

Apnéia obstrutiva do sono: uma doença contagiosa?

Obstructive sleep apnea: a contagious disease?

DENIS MARTINEZ

Pode-se chamar de contagiosa a enfermidade na qual o doente, ao morrer, cause morte a outras pessoas? De um grupo de 602 servidores públicos de Wisconsin (EUA) com idades entre 30 e 60 anos, 24% dos homens e 9% das mulheres apresentaram transtorno respiratório no sono, caracterizado pela ocorrência de cinco ou mais apnéias e hipopnéias por hora de sono. Em um subconjunto dessa amostra, 4% dos homens e 2% das mulheres somaram ao transtorno respiratório no sono o principal sintoma de sono perturbado, a sonolência excessiva diurna, possibilitando diagnosticar a síndrome das apnéias-hipopnéias obstrutivas do sono (SAHOS).⁽¹⁾ A prevalência de SAHOS aumenta com a idade.⁽²⁾ Apesar de se saber que portadores de SAHOS têm de duas⁽³⁾ a oito vezes⁽⁴⁾ mais chance de sofrer acidentes de trânsito, ainda não se conseguiu medir diretamente o efeito dos acidentes por sonolência sobre a mortalidade em pacientes com SAHOS e na população. Dados do Ministério da Saúde indicam que os acidentes de trânsito são um fenômeno masculino. Dos motoristas habilitados, 73% são homens; dos mortos em acidentes, 82% são homens. A SAHOS também é um fenômeno masculino. Tal coincidência pode ajudar a entender e buscar uma solução para o problema.

Anualmente morrem em ruas e estradas do Brasil mais de 30 mil pessoas. Acidentes por adormecer ao volante só podem ser classificados com certeza se o motorista assim o declara.⁽⁵⁾ Se o sono durar menos de dois minutos, pode-se cochilar sem perceber.⁽⁶⁾ Em caso de acidente, se o motorista negar ter adormecido, poderá ser por falha em identificar esses períodos de microssono ou por temor de declarar à autoridade o fato de ter adormecido. Fortalece a suspeita de que o motorista adormeceu o fato de o veículo sair da estrada sozinho ou colidir sem que restem marcas de freada na pista. As autoridades de Kentucky (EUA) identificaram como causa o adormecer ou fadiga em 13% das colisões fatais de caminhões e em 4% das não fatais.⁽⁷⁾ Na estrada, durante um microssono de três ou quatro segundos, o veículo percorre distância maior que o comprimento de um campo de futebol. Acidentes são menos freqüentes que cochilos porque os microssonos tendem a acontecer em trechos monótonos da estrada, sem movimento e, portanto, com baixa probabilidade de colisão. Estudos feitos na Suécia, utilizando eletroencefalograma, mostraram que alguns maqui-

nistas de trem⁽⁸⁾ e motoristas de caminhão⁽⁹⁾ durante viagens noturnas apresentam microssonos com ondas alfa e teta, e com movimentos oculares lentos, característicos do estágio 1 de sono, somando até uma hora. Durante esses lapsos, os maquinistas deixaram de obedecer a sinais. Porém, no estudo não ocorreram acidentes. Quando o acidente acontece, os microssonos são reportados pela polícia rodoviária como falta de atenção, a causa mais comum de acidentes.

O alerta não é um fenômeno de tudo ou nada. Existe um *continuum* entre o alerta total e o sono, que pode ser estimado pela soma de ondas alfa e teta no eletroencefalograma. A análise espectral do eletroencefalograma mostra que, após 20 a 30 minutos dirigindo, os motoristas cruzam o limiar acima do qual a quantidade de ondas alfa e teta já indicam sonolência. Para combater a sonolência, muitos motoristas usam ar frio no rosto ou ligam o rádio,⁽¹⁰⁾ que, embora criem sensação subjetiva de maior alerta, são medidas incapazes de melhorar a freqüência no eletroencefalograma. Ao contrário, ingestão de cafeína e sonecas de menos de quinze minutos reverterem parcialmente a sonolência.⁽¹¹⁾

Os horários usuais de estar na cama e o horário de sesta são problemáticos para todas as pessoas, mas o risco multiplica-se nos casos em que o indivíduo sofre de transtorno respiratório no sono.⁽¹²⁻¹³⁾ Na Espanha, alguns autores demonstraram aumento de sete a onze vezes no risco de acidentes em quem sofre de SAHOS, quando comparados com controles. Reforçando o conceito de que o risco de ingerir álcool é maior quando associado a transtorno respiratório no sono, indivíduos que relataram uso de álcool no dia do acidente e apresentavam na polissonografia mais de dez apnéias e hipopnéias por hora de sono, tinham chances onze vezes maiores de acidente do que os que ingeriram álcool no dia do acidente, mas tinham menos de dez apnéias e hipopnéias por hora de sono.⁽¹⁴⁾ O álcool retarda os reflexos, mas não os elimina, como faz o sono.

As autoridades responsáveis por prevenir acidentes de trânsito enfatizam a preocupação com excesso de velocidade e com uso de álcool. Os dados disponíveis, porém, demonstram suficientemente o equívoco de se ignorar o sono.⁽¹⁵⁾ Nos acidentes em que o motorista

adormeceu ao volante, a velocidade costuma ser mais alta.⁽¹⁶⁾ Segundo relatos de pacientes sonolentos, eles correm mais para “aumentar a adrenalina” e afugentar o sono.

O trabalho publicado neste número do *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, “Prevalência de fatores de risco para a síndrome da apnéia obstrutiva do sono em motoristas de ônibus interestadual”,⁽¹⁷⁾ indica a abertura da *Pneumologia* para esse importante tema. E a escolha de motoristas de ônibus é a mais oportuna. Enquanto que em uma busca no *PubMed* se encontram 42 artigos sobre sono de motoristas de caminhão, há apenas onze que abordam o sono de motoristas de ônibus, um deles brasileiro. O foco no motorista de ônibus é apropriado, pois, sendo ônibus o transporte obrigatório do brasileiro, o potencial de ‘contágio’ é maior. A literatura aponta que 61% dos motoristas de ônibus têm transtorno respiratório no sono com cinco ou mais apnéias e hipopnéias por hora de sono.⁽¹⁸⁾ Além do foco em grupos de alto risco, como motoristas profissionais, devido à cultura nacional da automedicação, futuros trabalhos em nosso país poderão abordar a influência sobre o risco de acidentes do uso de medicamentos sedativos, analgésicos e anti-histamínicos. Segundo a literatura, essas drogas lícitas foram capazes de dobrar e até triplicar a taxa de acidentes.⁽¹⁸⁾

A SAHOS permanece subdiagnosticada mesmo nos EUA, entre trabalhadores com plena cobertura médica.⁽¹⁹⁾ Esta situação deveria ser revertida, pois tratar a SAHOS reduz o risco de acidentes,^(20,21) com potencial de reduzir custos de bilhões de dólares em danos materiais e de evitar mortes.⁽²²⁾

Os pneumologistas, mantendo sua tradição de combater doenças temidas, como a tuberculose, e insidiosas, como o tabagismo, devem confrontar-se com a tarefa de tornar a SAHOS, de doença ainda desconhecida, em causa tratável de morbimortalidade para o paciente e seus circunstantes. Afinal, o melhor da viagem é voltar vivo.

DENIS MARTINEZ

Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS - Porto Alegre (RS) Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med*. 1993;328(17):1230-5.
2. Bixler EO, Vgontzas AN, Ten Have T, Tyson K, Kales A. Effects of age on sleep apnea in men: I. Prevalence and severity. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998;157(1):144-8.
3. Barbe, Pericas J, Munoz A, Findley L, Anto JM, Agusti AG. Automobile accidents in patients with sleep apnea syndrome. An epidemiological and mechanistic study. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998;158(1):18-22.
4. Findley LJ, Unverzagt ME, Suratt PM. Automobile accidents involving patients with obstructive sleep apnea. *Am Rev Respir Dis*. 1988;138(2):337-40.
5. Bonnet MH, Moore SE. The threshold of sleep: perception of sleep as a function of time asleep and auditory threshold. *Sleep*. 1982;5(3):267-76.
6. Bunn TL, Slavova S, Struttman TW, Browning SR. Sleepiness/fatigue and distraction/inattention as factors for fatal versus nonfatal commercial motor vehicle driver injuries. *Accid Anal Prev*. 2005;37(5):862-9.
7. Torsvall L, Akerstedt T. Sleepiness on the job: continuously measured EEG changes in train drivers. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*. 1987;66(6):502-11.
8. Kecklund G, Akerstedt T. Sleepiness in long distance truck driving: an ambulatory EEG study of night driving. *Ergonomics*. 1993;36(9):1007-17.
9. Reyner LA, Horne JA. Evaluation of “in-car” countermeasures to driver sleepiness: Cold air and radio. *Sleep* 1998; 21:46-50.
10. Horne JA, Reyner LA. Counteracting driver sleepiness: effects of napping, caffeine, and placebo. *Psychophysiology*. 1996; 33:306-9.
11. Stoohs RA, Bingham LA, Itoi A, Guilleminault C, Dement WC. Sleep and sleep-disordered breathing in commercial long-haul truck drivers. *Chest*. 1995;107:1275-82.
12. Stoohs RA, Guilleminault C, Itoi A, Dement WC. Traffic accidents in commercial long-haul truck drivers: the influence of sleep-disordered breathing and obesity. *Sleep*. 1994;17:619-23.
13. Teran-Santos J, Jimenez-Gomez A, Cordero-Guevara J. Association between sleep apnea and the risk of traffic accidents. *N Engl J Med*. 1999;340(11):847-51.
14. MacLean AW, Davies DR, Thiele K. The hazards and prevention of driving while sleepy. *Sleep Med Rev*. 2003;7(6):507-21.
15. Pack AI, Pack AM, Rodgman E, Cucchiara A, Dinges DF, Schwab CW. Characteristics of crashes attributed to the driver having fallen asleep. *Accid Anal Prev*. 1995;27(6):769-75.
16. Santos EH, de Mello MT, Pradella-Hallinan M, Luchesi L, Pires ML, Tufik S. Sleep and sleepiness among Brazilian shift-working bus drivers. *Chronobiol Int*. 2004;21(6):881-8.
17. Viegas CAA, Oliveira HW. Prevalência de fatores de risco para a síndrome da apnéia obstrutiva do sono em motoristas de ônibus interestadual. *J Bras Pneumol*. 2006;32(2):144-9.
18. Howard ME, Desai AV, Grunstein RR, Hukins C, Armstrong JG, Joffe D, Swann P, Campbell DA, Pierce RJ. Sleepiness, sleep-disordered breathing, and accident risk factors in commercial vehicle drivers. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004;170(9):1014-21.
19. Young T, Evans L, Finn L, Palta M. Estimation of the clinically diagnosed proportion of sleep apnea syndrome in middle-aged men and women. *Sleep*. 1997;20(9):705-6.
20. Findley L, Smith C, Hooper J, Dineen M, Suratt PM. Treatment with nasal CPAP decreases automobile accidents in patients with sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;161:857-9.
21. George CF. Reduction in motor vehicle collisions following treatment of sleep apnoea with nasal CPAP. *Thorax*. 2001;56(7):508-12.
22. Sassani A, Findley LJ, Kryger M, Goldlust E, George C, Davidson TM. Reducing motor-vehicle collisions, costs, and fatalities by treating obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep*. 2004;27(3):453-8.