

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 metabolismo¹. 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 vigília².

A alternância sono-vigília acontece em decorrência de dois processos distintos: o homeostático e o circadiano³. 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 outros⁴. No decurso do sono, alternam-se os

estados *rapid eye movement* e *non-rapid eye movement*, quatro ou seis vezes por noite⁵.

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 aprendizado⁴.

O Quadro 1 indica a duração do sono por faixa etária⁶. 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 adolescentes⁷.

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 sono⁶

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 1965⁸. 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 literatura⁵. 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 sono⁹. 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 vida¹⁰. 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 dia¹¹. 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^{9,11}. 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 mentais¹².

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 vida¹¹.

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 relacionados¹¹.

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-comportamental¹³.

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 2¹³.

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 sono¹³

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 medicamento¹³⁻¹⁵. 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^{13, 14}.

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)¹⁶. 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 entrevista¹⁷.

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 anos¹⁷. Esse fato pode ser explicado por alguns estudos sobre distúrbios do sono, que relataram mulheres e idosos como mais predispostos a desenvolver insônia^{4,18}.

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-fumantes¹⁷. 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 medicamentos¹⁹. 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 medicamentos¹⁷. 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 sintomas¹⁴.

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 situação¹⁴.

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 insônia²⁰. 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 tratamento¹⁴.

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).