



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

A Insónia Crónica em Cuidados de Saúde Primários

Catarina Maria Comprido Monteiro Parra

**Aluna do 6º ano da FMUC - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra,
Portugal**

cat.m.c.m.p@gmail.com

Índice

1. Resumo.....	3
2. Introdução	7
3. Materiais e Métodos.....	9
4. Resultados	10
4.1 Insónia Crónica - Definição e Classificação.....	10
4.2 Fisiopatologia, Cronificação da Insónia e a sua Prevenção.....	13
4.3 Impacto da insónia crónica na saúde individual, na sociedade, na família e sua funcionalidade.....	15
4.4 Avaliação da Insónia – Anamnese e exame objectivo.....	17
4.5 Tratamento da Insónia Crónica.....	21
4.5.1. Terapia Cognitivo-Comportamental para a Insónia.....	22
4.5.2 Terapêutica Farmacológica	26
4.6 Critérios de Referenciação.....	32
5. Discussão e conclusão.....	33
6. Referências Bibliográficas	36

1. Resumo

Introdução: A insónia crónica é um problema de saúde frequente, tendo um marcado impacto na saúde física e mental, na vida ocupacional, social e familiar, implicando também custos substanciais para a sociedade. Os doentes com perturbação do sono recorrem sobretudo aos cuidados de saúde primários, pelo que o médico de família desempenha um papel fundamental na prevenção, diagnóstico e tratamento da insónia crónica.

Objectivos: o presente artigo tem como objectivos actualizar conceitos, estratégias e formas de intervenção no domínio da prática clínica na insónia crónica em cuidados de saúde primários.

Materiais e Métodos: foi efectuada revisão de bibliografia publicada entre 2006-2016, mediante pesquisa no sítio da internet da PubMed. Foram, também, consultados os sítios da internet da Direcção-Geral de Saúde e da *American Academy of Sleep Medicine*, assim como a Revista Portuguesa de Clínica Geral e Acta Médica Portuguesa, constituíram ainda objecto de consulta alguns livros.

Resultados: Apesar da elevada prevalência e das suas repercussões, a insónia crónica permanece subdiagnosticada e conseqüentemente muitos doentes não recebem o tratamento adequado. A terapêutica recomendada como primeira linha no tratamento da insónia crónica é a terapia cognitivo-comportamental, contudo, dada a escassez de terapeutas especializados e a aplicabilidade limitada no contexto dos cuidados de saúde primários, esta é ainda subutilizada. Por forma a tornar esta terapia aplicável no “mundo real” por médicos de família, foram desenvolvidas formas de terapia mais simples e estratégias alternativas de fornecimento da terapia cognitivo-comportamental, com bons resultados. Os hipnóticos são dos fármacos mais prescritos na prática médica, apesar de o tratamento farmacológico da insónia apenas estar indicado, a curto prazo, quando se verifica um carácter grave ou incapacitante. A sua utilização é frequentemente prolongada apesar dos riscos de efeitos adversos, de desenvolvimento de

tolerância e de dependência. Existem ainda alguns fármacos utilizados frequentemente, *off-label*, no tratamento da insónia crónica, apesar da ausência de estudos que suportem esta utilização.

Discussão e Conclusão: Tendo-se verificado um subdiagnóstico da insónia crónica, há necessidade de maior atenção, e pesquisa sistemática deste problema por parte do médico de família. Dadas as vantagens da terapia cognitivo-comportamental e os riscos da medicação hipnótica, é preferencial o seu uso combinado. Assim, é essencial que seja feito um esforço no sentido da formação do médico de família acerca da terapêutica não farmacológica, de modo a que este possa aplicá-la no seu dia-a-dia e fornecer esta alternativa terapêutica aos seus doentes. Verificou-se ainda a necessidade de novos estudos, em contexto de cuidados de saúde primários, por forma a avaliar o efeito da terapia cognitivo-comportamental na necessidade de terapia farmacológica. São ainda necessários estudos que comparem a eficácia e reacções adversas dos fármacos que são actualmente utilizados a longo prazo no tratamento da insónia crónica.

Palavras – Chave: Insónia crónica, Distúrbios da iniciação e manutenção do sono, Cuidados de saúde primários, Terapia cognitivo-comportamental, Farmacoterapia

Abstract

Background: Chronic insomnia is a frequent problem, with marked impact on physical and mental health, occupational, social and familial life, representing substantial costs for society. Patients with sleep disorders see mostly their general physician, who therefore, performs a fundamental role in the prevention, diagnosis and treatment of chronic insomnia.

Objectives: the present article has as objectives the actualization of concepts, strategies and practical forms of intervention for chronic insomnia in primary health care.

Materials and Methods: Was performed revision of the bibliography published between 2006-2016, through search in the PubMed internet site. Search was also conducted in the internet sites of Portuguese Directorate-General of Health and of the *American Academy of Sleep Medicine*, in the magazines *Revista Portuguesa de Clínica Geral* and *Acta Médica Portuguesa* and in some books.

Results: Although the prevalence of chronic insomnia is high, and the repercussions significant, it is still underdiagnosed, and incidentally many patients don't get the adequate treatment. The recommended first-line chronic insomnia treatment is cognitive behavioral therapy but as there is a lack of trained therapists and the techniques aren't applicable to primary health care reality, it is still underutilized. To make this therapy more doable for general physicians in real context, simpler forms of therapy and alternative forms of delivery were developed, with good results. Although pharmacologic treatment of insomnia is indicated only when symptoms are severe or disabling, hypnotics are some of the most prescribed drugs in medical practice. Hypnotic use is associated with risk of adverse effects, tolerance and dependence but its use is frequently prolonged. There are also some drugs prescribed frequently for treatment of chronic insomnia, off-label, although there is lack of studies to support its use.

Discussion and Conclusions: Since chronic insomnia is still underdiagnosed, it is necessary that general practitioners become more attentive and search systematically this health problem. Given the advantages of cognitive behavioral therapy and the risks associated with hypnotics, its use should be combined, preferably. Therefore, it is essential that efforts are made to give general practitioners training in non-pharmacological therapeutics, so they can apply them on a daily basis and make this option available to their patients. There is also a need for larger

studies in primary care to evaluate the efficacy of cognitive behavioral therapy in the need for drug therapy; and for studies that compare the drugs currently used in the treatment of chronic insomnia for their efficacy and effects in the long term use.

Key words: Chronic insomnia, Sleep initiation and maintenance disorders, Primary health care, Cognitive behavioral therapy, Drug therapy

2. Introdução

O sono representa um terço da vida humana. Se uma pessoa viver até aos 70 anos, aproximadamente 27 terão sido passados a dormir, num estado activo, essencial ao bem-estar físico, mental e emocional. O sono é uma necessidade básica, sendo tão fundamental para a saúde como o ar, a água ou os alimentos (1).

A insónia pode ser conceptualizada como um sintoma ou como uma síndrome, sendo a queixa clínica mais frequente em matéria de sono, e também a perturbação do sono mais frequente (2,3). Estimativas de base populacional mostram que cerca de um terço dos adultos têm queixas de insónia, 10 a 15% experienciam limitação funcional diurna e 6 a 10% têm sintomatologia que preenche os critérios de insónia crónica (4). Em contexto de cuidados primários, as queixas de insónia estão presentes entre 10 a 50% dos adultos (5). A insónia crónica é particularmente frequente nos doentes idosos e é mais frequentemente observada em comorbilidade com outra condição médica ou psiquiátrica (6). O sexo feminino é cerca de duas vezes mais afectado do que o masculino (7). A insónia é uma comorbilidade comum da diabetes mellitus, doença coronária, doença pulmonar obstrutiva, artrite, fibromialgia e outras doenças associadas a dor crónica, sendo que a relação entre elas parece ser bidirecional – a insónia aumenta o risco de patologia médica e as patologias médicas aumentam o risco de insónia (8,9). Insónia persistente também é uma comorbilidade comum de doença mental e representa um factor de risco ou um sintoma inicial de depressão, doença bipolar, ansiedade e de abuso de substâncias (4).

A insónia tem um marcado impacto negativo na vida do indivíduo mas também na sociedade. Associada à insónia crónica verifica-se elevação das taxas de acidentes, de absentismo e diminuição da produtividade laboral. Verifica-se ainda, uma percepção de redução do estado de saúde e qualidade de vida e maiores taxas de utilização dos cuidados de saúde (7,9).

Apesar da elevada prevalência e das suas consequências negativas, esta patologia continua a ser subdiagnosticada e muitos doentes não recebem o tratamento adequado, optando por auto-tratamento com álcool ou outras substâncias, incluindo medicação não sujeita a receita médica, com eficácia desconhecida e risco de reações adversas. O médico de família desempenha assim um papel fundamental no diagnóstico e tratamento da insónia mas também na sua prevenção (10,11).

Neste âmbito, o presente artigo tem como objectivo elaborar uma revisão da bibliografia nacional e estrangeira, para actualizar conceitos, estratégias e formas de intervenção no domínio da prática clínica na insónia crónica em cuidados de saúde primários.

3. Materiais e Métodos

Os artigos seleccionados para esta revisão, resultaram maioritariamente de pesquisa na base de dados PubMed utilizando como palavras-chave *chronic insomnia, sleep initiation and maintenance disorders* e *primary health care*, e filtros de pesquisa relativamente à língua em que o artigo estava escrito, a data de publicação e ao tipo de artigo. Foram seleccionados artigos científicos originais, metanálises e artigos de revisão, escritos na língua inglesa ou portuguesa, publicados nos últimos 10 anos (2006-2016). Numa abordagem inicial, os artigos foram sujeitos a uma triagem com base nos títulos e *abstracts*, de forma a avaliar se abordavam claramente o tema em estudo, excluindo aqueles em que tal não se verificava. Posteriormente, foi feita leitura integral dos artigos seleccionados e emparelhamento dos artigos por subtemas de acordo com os objectivos do trabalho.

A pesquisa foi completada por consulta da Revista Portuguesa de Clínica Geral e a Acta Médica Portuguesa.

Foram ainda consultados os sítios da internet da Direção-Geral de Saúde (DGS – www.dgs.pt), nomeadamente a Norma 055/2011 actualizada a 21/01/2015 sobre “Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insónia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos” e da *American Academy of Sleep Medicine* (AASM – <http://www.aasmnet.org/>).

Foram ainda objecto de consulta alguns livros de texto, entendidos como úteis para a abordagem do tema em estudo, encontrando-se referenciados na bibliografia.

4. Resultados

4.1 Insónia Crónica - Definição e Classificação

As características essenciais da insónia são a insatisfação quanto à qualidade e/ou quantidade do sono, queixas de dificuldade na iniciação ou manutenção do sono, apesar de adequadas oportunidades e circunstâncias, associadas a queixas de *stress* clinicamente significativo ou limitação funcional diurna importante a nível social, ocupacional, família funcional ou outro (4). A insónia pode manifestar-se em diferentes tempos do período de sono: temos insónia inicial quando existe dificuldade em iniciar o sono, ao deitar; insónia intermédia quando existem despertares frequentes ou prolongados durante a noite; e insónia terminal quando se verifica um despertar precoce com incapacidade para retornar ao sono. A insónia intermédia ou insónia de manutenção do sono é o sintoma mais frequente. Segue-se a insónia inicial, sendo que a forma de apresentação mais comum é a combinação dos vários sintomas e que estes podem variar ao longo do tempo (9). Assim, define-se dificuldade em iniciar o sono como uma noção subjectiva de latência de sono superior a 20-30 minutos; dificuldade na manutenção do sono como a noção de despertar nocturno com duração superior a 20-30 minutos; e despertar precoce como um despertar pelo menos 30 minutos antes do programado, com um tempo total de sono inferior a 6 horas e meia (4,8). Queixas de sono não reparador acompanham frequentemente as queixas de dificuldade de iniciação ou manutenção do sono, sendo menos frequentes de forma isolada. As queixas diurnas da insónia incluem fadiga ou sonolência, défices cognitivos notados a nível da atenção, concentração ou memória e alterações do humor, mais frequentemente irritabilidade e instabilidade emocional mas também sintomas ansiosos ou depressivos (4).

Sistemas diagnósticos anteriores tentavam distinguir a insónia "primária" da "secundária". Considerando a insónia crónica: "primária" se preenchia os critérios diagnósticos e tendo sido

excluída uma causa médica, psiquiátrica ou ambiental; e "secundária" se se inferia como causa outra doença médica ou psiquiátrica. Contudo, uma vez que as relações entre condições médicas, psiquiátricas e a insónia são frequentemente bidireccionais, difíceis de precisar e sofrem alterações ao longo do tempo, esta dicotomia torna-se discutível, tendo – se passado a designar a insónia anteriormente "secundária" como comórbida. Deste modo, a terceira edição da *International Classification of Sleep Disorders* (ICDS-3) e a quinta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) afastaram-se desta subdivisão, passando a considerar apenas o diagnóstico de insónia crónica com base na frequência (pelo menos 3 noites por semana) e duração dos sintomas (pelo menos 3 meses), independentemente das condições coexistentes (Tabela 1) (4,12,13).

Crítérios de Diagnóstico da Insónia Crónica na DSM-5 e ICDS-3		
	<i>DSM-5</i>	<i>ICDS-3</i>
<i>Queixas/Perturbação do sono</i>	Dificuldade em iniciar ou manter o sono ou despertar precoce sendo incapaz de adormecer posteriormente	
<i>Consequências associadas</i>	<i>Stress</i> clinicamente significativo ou limitação do funcionamento social, ocupacional, educacional, académico, comportamental ou de outra área	Um ou mais dos seguintes relacionados com a dificuldade em dormir: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fadiga/mal-estar 2. Défice de atenção, concentração ou de memória 3. Limitação do desempenho social, familiar, ocupacional ou académico 4. Perturbação do humor, irritabilidade 5. Sonolência diurna 6. Problemas comportamentais (ex. hiperactividade, impulsividade, agressividade)

		7. Motivação, energia e iniciativa reduzidas 8. Tendência para cometer erros ou acidentes 9. Preocupação ou insatisfação com o sono
<i>Frequência</i>	Perturbação do sono e consequências associadas pelo menos 3 noites por semana	
<i>Duração</i>	Perturbação do sono e consequências associadas presentes durante pelo menos 3 meses	
<i>Oportunidade adequada</i>	Perturbação do sono apesar de circunstâncias e oportunidades adequadas	
<i>Relação com outras condições</i>	Problema do sono-vigília que não é melhor explicado por outra perturbação do sono, ou condição médica ou mental coexistente e que não é atribuível a efeitos fisiológicos ou a uma substância	

Tabela 1. Critérios de Diagnóstico de insónia crónica segundo a DSM V e a ICDS-3.

Adaptado do livro Principles and Practice of Sleep Medicine (13)

Os critérios de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão, ainda mantêm a classificação, relativamente desactualizada, baseada nesta dicotomia insónia primária/secundária (12).

Em 40 a 50% dos doentes com insónia existe doença psiquiátrica concomitante, mais frequentemente perturbação do humor (como a depressão major) ou perturbação de ansiedade (como perturbação de ansiedade generalizada ou perturbação de stress pós-traumático) (4,11). Na depressão, pode ser encontrada insónia de tipo inicial, intermédia ou terminal, estando frequentemente associada a fragmentação do sono e a diminuição do tempo total de sono. Nos doentes com um distúrbio da ansiedade, o mais frequente é haver insónia inicial ou intermédia (3). As condições médicas estão presentes em cerca de 10% dos doentes, particularmente as que se associam a dispneia, dor, noctúria, perturbação gastrointestinal ou limitação da mobilidade. O abuso de substâncias está presente noutros 10 % dos doentes com insónia (9,11).

A insónia poderá ainda ser classificada quanto à sua severidade em: insónia leve, quando não ocorre todas as noites, embora seja frequente, e prejudicando de forma mínima o desempenho profissional e relacionamento social; insónia moderada, quando ocorre todas as noites, com consequências moderadas; e grave, quando prejudica de forma grave o desempenho social e profissional (14).

4.2 Fisiopatologia, Cronificação da Insónia e a sua Prevenção

O sono é um estado fisiológico, que é essencialmente regulado por dois processos: o processo homeostático que produz sonolência com base no tempo decorrido desde o último período de sono, pela acumulação de adenosina; e pelo ritmo circadiano que depende da alternância dia-noite, da luz diurna e da secreção nocturna de melatonina (1,3).

Apesar de a insónia ser considerada uma perturbação do sono, a sua fisiopatologia sugere hiperexcitação durante o período de sono mas também durante a vigília. Estudos de imagiologia funcional mostram que em indivíduos com insónia o metabolismo cerebral apresenta menor variação de actividade entre sono e a vigília, quando comparado com indivíduos que dormem bem (8,15).

Existem vários modelos que se propõem explicar a fisiopatologia da insónia. O modelo dinâmico da insónia ou modelo 3P é aquele com maior aceitação geral na abordagem fisiopatológica da insónia. Trata-se de um modelo de diátese-stress da insónia e que inclui factores predisponentes, precipitantes e perpetuantes. Os factores predisponentes incluem factores biológicos (como níveis elevados de cortisol, hiperestimulação, vulnerabilidade genética), psicológicos (como tendência ansiosa ou de repressão de emoções) e sociais (como o horário de trabalho) (3,15). Os factores precipitantes dizem respeito a factores de *stress* agudo, como um evento de vida negativo ou a mudança de horário ou de ambiente, ou factores de stress

diário menos intenso mas persistente, que em conjunto com os predisponentes anteriores, desencadeiam um estado de hiperestimulação diurna e nocturna e podem originar insónia aguda ou situacional. Em alguns casos, pode não ser identificável um factor precipitante (4). A insónia aguda ou situacional dura de alguns dias a algumas semanas e a maioria das pessoas retoma os hábitos de sono normal com o desaparecimento do desencadeante inicial, no entanto noutras, provavelmente mais susceptíveis, verifica-se persistência das perturbações do sono (8,9). Pode verificar-se uma evolução com episódios recorrentes de insónia associada à ocorrência de eventos *stressantes*. Na presença de factores perpetuantes, como os mecanismos de *coping* mal-adaptativo, preocupação ou ruminação, maus hábitos de higiene do sono poderá desenvolver-se um círculo vicioso de perturbação do sono, e conseqüentemente, insónia crónica ou persistente. A taxa de cronicidade da insónia varia entre 45 a 75% para *follow up* de 1 a 7 anos (3,8,16).

Os sintomas de insónia podem iniciar-se em qualquer altura da vida, mas o primeiro episódio ocorre mais frequentemente no adulto jovem, sendo mais comuns as queixas de dificuldade na iniciação do sono. Quando tem um início mais tardio, após a meia-idade, relaciona-se frequentemente com os primeiros sintomas de outra patologia e são mais comuns as queixas de dificuldade na manutenção do sono (4). Estão descritos como factores de risco para a insónia crónica: o envelhecimento, o sexo feminino, a depressão, a comorbilidade, as relações sociais escassas, um nível socioeconómico baixo, a separação matrimonial ou de um parceiro, o trabalho por turnos e o desemprego (8,11).

A prevenção da insónia crónica, uma competência importante da medicina geral e familiar (MGF), passa essencialmente pelo diagnóstico e tratamento da insónia aguda, pela promoção de hábitos de vida saudável e pelo controlo das comorbilidades que possam estar presentes e, mais especificamente, pela educação dos doentes relativamente a crenças infundadas acerca do sono “normal” e pelo incentivo à adopção de bons hábitos de higiene do

sono. A insónia aguda deve ser diagnosticada e tratada atempadamente, por forma a evitar a sua cronificação e repercussões a nível do funcionamento diurno, saúde, vida profissional, social e familiar. Como já foi referido, habitualmente a resolução da insónia aguda dá-se com o desaparecimento do factor precipitante, no entanto, se se verificar que esta é grave ou incapacitante e houver necessidade de um alívio rápido da sintomatologia, está recomendado o tratamento farmacológico com agonistas dos receptores das benzodiazepinas, preferencialmente associado a alguma terapia não farmacológica (17,18). A higiene do sono, abordada mais abaixo, passa essencialmente pelo estabelecimento de rotinas ao deitar e no período que o antecede, com evicção de pensamentos e comportamentos potenciadores de hiperestimulação (19).

4.3 Impacto da insónia crónica na saúde individual, na sociedade, na família e sua funcionalidade

A insónia crónica é um problema de saúde pública major, implicando custos significativos tanto para o doente, a nível individual, como para a sociedade em geral (7).

Sono desadequado associa-se a uma redução da saúde física e mental. Particularmente, a insónia persistente associa-se a um aumento do risco de doença psiquiátrica, nomeadamente de depressão major de novo, com um risco duas vezes superior ao de indivíduos que dormem bem (7). Sintomas de insónia podem também ser um factor de risco para tentativa de suicídio e morte por suicídio, de forma independente da depressão (20). Quanto à patologia médica, também foram reportadas associações entre a insónia e risco aumentado de enfarte agudo do miocárdio e doença coronária, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, diabetes e morte, particularmente na presença de duração total de sono reduzida (< 6 horas/noite) (9). A insónia

associa-se ainda a piores resultados de tratamento, a curto e longo prazo, na depressão e dependência alcoólica (8,20).

É reconhecido que, para além das consequências fisiológicas e de mortalidade, a qualidade de vida relacionada com a saúde é um *outcome* importante nos doentes crónicos, evocando variados aspectos da vida que podem não estar contemplados em medidas de “saúde” e que incluem: o papel subjectivo na sociedade ou na família, a falta de liberdade de escolha, a incapacidade percebida, e a felicidade em geral. Pessoas que sofrem de insónia crónica reportam, de forma consistente, valores mais baixos de qualidade de vida associada à saúde em comparação com pessoas que não têm perturbação do sono. Isto verifica-se mesmo após controlo da ansiedade, depressão e condições médicas. O tratamento da insónia tem um impacto positivo significativo neste parâmetro (7).

A insónia implica também custos substanciais para a sociedade, incluindo custos directos relacionados com o seu tratamento, mas também custos indirectos relacionados com uma maior utilização dos cuidados de saúde, menor produtividade laboral e um risco de acidentes aumentado (21). Um dos maiores custos indirectos relacionados com a insónia crónica é a perda de produtividade no trabalho, estando associada a absentismo mas também a “presenteísmo”, em que apesar de os indivíduos estarem presentes se verifica um desempenho de produtividade reduzida (7). A nível da utilização dos cuidados de saúde, a insónia foi associada a maior número de idas ao serviço de urgência, dias de hospitalização, consultas e maior consumo de medicamentos, tendo-se verificado uma associação linear entre a gravidade da insónia e a utilização dos cuidados de saúde (7,22). A insónia foi ainda identificada como factor de risco para acidentes, em contexto de trabalho, condução automóvel e outros; tendo-se verificado que os tratamentos com hipnóticos sedativos também aumentam o risco de acidentes (7,21).

A família é a mais importante fonte de stress ou de apoio e assim, influencia e é influenciada pela saúde dos seus elementos, sendo que alguns problemas de saúde só podem ser compreendidos conhecendo o contexto familiar (23). No caso da insónia, verifica-se que nos adultos jovens, os pais e mães solteiros com filhos de idade inferior a 18 anos, são aqueles que apresentam mais alterações do sono, quando comparados com famílias sem filhos dessas idades ou com famílias com duas figuras parentais. Nas famílias monoparentais, os pais e mães têm maior probabilidade de ter duração de sono reduzida, dificuldade na iniciação e manutenção do sono e sensação de sono não reparador, quando comparados com os outros tipos de família (24,25). Verifica-se também que, em geral, as pessoas divorciadas e solteiras reportam mais perturbações do sono do que os indivíduos casados. Nos indivíduos casados, a harmonia matrimonial parece ter um efeito protector, associando-se a menos problemas de sono (26).

Os eventos de vida negativos, predisponentes para a insónia, e as resultantes alterações do humor, impacto laboral e aumento de utilização dos cuidados de saúde, com as suas repercussões económicas, podem também originar dificuldades de relacionamento interpessoal (21), de adaptação e, conseqüentemente, predispor a conflitos, crises familiares e disfuncionalidade. Assim, torna-se fundamental a correcta abordagem da família e aconselhamento dos seus elementos, no sentido da resolução dos problemas, contribuindo para a melhoria da saúde da família e do próprio doente. Por outro lado, a família quando funcional, pode ser um recurso terapêutico valioso que não deve ser esquecido (23).

4.4 Avaliação da Insónia – Anamnese e exame objectivo

O diagnóstico de insónia é clínico, pelo que a entrevista clínica é o componente central da avaliação, habitualmente sem necessidade de exames complementares de diagnóstico específicos (18). A entrevista clínica deve versar sobre as características do sono (como a hora

habitual de deitar e despertar, a duração e causas da latência do sono e dos despertares durante a noite), mas também sobre os mitos e as crenças do doente acerca das causas e consequências da interrupção do sono (27), sobre sintomas nocturnos associados e o impacto sobre o funcionamento global, a duração e relação com precipitantes psicológicos ou fisiológicos (Tabela 2). A informação fornecida pelo doente deve ser complementada, se possível, por entrevista a um companheiro de quarto ou familiar, que terá informações adicionais sobre o comportamento nocturno, humor e comportamento diurno do doente (3).

História do sono	
<i>Características do sono e factores ambientais e comportamentais relacionados</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hora habitual de deitar e de despertar - Latência do sono (estimativa de quanto tempo demora a adormecer) - Número, hora e duração dos despertares nocturnos - Causas atribuídas ao acordar - Tempo total de sono médio - Qualidade do sono subjectiva, satisfação - O ambiente habitual do quarto (temperatura, luz e ruído), companheiros de cama e animais de estimação - Actividades realizadas na cama para além de dormir (comer, usar o computador, ver televisão) - Actividades realizadas no período que antecede o deitar - Factores familiares ou sociais causadores de ansiedade - Prática de exercício físico - Frequência, duração e qualidade das sestas
<i>Sintomas nocturnos associados</i> <i>(que possam indicar a presença de outras perturbações do sono)</i>	Roncopatia, apneias Movimentos ou câimbras dos membros durante o sono, Comportamentos pouco habituais como comer, andar ou falar durante o sono
<i>Funcionamento diurno</i>	Sonolência diurna, alterações do humor, prejuízo no trabalho e/ou nas relações interpessoais, diminuição da concentração

<i>Antecedentes médicos e psiquiátricos</i> <i>(que possam exacerbar ou ser exacerbados pela insónia)</i>	Neurológicos (acidente vascular, enxaqueca) Respiratórios (asma, doença pulmonar obstrutiva) Endócrinas (hipo ou hipertiroidismo) Refluxo gastroesofágico Insuficiência cardíaca congestiva Outras queixas médicas
	Beta-bloqueantes, corticoesteróides, psicofármacos Café e chá, bebidas energéticas Tabaco Álcool (consumo agudo/crónico/privação) Drogas estupefacientes (efeito directo ou síndrome de privação): cocaína, anfetaminas, canábis, ecstasy

Tabela 2. Componentes da história do sono (3,11,27)

Esta avaliação pode ser facilitada e os sintomas melhor quantificados pelo registo de um diário do sono ou de questionários de auto-preenchimento. O diário do sono consiste essencialmente no registo das horas de deitar/adormecer e despertar durante pelo menos duas semanas, podendo também ser registadas sesta, actividades diárias, exercício físico, consumo de álcool, entre outros registos. Constitui assim, um bom auxiliar para a avaliação do número médio de horas de sono e do padrão de sono (3,4). Este é um dos instrumentos mais usados para o diagnóstico e monitorização da intervenção terapêutica com a vantagem de que permite ao doente ter a noção do seu padrão de sono e do seu progresso. Os questionários/escalas mais relevantes na avaliação da insónia são o Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), para avaliação da qualidade do sono e das suas alterações no último mês (27); o Insomnia Severity Index (ISI), que mede o nível de insónia percebido pelo doente; e o Epworth Sleepiness Scale (ESS), usado para a avaliação da sonolência diurna excessiva e da resposta à terapêutica instituída através da quantificação das suas consequências no funcionamento diurno (3).

A avaliação dos vários sistemas, no exame físico é importante na avaliação das perturbações do sono, devendo incluir a avaliação do peso e índice de massa corporal, da

pressão arterial e frequência cardíaca. Deverá ainda ser realizado um exame neurológico sumário e exame mental para exclusão de patologia neurológica e psiquiátrica (18). À observação, o doente com insónia pode apresentar um aspecto fatigado, ou pelo contrário, transmitir um estado de nervosismo ou hiperexcitação, sendo que não existem alterações características ao exame físico. Se houver suspeita de perturbações respiratórias relacionadas com o sono, o exame da cabeça e pescoço assume grande relevância, devendo-se avaliar aspectos anatómicos relativos à morfologia da face, da via oral, da via nasal e da mandíbula, assim como a distribuição da gordura do pescoço (3,4).

De forma a investigar causas médicas que contribuam para a insónia, pode ser adequado o pedido de controlo analítico com hemograma, bioquímica e provas de função tiroideia (3,18). Embora a polissonografia não seja um exame de rotina na avaliação da insónia, pode ser útil para a exclusão de outras perturbações do sono como a apneia obstrutiva do sono, a narcolepsia, os movimentos dos membros durante o sono ou na suspeita de parassónia. Poderá ser útil também perante a insónia refractária à terapêutica habitual. A actigrafia também não é usada rotineiramente, mas pode ser útil na avaliação da resposta ao tratamento da insónia crónica (3,9).

É importante distinguir insónia de alterações fisiológicas que ocorrem com a idade. Com o envelhecimento há uma diminuição da necessidade de sono e da capacidade de manutenção do sono, podendo também haver uma alteração do *timing* do principal período de sono (4). Um estudo mostrou que o tempo total de sono diminui em média 27 minutos desde a meia-idade até aos 80 anos, verificando-se uma deterioração tanto da qualidade como da quantidade de sono (5). A distinção entre insónia e outras perturbações do sono pode ser particularmente difícil, dado que a insónia pode ser um sintoma dessas perturbações. (27) Queixas de insónia estão presentes em 50% dos adultos com apneia obstrutiva do sono, (8) podendo também estar

presentes na síndrome das pernas inquietas, perturbações do ritmo circadiano ou parassónias.(8,27)

4.5 Tratamento da Insónia Crónica

A escolha do tratamento adequado para a insónia depende dos sintomas específicos da insónia, da sua severidade e duração esperadas, das comorbilidades presentes, da aceitabilidade das terapias comportamentais por parte do doente e da sensibilidade individual aos efeitos adversos medicamentosos. É essencial o tratamento adequado de patologia coexistente, no entanto, frequentemente, a insónia persiste apesar dessa terapêutica.(28) Para além dos benefícios do tratamento em termos de duração e/ou qualidade do sono, a evidência sugere que o tratamento da insónia comórbida melhora também os *outcomes* das comorbilidades em si, como a depressão, ansiedade, stress pós-traumático, dor crónica, dependência do álcool ou de cannabis.(7)

Essencialmente, a terapêutica para insónia crónica subdivide-se numa abordagem cognitivo-comportamental e numa abordagem farmacológica.

Os objectivos primários do tratamento, quer seja farmacológico ou não, são a melhoria da qualidade e quantidade do sono e a melhoria das limitações do funcionamento diurno relacionadas com a insónia.(18)

De realçar que em última análise, a selecção do tratamento deve ser guiada pela preferência do doente.(16)

Independentemente do tipo de terapêutica selecionado, a reavaliação clínica deve ocorrer algumas semanas após a instituição do tratamento ou mensalmente até que a insónia

estabilize ou resolva. Posteriormente, deve ser feito seguimento bi-anual, dada a elevada taxa de recidiva. (18)

4.5.1. Terapia Cognitivo-Comportamental para a Insónia

A terapia cognitivo-comportamental para a insónia (TCCI) dirige-se a crenças e comportamentos relacionados com o sono que contribuem para a perpetuação da insónia.(9)

A TCCI é uma intervenção multimodal que resulta da combinação de vários componentes como a restrição do sono, o controlo de estímulos, a terapia cognitiva, a terapia de relaxamento e a higiene do sono (Tabela 3).(29) Tradicionalmente, decorre em grupo ou individualmente, ao longo de 4 a 8 sessões, com uma duração de 30 a 60 minutos, semanais, com período de 2 semanas pré-terapia, de forma a permitir uma automonitorização dos comportamentos relacionados com o sono. (9,28)

Componentes da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento da Insónia		
<i>Componente</i>	<i>Efeito pretendido</i>	<i>Estratégias/ Instruções a dar ao doente</i>
Restrição do sono	Aumentar o <i>sleep drive</i> e estabilizar o ritmo circadiano	- Limitar o tempo passado na cama ao tempo que o doente passa de facto a dormir (não menos de 5-6 horas), estipular as horas de acordar <i>standard</i> com base na preferência do doente, e a hora de deitar subtraindo-lhe a duração média de sono - Aumentar o tempo passado na cama à medida que a eficiência do sono aumenta (15 minutos por semana quando a eficiência for pelo menos 90%)
Controlo de estímulos	Restabelecer a associação da cama com o sono e desassociá-la a actividades do	- O doente é informado de que deve deitar-se apenas quando sonolento

	dia-a-dia que são estimuladoras e podem interferir com a qualidade do mesmo	<ul style="list-style-type: none"> - Se não conseguir adormecer ou se durante a noite acordar e se sentir ansioso deverá levantar-se - Deverá usar a cama apenas para dormir ou para a actividade sexual (não deve usá-la para comer, ler, ver televisão)
Terapia cognitiva	Desmistificar expectativas irrealistas acerca do sono e reestruturar crenças, não fundamentadas, acerca das causas da insónia e das suas consequências diurnas e para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Manter expectativas razoáveis acerca do sono (ex. nem todas as pessoas necessitam de 9 horas de sono diárias) - Registo de pensamentos - Rever e desafiar as experiências de insónia anteriores e a visão catastrofista das suas consequências
Terapia de relaxamento	Reduzir a estimulação física e psicológica no ambiente de sono	<ul style="list-style-type: none"> - Praticar relaxamento muscular progressivo - Exercícios leves/alongamentos - Exercícios de respiração ou meditação
Educação e Higiene do sono	Diminuir comportamentos que interferem com o <i>sleep drive</i> ou são estimulantes	<ul style="list-style-type: none"> - Limitar o uso de cafeína, nicotina e álcool (principalmente 4 a 6 horas antes de deitar) - Evitar refeições pesadas e consumo excessivo de líquidos à noite - Manter um ambiente calmo, escuro, silencioso e confortável no quarto, quando se for deitar - Evitar sestas durante o dia e o fim da tarde - Aumentar o nível de actividade física (mas evitar exercício vigoroso 3 a 4 horas antes de deitar) - No quarto, retirar o relógio do campo de visão - Deitar e despertar todos os dias à mesma hora, incluindo aos fins-de-semana

Tabela 3. Componentes da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento da Insónia (5,9,11,16,29,34)

A **intenção paradoxal**, com o objectivo de eliminar a ansiedade do doente quanto ao desempenho do sono, e a **terapia de biofeedback**, que pretende diminuir a hiperestimulação somática através de feedback visual ou auditivo, podem também ser úteis mas não reúnem tanta evidência quanto as componentes anteriores (18).

Actualmente, a TCCI é o tratamento *gold-standard* recomendado como primeira linha de tratamento da insónia crónica, incluindo a insónia comórbida (30); e estudos acerca da sua eficácia sugerem que cerca de 70 a 80% dos doentes atingem resposta terapêutica, dos quais 40% consegue remissão clínica completa (10,16,31). Ensaios clínicos randomizados comprovam que este tipo de intervenção tem uma eficácia menos imediata, mas comparável ou superior aos hipnóticos às 6 a 10 semanas e um efeito mais duradouro que a terapêutica farmacológica com agonistas dos receptores das benzodiazepinas, mantendo a melhoria do sono pelo menos por um período de 12 a 24 meses e até 3 anos de follow-up (8,11). A TCCI também é eficaz nos doentes a fazer tratamento farmacológico e auxilia na redução do uso de hipnóticos. Tendo isto em conta, um tratamento inicial combinando terapia comportamental e farmacológica seguida de TCCI isolada pode produzir os melhores resultados a longo prazo (8).

A terapia cognitivo-comportamental requer esforço e dedicação do doente, pelo que se torna importante que este esteja motivado para esta abordagem, estando a sua aplicação e probabilidade de sucesso muito dependentes deste factor. Alguns doentes entendem o tratamento com TCCI como evidência de patologia psiquiátrica. Este tipo de crenças podem estar associadas a pobreza, baixo nível de instrução e *status* de minoria étnica ou racial, pela estigmatização da “doença mental” e dos seus tratamentos (32). Por outro lado, são factores relacionados com melhor aceitação destas terapias: o sexo feminino e um nível de instrução superior (32). Para além da aceitação por parte dos doentes, a alta prevalência deste problema, a falta de terapeutas dedicados a estas técnicas, nomeadamente psicólogos clínicos especialistas em sono e a duração e a intensidade iniciais do tratamento, tornam difícil a implementação da

TCCI multicomponente tradicional na realidade clínica diária da MGF, que é a primeira linha de cuidados, e muitas vezes, a única procurada pela grande maioria dos doentes (16,33).

Esta inacessibilidade levou ao desenvolvimento de estratégias mais facilmente aplicáveis: a utilização de componentes como a restrição de sono e o controlo de estímulos em monoterapia (29), TCCI mais curta (2 sessões e 2 telefonemas) (34); e a formas alternativas de disseminação como a TCCI realizada por enfermeiros (35,36), a TCCI de “auto-ajuda” e a tratamentos “por degraus” (37,38). A TCCI multicomponente é a que se associa a melhores resultados, com maiores efeitos nos *outcomes* a pequeno e longo prazo, no entanto, estudos mostraram que restrição de sono ou controlo de estímulos em monoterapia e formas mais simples e breves de TCCI são alternativas terapêuticas eficazes (29,34). A TCCI de “auto-ajuda” também mostrou ser uma alternativa mais acessível eficaz, podendo ser fornecida através de um manual (39), gravação de áudio, vídeo ou pela internet (37,40,41).

A abordagem “por degraus” (37,42) é um modelo desenvolvido com vista a facilitar o fornecimento de terapias comportamentais em cuidados de saúde primários: começando com intervenções mais simples e mais custo-efectivas, como TCCI de “auto-ajuda” e progredindo para intervenções mais especializadas e intensivas, como TCCI de grupo realizada por enfermeiros, formas breves de TCCI e por fim referenciação para terapeuta do sono (37).

Em contexto de cuidados de saúde primários: um ensaio controlado e randomizado (ECR) de restrição de sono simplificada em doentes com insónia primária, teve resultados promissores, mostrando que este tipo de intervenção é passível de utilização em MGF; e um ECR de TCCI fornecida por enfermeiros sem qualquer formação específica, guiada por manual, que obteve melhoria significativa da sintomatologia reportada, suportando novamente a aplicabilidade das intervenções cognitivo-comportamentais (35,43).

Apesar da higiene do sono isolada ser frequentemente recomendada como abordagem terapêutica inicial, estudos mostraram não ser um tratamento eficaz de forma isolada, devendo ser combinada, por exemplo, com restrição de sono (18,44).

4.5.2 Terapêutica Farmacológica

Os sedativos/hipnóticos são dos fármacos mais comumente prescritos na prática médica e a terapêutica farmacológica é a abordagem mais comum ao tratamento da insónia (28,45,46).

A eficácia hipnótica define-se como a capacidade de um medicamento induzir e manter o sono, em pessoas com queixas de insónia aguda ou crónica (45). O hipnótico ideal deveria induzir o sono em cerca de 30 minutos, promovendo um sono "normal", próximo dos padrões fisiológicos, habitualmente durante 6 a 8 horas, com ausência de efeitos residuais na manhã seguinte. Como não existe um hipnótico ideal, o uso destes fármacos envolve sempre o balanço risco-benefício considerando a sintomatologia, a resposta a tratamentos anteriores, a preferência do doente, o custo, a disponibilidade de outros tratamentos, as comorbilidades presentes, as contraindicações, as interações medicamentosas e as reacções adversas associadas (18,45).

Agonistas dos receptores das benzodiazepinas

Os agonistas dos receptores das benzodiazepinas incluem benzodiazepinas (BZD) e fármacos análogos (Zolpidem, Zaleplon¹, Zopiclone², Eszopiclone³). Estes fármacos actuam

^{1,2,3} Não comercializados em Portugal

nos receptores GABAérgicos sobretudo a nível do tronco cerebral, hipotálamo e tálamo produzindo efeitos sedativos/hipnóticos, amnésicos, ansiolíticos, miorelaxantes e anticonvulsivantes, dependendo da sua especificidade para determinado subtipo de receptor (45).

A evidência actual indica que os agonistas dos receptores das benzodiazepinas são eficazes no tratamento da insónia a curto prazo, reduzindo a latência do sono, o número e a duração dos despertares nocturnos e aumentando o tempo total de sono e a sua eficiência, apesar de se verificar alteração da arquitectura normal do sono com redução do sono profundo (8,45). Os seus efeitos são essencialmente sintomáticos e habitualmente não curativos, pelo que a necessidade de prolongamento do tratamento é comum (28).

Segundo a Norma da DGS 055/2011 de 27/10/2011 actualizada a 21/10/2015, estes agentes (Tabela 4) estão indicados no tratamento da insónia quando os sintomas assumem carácter grave e incapacitante, não devendo ser utilizados por rotina no tratamento sintomático da insónia ligeira a moderada. Segundo a mesma norma, deve ser utilizada apenas uma benzodiazepina hipnótica ou um fármaco análogo e o tratamento deve ter uma duração máxima de 4 semanas, incluindo descontinuação, sendo que em certas situações pode prolongar-se o período máximo de utilização, mediante reavaliação em consulta especializada (47). Não há diferença significativa quanto a eficácia entre as BZDs, e entre estas e os análogos não benzodiazepínicos. Assim, a escolha de um fármaco em particular baseia-se nas suas propriedades farmacocinéticas e nos sintomas predominantes da insónia (insónia inicial vs. de manutenção vs. terminal). Doentes com insónia inicial e/ou sedação matinal têm mais benefício com um fármaco com uma semi-vida mais curta, enquanto doentes com insónia intermédia beneficiarão mais de um fármaco com uma semi-vida mais longa (8,48).

<i>Benzodiazepinas com indicação no tratamento a curto prazo da insónia</i>		
<i>Substância activa</i>	<i>Início de acção</i>	<i>Semi-vida (horas)</i>
Brotizolam	Rápido	3 – 5
Estazolam	Rápido	8 – 28
Flurazepam	Rápido	25 – 100
Loprazolam	Rápido	12 – 16
Lorazepam	intermédio	12 – 16
Midazolam	Rápido	1 – 3
Temazepam	intermédio	7 – 11
Triazolam	Rápido	2 – 4
<i>Fármacos análogos às BZDs com indicação no tratamento a curto prazo da insónia</i>		
Zolpidem	Rápido	2 – 4

Tabela 4. Benzodiazepinas e fármacos análogos com indicação no tratamento da insónia a curto prazo (11,46,54)

As reacções adversas a estes agentes incluem sedação diurna, défice cognitivo, amnésia anterógrada, défice de atenção, atraso no tempo de reacção e alterações de equilíbrio, podendo afectar a capacidade de condução e estando associados nos doentes idosos a aumento do risco de quedas. A maioria destes efeitos está relacionada com a dose mas também aumentam o risco de reacções adversas: a idade, a toma concomitante de outros compostos sedativos e/ou álcool, antecedente de parassónias e a presença de insónia por si só (8). Para além destes efeitos, a sua utilização está associada a tolerância e a risco de abuso e dependência, que aumenta com a dose e a duração do tratamento, pelo que estes fármacos são desaconselhados em doentes com antecedentes de dependência de álcool ou drogas. O uso de álcool concomitantemente com os agonistas dos receptores das benzodiazepinas potencia o efeito sedativo e aumenta o risco de reacções paradoxais, que são raras. Apesar de inicialmente se pensar que os fármacos análogos como o Zolpidem apresentavam vantagens em relação às BZDs no que toca a efeitos adversos e no potencial para desenvolvimento de tolerância e dependência, tal tem vindo a ser contestado,

nomeadamente pelo *National Institute for Health and Clinical Excellence* inglês, que afirmou não haver vantagem significativa (46).

Tendo em conta estes riscos de efeitos adversos, de desenvolvimento de tolerância e dependência, os antagonistas dos receptores das benzodiazepinas devem ser usados na menor dose eficaz, pelo menor período de tempo, a dose máxima não deverá ser ultrapassada de acordo com o Resumo das Características do Medicamento e sempre que possível, o tratamento farmacológico deve ser complementado por TCCI (18). Logo que seja evidente a remissão da sintomatologia clínica deverá ser iniciada a descontinuação das benzodiazepinas ou fármacos análogos, de forma lenta e progressiva (redução de 25% da dose a cada 2 semanas), se possível, associada a TCCI, por forma a evitar a insónia *rebound* ou síndrome de privação (9,48).

Apesar de apenas estarem recomendados para tratamento a curto prazo da insónia, as BZDs e fármacos análogos são prescritos frequentemente por períodos de duração superior à recomendada, e em doses excessivas particularmente em doentes mais idosos (49). Sendo que a maior parte desta prescrição é realizada em cuidados de saúde primários, é de notar que muitas vezes os médicos de família, quem mais frequentemente diagnostica e trata doentes com insónia, se sentem pressionados para a prescrição farmacológica (19).

Antidepressivos, Antipsicóticos e Anticonvulsivantes sedantes

Os antidepressivos com perfil sedativo, nomeadamente a amitriptilina, trazodona e mirtazapina, são frequentemente empregues no tratamento da insónia crónica, em uso *off-label*, em doses inferiores às preconizadas na sua indicação formal. Estes podem ser úteis no tratamento sintomático da insónia, principalmente em pacientes com componente depressivo, devido à sua acção sedativa e antidepressiva (11,19). Existem poucos estudos que suportem o seu uso como alternativa aos agonistas dos receptores das benzodiazepinas no tratamento da

insónia, no entanto, a trazodona é usada como hipnótico por cerca de 1% dos adultos americanos em doses entre os 25 e 100 mg. Apesar de eficaz na insónia intermédia, os seus efeitos adversos tornam-na menos atractiva (9,50). A mirtazapina é uma primeira opção razoável em doentes com insónia coexistente com ansiedade e depressão, uma vez que tem efeito ansiolítico e antidepressivo nas doses usadas no tratamento da insónia, no entanto, um efeito adverso a ter em atenção é a possibilidade de ganho ponderal (9). A doxepina, um antidepressivo tricíclico (não disponível em Portugal), que foi aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento da insónia em doses entre os 3 e os 6 mg, tem mostrado efeitos significativos a nível da manutenção do sono mas sem benefício duradouro a nível da insónia inicial. Parece ser uma terapêutica adequada para uso nos idosos e foram observados poucos efeitos adversos com esta dosagem (8,9,51).

Antipsicóticos sedantes como a olanzapina, quetiapina e risperidona também são usados *off-label* para tratamento da insónia crónica. Alguns estudos sugerem que são eficazes, no entanto as reacções adversas potencialmente graves levam a que devam ser reservados para o tratamento de doentes com indicação psiquiátrica ou excepcionalmente em formas graves de insónia resistentes aos tratamentos convencionais (8,45).

Gabapentina e pregabalina são usadas com frequência no tratamento de condições associadas a dor crónica, e são por vezes utilizadas para tratamento da insónia, predominantemente em doentes que tiveram uma resposta desadequada a outros agentes, com contra-indicação para agonistas dos receptores das benzodiazepinas ou que sofrem de dor neuropática, apesar de haver poucos estudos que suportem o seu uso. Possíveis efeitos secundários incluem sedação diurna, aumento ponderal e tonturas (8,45).

Outros agentes utilizados no tratamento da insónia

Os anti-histamínicos também são usados com frequência para tratamento da insónia, incluindo em preparações não sujeitas a receita médica. Estes são minimamente eficazes na insónia inicial, mas podem reduzir a qualidade do sono e provocar sonolência residual. Podem ainda, devido aos seus efeitos anticolinérgicos, causar delirium, retenção urinária, défice cognitivo e excitação paradoxal, entre outros (8,11).

Os barbitúricos são eficazes como ansiolíticos e hipnóticos a curto prazo, mas actualmente não são recomendados por haver alternativas mais seguras e eficazes. A sua utilização deve ser diminuta e reservada a casos especiais de insónia refractária (11,18,48).

O ramelteon⁴ é um agonista selectivo dos receptores MT1 e MT2 da melatonina, tem propriedades semelhantes à melatonina endógena e foi aprovado pela FDA para o tratamento da insónia. Estudos a curto prazo e um ensaio controlado a 6 meses mostraram benefício pequeno a moderado na latência do sono mas sem efeito a nível do tempo de sono total ou do tempo acordado após o início do sono. Os efeitos adversos limitaram-se a sedação diurna rara (8,9).

Em 2014, um antagonista da orexina, o suvorexant⁵, foi aprovado pela FDA para o tratamento da insónia e tem mostrado diminuição da latência do sono, diminuição do tempo acordado após início do sono e aumento do tempo de sono total. O seu principal efeito adverso é a sonolência matinal presente em cerca de 5% dos doentes (9).

A melatonina foi avaliada como hipnótico em doses de 0.3 a 80 mg. Meta-análises de ensaios com melatonina para o tratamento da insónia, com várias doses e formas de libertação, mostraram pequeno mas significativo benefício na latência do sono e tempo total de sono.

^{4,5} Não comercializados em Portugal

Contudo, o controlo de qualidade dos produtos de melatonina vendidos sem receita médica é pouco claro (8,9).

A valeriana é uma substância segura, e por isso muito utilizada. A evidência na insónia está limitada pelos resultados contraditórios de estudos e por problemas metodológicos, apesar de parecer ter algum efeito na insónia ligeira a moderada. São necessários mais estudos clínicos aleatorizados com amostras de dimensão adequada, standardização das doses e tipo de preparação de valeriana usada, do tempo de utilização da mesma e das medidas de avaliação de qualidade de sono e ansiedade utilizadas (52,53).

4.6 Critérios de Referenciação

A maioria dos doentes com insónia crónica são tratados por profissionais de medicina geral e familiar, dada a sua elevada prevalência e comorbilidade frequente.

Deverá, no entanto, ser pedida avaliação e tratamento por um especialista em patologia do sono se a clínica sugerir outra patologia do sono, como na presença de sonolência diurna excessiva (narcolepsia, apneia do sono), roncopatia ou apneias testemunhadas (perturbações respiratórias relacionadas com o sono), alteração no *timing* de sono (perturbações do ritmo circadiano), comportamentos pouco habituais como comer, andar ou falar durante o sono (parassónias). Devem também ser referenciados para consulta da especialidade de Patologia do sono os doentes que procurem realizar uma TCCI multimodal tradicional e aqueles que não obtiveram melhoria após tratamento com medicação hipnótica (8).

5. Discussão e conclusão

A insónia crónica é um problema de saúde frequente, com graves consequências a nível da saúde individual e com custos substanciais para a sociedade. A insónia comórbida é a forma mais prevalente, e pensa-se que esta relação com a patologia médica e psiquiátrica seja de natureza bidireccional, estando reflectido nas mais recentes classificações da doença. Também a família influencia e é influenciada pelo aparecimento de insónia crónica nos seus elementos, sendo as famílias monoparentais e os indivíduos solteiros e divorciados os que apresentam mais dificuldades em dormir.

A insónia crónica também se associa a consequências a nível da qualidade de vida relacionada com a saúde, que se encontra diminuída de forma consistente nestes doentes. Associa-se ainda a maiores taxas de utilização dos cuidados de saúde, a absentismo e diminuição da produtividade laboral e a maior taxa de acidentes. Dado o grande impacto a nível individual e global, torna-se fundamental a prevenção, o diagnóstico adequado e terapêutica eficaz desta patologia.

A grande maioria dos doentes com queixas de insónia recorre aos cuidados de saúde primários, fazendo do médico de família o principal responsável pela prevenção, diagnóstico, tratamento e monitorização da insónia crónica, sendo que apenas uma pequena minoria dos doentes é em alguma ocasião avaliada e seguida por um profissional mais especializado. Sendo a insónia crónica uma doença de etiologia multifactorial, a sua prevenção baseia-se na adopção de bons hábitos de saúde, nomeadamente bons hábitos de higiene do sono, no controlo das comorbilidades e no diagnóstico e tratamento precoce da insónia aguda.

Apesar da sua elevada prevalência e das potenciais repercussões graves, a insónia crónica permanece subdiagnosticada, pelo que se verifica a necessidade de maior atenção e pesquisa sistemática deste problema, por parte dos médicos dos cuidados de saúde primários,

principalmente, se na presença de factores que conferem maior susceptibilidade a esta síndrome.

A terapia cognitivo-comportamental tem como alvo os factores relacionados com a perpetuação da insónia e é comprovadamente eficaz no tratamento a longo prazo da insónia crónica, praticamente sem efeitos deletérios. Deve, portanto, ser utilizada em primeira linha, sempre que possível, isoladamente ou em combinação com terapêutica farmacológica. No entanto, considerando a relativa escassez de psicólogos especialistas em patologia do sono e tendo em conta que a TCCI tradicional multicomponente, dificilmente é aplicável por médicos de família, esta forma terapêutica é ainda pouco utilizada. Por forma a tornar esta terapia mais acessível e exequível em contexto de cuidados de saúde primários, desenvolveram-se esquemas mais simples, com restrição do sono ou controlo de estímulos em monoterapia, e formas de disseminação mais abrangentes: TCCI fornecida por enfermeiros ou através de estratégias de “auto-ajuda” com aconselhamento e instruções fornecidas pela internet, por manual, gravações de áudio ou vídeo. Verificou-se que estas são também eficazes no tratamento da insónia crónica e os estudos realizados em contexto de cuidados de saúde primários são promissores, sendo necessários estudos maiores para avaliar o efeito destas formas de TCCI na necessidade de terapia farmacológica. Dadas as evidentes vantagens da TCCI, torna-se fundamental que seja feito um esforço no sentido da educação e formação dos médicos de família relativamente à terapêutica não farmacológica da insónia, de forma a que tenham o conhecimento e a confiança necessárias para a sua aplicação no quotidiano dos cuidados de saúde primários, disponibilizando assim um tratamento para a insónia crónica eficaz e seguro a longo prazo. Porém, o tratamento não farmacológico nem sempre é bem recebido pelos doentes, que por vezes o encaram como um “rótulo” de doença mental, associando-o a estigma social, ou que encaram a sua eficácia com cepticismo, podendo mesmo pressionar o clínico no sentido de uma prescrição medicamentosa. Dado que o próprio doente representa um papel essencial no sucesso

da TCCI, o médico de família deverá tentar desmistificar crenças infundadas e preconceituosas, e com base na sua avaliação, sugerir a forma terapêutica mais adequada. A pressão crescente para consultas cada vez mais breves nos cuidados de saúde primários, poderá ser um obstáculo à aplicação destas premissas. Assim, apesar de os agonistas dos receptores das benzodiazepinas apenas serem recomendados no tratamento sintomático a curto prazo da insónia grave e de estarem associados a reacções adversas importantes, a desenvolvimento de tolerância, dependência e abuso, estes continuam a ser usados de forma generalizada no tratamento da insónia crónica, muitas vezes por períodos de tempo superiores aos recomendados. Por estes efeitos nocivos da sua utilização, a terapêutica farmacológica deve ser preferencialmente usada em combinação com a terapia cognitivo-comportamental, excepto se os doentes não aceitarem esta estratégia ou naqueles em que não se tenha verificado resposta satisfatória. Antidepressivos, antipsicóticos e certos anticonvulsivantes com efeitos sedantes também são frequentemente usados no tratamento da insónia crónica por, contrariamente ao que sucede com as benzodiazepinas e análogos, não se associam a tolerância, dependência e abuso com o uso prolongado. A sua utilização, *off label*, é habitualmente em doses mais baixas às usadas na sua indicação formal, contudo na ausência de estudos que suportem o seu uso no tratamento da insónia crónica e com potenciais reacções adversas graves. São necessários ensaios a longo prazo que comparem os vários fármacos prescritos actualmente para o tratamento da insónia crónica, nos doentes que não optam ou não respondem a TCCI, de forma a tornar possível uma prescrição melhor informada.

6. Referências Bibliográficas

1. Costa e Silva JA. Sleep disorders in psychiatry. *Metabolism*. 2006 Oct;55(Suppl 2):S40–4.
2. Léger D, Partinen M, Hirshkowitz M, Chokroverty S, Touchette E, Hedner J. Daytime consequences of insomnia symptoms among outpatients in primary care practice: EQUINOX international survey. *Sleep Med*. 2010 Dec;11(10):999–1009.
3. Saraiva CB, Cerejeira J. *Psiquiatria Fundamental*. 1ª edição. Lisboa: Lidel; 2014.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Fifth. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
5. Falloon K, Arroll B, Elley CR, Fernando A. The assessment and management of insomnia in primary care. *BMJ*. 2011;342:1–8.
6. Arroll B, Fernando A, Falloon K, Goodyear-Smith F, Samaranayake C, Warman G. Prevalence of causes of insomnia in primary care: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2012 Feb 1;62(595):99–103.
7. Wickwire EM, Shaya FT, Scharf SM. Health economics of insomnia treatments: Is there a return on investment for a good night's sleep? *Sleep Med Rev*. Elsevier Ltd; 2015;Epub ahead.
8. Buysse DJ. Insomnia. *JAMA*. 2013;309(7):706–16.
9. Winkelman JW. Insomnia Disorder. *N Engl J Med*. 2015;373(15):1437–44.
10. Troxel W, Buysse D. Primary care intervention for primary insomnia. *J Prim Health Care*. 2013 Mar;5(1):4.
11. Cavadas LF, Ribeiro L. Abordagem da Insónia Crónica Do Adulto Nos Cuidados de

- Saúde Primários. Acta Med Port. 2011;24:135–44.
12. Sateia MJ. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. Chest. 2014 Nov;146(5):1387–94.
 13. Meir H. Kryger, Thomas Roth WCD. Principles and Practice of Sleep Medicine. sixth. Phyladelphia: Elsevier Health Sciences; 2015.
 14. Clemente V. Como tratar os doentes com insónia crónica? O contributo da Psicologia Clínica. Rev Port Clínica Geral. 2006;22:635–44.
 15. Levenson JC, Kay DB, Buysse DJ. The pathophysiology of insomnia. Chest. 2015 Apr;147(4):1179–92.
 16. Hood HK, Rogojanski J, Moss TG. Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Insomnia. Curr Treat Options Neurol. 2014 Dec 22;16(12):321.
 17. Sutton EL. Insomnia. Med Clin North Am. 2014 May;98(3):565–81.
 18. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. J Clin Sleep Med. 2008;4(5):487–504.
 19. Everitt H, Mcdermott L, Leydon G, Yules H, Baldwin D, Little P. GPs ' management strategies for patients with insomnia : a survey and qualitative interview study. Br J Gen Pract. 2014;(February):112–9.
 20. Berk M. Sleep and depression - theory and practice. Aust Fam Physician. 2009 May;38(5):302–4.
 21. Wade A. The societal costs of insomnia. Neuropsychiatr Dis Treat. 2010 Dec;7:1–18.
 22. Hayward R, Jordan KP, Croft P. Healthcare use in adults with insomnia: a longitudinal

- study. *Br J Gen Pract.* 2010 May 1;60(574):334–40.
23. Caniço H, Bairrada P, Rodrigues E, Carvalho A. *Novos Tipos de Família- Plano de Cuidados.* 1ª edição. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2010.
 24. Nugent CN, Black LI. Sleep duration, quality of sleep, and use of sleep medication, by sex and family type, 2013–2014. NCHS data brief, no 230. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2016;(230):2013–4.
 25. Hale L. Who has time to sleep? *J Public Health (Bangkok).* 2005;27(2):205–11.
 26. Grandner MA, Patel NP, Gehrman PR, Xie D, Sha D, Weaver T, et al. Who gets the best sleep? Ethnic and socioeconomic factors related to sleep complaints. *Sleep Med.* 2010 May;11(5):470–8.
 27. Culpepper L. Secondary insomnia in the primary care setting: review of diagnosis, treatment, and management. *Curr Med Res Opin.* 2006 Jul 30;22(7):1257–68.
 28. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam Pract. BMC Family Practice;* 2012;13(1):40.
 29. Epstein DR, Sidani S, Bootzin RR, Belyea MJ. Dismantling Multicomponent Behavioral Treatment for Insomnia in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Sleep.* 2012 Jun 1;35(06):797–805.
 30. Geiger-Brown JM, Rogers VE, Liu W, Ludeman EM, Downton KD, Diaz-Abad M. Cognitive behavioral therapy in persons with comorbid insomnia: A meta-analysis. *Sleep Med Rev. Elsevier Ltd;* 2015 Oct;23:54–67.
 31. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia:update of the recent evidence

- (1998-2004). *Sleep*. 2006 Nov;29(11):1398–414.
32. Bluestein D, Healey AC, Rutledge CM. Acceptability of Behavioral Treatments for Insomnia. *J Am Board Fam Med*. 2011 May 1;24(3):272–80.
 33. Cheung JMY, Atternäs K, Melchior M, Marshall NS, Fois RA, Saini B. Primary health care practitioner perspectives on the management of insomnia: a pilot study. *Aust J Prim Health*. 2014;20(1):103.
 34. Buysse DJ. Efficacy of Brief Behavioral Treatment for Chronic Insomnia in Older Adults. *Arch Intern Med*. 2011 May 23;171(10):887.
 35. Bothelius K, Kyhle K, Espie CA, Broman J-E. Manual-guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: a randomized controlled effectiveness trial. *J Sleep Res*. 2013 Dec;22(6):688–96.
 36. Espie CA, MacMahon KMA, Kelly H, Broomfield NM, Douglas NJ, Engleman HM, et al. Randomized clinical effectiveness trial of nurse-administered small-group cognitive behavior therapy for persistent insomnia in general practice. *Sleep*. 2007 May;30(5):574–84.
 37. Mack LJ, Rybarczyk BD. Behavioral treatment of insomnia: a proposal for a stepped-care approach to promote public health. *Nat Sci Sleep*. 2011;3:87–99.
 38. Beaulac J, Vincent N, Walsh K. Dissemination of an Internet-Based Treatment for Chronic Insomnia Into Primary Care. *Behav Sleep Med*. 2015 Mar 4;13(2):124–39.
 39. Bjorvatn B, Fiske E, Pallesen S. A self-help book is better than sleep hygiene advice for insomnia: a randomized controlled comparative study. *Scand J Psychol*. 2011 Dec;52(6):580–5.

40. Morgan K, Gregory P, Tomeny M, David BM, Gascoigne C. Self-Help Treatment for Insomnia Symptoms Associated with Chronic Conditions in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Oct;60(10):1803–10.
41. Siebern A, Manber. New developments in cognitive behavioral therapy as the first-line treatment of insomnia. *Psychol Res Behav Manag.* 2011 Feb;21.
42. Crönlein T, Zulley J. The options available in cognitive behavioral therapy to prevent chronification of insomnia. 2011;309–14.
43. Falloon K, Elley CR, Fernando A, Lee AC, Arroll B. Simplified sleep restriction for insomnia in general practice: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 2015 Aug 1;65(637):e508–15.
44. Fernando A, Arroll B, Falloon K. A double-blind randomised controlled study of a brief intervention of bedtime restriction for adult patients with primary insomnia. *J Prim Health Care.* 2013 Mar;5(1):5–10.
45. Serra J. Terapêutica farmacológica da insónia. *Rev Port Clínica Geral.* 2006;22:625–32.
46. Lader M. Benzodiazepines revisited-will we ever learn? *Addiction.* 2011 Dec;106(12):2086–109.
47. Direção-Geral de Saúde. Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insónia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos. Norma 055/2011 actualizada a 21/01/2015.
48. Prontuário Terapêutico. 11ª edição. INFARMED- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos da Saúde, IP/Ministério da Saúde; 2012.
49. Siriwardena AN, Qureshi MZ, Dyas J V, Middleton H, Orner R. Magic bullets for insomnia? Patients' use and experiences of newer (Z drugs) versus older

- (benzodiazepine) hypnotics for sleep problems in primary care. *Br J Gen Pract.* 2008 Jun 1;58(551):417–22.
50. Roth AJ, McCall WV, Liguori A. Cognitive, psychomotor and polysomnographic effects of trazodone in primary insomniacs. *J Sleep Res.* 2011 Dec;20(4):552–8.
 51. Rojas-Fernandez CH, Chen Y. Use of ultra-low-dose (≤ 6 mg) doxepin for treatment of insomnia in older people. *Can Pharm J / Rev des Pharm du Canada.* 2014 Sep 1;147(5):281–9.
 52. Nunes A, Sousa M. Utilização Da Valeriana Nas Perturbações De Ansiedade E Do Sono Qual A Melhor Evidência ? 2011;961–6.
 53. Fernández-San-Martín MI, Masa-Font R, Palacios-Soler L, Sancho-Gómez P, Calbó-Caldentey C, Flores-Mateo G. Effectiveness of Valerian on insomnia: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Sleep Med.* Elsevier B.V.; 2010 Jun;11(6):505–11.
 54. Leonard BE. *Fundamentals of Psychopharmacology.* 3rd editio. Chichester: John Wiley & Sons; 2003.