

# ABORDAGEM DA INSÓNIA SECUNDÁRIA Do Adulto Nos Cuidados de Saúde Primários

Luís Filipe CAVADAS, Lúcia RIBEIRO

## RESUMO

**Introdução:** A insónia é o distúrbio do sono mais frequente no adulto, sendo a insónia secundária a forma mais prevalente. Este distúrbio do sono está associado a importantes consequências médicas e sociais. O Médico de Família (MF) desempenha um papel fundamental no diagnóstico da insónia, que pode afectar cerca de 69% dos seus doentes nos CSP (Cuidados de Saúde Primários).

**Objectivos:** Reconhecer as diferentes etiologias, avaliar e abordar o paciente nos CSP, utilizar adequadamente os tratamentos disponíveis e conhecer os critérios de referência da insónia secundária no adulto.

**Métodos:** Pesquisa bibliográfica na base de dados MEDLINE, e sítios de medicina baseada na evidência, utilizando os termos MeSH: *Primary Health Care, Sleep Disorders, Insomnia*, de artigos publicados desde Janeiro de 2000 até Julho de 2009, em Inglês, Português, Francês e Espanhol. Foi também pesquisado o Índice de Revistas Médicas Portuguesas e Sociedades Científicas dedicadas aos distúrbios do sono.

**Resultados:** Os distúrbios do humor e ansiedade são as principais co-morbilidades associadas à insónia secundária, estando presentes em 30% a 50% dos doentes com insónia. A patologia médica e abuso de substâncias estão presentes respectivamente em 10% dos doentes. É fundamental uma correcta história clínica, com história e diário do sono, complementando-a com informação do(a) parceiro(a). Existe evidência de que a combinação do tratamento farmacológico específico (benzodiazepinas e agonistas dos receptores das benzodiazepinas) com o não farmacológico (terapia cognitivo-comportamental) pode ser útil na insónia secundária, como co-adjuvante do tratamento da doença de base. Existem várias opções terapêuticas com as respectivas indicações e efeitos adversos. Os critérios de referência devem ser definidos de acordo com a disponibilidade dos recursos humanos.

**Conclusão:** A insónia secundária no adulto deve ser sistematicamente abordada pelo MF devido à sua elevada prevalência e às suas graves consequências se não diagnosticada e tratada. É importante conhecer e saber utilizar a terapêutica não farmacológica na consulta uma vez que esta mostrou ser importante no tratamento deste tipo de insónia. O MF deve saber as indicações precisas para o tratamento farmacológico e critérios de referência.

L.F.C.: Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Matosinhos  
L.R.: Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia. Vila Nova de Gaia

© 2011 CELOM

## SUMMARY

### MANAGEMENT OF ADULT SECONDARY INSOMNIA

#### In Primary Health Care

**Introduction:** Insomnia is the most common sleep disorder in adults, with secondary insomnia being the most prevalent. This sleep disorder is associated with important medical and social consequences. The General Practitioner (GP) plays a key role in the diagnosis of insomnia, which may affect about 69% of their patients in the PHC (Primary Health Care).

**Objectives:** Recognize the differential diagnosis of secondary insomnia in adults, evaluate

and manage these patients in the PHC, appropriately use the treatments available and meet the criteria for referral.

Methods: Bibliographic search in MEDLINE databases, and evidence based review databases, using the MeSH terms: *Primary Health Care, Sleep Disorders, Insomnia*, for articles published since January 2000 until July 2009, in English, Portuguese, French and Spanish. Index de Revistas Médicas Portuguesas and scientific societies dedicated to sleep disorders were searched.

Results: Mood and anxiety disorders are the main co-morbidities associated with secondary insomnia, being present in 30% to 50% of patients with insomnia. The medical pathology and substance abuse are present respectively in 10% of patients. It is essential a proper clinical history, with a history of sleep, sleep diary and the partner information. There is evidence that the combination of specific pharmacological treatments (benzodiazepines and the benzodiazepine receptor agonists) with the non-pharmacological (cognitive-behavioral therapy) may be useful in secondary insomnia, as co-adjuvant treatment of the underlying disease. There are several treatment options with their indications and adverse effects. The criteria for referral should be defined according to the availability of human resources.

Conclusion: Due to the high prevalence and the serious consequences of secondary insomnia in adults, it must be systematically managed by the GP. It is important to know and to use non-pharmacological therapy in GP consultation, because this therapy was shown to be important in treating this type of insomnia. The GP must know the precise indications for pharmacological treatment and criteria for referral.

## INTRODUÇÃO

A insónia é o distúrbio do sono mais frequente no adulto<sup>1</sup>, sendo a insónia secundária a forma mais prevalente<sup>2</sup>.

Este distúrbio do sono está associada a importantes consequências, nomeadamente, ao aumento da morbidade e mortalidade causada por doenças cardiovasculares, a distúrbios psiquiátricos, a acidentes e ao absentismo laboral<sup>3,4</sup>.

O Médico de Família (MF) desempenha um papel fundamental no diagnóstico da insónia, que pode afectar cerca de 69% dos seus doentes<sup>1,4</sup>.

Apesar de afectar milhões de pessoas em todo o mundo, esta patologia continua a ser sub-diagnosticada e muitos doentes não recebem o tratamento adequado<sup>1</sup>.

Como o MF é o primeiro médico a consultar estes doentes ele deve estar preparado para o correcto diagnóstico e tratamento da insónia, nomeadamente da insónia secundária.

Mesmo que se criasse uma especialidade de Medicina do Sono<sup>5</sup>, é primordial o domínio desta patologia pelo MF, permitindo uma correcta e atempada referência.

Esta revisão pretende assim sistematizar, de forma prática e clara, toda a informação actualmente disponível sobre a abordagem da insónia secundária do adulto, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

São assim objectivos deste trabalho reconhecer as diferentes etiologias desta patologia, avaliar e abordar o paciente com insónia secundária, e utilizar adequadamente os tratamentos disponíveis, bem como conhecer os critérios de referência.

## MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos na base de dados PubMed, e em sítios de medicina baseada na evidência: Guidelines Finder, National Guideline Clearinghouse, Canadian Medical Association Infobase, The Cochrane Library, DARE, Bandolier, TRIP; de revisões baseadas na evidência, normas de orientação clínica, metanálises e revisões sistemáticas, utilizando os termos MeSH: *Primary Health Care, Sleep Disorders, Insomnia*. Limitou-se a pesquisa a artigos publicados desde Janeiro de 2000 até Julho de 2009, em Inglês, Português, Francês e Espanhol. Foi também pesquisado o Índice de Revistas Médicas Portuguesas e Sociedades Científicas dedicadas aos distúrbios do sono.

Foram seleccionados os artigos que se referem a insónia secundária no adulto, compreendendo assim indivíduos dos 18 aos 65 anos de idade. Foi excluída a abordagem da insónia secundária na criança e no idoso.

## RESULTADOS

### Definição

A insónia é definida como uma experiência subjectiva de sono inadequado ou de qualidade limitada, apesar de existir uma oportunidade e condições adequadas para dormir, com prejuízo para o funcionamento social, ocupacional e de outras actividades diurnas<sup>4,6-8</sup>.

Pode ser definida, de acordo com a *International classification of sleep disorders, 2<sup>nd</sup> edition (ICSD-2)*, como uma dificuldade em iniciar o sono (insónia inicial), dificuldade em manter o sono (insónia intermédia), acordar muito cedo (insónia terminal) ou, embora com menor frequência, por uma queixa de sono não restaurador ou de má qualidade<sup>7</sup>.

Quadro 1 – Diagnóstico diferencial de Insónia Secundária

Causas de Insónia Secundária
<b>Distúrbios Psiquiátricos</b> (distúrbios do humor, ansiedade, mania ou hipomania, distúrbios psicóticos, distúrbios amnésicos, perturbação do comportamento alimentar, alcoolismo, abuso de substâncias)
<b>Dor de qualquer etiologia</b>
<b>Dispneia de qualquer etiologia</b>
<b>Doença Cardiovascular</b> (doença isquémica cardíaca, angina nocturna, doença cardíaca congestiva, disritmias)
<b>Doença Gastrointestinal</b> (ulcera péptica, doença do refluxo gastro esofágico)
<b>Doença Neurológica</b> (distúrbios neuro-degenerativos – doença de Parkinson, doença de Alzheimer; acidente vascular cerebral; distúrbios neuromusculares – neuropatia dolorosa periférica; epilepsia; tumores cerebrais; acidente vascular cerebral)
<b>Doença Respiratória</b> (doença pulmonar obstrutiva crónica, asma brônquica, enfisema pulmonar)
<b>Doenças Reumáticas</b> (artrite reumatóide, osteoartrose, espondilite anquilosante, síndrome de Sjogren, fibromialgia)
<b>Doenças do tubo digestivo</b> (refluxo gastro-esofágico, ulcera péptica, colite, síndrome do cólon irritable)
<b>Doenças Génito-urinárias</b> (incontinência urinária, hipertrofia benigna da próstata, nocturia)
<b>Doenças Endócrinas</b> (hipotiroidismo, hipertiroidismo, diabetes mellitus)
<b>Apneia Obstrutiva do Sono</b>
<b>Má higiene do sono</b>
<b>Causas ambientais</b> (quarto muito aquecido, barulho, exercício, comida)
<b>Álcool, cafeína, abuso de substâncias</b>
<b>Jet lag</b>
<b>Medicação:</b>
- Antidepressivos (inibidores selectivos da recaptção da serotonina, imipramina, bupropiona)
- Anti-hipertensivos (clonidina, Bloqueadores $\beta$ , propranolol, atenolol, pindolol, metil-dopa, reserpina, diuréticos)
- Antiepiléticos (fenitoína)
- Anticolinérgicos (brometo de ipratropio)
- Estimulantes do Sistema Nervoso Central (metilfenidato)
- Hormonas (contraceptivos orais, tiroideias, cortisona, progesterona)
- Aminas simpatomiméticas (broncodilatadores, derivados das xantinas, descongestionantes nasais)
- Antiarrítmicos (quinidina)
- Antineoplásicos (medroxi-progesterona, interferão alfa)
- Anti-inflamatórios esteróides
- Anti-parkinsonianos (Levodopa)
- Broncodilatador (teofilina)
- Remédios de Herbanária
- Nicotina
- Fenitoína
- Pseudoefedrina
- Corticosteróides
- Laxantes estimulantes
- Benzodiazepinas

### Classificação

Uma classificação prática de insónia que se pode utilizar na nossa clínica diária é a sua caracterização quanto à duração e etiologia.

Quanto à *duração* esta pode ser aguda (duração inferior a quatro semanas) ou crónica (duração superior a quatro semanas) com os sintomas ocorrendo pelo menos em três noites por semana. As causas mais frequentes de insónia aguda são por ordem decrescente de apresentação na nossa prática clínica: stress situacional (laboral, interpessoal, financeiro, académico, médico), stress ambiental (nomeadamente o ruído no quarto de dormir) e morte ou doença de uma pessoa próxima<sup>3</sup>.

Quanto à *etiologia* pode ser dividida em insónia primária (não é causada por condição física ou mental co-

nhecida) e secundária ou co-mórbida (causada por outra doença médica e doença psiquiátrica, medicamentos, entre outros)<sup>6,9</sup>. O Quadro 1 mostra as possíveis causas de insónia secundária<sup>2,9,12</sup>.

A prevalência da insónia secundária é muito superior à da insónia primária, e parece estar a aumentar<sup>2</sup>.

Verifica-se assim que os distúrbios do humor e ansiedade estão presentes em 30% a 50% dos doentes com insónia; as doenças médicas (mais frequentemente a dor) são encontradas em 10% dos doentes, o abuso de substâncias é encontrado noutros 10% e apenas 10% parece resultar de distúrbios primários do sono<sup>10</sup>.

As doenças psiquiátricas que mais comumente se apresentam com insónia, incluem depressão *major* e a ansiedade<sup>1,10</sup>.

Na depressão pode ser encontrada a insónia inicial, intermédia ou terminal. A depressão está também geralmente associada à fragmentação do sono e diminuição total do sono<sup>6</sup>. É importante ter a noção que apesar da insónia que ocorre durante um episódio depressivo ser melhorada pelo tratamento da depressão, aquela persiste em cerca de metade dos doentes cuja depressão foi tratada com sucesso. Esta insónia persistente pode resultar de um efeito colateral da medicação antidepressiva, ou pode representar o sintoma de um estado depressivo persistente. Assim, é importante reconhecer uma insónia persistente no paciente deprimido, porque pode prever a recorrência de uma depressão mais tarde<sup>1</sup>.

Nos doentes com um distúrbio da ansiedade, o mais frequente é insónia inicial ou intermédia<sup>6</sup>.

### Factores de risco para a Insónia

Estão descritos como factores de risco para a insónia crónica: aumento da idade, sexo feminino, co-morbilidade (doença médica, psiquiátrica, abuso de substâncias), escassas relações sociais, baixo nível socioeconómico, separação matrimonial ou de um parceiro, o desemprego e o trabalho por turnos<sup>3,8</sup>.

### Anamnese e exame objectivo

É fundamental uma correcta história clínica, com uma detalhada história do sono<sup>8</sup> (Quadro 2), com o registo de um diário de sono<sup>11</sup> (Quadro 3) e informação complementar do seu/sua parceiro(a) para saber como o companheiro(a) dorme. Deve incluir também perguntas sobre medicação e uso de substâncias.

O exame objectivo e o pedido de exames complementares de diagnóstico deve ser direccionado para a suspeita da causa secundária da insónia.

### Quadro 2 – História do sono

#### Primeira queixa de insónia

1. Caracterização da queixa (dificuldade em adormecer, despertares, sono pobre ou não reparador)
2. Início
3. Duração
4. Frequência
5. Severidade
6. Curso
7. Factores de manutenção da insónia
8. Tratamentos actuais e anteriores e a resposta ao tratamento

#### Condições antes de dormir

1. Actividades antes de ir para a cama
2. Ambiente do quarto de dormir
3. Estado físico e mental ao final da tarde

#### Diário do sono

Quadro 3

#### Sintomas nocturnos

1. Respiratórios
2. Motores
3. Comportamentais e psicológicos
4. Outras queixas médicas

#### Actividades diurnas e funcionamento

1. Identificar sonolência versus cansaço
2. Dormir durante o dia
3. Trabalho
4. Estilo de vida
5. Viagens
6. Consequências diurnas (qualidade de vida, perturbação do humor, disfunção cognitiva, exacerbação de condições co-mórbidas)

### Tratamento

O tratamento da insónia secundária deve ser direccionado para a sua etiologia específica.

Existe evidência de que a combinação do tratamento farmacológico específico (benzodiazepinas e agonistas dos receptores das benzodiazepinas) com o não farmacológico (terapia cognitivo-comportamental) pode ser útil na insónia secundária, como co-adjuvante do tratamento da doença de base<sup>4,7-9,12</sup>. As intervenções farmacológicas têm uma mais rápida resposta, mas a eficácia é melhor mantida com a terapia combinada<sup>12</sup>. Está também comprovado que o tratamento específico da insónia melhora a evolução da doença médica e psiquiátrica de base<sup>12</sup>.

**Tratamento não farmacológico** – Inclui a *terapia cognitivo-comportamental*, a *educação e higiene do sono*, a *terapia de controlo de estímulo*, a *terapia de restrição*, a *intervenção paradoxal*, a *terapia de relaxamento*, e a *consolidação do sono*<sup>4,7,13</sup>.

Quadro 3 – *Diário do Sono*

	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia
<b>Preencher de manhã</b>				
Hora de deitar				
Hora de levantar				
Tempo médio para adormecer				
Número de despertares e o tempo total acordado				
Tempo total de sono				
<b>Preencher ao deitar</b>				
Sonecas (número, hora do dia e duração)				
Bebidas alcoólicas (número e horas do dia)				
Fazer a lista do que o stressou hoje				
Como se sentiu hoje:				
1 – muito cansado/ensonado				
2 – algo cansado/ensonado				
3 – relativamente alerta				
4 – muito alerta				
Nível de irritabilidade (1 = nada, 5 = muito)				
Medicamentos que toma				

Nota: deve ser aplicado pelo menos durante duas semanas.

Os estudos comprovam que este tipo de tratamento não farmacológico provoca um efeito mais duradouro que a terapêutica farmacológica<sup>4</sup>, mantendo a melhoria do sono pelo menos por um período de 12 a 24 meses. Pelo contrário os doentes que apenas foram tratados com farmacoterapia não mantiveram os seus benefícios.

Assim, o MF deve ter uma noção básica destas técnicas a aplicar numa fase inicial da sua consulta. Caso exista uma articulação efectiva com terapeutas dedicados a estas técnicas, nomeadamente psicólogos clínicos especialistas em sono, os doentes devem ser posteriormente referenciados.

São descritos os vários componentes do tratamento não farmacológico, e são apresentados no quadro 4 os tópicos fundamentais a abordar em cada intervenção<sup>7,12,13</sup>.

A *terapia cognitiva – comportamental* aborda as crenças e atitudes inadequadas que perpetuam a insónia. O objectivo desta terapia é identificar crenças e atitudes disfuncionais sobre o sono, contestar a validade das mesmas, e substituí-las por cognições mais adequadas e adaptativas<sup>13</sup>.

A *educação e higiene do sono* tem como principal

objectivo permitir ao paciente adquirir hábitos de sono correctos que optimizem a qualidade do seu sono.

O doente deve aprender a modificar os factores extrínsecos que prejudicam o sono, evitar substâncias e comportamentos que causem um aumento da actividade antes de dormir, e conhecer os factores que propiciam o adormecimento<sup>7</sup>.

A *terapia de controlo de estímulo* ajuda o paciente a associar a cama apenas ao sono e à actividade sexual, e não a outras actividades que possam interferir na qualidade do sono<sup>11</sup>.

Esta terapia permite restabelecer um calendário consistente de sono-vigília<sup>13</sup>.

A terapia de controlo de estímulo é apropriada para os doentes que foram condicionados a associar a cama, ou sono, em geral a algo negativo. Essa associação negativa pode ter sido desenvolvida após um evento desencadeador, nomeadamente doença médica ou psiquiátrica, ou um factor psicossocial stressante<sup>4</sup>.

Esta terapia baseia-se assim na premissa de que a insónia resulta de um processo de condicionamento entre o ambiente de dormir (cama-quarto), a hora de deitar e a

Quadro 4 – Tratamento não Farmacológico

<b>Terapia cognitivo-comportamental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desmistificar as expectativas irrealistas sono (por exemplo, <i>Preciso de nove horas de sono por noite</i>)</li> <li>• Desmistificar sobre as causas da insónia (por exemplo, <i>eu tenho um desequilíbrio químico que provoca a minha insónia</i>)</li> <li>• Ampliar as consequências (por exemplo, <i>Eu não posso fazer nada após uma má noite de sono</i>)</li> <li>• Melhorar a ansiedade e perda de controlo sobre a capacidade de dormir (por exemplo, <i>Eu tenho medo de perder o controle sobre a minha capacidade de dormir</i>)</li> </ul>
<b>Educação e higiene do sono</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar o paciente sobre o sono normal (cada paciente tem o seu sono particular): tipos de sono, funções, duração e variação ao longo do ciclo da vida.</li> <li>• Evitar olhar constantemente para as horas ao deitar</li> <li>• Evitar excesso de líquidos ou refeições pesadas à noite</li> <li>• Evitar cafeína, nicotina e álcool quatro a seis horas antes de ir para a cama, e minimizar o seu uso diário</li> <li>• Manter um ambiente calmo, escuro, seguro e confortável no quarto quando se for deitar. Evitar um ambiente ruidoso, com luz e temperatura adequada durante o sono</li> <li>• Deitar e acordar todos os dias à mesma hora (<math>\pm 30</math> min), incluindo fins-de-semana</li> <li>• Evitar exercício vigoroso três a quatro horas antes de se deitar</li> <li>• Evitar dormir durante o dia</li> </ul>
<b>Terapia de Controlo de estímulo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar a cama só para dormir e para a actividade sexual</li> <li>• Evitar actividades que o despertem antes de ir dormir, como fazer telefonemas à noite, trabalhar ou ver televisão</li> <li>• Ir para a cama apenas quando sentir sono</li> <li>• Se não for capaz de adormecer após quinze a vinte minutos, deve-se levantar e ir para outra parte da casa, ler ou fazer tarefas calmas e voltar para a cama só quando sentir sono</li> <li>• Colocar o alarme para despertar à mesma hora todos os dias incluindo fim-de-semana</li> </ul>
<b>Terapia de Restrição do sono</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir o tempo na cama à quantidade total de sono actual</li> <li>• Aumentar quinze minutos o tempo na cama, todas as semanas, quando a eficiência do sono for, pelo menos, 90%.</li> </ul>
<b>Intenção paradoxal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter-se acordado o maior tempo possível até começar a sentir vontade de dormir, respeitando a higiene do sono</li> </ul>
<b>Terapias de relaxamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar o relaxamento muscular progressivo</li> <li>• Biofeedback</li> <li>• Meditação</li> <li>• Exercícios leves/alongamentos</li> <li>• Respiração profunda</li> </ul>
<b>Consolidação do sono</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve ter uma hora fixa de deitar e acordar</li> <li>• Deve ser determinada a média de tempo total de sono</li> <li>• O tempo mínimo de sono não deve ser inferior a 5 horas</li> </ul>

activação provocada por determinados comportamentos como, por exemplo, ver televisão na cama e planificar o dia seguinte. O objectivo desta terapia é recondicionar o sono à cama, ou seja, reforçar a associação entre comportamentos de dormir e estímulos ambientais e temporais, eliminando comportamentos incompatíveis com o sono<sup>7</sup>.

A *terapia de restrição do sono*, consiste em limitar o tempo na cama para maximizar a eficiência do sono, através da indução temporária de privação do sono, sendo para isso reduzido voluntariamente o tempo passado na cama<sup>7</sup>.

Esta terapia deve ser usada com precaução e por um técnico experiente<sup>11</sup>.

A *Intervenção Paradoxal* procura eliminar o medo de dormir aconselhando o paciente a permanecer acordado. O paciente é convidado a seguir outras instruções de higiene do sono e manter-se acordado o maior tempo possível<sup>11</sup>.

A *terapia de relaxamento* tem como objectivo reduzir a excitação fisiológica e psicológica para promover sono<sup>13</sup>. Esta técnica é dirigida à fase inicial do sono em doentes com ansiedade nocturna associada à insónia<sup>4</sup>.

Quadro 5 – Agonistas dos receptores das benzodiazepinas

Substância Activa	Marcas Comercializadas em Portugal	Dose diária (mg)	Início de Acção	Duração da Acção
Zolpidem	CYMERION®, STILNOX®, ZOLPIDEM MG	5 a 10	Rápido	Curta- intermédia
Zaleplom	Não comercializado em Portugal	5 a 10	Rápido	Curta
Zopiclona	Não comercializado em Portugal	2 a 3	Rápido	Curta- intermédia

Alguns doentes com insónia passam tempo excessivo na cama para tentar atingir mais sono. A *consolidação do sono* é realizada através da limitação do tempo total efectivo passado na cama para corresponder à necessidade total de sono do doente. Esta técnica permite melhorar a eficiência do sono<sup>13</sup>.

### Terapêutica Farmacológica

A farmacoterapia deve ser considerada quando a condição é aguda e é necessária redução imediata dos sintomas<sup>11</sup>.

Quando se opta pela terapêutica farmacológica é fundamental ter em mente as potências dos seus efeitos adversos. As benzodiazepinas de curta acção e os agonistas dos receptores das benzodiazepinas (denominados hipnóticos sedativos) estão associados a efeitos adversos graves, especialmente quando são usadas em doses maiores que as recomendadas, períodos longos, ou em combinação com álcool e outros agentes psicoactivos. Todos os hipnóticos sedativos podem produzir lentificação cog-

nitiva e psicomotora, sendo necessário educar os doentes que os tomam<sup>10</sup>.

A decisão sobre o tratamento farmacológico a usar, deve ser baseada no componente específico da insónia que é mais problemático para o paciente, nomeadamente a latência do sono, manutenção do sono, qualidade do sono, ou funcionamento do paciente no dia seguinte<sup>9,12</sup>.

Devem ser tidos em conta alguns princípios fundamentais para uma prescrição racional de fármacos na insónia. Assim deve-se iniciar o tratamento com a menor dose eficaz, no menor tempo possível, e descontinuar gradualmente a medicação, estando atento ao aparecimento de insónia de *rebound*<sup>14</sup>. Se houver necessidade de administrações durante um longo período de tempo a administração dos fármacos deve ser intermitente, (por exemplo, três noites por semana), ou conforme necessário<sup>8</sup>.

São de seguida descritos os fármacos mais utilizados para a insónia e a evidência actual da sua utilização na prática clínica.

Quadro 6 – Benzodiazepinas

Substância Activa	Marcas Comercializadas em Portugal	Dose diária (mg)	Início de Acção	Duração da Acção
Triazolam	HALCION®	0,125 a 0,5	Rápido	Curta
Estazolam	KAINEVER®	1 a 2	Rápido	Intermédio
Temazepam	NORMISON®	7,5 a 30	Intermédio	Intermédio
Flurazepam	MORFEX®, DALMADORM®	15-30	Rápido	Longo
Lorazepam	ANSILOR®, LORAZEPAM MG, LORENIN®, LORSEDAL®	2 a 4	Intermédio	Intermédio
Brotizolam	LENDORMIN®	0,125 a 0,25	Rápido	Curta
Flunitrazepam	ROHYPNOL®	0,5 a 2	Rápido	Intermédio
Loprazolam	DORMONCT®	1 a 2	Rápido	Intermédio
Lormetazepam	NOCTAMID®	1 a 2	Rápido	Intermédio

### Hipnóticos

São fármacos denominados hipnóticos os agonistas dos receptores das benzodiazepinas e as benzodiazepinas de curta acção. Os hipnóticos são recomendados quando se deseja uma resposta imediata, quando a insónia produz grave comprometimento, quando as medidas não farmacológicas não produzem a desejada melhoria, ou quando a insónia persiste após o tratamento de uma causa médica subjacente<sup>3</sup>.

**Agonistas dos receptores das benzodiazepinas** – Os agonistas dos receptores das benzodiazepinas (Quadro 5)<sup>3</sup>, foram desenvolvidos para se ligarem exclusivamente aos receptores benzodiazepínicos ómega-1 ou BZ-1, relacionados com o sono, minimizando o efeito ansiolítico, anticonvulsivante e relaxante muscular das benzodiazepinas<sup>15</sup>.

Estes fármacos não benzodiazepinas produzem um efeito hipnótico semelhante ao das benzodiazepinas, mas têm menos efeitos adversos<sup>3,10</sup>.

Têm um rápido início de acção com diminuição da latência ao sono, aumento do tempo total de sono e diminuição dos despertares<sup>15</sup>. A alteração da estrutura do sono é mínima e o REM *rebound* não foi associado a estes agentes<sup>15</sup>. Não se verifica sedação diurna nem potencial de habituação<sup>10</sup>. No entanto podem condicionar comprometimento da memória e lentificação psicomotora<sup>3</sup>.

A evidência actualmente disponível é limitada quanto à segurança e eficácia dos agonistas dos receptores das benzodiazepinas para além dos seis meses de utilização, e o seu uso crónico pode limitar os benefícios a longo prazo da terapia cognitivo-comportamental<sup>10</sup>.

**Benzodiazepinas** – Especificamente para o tratamento da insónia estão disponíveis algumas benzodiazepinas (Quadro 6), mas nenhuma mostrou ser substancialmente superior à outra<sup>10</sup>.

Ao contrário dos agonistas dos receptores das benzodiazepinas, estes fármacos têm o efeito prejudicial de alte-

rar a arquitectura do sono<sup>10,15</sup>.

Os efeitos adversos comuns são: sedação matinal, perturbações mnésicas, principalmente a amnésia anterógrada, sonolência excessiva, desatenção e atraso no tempo de reacção, aumento do número de pesadelos, sonhos vívidos, desinibição comportamental e redução da libido<sup>15</sup>. Todas as benzodiazepinas podem causar depressão respiratória podendo ser mais relevante em doentes com doença pulmonar<sup>3</sup>. Contudo, a maioria é segura e efectiva quando usada em doses baixas e por curtos períodos de tempo<sup>10</sup>.

Usar benzodiazepinas por mais de quatro semanas aumenta o limiar de dependência (definida como uma necessidade compulsiva ou crónica de benzodiazepinas) e fenómenos de privação (caracterizado por ansiedade, depressão, náuseas, alterações perceptuais, insónia de *rebound*, sonhos intensos, pesadelos, e má memória de fixação)<sup>3</sup>.

Devido à sua diferente duração de acção, podem ser usadas diferentes formulações para situações clínicas particulares. As drogas de curta duração são prescritas para a dificuldade em adormecer, as de acção intermédia para as queixas de manutenção do sono, e as de longa acção para a ansiedade diurna<sup>10</sup>.

**Agonistas dos receptores da melatonina** – Um exemplo de um agonista selectivo dos receptores da melatonina é a substância activa, *ramelteon*, que actua a nível cerebral nos receptores MT1 e MT2. Esta substância reduz a latência do sono e aumenta os períodos de sono<sup>1,3</sup>.

O *ramelteon* não parece ter potencial para abuso ou dependência<sup>1</sup>. Os efeitos adversos graves são raros, os efeitos secundários comuns incluem sonolência, dores de cabeça, fadiga, náuseas e tonturas<sup>1,3</sup>.

Esta substância não se encontra disponível em Portugal.

### Antidepressivos

Os antidepressivos são uma opção eficaz em doentes com depressão e insónia. Alguns dos antidepressivos utilizados são apresentados no Quadro 7<sup>3</sup>.

Quadro 7 – Antidepressivos

Substância Activa	Marcas Comercializadas em Portugal	Dose diária (mg)	Iniciode Acção	Duração da Acção
Amitriptilina	ADT-ZIMAIA® TRYPTIZOL®	25 a 100	2h a 4h	17h a 40h
Trazodona	TRITICUM® TRITICUM AC® TRAZONE AC®	50 a 150	0,5h a 2h	8h
Mirtazapina	MIRTAZAPINA MG REMERON® SOLTAB®	15 a 45	1,2h a 1,6h	20h a 40h

A Trazodona é o antidepressivo mais comumente prescrito, contudo não há evidência suficiente que apoie a sua utilização, na ausência de depressão<sup>3</sup>.

Esta classe de fármacos é particularmente importante nos doentes com abuso de substâncias, nos quais os hipnóticos tipo são contra-indicados<sup>10</sup>.

São comumente utilizados a amitriptilina, a mirtazapina, a maprotilina e o trazodone. Estes fármacos reduzem a latência do sono e aumentam a sua duração e eficiência. Já os antidepressivos inibidores da recaptção da serotonina e os inibidores da recaptção da serotonina e da norepinephrina podem agravar a insónia por estimularem os receptores da serotonina tipo 2 que têm um efeito excitatório<sup>15</sup>. A paroxetina, um inibidor selectivo da recaptção da serotonina, pode induzir sedação em alguns doentes<sup>15</sup>.

### Outras Drogas

**Anti-histaminicos** – Os anti-histaminicos são apenas minimamente eficazes na indução do sono, podem reduzir a qualidade do sono, e causar sonolência residual<sup>3,8</sup>. Não está comprovado que melhorem o sono<sup>1</sup>, podendo produzir *delirium*, retenção urinária, diminuição cognitiva e excitação paradoxal, entre outros efeitos adversos<sup>10</sup>.

**Opiáceos** – Os opiáceos estão disponíveis para a insónia associada à dor, mas deve-se ter em atenção que estes alteram a arquitectura do sono. Ao produzir analgesia e sedação os opiáceos podem ser adequados em doentes cuidadosamente seleccionados com insónia associada à dor<sup>3</sup>.

**Barbitúricos** – Os barbitúricos, dos quais são exemplo o *fenobarbital* e a *primidona*, funcionam como agonistas dos receptores GABA<sub>A</sub> cerebrais, diminuindo a latência no sono e suprimindo o sono REM. São efectivos na insónia de curta duração (até às duas semanas) mas perdem o seu poder de induzir e manter o sono depois desse período. A sua utilização de longo prazo está associada com a tolerância física e dependência psicológica e aumento dos efeitos adversos (ou seja, agitação, confusão, pesadelos, alucinações, letargia e ressaca)<sup>3</sup>.

Actualmente não estão indicados para o tratamento da insónia por existirem opções mais seguras e eficazes<sup>8,10</sup>.

**Suplementos dietéticos e de herbanária** – Existe evidência insuficiente do benefício dos suplementos dietéticos e de herbanária à excepção da melatonina e valeriana<sup>3</sup>. Contudo para a melatonina existe pouca informação sobre a sua segurança quando usada a longo prazo, e quanto à valeriana há evidência mínima da sua efectividade no tra-

tamento da insónia, estando mesmo associada a hepatotoxicidade<sup>1,3</sup>.

**Medicinas complementares e alternativas** – São estratégias, que incluem técnicas de saúde espiritual, yoga, medicina chinesa e *ayurveda*, *biofeedback*, e outras modalidades.

Revisões recentes de estudos controlados e aleatorizados sobre a utilização de medicinas complementares e alternativas para distúrbios no sono, em idosos, revelaram que em 77% dos estudos existiram efeitos positivos, com particular destaque para as intervenções mente-corpo e acupunctura<sup>4</sup>. Contudo são necessários mais estudos direccionados para a restante população adulta.

No que diz respeito ao tratamento da insónia, é necessária mais investigação sobre o efeito do tratamento da insónia ou da condição primária na evolução das mesmas<sup>12</sup>. Existem muitos estudos que demonstram que o tratamento da insónia resultou numa melhoria da condição primária. Contudo ainda não foi totalmente observado que se obtenha uma melhoria da insónia só com o tratamento da causa primária. É por isso necessária mais investigação<sup>12</sup>.

### Referenciação

Actualmente em Portugal a referenciação da insónia secundária é feita tendo em conta as directrizes de cada unidade de saúde individualmente com diferentes critérios e com diversas especialidades a assumir estes doentes.

É fundamental a criação de uma boa rede de referenciação. A existência de psicólogos clínicos com formação em técnicas não farmacológicas, como a cognitivo-comportamental é fundamental, assim como a possível emergência da especialidade da Medicina do Sono, que permitirá uma referenciação mais estruturada<sup>5</sup>.

São critérios para referenciação:

1. Qualquer causa suspeita de insónia primária<sup>2</sup>.
2. Queixas de sonolência diurna excessiva<sup>2</sup>.
3. Quando a insónia não responde ao tratamento apropriado, ou farmacológico.
4. Apneia Obstrutiva do Sono.
5. Parassónias<sup>12</sup>.
6. Aplicação do tratamento não farmacológico por psicólogo clínico<sup>12</sup>.
7. Qualquer dúvida diagnóstica.

### CONCLUSÃO

Devido à sua elevada prevalência e às suas graves consequências se não diagnosticada e tratada, a insónia secundária no adulto deve ser sistematicamente abordada pelo MF<sup>2</sup>.

É importante conhecer e saber utilizar a terapêutica não farmacológica na consulta em CSP, porque esta terapêutica mostrou ser importante no tratamento deste tipo de insónia<sup>12</sup>.

Quando o MF opta por terapêutica farmacológica para a insónia deve ter sempre presente as características da mesma, as co-morbilidades associadas e os seus efeitos adversos.

Por último, uma correcta e acurada referenciação deve ser realizada quando o paciente com insónia secundária necessita de uma abordagem específica.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

## BIBLIOGRAFIA

1. LIEBERMAN JA 3<sup>rd</sup>, NEUBAUER DN: Understanding insomnia: Diagnosis and management of a common sleep disorder. *J Fam Pract.* 2007;56(10A):35A-49A
2. DOGHARAMJI PP: Detection of insomnia in primary care. *J Clin Psychiatry.* 2001;62 (10):18-26
3. RAMAKRISHNAN K, SCHEID DC: Treatment Options for Insomnia. *Am Fam Physician* 2007;76:517-26, 527-8
4. KIERLIN L: Sleeping without a pill: nonpharmacologic treatments for insomnia. *J Psychiatr Pract.* 2008;14(6):403-7
5. MOUTINHO DOS SANTOS J: Abordagem do doente com patologia do sono. *Rev Port Clin Geral* 2006;22:599-610
6. LEOPANDO ZE, DELA CRUZ A, LIMOSO DD, MARCOS JA, ALBA ME: Clinical practice guidelines on the diagnosis and management of insomnia in family practice: part 1. *Asia Pacific Fam Med* 2002;1:94-100
7. CLEMENTE V: Como tratar os doentes com insónia crónica? O contributo da Psicologia Clínica. *Rev Port Clin Geral* 2006;22:635-644
8. SCHUTTE-RODIN S, BROCH L, BUYASSE 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
9. REEDER CE, FRANKLIN M, BRAMLEY TJ: Current landscape of insomnia in managed care. *Am J Manag Care.* 2007; 13(5):S112-6
10. WEILBURG J: Approach to the patient with insomnia. Em: *Primary care medicine: office evaluation and Management of the adult patient.* Allan H. Goroll, Albert G. Mulley Jr. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia 2009;1483-90
11. HARSORA P, KESSMANN J: Nonpharmacologic Management of Chronic Insomnia. *Am Fam Physician* 2009;79(2):125-130;131-2
12. CULPEPPER L: Secondary insomnia in the primary care setting: review of diagnosis, treatment, and management. *Curr Med Res Opin.* 2006;22(7):1257-68
13. The insomnia guideline working group. *Adult Conditioned Insomnia: Diagnosis to Management. Toward Optimized Practice.* 2008;1-8. Disponível em: [http://www.topalbertadoctors.org/PDF/complete%20set/Insomnia%20Management/insomnia\\_management\\_guideline.pdf](http://www.topalbertadoctors.org/PDF/complete%20set/Insomnia%20Management/insomnia_management_guideline.pdf) [acedido em 1 de Junho de 2009]
14. LEOPANDO ZE, DELA CRUZ A, LIMOSO DD, MARCOS JA, ALBA ME: Clinical practice guidelines on the diagnosis and management of insomnia in family practice: part 2. *Asia Pacific Fam Med* 2003;2:45-50
15. SERRA J: Terapêutica farmacológica da insónia. *Rev Port Clin Geral* 2006;22:625-632