

Nicole Dinis Couceiro

# Avaliação da qualidade do sono e consumo de hipnóticos

Monografia realizada no âmbito da unidade Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas,  
orientada pela Professora Doutora Maria Margarida Duarte Ramos Caramona e apresentada à  
Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Julho 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

# Índice

Resumo .....	2
Abstract.....	3
1. Introdução .....	4
2. Ciclo circadiano sono-vigília .....	4
3. Estádios do sono e sua arquitetura.....	5
4. Distúrbios do sono .....	6
4.1 DISSONIAS:.....	6
Insónia:.....	6
Apneia do sono.....	7
Narcolepsia.....	7
Enurese.....	8
Bruxismo.....	8
Sonilóquio .....	9
5. Fármacos sedativo-hipnóticos .....	9
6. Estudo.....	11
6.1 MÉTODOS .....	11
6.2 AMOSTRA.....	11
6.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	11
6.4 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	11
7. Discussão.....	22
8. Conclusão.....	25
9. Bibliografia .....	26
10. Anexos.....	27

## Resumo

O sono pode ser caracterizado em cinco estadios fundamentais, que se diferenciam de acordo com o padrão do electroencefalograma (EEG) e a presença ou ausência de movimentos oculares rápidos (rapid eye movements: REM), além de mudanças em diversas outras variáveis fisiológicas, como o tónus muscular e o padrão cardiorespiratório.

Os distúrbios do sono são das queixas mais frequentemente encontradas em contexto médico e farmacêutico. Estes podem ser classificados em dissonias e parassonias, consoante a sua origem.

Um estudo realizado em três farmácias do concelho de Cantanhede, que contou com 103 participantes, teve como objetivo avaliar a qualidade do sono dos utentes, bem como analisar o consumo dos medicamentos hipnóticos. Este estudo permitiu fazer observações interessantes, tais como: o número de horas que as pessoas passam deitadas, desde que vão dormir até acordar, é maior que o número de horas de sono; a grande maioria das pessoas revelou acordar várias vezes durante a noite, sendo que depois tem mais dificuldade para voltar a adormecer; os utentes mais jovens são aqueles que apresentam mais sonolência durante o dia; quase metade dos utentes acordam cansados, sendo esta percentagem maior nas mulheres; mais de metade dos utentes afirmou tomar, ou já ter tomado, algum hipnótico; os medicamentos mais consumidos são as benzodiazepinas de curta duração de ação.

## **Abstract**

Sleep can be characterized into five basic stages which differ according to the pattern of electroencephalogram (EEG) and the presence or absence of rapid eye movement (rapid eye movements: REM) in addition to other changes in various physiological variables, such as muscle tone and cardiorespiratory pattern.

Sleep disorders are the complaints most often found in medical and pharmaceutical context. These can be classified into dyssomnias and parasomnias (trocar a ordem destas duas palavras), depending on the source of the disturbance.

A study carried out in three pharmacies in the municipality of Cantanhede which included 103 volunteers, aimed to evaluate their sleep quality as well as to analyze the consumption of hypnotic drugs. This questionnaire allowed me to make interesting observations, such as the number of hours that people stay lying, since they go to sleep until they wake up is greater than the number of sleeping hours; the vast majority of people revealed waking several times during the night, and consequently they have more difficulty returning to sleep; the youngest users are those with more daytime sleepiness; almost half of the users wake up tired, with the higher percentage corresponding to women; more than half of users said that they are taking or have already taken some hypnotic pills; the most commonly used drugs are within the group of benzodiazepines of short duration of action.

## **I. Introdução**

Cerca de um terço das nossas vidas é passado a dormir. Este é um estado que ocorre de uma maneira cíclica numa grande variedade de seres vivos do reino animal, mesmo em animais inferiores da escala zoológica, como os insetos (1). Quando privados de sono ansiamos por ele, e a sua privação continuada pode chegar a ser fatal (2).

O sono define-se, em termos comportamentais, pela suspensão normal da consciência, e electrofisiologicamente pela eleição criteriosa de ondas cerebrais específicas. Contrariamente ao que se possa pensar, esta fase fisiológica é constituída por uma série de estados encefálicos controlados, sendo que em alguns deles o encéfalo está tão ativo como em pessoas acordadas, não representando portanto uma simples diminuição da atividade encefálica (2).

O sono inicia-se por um conjunto de quatro estadios sem movimentos oculares rápidos (NREM), passando de seguida para uma atividade semelhante à vigília, o sono REM, apresentando assim uma arquitetura característica mas que vai variando consoante a faixa etária.

A importância do sono para a saúde é inquestionável, tal como demonstram vários estudos realizados sobre o tema. Ao longo desta monografia irei salientar essa importância e apresentar resultados de um trabalho realizado durante o meu estágio em farmácia comunitária.

## **2. Ciclo circadiano sono-vigília**

O ciclo sono-vigília é adequado ao ciclo noite-dia por diversos elementos externos e internos, mantendo-se um ciclo circadiano (do latim: *circa*= em torno de; *dies*= do dia). A luminosidade e o calor do dia, a escuridão e a redução da temperatura ambiental à noite, as variações de incidência de luz ao longo do dia, os relógios, os sons das cidades e de animais são elementos que nos condicionam a manter um ritmo alternado entre repouso e atividade, dentro do padrão circadiano (1).

O ciclo sono-vigília é igualmente controlado do ponto de vista endógeno, possuindo o organismo humano mecanismos complexos para permitir a variação entre o repouso e a atividade. Um dos centros encefálicos mais importantes nesta sincronização é o núcleo supraquiasmático (NSQ), situado no hipotálamo anterior, que recebe os impulsos luminosos transportados pelo nervo ótico (2). Quando o NSQ é ativado, são geradas respostas em neurónios que se projetam até à glândula pineal. Esta, por sua vez, sintetiza a melatonina a partir do triptofano e secreta-a para a corrente sanguínea (2). A melatonina é uma hormona implicada na regulação da cronobiologia do ciclo sono-vigília, apresentando a sua secreção

influenciada pela luminosidade ambiental e tendo o seu pico máximo nas primeiras horas da noite. Este pico é considerado um dos “portões” de entrada no sono. Deste modo, quando um indivíduo tenta contrariar o sono e força o estado de vigília, perde a entrada através deste “portão” e tem dificuldade em adormecer mais tarde (1).

No entanto, a melatonina não é o único elemento determinante desta periodicidade do ciclo sono-vigília. Outras hormonas e neurotransmissores têm a sua secreção igualmente vinculada a este ciclo, facilitando o estado de vigília ou de sono (1). Por exemplo, a hormona antidiurética vê a sua produção aumentada durante a noite, o que está relacionado com a necessidade de haver diminuição do nível de urina de modo a evitar um despertar noturno (1).

Para além dos mecanismos endógenos sincronizadores do ciclo sono-vigília, há que destacar também a variação da temperatura corporal interna. Ao longo das 24h, esta sofre variações de cerca de meio grau centígrado, o que é suficiente para facilitar ou dificultar a ocorrência do sono (1).

Visto estes mecanismos de regulação, é evidente que o ciclo sono-vigília é regido por um bio-ritmo neuroquímico e funcional complexo que não tolera desajustes abruptos, e que requer um tempo de adaptação às mudanças impostas por novos hábitos ou por grandes mudanças de fusos horários.

### **3. Estádios do sono e sua arquitetura**

O sono caracteriza-se por dois padrões fundamentais: sem movimentos oculares rápidos (NREM) e com movimentos oculares rápidos (REM). O sono NREM é composto por quatro etapas em grau crescente de profundidade e com aumento progressivo de ondas lentas, os estádios I, II, III e IV (1). O sono inicia-se pelo estadio I, após um período de latência de cerca de 10 minutos. Relativamente aos registos de EEG, o estadio I do sono NREM caracteriza-se por uma diminuição na frequência e aumento da amplitude, face à vigília. Em seguida, o estadio I do sono cede lugar ao estadio II, que se caracteriza por um decréscimo adicional na frequência e um aumento de amplitude das ondas do EEG, juntamente com grupos intermitentes de oscilações de alta-frequência, denominados fusos de sono. Estes fusos de sono constituem surtos de atividade rítmica de 12 a 14 ciclos por segundo, com duração média entre 1 e 5 segundos e surgem como resultado de interações entre neurónios talâmicos e corticais (1,2). No estadio III do sono o número de fusos diminui, enquanto que a amplitude das ondas de baixa frequência aumenta ainda mais. Este representa um sono moderado a profundo. O estadio que se segue, estadio IV, constitui o nível mais profundo do sono. Este estadio é definido pelas denominadas ondas lentas, que consistem em ondas de baixa frequência e alta amplitude. Toda esta sequência de eventos,

desde a letargia até ao estado mais profundo, estado IV, leva normalmente cerca de 90 minutos. O conjunto destes quatro estados denominam-se então por sono NREM, e nesta fase do sono é bastante difícil acordar as pessoas, por ser a fase do sono mais profundo (2).

Após este período de sono, surge uma fase bem diferente, o chamado sono REM. Este estado do sono apresenta o padrão electroencefalográfico semelhante ao da vigília, ou mesmo do sono NREM superficial (estado I). Deste modo, fica completo o primeiro ciclo de sono, ocorrendo cerca de 6 ciclos durante uma noite de 8 horas de sono. Importa ainda referir que na primeira metade da noite vai existindo alternância entre os vários estados, porém, o sono delta (estágios III e IV) tende a não ocorrer na segunda metade da noite, especialmente nos adultos, passando a haver somente alternância entre os estágios I, II e sono REM (1).

Analisando outros aspetos, a respiração apresenta-se regular a partir da fase II do sono NREM, atingindo-se a máxima regularidade cardiorrespiratória no sono profundo de ondas lentas, fase IV. Por sua vez, o sono REM é marcado por irregularidades do padrão respiratório, com alternância entre padrões de taquipneia e bradipneia, bem como irregularidades na frequência cardíaca (1).

Apesar de conhecidas todas estas informações, os propósitos funcionais dos vários estados do sono ainda não são bem conhecidos. A maior parte dos investigadores que estudam o sono aceita que o sono NREM seja, pelo menos em parte, restaurador, no entanto a função do sono REM ainda apresenta alguma controvérsia (2).

#### **4. Distúrbios do sono**

Os distúrbios do sono estão entre as queixas mais frequentes encontradas em contexto médico e farmacêutico. Estima-se que 20% da população dos EUA experimente ao longo da sua vida algum tipo de distúrbio do sono. Esses problemas podem causar desde simples incómodos até ameaças à vida (2).

Segundo a American Sleep Association, os transtornos do sono podem ser divididos em dissonias e parassonias. As dissonias são transtornos que causam ou insónia ou sonolência excessiva. Estão associadas com a perturbação do sono noturno ou com comprometimento da vigília. As parassonias são definidas como transtornos que não são anormalidades dos processos responsáveis pelos estados de sono e vigília por si, mas sim problemas orgânicos indesejáveis que ocorrem predominantemente durante o sono.

##### **4.1 DISSONIAS:**

###### **Insónia:**

Insónia é a dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, prejudicando o bom funcionamento da mente e do corpo no dia seguinte. A insónia não é definida pelo tempo

que uma pessoa dorme, uma vez que a necessidade de sono varia de indivíduo para indivíduo. Ela pode ser classificada como aguda, intermitente e crónica, consoante a sua duração. Dependendo do ciclo do sono no qual ela se inicia, pode ser classificada como inicial (dificuldade para iniciar o sono); intermediária (com episódios que interrompem o sono); e terminal (acordar cedo) (3).

A insónia pode ter várias causas. Quando é aguda pode advir de stress, jet lag ou simplesmente em função de uma ingestão excessiva de estimulantes, como a cafeína. Desenvolve-se tipicamente após uma mudança no ambiente de sono, como acontece por exemplo numa noite fora de casa ou depois de um evento de vida significativo (3). Estes problemas são normalmente prevenidos mediante a melhoria dos hábitos de dormir e, em casos mais complicados, administrando-se medicamentos que promovam o sono. Insónias mais graves podem estar associadas a transtornos psiquiátricos, como por exemplo a depressão, que alteram os níveis de neurotransmissores que controlam o início e a duração dos ciclos de sono. A insónia crónica é um problema que também afeta especialmente os idosos, uma vez que estão muito sujeitos à depressão e frequentemente tomam medicamentos que afetam os sistemas relevantes de neurotransmissores (2).

### **Apneia do sono**

Estima-se que cerca de 4% das mulheres e 9% dos homens adultos sofram de apneia do sono. A apneia do sono refere-se a breves e repetidas interrupções da respiração durante o sono e afeta frequentemente indivíduos do sexo masculino, obesos e de meia-idade. Uma pessoa com apneia do sono pode acordar imensas vezes durante a noite e, como resultado, tem pouco ou nenhum sono de ondas lentas. Como consequência, estes indivíduos apresentam-se cronicamente cansados durante o dia. Em casos mais graves, a apneia do sono pode até mesmo conduzir à morte súbita devido a paragem respiratória durante o sono. A base deste distúrbio é o colapso das vias aéreas durante a respiração, bloqueando o fluxo de ar. Como resultado, os níveis de oxigénio diminuem e o reflexo de inspiração que se segue chega a despertar os portadores desse distúrbio (2). O tratamento depende da causa e da gravidade da doença. A apneia do sono leve pode ter melhoras significativas com medidas simples, tais como dormir de lado ou perder peso. O tratamento mais eficaz e mais utilizado para os casos moderados ou graves consiste no uso do aparelho chamado CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*). Esse aparelho previne a obstrução da garganta durante o sono e reestabelece o sono normal ao indivíduo (4).

### **Narcolepsia**

Indivíduos com narcolepsia apresentam frequentes “ataques” de sono REM durante o dia, entrando em sono REM diretamente a partir da vigília sem passar pela etapa do sono NREM.



Tais indivíduos podem tornar-se catapléticos durante esses episódios, ficando sujeitos a sofrer quedas (2). O sintoma mais expressivo é a sonolência diurna excessiva, que deixa o doente em perigo durante a realização de tarefas comuns, como conduzir, manobrar certos tipos de máquinas e outras ações que exigem concentração. Isso faz com que a pessoa passe a apresentar dificuldades no trabalho, na escola e, até mesmo, em casa. A causa da narcolepsia parece ser genética, e base do problema é o déficit do neurotransmissor denominado orexina (também denominada hipocretina) no hipotálamo. O déficit deste neurotransmissor estimulante leva à sonolência excessiva (3).

## **4.2 PARASSONIAS:**

### **Enurese**

Enurese é o ato involuntário de urinar durante o sono. A enurese afeta principalmente crianças e adolescentes, e em alguns casos também adultos jovens. Na enurese noturna o fator genético é determinante. Infecções urinárias ou malformações congênitas também ser a causa da enurese (4).

A enurese possui duas classificações:

Enurese noturna primária: quando a criança passa dos cinco anos sem nunca ter apresentado um período prolongado de controle. É a mais comum: 15% das crianças acima dos cinco anos têm enurese noturna primária. Nestas crianças verifica-se uma diminuição da hormona antidiurética. A redução circadiana desta hormona promove uma maior formação proporcional de urina noturna. A farmacoterapia sintomática é normalmente realizada com desmopressina, cloreto de oxibutinina ou imipramina (3).

Enurese noturna secundária: quando a criança já apresentou um período (cerca de seis meses) de controle, e de repente volta a urinar na cama. É a mais complicada e pode estar associada a fatores emocionais, infecções e malformações do trato urinário. O tratamento deste tipo de enurese consiste no tratamento das patologias que estão na sua base (4).

### **Bruxismo**

Bruxismo é um involuntário forte ranger dos dentes durante o sono, que afeta 10 a 20% da população. Por norma, estes indivíduos não têm noção de que apresentam este problema. Em muitos casos, o diagnóstico é feito durante a examinação dentária. O ranger provoca um desgaste nos dentes que pode afetar a integridade dos mesmos e comprometer a saúde bucal. O bruxismo do sono também força e cria tensões ao nível das articulações temporomandibulares, o que pode causar desgastes e eventuais problemas. As causas do bruxismo do sono são multifatoriais e ainda pouco conhecidas. A má oclusão dentária e tensão emocional podem estar relacionadas a este distúrbio (3). Nos casos mais graves, o tratamento com uma proteção dos dentes é necessário para evitar lesões nos mesmos. A

gestão do stress também pode ser útil quando o bruxismo é uma manifestação de stress psicológico (3).

### **Sonilóquio**

Este distúrbio inclui qualquer fala durante o sono, palavras e murmúrios. A fala durante o sono é comum em todas as idades, porém mais encontrada nos jovens. A duração, usualmente, fica limitada a poucos segundos mas pode-se prolongar, havendo descrições de episódios que duram horas. Os episódios de sonilóquio durante os estádios 3 e 4 do sono NREM tendem a estar relacionados a acontecimentos recentes, prosaicos. Por outro lado, os episódios durante os estágios do sono REM mostram-se mais elaborados, expressando conflitos internos, medo, sofrimento físico ou moral. O tom de voz dos sonilóquios é geralmente monótono, mas quando relacionados com o sono REM tendem a ter um tom mais afetivo. Usualmente, sonilóquio é uma parassónia que não requer qualquer forma de terapêutica. Nos poucos casos cuja elevada frequência, duração, intensidade e conteúdo sugeriram comprometimento emocional, a avaliação detalhada desta área está indicada (5).

## **5. Fármacos sedativo-hipnóticos**

Perante uma insónia declarada, e uma vez eliminadas as causas orgânicas (sobretudo dores, insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória, afeções digestivas) ou psíquicas (depressão, ansiedade, excesso de trabalho, preocupações graves, etc, a exigirem tratamento adequado) deve-se fazer a recomendação de medidas não farmacológicas, que devem ser a primeira linha de tratamento. Todavia, em alguns casos, o doente necessita de sedativo-hipnóticos por um período de tempo limitado (6).

As benzodiazepinas, os barbitúricos, o zolpidem e outros fármacos ligam-se a componentes moleculares do recetor  $GABA_A$  presente nas membranas neuronais do SNC. Esse recetor, que atua como canal de iões cloreto, é ativado pelo neurotransmissor inibitório GABA. Os barbitúricos ligam-se a múltiplas isoformas do recetor  $GABA_A$ , porém em sítios diferentes daqueles com os quais interagem as benzodiazepinas. Em contraste, as benzodiazepinas e o zolpidem ligam-se mais seletivamente, visto que estes fármacos só interagem com certas isoformas do recetor  $GABA_A$  (6).

Os barbitúricos são eficazes como hipnóticos, mas os riscos determinados pela possibilidade de depressão grave do SNC indo até coma e morte, e a existência de alternativas mais seguras, as benzodiazepinas, faz com que a sua utilização deva ser diminuta e reservada a casos especiais (insónia refratária). Essa multiplicidade de locais de ação dos barbitúricos constitui a base dos seus efeitos depressores centrais mais pronunciados, que resultam na sua estreita margem de segurança, em comparação com as benzodiazepinas.

Quanto às benzodiazepinas, estudos electrofisiológicos mostraram que estas potencializam a inibição GABAérgica. As benzodiazepinas não substituem o GABA, mas parecem potencializar os seus efeitos, sem ativar diretamente os recetores do GABA ou abrir os canais de cloreto associados (6). É importante notar que todas as benzodiazepinas podem induzir tolerância, dependência física e psíquica. As benzodiazepinas de curta duração de ação são as que têm maior potencial de induzir dependência. Por outro lado, a tolerância para os efeitos hipnóticos das benzodiazepinas desenvolve-se rapidamente, pelo que os tratamentos que têm como objetivo o tratamento da insónia devem ser de curta duração (7).

Os efeitos sedativo-hipnóticos sobre os estadios do sono dependem de diversos fatores, incluindo o fármaco específico, a dose e a sua frequência de administração. De uma forma geral, as benzodiazepinas reduzem o tempo de adormecimento, aumentam o tempo de sono total e reduzem a frequência do despertar noturno. É fonte de controvérsia a escolha, como hipnótico, entre compostos de curta duração de ação e compostos de duração intermédia ou longa. Os primeiros têm a vantagem de não induzir efeitos durante o dia. Os segundos podem produzir concentrações hipnóticas, quando tomadas ao deitar, e manter concentrações mais baixas e sustentadas durante o dia, o que é útil em doentes em que a insónia é acompanhada de ansiedade diurna (6).

Os sedativo-hipnóticos devem ser usados com a cautela adequada, de modo a minimizar os efeitos adversos. Deve-se usar uma dose que não altere a atividade mental nem as funções motoras durante as horas de vigília. As prescrições devem ser feitas por curtos períodos de tempo. O médico deve empenhar-se em avaliar a eficácia da terapia com base nas respostas subjetivas do doente. É preciso evitar associações de fármacos ansiolíticos, e os indivíduos em uso de sedativo-hipnóticos devem ser advertidos quanto ao consumo de álcool e uso concomitante de medicações adquiridas sem receita médica, contendo anti-histamínicos ou fármacos anticolinérgicos (6).

O farmacêutico deve ter um papel ativo no aconselhamento de doentes que apresentam dificuldades em dormir, quer através da importância das medidas não farmacológicas que deve transmitir, quer através de medicamentos que pode dispensar, quer mesmo no encaminhamento para um médico, quando assim o entender. Quanto aos medicamentos, são alvo de indicação farmacêutica para esta situação medicamentos contendo extratos de plantas. A *Valeriana officinalis* e a *Passiflora* são alguns desses, incorporados em vários MNSRM e suplementos, que são consideradas empiricamente desde há muito tempo como tendo propriedades sedativas e hipnóticas.

## 6. Estudo

### 6.1 MÉTODOS

Este trabalho teve como objetivo a avaliação da qualidade do sono e o uso de hipnóticos numa população heterogénea. Para tal, realizou-se um inquérito (Anexo 1) onde se abordaram questões como o tempo total de sono, o tempo para adormecer, a existência de despertares noturnos, a sonolência diurna, as condicionantes que prejudicam um sono de qualidade, bem como todas as questões pertinentes relacionadas com a medicação hipnótica, caso esta exista.

A todos os utentes que participaram neste estudo foi-lhes oferecido um folheto (Anexo 2) elaborado por mim, com a ajuda de toda a equipa técnica da Farmácia Cruz Unipessoal Lda, onde constam algumas medidas não farmacológicas que podem ser úteis para um sono com melhor qualidade.

### 6.2 AMOSTRA

O presente estudo contou com a participação de 103 sujeitos, avaliados em três farmácias distintas pertencentes ao concelho de Cantanhede: a Farmácia São Damião, em Cordinhã, a Farmácia São Cosme, em São Caetano e a Farmácia Cruz, em Cantanhede. Os utentes foram abordados por mim, quer no final do atendimento, quer enquanto aguardavam a sua vez, no sentido de saber se tinham disponibilidade para responder a um questionário. Foram questionados utentes e todas as idades, quer tomassem ou não medicamentos hipnóticos.

### 6.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística dos questionários foi realizada recorrendo ao programa SPSS.

### 6.4 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

#### ❖ AMOSTRA

	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Menos de 20	1	0	1
Entre 21 e 30	7	1	8
Entre 31 e 40	7	4	11
Entre 41 e 50	10	3	13
Entre 51 e 60	12	1	13
Entre 61 e 70	10	8	18
Entre 71 e 80	13	15	28
Mais de 80	4	7	11
Total	64	39	103

Tabela 1: correlação entre a idade e o sexo dos utentes que participaram no estudo.

Dos 103 sujeitos, 64 (62,1%) são do sexo feminino e 39 (37,9%) são do sexo masculino.

Quanto às idades, um maior número de participantes possui entre 71 e 80 anos, sendo que a média de idades se encontra entre os 51 e os 60 anos.

#### ❖ HORA DE DEITAR

Analisando a tabela seguinte, é possível verificar que grande número (44,7%) de utentes se deita entre as 23h e a 1h.

	Hora de deitar				Total
	Entre as 19h e as 21h	Entre as 21h e as 23h	Entre as 23h e a 1h	Depois da 1h	
Menos de 20	0	0	1	0	1
Entre 21 e 30	0	0	5	3	8
Entre 31 e 40	0	2	7	2	11
Entre 41 e 50	0	5	7	1	13
Entre 51 e 60	0	6	6	1	13
Entre 61 e 70	3	8	7	0	18
Entre 71 e 80	1	14	13	0	28
Mais de 80	3	6	0	2	11
Total	7	41	46	9	103

Tabela 2: relação entre a hora de deitar e as idades dos utentes.

Verifica-se ainda que os utentes mais jovens têm tendência a deitar-se mais tarde, enquanto que os utentes mais velhos tendem a deitar-se mais cedo, existindo nestes, no entanto, alguma variedade de horários.

#### ❖ HORA DE LEVANTAR

Analisando a tabela 3, pode-se observar que cerca de metade dos utentes acorda entre as 7h e as 8h da manhã. Para além disso, verifica-se que à medida que as idades vão avançando, existe uma maior heterogeneidade no horário de acordar, tal como se observou com o horário de deitar.

	Hora de levantar						Total
	Antes das 6h	Entre as 6h e as 7h	Entre as 7h e as 8h	Entre as 8h e as 9h	Entre as 9h e as 10h	Depois das 10h	
Menos de 20	0	0	1	0	0	0	1
Entre 21 e 30	0	0	6	0	1	1	8
Entre 31 e 40	0	1	8	2	0	0	11
Entre 41 e 50	0	4	8	1	0	0	13
Entre 51 e 60	0	1	5	4	2	1	13
Entre 61 e 70	1	7	8	1	0	1	18
Entre 71 e 80	2	1	13	6	4	2	28
Mais de 80	1	3	3	1	2	1	11
Total	4	17	52	15	9	6	103

Tabela 3: relação entre a hora de acordar e as idades dos utentes.

#### ❖ HORAS DE SONO POR NOITE

	Horas que dorme por noite					Total
	Menos de 5h	Entre 5 e 7h	Entre 7h e 9h	Entre 9h e 11h	Mais de 11h	
Menos de 20	0	0	0	1	0	1
Entre 21 e 30	0	2	5	0	1	8
Entre 31 e 40	1	5	4	1	0	11
Entre 41 e 50	2	5	5	1	0	13
Entre 51 e 60	2	3	5	3	0	13
Entre 61 e 70	5	9	3	1	0	18
Entre 71 e 80	4	9	9	6	0	28
Mais de 80	1	5	2	1	2	11
Total	15	38	33	14	3	103

Tabela 4: número de horas que os utentes dormem por noite.

Observando a tabela acima é possível constatar que, em muitos casos (36,9%), os utentes dormem entre 5 a 7 horas por noite, seguindo-se uma percentagem de 32% que dorme entre 7 a 9 horas. Quanto aos extremos, verifica-se que 14,6% dos utentes dormem menos de 5 horas, enquanto que aqueles que dormem mais de 11 horas são apenas 2,9%. Observa-se ainda que à medida que as idades dos utentes aumentam, existe uma maior heterogeneidade na população quanto ao número de horas de sono.

#### ❖ TEMPO PARA ADORMECER

Relativamente ao tempo para adormecer, a maioria dos utentes revelou demorar entre 15 a 30 minutos, existindo também percentagens muito próximas no que diz respeito aos tempos imediatamente adjacentes a este (Anexo 3).

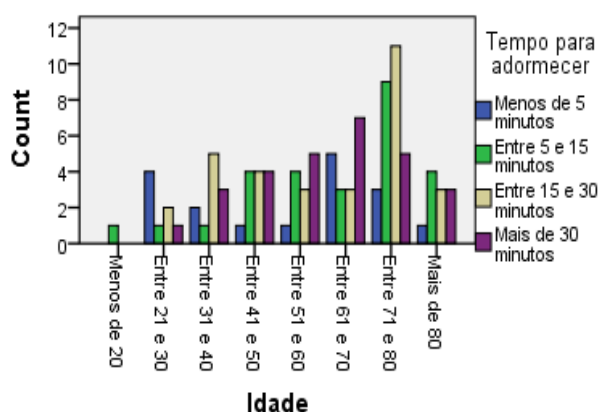


Gráfico 1: tempo para adormecer em função das idades dos utentes.

Os utentes que demoram menos tempo a adormecer são aqueles que têm entre 61 e 70 anos. Curiosamente, é também neste grupo de idades que se situam maior percentagem de doentes a demorar mais de meia-hora para adormecer, existindo assim nesta faixa etária dois extremos.

Nos utentes mais jovens, nomeadamente com menos de 30 anos, verifica-se mais facilidade em cair no sono. Por exemplo, na faixa etária entre os 21 e os 30 anos, 50% dos participantes afirmaram adormecer em menos de 5 minutos. Observou-se ainda que as mulheres demoram mais tempo a adormecer que os homens. 32,8% das mulheres levam

mais de meia-hora para iniciar o sono, enquanto que 30,8% dos homens levam entre 15 a 30 minutos (Anexos 4 e 5).

❖ **ACORDAR DURANTE A NOITE**

A grande maioria (85,4%) dos utentes revelou acordar durante a noite.

❖ **TEMPO PARA ADORMECER APÓS DESPERTAR**

Como se pode ver no gráfico 2, depois de despertar, os utentes afirmaram demorar mais tempo para voltar a adormecer. 33% revelaram demorar mais de meia hora, sendo que na sua maioria estes têm entre 71 e 80 anos.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Sim	88	85,4	85,4	85,4
Não	15	14,6	14,6	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Tabela 5: utentes que acordam durante a noite.

Após despertar, uma maior percentagem (40,4%) de mulheres revelou demorar mais de meia hora para voltar a adormecer (Anexo 6).

Já os homens levam menos tempo para voltar a adormecer. 30,6% demoram entre 5 a 15 minutos (Anexo 6).

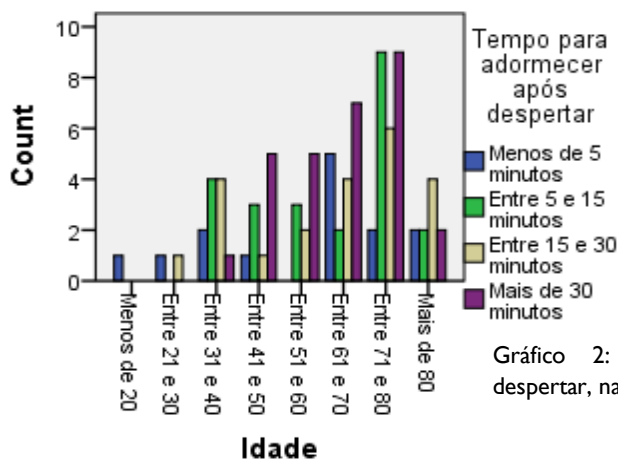


Gráfico 2: tempo para adormecer após despertar, nas diferentes faixas etárias.

❖ **SONOLÊNCIA DURANTE O DIA**

57,3% dos utentes não apresentam sonolência durante o dia. No entanto, de entre aqueles que apresentam, na sua maioria esta surge enquanto veem televisão.

Relativamente às idades, até aos 40 anos, são mais os utentes que apresentam queixas de sonolência durante o dia, do que aqueles que não apresentam.

Nas idades mais jovens verifica-se que as queixas de sonolência acontecem em diversas atividades, sendo que à medida que a idade vai avançando, a queixa de sonolência a ver televisão vai aumentando.

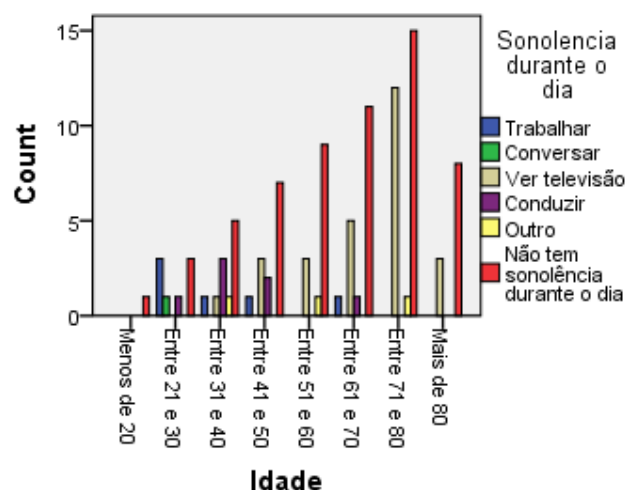


Gráfico 3: sonolência durante o dia nas diferentes faixas etárias.

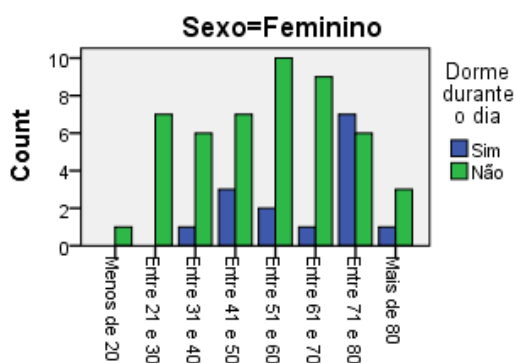


Gráfico 4: dormir durante o dia, no sexo feminino.

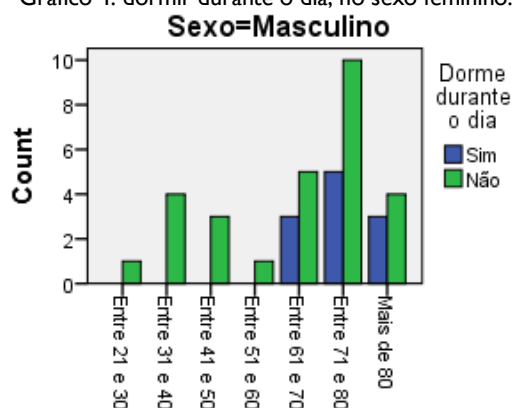


Gráfico 5: dormir durante o dia, no sexo masculino.

#### ❖ DORMIR DURANTE O DIA

Quase 75% dos inquiridos não dorme durante o dia. Os utentes que mais o fazem têm entre 71 e 80 anos. É ainda possível observar que em idades mais jovens algumas mulheres têm o hábito da sesta, enquanto que nos homens só a partir dos 61 anos é que se observaram relatos.

#### ❖ TEMPO DE SESTA

Quanto à tabela seguinte, tabela 6, entre os utentes que dormem durante o dia, a sua maioria (42,3%) dorme mais de 1 hora, sendo que os homens dormem mais tempo que as mulheres. Quase metade das mulheres (46,7%) dormem entre meia-hora a 1 hora, enquanto que 45,5% dos homens afirmaram dormir mais de 1 hora.

Sexo			Quanto tempo dorme durante o dia?				Total
			Menos de 15 minutos	Entre 15 e 30 minutos	Entre 30 minutos a 1h	Mais de 1h	
Feminino	Idade	Entre 31 e 40				6,7%	6,7%
		Entre 41 e 50			6,7%	13,3%	20,0%
		Entre 51 e 60			6,7%	6,7%	13,3%
		Entre 61 e 70			6,7%		6,7%
		Entre 71 e 80		13,3%	20,0%	13,3%	46,7%
		Mais de 80			6,7%		6,7%
	<b>Total</b>			13,3%	46,7%	40,0%	<b>100,0%</b>
Masculino	Idade	Entre 61 e 70		18,2%		9,1%	27,3%
		Entre 71 e 80	9,1%	18,2%		18,2%	45,5%
		Mais de 80			9,1%	18,2%	27,3%
	<b>Total</b>		9,1%	36,4%	9,1%	45,5%	<b>100,0%</b>
<b>Total</b>		3,8%	23,1%	30,8%	42,3%	<b>100,0%</b>	

Tabela 6: relação entre o tempo de sono diurno, o sexo e as diferentes faixas etárias.

#### ❖ RELAÇÃO ENTRE FAZER A SESTA E AS HORAS DE SONO DE NOITE

O gráfico seguinte, gráfico 6, tem como objetivo entender se os utentes que dormem durante o dia têm dificuldade em dormir de noite. Verificou-se que não existe essa relação, uma vez que à medida que o número de horas de sono durante a noite aumenta, aumenta



também o número de utentes que dorme durante o dia, existindo depois um decréscimo entre as 9h e as 11h.

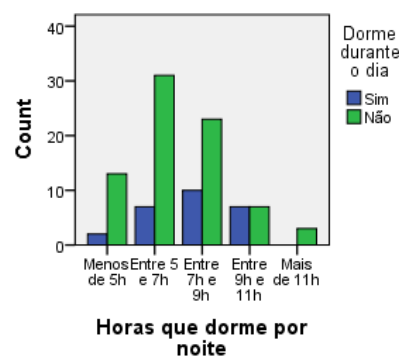


Gráfico 6: relação entre as horas de sono noturno e o dormir diurno.

#### ❖ FAZER A SESTA POR NECESSIDADE OU PRAZER

Sexo			Necessidade ou prazer?		Total
			Necessidade	Prazer	
Feminino	Idade	Entre 31 e 40	6,7%		6,7%
		Entre 41 e 50	20,0%		20,0%
		Entre 51 e 60		13,3%	13,3%
		Entre 61 e 70		6,7%	6,7%
		Entre 71 e 80	26,7%	20,0%	46,7%
		Mais de 80		6,7%	6,7%
	Total		53,3%	46,7%	100,0%
Masculino	Idade	Entre 61 e 70	18,2%	9,1%	27,3%
		Entre 71 e 80	18,2%	27,3%	45,5%
		Mais de 80		27,3%	27,3%
	Total		36,4%	63,6%	100,0%
Total			46,2%	53,8%	100,0%

A tabela ao lado tenta perceber se os utentes, quando dormem durante o dia, o fazem por necessidade ou por prazer. Como se pode observar, as percentagens são muito semelhantes, no entanto a maioria afirmou que quando dorme, fá-lo por prazer.

Tabela 7: relação entre a necessidade ou o prazer de dormir durante o dia, o sexo e as diferentes faixas etárias.

Ainda assim, há uma diferença entre os dois sexos. No que toca às mulheres, 53,3% dormem por uma questão de necessidade, enquanto que a maioria (63,6%) dos homens fazem-no por prazer. Relativamente às idades, é possível observar que os utentes mais jovens dormem mais por necessidade, já os mais velhos fazem-no mais por prazer.

#### ❖ CONDICIONANTES E DISTÚRBIOS DO SONO

	Feminino			Masculino			Total		
	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)	Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)
<b>Ansiosa</b>	79,7	18,8	1,6	48,7	51,3	0	68	31,1	1
<b>Depressão</b>	29,7	70,3	0	23,1	71,8	5,1	27,2	70,9	1,9
<b>Situação pessoal/profissional que preocupe</b>	56,2	42,2	1,6	35,9	64,1	0	48,5	50,5	1
<b>Fala enquanto dorme</b>	26,6	48,4	25	28,2	41	30,8	27,2	45,6	27,2
<b>Ressona</b>	56,2	34,4	9,4	74,4	15,4	10,3	63,1	27,2	9,7
<b>Tem dificuldade em respirar</b>	26,6	70,3	3,1	25,6	71,8	2,6	26,2	70,9	2,9
<b>Não controlar a sonolência</b>	7,8	92,2	0	5,1	94,9	0	6,8	93,2	0
<b>Dormir traz-lhe ansiedade</b>	26,6	73,4	0	20,5	79,5	0	24,3	75,7	0
<b>Dores</b>	37,5	62,5	0	38,5	61,5	0	37,9	62,1	0
<b>Acordar cansado</b>	50	50	0	41	59	0	46,6	53,4	0

Tabela 8: condicionantes e distúrbios do sono, no feminino e no masculino.

Como se pode verificar analisando os valores da tabela, mais de metade dos utentes revelaram ser pessoas ansiosas, sendo que nas mulheres essa percentagem é de quase 80%, enquanto que nos homens ronda os 49%. Para além disso, no sexo feminino, em todas as faixas etárias a quantidade de pessoas ansiosas foi sempre maior que a quantidade de pessoas calmas (Anexo 7). Já nos homens, isso só aconteceu entre os indivíduos que têm entre 61 e 80 anos (Anexo 8). Quanto à depressão, a maioria (71%, aproximadamente) dos inquiridos não apresenta esta doença. Ainda assim, entre aqueles que apresentam, a maioria são mulheres. No entanto, nos homens na faixa etária entre os 41 e os 50 anos, foi maior a percentagem daqueles que apresentam depressão, do que aqueles que não apresentam (Anexo 9). No caso feminino não se verificou esta situação em nenhuma das faixas etárias (Anexo 10).

No sexo feminino, verificou-se que mais de metade das participantes veem o seu sono prejudicado pelas suas preocupações pessoais/profissionais. Nos homens apenas cerca de 36% afirmaram estar nesta situação, havendo em todas as faixas etárias maior ou igual quantidade de indivíduos a responder negativamente a esta questão, exceto entre aqueles que se encontram na faixa dos 41 aos 50 anos, tal como aconteceu no caso da depressão (Anexo 11). A maioria dos participantes afirmou não falar, ou não saber se fala, enquanto dorme. Entre os dois sexos não se verificaram grandes diferenças, no entanto, há que realçar que no sexo masculino a faixa entre os 61 e os 70 anos é a única, dos dois sexos, em que há uma maior quantidade de utentes que falam, do que aqueles que não falam (Anexos 12 e 13).

Quanto a rressonar, aproximadamente 63% dos utentes responderam afirmativamente a esta questão e quase 10% afirmaram não saber se rressonam ou não. Os homens rressonam mais que as mulheres, existindo em todas as faixas etárias do sexo masculino, maior ou igual quantidade de indivíduos a rressonar, face àqueles que não rressonam ou não sabem. Para além disso, nos homens a maior prevalência do rressonar observou-se entre os 71 e os 80 anos. No grupo das mulheres este pico verificou-se entre aqueles que possuem entre 51 e 60 anos. Até aos 40 anos, e entre os 71 aos 80, existe uma maior prevalência de mulheres que não rressonam, e que não sabem se rressonam, face às que têm este distúrbio. Nas restantes faixas etárias a prevalência do rressonar é superior face às outras respostas (Anexos 14 e 15). A grande maioria (70,9%) das pessoas não sente dificuldade em respirar enquanto dorme. Ainda assim, as que sentem esta dificuldade são maioritariamente mais velhas. Relativamente a particularidades entre os dois sexos, é possível observar que no feminino verificaram-se casos positivos, exceto entre a faixa dos 21 aos 30 anos. No sexo masculino as respostas afirmativas só se observaram em três faixas etárias (Anexos 16 e 17).

Apenas 6,8% dos inquiridos revelou já ter tido pelo menos um episódio em que não conseguiu controlar a sonolência e acabou por adormecer enquanto desempenhava uma tarefa. A prevalência foi maior nas mulheres, no entanto sem existir grande diferença percentual. Não se verificaram diferenças relevantes entre faixas etárias. Quase um quarto dos participantes afirmou que o momento de dormir lhe traz ansiedade, sendo na sua maioria mulheres. Aqui também não se verificaram diferenças significativas entre as várias faixas etárias. Quase 34% dos participantes revelou que sente dores que lhe prejudicam o sono. As percentagens entre os dois sexos são muito semelhantes, diferindo em apenas 1%. Relativamente às faixas etárias, a prevalência foi maior entre aqueles utentes que têm entre 71 e 80 anos, com 27,2%.

Quase metade dos indivíduos (cerca de 47%) revelaram acordar cansados. Essa prevalência foi maior nas mulheres (50%) em relação aos homens (41%).

#### ❖ TOMA DE HIPNÓTICOS

Os utentes foram também inquiridos no sentido de saber se tomam, ou já tomaram, algum medicamento para dormir. Quase metade dos utentes (45,6%) afirmaram tomar pelo menos um destes medicamentos.

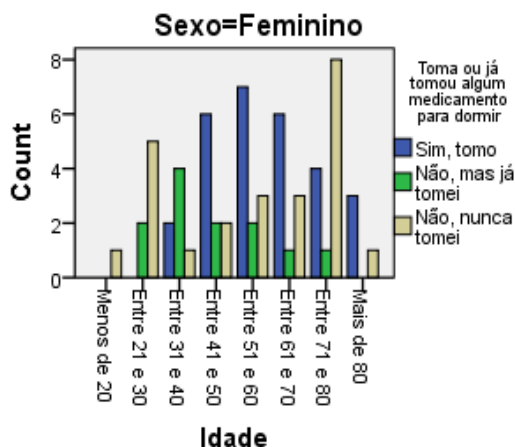


Gráfico 7: toma de hipnóticos no sexo feminino, nas diferentes faixas etárias.

No sexo feminino esse pico acontece entre os 51 e os 60 anos e no sexo masculino entre os 71 e os 80. No entanto, juntando aqueles que tomam e já tomaram no passado, o maior consumo ocorre entre os 71 e os 80, em ambos os sexos.

Em todas as faixas etárias é possível encontrar doentes a tomar benzodiazepinas de curta duração de ação, no entanto verifica-se que nos doentes mais jovens também há um grande consumo de antidepressivos.

14,6% já tomaram no passado pelo menos um medicamento, enquanto que 39,8% nunca tomaram nenhum medicamento para induzir o sono.

Em ambos os gráficos é possível observar um triângulo no que diz respeito às colunas em azul.

Assim, existe um pico de uma dada faixa etária em que um maior número de utentes toma atualmente medicamentos hipnóticos.

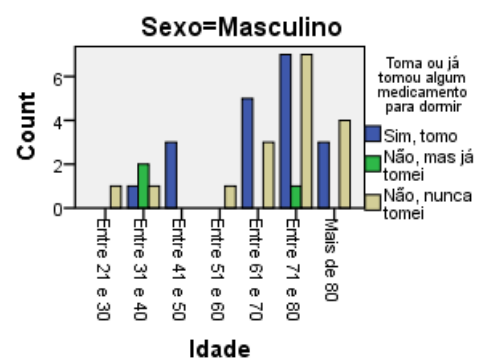


Gráfico 8: toma de hipnóticos no sexo masculino, nas diferentes faixas etárias.

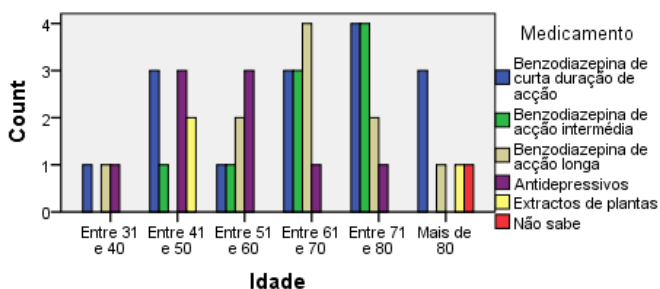


Gráfico 9: os diferentes hipnóticos nas várias faixas etárias.

70 anos. Quanto aos extratos de plantas, têm uma percentagem de 6,4% entre todos os medicamentos, verificando-se que existe um pico entre os 41 e os 50 anos.

As benzodiazepinas de ação intermédia também veem o seu consumo aumentado ao longo das várias faixas etárias, até aos 80 anos. Já as benzodiazepinas de ação longa têm o seu pico de consumo entre os 61 e os

#### ❖ RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E A TOMA DE HIPNÓTICOS

Com os gráficos seguintes pretendeu-se perceber se existia realmente uma ligação entre a ansiedade e a depressão relatadas pelos doentes e os medicamentos que tomam. Verificou-se que nas pessoas ansiosas predominam as benzodiazepinas de ação longa, com 27%, seguindo as benzodiazepinas de curta duração de ação, com 24,3%.

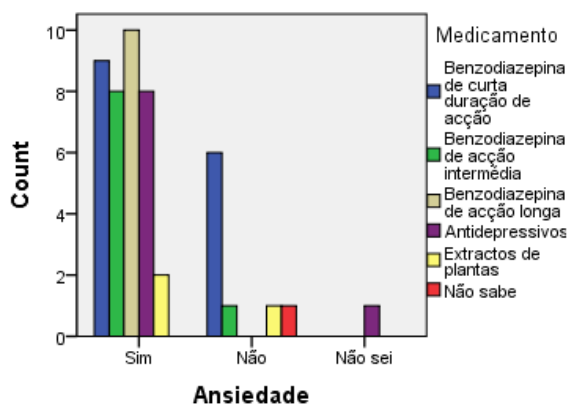


Gráfico 10: relação entre a ansiedade e os diferentes hipnóticos.

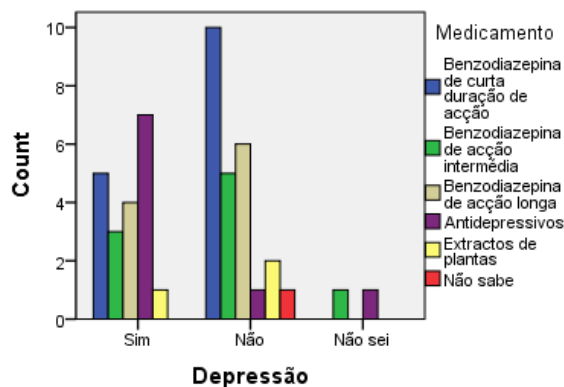


Gráfico 11: relação entre a depressão e os diferentes hipnóticos.

Nos doentes que sofrem de depressão verifica-se que existe um predomínio dos medicamentos antidepressivos, com 35%.

Nos indivíduos sem depressão predominam as benzodiazepinas de curta duração de ação, com 40%.

#### ❖ TEMPO DE TOMA DOS HIPNÓTICOS

Como é possível observar na tabela seguinte, mais de metade (53,2%) dos utentes já tomam estes medicamentos há mais de um ano. Os doentes que tomam estes medicamentos só em situações ocasionais correspondem a 17%.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Há mais de um ano	24	23,3	52,2
Entre 1 ano e 6 meses	3	2,9	6,5
Menos de 6 meses	9	8,7	19,6
Menos de 1 mês	1	1,0	2,2
Menos de 1 semana	1	1,0	2,2
Ocasionalmente	8	7,8	17,4
Total	46	44,7	100,0
Não tomam	57	55,3	
Total	103	100,0	

Tabela 9: tempo de toma dos medicamentos hipnóticos.

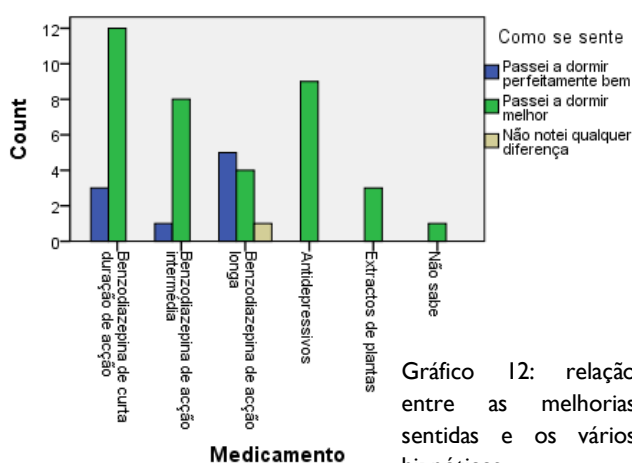


Gráfico 12: relação entre as melhorias sentidas e os vários hipnóticos.

maioria, aqueles tomam o medicamento apenas ocasionalmente. Entre os doentes que passaram a dormir melhor, mais de metade tomam os medicamentos há mais de 1 ano. Os doentes que não notaram qualquer diferença também tomam o medicamento há mais de um ano.

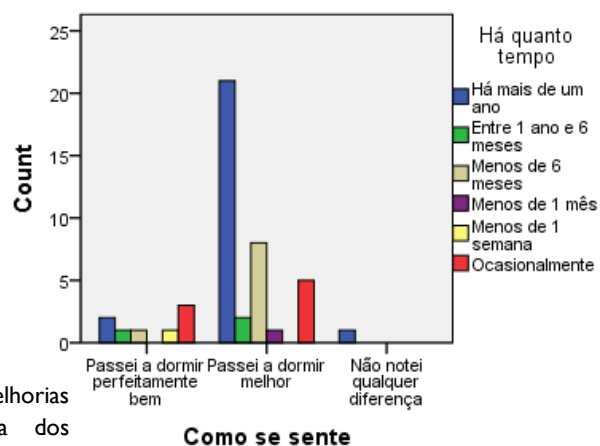
Gráfico 13: relação entre as melhorias sentidas e o tempo de toma dos medicamentos.

#### ❖ MELHORIAS COM OS HIPNÓTICOS

Quanto às melhorias com os medicamentos, 78.7% dos doentes afirmaram passar a dormir melhor, 19.1% passaram a ter um óptimo sono e 2.1% afirmaram não notar qualquer diferença desde que tomam o medicamento. Há que realçar que foi com as benzodiazepinas de longa duração de acção que maior número de doentes passou a ter um óptimo sono.

Com os antidepressivos e os extratos de plantas não houve nenhum doente que tenha passado a ter um sono totalmente reparador.

Visualizando o gráfico abaixo é possível observar que os doentes que passaram a dormir perfeitamente bem são, na sua



#### ❖ JÁ TEVE NECESSIDADE DE TROCAR DE MEDICAMENTO POR PERDA DE EFICÁCIA?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Sim	15	14,6	31,9
Não	32	31,1	68,1
Total	47	45,6	100,0
Não tomam	56	54,4	
Total	103	100,0	

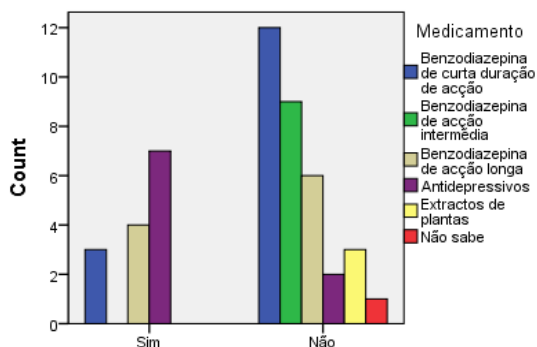
Tabela 10: alteração de medicamento por perda de eficácia.

Como se pode observar na tabela 10, entre os doentes que tomam hipnóticos, quase 32% afirmam já ter tido necessidade de mudar de medicamento devido a perda de eficácia ao fim de algum tempo.

❖ **SENTE ALGUM EFEITO SECUNDÁRIO?**

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
<b>Sim</b>	14	13,6	29,8
<b>Não</b>	33	32,0	70,2
Total	47	45,6	100,0
Não tomam	56	54,4	
Total	103	100,0	

Tabela 11: existência de efeitos secundários.



**Sente algum efeito secundário?**

Gráfico 14: relação entre a existência de efeitos secundários e os diferentes hipnóticos.

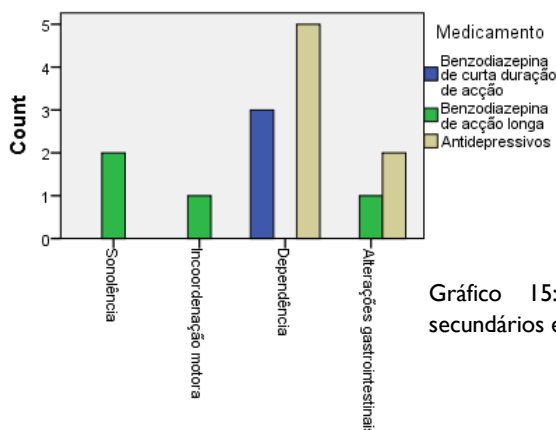


Gráfico 15: relação entre os vários efeitos secundários e os diferentes hipnóticos.

❖ **ACONSELHAMENTO DE HIPNÓTICOS**

		Quem o aconselhou?			Total
		Médico	Farmacêutico	Familiar/amigo	
Medicamento	Benzodiazepina de curta duração de acção	30,4%		2,2%	32,6%
	Benzodiazepina de acção intermédia	19,6%			19,6%
	Benzodiazepina de acção longa	17,4%		2,2%	19,6%
	Antidepressivos	19,6%			19,6%
	Extractos de plantas		4,3%	2,2%	6,5%
	Não sabe	2,2%			2,2%
<b>Total</b>		89,1%	4,3%	6,5%	100,0%

Tabela 12: aconselhamento de medicamentos hipnóticos.

A grande maioria (70,2%) dos doentes que participaram neste estudo, não sentem nenhum efeito secundário com os medicamentos que tomam.

No gráfico 14 pode-se observar que os fármacos com que os doentes sentem mais efeitos secundários são os antidepressivos, com uma percentagem de 50%. Não existem registos de efeitos secundários em utentes a tomar benzodiazepinas de ação intermédia e extratos de plantas.

No gráfico de baixo verifica-se que a dependência foi o efeito secundário mais reportado, com uma percentagem de 57,1% (Anexo 18). Essa dependência ocorre com os antidepressivos e as benzodiazepinas de curta duração de ação.

Analisando a tabela anterior, verifica-se a maioria dos hipnóticos são aconselhados pelo médico. No entanto, ainda se registaram casos em que os doentes passaram a tomar benzodiazepinas por aconselhamento de familiares ou amigos. Como se observa, o farmacêutico tem um papel muito importante no aconselhamento de produtos à base de extratos de plantas.

## **7. Discussão**

O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade do sono de uma população. A amostra era constituída por 103 indivíduos, sendo na sua maioria mulheres. A maior parte dos participantes tinha entre 71 e 80 anos, mas a média de idades situou-se na faixa etária dos 51 aos 60 anos.

Começando pelo horário de deitar, verificou-se que o intervalo entre as 23h e a 1h é aquele em que maior número de participantes se deita, existindo no entanto diferenças entre as várias idades. Os utentes mais jovens têm tendência a deitar-se mais cedo, enquanto que os utentes mais velhos se deitam mais tarde, existindo no entanto entre estes alguma variedade de horários. Cerca de metade dos utentes acorda entre as 7h e as 8h da manhã, no entanto à medida que a idade vai aumentando verifica-se maior heterogeneidade na hora de acordar, o que é compreensível pois a maioria dos utentes já é reformada, não tendo assim tanta rigidez de horários. Visto que a maior parte dos utentes se deita entre as 23h e a 1h, e acorda entre as 7h e as 8h, seria de esperar que o número de horas de sono por noite se situasse entre as 6h e as 9h. No entanto, a maioria revelou dormir entre 5 e 7 horas por noite, o que significa que durante a noite passam algumas horas acordados sem conseguir dormir. Para além disso, a maioria dos participantes afirmou demorar entre 15 a 30 minutos para adormecer, o que indicia que essas horas de sono a menos, na maioria dos casos não serão, por si só, devido a este tempo. Os utentes mais jovens afirmaram demorar menos tempo para cair no sono e, relativamente às diferenças entre sexos, é possível observar que as mulheres demoram mais tempo a adormecer do que os homens.

A grande maioria dos utentes acorda durante a noite, sendo que depois de despertar, de uma forma geral demoram mais tempo para voltar a adormecer. Esta pode ser também uma explicação para as horas de sono inferiores ao esperado: um ou mais despertares noturnos com dificuldade em voltar a cair no sono. Ainda assim, existem diferenças entre os dois sexos. Uma maior percentagem de mulheres, uma vez despertadas demoram mais de meia hora para voltar a adormecer, enquanto que os homens demoram entre 5 a 15 minutos.

Relativamente à sonolência, mais de metade dos inquiridos não apresenta sonolência durante o dia, sendo que entre os que têm, esta aparece maioritariamente enquanto veem televisão. Os utentes mais jovens, até aos 40 anos, são aqueles que têm mais episódios de

sonolência, existindo nestas faixas etárias mais indivíduos com sonolência do que sem ela. No entanto, estes indivíduos são os que menos dormem durante o dia, certamente também devido à falta de disponibilidade que existe nestas idades. A grande maioria dos utentes não dorme durante o dia, sendo que aqueles que mais o fazem têm entre 71 e 80 anos, o que é compreensível. Entre os que dormem, são em maior número aqueles que dormem mais de 1h, sendo que os homens revelaram dormir mais tempo que as mulheres. Para além disso, a maior parte das mulheres e dos jovens revelaram fazer a sesta por necessidade, enquanto que os homens e os mais velhos fazem-na por prazer.

Em relação a outras questões que podem influenciar o sono, verificaram-se diferenças entre as mulheres e os homens. As mulheres são mais ansiosas, têm mais depressões, veem o seu sono prejudicado pelas preocupações pessoais ou profissionais que vão surgindo e demonstram mais ansiedade no momento de dormir, com receio de não conseguirem ou demorarem muito tempo para adormecer. Estas características podem ser a explicação para o facto de demorarem mais tempo a cair no sono, acordarem durante a noite, levarem mais tempo para voltar a adormecer e durante o dia terem mais necessidade de dormir. Isto também realça o facto de muitas mulheres terem referido acordar cansadas e algumas já terem tido um episódio em que não conseguiram controlar a sonolência enquanto executavam uma tarefa. Relativamente ao facto dos indivíduos terem o seu sono prejudicado por dores que possam sentir, as percentagens foram bastante semelhantes entre os dois sexos, no entanto superior na faixa etária entre os 71 e os 80, tal como seria de esperar. No sexo masculino também se observou uma relação interessante: entre os 41 e os 50 anos verificou-se que a maioria dos utentes apresentam depressão, apesar da percentagem nas restantes faixas etárias ser baixa; foi também esta a única faixa etária em que se observou maior número de indivíduos a possuir preocupações pessoais/profissionais que não os deixam ter um sono tranquilo.

Quanto a distúrbios do sono, a maioria dos utentes revelou risonar, sendo esta percentagem superior nos homens. Relativamente à possibilidade de falar durante o sono, um grande número de utentes afirmou não falar, no entanto existe também uma percentagem significativa que não sabe se fala. A maioria dos indivíduos que participou neste estudo não sente dificuldade em respirar enquanto dorme, no entanto mais de um quarto da população revelou sentir esta dificuldade.

Quanto aos medicamentos, quase metade dos participantes neste estudo toma atualmente algum hipnótico e cerca de 15% já tomaram no passado, em algum momento das suas vidas. Estes medicamentos apresentam um maior consumo por parte de doentes com



idades compreendidas entre os 71 e os 80 anos, quer nas mulheres, quer nos homens. Os medicamentos mais consumidos são as benzodiazepinas de ação curta que, dentro das benzodiazepinas, são as mais indicadas para doentes que sofrem de insónia não associada a episódios de ansiedade diurna, pelo fato de não induzirem sonolência durante o dia. Verificou-se uma correta associação entre a ansiedade sentida pelos doentes e a prescrição de benzodiazepinas de longa duração de ação, bem como entre doentes com depressão e o consumo de antidepressivos.

Neste estudo foi ainda possível observar que mais de metade dos doentes toma medicamentos indutores do sono todas as noites já há vários anos, quando estes, salvo situações excepcionais, só devem ser tomados em situações de urgência. Os doentes que só os tomam nestas situações correspondem a uma percentagem de 17%. Isto poderá estar relacionado com o facto de mais de metade dos doentes, dentro daqueles que sentem efeitos secundários, sentirem que estão dependentes do medicamento para conseguir dormir. Mais, os doentes que relataram passar a dormir perfeitamente são maioritariamente aqueles que tomam o medicamento em situações ocasionais. Para além disso, no decorrer dos inquéritos deparei-me que muitos tinham dificuldade em admitir que estavam dependentes. Talvez por isso, a baixa percentagem de doentes que reportaram ter efeitos secundários. Ainda assim, foram 32% aqueles que afirmaram já ter tido necessidade de mudar de medicamento devido a perda de eficácia decorrente de uso prolongado. Os efeitos secundários reportados foram sentidos em doentes que tomam quer benzodiazepinas de curta e longa duração de ação, quer naqueles que tomam antidepressivos. Observou-se que as benzodiazepinas de curta duração de ação e os antidepressivos provocam fundamentalmente dependência nos indivíduos, enquanto que as benzodiazepinas de longa duração de ação são maioritariamente responsáveis pela sonolência diurna.

Um outro objetivo deste estudo era perceber por quem é que os doentes são aconselhados a tomar estes medicamentos. Verificou-se que a grande maioria (89,1%) dos medicamentos foram aconselhados pelo médico, no entanto ainda existiram alguns casos em que os doentes foram aconselhados por familiares ou amigos, nomeadamente em benzodiazepinas, o que é preocupante. Para evitar a ocorrência desses acontecimentos é fundamental sensibilizar as pessoas para a importância de consultarem o seu médico ou farmacêutico no sentido da sua situação ser devidamente avaliada, bem como alerta-las para os riscos do consumo de benzodiazepinas, particularmente os riscos de dependência.

## 8. Conclusão

O sono é uma função vital crítica e a sua ausência desregula todo o nosso organismo. A vida moderna tal como está, que inclui a crise económica e a falta de tempo, é compaginável com o aumento do stress e pode provocar o aumento de perturbações do espectro ansioso ou depressivo, sendo que a estas aparecem associadas a perturbações do sono (9).

Sendo um profissional de saúde privilegiado na proximidade que tem com os utentes, o farmacêutico pode desempenhar um papel muito ativo no sentido da sensibilização da população para o perigo do abuso de fármacos hipnóticos, como as benzodiazepinas e os antidepressivos. É fundamental explicar aos utentes que estes fármacos provocam dependência quando usados de um modo contínuo, e que nunca devem ser usados sem aconselhamento médico.

O farmacêutico perante uma queixa de insónia deve começar por passar aos utentes as medidas não farmacológicas essenciais para uma boa higiene do sono. Para além disto, o farmacêutico tem ainda ao seu dispor uma série de produtos à base de extratos de plantas que pode aconselhar para melhorar a qualidade do sono dos doentes. Caso o farmacêutico detete que se trata de um problema mais grave, onde estas medidas não sejam o suficiente, deve reencaminhar o indivíduo para um médico, de modo a ser feita uma avaliação mais aprofundada da situação.

O sono possui uma importante função restauradora, o que nos permite dizer que a qualidade de vida e saúde incluem, também, uma boa qualidade de sono.

## 9. Bibliografia

1. FERNANDES, R. – O sono normal. Distúrbios Respiratórios do Sono. I, 2006, 157-168.
2. PURVES, D. et al. – **Capítulo 28.** [Acedido a 25 de Fevereiro de 2014]. Disponível na internet: <http://rfi.fmrp.usp.br/pg/fisio/cursao2012/RFI5774/sonovig.pdf>
3. CZEISLER, C., RICHARDSON, G., WINKELMAN, J. – **Sleep disorders.** In: HAUSER, S., JOSEPHSON, S., Harrison's neurology in clinical medicine, Muscat: McGraw Hill, 2010. ISBN: 978-0-07-174 103-3. p. 159-166.
4. ANDRADE M. – **Distúrbios do sono.** [Acedido a 12 de Abril de 2014]. Disponível na internet: <http://www.disturbiosdosono.net/index.shtml>
5. ARAUJO, PRP. – **Validação do Questionário do Sono Infantil de Reimão e Lefèvre (QRL).** São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2012. [Acedido a 10 de Maio de 2014]. Disponível na internet: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/.../PatriciaDanielePiaulinoAraujo.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/.../PatriciaDanielePiaulinoAraujo.pdf)
6. KATZUNG, B.G. – **Fármacos sedativo-hipnóticos.** In: KATZUNG, B.G, Farmacologia básica e clínica, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. ISBN: 85-277-1064-1. p. 299-306.
7. INFARMED – **Sistema Nervoso Central.** In: INFARMED. Prontuário terapêutico. Lisboa: INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP/Ministério da Saúde, 2009. ISBN: 978-972-8425-98-2. p. 102-111.
8. MOURA, D., OSSWALD, W. – **Sedativos, hipnóticos e tranquilizantes.** In: GUIMARÃES, S. et al., Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas, Porto: Porto editora, 2006. ISBN: 972-0-06029-8. p. 69-80.
9. WATSON, L.P – 80% têm sintomas de insónias e metade não mantém o sono. Jornal de Notícias (2014). P.4.

## 10. Anexos

### ANEXO I: Questionário feito aos utentes.

#### Questionário

##### 1. Sexo:

- 1. Feminino
- 2. Masculino

##### 2. Idade:

- 1. Menos de 20
- 2. Entre 21 e 30
- 3. Entre 31 e 40
- 4. Entre 41 e 50
- 5. Entre 51 e 60
- 6. Entre 61 e 70
- 7. Entre 71 e 80
- 8. Mais de 80

##### 3. Normalmente, qual a sua hora de deitar?

- 1. Antes das 19h
- 2. Entre as 19h e as 21h
- 3. Entre as 21h e 23h
- 4. Entre as 23h e 1h
- 5. Depois da 1h

##### 4. E de levantar?

- 1. Antes das 6h
- 2. Entre as 6h e as 7h
- 3. Entre as 7h e as 8h
- 4. Entre as 8h e as 9h
- 5. Entre as 9 e as 10h
- 6. Depois das 10h

##### 5. Em média, quantas horas de sono dorme por noite? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama)

- 1. Menos de 5h
- 2. Entre 5 e 7h
- 3. Entre 7h e 9h
- 4. Entre 9h e 11h
- 5. Mais de 11h

##### 6. Normalmente, quanto tempo demora a adormecer?

- 1. Menos de 5 minutos
- 2. Entre 5 a 15 minutos
- 3. Entre 15 a 30 minutos
- 4. Mais de 30 minutos

##### 7. Costuma acordar durante a noite?

- 1. Sim.

###### 7.1.1 Quanto tempo demora para voltar a adormecer?

- 1. Menos de 5 minutos
- 2. Entre 5 a 15 minutos
- 3. Entre 15 a 30 minutos
- 4. Mais de 30 minutos

- 2. Não.

**8. Durante o dia a sonolência atrapalha-o em certas atividades, tais como:**

- 1. Trabalhar/ler
- 2. Prática de desporto
- 3. Conversar
- 4. Ver televisão
- 5. Conduzir
- 6. Outro: \_\_\_\_\_
- 7. Não tem sonolência durante o dia

**9. Dorme durante o dia?**

- 1. Sim. **9.1.1** Quanto tempo?
  - 1. Menos de 15 minutos
  - 2. Entre 15 e 30 minutos
  - 3. Entre 30 minutos a 1h
  - 4. Mais de 1h

**9.1.2** Fá-lo por necessidade ou por prazer?

- 1. Necessidade
- 2. Prazer

- 2. Não.

**10. Responda às seguintes questões com apenas uma das alternativas:**

	1. Sim	2. Não	3. Não sei
1. É uma pessoa ansiosa?			
2. Sofre de depressão?			
3. Tem alguma situação do ponto de vista pessoal/profissional que o deixa angustiado e lhe prejudica o sono?			
4. Fala enquanto dorme?			
5. Ressona?			
6. Tem dificuldade em respirar?			
7. Já teve alguma situação em que não conseguiu controlar a sonolência e acabou por adormecer durante o dia, enquanto executava uma tarefa?			
8. O momento de dormir traz-lhe ansiedade, por ter receio de não conseguir, ou demorar a adormecer?			
9. Tem dificuldades em adormecer por ter dores no corpo?			
10. De manhã, ao acordar, sente-se cansado?			
11. Trabalha por turnos?			

## 11. Toma, ou já tomou, algum/alguns medicamento/s para dormir?

1. Sim, tomo. 11.1.1 Qual?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Benzodiazepina de curta duração de acção | <input type="checkbox"/> 6. Extractos de plantas |
| <input type="checkbox"/> 2. Benzodiazepina de acção intermédia       | <input type="checkbox"/> 7. Barbitúricos         |
| <input type="checkbox"/> 3. Benzodiazepina de acção longa            | <input type="checkbox"/> 8. Antihistamínicos     |
| <input type="checkbox"/> 4. Zolpidem                                 | <input type="checkbox"/> 9. Outros. _____        |
| <input type="checkbox"/> 5. Antidepressivos                          | <input type="checkbox"/> 10. Não sabe            |

### 11.1.2 Há quanto tempo?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Há mais de um ano     | <input type="checkbox"/> 4. Menos de 1 mês    |
| <input type="checkbox"/> 2. Entre 1 ano e 6 meses | <input type="checkbox"/> 5. Menos de 1 semana |
| <input type="checkbox"/> 3. Menos de 6 meses      | <input type="checkbox"/> 6. Ocasionalmente    |

### 11.1.3 Como se sente desde que começou a tomar o medicamento?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Passei a dormir perfeitamente bem | <input type="checkbox"/> 3. Não notei qualquer diferença |
| <input type="checkbox"/> 2. Passei a dormir melhor            | <input type="checkbox"/> 4. Passei a dormir pior         |

### 11.1.4 Já teve necessidade de mudar de medicamento por perda de eficácia?

1. Sim  
 2. Não

### 11.1.5 Sente algum efeito desagradável pela toma do medicamento?

1. Sim. 11.1.5.1 Qual/quais?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Sonolência                     | <input type="checkbox"/> 4. Dependência                  |
| <input type="checkbox"/> 2. Perda de memória a curto prazo | <input type="checkbox"/> 5. Alterações gastrointestinais |
| <input type="checkbox"/> 3. Incoordenação motora           | <input type="checkbox"/> 6. Outro. _____                 |

2. Não.

2. Não, mas já tomei. 11.2.1 Qual?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Benzodiazepina de curta duração de acção | <input type="checkbox"/> 6. Extractos de plantas |
| <input type="checkbox"/> 2. Benzodiazepina de acção intermédia       | <input type="checkbox"/> 7. Barbitúricos         |
| <input type="checkbox"/> 3. Benzodiazepina de acção longa            | <input type="checkbox"/> 8. Antihistamínicos     |
| <input type="checkbox"/> 4. Zolpidem                                 | <input type="checkbox"/> 9. Outros. _____        |
| <input type="checkbox"/> 5. Antidepressivos                          | <input type="checkbox"/> 10. Não sabe            |

### 11.2.2 Durante quanto tempo?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Há mais de um ano     | <input type="checkbox"/> 4. Menos de 1 mês    |
| <input type="checkbox"/> 2. Entre 1 ano e 6 meses | <input type="checkbox"/> 5. Menos de 1 semana |
| <input type="checkbox"/> 3. Menos de 6 meses      | <input type="checkbox"/> 6. Ocasionalmente    |

**11.2.3** Por que deixou de tomar?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Senti que não era eficaz         | <input type="checkbox"/> 5. Aconselhamento médico       |
| <input type="checkbox"/> 2. Senti que piorou a situação      | <input type="checkbox"/> 6. Aconselhamento farmacêutico |
| <input type="checkbox"/> 3. Senti muitos efeitos secundários | <input type="checkbox"/> 7. Outro.                      |
| <input type="checkbox"/> 4. Deixei de necessitar             | Qual? _____   |

**11.2.4** Já teve necessidade de mudar de medicamento por perda de eficácia?

1. Sim  2. Não

**11.2.5** Sentiu algum efeito desagradável pela toma do medicamento?

1. Sim. **11.2.6.1** Qual/quais?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Sonolência                     | <input type="checkbox"/> 4. Dependência                  |
| <input type="checkbox"/> 2. Perda de memória a curto prazo | <input type="checkbox"/> 5. Alterações gastrointestinais |
| <input type="checkbox"/> 3. Incoordenação motora           | <input type="checkbox"/> 6. Outro. _____                 |

2. Não.

3. Não, nunca tomei.


**12. Se toma, ou já tomou, algum medicamento para dormir, quem o aconselhou?**

1. Médico
2. Farmacêutico
3. Familiar/amigo
4. Automedicação
5. Outro: \_\_\_\_\_

**13. Observações:** Por favor, descreva algum efeito que considere relevante no seu comportamento do sono.

**Muito obrigado! A equipa técnica da farmácia fica reconhecida pela sua colaboração!**

## ANEXO 2: Folheto cedido aos utentes



**Nunca tome medicamentos para dormir sem consultar o seu médico ou farmacêutico!**

Grande parte deles causa dependência e só devem ser usados em SOS!

Este folheto foi realizado pela estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, Nicole Dinis Couceiro, no âmbito da sua monografia.

Com o apoio de:

Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra  
Prof. Dra. Maria Margarida Caramona

Farmácia Cruz  
Responsável técnico: Dr. José Miguel Castro Gonçalves  
Largo D. Joao Crisostomo, 32, Cantanhede

Bibliografia:

Neurociências, D. Purves, G. J. Augustine et al.

Associação Portuguesa de Sono  
<http://www.apsono.com>



Em caso de dúvida contacte:  
[nicole\\_06\\_26@hotmail.com](mailto:nicole_06_26@hotmail.com)

# Aprenda a dormir melhor



[dreamstime.com](http://dreamstime.com)

(Face exterior)



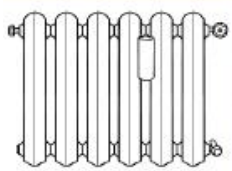
## Medidas não farmacológicas a seguir nas perturbações do sono:

Procure adormecer e acordar sempre à mesma hora, de modo a reforçar o seu padrão de sono.



Faça um jantar leve. Digestões difíceis interferem com a qualidade do sono.

Relaxe. Antes de dormir, faça atividades calmantes como tomar um banho quente ou ouvir uma música suave.



Procure ter no quarto um ambiente adequado para dormir. Mantenha-o ligeiramente aquecido.

Evite a presença de ruídos e luzes no quarto, no momento de ir dormir.



Evite o consumo de bebidas como o café, o chá e o álcool 6 horas antes de dormir. Um leite quente ao deitar pode ser uma boa opção.



Uma vida sexual satisfatória também tem importância na qualidade do sono.

Evite fazer sesta durante o dia com duração superior a 20 minutos.



Não estude nem leia textos complexos 30 minutos antes de se ir deitar.

O exercício físico é um bom aliado para um sono saudável, no entanto, a sua prática muito próxima da hora de dormir pode ter o efeito contrário. Evite praticar desporto à noite.



**Se mesmo com estas medidas não conseguir adormecer, levante-se e tente ocupar-se!**

Ficar na cama a olhar para o relógio só vai aumentar a ansiedade e piorar a situação.

(Face interior)

### ANEXO 3: Tempo para adormecer

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Menos de 5 minutos	17	16,5	16,5
Entre 5 e 15 minutos	27	26,2	26,2
Entre 15 e 30 minutos	31	30,1	30,1
Mais de 30 minutos	28	27,2	27,2
Total	103	100,0	100,0

## ANEXO 4: Tempo para adormecer no sexo feminino

Sexo			Tempo para adormecer				Total
			Menos de 5 minutos	Entre 5 e 15 minutos	Entre 15 e 30 minutos	Mais de 30 minutos	
Feminino	Menos de 20	Count	0	1	0	0	1
		% of					
		Total	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	1,6%
	Entre 21 e 30	Count	3	1	2	1	7
		% of					
		Total	4,7%	1,6%	3,1%	1,6%	10,9%
	Entre 31 e 40	Count	1	1	3	2	7
		% of					
		Total	1,6%	1,6%	4,7%	3,1%	10,9%
	Entre 41 e 50	Count	1	4	2	3	10
		% of					
		Total	1,6%	6,2%	3,1%	4,7%	15,6%
	Entre 51 e 60	Count	1	3	3	5	12
		% of					
		Total	1,6%	4,7%	4,7%	7,8%	18,8%
	Entre 61 e 70	Count	2	1	2	5	10
		% of					
		Total	3,1%	1,6%	3,1%	7,8%	15,6%
	Entre 71 e 80	Count	0	4	6	3	13
		% of					
Total		0,0%	6,2%	9,4%	4,7%	20,3%	
Mais de 80	Count	0	1	1	2	4	
	% of						
	Total	0,0%	1,6%	1,6%	3,1%	6,2%	
Total	Count	8	16	19	21	64	
	% of						
	Total	12,5%	25,0%	29,7%	32,8%	100,0%	

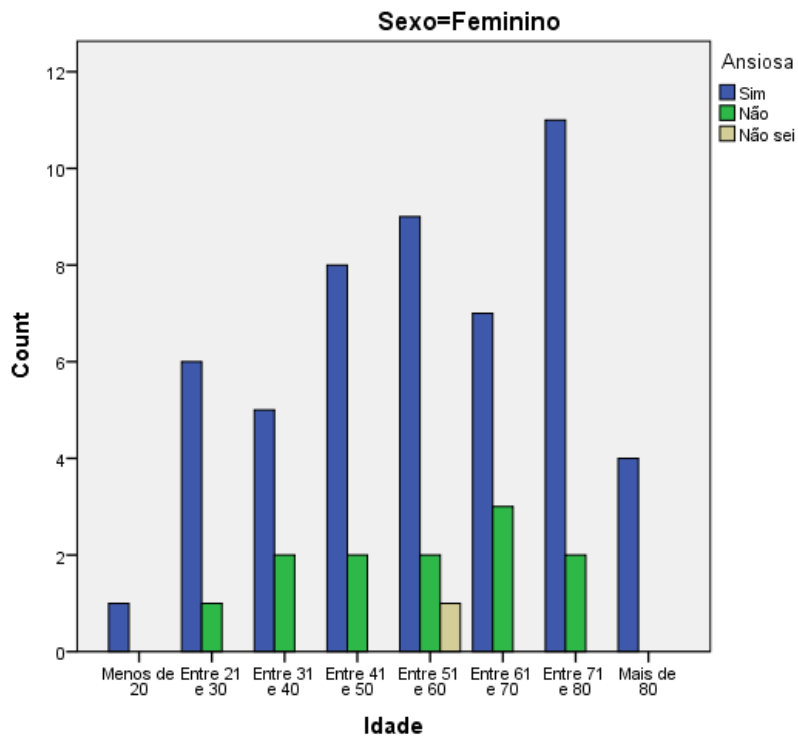
## ANEXO 5: Tempo para adormecer no sexo masculino

Sexo			Tempo para adormecer				Total
			Menos de 5 minutos	Entre 5 e 15 minutos	Entre 15 e 30 minutos	Mais de 30 minutos	
Masculino	Entre 21 e 30	Count	1	0	0	0	1
		% of	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%
		Total					
	Entre 31 e 40	Count	1	0	2	1	4
		% of	2,6%	0,0%	5,1%	2,6%	10,3%
		Total					
	Entre 41 e 50	Count	0	0	2	1	3
		% of	0,0%	0,0%	5,1%	2,6%	7,7%
		Total					
	Entre 51 e 60	Count	0	1	0	0	1
		% of	0,0%	2,6%	0,0%	0,0%	2,6%
		Total					
	Entre 61 e 70	Count	3	2	1	2	8
		% of	7,7%	5,1%	2,6%	5,1%	20,5%
		Total					
	Entre 71 e 80	Count	3	5	5	2	15
		% of	7,7%	12,8%	12,8%	5,1%	38,5%
		Total					
Mais de 80	Count	1	3	2	1	7	
	% of	2,6%	7,7%	5,1%	2,6%	17,9%	
	Total						
Total	Count	9	11	12	7	39	
	% of	23,1%	28,2%	30,8%	17,9%	100,0%	
	Total						

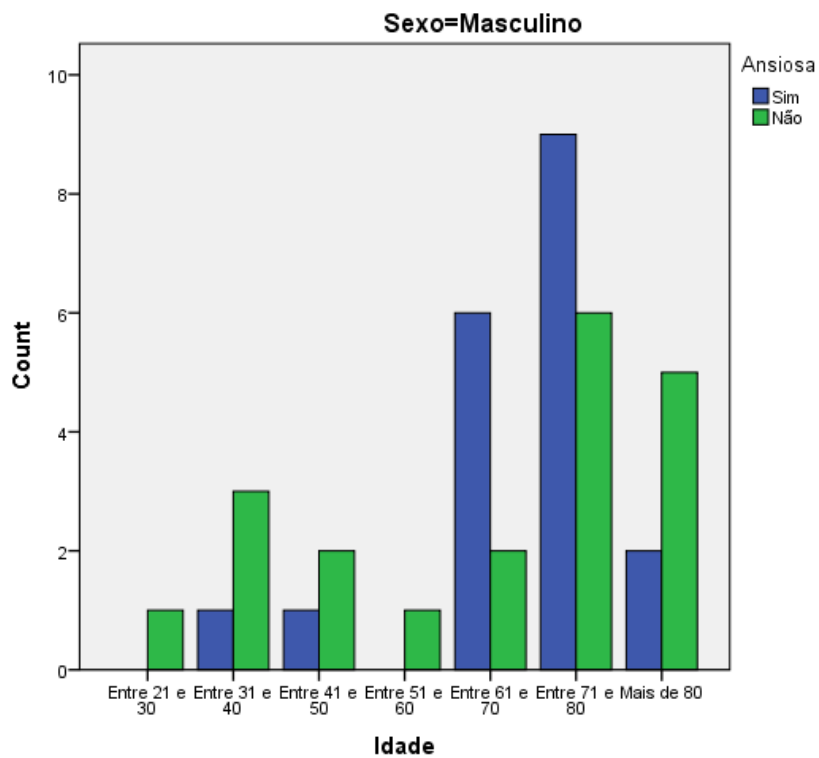
## ANEXO 6: Tempo para adormecer após despertar, em ambos os sexos

			Tempo para adormecer após despertar				Total
			Menos de 5 minutos	Entre 5 e 15 minutos	Entre 15 e 30 minutos	Mais de 30 minutos	
Sexo	Feminino	Count	5	12	14	21	52
		% within Sexo	9,6%	23,1%	26,9%	40,4%	100,0%
		% within Tempo para adormecer após despertar	35,7%	52,2%	63,6%	72,4%	59,1%
		% of Total	5,7%	13,6%	15,9%	23,9%	59,1%
	Masculino	Count	9	11	8	8	36
		% within Sexo	25,0%	30,6%	22,2%	22,2%	100,0%
		% within Tempo para adormecer após despertar	64,3%	47,8%	36,4%	27,6%	40,9%
		% of Total	10,2%	12,5%	9,1%	9,1%	40,9%
Total	Count	14	23	22	29	88	
	% within Sexo	15,9%	26,1%	25,0%	33,0%	100,0%	
	% within Tempo para adormecer após despertar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	15,9%	26,1%	25,0%	33,0%	100,0%	

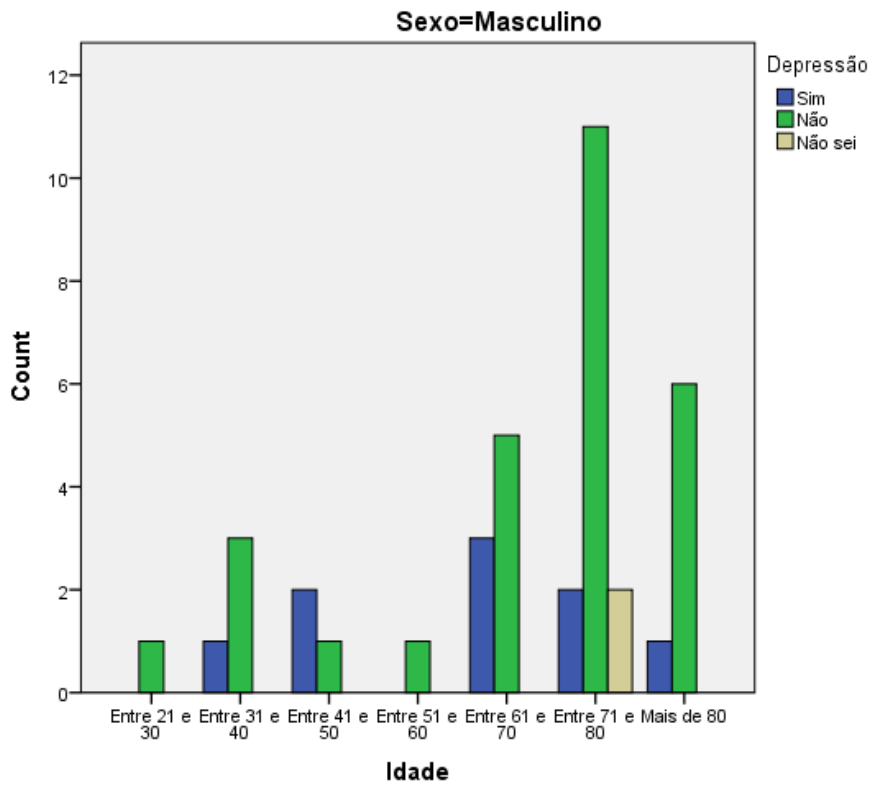
## ANEXO 7: Ansiedade no sexo feminino



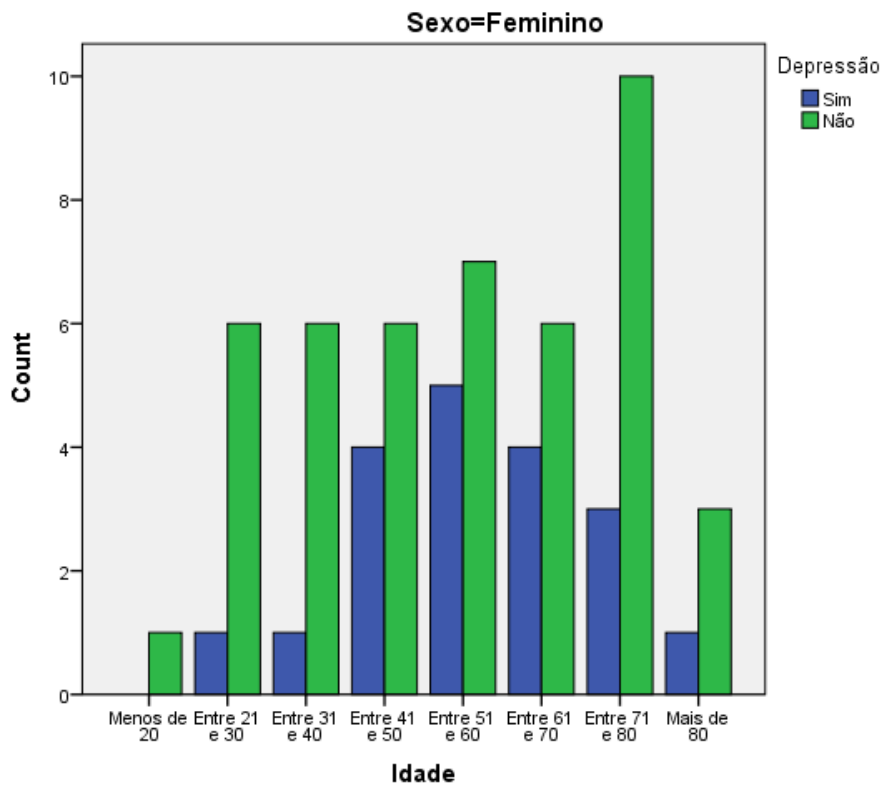
## ANEXO 8: Ansiedade no sexo masculino



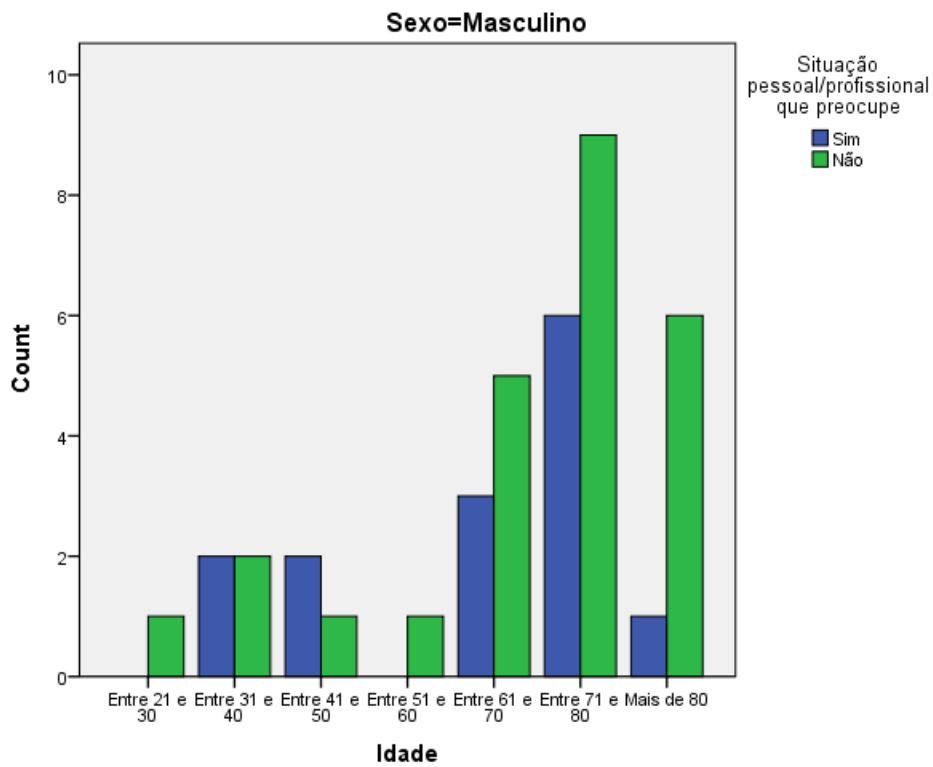
### ANEXO 9: Depressão no sexo masculino



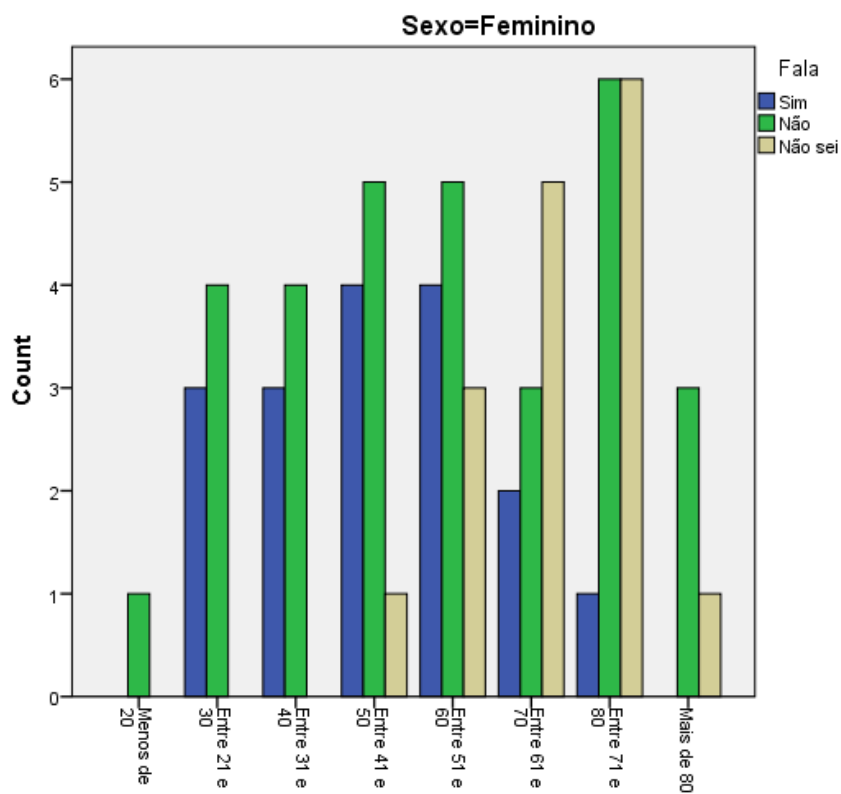
### ANEXO 10: Depressão no sexo feminino



## **ANEXO 11: Preocupações que prejudicam o sono, no sexo masculino**

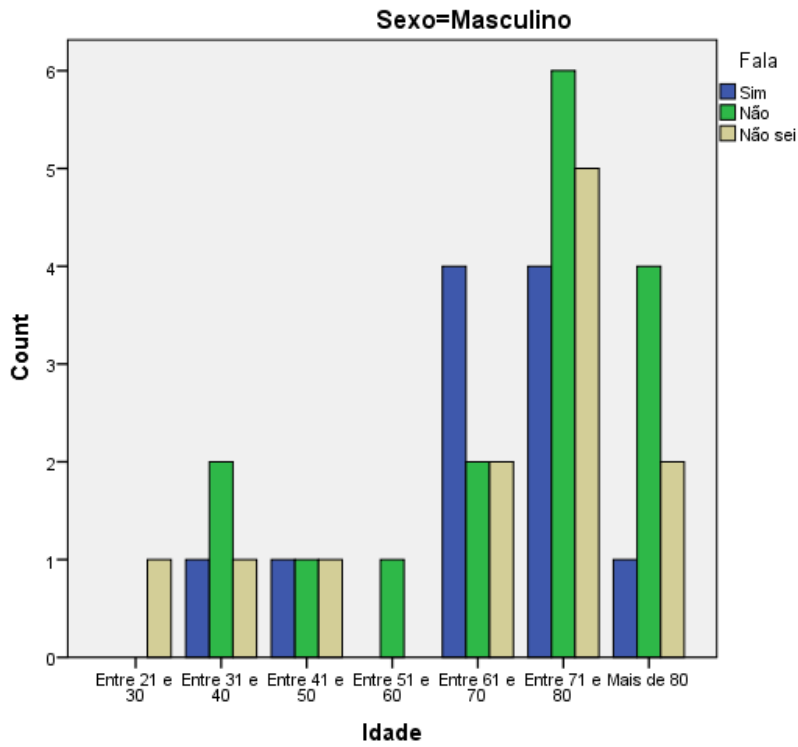


## **ANEXO 12: Falar durante o sono, no sexo feminino**

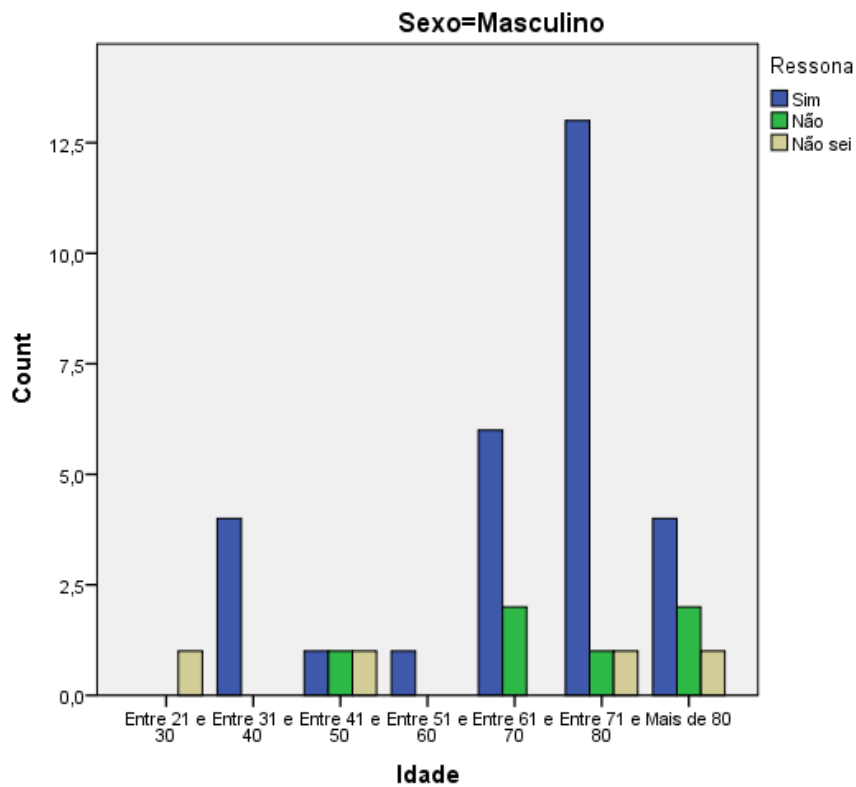




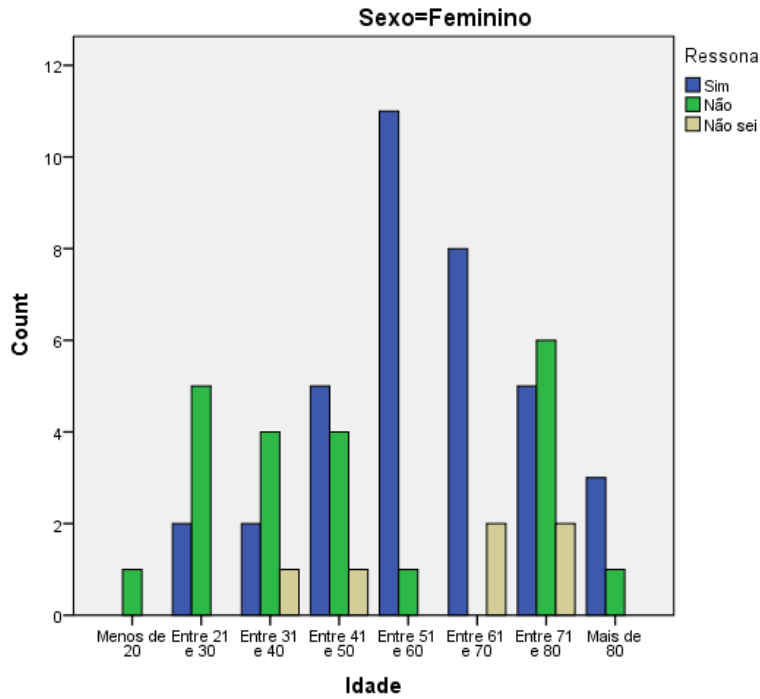
**ANEXO 13: Falar durante o sono, no sexo masculino**



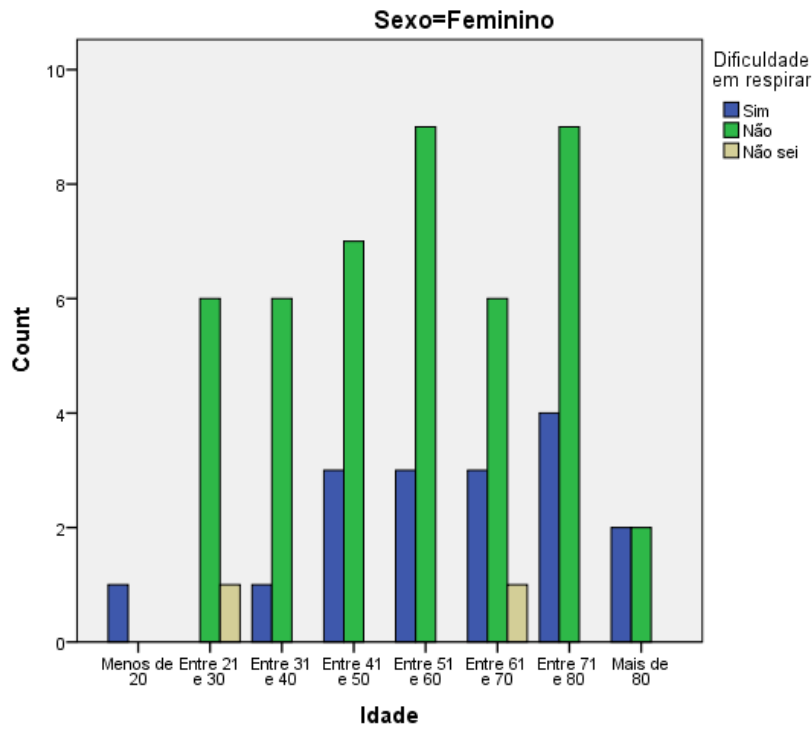
**ANEXO 14: Ressonar no sexo masculino**



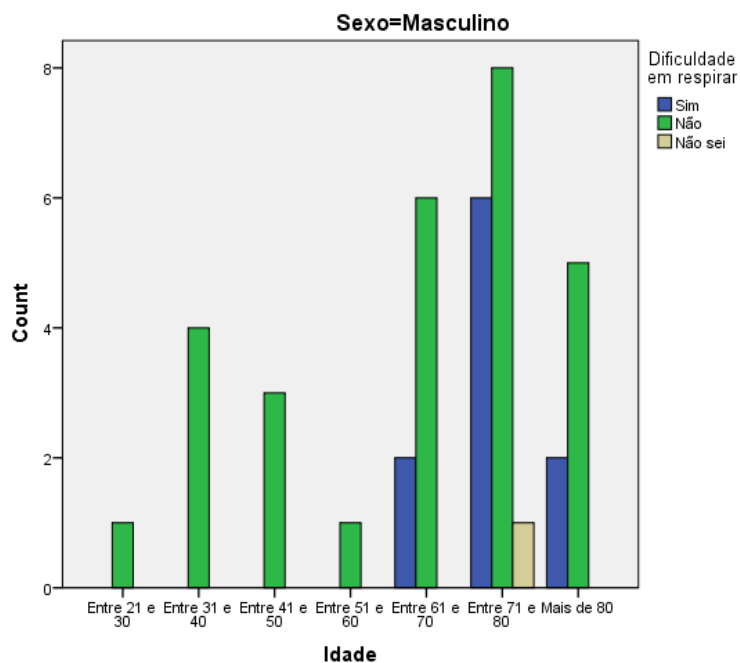
**ANEXO 15: Ressonar no sexo feminino**



**ANEXO 16: Dificuldade em respirar no sexo feminino**



## ANEXO 17: Dificuldade em respirar no sexo masculino



## ANEXO 18: Efeitos secundários com hipnóticos

Qual o efeito secundário?			
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
<b>Sonolência</b>	2	1,9	14,3
<b>Incoordenação motora</b>	1	1,0	7,1
<b>Dependência</b>	8	7,8	57,1
<b>Alterações gastrointestinais</b>	3	2,9	21,4
<b>Total</b>	14	13,6	100,0
Não tomam e/ou não têm efeitos secundários	89	86,4	
<b>Total</b>	103	100,0	