



Os distúrbios respiratórios obstrutivos do sono (DROS) incluem o ronco, a síndrome da resistência da via aérea superior (SRVAS) e a apneia obstrutiva do sono (AOS). Os principais sintomas noturnos são o ronco e as pausas respiratórias testemunhadas pelo parceiro, e o principal sintoma diurno é a sonolência decorrente da má qualidade de sono apresentada por esses pacientes. A presença da hipóxia intermitente e ativação simpática decorrente dos despertares que sucedem os eventos respiratórios (apneias, hipopneias e despertares relacionados ao esforço respiratório – RERA) apresentados pelos pacientes, são os principais fatores que contribuem para o aumento do risco de doenças cardiovasculares. Além disso, as alterações sobre a arquitetura do sono, levam a prejuízo cognitivo, piora na qualidade de vida e aumento do risco para acidentes de trânsito e de trabalho.

I. ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Pacientes com história clínica sugestiva de apneia obstrutiva do sono (AOS): ronco, pausas respiratórias testemunhadas, sonolência diurna excessiva (SDE) não explicada por outras causas, dentre outros. Pacientes que apresentem fatores de risco para AOS: obesidade (IMC – índice de massa corpórea $> 35 \text{ kg/m}^2$ e no pré-operatório de cirurgia bariátrica), doenças cardiovasculares (insuficiência cardíaca congestiva, fibrilação atrial, hipertensão refratária, doença coronariana, acidente cerebral vascular, hipertensão pulmonar, arritmias cardíacas noturnas), doenças metabólicas (diabetes tipo 2) e em populações de risco (por exemplo: motoristas profissionais).

Para o diagnóstico da AOS no adulto, recomenda-se os critérios da Terceira Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono - CIDS-3 (AASM, 2015). Para tal é necessária a presença dos itens (A e B) ou C, descritos abaixo:

No mínimo **uma** queixa de:

- Episódios de sono não intencionais durante a vigília, SED, sono não reparador, fadiga ou insônia;
- Acordar com pausas respiratórias, engasgos ou asfixia;
- Companheiro(a) relata ronco alto e/ou pausas respiratórias durante o sono;
- Pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial, depressão, alteração cognitiva, doença coronariana, doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca congestiva, fibrilação atrial ou diabetes mellitus tipo 2;
- Polissonografia basal (PSG) ou Monitorização Portátil apresentando:
 - 5 ou mais eventos respiratórios obstrutivos detectáveis (apneia obstrutiva ou mista e/ou hipopneias e/ou RERA - "Respiratory Effort Related Arousal" – Despertar relacionado a esforço respiratório) por hora de sono.
 - OU
 - Polissonografia basal ou Monitorização Portátil apresentando: 15 ou mais eventos respiratórios detectáveis (apneia obstrutiva e/ou hipopneias e/ou RERA) por hora de sono. A gravidade da AOS leva em consideração o índice de apneia e hipopneia (IAH) obtido no registro polissonográfico e as repercussões dos sintomas na vida social e profissional dos pacientes (AASM, 1999). Deste modo, a AOS é considerada leve quando o IAH está entre 5 e 15 eventos por hora de sono; e a sonolência diurna ou episódios de sono involuntários ocorrem durante atividades que exigem pouca atenção como assistir televisão, ler ou andar de veículo como passageiro. É considerada moderada quando o IAH está entre 15 e 30 eventos por hora de sono e a sonolência ocorre durante as atividades que exigem alguma atenção como em eventos sociais. É considerada grave, quando o IAH se encontra acima de 30 eventos por hora de sono, e a sonolência ocorre durante as atividades que exigem maior atenção como comer, caminhar, conversar ou dirigir.

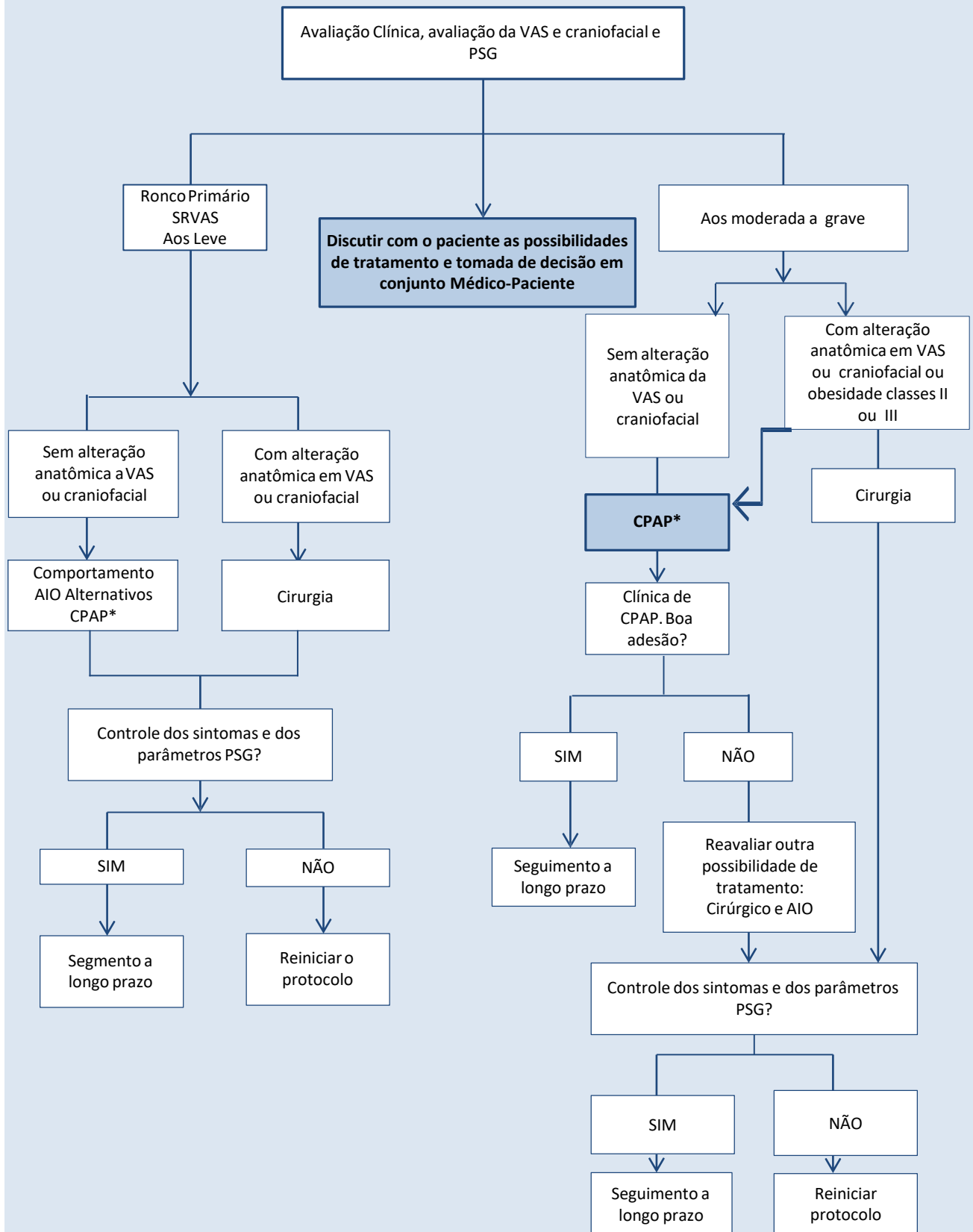
Determinantes da doença

- Apesar dos desfechos serem bem consolidados na literatura, a fisiopatologia dessa doença ainda não está bem estabelecida, mas acredita-se que fatores genéticos, funcionais e anatômicos da faringe estariam conjuntamente envolvidos;
- Os principais fatores de risco são: idade mais avançada, sexo masculino, obesidade e alterações da VAS e craniofaciais. Doenças hormonais como hipotireoidismo, acromegalia e menopausa também podem estar.

Apresentação Clínica

- Os principais sintomas noturnos da doença são o ronco e as pausas respiratórias testemunhadas pelo parceiro e o principal sintoma é a sonolência diurna excessiva (SDE).

2. FLUXOGRAMA



3. EPIDEMIOLOGIA

Estudos populacionais têm demonstrado elevada prevalência mundial da AOS, chegando a 32,9% na população adulta de São Paulo—Brasil acometendo principalmente pacientes do sexo masculino, entre a 4ª e 5ª décadas de vida. A prevalência tende a aumentar com o avançar da idade e em indivíduos obesos.

4. FATORES DE RISCO

- A AOS aumenta o risco para doenças cardiovasculares e acidentes de trânsito e de trabalho, com impacto desfavorável na qualidade de vida. Os principais fatores de risco para AOS são: idade mais avançada, sexo masculino, obesidade e alterações anatômicas da via aérea superior (VAS) e craniofaciais (hipoplasia da maxila e/ou mandíbula), além de algumas doenças hormonais como hipotireoidismo, acromegalia e menopausa;
- Por ser uma doença multifatorial, de alta prevalência populacional, com alto impacto na qualidade de vida e com aumento do risco cardiovascular, sugere-se que esses pacientes sejam avaliados de forma global, através de avaliação clínica, antropométrica, exames laboratoriais (metabolismo glicêmico, lipídico e hormonal), avaliação da VAS e craniofacial e **polissonografia – Anexo 1**;
- Após uma detalhada avaliação, com estratificação dos fatores de risco e da gravidade da AOS, sugere-se um fluxograma para o tratamento desses pacientes, incluindo a possibilidade de tratamentos clínicos (**medidas comportamentais, Anexo 2**; **tratamento da Obesidade, Anexo 3**; **aparelhos intraorais – AIO, Anexo 4**; **aparelhos de pressão positiva em via aérea – CPAP, Anexo 5**; e **fonoaterapia, Anexo 6**); e tratamentos cirúrgicos (**cirurgias de VAS, Anexo 7**; e **craniofaciais, Anexo 8**).

5. TRATAMENTO

Medidas comportamentais (evitar uso de medicamentos sedativos, relaxantes musculares e álcool dentre outros), posturais (evitar dormir em decúbito dorsal) e de higiene do sono (**Anexo 2**), bem como controle de peso, são sempre recomendadas. É recomendado discutir as diferentes possibilidades de tratamento com o paciente e tomada de decisão em conjunto médico-paciente. Uma vez adequadamente diagnosticados e avaliados, recomenda-se o seguinte fluxograma para o tratamento de pacientes portadores de AOS:

Pacientes com AOS moderada a grave:

- A. Para pacientes com AOS moderada a grave que não apresentem alterações anatômicas obstrutivas em VAS e/ou alterações craniofaciais evidentes, recomenda-se tratamento com aparelhos de pressão aérea positiva contínua na via aérea (CPAP) (**Anexo 5**) (**Nível de evidência A, Nível de recomendação classe I**).
- Para os pacientes que apresentarem adesão satisfatória ao CPAP (uso maior do que 5 horas por noite em 70% das noites) e controle dos sintomas clínicos e dos parâmetros polissonográficos, recomenda-se seguimento multidisciplinar a longo prazo. (**Nível de evidência A, Nível de recomendação classe I**).
- Para os pacientes com adesão insatisfatória ao CPAP ou que se recusarem ao tratamento, sugere-se reavaliar a possibilidade de tratamento cirúrgico* (**Anexos 7 e 8**) ou com aparelhos intraorais de avanço mandibular (AIO) (**Anexo 4**). Sugere-se a realização de nova PSG de controle após pelo menos 3 meses do tratamento cirúrgico ou no término da instalação do AIO (**Nível de evidência C – OE, Nível de recomendação classe II b**). Se houver controle dos sintomas clínicos e dos parâmetros polissonográficos, sugere-se seguimento a longo prazo, caso contrário, recomenda-se reiniciar o protocolo.
- Nota: nos casos de AOS grave sem alterações anatômicas evidentes, onde o paciente não apresenta adesão satisfatória ou recusa o tratamento com o CPAP; o avanço maxilo-mandibular (**Anexo 8**) (**Nível de evidência A, Nível de recomendação classe I**).
- B. Para pacientes com AOS moderada a grave com alteração anatômica obstrutiva em VAS e/ou craniofacial evidente ou com obesidade, existe a opção além da recomendação do tratamento com CPAP (**Anexo 5**), do tratamento cirúrgico para controle da obesidade (**Anexo 3**) (**Nível de evidência A, Nível de recomendação classe I**) e/ou do sítio/sítios anatômicos acometidos (**Anexos 7 e 8**) (**Nível de evidência A a C, Nível de recomendação classe I e II a e b**). Sugere-se nova PSG de controle no mínimo após 3 meses de pós-operatório para cirurgia de VAS; e 6 meses para cirurgia bariátrica e craniofacial (**Nível de evidência C – OE, Nível de recomendação classe II b**). Se houver controle dos sintomas clínicos e dos parâmetros polissonográficos, sugere-se seguimento a longo prazo, caso contrário, recomenda-se reiniciar o protocolo.

Pacientes com ronco primário, SRVAS e AOS leve:

Para pacientes com ronco, SRVAS e AOS leve, sem alterações anatômicas em VAS e/ou craniofaciais, que não apresentaram controle com as medidas comportamentais (**Anexo 2**), são recomendados os seguintes tratamentos: aparelhos intraorais de avanço mandibular (**Anexo 4**) (**Nível de evidência A, Nível de recomendação classe I**) e tratamentos alternativos (fonoterapia [**Anexo 6**], tratamento para doença do RGE, reposição hormonal na menopausa, tratamento medicamentoso) (**Níveis de evidência B e C, Nível de recomendação classe II a e b**). O tratamento com CPAP é opcional (**Anexo 5**) e pode ser indicado nos casos refratários ou caso o paciente prefira essa modalidade de tratamento (**Nível de evidência A, Nível de recomendação classe I**). O desfecho de tratamento é preferencialmente feito pelo controle dos sintomas clínicos nos casos leves, sendo recomendado a PSG em casos selecionados ou a critério clínico (por exemplo: manutenção de sintomas, presença de dessaturação da oxihemoglobina na PSG basal, comorbidades, dentre outros).

Se houver controle dos sintomas clínicos e polissonográficos, recomenda-se seguimento a longo prazo (**Nível de evidência C – OE, Nível de recomendação classe II b**); caso contrário, recomenda-se reiniciar o protocolo. Para pacientes com ronco, SRVAS e SAOS leve, com alteração anatômica em VAS ou craniofacial: além dos tratamentos já expostos (AIO, tratamentos alternativos e CPAP), é possível o tratamento cirúrgico do sítio/sítios anatômicos acometidos (**Anexo 7 e 8**) (**Nível de evidência A a C, Nível de recomendação classe I e II a e b**);

O desfecho de tratamento é preferencialmente feito pelo controle dos sintomas clínicos nos casos leves, sendo recomendado a PSG em casos selecionados ou a critério clínico (por exemplo: manutenção de sintomas, presença de dessaturação da oxihemoglobina na PSG basal, comorbidades, entre outros). Se houver controle dos sintomas clínicos e polissonográficos, sugere-se seguimento a longo prazo; caso contrário, recomenda-se reiniciar o protocolo.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Apneia;
- Sono;
- Obesidade;
- Tratamento.

III. GLOSSÁRIO

VAS: Vias Aéreas Superiores

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

29/10/2025 – Unificação com Einstein Goiânia

IV. Referências Bibliográficas

- [1] American Academy of Sleep Medicine. Sleep-related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research.
- [2] The Report of an American Academy of Sleep Medicine Task Force. Sleep. 1999;22(5):667-89.
- [3] (Young et al, 2008; Lévy et al., 2009
- [4] Martinho et al., 2008
- [5] Oliveira MC et al. 2015

Anexos

[Protocolo Apneia Sono Anexo I](#)
[Protocolo Apneia do Sono Anexo II](#)
[Protocolo Apneia do Sono Anexo III](#)
[Protocolo Apneia do Sono Anexo IV](#)
[Protocolo Apneia do Sono Anexo V](#)
[Protocolo Apneia do Sono Anexo VI](#)
[Protocolo Apneia do Sono Anexo VII](#)
[Protocolo Apneia do Sono Anexo VIII](#)
[Protocolo Apneia do Sono Anexo IX](#)

Código Documento: CPTW73.4	Elaborador: Fernanda Louise Martinho Haddad	Revisor: Mauro Dirlando C de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 20/04/2021 Data de Revisão: 29/10/2025	Data de Aprovação: 29/10/2025
--------------------------------------	---	--	---	---	---