

PROTOCOLO DE ACESSO AO EXAME DE POLISSONOGRAFIA

A Polissonografia consiste em um exame de estudo do sono. A depender de seu grau de complexidade é classificada em 4 tipos descritos a seguir:

Tipo I - Polissonografia Completa (laboratorial, paciente dorme no laboratório do sono) mede os seguintes parâmetros: fluxo de ar, saturação de oxigênio, frequência cardíaca, frequência respiratória, posição corporal, esforço respiratório, eletroencefalograma, eletro-oculograma, eletromiograma, eletrocardiograma, intensidade do ronco, movimento de membros inferiores.

Tipo II - Polissonografia Completa: mede os mesmos parâmetros que o Tipo I em ambiente domiciliar assistido por técnico(s).

Tipo III - HSAT (Home Sleep Apnea Testing = Teste Domiciliar de Apneia do Sono) mede os seguintes parâmetros em ambiente domiciliar não assistido por técnico: fluxo de ar, saturação de oxigênio, frequência cardíaca, frequência respiratória, posição corporal, esforço respiratório.

Tipo IV - HSAT mede apenas 1 ou 2 parâmetros, normalmente saturação de oxigênio e frequência cardíaca ou, em alguns, apenas fluxo de ar mede os seguintes parâmetros em ambiente domiciliar não assistido por técnico.

Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde disponibiliza os Tipos I (paciente dorme no laboratório do sono) e III (domiciliar, o paciente retira o aparelho no prestador e utiliza em sua residência).

Profissionais autorizados para solicitação do exame: neurologista, pneumologista, otorrinolaringologista e cardiologista

Tipo I oferecido por SMS

Critérios de solicitação:

- CID 10 - Distúrbios do sono CID 10 - G47.1, G47.2, ou G47.3;
- Peso máximo: 130Kg;
- Faixa etária: ≥ 5 anos.

Prestador atual não realiza exames nas seguintes situações: pacientes com necessidade de ambulância para transporte, portadores de epilepsia, suspeita de narcolepsia ou cataplexia, indicações que necessitem de Teste das Latências Múltiplas do Sono, uso de ventilação não invasiva (CPAP ou BiPAP) ou necessidade de titulação.

Tipo III oferecido por SMS

Critérios de solicitação:

- CID 10 - Apneia de sono - G47.3;
- Faixa etária: ≥ 15 anos;
- Peso mínimo: 40 Kg.

Tipo III não é indicado nas seguintes situações: doença cardiopulmonar significativa (insuficiência cardíaca NYHA classe III ou IV, DPOC- GOLD 2,3 ou 4), presença ou suspeita de insuficiência respiratória secundária a distúrbios neuromusculares, uso de medicamentos opiáceos, histórico de acidente vascular cerebral, uso de oxigenoterapia, uso de ventilação não invasiva (CPAP ou BiPAP) ou necessidade de titulação.

Informação aos pacientes que irão realizar exame em domicílio: comparecer ao local de retirada do aparelho na data agendada preferencialmente com um acompanhante que poderá auxiliá-lo no manejo do aparelho.

Como solicitar corretamente o exame no SIGA - CMC

Justificativa Unidade Solicitante Origem devem conter as seguintes informações:

- Idade;
- Peso;
- Classificação pelo Questionário de Berlim (Anexo-1) em Alto Risco ou Baixo Risco (não há necessidade de descrever o número de respostas ou categorias positivas);
- Comorbidades;
- Se em oxigenoterapia domiciliar;
- Se necessita de CPAP ou BiPAP para realizar o exame (exemplo: titulação);
- Medicamentos em uso.

Justificativa Regulador Regional deve conter somente:

- Classificação pelo Questionário de Berlim em Alto Risco ou Baixo Risco (NÃO descrever o número de respostas ou categorias positivas);
- Comorbidades (não é necessário negar os tipos de comorbidades que o paciente não possua, pois dificulta a análise);
- Se faz uso de benzodiazepínicos (não informar novamente neste campo os demais medicamentos em uso descritos no campo “Justificativa Unidade Solicitante Origem”);
- Se necessita de CPAP ou BiPAP para realizar o exame (não é necessário negar caso não haja necessidade de usar o aparelho durante o exame);
- Se paciente acamado e necessita de transporte para realizar o exame (não é necessário negar a necessidade de transporte).

Exemplos de como deve ser a Justificativa do Regulador após análise do mesmo:

1. Alto Risco pelo Quest. de Berlim. Sem comorbidades.
2. Baixo Risco pelo Quest. de Berlim. Hipertensão arterial.
3. Alto Risco pelo Quest. de Berlim. Necessita de CPAP para realizar o exame.
4. Baixo Risco pelo Quest. de Berlim. Em uso de oxigenoterapia domiciliar.

Observações importantes:

- As informações descritas pelo médico da Unidade Solicitante Origem devem constar em prontuário.
- Os casos com informações insuficientes, com CID incorreto ou fora dos critérios elencados neste protocolo devem ser devolvidos pelos reguladores regionais responsáveis pela análise minuciosa dos casos de sua área de abrangência.
- Cabe ao Regulador Central a classificação dos casos de todo o Município quanto ao grau de prioridade para agendamento conforme PORTARIA Nº 341/2020-SMS.G.

Anexo - I.

Questionário Clínico de Berlin	
<p><u>CATEGORIA 1</u></p> <p>1. Você ronca? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p> <p>2. Seu ronco é: Pouco mais alto que sua respiração? Tão mais alto que sua respiração? <input type="checkbox"/> Mais alto do que falando? <input type="checkbox"/> Muito alto que pode ser ouvido nos quartos próximos?</p> <p>3. Com que frequência você ronca? <input type="checkbox"/> Praticamente todos os dias <input type="checkbox"/> 3-4 vezes por semana <input type="checkbox"/> 1-2 vezes por semana <input type="checkbox"/> Nunca ou praticamente nunca</p> <p>4. O seu ronco incomoda alguém? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>5. Alguém notou que você para de respirar enquanto dorme? <input type="checkbox"/> Praticamente todos os dias <input type="checkbox"/> 3-4 vezes por semana <input type="checkbox"/> 1-2 vezes por semana <input type="checkbox"/> Nunca ou praticamente nunca</p>	<p><u>CATEGORIA 2</u></p> <p>6. Quantas vezes você se sente cansado ou com fadiga depois de acordar? <input type="checkbox"/> Praticamente todos os dias <input type="checkbox"/> 3-4 vezes por semana <input type="checkbox"/> 1-2 vezes por semana <input type="checkbox"/> Nunca ou praticamente nunca</p> <p>7. Quando vc está acordado você se sente cansado, fadigado ou não sente bem? <input type="checkbox"/> Praticamente todos os dias <input type="checkbox"/> 3-4 vezes por semana <input type="checkbox"/> 1-2 vezes por semana <input type="checkbox"/> Nunca ou praticamente nunca</p> <p>8. Alguma vez você cochilou ou caiu no sono enquanto dirigia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p><u>CATEGORIA 3</u></p> <p>9. Você tem pressão alta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p> <p>IMC=</p>	
<p>Pontuação das perguntas: Qualquer resposta circulada é considerada positiva</p> <p>Pontuação das categorias: Categoria 1 é positiva com 2 ou mais respostas positivas para as questões 1-5 Categoria 2 é positiva com 2 ou mais respostas positivas para as questões 6-8 Categoria 3 é positiva se a resposta para a questão 9 é positiva ou o IMC > 30</p> <p>Resultado final: 2 ou mais categorias positivas indica alto risco para AOS</p>	

São Paulo, janeiro de 2025.