

## APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (AOS)

A AOS caracteriza-se por ocorrências de obstrução total e/ou parcial das vias respiratórias durante o sono.

### E A SAOS? QUAIS OS SINTOMAS QUE PODEM ESTAR ASSOCIADOS?

Denomina-se Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono quando a fragmentação do sono está associada a outros sintomas, como:

- ronco,
- sonolência diurna,
- sono agitado,
- falta de disposição,
- dor de cabeça,
- alteração de memória,
- diminuição de concentração e de atenção.

### CONSEQUÊNCIAS

Hipertensão arterial, arritmias cardíacas, enfarte do miocárdio, acidentes vasculares encefálicos, doença vascular, sonolência diurna, ronco, depressão e prejuízo na produtividade profissional, na aprendizagem e/ou na qualidade de vida e até à morte súbita.

## QUESTIONÁRIO DE BERLIM

| CATEGORIA 1  |
|--|
| 1 – Você ronca?  |
| a) sim   |
| b) não   |
| c) não sei   |
| 2 – Seu ronco é?   |
| a) um pouco mais alto que respirando   |
| b) tão alto quanto falando   |
| c) mais alto que falando   |
| d) muito alto, ouvido nos quartos próximos   |
| 3 – Com que frequência você ronca?   |
| a) praticamente todos os dias  |
| b) 3-4 vezes por semana  |
| c) 1-2 vezes por semana  |
| d) 1-2 vezes por mês   |
| e) nunca ou praticamente nunca   |
| 4 – O seu ronco incomoda outras pessoas?   |
| a) Sim   |
| b) Não   |
| 5 – Com que frequência seu companheiro notou que você para de respirar quando dorme? |
| a) praticamente todos os dias  |
| b) 3-4 vezes por semana  |
| c) 1-2 vezes por semana  |
| d) 1-2 vezes por mês   |
| e) nunca ou praticamente nunca   |
| f) Não aplicável – o paciente dorme sozinho  |

Categoria 1 (Perguntas 1-5): ALTO RISCO – 2 ou mais respostas positivas

Categoria 2 (Perguntas 6-8): ALTO RISCO – 2 ou mais respostas positivas

Categoria 3 (Perguntas 9-10): ALTO RISCO – Um SIM e/ou IMC>30

\*Respostas positivas para alternativas destacadas

| CATERGORIA 2                                 |
|--|
| 6 – Você se sente cansado ao acordar?        |
| a) praticamente todo dia                     |
| b) 3-4 vezes por semana                      |
| c) 1-2 vezes por semana                      |
| d) 1-2 vezes por mês                         |
| e) nunca ou praticamente nunca               |
| 7 – Você se sente cansado durante o dia?     |
| a) praticamente todo dia                     |
| b) 3-4 vezes por semana                      |
| c) 1-2 vezes por semana                      |
| d) 1-2 vezes por mês                         |
| e) nunca ou praticamente nunca               |
| 8 – Você alguma vez dormiu enquanto dirigia? |
| a) Sim                                       |
| b) Não                                       |
| c) Não aplicável – o paciente não dirige     |
| Se sim, quantas vezes isto ocorreu?          |
| c) praticamente todo dia                     |
| d) 3-4 vezes por semana                      |
| e) 1-2 vezes por semana                      |
| f) 1-2 vezes por mês                         |
| g) nunca ou praticamente nunca               |

| CATEGORIA 3                                       |
|---|
| 9 – Você tem pressão alta?                        |
| a) Sim  |
| b) não  |
| 10 – Calcule o seu Índice de Massa Corporal (IMC) |

**Resultado Final:** 2 ou mais categorias de ALTO RISCO indicam alta probabilidade de apneia do sono.

\*Em caso de suspeita de alteração no sono, consulte um médico especialista