

Avaliação do Conhecimento dos Médicos e das Práticas de Seguimento de Doentes com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono sob Ventiloterapia nos Cuidados de Saúde Primários

Assessment of Physicians' Knowledge and Follow-Up Practices for Patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome Under Ventilotherapy in Primary Health Care

Inês Freitas¹, Leonor Carrapatoso², Cecília Fernandes Vieira³, Bárbara Seabra⁴

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Inês Freitas [inesfreitasmgf@gmail.com]

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1547-368X>

USF Caravela, ACeS Matosinhos, Matosinhos, Portugal

Rua da Lagoa, 4460-352, Sra. da Hora, Matosinhos, Portugal

DOI: <https://doi.org/10.29315/gm.664>

RESUMO

INTRODUÇÃO: A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma doença crónica associada a importante morbimortalidade. Com este estudo pretende-se avaliar o seguimento dos doentes com SAOS sob ventiloterapia nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e o conhecimento dos médicos neste âmbito.

MÉTODOS: Estudo observacional, descritivo-analítico e transversal. Desenvolveu-se e aplicou-se um questionário aos médicos nos CSP de um Agrupamento de Centros de Saúde. Estudaram-se variáveis demográficas, relacionadas com o conhecimento da Norma de Orientação Clínica (NOC) n.º 022/2014, informações clínicas da alta hospitalar e recolhidas em consulta. Realizou-se uma análise descritiva e inferencial dos resultados.

RESULTADOS: A taxa de resposta foi de 41,4%. Dos médicos, 43,4% têm conhecimento do conteúdo da NOC e 50,9% realiza pelo menos uma consulta anual. Do total 59,3% questiona sobre sintomas relacionados com a SAOS a pelo menos 75% dos utentes. Dos médicos, 32% têm acesso ao relatório de ventiloterapia em mais de 50% dos casos e 17% nunca tem acesso ao mesmo.

CONCLUSÃO: Este estudo demonstrou a existência de lacunas na monitorização dos doentes com SAOS sob ventiloterapia. A amostra é limitada, sendo necessários mais estudos para obter resultados mais robustos e que possam ser extrapolados. A realização de ações formativas poderá ser uma mais-valia na otimização da abordagem desta patologia nos CSP.

PALAVRAS-CHAVE: Apneia Obstrutiva do Sono; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Cuidados de Saúde Primários; Inquéritos e Questionários; Respiração Artificial

1. USF Caravela, ACeS Matosinhos, Matosinhos, Portugal. 2. USF Lagoa, ACeS Matosinhos, Matosinhos, Portugal. 3. USF Leça, ACeS Matosinhos, Matosinhos, Portugal. 4. Serviço de Pneumologia, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Recebido/Received: 2022-08-22. Aceite/Accepted: 2025-05-28. Publicado online/Published online: 2025-00-00. Publicado/Published: 2025-00-00.
© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2025. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial.
© Author(s) (or their employer(s)) and Gazeta Médica 2025. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Obstructive sleep apnea (OSA) is a chronic disease with significant morbimortality. This study aimed at evaluating the follow-up of patients with OSA treated with ventilotherapy in primary care (PC) and physicians' knowledge about the matter.

METHODS: Descriptive-analytical cross-sectional study. A questionnaire was applied to a sample of PC doctors. Questions regarded demographic features of the physicians, their knowledge of the clinical practice guideline (CPG) number 022/2014, clinical information provided at the time of hospital consultation discharge and collected during follow-up consultations in PC. Descriptive and inferential analysis of the data were performed.

RESULTS: The survey response rate of 41.4%. Among the physicians surveyed, 43.4% indicated they were aware of the CPG content, and 50.9% conducted at least one follow-up consultation annually. The majority asked questions about symptoms related to OSA to at least 75% of the patients. While 32% of doctors accessed ventilotherapy report information in more than 50% of consultations, 17% reported no access whatsoever.

CONCLUSION: The study revealed weaknesses in the follow-up of patients with OSA treated with ventilotherapy. As the sample size in this study is limited, more studies are required to obtain more solid results that can be extrapolated. Carrying out educational sessions may be valuable to optimize the follow-up of these patients in PC.

KEYWORDS: Health Knowledge, Attitudes, Practice; Primary Care; Sleep Apnea, Obstructive; Respiration, Artificial; Surveys and Questionnaires

INTRODUÇÃO

A síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma doença respiratória comum e subdiagnosticada, com importantes consequências clínicas e socio-econômicas.^{1,2} É caracterizada por episódios transitórios e recorrentes de obstrução total ou parcial do fluxo aéreo oronasal, secundária ao colapso da via aérea superior durante o sono, que leva a uma diminuição cíclica da saturação de oxigênio, condicionando um aumento do risco de doenças cardiovasculares e respiratórias e disfunção neurocognitiva.³

A sintomatologia é variada, sendo a sonolência diurna excessiva uma das manifestações cardinais da doença que, se não tratada, poderá causar diminuição do desempenho laboral e risco aumentado de acidentes de viação e de trabalho.¹

Estima-se que a prevalência de SAOS seja de aproximadamente 4% nos homens e 2% nas mulheres de meia-idade, e que 82% dos homens e 93% das mulheres com SAOS moderada ou grave não se encontrem diagnosticados.⁴

Assim, uma vez que se trata de uma doença crônica, progressiva, com repercussões na qualidade de vida e associada a uma alta taxa de morbidade e mortalidade, a SAOS constitui um importante problema de saúde, sobre o qual é importante intervir.⁴

Em doentes com clínica sugestiva o diagnóstico é confirmado por polissonografia e baseia-se na presença

de um índice de apneia/hipopneia (IAH) igual ou superior a 5 eventos respiratórios por hora. A SAOS é classificada em ligeira se o IAH for ≥ 5 e ≤ 15 , moderada se >15 e ≤ 30 e grave se >30 , sendo a gravidade da doença o fator determinante na definição do tratamento a instituir.⁵

O tratamento pode englobar medidas higieno-dietéticas e a ventiloterapia, dentro da qual os equipamentos geradores de pressão positiva na via aérea (CPAP) são a opção de primeira linha. O tratamento com CPAP demonstrou efeitos benéficos na redução do risco cardiovascular e metabólico e na melhoria da sonolência diurna, das funções cognitivas e da qualidade de vida.⁶

As prescrições iniciais de CPAP são efetuadas a nível hospitalar por especialistas em Pneumologia, idealmente integrados em consultas multidisciplinares. Atingida a estabilidade clínica e verificada a adesão à ventiloterapia e a eficácia terapêutica, os doentes devem ser referenciados para os Cuidados de Saúde Primários para seguimento, devendo ser emitido um relatório de alta com todas as informações.⁷

Ao nível dos CSP deve ocorrer, pelo menos, uma consulta presencial anual para reavaliação da sintomatologia, onde deverão ser preenchidos os Anexos II e III da Norma de Orientação Clínica (NOC) n.º 022/2014 da Direção Geral da Saúde "Seguimento nos Cuidados de Saúde Primários de doentes com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono sob terapêutica com pressão positiva contínua", referentes à "Escala de sonolência de

Epworth” e ao “Formulário de seguimento da SAOS nos Cuidados de Saúde Primários”, respetivamente. Nestas consultas de seguimento deve ser analisado o relatório de ventiloterapia emitido pela empresa fornecedora de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD), que deve fazer referência à adesão (definida como utilização superior a 4 horas em pelo menos 70% das noites) e eficácia terapêutica (melhoria clínica associada a IAH <5 eventos por hora).⁷ Esta monitorização é importante, dado estar indicada nova referenciação para consulta hospitalar caso se verifiquem as seguintes situações: hipersonolência diurna (escala de Epworth ≥ 10) não atribuível a outras etiologias, não adesão à terapêutica apesar de incentivada a sua melhoria, incapacidade de adaptação ao ventilador, efeitos secundários de difícil correção, situações expressas pela empresa fornecedora dos CRD que impliquem necessidade de nova adaptação do CPAP e vontade expressa do doente em suspender a terapêutica.⁷

Com este estudo pretende-se avaliar e descrever os conhecimentos dos profissionais dos CSP sobre a NOC e o seguimento que os doentes com SAOS sob ventiloterapia têm neste contexto, nomeadamente, a periodicidade das consultas, o tipo de avaliação clínica realizada e o acesso ao relatório da ventiloterapia, de forma a perceber qual a adesão e eficácia do tratamento. Considera-se que este é um estudo inovador e de particular relevância dado não existirem estudos semelhantes na população portuguesa.

MATERIAL E MÉTODOS

Entre setembro de 2021 e março de 2022 foi realizado um estudo observacional, descritivo-analítico e transversal, previamente aprovado pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, que consistiu num inquérito realizado a todos os especialistas e internos dos 3º e 4º anos de Medicina Geral e Familiar (MGF) em funções nas Unidades de Saúde Familiares do Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos. Perante a inexistência de um questionário prévio validado, foi desenvolvido um questionário pelas autoras através da plataforma GoogleForms®. Este era constituído por questões de escolha múltipla, algumas apenas permitindo a seleção de uma opção e outras múltiplas opções de resposta, e ainda questões de resposta aberta. O questionário final foi enviado para toda a população-alvo via *e-mail* institucional, sendo de preenchimento voluntário.

Relativamente às variáveis relacionadas com a população, estas incluíam a situação profissional na carreira

médica e se o médico tinha conhecimento da NOC n.º 022/2014. Avaliaram-se também as informações clínicas facultadas aquando da alta dos doentes com SAOS da consulta de Pneumologia, nomeadamente, se o médico dos CSP tem acesso a alguma nota de alta da consulta hospitalar e a que tipo de informação tem acesso. Foram ainda questionadas informações relativas às consultas de seguimento dos doentes com SAOS sob ventiloterapia efetuadas nos CSP, designadamente sobre o número de consultas realizadas anualmente, os sinais e sintomas avaliados, as escalas de avaliação clínica aplicadas, o acesso ao relatório de ventiloterapia, a forma de acesso e os parâmetros avaliados, ou os motivos para a ausência de acesso a este relatório.

Os dados obtidos foram processados através do programa Microsoft Office Excel®, tendo as questões de carácter aberto sido agrupadas em categorias, de forma a facilitar a sua avaliação. Foi realizada uma análise descritiva dos resultados, que se apresentam sob a forma de frequências absolutas e relativas. A avaliação da existência de associação entre o conhecimento do conteúdo da NOC e a realização de consulta de seguimento, por oposição a fazer apenas a renovação da prescrição de ventiloterapia, bem como a avaliação entre a situação profissional na carreira médica e o conhecimento do conteúdo da NOC foram realizadas com recurso ao teste exato de Fisher, através do *software* IBM® Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)® Statistics v. 27, 2020. Assumiu-se significância estatística para valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dos 128 questionários enviados foram preenchidos e devolvidos 53, o que corresponde a uma taxa de resposta de 41,4%. Destes questionários, 75,5% foram obtidos entre os médicos especialistas ($n = 40$) e 24,5% entre os médicos internos ($n = 13$). Os resultados encontram-se representados na Tabela 1.

No que concerne à avaliação do conhecimento sobre a NOC n.º 022/2014, 90,6% dos médicos sabe da existência da NOC, e 43,4% tem conhecimento do seu conteúdo. Não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a situação profissional na carreira médica e o conhecimento do conteúdo da NOC ($p = 0,233$).

Relativamente ao acesso à informação da alta da consulta hospitalar, 73,6% dos inquiridos tem acesso à nota de alta em mais de 75% casos. No que concerne ao tipo de informação acessível, o diagnóstico e a terapêutica instituída foram os mais frequentemente

TABELA 1. Resultados da aplicação dos questionários

Variáveis	N (%)
Informações gerais	
Situação profissional	
Especialista	40 (75,5)
Interno	13 (24,5)
Conhecimento da NOC 022/2014	
Não	5 (9,4)
Sim, da NOC mas não do seu conteúdo	25 (47,2)
Sim, da NOC e do seu conteúdo	23 (43,4)
Alta da consulta hospitalar para os Cuidados de Saúde Primários	
Acesso a nota de alta da consulta hospitalar	
Em <25% dos casos	2 (3,8)
Em 25%-50% dos casos	5 (9,4)
Em 50%-75% dos casos	7 (13,2)
Em 75%-100% dos casos	29 (54,7)
Em 100% dos casos	10 (18,9)
Tipo de informação acessível à data da alta da consulta*	
Diagnóstico	47 (88,7)
Terapêutica instituída	48 (90,6)
Orientações para reavaliação nos CSP	25 (47,2)
Orientações para nova referênciação	27 (50,9)
Não aplicável (sem acesso)	0 (0,0)
Outras: diário da última consulta	1 (1,9)
Consulta de seguimento aos doentes com SAOS sob ventiloterapia nos CSP	
Média de consultas realizadas por ano que não apenas para renovação da ventiloterapia	
1	21 (39,6)
2	6 (11,3)
3	0 (0,0)
4 ou mais	0 (0,0)
Apenas renovação da ventiloterapia	26 (49,1)
Sintomas avaliados nas consultas de seguimento†‡	
Hipersónia diurna	23 (85,2)
Cansaço	9 (33,3)
Cefaleia	5 (18,5)
Roncopatia	6 (22,2)
Efeitos secundários da ventiloterapia	15 (55,5)
Qualidade do sono	8 (29,6)
Escalas de avaliação aplicadas nas consultas de seguimento†‡	
Escala de Sonolência de Epworth	23 (85,2)
Questionário STOP-Bang	7 (25,9)
Nenhum	6 (22,2)
Colocação de questões relativas à sintomatologia da SAOS em consultas de seguimento†‡	
Em <25% dos casos	1 (3,7)
Em 25%-50% dos casos	1 (3,7)
Em 50%-75% dos casos	9 (33,3)
Em 75%-100% dos casos	12 (44,5)
Em 100% dos casos	4 (14,8)

Variáveis	N (%)
Aplicação da escala de Epworth nas consultas de seguimento†	
Nunca	4 (14,8)
Em <25% dos casos	5 (18,6)
Em 25%-50% dos casos	4 (14,8)
Em 50%-75% dos casos	3 (11,1)
Em 75%-100% dos casos	9 (33,3)
Em 100% dos casos	2 (7,4)
Acesso ao relatório de ventiloterapia	
Acesso ao relatório de ventiloterapia	
Nunca	9 (17,0)
Em <25% dos casos	17 (32,1)
Em 25%-50% dos casos	10 (18,9)
Em 50%-75% dos casos	10 (18,9)
Em 75%-100% dos casos	3 (5,7)
Em 100% dos casos	4 (7,5)
Forma de solicitação do relatório‡	
Não solicita	10 (18,9)
Ao utente	32 (60,3)
À empresa fornecedora da ventiloterapia	9 (17,0)
Não responde	2 (3,8)
Forma de acesso ao relatório*	
Não aplicável (sem acesso)	2 (4,2)
Sem acesso ao relatório, mas o doente dá o feedback da terapêutica	10 (20,8)
Pela mão do doente	35 (72,9)
Por email enviado pelo doente	5 (10,4)
Por email enviado pela empresa	19 (39,6)
Motivo de inacessibilidade ao relatório	
Não aplicável (tem sempre acesso ao relatório)	4 (7,6)
Não vale a pena ter acesso porque não sabe interpretar	5 (9,4)
Não tem tempo na consulta para avaliar o relatório	1 (1,9)
Não é trazido pelo doente nem enviado por email pelo doente/empresa	27 (50,9)
Não o havia solicitado	16 (30,2)
Parâmetros avaliados no relatório*	
Adesão terapêutica	33 (62,3)
Percentagem de dias de utilização	33 (62,3)
Índice de apneia-hipopneia	33 (62,3)
Média de tempo de uso	28 (52,8)
Resumo realizado pela empresa	14 (26,4)
Média de fuga	13 (24,5)
Saturação média de oxigénio	12 (22,6)
Nível de dessaturação	9 (17,0)
Mediana de tempo de uso	7 (13,2)
Pressões mínima e máxima aplicadas pelo aparelho	5 (9,4)
Média de pressão aplicada pelo aparelho	4 (7,5)
Não aplicável (não avalia ou não tem acesso)	2 (3,8)

*Questões aplicadas apenas se resposta à pergunta 5 tiver sido de pelo menos uma consulta (n=27).

†Questões nas quais era possível selecionar mais do que uma opção.

‡Questões de resposta aberta. As respostas foram agrupadas em categorias para simplificar a análise dos dados.

enunciados na nota de alta (em 88,7% e 90,6% dos questionários, respetivamente).

No que se refere às consultas de seguimento dos doentes sob ventiloterapia realizadas nos CSP, 50,9% dos médicos refere realizar pelo menos uma consulta por ano, enquanto 49,1% refere apenas renovar a prescrição de ventiloterapia. Dos 23 profissionais que têm conhecimento da NOC e do seu conteúdo, 73,9% (n= 17) realiza pelo menos uma consulta de seguimento presencial, enquanto 26,1% (n= 6) procede apenas à renovação da prescrição de ventiloterapia. Entre os 25 profissionais que têm conhecimento da NOC mas não do seu conteúdo, 32% (n=8) efetua pelo menos uma consulta presencial e 68% (n= 17) renova apenas a prescrição. Daqueles que não conhecem a NOC, 40% (n= 2) realiza pelo menos uma consulta e 60% (n=3) apenas a renovação da prescrição. Comparando o grupo de profissionais sem conhecimento da NOC ou não familiarizados com o seu conteúdo com o grupo que tem conhecimento do conteúdo da NOC, no que concerne à atitude do médico relativamente ao seguimento dos doentes sob ventiloterapia, verificou-se existir uma associação estatisticamente significativa entre ter conhecimento do conteúdo da NOC e realizar consulta de seguimento, em vez de efetuar apenas a prescrição de ventiloterapia ($p= 0,004$).

Os sintomas mais frequentemente avaliados nas consultas são a hipersonolência diurna, em 85,2% dos casos (n= 23), e aqueles relacionados com os efeitos secundários da ventiloterapia, em 55,5% (n= 15). Dos clínicos, 59,3% afirma questionar a presença de sintomas relacionados com a SAOS a pelo menos 75% dos utentes. Como elementos adicionais de avaliação na consulta, para além da sintomatologia, 23 dos inquiridos referem utilizar a Escala de Sonolência de Epworth, e destes, 51,8% fazem-no em mais de 50% das consultas.

Relativamente ao acesso do relatório de ventiloterapia, 32% dos médicos refere ter acesso ao mesmo em mais de 50% das consultas e 17% refere nunca ter acesso ao mesmo. Nos casos em que este é disponibilizado, 72,9% dos clínicos diz obtê-lo em mão pelo utente e 39,6% através de *e-mail* enviado pela empresa prestadora dos CRD. Os motivos enunciados para a inacessibilidade ao relatório foram, em 50,9% dos casos, este não ter sido entregue pelo utente ou enviado pela empresa, e em 30,2% das situações não ter sido solicitado pelo médico. Os parâmetros mais avaliados no relatório foram maioritariamente o IAH, a adesão terapêutica e a percentagem de dias de utilização (62,3% dos inquiridos), e a média de tempo de uso (52,8% dos clínicos).

DISCUSSÃO

Da amostra populacional que participou no estudo, apenas uma minoria tem conhecimento do conteúdo da NOC n.º 022/2014, sendo estes os profissionais que mais frequentemente realizam consultas para reavaliação clínica dos doentes com SAOS. Por outro lado, os que têm conhecimento da existência da norma referida mas não do seu conteúdo e os que não têm conhecimento da mesma são os que, maioritariamente, apenas renovam a prescrição da ventiloterapia, sem avaliação clínica adicional.

Apesar da existência de poucos estudos sobre este tema, os resultados são consistentes com dois estudos internacionais que referem que a ausência de avaliação em consulta presencial destes doentes poderá ser explicada por falta de confiança na orientação e leitura dos relatórios por parte dos médicos de família, falta de tempo nas consultas e dificuldade no acesso aos relatórios da ventiloterapia.^{8,9} Um destes estudos refere que apenas 49% dos médicos de família têm confiança em gerir doentes com SAOS e 22% em gerir doentes sob CPAP, sublinhando a necessidade de maior investimento na formação dos médicos de família nesta área.⁹ Considera-se também essencial que exista uma maior proatividade no pedido e consulta do relatório da ventiloterapia por parte dos clínicos, uma vez que a sua avaliação é fundamental para avaliar a adesão e eficácia do tratamento, fatores que poderão ter impacto no prognóstico e na eventual necessidade de referenciação para consulta hospitalar.

Quando esta avaliação clínica é realizada, a escala mais comumente utilizada corresponde à indicada pela NOC anteriormente referida, assim como os parâmetros mais frequentemente monitorizados nos relatórios vão ao encontro desta orientação.⁷ Sendo inegável o papel das ferramentas digitais de apoio à decisão clínica como facilitadoras da otimização da gestão do tempo e da prestação de cuidados de saúde, poderia ser útil a integração da Escala de Sonolência de Epworth no processo clínico informático do utente, à semelhança do que acontece já com outros instrumentos e escalas de avaliação. Mais ainda, as autoras consideram que a inclusão do IAH e da taxa de adesão na aplicação Prescrição Eletrónica Médica® como parâmetros de preenchimento obrigatório para a renovação da prescrição da ventiloterapia poderia ser vantajosa, ao constituir mais uma oportunidade para sensibilizar o médico para a pertinência da avaliação do relatório.

É inquestionável que a hipersonolência diurna deverá ser um dos parâmetros a atentar no seguimento dos doentes com SAOS sob ventiloterapia, tal como desta-

cado na NOC, dado constituir um relevante indicador da falta de adesão ou eficácia terapêuticas. Na mesma medida, é importante questionar o doente sobre eventuais efeitos laterais da utilização do ventilador, que, embora potencialmente determinantes no cumprimento e sucesso do tratamento, são pouco frequentemente avaliados.

Embora o médico de família tenha acesso ao relatório de alta da consulta hospitalar na maioria dos casos reportados, é importante que este ocorra na totalidade das situações, tal como recomendado na NOC.⁷ Este é mais um aspeto que as autoras deste estudo consideram essencial reforçar, devendo ser incentivada e facilitada a comunicação e partilha de conhecimentos entre os CSP, os cuidados hospitalares e as empresas fornecedoras de CRD.

As autoras identificam como principais limitações do estudo a possibilidade de viés de memória nas respostas dos profissionais ao questionário e a baixa adesão ao preenchimento do mesmo, que condiciona a interpretação e representatividade dos resultados obtidos. Seriam necessários mais estudos, com amostras de maiores dimensões, de forma a obter resultados mais robustos e que possam ser extrapolados. Para além disso, seria vantajoso identificar e explorar as dificuldades experienciadas pelos clínicos relativamente à monitorização e tratamento destes doentes, de forma a definir as áreas que carecem de intervenção, sejam elas o investimento na formação dos profissionais, a disponibilização de recursos materiais, a promoção da comunicação e colaboração com os cuidados hospitalares ou a sensibilização e promoção da literacia em saúde dos doentes.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou a existência de lacunas na avaliação e monitorização clínica dos doentes com SAOS sob ventiloterapia nos CSP. A ausência de disponibilização de relatórios pelas empresas de ventiloterapia não é motivo, na maioria das vezes, para a ausência de um controlo adequado desta patologia, pois a entrega dos relatórios pelas mesmas é relativamente rápido, sempre que solicitado pelo clínico. Assim, é importante reforçar os clínicos da relevância de solicitar estes relatórios aquando da renovação do tratamento e promover uma formação contínua dos profissionais de saúde nesta área para uma correta interpretação dos resultados e melhor vigilância dos utentes.

Após esta análise, pretende-se realizar intervenções formativas nas unidades de saúde, de forma a melho-

rar o acompanhamento destes doentes.

São necessários mais estudos para confirmar os dados obtidos e compreender mais aprofundadamente as barreiras encontradas pelos profissionais na sua prática clínica.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO /CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

IF, LC, CFV - Conceção do estudo, tratamento de dados, escrita e aprovação final

BS - Conceção do estudo, escrita e aprovação final do artigo

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

IF, LC, CFV - Study design, data processing, writing and final approval

BS - Study design, writing and final approval of article
All authors approved the final version to be published.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pela Comissão de Ética responsável e de acordo com a Declaração de Helsínquia revista em 2024 e da Associação Médica Mundial.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCING SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship

CONFIDENTIALITY OF DATA: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

PROTECTION OF HUMAN AND ANIMAL SUBJECTS: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki as revised in 2024).

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer-reviewed.

REFERÊNCIAS

1. Juvanteny J, Sampol G, Lloberes P, Aoiz JI, Bayó J, Grau N, et al. Coordinated program between primary care and sleep unit for the management of obstructive sleep apnea. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2019;29:39. doi: 10.1038/s41533-019-0151-9.
2. Lee JJ, Sundar KM. Evaluation and management of adults with obstructive sleep apnea syndrome. *Lung*. 2021;199:87-101. doi: 10.1007/s00408-021-00426-w.
3. Stradling JR, Davies RJ. Sleep. 1: Obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome: definitions, epidemiology, and natural history. *Thorax*. 2004;59:73-8. doi: 10.1136/thx.2003.007161.
4. Schlosshan D, Elliott MW. Sleep . 3: Clinical presentation and diagnosis of the obstructive sleep apnoea hypopnoea syndrome. *Thorax*. 2004;59:347-52. doi: 10.1136/thx.2003.007179.
5. Sleep-related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. The Report of an American Academy of Sleep Medicine Task Force. *Sleep*. 1999;22:667-89.
6. Epstein LJ, Kristo D, Strollo PJ Jr, Friedman N, Malhotra A, Patil SP, et al. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *J Clin Sleep Med*. 2009;5:263-7.
7. Torrado D, Romero J, Moita J, Bárbara C, Pinto P. Norma de Orientação Clínica 022/2014 – "Seguimento nos Cuidados de Saúde Primários de doentes com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono sob terapêutica com pressão positiva contínua. Lisboa: Direção Geral Saúde; 2016.
8. Pendharkar SR, Blades K, Kelly JE, Tsai WH, Lien DC, Clement F, et al. Perspectives on primary care management of obstructive sleep apnea: a qualitative study of patients and health care providers. *J Clin Sleep Med*. 2021;17:89-98. doi: 10.5664/jcsm.8814.
9. Al-Khafaji H, Bilgay IB, Tamim H, Hoteit R, Assaf G. Knowledge and attitude of primary care physicians towards obstructive sleep apnea in the Middle East and North Africa region. *Sleep Breath*. 2021;25:579-85. doi: 10.1007/s11325-020-02137-7.