

Qualidade de Vida e Distúrbios Obstrutivos do Sono

Viviane Carvalho da Silva

Os distúrbios obstrutivos do sono (DOS) referem-se a um espectro de distúrbios respiratórios do sono intensos o suficiente para causar sintomas clínicos. Incluem crianças com apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono (SAHOS) ou com síndrome restritiva das vias aéreas superiores (SRVAS), na qual o índice de apnéia é freqüentemente normal nos testes padrões de polissonografia. Estas condições são bastante freqüentes na população pediátrica afetando, aproximadamente, mais de 11% das crianças, sendo sua freqüência semelhante em ambos os sexos⁴.

A hiperplasia da tonsila faríngea e das tonsilas palatinas é causa comum de obstrução nasal e respiração bucal crônica durante a infância, constituindo-se na principal causa de distúrbios obstrutivos do sono e pode levar a diversas alterações clínicas.

Além das alterações clínicas amplamente estudadas e descritas, a maioria das crianças com DOS são também afetadas pela doença e/ou pelo tratamento, com repercussões graves na qualidade de vida. É reconhecido, atualmente, a importância do conceito de qualidade de vida (QV) como uma percepção única e pessoal relacionada ao estado de saúde e/ou aspectos não-médicos da vida, podendo ser medida pela determinação de opiniões de indivíduos (pacientes) com o uso de instrumentos específicos. Apenas recentemente têm-se iniciado estudos científicos específicos sobre o assunto.

Os instrumentos para medir a qualidade de vida podem ser classificados em genéricos e específicos. Os primeiros são úteis para comparar diferentes populações e doenças, embora apresentem o risco de serem pouco sensíveis aos aspectos clínicos, uma vez que sua finalidade é meramente descritiva. Os instrumentos específicos baseiam-se nas características especiais de uma determinada doença, sobretudo para avaliar os aspectos físicos e os efeitos do tratamento através do tempo. Tais instrumentos oferecem maior capacidade de discriminação e predição e são particularmente úteis para ensaios clínicos.

A maioria dos instrumentos disponíveis tem sido desenvolvida no idioma inglês, portanto sua aplicação em países de outra língua requer não somente métodos de tradução válidos, mas também a consciência de que são específicos ao contexto social, razão pela qual o pesquisador deve estar seguro de que os domínios explorados estejam apropriados à população onde serão aplicados.

Em se tratando de crianças, devido às diferenças de vocabulário e à sofisticação

de linguagem entre os diferentes grupos de idade, medidas de qualidade de vida e de estado de saúde a partir da perspectiva do paciente podem ser difíceis ou impossíveis. Assim, acredita-se que a solução é utilizar as respostas dos pais ou responsáveis aos questionários para, em seguida, proceder a um paralelo com as das respostas das crianças. Apesar de questionável, esse método de aproximação de respostas no tocante à população pediátrica é tanto necessário quanto desejável, pois as crianças possuem diferentes níveis de vocabulário por meio do qual respondem os instrumentos de avaliação e também por ser o adulto quem põem em prática as decisões médicas.

Em estudo recente, utilizando a tradução do questionário específico de avaliação de qualidade de vida OSA-18 em amostra de crianças brasileiras usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), com distúrbios obstrutivos do sono, concluiu-se que os distúrbios obstrutivos do sono devido à hiperplasia adenotonsilar ocasionam repercussão de moderada a acentuada na qualidade de vida das crianças e que o tratamento cirúrgico dessa condição promove uma melhora significativa na qualidade de vida das crianças³.

O OSA-18 é um instrumento de avaliação de qualidade de vida associada à saúde e tem seu foco nos problemas físicos, limitações funcionais e emocionais consequentes da doença¹. É um instrumento válido e confiável de medida de qualidade de vida, e é discriminativo para crianças com distúrbios obstrutivos do sono¹. O OSA-18 mostrou em estudos prévios possuir confiabilidade teste - reteste e consistência interna. O questionário consiste de 18 itens agrupados em 5 domínios, cujos itens são pontuados em uma escala ordinal de 7 pontos (1- nenhuma vez, 2- quase nenhuma vez, 3- poucas vezes, 4- algumas vezes, 5- várias vezes, 6- a maioria das vezes, 7- todas as vezes). Assim, os domínios do OSA-18 podem obter a seguintes pontuações:

- a) distúrbio do sono (4 itens com escores variando de 4 a 28);
- b) sofrimento físico (4 itens com escores variando de 4 a 28);
- c) sofrimento emocional (3 itens com escores variando de 3 a 21);
- d) problemas diurnos (3 itens com escores variando de 3 a 21);
- e) preocupações dos pais ou responsáveis (4 itens com escores variando de 4 a 28).

O total de escores do OSA-18, portanto, pode variar de 18 a 126.

O escores totais do OSA-18 foram divididos em três grupos conforme o impacto na qualidade de vida das crianças: pequeno (escores menores que 60), moderado (escores entre 60 e 80) e grande (acima de 80), sendo observada a validação prévia realizada por Franco et al¹. O OSA-18 também pode prover uma taxa global de distúrbio obstrutivo do sono relacionada com a qualidade de vida por meio de uma escala visual análoga de 10 pontos com âncoras semânticas específicas (*smiling faces*)¹.

Vários estudos na literatura internacional vêm demonstrando o impacto dos distúrbios obstrutivos do sono na qualidade de vida das crianças². No Brasil, entretanto, até o momento presente, existem poucos estudos publicados sobre o assunto. Todavia, estes confirmam o grande impacto dos DOS na qualidade de vida das crianças. Uma destas pesquisas foi a de Di Francesco et al.⁶

que avaliou as respostas dos pais ou responsáveis das crianças submetidas à adenotonsilectomia por hiperplasia das tonsilas palatina e faríngea, associada ao quadro de distúrbios respiratórios do sono. Concluíram que o aumento das tonsilas palatinas e a apnéia obstrutiva do sono pioram a qualidade de vida das crianças, principalmente pelo sofrimento físico e distúrbios do sono e que a adenoamigdalectomia promove melhora na qualidade de vida delas. Entretanto, utilizaram o OSD-6, um instrumento que não teve em sua validação por meio da avaliação polissonográfica, e que possui uma habilidade discriminativa não conhecida². Já Silva e Leite³ verificaram em seu estudo usando a tradução do OSA-18 que apenas 2,1% da amostra apresentou impacto pequeno na qualidade de vida na avaliação basal, enquanto o restante da amostra apresentou impacto moderado e grande em proporções semelhantes. Franco Jr. et al.¹ obtiveram uma distribuição amostral mais homogênea em relação ao impacto do DOS na qualidade de vida. Entretanto, isso ocorreu em virtude de terem sido incluídas crianças com indicação cirúrgica somente por tonsilites de repetição e sem DOS. É importante citar que Sohn et al.⁷ estudaram crianças com distúrbios respiratórios do sono, comparando a qualidade de vida antes e depois da adenotonsilectomia, e os questionários OSA-18 e OSD-6. Os autores concluíram que o OSA-18 é adequado para várias situações, sobretudo quando se deseja avaliar a evolução do paciente, de fácil aplicação, podendo ser utilizado pelos médicos na geração de informação para “marketing” e melhoria da qualidade do atendimento, ou em comparação com os achados dos colegas, além de associação com métodos objetivos, em pesquisas.

É interessante ressaltar que existem estudos sobre crianças avaliadas com polissonografia e com grupo controle, segundo os quais a qualidade de vida e o comportamento de crianças sem apnéia, mas somente com ronco primário, apresentam alterações de qualidade de vida e comportamentais em relação ao grupo-controle. Isso sugere que o sintoma de ronco sempre deve ser mais bem investigado na prática clínica.

Todo os estudos concordam que o domínio mais afetado é o de “Perturbações do Sono”⁴⁻⁵, apesar de existirem algumas diferenças quanto ao domínio menos acometido, nos estudos brasileiros³, em relação aos estudos americanos^{2, 4-5}. Entretanto ambos confirmam de maneira inequívoca que as crianças com DOS têm sua qualidade de vida prejudicada e que o tratamento cirúrgico melhora a qualidade de vida destas crianças.

Entretanto, na maioria dos estudos o tempo médio de seguimento após o tratamento cirúrgico foi pequeno, o que representou um fator limitante em muitas das análises realizadas. Convém ressaltar ser inquestionável que a curto prazo há uma melhora substancial na percepção de qualidade de vida pelos pais das crianças com DOS, após o tratamento cirúrgico para esta população. Entretanto, Mitchell et al. publicaram uma avaliação das mudanças da qualidade de vida a longo prazo (entre 9 e 24 meses) após a adenotonsilectomia para tratamento de apnéia obstrutiva do sono, documentada por polissonografia de noite inteira, e concluíram que os pais percebem uma sensível melhora na qualidade de vida das crianças após o tratamento cirúrgico da apnéia do sono, apesar dessas melhoras

serem mais pronunciadas a curto que a longo prazo e não serem uniformes em todos os domínios do questionário OSA-18⁵.

As crianças dos estudos brasileiros não realizaram estudos polissonográficos. Na prática diária, devido aos seus custos e difícil realização, somente em casos de diagnóstico diferencial é indicado o estudo polissonográfico em crianças para avaliação do DOS. Por outro lado, existem estudos sugestivos de que mesmo as crianças acometidas de distúrbio respiratório leve do sono (ronco primário) apresentam alteração nas medidas de atenção, memória e inteligência quando comparadas às não roncadoras. Além disso, Flanary⁴ demonstrou que, apesar da polissonografia poder fornecer informações sobre as crianças com DOS, esta não é necessária para determinar quais pacientes irão melhorar de qualidade de vida após a adenotonsilectomia.

Os questionários de qualidade de vida permitem ao médico demonstrar de maneira mais objetiva o quanto o DOS está afetando estas crianças e como a qualidade de vida delas pode ser melhorada mediante com o tratamento adequado. De Serres et al.² lembram que as decisões a respeito da alocação de recursos tornam-se cada vez mais difíceis e dizem ser necessário entender o impacto pessoal das doenças e seus tratamentos, levando em conta sua morbidade médica padrão ou suas limitações funcionais, fatores a serem incorporados ao processo de decisão. Todas as pesquisas demonstram mudança sensível a curto prazo na qualidade de vida de crianças com DOS após o tratamento cirúrgico. É de se lamentar o longo período de espera de muitas dessas crianças até o tratamento. Este fato decorre da universalização da assistência à saúde, garantida na Constituição Brasileira que, devido a diversas questões políticas e econômicas, não implementou adequadamente o SUS de modo a que atendesse a demanda a que se propôs. É necessário equacionar melhor a alocação de recursos, observando, também o impacto que as doenças têm na qualidade de vida das pessoas, e especialmente das crianças acometidas de DOS. Os questionários de qualidade de vida permitem ao médico demonstrar de maneira mais objetiva o quanto o DOS está afetando estas crianças e como a qualidade de vida delas pode ser melhorada mediante o tratamento adequado.

Referências bibliográficas

1. Franco RA Jr., Ronsenfeld RM, Rao M. First place- resident clinical science award 1999. Quality of life for children obstructive sleep apnea. *Otolaryngol Head Neck Surg* 123(1 pt.1): 9-16, 2000
2. De Serres LM, Derkay C, Astley S, Deyo RA, Rosenfeld RM, Gates GA. Measuring quality of life in children with obstructive sleep disorders. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 126(12):1423-9, 2000.
3. Silva VC, Leite AJM. Qualidade de vida em crianças com distúrbios obstrutivos do sono: avaliação pelo OSA-18. *Rev Bras Otorrinolaringol* 72(6):747-56, 2006.

4. Flanary, VA. Long-term effect of adenotonsillectomy on quality of life in pediatric patients. *Laryngoscope* 113(10):1639-44, 2003.
5. Mitchell RB, Kelly J, Call E, Yao O. Long- term changes in quality of life after surgery for pediatric obstructive sleep apnea. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 130(4): 409-12, 2004.
6. Di Francesco RC, Komatsu CL. Melhora da qualidade de vida em crianças após adenoamigdalectomia. *Rev Bras Otorrinolaringol* 70(6):748-51, 2004.
7. Sohn H, Rosenfeld RM. Evaluation of sleep-disordered breathing in children. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 128(3):344-52, 2003.