
Diretrizes e algoritmo para o manejo da insônia

Marcelo T. Berlim, Maria Inês Lobato e Gisele Gus Manfro

(Psicofármacos: Consulta Rápida; Porto Alegre, Artmed, 2005, p.385)

Definição

De acordo com o DSM-IV¹, a característica essencial da insônia é a dificuldade para iniciar ou para manter o sono ou o relato, por parte do paciente, de um sono não reparador. Para serem considerados clinicamente significativos, esses sintomas devem ocorrer pelo menos três vezes por semana por um período mínimo de um mês e estarem associados com sofrimento importante e/ou com prejuízo no funcionamento social e ocupacional do indivíduo.

Com frequência, os pacientes insones referem uma combinação entre dificuldade para conciliar o sono e despertares noturnos intermitentes,² podendo, mais raramente, queixarem-se apenas de um sono não reparador (i.e., de um sono inquieto, “leve” ou de má qualidade).^{3,4}

Epidemiologia e impacto psicossocial

Vários estudos epidemiológicos mostraram que mais de 60% da população em geral apresenta sintomas de insônia e que 9% a 21% dos indivíduos investigados referem um transtorno de insônia com conseqüências graves no dia-a-dia.⁵

A prevalência das queixas de insônia aumenta com a idade e é maior entre mulheres, divorciados, viúvos e indivíduos com baixo nível

socioeconômico e educacional.^{6,7,8} Os adultos jovens queixam-se com maior frequência de dificuldades para conciliar o sono, ao passo que os indivíduos de meia-idade e os idosos estão mais propensos a apresentarem dificuldades com a manutenção do sono e despertares precoces nas primeiras horas da manhã.^{9,10} O curso clínico da insônia pode variar ao longo do tempo, ainda que tenda a ser crônico e recorrente.^{11,12}

A perda crônica de sono, observada na insônia não-tratada, é um importante fator de risco para a ocorrência de colisões de automóvel e de acidentes de trabalho, para a perda de emprego, para o surgimento de problemas sociais e maritais e para a redução na saúde global e na qualidade de vida.^{3,6,7} Além disso, a insônia está associada com um enorme custo direto e indireto, estimado em cerca de US\$ 30 bilhões por ano apenas nos Estados Unidos.¹³

Classificação

A insônia pode ser classificada de diversas formas (**Tabela 1**). Ela pode ser aguda (i.e., por menos de 2-3 semanas) ou crônica (i.e., que ocorre várias vezes por ano por pelo menos 2 anos, tendo cada episódio duração mínima de 3 dias).⁴ A insônia aguda é geralmente causada por um fator identificável, ao passo que a causa da insônia crônica é, em geral, mais complexa e sua investigação exige uma abordagem clínica sistematizada.^{9,12}

Tabela 1. Classificação da insônia¹¹

PELA COMORBIDADE	PELA DURAÇÃO	PELA GRAVIDADE
Relacionada com um transtorno psiquiátrico (insônia “não-orgânica”)	Transitória (2 a 3 dias)	Leve, quase todas as noites, associado com pouca ou nenhuma evidência de prejuízo social ou ocupacional
Relacionada com um fator orgânico (e.g., uma condição médica geral)	A curto-prazo (menos de 3 semanas)	Moderada, todas as noites, prejuízo leve a moderado com sintomas associados
Relacionada com o uso ou com o abuso de substâncias	A longo prazo (mais de 3 semanas)	Grave, todas as noites, prejuízo severo, inquietação significativa, fadiga, irritabilidade e ansiedade
Insônia primária		

Além disso, a insônia pode ser classificada como leve, moderada ou grave de acordo com a intensidade sintomatológica e com o prejuízo psicossocial a ela associados.⁷ A insônia também pode ser descrita como primária ou como secundária.⁹ Por definição, a insônia primária não ocorre durante o curso de outro transtorno do sono ou de outro transtorno mental, nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral.^{10,14} A insônia secundária, por sua vez, é causada por um algum fator identificável (geralmente uma condição médica ou psicológica) e apresenta uma prevalência significativamente maior do que a da insônia primária^{3,9,15} (**Tabela 2**).

Tabela 2. Causas comuns da insônia secundária⁴

Causas Médicas*MEDICAÇÕES NÃO-CONTROLADAS*

Cafeína, “pílulas de dieta” (que contém pseudoefedrina e efedrina) e nicotina;

MEDICAÇÕES PRESCRITAS

Beta-bloqueadores, teofilina, albuterol, quinidina, estimulantes (e.g., metilfenidato e dextroamfetamina), descongestionantes nasais (e.g., fenilefrina e efedrina), hormônios tireoideus, corticóides, inibidores da recaptação da serotonina, inibidores da monoaminoxidase, metildopa, fenitoína, antineoplásicos e benzodiazepínicos;

CONDIÇÕES MÉDICAS

Transtornos primários do sono (e.g., apnéia do sono e mioclonia noturna), dor, intoxicação ou abstinência de álcool e de drogas, tireotoxicose, dispnéia, doenças neurológicas (e.g., Parkinson e Alzheimer), enfermidades médicas agudas ou crônicas (e.g., artrite, doença cardiovascular ou gastrointestinal, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica);

Causas Psicológicas

Depressão, ansiedade, estressores vitais, mania ou hipomania, causas ambientais, barulho, *jet lag*, sesta durante o dia, trabalho noturno, alimentação e/ou exercício antes de dormir, consumo de álcool ou de cafeína.

Tratamento

Após avaliar a presença de problemas clínicos e/ou psiquiátricos que possam estar associados com a insônia, o médico deve ter como objetivos principais o manejo dessas alterações subjacentes, a prevenção da progressão da insônia transitória para a insônia crônica e a melhora da qualidade de vida dos pacientes.^{6,10,12} Para alcançar esses objetivos, freqüentemente são necessárias intervenções educacionais, comportamentais e farmacológicas^{11,14}

Em termos gerais, os sintomas subjetivos e os sinais objetivos da insônia crônica respondem a intervenções comportamentais e farmacológicas a curto-prazo.^{6,7} Ambas tipicamente reduzem a quantidade de tempo despendido até o início do sono em cerca de 15 a 30 minutos e o número de despertares em um a três por noite.^{3,8}

1. INSÔNIA PRIMÁRIA**1.1 INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS**

As intervenções não farmacológicas, comportamentais e cognitivas, que tem como objetivo principal reduzir e/ou modificar fatores que interferem negativamente no sono, incluindo hábitos mal adaptativos, hiperestimulação

cognitiva ou fisiológica e crenças disfuncionais ^{16,17} são consideradas a primeira escolha no manejo da insônia primária não complicada. ^{18,19,20}

Vários estudos indicam que 70% a 80% dos indivíduos insones se beneficiam com o uso de estratégias não-farmacológicas. ^{13,16} A magnitude da melhora é de aproximadamente 50% (especialmente no relato subjetivo da qualidade e da quantidade de sono) ⁸, sendo essa melhora mantida por até 24 meses após o início do tratamento. ¹³ As intervenções utilizadas são: higiene do sono, terapia de controle de estímulos, terapia de restrição de sono e terapia de relaxamento e de biofeedback.

1.1.1 Higiene do Sono

A higiene do sono tem como objetivo evitar comportamentos e/ou aliviar condições incompatíveis com o sono reparador e a estabelecer um hábito regular de sono: ^{15,17}

- o quarto de dormir deve ser silencioso, escuro e com temperatura agradável;
- ter um horário relativamente uniforme para deitar e levantar;
- não realizar exercícios extenuantes imediatamente antes de deitar;
- não ingerir bebidas alcoólicas imediatamente antes de deitar;
- não ingerir bebidas que contenham estimulantes ou cafeína (e.g., chá preto, café, colas) após o anoitecer (ou antes desse horário no caso de uma maior sensibilidade individual);
- evitar o uso do tabaco após o anoitecer;
- não ouvir música, ver programas de TV, filmes ou realizar leituras que excitantes, próximos ao horário de dormir;
- não falar ao telefone, assistir televisão ou fazer refeições na cama;

- evitar o uso crônico de medicações para a insônia;
- evitar longas sestas ou minimizar os cochilos diurnos.^{3,8}

Contudo, apesar da higiene do sono ser comumente empregada na prática diária, não existem evidências suficientes para recomendá-la como monoterapia no manejo da insônia.¹⁶

1.1.2 Terapia de Controle de Estímulos

A terapia de controle de estímulos (TCE) está baseada na premissa de que a insônia é exacerbada ou mantida por uma resposta condicionada e mal adaptativa do paciente ao ambiente do dormitório e/ou à rotina associada ao ato de dormir.¹⁶ Essa resposta é fruto da dificuldade crônica que o paciente experimenta ao tentar iniciar ou manter o sono.¹² A TCE propõe duas “regras” simples que visam melhorar o sono e que, para serem efetivas, devem ser seguidas de forma consistente.^{3,14}

A primeira regra indica que o paciente deve ir para a cama apenas quando estiver sonolento. A segunda instrui o paciente a não ficar frustrado com o fato de ter dificuldades para dormir. Ele deve, após quinze a vinte minutos de insucesso, levantar-se, ir para outro aposento da casa e realizar atividades tranqüilizadoras até que a sonolência retorne (essa estratégia visa associar a cama com um início rápido de sono e pode ser repetida sempre que necessária).^{3,8,15,17}

1.1.3 Terapia de Restrição de Sono

Os pacientes com insônia freqüentemente tentam compensar o sono perdido deitando-se para dormir mais cedo do que o habitual ou permanecendo despertos na cama após acordarem-se pela manhã.¹⁰ De fato, muitos insones acreditam que o repouso no leito por si só é restaurador, mesmo que não haja

um sono efetivo.⁸ Entretanto, o tempo passado em excesso no leito leva ao aumento do estado de alerta que, por sua vez, reforça a frustração do paciente acerca de sua dificuldade para dormir.^{4,15}

A terapia de restrição de sono enfoca apenas a quantidade total de tempo despendida na cama e propõe ao paciente que ele permaneça deitado apenas durante o tempo em que esteja ocorrendo realmente um sono efetivo.^{3,16}

1.1.4 Terapia de Relaxamento e de Biofeedback

As técnicas de relaxamento visam reduzir a estimulação cognitiva e/ou fisiológica que interfere no ato de dormir.⁷ Em geral, elas são mais úteis para os pacientes que apresentam dificuldades para iniciar o sono.^{6,7} Auto-hipnose, relaxamento progressivo, exercícios de respiração profunda, *biofeedback* e meditação são efetivos apenas quando levam o paciente a um estado de relaxamento (i.e., há uma redução na sua tensão muscular e física).^{8,12}

A eficácia das técnicas de relaxamento no tratamento da insônia é inferior àquela observada com outras abordagens não-farmacológicas.^{11,17}

1.2 INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

Quando o paciente insone não responde às medidas não farmacológicas, várias classes de medicamentos são utilizadas no tratamento deste transtorno, incluindo os agonistas do receptor benzodiazepínico, os antidepressivos, os anti-histamínicos, os antipsicóticos e os chamados compostos “naturais”.²¹ Contudo, as evidências disponíveis acerca da eficácia e da tolerabilidade desses agentes variam de forma considerável e devem ser cuidadosamente revisadas antes de seu emprego.^{3,6,7}

Estimativas recentes indicam que, entre 1987 e 1996, a prescrição de agonistas dos receptores benzodiazepínicos para a insônia reduziu-se em cerca de 150% e que a dos antidepressivos (especialmente trazodona) aumentou em cerca de 150%.²²

Em pacientes adultos e idosos, alguns princípios básicos^{3,6,7,9,10,12,13,14,23} norteiam a farmacoterapia racional da insônia:

- na insônia de curta-duração, deve-se prescrever medicações por um curto período de tempo (i.e., uso regular por não mais do que três a quatro semanas);
- na insônia crônica, deve-se evitar o uso continuado do indutor de sono com a utilização de dosagens intermitentes (i.e., duas a quatro vezes por semana);
- deve-se prescrever, sempre que possível, um único fármaco (para reduzir os custos e o risco de interação medicamentosa) e na menor dose efetiva;
- em pacientes idosos, deve-se iniciar o tratamento com doses menores do que as utilizadas habitualmente em adultos jovens e evitar medicações com meia-vida longa;
- deve-se descontinuar a medicação de forma gradual (para evitar sintomas de abstinência) ou, antes da suspensão, substituir um fármaco de curta ação por um de ação intermediária ou longa;
- deve-se ficar alerta para a insônia de rebote que pode seguir-se à descontinuação abrupta dos fármacos;
- deve-se utilizar, sempre que possível, agentes com meia-vida de eliminação mais curta (para diminuir a sedação diurna);

1.2.1. Agonistas do Receptor Benzodiazepínico

Esse grupo de medicamentos, no qual estão incluídos os benzodiazepínicos (BDZs) (e.g., clonazepam, lorazepam, flunitrazepam), como também um grupo estruturalmente distinto de agentes não-benzodiazepínicos (não-BDZs) (i.e., zolpidem, zopiclona e zaleplon),^{3,21} são a primeira escolha farmacológica para o tratamento no curto prazo da insônia primária.

Metanálises recentes mostraram que eles são superiores ao placebo em termos de seu efeito na redução da latência para o início do sono e do número de despertares noturnos e no aumento da duração e da qualidade do sono.^{24,25} Além disso, alguns estudos também sugeriram que os agonistas do receptor benzodiazepínico poderiam estar associados com uma gama mais ampla de benefícios, incluindo a melhora na qualidade de vida e nas atividades sociais e profissionais dos pacientes com insônia.^{7,9}

Dados preliminares indicam não existir uma diferença significativa entre os BDZs e os novos compostos não-BDZs em termos de eficácia, ainda que os últimos pareçam provocar menos insônia de rebote, efeitos residuais mínimos (psicomotores e cognitivos) e colaterais (e.g., depressão respiratória) e menores taxas de tolerância e de abuso.²⁴ Por esse motivo, os agentes não-BDZs (especialmente o zolpidem e o zaleplon) vêm se consolidando, em muitos países, como primeira opção no tratamento farmacológico de curto-prazo da insônia.²¹ Entretanto, os benzodiazepínicos verdadeiros (particularmente aqueles com meia-vida curta) ainda estão indicados no manejo dos pacientes insones, especialmente quando se deseja tratar sintomas de ansiedade concomitantes.^{6,11}

Embora estudos iniciais tenham sugerido o aparecimento de tolerância

com o uso continuado dos benzodiazepínicos verdadeiros e do zolpidem, evidências preliminares apontam para uma eficácia sustentada de alguns dos agonistas dos receptores benzodiazepínicos, ao longo de várias semanas ou meses de uso (e.g., por 6 meses ou mais).^{3,6,7,9} Por fim, ao contrário do que muitas vezes se apregoa, o uso abusivo dessas drogas é incomum, sendo observado em apenas 0,5% a 3% dos pacientes (quase sempre naqueles com história pessoal atual ou prévia de abuso de outras substâncias, incluindo o álcool).²¹

2. INSÔNIA SECUNDÁRIA

No tratamento da insônia secundária é necessária uma intervenção que atue na condição médica ou psicológica que a mantém. Além das medidas não farmacológicas que devem ser empregadas, o tratamento medicamentoso é norteado pela condição primária apresentada pelo paciente. No caso do paciente apresentar um transtorno depressivo ou ansioso, a primeira escolha reside em um fármaco antidepressivo. Se o quadro for de psicose podem ser utilizados antipsicóticos com características sedativas. Os pacientes que apresentam insônia situacional auto-limitada (e.g., antes de um procedimento cirúrgico ou de uma viagem intercontinental), podem utilizar um BDZ hipnótico ou um fármaco não-BDZ a curto-prazo. Quando o paciente não responde a essas medicações, o uso de agonistas do receptor benzodiazepínico está indicado conforme a Figura 1.

2.1 Antidepressivos

Embora o uso de antidepressivos para o tratamento da insônia tenha aumentado significativamente nos últimos anos, as evidências que sustentam a

eficácia dessa estratégia são relativamente esparsas.²³ O antidepressivo mais comumente prescrito é a trazodona (em doses de 50-150mg).²² Outros antidepressivos utilizados no manejo da insônia incluem a nefazodona (em doses de 50-200mg), alguns dos agentes tricíclicos terciários (e.g., imipramina, amitriptilina e doxepina) e a mirtazapina (em doses de 15-30mg).^{3,6,7,23}

Por outro lado, o uso de antidepressivos mais “ativadores” deve ser evitado em pacientes com insônia, especialmente alguns dos inibidores da recaptação de serotonina (e.g., fluvoxamina), a bupropiona e os agentes tricíclicos seletivamente noradrenérgicos (e.g., desipramina).^{3,23}

A insônia é um sintoma muito comum em pacientes com ansiedade generalizada. Nesses casos, a paroxetina ou a venlafaxina poderiam ser utilizadas.

Em termos gerais, os antidepressivos que apresentam um efeito sedativo mais intenso, são úteis nos casos de insônia secundária à depressão maior e à ansiedade generalizada e nos pacientes que apresentam potencial significativo para adição aos agonistas do receptor benzodiazepínico (e.g., alcoolistas e/ou drogaditos).^{6,13,23}

2.2 Antipsicóticos

Os antipsicóticos são utilizados no manejo da insônia nos pacientes com sintomas psicóticos (esquizofrenia e transtorno do humor bipolar). Dentre os mais utilizados estão algumas das fenotiazinas (e.g., levomepromazina e clorpromazina) e alguns dos agentes de nova geração (e.g., olanzapina e ziprazidona).⁹ Embora os últimos estejam associados com menor incidência de efeitos adversos extrapiramidais (e.g., acatisia e distonia aguda) e de discinesia tardia, seu custo muitas vezes é um fator limitante.⁸

Considerações finais

Em termos gerais, deve-se introduzir as medidas não farmacológicas para todos os pacientes que apresentam diagnóstico de insônia. Na insônia primária podem ser utilizados os agonistas dos receptores benzodiazepínicos (BDZs e não-BDZs) e na secundária a condição médica ou psiquiátrica que a mantém deve ser tratada.

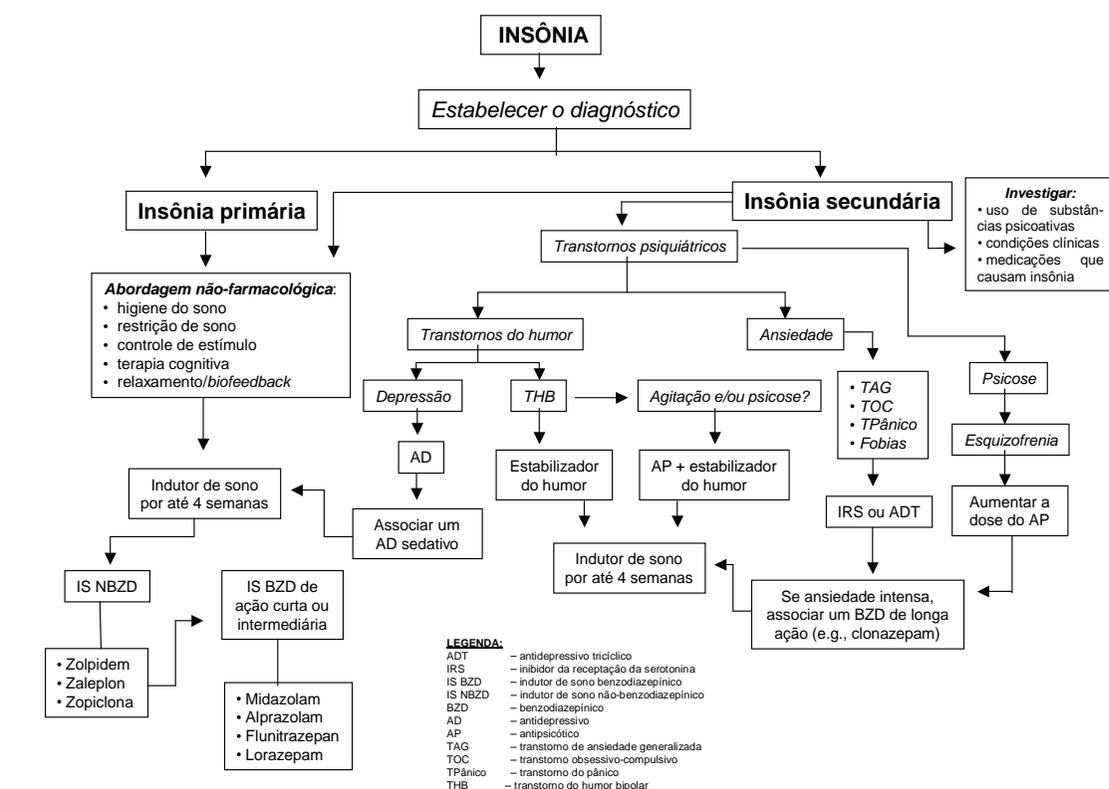


Figura 1. Algoritmo proposto para o tratamento da insônia

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 4^a edição (DSM-IV). Porto Alegre: Artmed, 1994.
2. Chesson AL, Hartse K, Anderson WM, et al. Practice parameters for

the evaluation of chronic insomnia. *Sleep* 2000; 23: 1-5.

3. Buysse DJ, Dorsey CM. Current and experimental therapeutics of insomnia. In: Davis KL, Charney D, Coyle JT, Nemeroff C. *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*. New York, Lippincott Williams & Wilkins, 2002, pp. 1931-1943.
4. Doghramji PP. Detection of insomnia in primary care. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 10): 18-26.
5. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002; 6: 97-111.
6. Kupfer DJ, Reynolds CF. Management of insomnia. *NEJM* 1997; 336: 341-346.
7. Schenck CH, Mahowald MW, Sack RL. Assessment and management of insomnia. *JAMA* 2003; 289: 2475-2479.
8. Moore CA, Williams RL, Hirshkowitz M. Sleep disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2000. p. 1677-1700.
9. McCall WV. A psychiatric perspective on insomnia. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 10): 27-32.
10. Eddy M, Wahlbroehl GS. Insomnia. *Am Fam Physician* 1999; 59: 1911-1916.
11. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. The diagnosis and management of insomnia in clinical practice: a practical evidence-based approach. *CMAJ* 2000; 162: 216-220.
12. Richardson GS, Doghramji K, Ancoli-Israel S, et al. Practical management of insomnia in primary care: an overview for the busy

practitioner. *Sleep* 2000; 23 (suppl 1): S1-S48.

13. Jindal RD, Buysse SJ, Thase ME. Maintenance treatment of insomnia: what can we learn from the depression literature? *Am J Psychiatry* 2004; 161: 19-24.
14. Rajput V, Bromley SM. Chronic insomnia: a practical review. *Am Fam Physician* 1999; 60: 1431-1442.
15. Grunstein D. Insomnia: diagnosis and management. *Aust Fam Physician* 2002; 31:1-6.
16. Chesson AL, Anderson WM, Littner M, et al. Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999; 22: 1-6.
17. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999; 22: 1134-1156.
18. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1172-1180.
19. Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE, Buysse DJ. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 5-11.
20. Perlis ML, Smith MT, Cacialli DO, Nowakowski S, Orff H. On the comparability of pharmacotherapy and behavior therapy for chronic insomnia: commentary and implications. *J Psychosom Res* 2003; 54: 51-59.
21. Mendelson WB, Roth T, Cassella J, et al. The treatment of chronic

insomnia: drug indications, chronic use and abuse liability –
Summary of a 2001 new clinical drug evaluation unit meeting
symposium. *Sleep Med Rev* 2004 (No prelo).

22. Walsh JK, Schweitzer PK. Ten-year trends in the pharmacological treatment of insomnia. *Sleep* 1999; 22: 371-375.
23. Jindal RD, Thase ME. Treatment of insomnia associated with clinical depression. *Sleep Med Rev* 2004 (No prelo).
24. Nowell PD, Mazumdar S, Buysse DJ, et al. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *JAMA* 1997; 278: 2170-2177.
25. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, et al. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ* 2000; 162: 225-233.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.