

**PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO E ANTROPOMÉTRICO DE  
PACIENTES SUBMETIDOS À POLISSONOGRRAFIA EM UMA CLÍNICA  
PRIVADA**

*CLINICAL, EPIDEMIOLOGICAL AND ANTHROPOMETRIC PROFILE OF PATIENTS  
SUBMITTED TO POLYSOMNOGRAPHY IN A PRIVATE CLINIC*

Recebido em: 23/05/2023

Aceito em: 13/07/2023

DOI: 10.47296/salusvita.v42i01.476

MARIANA MORENO TARIFA<sup>1</sup>  
AMANDA MACHADO DE AMARAL FREITAS<sup>2</sup>  
BARBARA MARCACCINI RIBEIRO<sup>3</sup>  
NATALIE CRISTINA OLIVEIRA MENDES<sup>4</sup>  
YARA FRANCESCHI SABA<sup>5</sup>  
SULENE PIRANA<sup>6</sup>  
STEFANO TINCANI<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Médica otorrinolaringologista, Hospital Universitário São Francisco, Bragança Paulista, SP, Brasil, [morenotarifa@hotmail.com](mailto:morenotarifa@hotmail.com).

<sup>2</sup> Médica otorrinolaringologista, Hospital Universitário São Francisco, Bragança Paulista, SP, Brasil, [amandamachadoamaral@hotmail.com](mailto:amandamachadoamaral@hotmail.com).

<sup>3</sup> Médica pediatra, Hospital das Clínicas Samuel Libanio, Pouso Alegre, MG, Brasil, [barbara\\_marcaccini@hotmail.com](mailto:barbara_marcaccini@hotmail.com).

<sup>4</sup> Médica otorrinolaringologista, clínica particular, Santos Dumont, MG, Brasil, [nataliemendes.otorrino@hotmail.com](mailto:nataliemendes.otorrino@hotmail.com).

<sup>5</sup> Médica residente em otorrinolaringologia, Hospital Universitário São Francisco, Bragança Paulista, SP, Brasil, [yaratfranceschi@hotmail.com](mailto:yaratfranceschi@hotmail.com), <https://orcid.org/0000-0003-4792-4596>

<sup>6</sup> Médica otorrinolaringologista, Hospital Universitário São Francisco, Bragança Paulista, SP, Brasil, [sulenepirana@gmail.com](mailto:sulenepirana@gmail.com).

<sup>7</sup> Médico otorrinolaringologista, Hospital Universitário São Francisco, Bragança Paulista, SP, Brasil, [stefano@tincani.net](mailto:stefano@tincani.net).

Autor correspondente:

NOME: Yara Franceschi Saba

E-mail: [yaratfranceschi@hotmail.com](mailto:yaratfranceschi@hotmail.com)

Estudo Original

## **PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO E ANTROPOMÉTRICO DE PACIENTES SUBMETIDOS À POLISSONOGRRAFIA EM UMA CLÍNICA PRIVADA**

*CLINICAL, EPIDEMIOLOGICAL, AND ANTHROPOMETRIC PROFILE OF PATIENTS  
SUBMITTED TO POLYSOMNOGRAPHY IN A PRIVATE CLINIC*

### **RESUMO**

Os distúrbios do sono interferem significativamente na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. Por isso, este estudo evidenciou o perfil e o quadro clínico de pacientes submetidos à polissonografia em uma clínica privada. Foram analisados os prontuários de 4611 pacientes entre os anos de 2007 e 2016. Em concordância com a literatura, mais de 50% dos pacientes eram do sexo masculino e tinham idade superior a 40 anos. O principal achado foi o ronco, seguido do relato de apneia. Os principais fatores de risco foram a obesidade e a hipertensão arterial sistêmica.

**Palavras-chave:** Distúrbios Respiratórios do Sono; Epidemiologia, Polissonografia, Ronco, Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono

### **ABSTRACT**

Sleep disorders significantly interfere with the health and quality of life of individuals. Therefore, this study documented the profile and clinical picture of patients submitted to polysomnography in a private clinic. The medical records of 4611 patients between 2007 and 2016 were analyzed. In agreement with the literature, more than 50% of the patients were male and older than 40 years of age. The main finding was snoring, followed by the report of apnea. The main risk factors were obesity and systemic arterial hypertension.

**Keywords:** Sleep-disordered breathing, Epidemiology, Obstructive sleep apnea syndrome, Polysomnography, Snore

## INTRODUÇÃO

As alterações do sono afetam diretamente a saúde e a qualidade de vida dos pacientes, estando envolvidas com o aumento da morbidade e da mortalidade por doenças endócrinas, metabólicas, cardiovasculares, neurológicas e psiquiátricas. Logo, a má qualidade do sono é componente importante de vulnerabilidade humana (DUARTE et al., 2020).

O distúrbio respiratório relacionado ao sono mais frequente é a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS). Trata-se de uma doença crônica e evolutiva, cujo quadro clínico é variado e se caracteriza por sonolência diurna excessiva (SDE), insônia, roncos, episódios de obstrução respiratória decorrentes da interrupção parcial ou completa do fluxo aéreo, gerando graves repercussões. Além do impacto biopsicossocial, tem inclusive reflexo econômico: desde a queda de produtividade até acidentes de trânsito e trabalho (SILVA et al., 2022).

A etiopatogenia da SAOS é multifatorial e associa-se a fatores anatômicos e neuromusculares. Estudos mostram que os fatores anatômicos estão relacionados às estruturas craniofaciais, como deficiência maxilar, palato ogival e mandíbula reduzida. Dentre os fatores neuromusculares, estão: faringe estreita e tecidos moles hipertróficos, como tonsilas palatinas e pilares faríngeos aumentados, assim como tamanho, formato, volume do palato mole e tonsilas linguais (CAO et al., 2017 e BILYUKOV et al., 2018).

O envelhecimento e a obesidade também são considerados fatores que contribuem para a redução do tônus e da permeabilidade da Via Aérea Superior (VAS). A redução do tônus muscular e a hipomobilidade acarretam aumento do volume e flacidez da estrutura do tecido mole, que podem levar ao colapso da VAS, despertares e fragmentação do sono (EDWARDS et al., 2017).

Dados epidemiológicos recentes sugerem que quase um bilhão de pessoas possam ter SAOS. O Brasil está entre os dez países com o maior número estimado de doentes (BENJAFIELD et al., 2019). A prevalência dessa condição aumentou consideravelmente nos últimos anos, possivelmente devido ao envelhecimento da população e à epidemia mundial de obesidade. Um recente estudo relatou uma prevalência global de SAOS de 32,8% (TUFIK et al., 2010).

Atualmente, os distúrbios respiratórios do sono são considerados um problema de saúde pública (BILYUKOV et al., 2018). Logo, conhecer o perfil dessa população é um importante passo para nortear políticas de saúde, a fim de promover a organização de serviços para melhor fundamentar iniciativas de prevenção baseadas nos riscos para a doença, ações de diagnóstico precoce e formas de se conduzir esses pacientes.

## OBJETIVO

Analisar o perfil clínico, epidemiológico e antropométrico dos pacientes submetidos à polissonografia em laboratório de sono em uma clínica privada.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Após autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), protocolo de número 114844/2016, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi realizada por todos os participantes da pesquisa. O estudo foi iniciado através da análise de questionários aplicados por integrantes da clínica antes dos pacientes realizarem o exame de polissonografia durante os anos de 2007 a 2016.

Esse questionário era composto pelas seguintes informações: gênero, idade, tabagismo, índice de massa corporal (IMC), comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), cardiopatia e doença pulmonar, número de fármacos utilizados para tratamento de doenças crônicas (HAS, DM, cardiopatias, distúrbios neurológicos psiquiátricos — benzodiazepínicos e antidepressivos) e a queixa que motivou a realização do exame (ronco, apneia, sonolência diurna, insônia, movimento de membros, sono leve, interrupções do sono, sono agitado, bruxismo e sonambulismo).

Foi utilizada como referência de medida antropométrica a tabela de IMC descrita no Manual de Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016). A classificação adaptada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é baseada em padrões internacionais desenvolvidos para pessoas adultas descendentes de europeus, com a massa corporal expressa em quilogramas e a estatura em metros.

A classificação do IMC segundo a OMS:

- IMC <18,5 kg/m<sup>2</sup> - baixo peso
- IMC >18,5 até 24,9 kg/m<sup>2</sup> - eutrofia (peso adequado)
- IMC ≥25 até 29,9 kg/m<sup>2</sup> - sobrepeso
- IMC >30,0 kg/m<sup>2</sup> até 34,9 kg/m<sup>2</sup> - obesidade grau I
- IMC >35 kg/m<sup>2</sup> até 39,9 kg/m<sup>2</sup> - obesidade grau II
- IMC > 40 kg/m<sup>2</sup> - obesidade grau III

Após a coleta, realizou-se análise exploratória de dados por meio de medidas resumo (média, desvio padrão, mínimo, mediana, máximo, frequência e porcentagem) e construção de gráficos. A comparação entre grupos, para o total de sintomas, foi realizada através do teste de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis. A avaliação dos fatores de risco para o total de sintomas foi realizada por regressão de Poisson e para cada um dos sintomas foi realizada

por regressão logística. Nos modelos múltiplos, o critério de seleção de variáveis usado foi o *stepwise*. O nível de significância adotado foi de 5%.

## RESULTADOS

Foram avaliados 4611 questionários (n= 4611). Os pacientes eram 63,9% do sexo masculino, 66% tinham mais de 41 anos, 24,9% tinham idades entre 21 e 40 anos e outros 8,3% eram menores de 21 anos. Dentre os participantes, 3,1% tinham baixo peso, 21,6% peso normal, 35,9% eram sobrepeso, 24,8% obesidade de grau I, 9,9% obesidade de grau II e 4,7% obesidade de grau III, segundo a classificação pelo IMC (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização epidemiológica

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Idade	0-20	378	8,3
	21-40	1141	24,9
	>41	3065	66,9
Sexo	F	1660	36,1
	M	2940	63,9
IMC	Baixo Peso	141	3,1
	Normal	980	21,6
	Sobrepeso	1625	35,9
	Obesidade grau I	1124	24,8
	Obesidade grau II	450	9,9
	Obesidade grau III	213	4,7

Fonte: o autor

Quanto aos sintomas, o ronco foi o mais prevalente, presente em 82,2% dos participantes, seguido da apneia (53,7%), interrupções do sono (36,3%) e sonolência diurna excessiva (34,9%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização do quadro clínico

Variável	Frequência	Porcentagem
Ronco	3794	82,2
Apneia	2475	53,7
Sonolência Diurna	1611	34,9
Insônia	1196	26,0
Movimento de Membros	1072	23,2
Sono Leve	1151	25,0
Interrupções do Sono	1676	36,3
Sono Agitado	1266	27,5
Bruxismo	708	15,3
Sonambulismo	178	3,9

Fonte: o autor

Quanto às comorbidades, 32% referiram HAS, 6,6% DM, 16,5% usavam medicações para Tratamento de Distúrbios Psiquiátricos (MTDP), 4,7% eram cardiopatas e 4% possuíam doença pulmonar (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização quanto às comorbidades

Variável		Frequência	Porcentagem
HAS		1475	32,0
DM		304	6,6
Uso de medicações para o trata- mento de distúrbios psiquiátricos		762	16,5
Cardiopata		218	4,7
Doença Pulmonar		183	4,0
Fumante		268	5,8
Número de Medicamentos para HAS	Zero	3	0,2
	Um	1471	99,7
	Dois	1	0,1
Número de Medicamentos para DM	Zero	3	1,0
	Um	301	99,0

Fonte: o autor

A sintomatologia aumentou conforme a idade e o IMC (Tabela 4). Pacientes com peso normal ou baixo peso apresentaram menos sintomas que os demais, pré-obesos e com obesidade grau I não diferiram entre si com relação ao número de sintomas e foram menos sintomáticos que obesos II ou III (p-valor<0,001).

Pacientes com alguma comorbidade ou que fumam apresentaram mais sintomas. (p-valor <0,001). Dos hipertensos, os obesos não diferiram significativamente dos não obesos. (p-valor = 0,257). Pacientes sem comorbidades foram menos sintomáticos que os portadores de HAS e DM ou apenas HAS (p-valor <0,001) (Tabela 4).

Tabela 4 – Número de sintomas por grupo (idade, IMC, comorbidade e tabagismo) e p-valor da comparação entre os grupos

Variável	Categoria	N	Média	D.P.	Mínimo	Median	Máximo	p-valor
Idade	0-20	378	2,77	1,72	0,00	2,00	10,00	<0,001 K
	21-40	1141	3,05	1,82	0,00	3,00	10,00	
	>41	3065	3,44	1,97	0,00	3,00	10,00	
IMC	Baixo e Normal	1121	3,02	1,85	0,00	3,00	10,00	<0,001 K
	Sobrepeso	1625	3,26	1,90	0,00	3,00	10,00	
	Obesidade I	1124	3,32	1,90	0,00	3,00	10,00	
	Obesidade II-III	663	3,82	2,09	0,00	4,00	10,00	
Alguma comorbidade ou fumante	N	2359	3,07	1,87	0,00	3,00	10,00	<0,001 M
	S	2260	3,49	1,98	0,00	3,00	10,00	
Hipertenso e Obeso	N	161	3,34	1,99	0,00	3,00	9,00	0,2570 M
	S	1314	3,53	1,98	0,00	3,00	10,00	
HAS e DM	Ambos	225	3,67	2,07	0,00	3,00	9,00	<0,001 K
	DM	79	3,37	2,01	0,00	3,00	8,00	
	HAS	1250	3,48	1,97	0,00	3,00	10,00	
	Nenhum	3065	3,16	1,90	0,00	3,00	10,00	
Fumante	N	4351	3,25	1,93	0,00	3,00	10,00	0,0022 M
	S	268	3,63	2,02	0,00	3,00	10,00	

M: Teste de Mann-Whitney/K: Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: o autor

A Tabela 5 apresenta o resultado da Regressão de Poisson para avaliar a influência de cada variável no número de sintomas. Da análise simples, tem-se que o número de sintomas é 5,3% menor em homens. Pacientes entre 21 e 40 anos têm mais sintomas, 10,1% mais do que os menores que 21 anos; maiores que 40 anos, 23,9% mais do que os menores que 21 anos; pacientes com pré-obesidade têm 7,7% mais do que os com baixo peso ou peso normal; pacientes com obesidade I têm 9,7% mais do que os com baixo peso ou peso normal; pacientes com obesidade grau II ou III têm 26,3% mais do que os com baixo peso ou peso normal; hipertensos 11% mais do que os sem HAS; DM têm 10,3% mais do que os sem DM; pacientes em uso de MTDP têm 2,1% mais que os que não utilizam tais medicamentos; cardiopatas têm 8% mais do que os sem cardiopatias; pacientes com doença pulmonar têm 1% mais do que os sem doença pulmonar; pacientes fumantes tem 11,7% mais do que os não fumantes.

Tabela 5 – Regressão de Poisson para avaliar os fatores que influenciam no número de sintomas

Variável	Efeito x Referência	Estimativa	Exp (Est.)	Erro Padrão	p-valor
<b>Análise Simples</b>					
Sexo	M x F	-0,055	-5,3%	0,017	0,001
Idade	21-40 x 0-20	0,096	10,1%	0,035	0,006
	>41 x 0-20	0,215	23,9%	0,032	<0,001
IMC	Pré-Obeso x Baixo e Normal	0,074	7,7%	0,022	0,001
	Obesidade I x Baixo e Normal	0,092	9,7%	0,024	<0,001
	Obesidade II-III x Baixo e Normal	0,233	26,3%	0,026	<0,001
	HAS	S x N	0,104	11,0%	0,017
DM	S x N	0,098	10,3%	0,031	0,002
PQ	N x S	0,021	2,1%	0,021	<0,001
Cardiopata	S x N	0,077	8,0%	0,037	0,038
Fumante	S x N	0,111	11,7%	0,033	0,001
<b>Análise Múltipla</b>					
Sexo	M x F	-0,038	-3,7%	0,018	0,032
Idade	> 41 x 0-20	0,156	16,9%	0,036	<0,001
	Obesidade I x Baixo e Normal	0,062	6,4%	0,025	0,013
IMC	Obesidade II-III x Baixo e Normal	0,199	22,0%	0,027	<0,001
	PQ	S x N	0,108	11,4%	0,022
Fumante	S x N	0,082	8,6%	0,033	0,013

Fonte: o autor

Na análise múltipla, todos os fatores são avaliados mutuamente e o conjunto de fatores que melhor explica o número de sintomas é escolhido via *stepwise*. A tabela acima e a seguinte evidenciam somente as variáveis com significância estatística. Nessa, nota-se que os pacientes com maior número de sintomas são do sexo feminino, com mais de 41 anos, obesidade grau II ou III, em uso de MTDP e fumantes.

Foi realizada a análise do ronco individualmente, visando avaliar os fatores de riscos relacionados a esse sintoma, visto que foi o mais prevalente nos pacientes deste estudo (Tabela 6).



Tabela 6 – Regressão Logística para avaliar os fatores que influenciam o ronco

Variável	Efeito x Referência	Razão de Chances (OR)	IC <sub>95%</sub> (OR)	p-valor
<b>Análise Simples</b>				
Sexo	M x F	1,727	1,481- 2,014	<0,001
Idade	21-40 x 0-20	1,680	1,297- 2,177	<0,001
	>41 x 0-20	2,748	2,163- 3,492	<0,001
	Pré-Obeso x Baixo e Normal	2,553	2,116- 3,082	<0,001
IMC	Obesidade I x Baixo e Normal	3,136	2,517- 3,908	<0,001
	Obesidade II-III x Baixo e Normal	3,384	2,578- 4,443	<0,001
HAS	S x N	1,685	1,414- 2,007	<0,001
DM	S x N	0,938	0,696- 1,264	0,6755
PQ	S x N	1,554	1,289- 1,874	<0,001
Cardiopata	S x N	0,828	0,591- 1,160	0,2726
Doença Pulmonar	S x N	1,161	0,775- 1,739	0,4684
Fumante	S x N	1,380	0,967- 1,970	0,0755
<b>Análise Múltipla</b>				
Sexo	M x F	1,567	1,327- 1,851	<0,001
Idade	21-40 x 0-20	1,056	0,795- 1,403	0,7067
	>41 x 0-20	1,781	1,345- 2,357	<0,001
	Pré-Obeso x Baixo e Normal	2,106	1,719- 2,579	<0,001

IMC	Obesidade I x Baixo e Normal	2,544	2,009- 3,222	<0,001
	Obesidade II-III x Baixo e Normal	2,929	2,180- 3,935	<0,001
HAS	S x N	1,305	1,058- 1,610	0,0130
DM	S x N	1,764	1,271- 2,447	0,0007
PQ	S x N	1,568	1,283- 1,918	<0,001
Cardiopata	S x N	1,604	1,110- 2,317	0,0118

Fonte: o autor

Quanto à queixa de ronco, os homens apresentam 72,7% mais comparados às mulheres. Pessoas entre 21 e 40 anos queixam 68% mais que as de até 20 anos, já as de idade > 40 anos, 2,7 vezes mais que as de até 20 anos. Enquanto, os pré-obesos possuem 2,5 vezes mais queixas que os com peso normal ou baixo; os obesos I, 3,1 vezes mais que os com peso normal ou baixo; e os obesos II ou III, 3,4 vezes mais que os de peso normal ou baixo. Os hipertensos queixam 68,5% mais que os normotensos; os não usuários de MTDP, 55,4% mais que os usuários.

Não foi observada associação significativa na queixa de roncos com diabetes, cardiopatia, doença pulmonar e tabagismo.

## DISCUSSÃO

O presente estudo encontrou várias diferenças clínicas e epidemiológicas entre os sexos, já bem relatadas na literatura. Os dados deste estudo mostram que a prevalência de SAOS aumentou com o avanço da idade dos participantes (66,9% em >41 anos), assim como houve maior incidência no sexo masculino (63,9%) em concordância com um estudo populacional realizado na cidade de São Paulo (SP), por meio de entrevistas presenciais. Esse estudo utilizou 1042 voluntários que representavam a população de acordo com sexo, idade (20-80 anos) e nível econômico. Com base nos critérios diagnósticos da International Classification of Sleep Disorders (ICDS-2), da American Academy of Sleep Medicine (2005), a SAOS foi observada em 32,8% dos participantes. É mais prevalente em homens do que em mulheres, acometendo 24% dos homens e 9% das mulheres. Na faixa etária dos 50 aos 60 anos, ela sobe para 31% nos homens e 16% nas mulheres, sugerindo que o climatério tenha influência hormonal na fisiopatologia da doença (TUFIK *et al.*, 2010).

Alguns fatores são utilizados para justificar a diferença de prevalência de SAOS entre os sexos: influências hormonais e menopausa nas mulheres, diferenças estruturais cranio-faciais e comprimento das vias aéreas superiores; o que também explica o maior número de solicitação de exames de polissonografia para os homens, pois esses apresentam maior relato de sintomas clássicos de SAOS. Há uma menor tendência em solicitar exames para as mulheres, devido à menor percepção de sintomas típicos e de sintomas menos sugestivos de SAOS, tais como SDE, cefaleia matinal e fadiga (BASOGLU e TASBAKAN, 2019; DUARTE *et al.*, 2020).

A principal comorbidade associada à SAOS foi a HAS, que acometeu 32% da amostra deste estudo, resultado que está conforme a literatura, a qual afirma que, dentro de todas as comorbidades cardiovasculares, a HAS é a doença mais prevalente nos indivíduos com SAOS (KANDA *et al.*, 2018).

Em termos de sintomatologia, o ronco estava presente em 82,2% dos participantes deste estudo. No estudo de Jiahui e Suurna, essa também foi a queixa mais frequente (90%), corroborando a necessidade de considerá-la como importante fator para investigação de distúrbios respiratórios do sono (JIAHUI, L e SUURNA, 2018).

Neste estudo, os pré-obesos (35,9%) e obesos I (24,9%) representam mais da metade da amostra. A maioria dos estudos aponta que 2/3 dos pacientes com SAOS são obesos, sendo esse o principal fator de risco para a síndrome (KOO *et al.*, 2015). No estudo de Mendes *et al.*, 93% dos pacientes apresentavam-se com sobrepeso ou obesidade, indicando alta incidência da síndrome nesta população (MENDES *et al.*, 2014). Foster *et al.* mostrou que a redução de 10 kg no peso corporal pode produzir uma redução no índice de apneia-hipopneia (IAH) de aproximadamente 5 eventos/hora (FOSTER *et al.*, 2009).

O número de sintomas aumenta proporcionalmente conforme a idade e o IMC como visto na Tabela 4. Esses dois fatores causam diminuição da luz da via aérea e maior flacidez dos tecidos mucosos e musculares, favorecendo o colapso da VAS. Os homens tendem a ganhar peso mais centralmente do que as mulheres. Esse padrão provavelmente resulta em homens com mais gordura armazenada nas estruturas das VAS e no abdome do que as mulheres (PAVLOVA e LATREILLE, 2018; NIGRO *et al.*, 2018).

Nesta casuística, constatamos que pacientes do sexo feminino, acima de 41 anos, com obesidade grau 2 ou 3, em uso de MTDP e fumantes, apresentam maior número de sintomas, o que é corroborado pela literatura. Em geral, mulheres com SAOS têm maior idade, são mais obesas e com mais comorbidades, como, por exemplo, HAS e DM, do que homens com SAOS (JIAHUI e SUURNA, 2018). O estudo de Yamakoshi *et al.* mostrou, com base nos achados polissonográficos, que as mulheres apresentam pior qualidade do sono quando comparadas com homens. Assim, diferenças significativas entre os sexos são detectadas não apenas na prevalência de SAOS como também nos fenótipos clínicos associados a essa doença (YAMAKOSHI *et al.*, 2016; BOULOUKAKI *et al.*, 2019).

O tabagismo também está relacionado à queixa de sintomas de SAOS neste trabalho. Consistente com esse resultado, um inquérito de base populacional nos Estados Unidos mostrou que os fumantes apresentavam uma prevalência 73% maior de distúrbios do sono do que os não fumantes (DAVILA *et al.*, 2010). Embora os mecanismos exatos dessa associação ainda não estejam claros. Uma hipótese seria que o processo inflamatório provocado pelo cigarro nas vias aéreas superiores causaria piora da congestão nasal, bem como alterações na sensibilidade respiratória, e, como consequência, maior frequência de despertares e colapso das vias aéreas (PACHECO, ANJOS e MAIA, 2015).

Demonstramos a importância de conhecermos o perfil clínico e epidemiológico de pacientes encaminhados para realização do exame de polissonografia, pois dessa forma, os serviços podem se estruturar para atender adequadamente essa população, assim como fornecer dados para implementação de políticas de saúde pública. Reforçando a necessidade de prevenção, identificação e intervenção precoces sobre os potenciais danos à saúde.

As futuras formas de tratamento para apneia obstrutiva do sono serão provavelmente direcionadas à causa da doença, uma vez que ocorra por diferentes razões em diferentes tipos de pacientes.

## CONCLUSÃO

O presente estudo identificou elevada prevalência da SAOS na população encaminhada para realização de polissonografia, mostrando associação importante entre essa doença e obesidade, HAS e tabagismo.

A prevalência da SAOS também aumenta conforme o avanço da idade. Dessa forma, é imprescindível conhecer o perfil clínico, epidemiológico e antropométrico dos pacientes para auxiliar o encaminhamento para um laboratório do sono, independentemente do sexo.

## REFERÊNCIAS

BASOGLU, O.K.; TASBAKAN, M.S. Gender differences in clinical and polysomnographic features of obstructive sleep apnea: a clinical study of 2827 patients. **Sleep Breath**. 2018;22(1):241-249.

BENJAFIELD, A.V.; AYAS, N.T.; EASTWOOD, P.R.; HEINZER, R.; IP, M.S.M.; MORRELL, M.J. *et al.* Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: a literature-based analysis. **Lancet Respir Med**. 2019;7(8):687-698.

BILYUKOV, R.G.; NIKOLOV, M.S.; PENCHEVA, V.P.; PETROVA, D.S.; GEORGIEV, O.B.; MONDESHKI, T.L. *et al.* Cognitive impairment and affective disorders in patients with obstructive sleep apnea syndrome. **Front Psychiatry**. 2018;9:357.

BOULOUKAKI, I.; CHARALAMPOS, M.; MARKAKIS, M.; PATAKA, A.; ALEXAKI, I.; ERMIDOU, C.; MONIAKI, V.; MAUROUDI, E.; MICHELAKIS, S.; SCHIZA, S.E. Cardiovascular Effect and Symptom Profile of Obstructive Sleep Apnea: Does Sex Matter? **Journal of Clinical Sleep Medicine**, v. 15, n. 12, dez.2019.

CAO, M.T.; STERNBACH, J.M.; GUILLEMINAULT, C. Continuous positive airway pressure therapy in obstructive sleep apnea: benefits and alternatives. **Expert Rev Respir Med.** 2017;11(4):259-72.

DAVILA, E.P.; LEE, D.J.; FLEMING, L.E.; LEBLANC, W.G., ARHEART, K.; DIETZ, N. *et al.* Sleep disorders and secondhand smoke exposure in the U.S. population. **Nicotine Tob Res** 2010; 12:294-9.

Diretrizes Brasileiras de Obesidade de 2016. Disponível em: <Diretrizes-Download-Di-  
retrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf (abeso.org.br)>. Acesso em: 11 de julho de  
2023.

DUARTE, R.L.M.; SILVEIRA, F.J.M.D.; SÁ, T.S.O.E.; RABAHI, M.F.; MELLO, F.  
C.Q.; GOZAL, D. Using the No-Apnea score to screen for obstructive sleep apnea in  
adults referred to a sleep laboratory: comparative study of the performance of the instru-  
ment by gender. **J Bras Pneumol.** 2020 Sep 23;46(5):e20190297.

EDWARDS, B.A.; ECKERT, D.J.; JORDAN, A.S. Obstructive sleep apnoea pathogenesis  
from mild to severe: Is it all the same? **Respirology.** 2017 Jan;22(1):33-42.

FOSTER, G.D.; BORRADAILE, K.E.; SANDERS, M.H. A randomized study on the effect  
of weight loss on obstructive sleep apnea among obese patients with type 2 diabetes: the  
sleep

AHEAD study. **Arch Intern Med.** v.169, 2009.

JIAHUI, L.; SUURNA, M. Sleep Apnea and Sleep-Disordered Breathing. **Otolaryngol  
Clin N Am**, 2018.

KAPUR, V.K.; AUCKLEY, D.H.; CHOWDHURI, S.; KUHLMANN, D.C.; MEHRA, R.;  
RAMAR, K.; *et al.* Clinical Practice Guideline for Diagnostic Testing for Adult Obstructive  
Sleep Apnea: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. **J  
Clin Sleep Med.** 2017;13(3):479-504.

KANDA, G.M.; PRIORE, N.C.; TOLEDO, C.; SHIMIZU, R.N.; ARATA, Y.P.; GONZA-  
GA, C.; BERTOLAMI, A.; AMODEO, C.; MINUZZO, L. Perfil clínico e laboratorial de  
pacientes com e sem apneia obstrutiva do sono. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica  
Médica**, abri-jun;16 (2): 108-12, 2018.

KOO, P.; MCCOOL, F.D.; HALE, L.; STONE, K. Association of obstructive sleep apnea  
risk factors with nocturnal enuresis postmenopausal women. **The Journal of The North  
American Menopause Society.**, v.23, n.2, pp.175-182, 2015.

MENDES, F.A.; MARONE, S.A.M.; DUARTE, B.B.; ARENAS, A.C.P. Epidemiologic  
Profile of Patients with Snoring and Obstructive Sleep Apnea in a University Hospital. **Int  
Arch Otorhinolaryngol** 2014; 18: 142-145.

NIGRO, C.A.; DIBUR, E.; BORSINI, E.; MALNIS, S.; ERNST, G.; BLEDEL, I.; *et  
al.* The influence of gender on symptoms associated with obstructive sleep apnea. **Sleep  
Breath.** 2018;22(3):683-693.

PAVLOVA, M.K.; LATREILLE, V. Sleep Disorders. *The American Journal of Medicine*,  
2018.

PACHECO, F.Y.R.; ANJOS, E.S.; MAIA, A.B.F. Síndrome da Apneia/Hipopneia Obstrutiva do Sono: Artigo de Revisão Bibliográfica. **Revista Unilus Ensino e Pesquisa**, v.12, n.29, 2015.

SILVA, A.S.D; RABELO, F.A.W.; THULER, E.; KAYAMORI, F.; BIANCHINI, E.M.G. Obstructive Sleep Apnea: characterization of the obstructive site and type of collapse. **Codas**. 2022 May 16;34(5):e20210208.

TUFIK S.; SANTOS S.R.; TADDEI JA.; BITTENCOURT LR. Obstructive Sleep Apnea Syndrome in the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. **Sleep Med**. 2010;11(5):441-6.

YAMAKOSHI, S.; KASAI, T.; TOMITA, Y.; TAKAYA, H.; KASAGI, S.; KAWABATA, M. *et al.* Comparison of clinical features and polysomnographic findings between men and women with sleep apnea. **J Thorac Dis**. 2016;8(1):145-151.