou do índice de distúrbios respiratórios - RDI) em ligeira (IAH ou RDI=5-14 eventos/h), moderada (IAH ou RDI=15-29 eventos/h) ou grave

Tabela I - Critérios diagnósticos de SAOS:

A. Presença de ≥ 1 dos seguintes: <ol style="list-style-type: none">1. O doente refere sonolência excessiva, sono não reparador, fadiga ou insónia2. O doente acorda com falta de ar, "gasping" ou sensação de sufoco3. O companheiro ou alguém refere que o doente apresenta roncopatia e/ou pausas respiratórias4. O doente foi diagnosticado com hipertensão arterial (HTA), distúrbio do humor, disfunção cognitiva, doença arterial coronária, acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca (IC), fibrilhação auricular (FA) ou diabetes mellitus tipo 2 (DM2).
B. Polissonografia (PSG) ou estudo cardiorespiratório demonstra: <ul style="list-style-type: none">• ≥ 5 eventos respiratórios¹ predominantemente obstrutivos (apneias obstrutivas e mistas, hipopneias ou "respiratory effort related arousals" (RERAs) por hora de sono durante a PSG ou por hora de registo do estudo cardiorespiratório)
C. PSG ou estudo cardiorespiratório demonstra: <ul style="list-style-type: none">• ≥ 15 eventos respiratórios¹ predominantemente obstrutivos (apneias, hipopneias ou respiratory effort related arousals (RERAs) por hora de sono durante a PSG ou por hora de registo do estudo cardiorespiratório)

¹ Definidos segundo a versão mais recente do AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events

(IAH ou $RDI \geq 30$ eventos/h). A terapêutica com pressão aérea positiva (PAP) é o tratamento de escolha que deve ser oferecido a todos os doentes, independentemente do grau de gravidade da SAOS ⁽⁶⁾. Em Portugal, segundo a Norma nº022/2011 de 28/09/2011 atualizada a 05/03/2013 da DGS, consideram-se critérios de início da PAP em doentes com SAOS um IAH ou $RDI \geq 30$ ou um IAH ou $RDI \geq 5$, se associado a hipersonolência diurna e/ou patologia cardiovascular. Existe evidência de a terapêutica com PAP permitir a redução da frequência dos episódios obstrutivos respiratórios; uma melhoria dos sintomas do doente (melhoria da sonolência diurna, da qualidade de vida); redução do risco de doença cardiovascular, alterações cognitivas, ou aumento da mortalidade associadas a SAOS; redução do risco de acidentes de viação; e inclusive, benefícios na qualidade de vida do companheiro. ^{(7) (8) (9)} Na prática clínica, os companheiros de doentes com SAOS queixam-se frequentemente, da roncopatia e dos episódios de apneia do doente, chegando muitas vezes, ao ponto do casal ter de dormir em quartos separados ⁽¹⁰⁾. Ulfberg J., num estudo efetuado em mais de 1000 mulheres suecas, relata que as que eram companheiras de indivíduos com

roncopatia, apresentavam mais frequentemente insónia, cefaleias matinais, sonolência excessiva e fadiga ⁽¹¹⁾. Por este motivo, seria de esperar que se verificasse também uma redução da qualidade do sono, um aumento da sonolência excessiva e uma redução da qualidade de vida nos companheiros, e não apenas nos doentes com SAOS. ⁽¹²⁾ A maioria dos estudos neste campo de investigação, são relativos à avaliação da qualidade do sono em doentes com SAOS e sua relação com o início da terapêutica com PAP, no entanto, a avaliação do companheiro permanece uma lacuna, embora tenhamos assistido nos últimos anos, a uma crescente publicação, na literatura estrangeira de estudos cujo objetivo é a avaliação da qualidade de vida ^{(10) (12) (13) (14) (15) (16)} e da qualidade do sono do companheiro. ^{(12) (14) (15) (17) (18) (19)} A maioria dos estudos refere que existe uma redução da qualidade de vida e da qualidade subjetiva do sono dos companheiros de doentes com SDB ⁽¹²⁾, parecendo ocorrer uma melhoria de ambos os parâmetros, após o início da terapêutica com PAP. ^{(10) (14) (16) (17)} No entanto, dois estudos publicados na literatura, são exceção a estas conclusões. Segundo o estudo observacional de Parish & Lyng, que incluiu uma amostra de 54 casais, apesar da qualidade de vida, avaliada

através do SF-36 e do SAQLI, e do ESS não estarem alterados nos companheiros de doentes com SAOS, estes melhoravam significativamente, quando o doente recebia terapêutica com PAP.⁽¹⁶⁾ Segundo o ensaio aleatório e controlado de Sharief, que incluiu uma amostra populacional da comunidade em geral de 110 casais, os companheiros de doentes com SDB não apresentavam alteração da sua qualidade de vida ou da sua qualidade do sono.⁽¹²⁾

Em relação aos estudos que usam PSG, como indicador objetivo da qualidade do sono dos companheiros, estes são contraditórios entre si. Segundo o estudo de McArdle, que incluiu uma amostra de 22 companheiros submetidos a PSG com EEG no domicílio, a qualidade objetiva do sono não difere entre doentes submetidos a terapêutica com PAP e doentes em placebo⁽¹⁵⁾, enquanto que segundo um estudo de Beninati, que incluiu uma amostra de 10 companheiros submetidos a PSG, houve uma melhoria da eficiência e continuidade do sono⁽¹⁷⁾.

Em Portugal não temos conhecimento da realização de estudos acerca desta problemática, pelo que perante a actual lacuna no conhecimento destas questões, consideramos pertinente a sua melhor caracterização. Sendo os

companheiros muitas vezes os responsáveis por fazer a referência do doente aos cuidados de saúde, e perante a hipótese de que a terapêutica com PAP apresenta benefícios tanto para os doentes como para os seus companheiros⁽¹⁶⁾, estes devem ser vistos como aliados do médico, para reforçar junto do doente a importância da terapêutica e incentivar o aumento da adesão⁽¹⁰⁾.

Assim, elaboramos este estudo, no qual avaliaremos simultaneamente, doentes com SAOS e respectivos companheiros, em relação à sua qualidade do sono (através do Índice da Qualidade de sono de Pittsburgh) e existência de sonolência excessiva (através da Escala de Sonolência de Epworth) antes e após o início da terapêutica do doente com PAP. A Escala de sonolência de Epworth (ESS) tem como objetivo quantificar a propensão para adormecer em situações rotineiras do dia-a-dia, permitindo assim uma aferição da sonolência excessiva de um indivíduo⁽²⁰⁾. Na clínica esta escala tem vindo a ser usada como instrumento para monitorizar a resposta ao tratamento com PAP em doentes com diagnóstico prévio de SAOS.^{(4) (21)} O Índice da qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI) é um questionário que avalia a qualidade do sono e/ou existência de

distúrbios do sono no mês anterior,⁽²²⁾ sendo uma ferramenta de avaliação bastante utilizada na investigação clínica. Tentaremos ainda, relacionar os achados encontrados com a adesão/não adesão do doente à terapêutica com PAP.

Materiais e Métodos

Este estudo, de carácter prospetivo, foi realizado na Unidade de Sono e Ventilação não invasiva do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) no Hospital de Santa Maria (HSM), durante um período de cerca de 1 ano (entre Dez/2014 e Dez/2015).

Amostra

Como critérios de inclusão, foram integrados neste projeto de investigação, casais em que um dos elementos tinha sido diagnosticado com SAOS, com indicação para início do tratamento com PAP (neste caso foi utilizado APAP em todos os doentes) e que se mostraram disponíveis para, após a consulta de adaptação ao APAP, responder ao questionário inicial.

Obtivemos uma amostra de 52 doentes, dos quais 41 tinham companheiro que aceitou responder aos questionários, 6 doentes sozinhos (sem companheiro, ou que não foi possível contactar o

respetivo companheiro) e 5 foram excluídos (doente desistiu do tratamento com APAP e devolveu o aparelho, doente faltou à consulta de reavaliação e não a remarcou, ou falta de dados).

Instrumentos/Escalas utilizadas

A Escala de sonolência de Epworth (ESS) é um questionário cujo objetivo é quantificar a propensão de um indivíduo para adormecer durante 8 situações do dia-a-dia. Pede-se ao indivíduo que atribua uma pontuação de 0 a 3 pontos (sendo 0 pontos considerado "nenhuma probabilidade de dormir"; 1 ponto "ligeira probabilidade de dormir"; 2 pontos "moderada probabilidade de dormir"; e 3 pontos "forte probabilidade de dormir"), para cada uma das 8 situações do dia-a-dia. A pontuação final varia de 0 a 24 pontos, salvo se o indivíduo não conduzir (nesse caso varia de 0-21 pontos). Considera-se 10 pontos como sendo o valor limite da normalidade.⁽²⁰⁾ ⁽²³⁾ Obtivemos autorização do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) (**Anexo XIII**) para a utilização da versão portuguesa da ESS que tinha sido previamente validada e adaptada para a população portuguesa.

O Índice da Qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI) é constituído por 19 questões que devem ser respondidas

pelo doente e ainda por 5 questões-extra que devem ser respondidas pelo companheiro/pessoa que dorme no mesmo quarto. Apenas as respostas às primeiras 19 questões são utilizadas para o cálculo dos 7 componentes subjetivos da qualidade de sono (qualidade do sono; latência do sono; duração do sono; eficiência do sono; distúrbios do sono; uso de medicação para adormecer; disfunção diária), cuja soma final dá a pontuação global do PSQI. A pontuação final varia de 0-21 pontos, sendo que um índice ≥ 5 indica uma má qualidade de sono ⁽²²⁾. Utilizámos um questionário baseado na tradução portuguesa do questionário PSQI retirado do Manual prático do Centro de Medicina do Sono ⁽²⁴⁾.

Procedimento

Na Consulta de adaptação à terapêutica com APAP, foi pedido ao doente e respetivo companheiro que preenchessem, cada um, 2 questionários (PSQI e ESS). Explicou-se aos casais que os questionários deviam ser preenchidos de forma individual, para que não houvesse influência mútua nas respostas dadas. Não se pretendia que as respostas do doente e respetivo companheiro fossem iguais porque o objetivo era avaliar a qualidade do sono de cada um deles. Por esta razão, é imprescindível que o companheiro

também preencha o inquérito. Aquando da entrega dos respetivos questionários, foi também entregue um Folheto informativo sobre o estudo aos participantes. Neste folheto encontram-se informações relativas aos objetivos e metodologia do estudo, descritas em linguagem bastante simples e acessível para uma fácil compreensão. Explicou-se também, que a sua participação neste estudo teria um carácter apenas voluntário, sendo garantidas a confidencialidade e o anonimato das informações. Além disso, as consultas foram feitas no âmbito dos cuidados médicos habituais, não sendo necessário o doente participar em consultas extra ou realizar exames complementares acessórios no âmbito deste estudo. Foi pedido ao doente e companheiro que assinassem um consentimento informado.

Caso o companheiro não o acompanhasse à consulta de adaptação, era solicitado que o doente entregasse os questionários (relativos à Consulta de adaptação e relativos à Consulta de reavaliação) ao respetivo companheiro, para que este os preenchesse. Os questionários, já preenchidos pelo companheiro, eram devolvidos na consulta subsequente (Consulta de reavaliação). Neste caso, foi necessário explicar, muito claramente ao doente,

aquilo que se pretendia; explicou-se que era da máxima importância que fosse o companheiro a preencher os questionários, e que o fizesse em tempos separados (os questionários da Consulta de adaptação deviam ser preenchidos idealmente antes do início da terapêutica com APAP; e os questionários de reavaliação no dia antes da consulta de reavaliação) para que nos fosse possível aferir se tinha havido diferenças na qualidade de sono do companheiro.

Os questionários de reavaliação eram preenchidos por volta dos 2 meses, aquando da Consulta de reavaliação. Caso o companheiro não tivesse acompanhado o doente à consulta de adaptação eram, nesta altura, recolhidos também os questionários do companheiro. Em caso de esquecimento na entrega dos questionários, os casais foram contactados por telefone, tendo-nos transmitido as suas respostas.

Na consulta de reavaliação, eram recolhidos também os dados referentes às características biométricas, dados polissonográficos referentes à gravidade da SAOS, patologias concomitantes dos doentes, assim como dados de adesão do doente à terapêutica com APAP (Cópia da Nota de Alta - Adaptação de APAP, Cópia da Nota de Alta - Reavaliação do Tratamento com APAP

e Cópia do Questionário da primeira Consulta de Patologia do Sono), de forma a poder caracterizar a amostra de doentes em estudo e correlacionar a adesão à terapêutica com APAP com possíveis alterações na qualidade do sono de doentes e companheiros. A adesão mínima necessária foi definida como a utilização durante um período mínimo de 4 horas por dia, em que o APAP foi utilizado durante mais de 70% das noites de registo.^{(7) (25)}

Verificámos também se existiu eficácia na instituição da terapêutica com APAP. Segundo a Direcção Geral da Saúde considera-se eficácia desde que exista uma melhoria clínica associada a um IAH residual <5/h.⁽²⁶⁾

Tratamento e Análise dos dados

Os programas de base de dados e análise estatística utilizados foram Microsoft Office Excel 2010 e IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics 23. Foi realizada uma análise estatística descritiva para caracterizar a amostra. Recorreu-se ainda à utilização do Teste T de student para amostras emparelhadas de forma a identificar diferenças na qualidade de sono e na sonolência excessiva, de doentes com adesão ao APAP e respetivos companheiros, após os doentes terem efetuado terapêutica com o APAP durante cerca de 2 meses

(N=30), considerou-se assim, 2 momentos de recolha de dados: na consulta de adaptação - 0 meses; e na consulta de reavaliação - por volta dos 2 meses. Foi analisada a normalidade da distribuição das variáveis através do Teste de Shapiro-Wilk. Apesar de em 5 variáveis não se observar normalidade de distribuição, como estávamos perante uma variação suave da normalidade, prosseguiu-se com a estatística paramétrica que apresenta robustez nestas situações. No caso do grupo de doentes e respetivos companheiros que não tinham tido adesão ao APAP (N=11) foi utilizada a alternativa não paramétrica ao teste T emparelhado, nomeadamente o teste de Wilcoxon. Foi considerado estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

Resultados

Obtivemos uma amostra de 52 doentes com SAOS que foram submetidos a terapêutica com APAP. Destes, 41 dos doentes tinham companheiro que aceitou participar no estudo e responder aos questionários, 6 dos doentes não possuíam companheiro, ou não nos foi possível contactá-lo, e 5 foram excluídos. (Tabela II).

Tabela II- Frequências e percentagem de doentes que partilham, ou não partilham, o quarto e/ou a cama com o companheiro

Partilha CAMA ou QUARTO com Companheiro				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido				
Vive sozinho	6	12,8	12,8	12,8
Companheiro dorme noutro quarto	4	8,5	8,5	21,3
Companheiro dorme em cama separada	1	2,1	2,1	23,4
Partilha a cama com companheiro	36	76,6	76,6	100,0
Total	47	100,0	100,0	

Como da amostragem inicial, 5 dos doentes foram excluídos, considerou-se apenas N=47, sendo que realizámos a caracterização socio-demográfica deste grupo de doentes.

A média de idade foi de 59,42 (DP=11,43) com a mínima de 30 e a máxima de 80 anos. Do grupo, 12 eram mulheres (25,5%) e 35 homens (74,5%). Apresentaram um IMC médio de 32,17 kg/m² (DP=5,9) com um mínimo de 21 e um máximo de 46. Verificou-se assim a existência de um elevado grau (93,6%) de obesidade e pré-obesidade, segundo as categorias estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Dos 47 doentes incluídos no estudo, 38,3% tinham realizado PSG com EEG em laboratório, enquanto que 61,7% tinham realizado Poligrafia Cardiorespiratória (Tabela III).

No estudo polissonográfico realizado aos doentes, estes apresentavam uma SAOS ligeira (IAH ou RDI=5-14 eventos/h) em 38,3% dos casos, moderada (IAH ou RDI=15-29 eventos/h) em 19,1% e grave (IAH ou

RDI \geq 30 eventos/h) em 42,6%. O IAH médio foi de 27,52 (DP=19,8). (Fig 1)

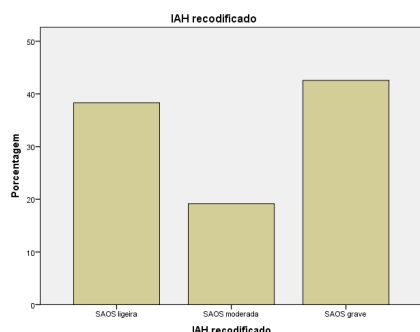


Figura 1 - Classificação da gravidade dos doentes com SAOS segundo o RDI e IAH

Em relação a alguns hábitos e comportamentos, (Tabela III), 31,9% dos indivíduos que constituíam a nossa amostra possuíam a 4ª classe, 46,8% o liceu e 21,3% apresentavam estudos superiores. A amostra era constituída por 4,3% de indivíduos que trabalhavam por turnos e por 8,5% de indivíduos que já tinham tido um acidente de viação prévio. Em termos de hábitos tabágicos,

61,7% eram não fumadores, 25,5% fumadores e 12,8% ex-fumadores. Havia consumo regular de bebidas alcoólicas em 36,2% e consumo de café/coca-cola/chá-preto em 68,1% dos doentes. Quanto a comorbilidades associadas à SAOS, temos que 76,6% dos doentes apresentava HTA, 10,6% sintomatologia compatível com cardiopatia isquémica (dor tipo angor ou já tinham tido um EAM), 23,4% referiam ter diagnóstico de arritmia, 8,5% já tinham tido um AVC ou um AIT, 21,3% eram diabéticos, 48,9% tinham dislipidémia, 48,9% foram diagnosticados com insuficiência respiratória e 23,4% apresentavam patologia psiquiátrica (ex: depressão). Analisámos a qualidade de sono, com recurso ao PSQI, e a sonolência

Tabela III - Tabela resumo de algumas Características Sócio-demográficas, Clínicas e Estudo do Sono

Variável (N=47)	Média (DP)	Frequências [%]
Idade [anos]	59,42 (DP=11,43)	
Sexo		25,5% mulheres; 74,5% homens
IMC [kg/m ²]	32,17 (DP=5,9)	Peso normal com IMC=18,5-24,9 (6,4%); Pré-obesidade com IMC=25-29,9 (29,8%); Obesidade grau I com IMC=30-34,9 (34%); Obesidade grau II com IMC=35-39,9 (17%); Obesidade mórbida com IMC \geq 40 (12,8%)
IAH	27,52 (DP=19,8)	SAOS ligeira (IAH ou RDI=5-14 eventos/h) em 38,3%; moderada (IAH ou RDI=15-29 eventos/h) em 19,1%; grave (IAH ou RDI \geq 30 eventos/h) em 42,6%.
Hábitos e Comportamentos		
-Escolaridade		31,9% 4ª classe; 46,8% liceu; 21,3% faculdade
-Trabalho por turnos		4,3%
-Acidente de viação prévio		8,5%
-Hábitos tabágicos		61,7% Não fumador; 25,5% Fumador; 12,8% Ex-fumador
-Consumo de bebidas alcoólicas		36,2%
-Consumo de café/coca-cola/chá-preto		68,1%
Comorbilidades associadas		
-HTA		76,6%
-Cardiopatia Isquémica		10,6%
-Arritmia		23,4%
-AVC/AIT		8,5%
-Diabetes		21,3%
-Dislipidémia		48,9%
-Insuficiência respiratória		48,9%
-Obesidade		93,6%
-Patologia Psiquiátrica		23,4%

excessiva, com recurso à ESS. Os doentes com SAOS ligeira (N=18) apresentavam uma ESS média de 10 (DP=4,83) e um PSQI médio de 7 (DP=3,05), os com SAOS moderada (N=9) apresentavam uma ESS média de 11,33 (DP=5,74) e um PSQI médio de 9,11 (DP=4,62) e os com SAOS grave (N=20) apresentavam uma ESS média de 7,8 (DP=5,85) e um PSQI médio de 7 (DP=5,24).

Analisaram-se os vários parâmetros de adesão ao tratamento com APAP nos indivíduos da amostra (N=47). Os doentes apresentaram uma média de 69,45 (DP=27,42) dias de registo, 5,71 (DP=1,95) horas de utilização do APAP por dia e 84,26% (DP=22,03) dias de utilização do APAP.

Assim, considerou-se que 72,3% dos doentes tiveram adesão à terapêutica com APAP. Dos que tiveram adesão (N=34), verificou-se que 73,5%

efectuaram mais de 6 horas de APAP por dia.

Nos doentes que possuíam adesão à terapêutica com APAP e cujo companheiro respondeu aos questionários (N=30), verificou-se uma média de horas de utilização por dia de 6,56 (DP=1,45) e uma percentagem de dias de utilização de 94% (DP=7,1).

(Fig 2)

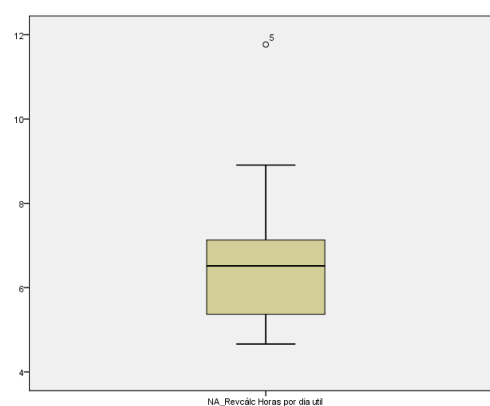


Figura 2- Número de horas de APAP efectuadas por dia nos doentes com adesão (N=30)

Verificou-se que 70% destes efectuaram mais de 6 horas de APAP por dia.

Verificou-se uma diferença significativa na pontuação final do PSQI do doente

Tabela IV - Estatísticas de amostras emparelhadas

	N	Média	Desvio Padrão	t	gl	p-valor(uni)	
Par 1	PSQI_Inicial_Doente	30	7,4667	4,32900	4,130	29	,000**
	PSQI_2 meses_Doente	30	4,8000	3,46808			
Par 2	PSQI_Inicial_Companheiro	30	6,7667	4,66597	2,658	29	,0065*
	PSQI_2 meses_Companheiro	30	5,1667	4,29180			
Par 3	ESS_Inicial_Doente	30	9,7667	5,40551	4,467	29	,000**
	ESS_2 meses_Doente	30	5,5333	5,19770			
Par 4	ESS_Inicial_Companheiro	30	5,7000	4,63235	,938	29	,178
	ESS_2 meses_Companheiro	30	5,2333	4,90379			

*p significativo para $\alpha=0,05$
 **p significativo para $\alpha=0,01$

($p=0.000$) e do companheiro ($p=0.0065$) antes e após terapêutica com APAP, sendo a média de melhoria da qualidade de sono de 2,67 (DP=3,54) e de 1,6 (DP=3,3), respetivamente. (Tabela IV) Verificou-se ainda uma diferença significativa na pontuação final da ESS do doente ($p=0.000$), antes e após terapêutica com APAP, sendo a média de melhoria da sonolência excessiva de 4,23 (DP=5,2). No entanto, não se verificou diferença significativa na pontuação final da ESS do companheiro ($p=0,178$), antes e após terapêutica com APAP. (Tabela IV)

Nos doentes que não possuíam adesão à terapêutica com APAP e cujo companheiro respondeu aos questionários (N=11), verificou-se uma média de horas de utilização por dia de 3,36 (DP=1,64) e uma percentagem de dias de utilização de 57,36 (DP=27,44). (Fig 3), isto embora 45,5% destes

doentes tenham efetuado mais de 4 horas de APAP por dia.

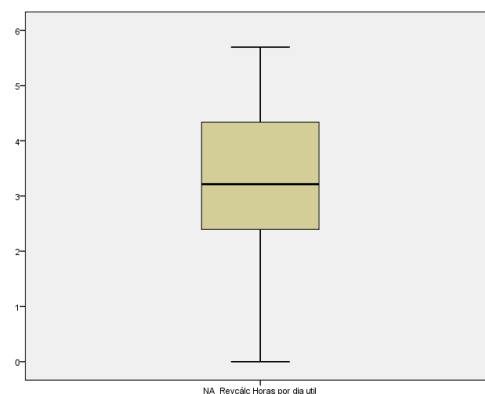


Figura 3 - Número de horas de APAP efectuadas por dia nos doentes sem adesão (N=11)

Existiram melhorias significativas entre o PSQI inicial e após 2 meses de terapêutica com APAP ($p=0,014$). Além disso, existiram também melhorias significativas entre o ESS inicial e após 2 meses de terapêutica com APAP, ($p=0,033$). (Tabela V)

Discussão

A avaliação da qualidade de sono dos companheiros dos doentes com SAOS permanece ainda uma lacuna de

Tabela V - Teste de postos assinados por Wilcoxon

	N	Média	Desvio Padrão	Wilcoxon (Z)*	p-valor(uni)
Par 1					
PSQI_Inicial_Doente -	11	7,3636	3,80191	-2,203	,014**
PSQI_2 meses_Doente	11	5,1818	2,08893		
Par 2					
PSQI_Inicial_Companheiro -	11	7,8182	4,42308	-1,362	,0865
PSQI_2 meses_Companheiro	11	6,2727	4,49646		
Par 3					
ESS_Inicial_Doente -	11	8,2727	5,10080	-1,841	,033**
ESS_2 meses_Doente	11	6,0909	5,39360		
Par 4					
ESS_Inicial_Companheiro -	11	6,7273	3,71728	-,677	,249
ESS_2 meses_Companheiro	11	6,4545	3,72461		

*Com base em postos negativos

**p significativo para $\alpha=0,05$

conhecimento, sendo escassa a investigação sobre esta problemática.

No nosso estudo avaliamos subjetivamente através da aplicação do Índice da qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI), a qualidade de sono dos doentes com SAOS e respectivos companheiros. Considerando o grupo de doentes que tiveram adesão à terapêutica com APAP, houve uma melhoria da qualidade do sono de ambos os doentes e companheiros, após a terapêutica com APAP.

Um $PSQI \geq 5$ indica uma má qualidade de sono, pelo que, pelos resultados se conclui que os doentes passaram de uma má qualidade de sono para uma boa qualidade de sono, embora nos limites do normal, após a terapêutica, enquanto que nos companheiros esta manteve-se classificável como má qualidade de sono, pois o $PSQI \geq 5$, embora após a terapêutica com APAP tenha passado a estar próxima dos limites da normalidade.

Apesar do tratamento com PAP apresentar inúmeros benefícios comprovados por estudos aleatórios e controlados, e ser o tratamento de escolha na SAOS, existem poucos estudos que examinem especificamente a eficácia do APAP na qualidade do sono. Segundo Stepnowsky, num estudo com 241 doentes com SAOS, 55% dos

doentes a utilizarem APAP, após 4 meses, apresentavam ainda alterações no sono, pelo que o efeito do APAP não foi tão grande quanto se esperava, em relação à qualidade subjectiva do sono.

⁽²⁷⁾ De acordo com McArdle, num estudo prospectivo, aleatório e controlado, com uma amostra de 49 companheiros, também relata que a qualidade subjectiva do sono dos companheiros, avaliada pela PSQI, era melhor nos companheiros dos doentes a quem tinha sido instituído terapêutica com APAP, em comparação com o braço placebo. ⁽¹⁵⁾ Neste estudo, ambos os braços do estudo, placebo e APAP, se mantiveram com um PSQI indicador de má qualidade do sono, embora com $p=0,08$, não significativo. No nosso estudo, embora tenhamos verificado uma melhoria significativa do PSQI ($p=0,0065$) nos companheiros dos doentes aderentes, não verificámos melhoria significativa ($p=0,0865$) nos companheiros dos doentes sem adesão.

Avaliamos, através da aplicação da Escala de sonolência de Epworth (ESS), a sonolência excessiva dos doentes com SAOS e respectivos companheiros. Considerando o grupo de doentes que tiveram adesão à terapêutica com APAP, houve uma melhoria da sonolência excessiva dos doentes após a terapêutica com APAP, embora os

doentes apresentassem à partida uma sonolência excessiva no limite superior do normal. Estudos referem que a ESS nunca deve substituir a polissonografia, devendo ser usada para qualificar (observar a progressão da doença e da sintomatologia) a doença e não para a quantificar ⁽²⁸⁾, até porque, os doentes tendem a desvalorizar a sua sonolência excessiva. Isto está de acordo com outros estudos que referem que muitas vezes os doentes subestimam a sua sonolência excessiva quando preenchem a ESS. ⁽²⁹⁾ A melhoria verificada nos doentes após a terapêutica com APAP, é corroborada por vários estudos que referem uma melhoria da sonolência excessiva ⁽¹⁰⁾⁽¹⁶⁾.

Não podemos afirmar que existiu uma melhoria significativa da sonolência excessiva do companheiro, no entanto os companheiros já apresentavam à partida, uma pontuação que se encontrava dentro dos limites considerados normais na ESS, pelo que não seria de esperar melhorias muito significativas.

Em relação ao subgrupo dos doentes que tinham companheiro que aceitou responder aos questionários mas que não possuíam adesão ao APAP, estamos perante uma amostra pequena (com 11 elementos), o que pode invalidar as conclusões que retirámos. Numa

primeira fase, tentámos identificar causas comuns que levassem à não adesão, não tendo sido identificado nenhum denominador comum, nomeadamente: dados biométricos, escolaridade, profissão, comorbilidades, equipamento/tipo de máscara utilizados ou sintomatologia. Verificaram-se melhorias no PSQI de 8 dos doentes e 5 dos companheiros, e também no ESS de 7 dos doentes e 3 dos companheiros, apesar da não adesão. A análise estatística efetuada demonstra melhorias significativas na qualidade de sono e na sonolência excessiva dos doentes após os 2 meses de terapêutica com APAP. No entanto, e na medida em que estamos perante uma amostra reduzida (N=11) não parece ser viável retirar conclusões generalistas destes dados, embora vários estudos tenham vindo a demonstrar que os efeitos benéficos do APAP podem surgir logo nos primeiros dias, e que podem bastar algumas horas por noite para que os doentes sintam diferenças, sendo a utilização parcial, preferível à ausência de utilização ⁽²⁵⁾ ⁽³⁰⁾. No nosso estudo reportamos uma percentagem de 72,3% de adesão ao APAP. Isto está de acordo com relatos de estudos anteriores: com 40-80% de adesão ao APAP ⁽⁷⁾. De fato, segundo a ATS, devemos considerar que um doente apresenta adesão ao APAP se o

está a utilizar regularmente, durante mais de 4h/noite ou mais de 2h/noite, desde que esteja a ter melhoria da sonolência diurna (medida pela ESS), melhoria subjetiva da qualidade de vida ou de co-morbilidades ligadas à SAOS (ex hipertensão, diabetes,...) ⁽²⁵⁾. Alguns doentes têm efeitos benéficos mesmo registando uma utilização inferior aos restantes, independentemente do IAH ⁽³⁰⁾.

Vários especialistas defendem que o ideal é uma adesão superior a 6 horas para evitar eventos cardiovasculares, sendo o mais estudado de todos a HTA. No nosso estudo verificámos que 66,6% dos doentes efetuaram mais de 6 horas de APAP por dia.

Segundo uma revisão de 2014, a problemática da adesão ao APAP, deve ser integrada num contexto mais amplo, tendo por base um modelo Bio-psico-social ⁽³¹⁾, sendo que a relação entre doente-companheiro poderá mesmo ajudar a explicar algumas das discrepâncias encontradas nos diversos estudos sobre qualidade do sono e qualidade de vida. Uma vez que os companheiros são muitas vezes responsáveis por fazer a referência do doente aos cuidados de saúde, devem ser vistos como aliados do médico para reforçar junto do doente a importância da terapêutica com APAP e aumentar

assim a adesão a esta. Segundo Sharief, talvez os companheiros dos doentes com SDB que não procuraram tratamento, não tenham alterações da qualidade de sono ou qualidade de vida, pelo que não pressionam os doentes a procurar aconselhamento médico o que poderia justificar o fato de no seu estudo (cuja amostra foi retirada da comunidade, ao contrário de todos os restantes estudos em que as amostras foram retiradas de populações sintomáticas) os companheiros de doentes com SDB não apresentam alteração da sua qualidade de vida ou da sua qualidade de sono ⁽¹²⁾. No nosso estudo a amostra foi obtida de uma população clínica (sintomática), o que pode justificar o fato de termos obtido algumas melhorias nomeadamente na qualidade de sono do companheiro.

Em termos de limitações e dificuldades encontradas na realização do nosso estudo temos a referir a enorme dificuldade para conseguirmos obter uma amostra da qual fizessem parte um número significativo de casais em que ambos os membros aceitassem e cumprissem o preenchimento de ambos os questionários, até porque muitas das vezes o companheiro não está presente em ambas as consultas, pelo que tivémos de pedir ao próprio doente que entregasse os questionários ao

companheiro para que fossem preenchidos, e os devolvesse numa consulta posterior.

Dado que a amostra é pequena, não avaliámos o PSQI nem o ESS segundo a gravidade do SAOS, nem segundo a existência prévia, ou não, de sonolência excessiva nos doentes, pelo que sugerimos em estudos futuros ampliar a amostra em estudo.

Sugere-se também realizar estes questionários de avaliação (pelo menos em 3 pontos) antes do início da

terapêutica com APAP, algum tempo após e a longo prazo, para avaliar se o efeito na melhoria da qualidade de sono e sonolência excessiva, em doentes e companheiros, se mantém.

Em conclusão, devem ser efectuados mais estudos que abordem a qualidade de sono do companheiro, pois isso em última instância contribui para uma melhor compreensão da relação doente-companheiro e de que forma isso afeta a adesão à terapêutica.

Agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para a realização deste projeto:

- Muito especialmente, desejo agradecer ao meu orientador Dr João Valença, Coordenador da Unidade de Fisiopatologia Respiratória do CHLN pela disponibilidade, atenção dispensada, paciência, dedicação e profissionalismo ... um Muito Obrigado;
- À Dr.^a Susana Moreira pela sugestão do tema deste trabalho;
- À Prof.^a Doutora Cristina Bárbara, Diretora do Serviço Pneumologia do CHLN e à Prof.^a Doutora Paula Pinto, Coordenadora da Unidade do Sono e Ventilação não invasiva do CHLN, pela autorização para a realização deste projeto de investigação;
- À Mestre em Educação Cristina Canhão, Técnica de Cardiopneumologia, e à restante equipa da Unidade de Sono e Ventilação não invasiva do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) no Hospital de Santa Maria (HSM) pelo apoio prestado durante este período;
- À Dr.^a Rute Roda, Pós-graduada em Análise de dados em SPSS, pelo apoio prestado em relação à componente estatística do trabalho;
- À minha família pelo incentivo, compreensão e encorajamento, durante todo este período;
- Aos colegas que me acompanharam ao longo destes 6 anos.

Bibliografia

1. Rodrigues AP, Pinto P, Nunes B, Bárbara C. Direção geral da saúde - Programa nacional para as doenças respiratórias. [Online].; 2014 [cited 2015 Jul. Available from: www.dgs.pt.
2. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders (ICSD3). 3rd ed.: Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014: p.53-62.
3. Punjabi NM. The Epidemiology of Adult Obstructive Sleep Apnea. Proceedings of the American Thoracic Society vol 5. 2008: p. 136–143.
4. Smith AKA, Togeiro SMG, Tufik S, Roizenblatt S. Disturbed sleep and musculoskeletal pain in the bed partner of patients with OSA. Elsevier - Sleep Medicine 10. 2009: p. 904–912.
5. Schlosshan D, Elliott MW. Clinical presentation and diagnosis of the OSAHS. Thorax: 59. 2004: p. 347–352.
6. Adult obstructive sleep apnea Task force of the American Academy of Sleep Medicine. Clinical Guideline for the evaluation, management and long-term care of OSA in adults. Journal of clinical sleep medicine, vol 5, nº 3. 2009: p. 263-276.
7. Kakkar RK, Berry RB. Positive Airway Pressure Treatment for Obstructive Sleep Apnea. CHEST / 132 / 3. 2007;; p. 1057-1072.
8. Siccoli MM, Pepperell JCT, Kohler M, Craig SE, Davies RJO, Stradling JR. Effects of CPAP on Quality of Life in Patients With Moderate to Severe OSA data from Randomized Control Trial. SLEEP, Vol. 31, No. 11. 2008: p. 1551-1558.
9. Nicolini A, Banfib P, Grecchic B, Laxb A, Walterspacherd S. Non-invasive ventilation in the treatment of sleep-related breathing disorders- A review and update. Rev Port Pneumol. 2014: p. 324-335.
10. Doherty LS, Kiely JL, Lawless G, McNicholas WT. Impact of Nasal Continuous Positive Airway Pressure Therapy on the Quality of Life of Bed Partners of Patients With Obstructive Sleep Apnea Syndrome. CHEST:124. 2003;; p. 2209–2214.
11. Ulfberg J, Carter N, Talbäck M, Edling C. Adverse health effects among women living with heavy snorers. Health Care Women Int. 21(2). 2000;; p. 81-90.
12. Sharief I, Silva GE, Goodwin JL, Quan SF. Effect of Sleep Disordered Breathing on the Sleep of Bed Partners in the Sleep Heart Health Study. SLEEP, Vol. 31, No. 10. 2008: p. 1449-1456.
13. Cartwright RD KS. Silent partners: the wives of sleep apneic patients. Sleep.10(3). 1987;; p. 244-8.
14. Kiely JL, McNicholas WT. Bed partners' assessment of nasal continuous positive airway pressure therapy in obstructive sleep apnea. CHEST. 1997;; p. 1261-1265.

15. McArdle N, Kingshott R, Engleman HM, Mackay TW, Douglas NJ. Partners of patients with SAOS- effect of CPAP treatment on sleep quality and quality of life. *Thorax*. 2001: p. 513-518.
16. Parish JM, Lyng PJ. Quality of Life in Bed Partners of Patients With Obstructive Sleep Apnea or Hypopnea After Treatment With Continuous Positive Airway Pressure. *CHEST*:124. 2003;; p. 942–947.
17. Beninati W, Harris CD, Herold DL, Shepard JW. The Effect of Snoring and Obstructive Sleep Apnea on the Sleep Quality of Bed Partners. *Mayo Clinic Proceedings, Volume 74, Issue 10*. 1999: p. 955-958.
18. Blumen MB, Salva MAQ, d’Ortho MP, Leroux K, Audibert P. Effect of sleeping alone on sleep quality in female bed partners of snorers. *European Respiratory Journal*: 34. 2009: p. 1127–1131.
19. Blumen MB, Salva MAQ, d’Ortho MP, Leroux K, Vaugier I, Barbot F, et al. Is snoring intensity responsible for the sleep partner’s poor quality of sleep. *Sleep Breath*, 16. 2012: p. 903–907.
20. Johns WM. A new method of measuring daytime sleepiness - The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 14(6). 1991;; p. 540-545.
21. Hardinge FM, Pitson DJ, Stradling JR. Use of the Epworth Sleepiness Scale to demonstrate response to treatment with nasal CPAP in patients with OSA. *Respiratory Medicine*: 89. 1995: p. 617-620.
22. Buysse DJ, Reynolds III Cf, Monk Th, Berman SR, Kupfer DJ. The pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28. 1998: p. 193-213.
23. Johns WM. Daytime sleepiness, snoring, and obstructive sleep apnea. The Epworth Sleepiness Scale. *CHEST*. 1993: p. 30-36.
24. Paiva T, Penzel T. *Centro de Medicina do Sono - Manual prático* Lisboa: Lidel; 2011.
25. American Thoracic Society (ATS) Subcommittee on CPAP Adherence Tracking Systems. An Official American Thoracic Society Statement: Continuous Positive Airway Pressure Adherence Tracking Systems. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188. 2013: p. 613–620.
26. Direção geral da saude (DGS). Direção geral da saúde (DGS) - Programa nacional para as doenças respiratórias (PNDR). [Online]. Available from: www.dgs.pt.
27. Stepnowsky C, Zamora T, Edwards C. Does Positive Airway Pressure Therapy Result in Improved Sleep Quality? *Health* 6. 2014;; p. 416-2424.
28. Boari L, Cavalcanti CM, Bannwart SRFD, Sofia OB, Dolci JEL. Avaliação da escala de Epworth em doentes com Síndrome de apneia obstrutiva do sono. *Rev Bras*

Otorrinolaringol; V.70, n.6. 2004;; p. 752-6.

29. Guimarães C, Martinsa MV, Rodriguesa LV, Teixeira F, dos Santos JM. Escala de sonolência de Epworth na síndrome de apneia obstrutiva do sono: uma subjetividade subestimada. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 2012; p. 267-271.
30. Weaver TE, Grunstein RR. Adherence to CPAP therapy - The challenge to effective Treatment. *Proceedings of the american thoracic society*, vol 5. 2008;; p. 173-178.
31. Crawford MR, Espie CA, Bartlett DJ, Grunstein RR. Integrating psychology and medicine in CPAP adherence e New concepts (Elsevier reviews). *Sleep Medicine Reviews* 18. 2014: p. 123-139.
32. Ashtyani H, Hutter DA, Hackensack. Collateral damage- the effects of obstructive sleep apnea on bed partners. *CHEST*. 2003;; p. 780-781.
33. Timothy J. Waltera NFEMDDJG. Comparison of Epworth Sleepiness Scale scores by patients with obstructive sleep apnea and their bed partners. *Sleep Medicine* 3 (Elsevier science). 2002;; p. 29-32.
34. Simon S. Smith TPSOJADIBGJJA. Confirmatory factor analysis of the Epworth Sleepiness Scale (ESS) in patients with obstructive sleep apnoea. *Sleep Medicine* 9 (Elsevier science). 2008;; p. 739-744.
35. Sampaio RS, Pereira MG, Winckb JC. Adaptação Portuguesa do Questionário de Qualidade de Vida (SAQLI) nos doentes com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono. *Revista portuguesa de pneumologia*. 2012; p. 166-174.
36. Park JG, Ramar K, Olson EJ. Updates on Definition, Consequences, and Management of Obstructive Sleep Apnea - concise review for clinicians. *Mayo Clin Proc*. 2011 June; p. 549-555.
37. Silverberg DS, Oksenberg A. Are sleep-related breathing disorders important contributing factors to the production of essential hypertension. *Current Hypertension Reports*. 2001: p. 209-215.
38. Tachibana N. Letter to the Editor - Why do we continue to use Epworth sleepiness scal. Elsevier- *Sleep Medicine* 8. 2007; p. 541-542.
39. Calleja JM, Esnaola S, Rubio R, Dura J. Comparison of a cardiorespiratory device versus polysomnography for dignosis of SAOS. *Eur Respir J*. 2002; p. 1505-1510.
40. Walter TJ, Foldvary N, Mascha E, Dinner D, Golish J. Comparison of ESS scores by patients with OSA and their bed partners (Elsevier) (2002). Elsevier - *Sleep Medicine* 3. 2002; p. 29-32.
41. Seidel S, Frantal S, Oberhofer P, Bauer T, Scheibel N, Albert F, et al. Morning headaches in snorers and their bed partners. *Cephalalgia*, 32. 2012; p. 888-895.

42. Virkkula P, Bachour A, Hytonen M, Malmberg H, Salmi T, Maasilta P. Patient- and Bed Partner-Reported Symptoms, Smoking, and Nasal Resistance in Sleep-Disordered breathing. *CHEST*. 2005: p. 2176–2182.
43. Baron KG, Smith TW, Czajkowsk LA, Gunn HE, Jones CR. Relationship Quality and CPAP Adherence in Patients with OSA. *Behavioral Sleep Medicine*, 7:1. 2009: p. 22-36.
44. Baron KG, Smith TW, Berg CA, Czajkowsk LA, Gunn HE, Jones CR. Spousal involvement in CPAP adherence among patients with OSA. *Sleep Breath*: 15. 2011: p. 525–534.
45. Baron KG, Gunn HE, Czajkowsk LA, Smith TW, Jones CR. Spousal Involvement in CPAP: Does Pressure Help? *Journal of Clinical Sleep Medicine*, Vol. 8, No. 2. 2012: p. 147-153.
46. Lee SJ, Kang HW, Lee LH. The relationship between the Epworth Sleepiness Scale and polysomnographic parameters in OSA patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol*: 269. 2012: p. 1143–1147.
47. Kumru H, Santamaria J, Belcher R. Variability in the Epworth sleepiness scale score between the patient and the partner. *Sleep Medicine*: 5. 2004: p. 369–371.
48. Murray WJ. A new method of measuring daytime sleepiness - The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 14(6). 1991;; p. 540-545.
49. Murray WJ. Daytime sleepiness, snoring, and obstructive sleep apnea. The Epworth Sleepiness Scale. *CHEST*. 1993: p. 30-36.
50. Qamar A, Kotha KS, Ioachimescu OC. Capitulo 6 - Obstructive Sleep Apnea. In Ioachimescu OC. *Contemporary Sleep Medicine for Physicians.*: Emory University USA; 2011. p. 71-110.
51. Direcção geral da saude (DGS). Direcção geral da saúde (DGS) - Departamento da qualidade na saúde. [Online]. Available from: www.dgs.pt.
52. Breugelmans JG, Ford DE, Smith PL, Punjabi NM. Differences in Patient and Bed Partner–assessed Quality of Life in Sleep-disordered Breathing. *Am J Respir Crit Care Med*: Vol 170. 2004;; p. 547–552.

ANEXOS



Presidente

Prof. Doutor José Pereira Miguel

Vice-Presidente

Profª. Doutora Maria Luisa Figueira

Membros

Dra. Ana Luisa Figueiras

Prof. Doutor Anselmo Borges

Dra. Judite de Sousa

Profª. Doutora Mafalda Videira

Enª. Maria da Graça Roldão

Dr. Mário Miguel Rosa

Prof. Doutor João Forjaz Lacerda

Prof. Doutor João Lavinha

Profª. Doutora Maria Do Céu Rueff

Prof. Doutor Alexandre Mendonça

Prof. Doutor José Luis Ducla Soares

Exma. Senhora

Dra. Raquel Sofia Robalo Lalanda

Rua Gaspar Correia, Lote 71

2200-087 ABRANTES

Lisboa, 30 de Dezembro de 2014

Nossa Refª. Nº 572/14

Assunto: Projecto de Investigação “Avaliação da qualidade de sono no doente com SAOS, e respectivos companheiros, antes e após o início do CPAP”

Relator - *Dr. Mário Miguel Rosa*

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe obteve, na reunião realizada em 17 de Dezembro de 2014, parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais se informa que o referido estudo foi enviado ao Sr. Director Clínico, Prof. Doutor Miguel Oliveira da Silva, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa

Prof. Doutor José Pereira Miguel

COMISSÃO DE

ÉTICA DO CENTRO ACADÉMICO DE MEDICINA DE LISBOA (CHLN/FMUL/IMM)

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz

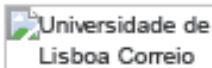
1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 2



Raquel Sofia Robalo Lalanda <rauellalanda@campus.ul.pt>

Projeto de Investigação - Avaliação da qualidade de sono no doente com SOAS e respetivos companheiros, antes e após o início do CPAP

4 mensagens

Direcção Clínica <dir-clinica@chln.min-saude.pt>

12 de fevereiro de 2015 às 11:48

Para: "rauellalanda@campus.ul.pt" <rauellalanda@campus.ul.pt>

Exma. Senhora

Dr.ª Raquel Lalanda,

Tenho o gosto de informar V. Exa. que o estudo em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado no dia 10/02/2015 pela Direcção Clínica.

Com os melhores cumprimentos,

Carla Silva

Direção Clínica**Conselho de Administração**

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE. EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente

Tif. 21 780 55 09

Faxo 21 780 56 00

Tlm. 90093

e-mail carla.silva@chln.min-saude.pt

Esta mensagem está sujeita às Condições de Uso e Restrições Legais indicadas em http://www.chln.min-saude.pt/restricoes_legais.html.

This e-mail message is subject to the Terms of Use and Legal Restrictions documented at http://www.chln.min-saude.pt/restricoes_legais.html.

AVISO LEGAL

- DOENTE
- COMPANHEIRO(A)

ANEXO III.**ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH**

Data: ___ / ___ / ___

Qual a probabilidade de dormir (*passar pelas brasas*) ou de adormecer — e não apenas sentir-se cansado/a — nas seguintes situações?

Este questionário refere-se ao seu modo de vida habitual nos últimos tempos. Mesmo que não tenha feito algumas destas coisas ultimamente, tente imaginar como é que elas o/a afetariam. Use a escala que se segue para escolher o número mais apropriado para cada situação:

- 0 = *nenhuma* probabilidade de dormir
- 1 = *ligeira* probabilidade de dormir
- 2 = *moderada* probabilidade de dormir
- 3 = *forte* probabilidade de dormir

Situação	Probabilidade de dormir
Sentado/a a ler	
A ver televisão	
Sentado/a inativo/a num lugar público (por exemplo, sala de espera, cinema ou reunião)	
Como passageiro num carro durante uma hora, sem paragem	
Deitado/a a descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem	
Sentado/a a conversar com alguém	
Sentado/a calmamente depois de um almoço sem ter bebido álcool	
Ao volante, parado/a no trânsito durante uns minutos	

- DOENTE
- COMPANHEIRO(A)

ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH

Data: ___ / ___ / ___

Qual a probabilidade de dormir (*passar pelas brasas*) ou de adormecer — e não apenas sentir-se cansado/a — nas seguintes situações?

Este questionário refere-se ao seu modo de vida habitual nos últimos tempos. Mesmo que não tenha feito algumas destas coisas ultimamente, tente imaginar como é que elas o/a afetariam. Use a escala que se segue para escolher o número mais apropriado para cada situação:

- 0 = *nenhuma* probabilidade de dormir
- 1 = *ligeira* probabilidade de dormir
- 2 = *moderada* probabilidade de dormir
- 3 = *forte* probabilidade de dormir

Situação	Probabilidade de dormir
Sentado/a a ler	
A ver televisão	
Sentado/a inativo/a num lugar público (por exemplo, sala de espera, cinema ou reunião)	
Como passageiro num carro durante uma hora, sem paragem	
Deitado/a a descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem	
Sentado/a a conversar com alguém	
Sentado/a calmamente depois de um almoço sem ter bebido álcool	
Ao volante, parado/a no trânsito durante uns minutos	

- DOENTE
- COMPANHEIRO(A)

ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

Data: ___ / ___ / ___

As seguintes questões relacionam-se com os seus hábitos de sono apenas durante o último mês. As suas respostas devem indicar a opção mais correta para a maioria dos dias e das noites do último mês.

Por favor, responda a todas as questões.

Durante o último mês:

1) A que horas foi normalmente para a cama?

HORÁRIO DE DEITAR: _____

2) Quanto tempo (em minutos) demorou a adormecer, na maioria das vezes?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU A ADORMECER: _____

3) A que horas se levantou de manhã, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR: _____

4) Quantas horas dormiu mesmo? (isto pode ser diferente do número de horas que passou na cama)

HORAS DE SONO: _____

Para cada uma das seguintes questões escolha 1 única resposta.

Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em dormir porque:	Não durante o último mês (0)	Menos de uma vez por semana (1)	Uma a duas vezes por semana (2)	Três ou mais vezes por semana ou mais (3)
a) Não conseguiu adormecer em 30 minutos				
b) Acordou a meio da noite ou de manhã muito cedo				
c) Teve de se levantar para ir à casa de banho				
d) Não conseguiu respirar confortavelmente				
e) Tossiu ou ressonou alto				
f) Sentiu muito frio				
g) Sentiu muito calor				
h) Teve pesadelos				
i) Teve dores				
j) Por outras razões				
<ul style="list-style-type: none"> • Por favor, <u>descreva quais</u> as razões: 				

	Não durante o último mês (0)	Menos de uma vez por semana (1)	Uma a duas vezes por semana (2)	Três ou mais vezes por semana ou mais (3)
6) Durante o último mês, quantas vezes tomou medicamentos (prescritos ou não pelo médico) para o/a ajudar a dormir? • Qual?				

7) Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em manter-se acordado quando conduzia, durante as refeições ou em atividades sociais?				
---	--	--	--	--

8) Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em manter o entusiasmo na realização das suas tarefas?				
--	--	--	--	--

	Muito boa	Boa	Má	Muito má
9) Durante o último mês, como avaliaria a qualidade do seu sono no geral?				

	VIVO SOZINHO	A pessoa com quem vivo, dorme NOUTRO QUARTO	Tenho <u>companheiro de quarto</u> , mas NÃO DIVIDO a mesma cama	DIVIDO a mesma cama
10) Divide o MESMO QUARTO ou a MESMA CAMA com alguém?				

	Não durante o último mês (0)	Menos de uma vez por semana (1)	Uma a duas vezes por semana (2)	Três ou mais vezes por semana ou mais (3)
10.1) Se divide o MESMO QUARTO ou a MESMA CAMA com alguém, pergunte-lhe qual a frequência, durante o último mês, com que você tem:				
Ressonado alto				
Longas pausas na respiração enquanto dormia				
Movimentos em que chutava ou sacudia as pernas enquanto dormia				
Episódios de desorientação ou confusão durante a noite				
Outras inquietações durante o sono • Por favor, <u>descreva quais</u> as razões:				

Obrigado pela sua colaboração.

- DOENTE
- COMPANHEIRO(A)

ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

Data: ___ / ___ / ___

As seguintes questões relacionam-se com os seus hábitos de sono apenas durante o último mês. As suas respostas devem indicar a opção mais correta para a maioria dos dias e das noites do último mês.

Por favor, responda a todas as questões.

Durante o último mês:

1) A que horas foi normalmente para a cama?

HORÁRIO DE DEITAR: _____

2) Quanto tempo (em minutos) demorou a adormecer, na maioria das vezes?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU A ADORMECER: _____

3) A que horas se levantou de manhã, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR: _____

4) Quantas horas dormiu mesmo? (isto pode ser diferente do número de horas que passou na cama)

HORAS DE SONO: _____

Para cada uma das seguintes questões escolha 1 única resposta.

Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em dormir porque:	Não durante o último mês (0)	Menos de uma vez por semana (1)	Uma a duas vezes por semana (2)	Três ou mais vezes por semana ou mais (3)
a) Não conseguiu adormecer em 30 minutos				
b) Acordou a meio da noite ou de manhã muito cedo				
c) Teve de se levantar para ir à casa de banho				
d) Não conseguiu respirar confortavelmente				
e) Tossiu ou ressonou alto				
f) Sentiu muito frio				
g) Sentiu muito calor				
h) Teve pesadelos				
i) Teve dores				
j) Por outras razões				
<ul style="list-style-type: none"> • Por favor, <u>descreva quais</u> as razões: 				

	Não durante o último mês (0)	Menos de uma vez por semana (1)	Uma a duas vezes por semana (2)	Três ou mais vezes por semana ou mais (3)
6) Durante o último mês, quantas vezes tomou medicamentos (prescritos ou não pelo médico) para o/a ajudar a dormir? <ul style="list-style-type: none"> Qual? Nestes 2 meses, houve alguma modificação dos medicamentos que tomava? <ul style="list-style-type: none"> Qual? 				

7) Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em manter-se acordado quando conduzia, durante as refeições ou em atividades sociais?				
---	--	--	--	--

8) Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em manter o entusiasmo na realização das suas tarefas?				
--	--	--	--	--

	Muito boa	Boa	Má	Muito má
9) Durante o último mês, como avaliaria a qualidade do seu sono no geral?				

	VIVO SOZINHO	A pessoa com quem vivo, dorme NOUTRO QUARTO	Tenho <u>companheiro de quarto</u> , mas NÃO DIVIDO a mesma cama	DIVIDO a mesma cama
10) Divide o MESMO QUARTO ou a MESMA CAMA com alguém?				

	Não durante o último mês (0)	Menos de uma vez por semana (1)	Uma a duas vezes por semana (2)	Três ou mais vezes por semana ou mais (3)
10.1) Se divide o MESMO QUARTO ou a MESMA CAMA com alguém, pergunte-lhe qual a frequência, durante o último mês, com que você tem:				
Ressonado alto				
Longas pausas na respiração enquanto dormia				
Movimentos em que chutava ou sacudia as pernas enquanto dormia				
Episódios de desorientação ou confusão durante a noite				
Outras inquietações durante o sono <ul style="list-style-type: none"> Por favor, <u>descreva quais</u> as razões: 				

Obrigado pela sua colaboração.

ANEXO VII.



Caro Utente,

Estamos a efectuar um estudo denominado: “Avaliação da Qualidade de sono dos doentes com SAOS e respectivos companheiros antes e após o início do CPAP”.

A maioria dos estudos publicados neste campo de investigação são relativos apenas à avaliação da qualidade do sono dos utentes. Neste estudo, pretendemos, de uma forma inovadora, estudar também o impacto na qualidade de sono do companheiro, que muitas vezes partilha a cama ou o quarto com o próprio utente, estando a sua qualidade de sono afectada indirectamente (por exemplo devido ao ressonar, às paragens respiratórias e aos despertares durante a noite do utente, que são causadores de ansiedade e alterações da qualidade de vida do companheiro). Por este motivo, **é imprescindível que o seu companheiro(a) também preencha o inquérito.**

Devem preenchê-lo, cada um, de forma individual (**NÃO é suposto que as respostas sejam iguais, porque o que pretendemos é avaliar o utente e o companheiro INDIVIDUALmente e separadamente**). Não existem respostas certas ou erradas, pelo que qualquer resposta é considerada correcta, o importante é que responda com sinceridade às questões colocadas.

O preenchimento deste questionário é bastante fácil, ao longo do mesmo encontrará indicações específicas ao seu preenchimento, no verso desta página vai encontrar um diagrama explicativo (“Calendário”).

As consultas vão ser feitas no âmbito dos cuidados médicos habituais, **NÃO tendo o utente de participar em consultas extra** ou ser sujeito a exames no âmbito deste estudo.

Garantimos a **confidencialidade das informações** pois os profissionais envolvidos estão obrigados ao **sigilo médico**. Esta participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento.

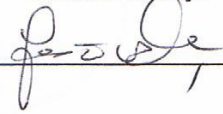
Este trabalho está a ser elaborado por uma equipa de investigação da Unidade de Sono e Ventilação não invasiva, do Serviço de Pneumologia do CHLN. Para qualquer informação adicional estamos ao seu dispor através dos contactos indicados.

Muito obrigado pela atenção.

Raquel Lalanda


raquellalanda@campus.ul.pt

Dr. João Valença



Calendário:

Para participar neste estudo **APENAS** tem de **preencher** os seguintes inquéritos, em cada consulta:

Consulta de adaptação

Utente, preenche APENAS estes 2 inquéritos:

Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

Escala de Sonolência de Epworth

COMPANHEIRO(a) do Utente, preenche

APENAS estes 2 inquéritos:

Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

Escala de Sonolência de Epworth

Consulta de reavaliação (cerca de 2 meses depois)

Utente preenche, APENAS estes 2 inquéritos:

Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

Escala de Sonolência de Epworth

COMPANHEIRO(a) do Utente preenche,

APENAS estes 2 inquéritos:

Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

Escala de Sonolência de Epworth

ANEXO IX.

CONSENTIMENTO INFORMADO

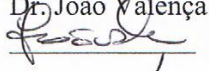
Declaro que fui informado sobre as condições de participação no estudo “Avaliação da Qualidade de sono dos doentes com SAOS e respectivos companheiros antes e após o início do CPAP”, do qual recebi uma folha informativa escrita, que li e compreendi.

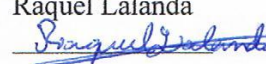
Este documento foi assinado após o esclarecimento das dúvidas que apresentava sobre o estudo.

Autorizo, igualmente, a utilização dos dados recolhidos, de forma anónima e confidencial, exclusivamente neste projecto de investigação.

O(a) participante:

Os investigadores:

Dr. João Valença


Raquel Lalanda


Data: ___/___/___



ANEXO X.

UNIDADE DE SONO E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA
Serviço de Pneumologia

(Colocar vinhetas do utente ou preencher campos)
Nome: _____

Nota de Alta - Adaptação de CPAP

Data de entrada: ___/___/___

Data de saída: ___/___/___

Doente de ___ anos, enviado da Consulta de Patologia do sono, com o diagnóstico de SAOS e com indicação para adaptação a CPAP.

Diagnóstico principal:

- SAOS Insuficiência Respiratória

Antecedentes pessoais:

- Hipertensão arterial EAM Angor Arritmia AVC
 Diabete Outra: _____

Escala de Epworth: ___/___

Exames complementares:

- PSG e/ EEG Laboratório Outro: _____
 Poligrafia cardiorasp. Internamento Domicílio
Data: ___/___/___ RDMAH: ___/h Sat. O₂ < 90%: ___%
IPLMS: ___/h Outro: _____

Ventilador:

Empresa: _____ Modo ventilatório: _____ Modelo /Nº série: _____
Parametriação: _____ Máscara: _____

Adaptação:

- Boa adaptação Obstrução nasal Outra: _____
 Má adaptação Claustrofobia Não motivado

Próxima consulta/reavaliação: _____

Notas: _____

Data: ___/___/___

Cardiopneumologista responsável: _____

Médico responsável: _____

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA
Unidade de Sono/VI

Diretora: Pro^{fa}. Doutora Cristina Bárbara

HSM: Tel: 217 805 293 - Fax: 217 805 545
HPV: Tel: 217 548 000 - Fax: 217 581 838

www.ching.pt



ANEXO XI.

Unidade de Sono e Ventilação Não Invasiva

**Nota de Alta
Reavaliação do tratamento com CPAP**



M DE Nasc.
Hosp. Sta Maria

Data de entrada: ___/___/___

Data de saída: ___/___/___

Data da colocação CPAP ___/___/___

Já alguma vez usou/experimentou este tipo de tratamento (CPAP) antes? Sim Não

Diagnóstico Principal

SAOS Insuficiência respiratória

RDUAH inicial: ___h Sat O₂ <90%: ___% EPW inicial: ___/___

Dados Biométricos

Peso: ___ Kg Altura: ___ cm IMC actual: ___ Kg/m²

TA: ___/___ mmHg Sat O₂: ___% FC: ___ bpm

Fumadora Nº cig.: ___ / dia Ex-Fumadora Cessação tabélica desde: ___/___/___ Não Fumadora

Comorbilidades

HTA Depressão AVC / AIT Diarritmia

Dislipidémia Cardiopatia Isquémica D. Tirdice _____

Diabetes Insuf. Cardíaca Asma _____

Equipamento

Linha	Respirador	D'Ar Saúde
<input checked="" type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	
VitalAire	Pravair	Máscara
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	

Parametrização

Pressão mín: ___ cmH₂O Pressão máx: ___ cmH₂O Pressão fixa: ___ cmH₂O

SERVICÓ DE PNEUMOLOGIA
Unidade de Sono e Ventilação Não Invasiva

Diretora: Prof. Doutora Cristina Bárbara

IMP201-00

HSM: Tel: 217 805 200 - Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 548 000 - Fax: 217 581 838

www.chil.pt



1 / 2



Adesão	Eficácia	
Nº dias de registo: _____	Pressão máx: _____ cmH ₂ O	Fuga média: _____ L/min
Nº dias de utilização: _____	Pressão média: _____ cmH ₂ O	Percentil 9 ₅ : _____ L/min
Nº dias não utilização: _____	Percentil 9 ₅ : _____ cmH ₂ O	
Nº Total de Horas: _____ h	IAH: _____ hora	IA: _____ / hora
Horas/noite: _____ h _____ min		EPW: _____

Sintomatologia/Complicações		
<input type="checkbox"/> Obstrução Nasal	<input type="checkbox"/> Marcas/lesões na face	<input type="checkbox"/> Intolerância a pressão
<input type="checkbox"/> Rinorreia	<input type="checkbox"/> Olhos vermelhos	<input type="checkbox"/> Distensão gástrica
<input type="checkbox"/> Secura das mucosas	<input type="checkbox"/> Otalgia	<input type="checkbox"/> Ruído
<input type="checkbox"/> Desconforto	<input type="checkbox"/> Claustrofobia	<input type="checkbox"/> _____

Alterações instituídas		
<input type="checkbox"/> Substituição de Máscara	Modelo: _____	
<input type="checkbox"/> Apoio de queixo	<input type="checkbox"/> Alteração de parâmetros	
<input type="checkbox"/> Humidificador	Pressão mín: _____ cmH ₂ O Pressão fixa: _____ cmH ₂ O	Pressão máx: _____ cmH ₂ O Rampa: _____

Terapêutica farmacológica	
<input type="checkbox"/> Corticoide nasal: _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Anti-histamínico oral: _____	<input type="checkbox"/> _____

Piano Terapêutico
Data da próxima reavaliação: _____
Data da próxima consulta de patologia do sono: _____

Cardiopneumologista: _____

Médico: _____

SERVICO DE PNEIMOLOGIA
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Diretora: Prof. Doutora Cristina Bárbara
IMP201.00

HSM: Tel: 217 805 255 – Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 848 003 – Fax: 217 581 838

www.chln.pt



2 / 2



Unidade de Sono e Ventilação Não Invasiva

Questionário da Primeira Consulta de
Patologia do Sono

IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Data: ___/___/___

Leia atentamente e preencha correctamente este questionário que nos ajudará a conhecer melhor os seus hábitos de sono e as queixas que o trazem à nossa Consulta do Sono. Obrigada!

Nome: _____	Idade: _____ anos
Profissão: _____	Sexo: _____
Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm; Número de colarinho da camisa _____;	
Qual a sua escolaridade? <input type="checkbox"/> Até 4ª classe <input type="checkbox"/> Liceu <input type="checkbox"/> Faculdade	
Tem carta de condução? <input type="checkbox"/> Não Sim: <input type="checkbox"/> Ligeiros <input type="checkbox"/> Pesados <input type="checkbox"/> Motociclos <input type="checkbox"/> Profissional	
Qual a queixa <u>mais importante</u> que o(a) traz a esta Consulta? _____	
Durante a semana quantas horas dorme habitualmente durante a noite? _____ e nos fins-de-semana? _____	
Trabalha por turnos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Custa-lhe a adormecer?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Acorda habitualmente durante a noite?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Acorda mais cedo do que queria?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Toma habitualmente comprimidos para dormir?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Bebe regularmente bebidas alcoólicas?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Bebe diariamente café, chá preto ou coca-cola?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Fuma ou já existiu algum período em que fumou?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Já teve algum acidente por ter adormecido a conduzir?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Tem hipertensão (tensão alta)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Tem ou já teve problemas do coração?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Tem problemas do nariz (entupido, outros)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Já foi operado ao nariz ou garganta?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Está deprimido?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Tem outras doenças?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Unidade de Sono e Ventilação Não Invasiva

Diretora: ProP. Doutora Cristina Bárbara

114000400

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 846
HPV: Tel: 217 848 000 – Fax: 217 881 838

www.chln.pt



1/2



Assinale entre as seguintes quais as doenças que teve ou tem:

- Enfarte Angina de peito Colesterol/triglicéridos altos Arritmia
 AVC (trombose cerebral) Bronquite crónica Doenças da tireóide
 Asma Hiperuricémia (ácido úrico alto) Impotência sexual Diabetes

Que medicamentos toma habitualmente?

- Ressoa durante o sono? Não Sim
 Alguém lhe disse que pára de respirar durante o sono? Não Sim
 Desperta durante a noite com sensação de asfíxia? Não Sim
 Tem dores de cabeça quando se levanta de manhã? Não Sim
 Quando se levanta sente que não descansou à noite? Não Sim
 Tem problemas de concentração ou pouca agilidade mental? Não Sim
 Tem sonolência durante o dia? Não Sim
 Quantas vezes se levanta durante a noite para urinar? _____

- Quando adormece tem sonhos ou pesadelos que parecem reais? Não Sim
 Alguma vez teve sonhos ou pesadelos acordado? Não Sim
 Durante uma emoção intensa alguma vez notou ficar sem forças em toda ou parte do corpo ou mesmo ter desmaiado? Não Sim
 Ficou alguma vez paralisado ou sem se poder mexer quando começou a dormir ou quando se levantou? Não Sim
 Mexe muito as pernas enquanto adormece ou a meio da noite? Não Sim
 Se tem sonolência nota que esta melhora depois de uma sesta? Não Sim

Pondo uma só cruz indique qual a probabilidade de adormecer em cada uma das seguintes situações (se alguma não ocorrer com frequência suponha o que aconteceria):

	Nenhuma (0)	Ligeira (1)	Moderada (2)	Forte (3)
Sentado e a ler				
A ver televisão				
Sentado em público (concertos, teatros, sessões...)				
Como passageiro em viagens (1 hora)				
Deitado a meio da tarde				
Sentado a falar com alguém				
Sentado tranquilamente após as refeições (sem beber álcool)				
A conduzir (parado num semáforo ou em filas...)				

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Unidade de Diagnóstico e Tratamento Não Invasivo

Diretora: Prof. Doutora Cristina Bárbara

144974/00

HSM: Tel: 217 805 293 – Fax: 217 805 645
HPV: Tel: 217 548 000 – Fax: 217 581 838

www.chfn.pt



2/2



Unidade de Sono e Ventilação Não Invasiva

Primeira Consulta de Patologia do Sono

IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Data: __/__/__

Observação	
IMC _____ kg/m ²	
Observações: _____	
Exame ORL	
Palato:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Duvidoso <input type="checkbox"/> Pós-UPPP
Orofaringe:	<input type="checkbox"/> Normal Mallampati:    
Articulação temporomandibular	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Laxa
Posição do mento	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Micrognatia <input type="checkbox"/> Retrognatia
Manobra inspiratória nasal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Exames Complementares efectuados anteriormente:	

Decisão clínica	
Sonolência diurna	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Passiva <input type="checkbox"/> Activa
Patologia cardíaca e/ou cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Impressão clínica	
<input type="checkbox"/> Má higiene do sono	<input type="checkbox"/> Narcolepsia
<input type="checkbox"/> Insónia	<input type="checkbox"/> Síndrome pernas inquietas
<input type="checkbox"/> Roncopatia simples	<input type="checkbox"/> Doença psiquiátrica
<input type="checkbox"/> SAOS	<input type="checkbox"/> Duvidoso: _____
Exames complementares solicitados	
<input type="checkbox"/> Polissonografia com EEG: __/__/__	<input type="checkbox"/> Poligrafia cardiorespiratória: __/__/__
<input type="checkbox"/> Gasometria arterial: __/__/__	<input type="checkbox"/> Teste latência múltipla: __/__/__
<input type="checkbox"/> TC SPN/Faringe: __/__/__	<input type="checkbox"/> Teste manutenção da vigília: __/__/__
<input type="checkbox"/> TC crâneo-encefálica: __/__/__	<input type="checkbox"/> Análise da função tiroideia: __/__/__
	<input type="checkbox"/> Estudo funcional respiratório: __/__/__
Observações:	

ANEXO XIII.



**Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra**



**rimas@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt**

Coimbra, 17 de Abril de 2016

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição ESS (Escala de sonolência de Epworth) para aplicar no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Este instrumento permite medir a propensão para o sono ou sonolência num leque diversificado de situações de vida.

Mais informação sobre as características desta medida poderá encontrar em

<http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/ESS>

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 165; 3004-512 COIMBRA
Tel. 239 790 507