

## Artigo principal

## Uso de medicamentos para dormir no Brasil

Marcus Tolentino  
Kátia Kodaíra

## Características gerais do sono

O sono é um estado reversível e fundamental na vida do ser humano. Este estado ordinário da consciência se caracteriza pela redução da capacidade de resposta, da atividade motora, e do metabolismo<sup>1</sup>. O sono não é um período de total inatividade do organismo. A cada noite ocorrem processos fisiológicos ativos, dinâmicos e complexos, que se revezam com o estado de vigília<sup>2</sup>.

A alternância sono-vigília acontece em decorrência de dois processos distintos: o homeostático e o circadiano<sup>3</sup>. Modulações hormonais e neurais são responsáveis por tais atividades e também influenciam no controle da temperatura corporal, no trabalho cardíaco, na produção de hormônios, na glicemia, entre outros<sup>4</sup>. No decurso do sono, alternam-se os

estados *rapid eye movement* e *non-rapid eye movement*, quatro ou seis vezes por noite<sup>5</sup>.

As atividades fisiológicas induzidas durante o período de descanso restauram o estado neurológico e conservam as energias do indivíduo. Nessa fase, realiza-se o crescimento e o desenvolvimento (de crianças e adolescentes), a consolidação da memória e do aprendizado<sup>4</sup>.

O Quadro 1 indica a duração do sono por faixa etária<sup>6</sup>. Evidências epidemiológicas apontam a necessidade de cerca de sete a nove horas de descanso para os adultos e de aproximadamente dez horas para crianças e adolescentes<sup>7</sup>.

Ter boas condições de sono é de extrema importância para a saúde fisiológica, mental e comportamental. Sugere algum distúrbio do sono e comprometimento da qualidade de vida qualquer mudança em sua característica ou hábito.

Quadro 1. Recomendações para o tempo de duração do sono<sup>6</sup>

Faixa etária	Tempo recomendado (horas)	Apropriado (horas)	Não recomendado (horas)
0 a 3 meses	14 a 17	11 a 19	<11 e >19
4 a 11 meses	12 a 15	10 a 18	<10 e >18
1 a 2 anos	11 a 14	9 a 16	<9 e >16
3 a 5 anos	10 a 13	8 a 14	<8 e >14
6 a 13 anos	9 a 11	7 a 12	<7 e >12
14 a 17 anos	8 a 10	7 a 11	<7 e >11
18 a 25 anos	7 a 9	6 a 11	<6 e >11
26 a 64 anos	7 a 9	6 a 10	<6 e >10
≥ 65 anos	7 a 8	5 a 9	<5 e >9

## Distúrbios do sono e suas consequências para a saúde

As consequências da falta de sono têm sido objeto de investigações. O melhor relato refere-se ao estudante Randy Gardner (17 anos), que ficou 264 horas sem dormir em 1965<sup>8</sup>. Entre os sinais e sintomas apresentados, observaram-se dificuldades na focalização de objetos e de concentração, falta de coordenação motora, alucinações e depressão.

Aproximadamente 90 tipos de distúrbios do sono estão descritos na literatura<sup>5</sup>. De acordo com a terceira edição do *International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3)*, essas disfunções são classificadas em sete categorias: (i) insônia; (ii) transtornos respiratórios relacionados ao sono; (iii) hipersonia de origem central; (iv) transtornos do ritmo circadiano; (v) parassonias; (vi) transtornos do movimento relacionados ao sono; e (vii) outros distúrbios do sono<sup>9</sup>. Estima-se que cerca de 70 milhões de norte-americanos tenham algum desses problemas (2).

A insônia tem a maior prevalência entre os distúrbios do sono e afeta quase um terço da população mundial, em pelo menos alguma fase da vida<sup>10</sup>. É caracterizada por dificuldade em iniciar ou manter o sono e por despertares múltiplos ou precoces que impedem o adormecimento. Além disso, pessoas acometidas também reclamam de sonolência e fadiga persistentes durante o dia<sup>11</sup>. Devido a sua maior frequência, a insônia será destacada ao longo do texto.

O ICSD-3 e suas edições anteriores subclassificam a insônia, de acordo com suas características e duração<sup>9,11</sup>. Na insônia aguda, o paciente apresenta sinais e sintomas por menos de três meses e este tipo de insônia relaciona-se a algum fator de estresse como problemas no emprego, perdas, problemas familiares ou conjugais, mudanças de ambiente ou dor. Os sinais e sintomas da insônia crônica persistem por mais de três meses e associam-se a depressão, ansiedade, dor crônica, estresse psicossocial ou uso de substâncias psicoativas, como cafeína, álcool e drogas ilícitas.

A insônia compromete o bem-estar quando subdiagnosticada. Observam-se desequilíbrios fisiológico e homeostático, problemas na vida social e ocupacional, assim como distúrbios psicológicos e mentais<sup>12</sup>.

### Tratamento dos distúrbios do sono

O diagnóstico dos distúrbios do sono deve ser preciso para se determinar o melhor tratamento. Os resultados esperados da terapia incluem: melhora na qualidade e na quantidade do sono; diminuição de sinais e sintomas diurnos; e favorecimento da qualidade de vida<sup>11</sup>.

Na insônia e demais distúrbios do sono, o tratamento depende das características e duração dos sinais e sintomas. Sua abordagem é individualizada, considerando-se a gravidade e o impacto dos sinais e sintomas, potenciais riscos e benefícios, assim como custos relacionados<sup>11</sup>.

Diferentes condutas terapêuticas têm sido utilizadas no tratamento da insônia, principal distúrbio do sono. Incluem-se a abordagem comportamental, tratamentos alternativos e farmacológicos.

A terapia comportamental é um conjunto de atividades/atitudes que abrangem intervenções alternativas/complementares para se restabelecer o ciclo do sono. Nela, estão incluídos a higiene do sono, o controle de estímulos, a terapia cognitiva e a terapia cognitivo-comportamental<sup>13</sup>.

Higiene do sono são ações para reeducar hábitos relacionados à saúde e ao comportamento, visando à melhora e manutenção do sono, conforme indicado no Quadro 2<sup>13</sup>.

Controle de estímulos é a estratégia que restabelece o ciclo sono-despertar, desvinculando a idealização da falta de sono, perpetuada pelos insones, do ambiente do quarto e do tempo despendido na cama.

Na terapia cognitiva, o terapeuta trabalha a ansiedade provocada pela insônia e sua associação com acontecimentos negativos do dia a dia.

**Quadro 2.** Higiene do sono: regras básicas para uma boa noite de sono<sup>13</sup>

Durma o tempo suficiente para sentir-se descansado e em seguida levante-se da cama
Mantenha uma programação regular do sono
Evite dormir sem vontade
Pratique exercícios regularmente por pelo menos 20 minutos, preferencialmente 4 a 5 horas antes de dormir
Evite bebidas à base de cafeína após o almoço
Evite o consumo de bebidas alcoólicas próximo ao horário de dormir
Evite fumar, especialmente à tarde
Evite dormir com fome
Mantenha o ambiente do quarto confortável, escuro e calmo para dormir
Evite o uso prolongado de equipamentos eletrônicos que emitem luz antes de deitar-se
Evite lidar com preocupações antes de dormir

Terapia cognitivo-comportamental é a combinação das estratégias citadas e demanda um longo período de tratamento. É empregada em casos crônicos ou em indivíduos nos quais a intervenção medicamentosa é contraindicada. Pode ser realizada em conjunto com a farmacoterapia, de acordo com a intensidade dos sinais e sintomas.

Quanto ao tratamento farmacológico, a escolha do medicamento depende das características da insônia e varia de acordo com a meia-vida de eliminação do medicamento<sup>13-15</sup>. Os benzodiazepínicos – como clonazepam, lorazepam e midazolam – e hipnóticos não benzodiazepínicos – como zolpidem, zaleplona e zopiclona – são os mais prescritos. Fitoterápicos como a *Valeriana officinalis* L., a melatonina e alguns anti-histamínicos (difenidramina e hidroxizina) também são empregados no tratamento, apesar de pouca efetividade comprovada.

O acompanhamento do paciente é indispensável para monitorar efeitos adversos e minimizar o risco de dependência aos fármacos. A retirada dos medicamentos psicotrópicos deve ser gradual, evitando-se o efeito rebote da insônia.

Outras alternativas adotadas são o relaxamento, a meditação e a acupuntura. Entretanto, os benefícios e riscos ainda são incertos<sup>13, 14</sup>.

**Uso de medicamentos para dormir no Brasil**

O Brasil passa por transições no estilo de vida, influenciado por novos hábitos econômicos, socioculturais e ambientais, que interferem diretamente nos padrões de saúde e de doença

dos dias atuais. Diante desses fatos, em 2013, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizou a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)<sup>16</sup>. Trata-se de um inquérito populacional de base domiciliar, realizado em território nacional, com a proposta de investigar aspectos relacionados à percepção de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Foram incluídas 60.202 pessoas, com idade média de 42,9 anos (IC 95%: 42,7-43,2 anos), das quais 52,9% eram mulheres.

Como parte da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a seguinte pergunta foi feita: “Nas últimas duas semanas, o(a) sr.(a) fez uso de algum medicamento para dormir?”. Entre os entrevistados, 7,6% (IC 95%: 7,3-8,0%) afirmaram ter feito uso de medicamentos nas duas últimas semanas anteriores à entrevista<sup>17</sup>.

As respostas obtidas na PNS foram autorreferidas e sem necessidade de identificação, circunstância que impossibilitou a confirmação da classe do medicamento para dormir. Os usuários relataram que a duração do tratamento girou em torno de dez dias e 11,2% dispensaram orientação médica na prescrição.

**Fatores associados ao uso de medicamentos para dormir**

Alguns fatores que poderiam estar relacionados ao uso de medicamentos para dormir foram analisados. Com relação às características demográficas, as mulheres usaram duas vezes mais que os homens e os entrevistados da faixa etária acima dos 60 anos usaram cinco vezes mais medicamentos que os jovens adul-

tos entre 18 a 24 anos<sup>17</sup>. Esse fato pode ser explicado por alguns estudos sobre distúrbios do sono, que relataram mulheres e idosos como mais predispostos a desenvolver insônia<sup>4,18</sup>.

No que diz respeito ao estilo de vida, pessoas que fumam usaram 47% (IC 95%: 28-68%) a mais os medicamentos para dormir quando comparados com não fumantes ou ex-fumantes<sup>17</sup>. O tabaco e seus derivados são considerados substâncias estimulantes e podem intensificar os sinais e sintomas da insônia em fumantes. Estes, por sua vez, usam medicamentos na tentativa de adormecer e desta forma atingir o tempo de sono satisfatório.

Em comparação ao álcool, a situação foi inversa. O consumo de bebidas alcólicas desestimulou em 31% (IC 95%: 20-41%) o uso de medicamentos para dormir. Por ser uma substância depressora do sistema nervoso central, ajuda a pessoa a adormecer rapidamente, sem a necessidade de medicamentos<sup>19</sup>. Apesar de ser um facilitador do sono, seu consumo deve ser evitado, pois promove efeitos negativos que exacerbam os distúrbios do sono, além de causar dependência com o tempo.

Ressalte-se também a forte associação entre o uso de medicamentos para dormir e a presença de sinais e sintomas depressivos, ou seja, quanto maior a gravidade desses, maior a utilização de medicamentos<sup>17</sup>. Entre os 21% com sinais e sintomas depressivos apontados pela PNS, cerca de 10% indicaram problemas de sono quase todos os dias.

### Recomendações para orientação de pacientes com distúrbios do sono

Atividades e atitudes do dia-a-dia podem influenciar negativamente o sono e, conforme sua proporção, causar graves distúrbios do sono. Diagnósticos equivocados, preocupações quanto à falta de sono e suas consequências contribuem para o agravamento dos sinais e sintomas<sup>14</sup>.

Pessoas com dificuldades para dormir devem ser investigadas cuidadosamente. Em sua maioria, a insatisfação com o sono refere-se à insônia. Os descontentamentos, a duração

do evento, o contexto do acontecimento e o impacto provocado na qualidade de vida são relevantes para compreender a situação<sup>14</sup>.

Em uma primeira avaliação, além do histórico, é importante observar características como idade, principalmente na faixa etária acima de 60 anos; sexo feminino; presença de alterações de humor e sinais e sintomas depressivos, uma vez que estes são fatores predisponentes de insônia<sup>20</sup>. O estilo de vida, como o consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo, também interfere.

Após identificação das causas efetivas, uma equipe multiprofissional (médicos, psicólogos, farmacêuticos, terapeutas) deve ser envolvida, de forma a proporcionar o manejo ideal ao paciente.

Terapias comportamentais são indicadas como primeira escolha para a insônia, com o objetivo de reeducar indivíduos quanto às regras básicas para uma boa noite de sono. Destacam-se a higiene do sono, o controle de estímulos e a terapia cognitivo-comportamental.

Em situações mais complexas, somente mudanças nas atitudes são insuficientes para a melhora do distúrbio. Nesse caso, associa-se a farmacoterapia como forma de intensificar o tratamento<sup>14</sup>.

Benzodiazepínicos e hipnóticos não benzodiazepínicos são as classes terapêuticas de escolha. O acompanhamento médico e farmacêutico é fundamental, pois o uso de medicamentos psicotrôpicos promove potenciais riscos de dependência, acidentes, redução de reflexos e possível efeito rebote, exacerbando os sinais e sintomas da insônia. Desaconselha-se o uso sem prescrição e acompanhamento médico.

Os distúrbios do sono acometem milhares de pessoas pelo mundo. A escolha da terapia ideal depende particularmente do diagnóstico preciso e nem sempre a intervenção medicamentosa é a primeira opção. Por isso, é imprescindível o parecer profissional antes de qualquer atitude, pois somente ele é capaz de direcionar o melhor tratamento e, assim, propiciar ao paciente a recuperação do bem-estar e da qualidade do sono.

## Referências bibliográficas

1. Siegel JM. Sleep viewed as a state of adaptive inactivity. *Nature reviews Neuroscience*. 2009;10(10):747-53.
2. Luyster FS, Strollo PJ, Jr., Zee PC, Walsh JK. Sleep: a health imperative. *Sleep*. 2012;35(6):727-34.
3. Zanuto EAC, Lima MCSd, Araújo RGd, Silva EPd, Anzolin CC, Araujo MYC, et al. Distúrbios do sono em adultos de uma cidade do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015;18:42-53.
4. Colten HR, Altevogt BM. Sleep disorders and sleep deprivation: an unmet public health problem. *The National Academies Press*. 2006:424.
5. Bixler E. Sleep and society: An epidemiological perspective. *Sleep Medicine*. 2009;10, Supplement 1:S3-S6.
6. Martin C. Sleep is the best medicine. *BMJ: British Medical Journal*. 2007;335(7631):1216-.
7. AASM. International Classification of Sleep Disorders. *American Academy of Sleep Medicine*. 2014;3.
8. Daley M, Morin CM, LeBlanc M, Grégoire J-P, Savard J. The Economic Burden of Insomnia: Direct and Indirect Costs for Individuals with Insomnia Syndrome, Insomnia Symptoms, and Good Sleepers. *Sleep*. 2009;32(1):55-64.
9. Neves GSML, Giorelli AS, Florido P, Gomes MM. Transtornos do sono: visão geral. *rev Bras Neurol*. 2013;49 57-71.
10. Buysse DJ. Sleep health: can we define it? Does it matter? *Sleep*. 2014;37(1):9-17.
11. Bonnet MH, Arand DL. Treatment of insomnia. in: *Up to Date*, Post TW (Ed), UptoDate, Waltham, (MA). (Accessed on May 04, 2016).
12. Prescrire Editorial Staff. Sleep complaints Whenever possible, avoid the use of sleeping pills. *Prescrire Int*. 2008;17(97):206-12.
13. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRBd, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19:333-42.
14. Kodaira K, Okuyama JH, Silva M. Prevalence Of Sleeping Pills Consumption And Its Association With Depressive Symptoms. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2015;18(7):A408.
15. Ancoli-Israel S. Sleep and its disorders in aging populations. *Sleep Medicine*. 2009;10, Supplement 1(0):S7-S11.
16. Vinson DC, Manning BK, Galliher JM, Dickinson LM, Pace WD, Turner BJ. Alcohol and Sleep Problems in Primary Care Patients: A Report from the AAFP National Research Network. *Annals of Family Medicine*. 2010;8(6):484-92.
17. Cirelli C. Sleep insufficiency: Definition, consequences, and management. In: *Up to Date*, Post TW (Ed), UptoDate, Waltham, (MA). (Accessed on May 04, 2016).