

Data: 03/10/2017

RT – 76/2017

Solicitante: Juíza Cláudia Luciene Silva Oliveira

6a Unidade Jurisdicional Cível BH

Número do processo: 9071226.07.2017.813.0024 - PJE

Ré: UNIMED Rio de Janeiro

Medicamento	
Material	x
Procedimento	
Cobertura	

TEMA: CPAP para tratamento da apneia do sono.

Sumário

1. Demanda	2
2. Contexto	4
3. Pergunta estruturada	5
4. Descrição da tecnologia solicitada ³	5
5. Revisão da literatura.....	6
6. Disponibilidade na ANS/SUS.....	7
7. Recomendação	8
Referências	9

1. Demanda



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS
PODER JUDICIÁRIO
BELO HORIZONTE
06ª UNIDADE JURISDICIONAL CÍVEL
AVENIDA FRANCISCO SALLES, 1446, SANTA EUGÊNIA, BELO HORIZONTE - MG, FONE: (51) 3286-9500

DECISÃO EM PEDIDO DE URGÊNCIA
PROCESSO: 9071226-07.2017.813.0024 - Procedimento do Juizado Especial Cível

PROMOVENTE(S):

PROMOVIDOR(E):

UNIMED - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (RIO DE JANEIRO)

Vistos, etc.

Intime-se o autor para juntar a negativa da requerida.

Oficie-se ao NATS encaminhando documentos necessários. ?

BELO HORIZONTE, 25 de Setembro de 2017

CLAUDIA LUCIENE SILVA OLIVEIRA

Documento assinado eletronicamente pelo(a) juiz(a)

Fonte:

As imagens em *It's*, estão munidas de dados identificatórios e imagens vestimentas adequadas ao ambiente forense.

O horário de atendimento às partes nas Secretarias de Justiça é de 08:00 às 18:00 horas.

Relatório Médico

Descrição do Exame Polissonográfico

Nome: <input type="text"/>			
Sexo: M	Idade: 63 anos	Peso: 78 Kg	Altura: 1,58 m
IMC: 31,2	Data do Exame: 13/06/2017	Exame: 41634_01	
Médico solicitante: DR JOSÉ FERNANDO DE ALMEIDA SALES			

COMENTÁRIOS:

Exame iniciado às 20:55:41 horas e encerrado às 05:40:31 horas, com latência para o sono de 72 minutos e latência para o sono REM de 156 minutos. O tempo total de sono foi de 406,0 minutos, com eficiência do sono de 79,3%. A distribuição dos estágios do sono mostrou:

Estágio do sono	% encontrada	% prevista *
Estágio 1	2,1%	Até 5%
Estágio 2	86,7%	45 - 55%
Estágio 3	0,0%	15 - 20%
Sono REM	11,2%	20 - 25%
Eficiência do sono	79,3%	> 85%

No período total de sono permaneceu 106,0 minutos acordado e ocorreram 39 micro despertares (índice de 5,8/hora)

Durante o registro, a frequência cardíaca média foi de 79 bpm, a maior de 94 bpm e a menor de 72 L.p.p. Ocorreram 311 eventos respiratórios, sendo 19 centrais, 292 obstrutivos e 0 misto. O índice de apnéia/hipopnéia total foi 46,0/hora (normal até 5/h), sendo 16,9 apnéia/hora e 29,1 hipopnéia/hora. O índice de apnéia/hipopnéia no sono REM foi 75,2/hora, sendo 17,1 apnéia/hora e 58,0 hipopnéia/hora.

A saturação basal da oxihemoglobina foi de 92%, sendo a saturação média de 89%, a maior de 95% e a mínima de 77%, permanecendo 244,6 minutos (47,8%) de registro com a saturação abaixo de 90%, e 0,1 minutos (0,0%) com a saturação abaixo de 80%. Ocorreram 342 dessaturações.

Presença de ronco moderado frequente.

Não foram identificados movimentos periódicos de membros inferiores.

Ausência de movimentos anormais em sono.

Escala de Sonolência de Epworth de 0 em 24 pontos (normal até 10 pontos).

Resumo dos resultados

- 1- Sono de eficiência reduzida devido ao aumento de sua latência e aos despertares que o fragmentaram.
- 2- Sono caracterizado por aumento da porcentagem do sono leve (estágio 2 NREM), ausência de sono profundo (estágio 3 NREM) e redução do sono REM. A latência para o sono REM também está aumentada.
- 3- Ronco associado a aumento do índice de apnéia-hipopnéia, em níveis compatíveis com quadro grave de Apnéia Obstrutiva do Sono.
- 4- Presença de hipoxemia significativa (< 90%) durante 47,8% do tempo total de sono, sendo 77,0 a oximetria mínima observada.

2.Contexto

SOBRE A DOENÇA^{1,2}

A Síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS) é uma doença crônica ocasionada pela cessação (apneia) ou diminuição (hipopneia) da respiração de maneira

periódica durante o sono, causada pelo estreitamento ou oclusão das vias aéreas.

Caracteriza-se por:

- ✓ Interrupção ou diminuição da respiração durante o sono relacionada a pausas respiratórias ou despertares noturnos;
- ✓ Sonolência, fadiga e perda da concentração durante o dia;
- ✓ Sinais de distúrbio do sono como roncos e inquietação;

A apnéia é definida como a interrupção total do fluxo aéreo por intervalo ≥ 10 s e a hipopnéia é a interrupção parcial ($\geq 50\%$) do fluxo aéreo.

A pessoa acometida por essa síndrome passa a ter um risco aumentado de diminuição do desempenho cognitivo e de problemas de saúde devido aos despertares repetidos e à falta de oxigênio durante o sono que ocorre durante meses a anos. Há aumento do risco de mortalidade nos pacientes que apresentam, concomitantemente, riscos cardiovasculares estabelecidos e que apresentam, ao exame de polissonografia, mais de 30 apneias e/ou hipopneias por hora de sono.

Há várias etiologias para o quadro de apneia/hipopneia. Os fatores mais frequentemente associados são obesidade, anormalidades craniofaciais e anormalidades das vias aéreas superiores.

O diagnóstico definitivo dessa síndrome é realizado por um exame denominado polissonografia, capaz de medir as apneias e/ ou hipopneias durante o sono.

3. Pergunta estruturada

P – paciente portador de DPOC e apneia do sono

I – CPAP

C – outros tratamentos

D – melhor resultado clínico, menor risco cardiovascular.

4. Descrição da tecnologia solicitada³

O CPAP é um aparelho que fornece pressão positiva contínua sobre as vias aéreas mantendo-as abertas – força a entrada de ar pelas vias aéreas do paciente.

A adesão ao uso do CPAP é pequena entre os pacientes que tentam usá-lo. Considerando o uso de, pelo menos, 4 horas por noite de 29% a 83% dos pacientes não consegue usar o equipamento.

Um modelo de CPAP S9, foi desenhado para permitir a umidificação e aquecimento do ar, além de permitir um ajuste na pressão de oferta do ar e redução do barulho, na expectativa de aumentar essa adesão ao tratamento. Em um estudo sobre o uso desse equipamento, realizado pelos seus fabricantes, os resultados mostraram que os pacientes passaram a usá-lo durante meia hora a mais, por dia, comparado a os outros modelos. A relevância clínica desse achado é discutível. Ademais, o estudo limitou-se a 28 dias de observação, o que é pouco tempo para qualquer conclusão, dado que a SAHOS é uma condição crônica.

5. Revisão da literatura (04/10/2017)

Base de dados	Estratégia de busca	Artigos encontrados	Artigos selecionados
<i>uptodate</i>	Sleep apnea	12	1
PubMed	Sleep apnea AND CPAP, human, adult, revisão sistemática	19	3
<i>National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido (NICE)</i>	Sleep apnoea AND CPAP	1	1
<i>Cochrane</i>	Sleep apnoea	13	1

Conitec			
---------	--	--	--

A SAHOS é uma doença de alta prevalência, acometendo 5% da população ocidental. É mais frequente em homens (4%) do que em mulheres (2%), até a menopausa, quando esses números se igualam. Tanto os indivíduos idosos quanto os obesos têm maior propensão a apresentar a síndrome.

Em protocolo clínico para tratamento da SAHOS, o Colégio Americano de Medicina recomenda:

- Perda de peso para pacientes com sobrepeso ou obesidade
- Uso de dispositivo de pressão positiva (CPAP)
- Uso de dispositivos de avanço mandibular (para pacientes que preferem esse tipo de dispositivo ou que têm contraindicação para CPAP)

Outras estratégias para o tratamento da SAHOS incluem intervenções cirúrgicas para remover o tecido obstrutivo, terapia posicional e tratamento farmacológico. Sugere-se, além da redução do peso corporal, redução do consumo de álcool, tratamento de congestão nasal, rinite, sinusite, higiene do sono (antes de dormir evitar cigarro, álcool, bebidas com cafeína, exercícios intensos, refeições pesadas, medicamentos sedativos, evitar dormir de barriga para cima, dormir em horário constante).⁴

Uma revisão da Cochrane publicada em 2006 incluiu 36 estudos (n=1718) que avaliaram o uso do CPAP em pacientes com apnéia do sono. CPAP mostrou melhora significativa da qualidade do sono subjetiva e objetiva, a qualidade de vida, da função cognitiva e da depressão. Houve também melhora da pressão arterial. Os autores concluíram que CPAP foi efetivo para diminuir sintomas e melhorar a qualidade de vida em portadores de apnéia do sono moderada a grave em curto prazo. Não são conhecidas evidências sobre o seu uso em longo prazo.⁵

Os mesmos resultados foram observados na revisão sistemática publicada por Patel e col.⁶

A NICE considerou recomendado o uso do CPAP em pacientes com apnéia do sono moderada a grave.⁷

6. Disponibilidade na ANS/SUS

A utilização domiciliar do CPAP para apneia do sono não tem cobertura no Rol da ANS.

O CPAP não é fornecido pelo SUS para tratamento da apneia do sono.

7. Recomendação

O uso do CPAP é recomendado neste caso:

- Considerando que o paciente apresenta **apneia grave** (mais de 40 apneias por hora, avaliada pela polissonografia);
- Considerando que o paciente apresenta **risco cardiovascular** elevado por ter hipertensão arterial.
- Considerando que **medidas comportamentais**, como tentativa de perda de peso, higiene do sono, restrição de cigarro, cafeína e álcool já foram tentadas e falharam;
- Considerando que o paciente foi informado sobre as **dificuldades de uso** contínuo e duradouro do CPAP:

Para o perfil descrito acima, o dispositivo CPAP melhora os sintomas de pacientes com SAHOS, mas essa melhora só foi avaliada em curto prazo. Não foi demonstrado qualquer benefício em sobrevida ou mesmo em qualidade de vida com seu uso em longo prazo. A adesão a qualquer modelo do CPAP é baixa e gira em torno de 50%.

Embora seja uma intervenção considerada padrão ouro para tratamento da apneia obstrutiva grave, os benefícios com essa intervenção não estão claros.

Há recomendação, baseada em estudos de curta duração, para o uso de CPAP com melhora de qualidade de vida. Não se sabe se há benefícios em longo prazo.

Deve ser dada atenção à adesão do paciente ao tratamento, pois é muito grande o número de desistência ou não adesão. É prudente, antes da aquisição do aparelho, o paciente passar por um período de teste e verificação de sua aceitação.

Referências

1. Badr MS. Central sleep apnea: Risk factors, clinical presentation, and diagnosis. *UpToDate*. 2017.
2. Punjabi NM, Caffo BS, Goodwin JL, et al. Sleep-Disordered Breathing and Mortality: A Prospective Cohort Study. Patel A, ed. *PLoS Med*. 2009;6(8):e1000132. doi:10.1371/journal.pmed.1000132.
3. Wimms AJ, Richards GN, Benjafield A V. Assessment of the impact on compliance of a new CPAP system in obstructive sleep apnea. *Sleep Breath*. 2013;17(1):69-76. doi:10.1007/s11325-012-0651-0.
4. Qaseem A. Management of Obstructive Sleep Apnea in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. September 2013. doi:10.7326/0003-4819-159-7-201310010-00704.
5. Giles T, Lasserson T, Smith B, White J, Wright J, Cates C. Continuous positive airways pressure for obstructive sleep apnoea in adults. In: Giles T, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2006. doi:10.1002/14651858.CD001106.pub2.
6. Patel SR, White DP, Malhotra A, Stanchina ML, Ayas NT. Continuous positive airway pressure therapy for treating sleepiness in a diverse population with obstructive sleep apnea: results of a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2003;163(5):565-571.
7. NICE. Continuous positive airway pressure for the treatment of obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome.

Anexo 1 – Pirâmide das evidências



Pirâmide da evidência. Fonte: adaptado de Chiappelli et al

