

# ORIENTAÇÃO

NÚMERO: 022/2014

DATA: 30/12/2014

ATUALIZAÇÃO: 28/11/2016

---

ASSUNTO: Seguimento nos Cuidados de Saúde Primários de doentes com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono sob terapêutica com pressão positiva contínua

PALAVRAS-CHAVE: CPAP; AutoCPAP; Autobinível, Binível S; SAOS; Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

PARA: Profissionais e Utentes do Serviço Nacional de Saúde

CONTACTOS: Programa Nacional para as Doenças Respiratórias ([PNDR@dgs.pt](mailto:PNDR@dgs.pt))

---

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, emite-se a Orientação seguinte:

## I – SEGUIMENTO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DE DOENTES COM SÍNDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO SOB TERAPÊUTICA COM PRESSÃO POSITIVA CONTÍNUA

### 1. Introdução

Esta Orientação destina-se ao seguimento nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) dos doentes com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) sob ventiloterapia com pressão positiva contínua (CPAP/AutoCPAP), que sempre que estabilizados, deverão passar a ser seguidos pelo seu médico de medicina geral e familiar.

São ainda considerados para efeitos desta Orientação, o Autobinível e o Binível S, ventiladores usados quando os primeiros (CPAP, AutoCPAP) são ineficazes, ou não toleradas pelo doente.

### 2. Seguimento do doente com SAOS, sob CPAP

2.1. Os doentes devem ser referenciados para os CSP, a partir dos centros especializados em medicina do sono/medicina respiratória do sono a nível do SNS, onde lhes foi efetuado o diagnóstico e a adaptação ao CPAP. A adaptação deve ser efetuada em colaboração com a empresa fornecedora de cuidados respiratórios domiciliários (CRD).

2.2. A referência apenas deve ocorrer quando os doentes se encontram estabilizados, ou seja, quando há adesão à ventiloterapia e é objetivada a eficácia terapêutica.

- 2.3. Na referenciação, do hospital para os CSP, deve ser emitido um relatório clínico complementar da informação introduzida em ambiente de prescrição eletrónica médica de cuidados respiratórios domiciliários (PEM-CRD), referente às primeiras prescrições de CRD.
- 2.4. A nível dos CSP, deverá ocorrer pelo menos uma consulta anual de seguimento presencial com monitorização clínica e, se necessário, uma segunda consulta que poderá ser não presencial, para efeitos de continuidade de prescrição PEM-CRD.
- 2.5. As consultas de seguimento deverão ser suportadas por relatório de ventiloterapia (CPAP / AutoCPAP / Autobinível / Binível S) emitido pela empresa fornecedora de CRD, de acordo com o formulário do Anexo I.
- 2.6. Recomenda-se que o referido relatório, emitido pela empresa fornecedora de CRD reporte a adesão e a eficácia terapêutica (Formulário de relatório de seguimento técnico pela empresa fornecedora de CRD - Anexo I).
- 2.7. A monitorização clínica da consulta de seguimento tem como objetivo a adesão e a manutenção da eficácia terapêutica objetivada pela correção clínica dos sintomas com particular relevo para a hipersonolência diurna e efeitos colaterais (formulário de seguimento nos CSP – Anexo III).
- 2.8. Na consulta de seguimento a nível de CSP, deve ser efetuada a renovação da prescrição. Esta, constitui uma prescrição de continuação e faz-se utilizando a prescrição eletrónica PEM-CRD, de acordo com a legislação em vigor e com a última atualização da Norma de Orientação Clínica nº 022/2011 da DGS/OM.
- 2.9. Após a consulta, os anexos I, II e III, devem ficar arquivados no processo clínico do doente.
- 2.10. O doente deve voltar a ser referenciado dos CSP novamente para os centros especializados em medicina do sono a nível do SNS, caso se verifiquem as seguintes condições:
- Hipersonolência diurna (*Epworth*  $\geq 10$ ), não justificável por outras condições clínicas passíveis de correção (ver Anexo II);
  - Não adesão à terapêutica (utilização de CPAP inferior a 4 horas em 70% das noites);
  - Incapacidade de adaptação ao ventilador, de aparecimento recente;
  - Efeitos secundários de difícil correção;

- e) Situações de natureza técnica, expressas nas observações da empresa fornecedora de CRD, que impliquem necessidade de nova adaptação a CPAP;
- f) Vontade expressa do doente em suspender a terapêutica.

2.11. A suspensão do CPAP implica uma nova avaliação clínica efetuada pelo centro responsável pela prescrição inicial. Na formulação do pedido de referenciação hospitalar deve constar o motivo da suspensão (má adesão, ineficácia ou vontade expressa do doente), de modo a orientar a referida prioridade. Neste caso deve ser solicitado à empresa fornecedora de CRD o envio do relatório de seguimento técnico para o centro especializado hospitalar.

## II - CRITÉRIOS

- a) A ventiloterapia por pressão positiva domiciliária refere-se maioritariamente ao fornecimento de pressão positiva contínua (CPAP) por máscara nasal ou facial e constitui o tratamento de eleição da Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS);
- b) O CPAP é um gerador de pressão, que atua criando uma câmara-de-ar nas vias aéreas superiores impedindo o seu colapso. Com o CPAP em pressões otimizadas, os eventos respiratórios e os microdespertares desaparecem, há correção da fragmentação do sono, ocorre normalização dos valores de saturação de O<sub>2</sub> e as flutuações na pressão arterial diminuem. Normaliza também o quadro clínico;
- c) A pressão positiva pode ser contínua (CPAP), variável (AutoCPAP), ou Binível (Autobinível/Binível S). Esta última modalidade só é escolhida quando as anteriores são ineficazes ou não toleradas pelo doente.
- d) Considera-se que existe adesão à ventiloterapia (CPAP / AutoCPAP / Autobinível / Binível S), se se verificar uma utilização superior a 4 horas num período superior a 70% das noites;
- e) Considera-se que existe eficácia terapêutica sempre que à melhoria clínica se associe um índice de apneia-hipopneia residual <5/h.

### III – FUNDAMENTAÇÃO

- a) Em conformidade com o Despacho nº 9405/2014 a prescrição inicial de CRD deve ser efetuada por médicos especialistas com treino na área respetiva, em meio hospitalar, no aplicativo informático PEM-CRD, de acordo com a Norma de Orientação Clínica (NOC) nº 022/2011, intitulada “Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e Outros Equipamentos, de 28/09/2011, atualizada a 05/03/2013.
- b) Com exceção das situações previstas na referida NOC, as prescrições iniciais são da responsabilidade dos hospitais e as de continuação da responsabilidade dos CSP.

### IV – APOIO CIENTÍFICO

A presente Orientação foi elaborada no âmbito do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR), sob a direção da Profª Doutora Cristina Bárbara, coordenação executiva da Drª Elisabete Melo Gomes e texto de Dra. Dyna Torrado, Dr. José Romero, Dr. Joaquim Moita, Profª Doutora Cristina Bárbara, Profª Doutora Paula Pinto e Drª Paula Simão.

## SIGLAS/ACRÓNIMOS

Sigla/Acrónimo Designação

CPAP	Pressão positiva contínua
DGS	Direção-Geral da Saúde
SAOS	Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CRD	Cuidados Respiratórios Domiciliários
O <sub>2</sub>	Oxigénio
OM	Ordem dos Médicos
PEM-CRD	Prescrição Eletrónica Médica de Cuidados Respiratórios Domiciliários
PNDR	Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

## BIBLIOGRAFIA

- Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários. Boas práticas em cuidados respiratórios domiciliários. ACSS 2011.
- Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários. Circuitos, Suportes e Gestão de Informação em Cuidados de Saúde Respiratórios Domiciliários. ACSS 2011.
- Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários. Relatório de Situação de Cuidados de Saúde Respiratórios Domiciliários. ACSS 2010.
- Elsa Soares Jara, Cecília Vaz Pinto, Carlos Silva Vaz, António de Sousa Uva, Cândido Matos Campos, Celeste Barreto, Cristina Bárbara, Isabel Castelão, Joaquim Moita, Paula Pinto, Paula Simão, Sofia Mariz. Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e Outros Equipamentos. Norma nº 022/2011 de 28/09/2011 (atualizada a 1/09/2015). DGS 2015.
- Fonseca Antunes, Cristina Bárbara, Elisabete Melo Gomes. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. DGS 2012.
- Gay P, Weaver T, Loube D, Iber C - Evaluation of positive airway pressure treatment for sleep related breathing disorders in adults. A review by the positive airway pressure task force of the standards of practice committee of the American Academy of Sleep Medicine. Sleep 2006; 29: 381-401.

- Kushida CA *et al.* - Practice parameters for the use of continuous and bilevel positive airway pressure devices to treat adult patients with sleep-related breathing disorders. An American Academy of Sleep Medicine Report. *Sleep* 2006; 29: 375-380.
- Loube D *et al.* - Indications for positive airway pressure treatment of adult obstructive sleep apnea patients. *Chest* 1999; 115: 863-866.
- Santamaria J, Iranzo A, Montserrat JM, de Pablo J. Persistent sleepiness in CPAP treated obstructive sleep apnea patients: evaluation and treatment. *Sleep Med Rev* 2007;11: 195–207.
- Weaver TE, Grunstein RR. Adherence to continuous positive airway pressure therapy: the challenge to effective treatment. *Proc Am Thorac Soc* 2008; 5: 173–178.



Francisco George

Diretor-Geral da Saúde

## ANEXO I

### FORMULÁRIO DE RELATÓRIO DE SEGUIMENTO TÉCNICO DA SAOS PELA EMPRESA FORNECEDORA DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS

**NOME DO UTENTE:**

\_\_\_\_\_

**EMPRESA FORNECEDORA:** \_\_\_\_\_

**TÉCNICO (Nome):** \_\_\_\_\_ **DATA VISITA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(dd/mm/aaaa)

**AVALIAÇÕES:**

Peso: \_\_\_\_ Kg; FC: \_\_\_\_ bpm; SatO<sub>2</sub>: \_\_\_\_%

**EQUIPAMENTO**

**TIPO MÁSCARA:**

CPAP Modelo: \_\_\_\_\_ Nasal Modelo: \_\_\_\_\_

AutoCPAP Modelo: \_\_\_\_\_ Facial Modelo: \_\_\_\_\_

Almofadas Modelo: \_\_\_\_\_

**ACESSÓRIOS:**

**PARÂMETROS:**

Humidificador

CPAP: EPAP: \_\_\_\_

Apoio Queixo

AutoCPAP: EPAPmín: \_\_\_\_ EPAPmáx: \_\_\_\_

**ADESÃO:**

Período Avaliado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ →→ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Total Dias Período: \_\_\_\_

Percentagem Dias Uso: \_\_\_\_%

Percentagem Dias Uso ≥ 4 horas: \_\_\_\_ % (referência > 70%) Média Uso Diário: \_\_\_\_ horas (referência ≥ 4 horas)

**EFICÁCIA:**

Índice Apneia-Hipopneia residual: \_\_\_\_ /hora (referência  $\leq 5$  /hora) Pressão (P90/95): \_\_\_\_ cmH2O

Fuga (P90/95): \_\_\_\_ Lpm / %

Escala Sonolência *Epworth*: \_\_\_\_ (referência  $< 10$ )

**EFEITOS SECUNDÁRIOS REFERIDOS:**

Obstrução Nasal  Olho Vermelho  Claustrofobia  Fuga Ocular/Bucal

Úlcera por pressão  Pressão Elevada  Secura de Boca  Cefaleia

Epistaxis  Frio  Otalgia  Aerofagia

Outros:

---

**COMENTÁRIO TÉCNICO / INTERVENÇÕES REALIZADAS:**

---

---

---

---

Assinatura do Técnico:

---

Contactos da Empresa Fornecedora



## ANEXO II

### ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH

Nome: \_\_\_\_\_ 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	

© 1991, Sleep Disorders Unit, Epworth Hospital, Melbourne, Victoria, Australia by Marray W. Johns, Ph.D.  
Versão Portuguesa 2001. Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC),  
Laboratório de Estudos de Patologia de Sono (LEPS) do Centro Hospitalar de Coimbra  
([www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/lista/instrumentos/ess\\_pt\\_c.pdf](http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/lista/instrumentos/ess_pt_c.pdf)).

NOTA: para a obtenção da autorização para utilização desta Escala contactar Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) ([rimas@fe.uc.pt](mailto:rimas@fe.uc.pt)).

### ANEXO III

#### FORMULÁRIO DE SEGUIMENTO DA SAOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

DATA CONSULTA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ MÉDICO: \_\_\_\_\_

CENTRO SAÚDE/USF: \_\_\_\_\_

- **ADESÃO** (Média Uso Diário  $\geq$  4 horas): Sim  Não
- **EFICÁCIA** (Índice Apneia-Hipopneia residual  $\leq$  5 /hora): Sim  Não

Se uma ou mais respostas “NÃO”: Referenciar à Consulta Hospitalar

- **SONOLÊNCIA DIURNA** (Escala de Epworth  $\geq$  10): Sim  Não
- **EFEITOS SECUNDÁRIOS DE DIFÍCIL CORREÇÃO**: Sim  Não

Se uma ou mais respostas “SIM”: Referenciar à Consulta Hospitalar

- **DOENTE REFERE VONTADE DE SUSPENDER CPAP/AutoCPAP?** Sim  Não

MOTIVO: \_\_\_\_\_

Se resposta “SIM”: Referenciar à Consulta Hospitalar

#### PLANO:

- MANTÉM SITUAÇÃO ESTÁVEL (Marcar Consulta nos próximos 6 a 12 meses)

DATA PRÓXIMA CONSULTA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

PRESCRIÇÕES REALIZADAS ATÉ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- NÃO ESTÁVEL: REFERENCIADO À CONSULTA HOSPITALAR ( data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_)

**PARA REFERENCIAR À CONSULTA HOSPITALAR:**

- **Fornecer ao doente fotocópia** deste Formulário para levar à Consulta Hospitalar.
- **Arquivar no Processo Clínico** do doente o original deste formulário
- **Solicitar Pedido de Consulta ao centro de medicina do sono hospitalar** e indicar no pedido “Doente com SAOS, em seguimento nos Cuidados de Saúde Primários, que necessita de reavaliação hospitalar por perda dos critérios de estabilidade definidos”.
- O doente deve levar o **equipamento completo** e, sempre que possível, **ir acompanhado por familiar**.