

Tratamento da Insônia em Atenção Primária à Saúde

Treatment of Insomnia in the Primary Health Care

Tratamiento del Insomnio en Atención Primaria

Nelson Ferreira Ribeiro

Resumo

A insônia é uma das perturbações do sono mais comuns, sendo uma das principais queixas dos pacientes que recorrem aos cuidados médicos. A perturbação de insônia está associada a aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, psiquiátricas e acidentes, estando igualmente associada a maior absentismo laboral e maiores custos em saúde. Foram pesquisadas normas de orientação clínica, revisões sistemáticas, meta-análises e estudos originais, publicados entre 2010 e 15 de maio de 2015, relacionados com o tratamento da insônia. O tratamento da insônia pode iniciar-se por terapia cognitivo-comportamental, tratamento farmacológico ou associação dos dois. A terapia cognitivo-comportamental é considerada por várias sociedades médicas como tratamento padrão, sendo que os estudos comprovam a sua eficácia no tratamento da insônia sem ou com comorbilidades e com manutenção a longo prazo dos seus efeitos. Esta compreende múltiplas estratégias, como controle de estímulo, restrição do sono, relaxamento, terapia cognitiva e intenção paradoxal. A farmacoterapia deve ser considerada em situações agudas com necessidade de redução imediata dos sintomas. Os fármacos hipnóticos têm indicação no tratamento da insônia quando os sintomas assumem caráter patológico. Os antidepressivos sedativos, apesar de comumente utilizados, não reúnem evidência da sua eficácia, com exceção da insônia associada a sintomas depressivos ou de ansiedade ou em pacientes com abuso de substâncias. Assim, dada a prevalência de queixas de insônia em atenção primária à saúde, o médico de família deve conhecer a melhor abordagem para o seu tratamento, quer seja farmacológico ou não farmacológico, e os critérios de referência.

Abstract

Insomnia is one of the most common sleep disorders and one of the main complaints of patients that search for medical care. Insomnia disorder is associated with increased morbidity and mortality from accidents, cardiovascular and psychiatric diseases and it is associated with increased absenteeism and higher healthcare costs. We conducted a survey of clinical guidelines, systematic reviews, meta-analyzes and original studies published between 2010 and May 15 2015, concerning insomnia treatment. Treatment of insomnia can begin by cognitive behavioral therapy, pharmacologic treatment or a combination of both. Cognitive behavioral therapy is considered by several medical societies as the standard treatment of insomnia, and studies prove its effectiveness in treating insomnia with or without comorbidities and long-term maintenance of its effects. This comprises multiple strategies such as stimulus control, sleep restriction, relaxation, cognitive therapy and paradoxical intention. Pharmacologic therapy should be considered in acute situations requiring immediate reduction of symptoms. Hypnotic drugs are indicated when insomnia symptoms assume pathological nature. Sedative antidepressants, although generally used, lack evidence of effectiveness, with the exception of insomnia associated with depressive symptoms or anxiety or substance abuse users. Thus, given the prevalence of insomnia symptoms in primary health care, the family physician must know the best approach to its treatment, either pharmacologic or non-pharmacologic, and referral criteria.

Palavras-chave:

Insônia
Terapêutica
Atenção Primária à Saúde

Keywords:

Insomnia
Therapeutics
Primary Health Care

Como citar: Ribeiro NF. Tratamento da Insônia em Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-14. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1271](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1271)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 02/02/2016.
Aprovado em: 09/09/2016.

Resumen

El insomnio representa uno de los trastornos del sueño más comunes y una de las principales quejas de los pacientes que recurren a la atención médica. El insomnio está asociado al aumento de morbilidad por enfermedades cardiovasculares, psiquiátricas y accidentes, estando asociado de la misma forma a mayor absentismo laboral y mayor gasto en salud. Se procedió a la revisión de todas las directrices clínicas, meta-análisis, revisiones sistemáticas y estudios originales, publicados entre 2010 y 15 de mayo de 2015, relacionados con el tratamiento del insomnio. La intervención en el insomnio puede comenzar con la terapia cognitivo-conductual, tratamiento farmacológico o una combinación de ambos. La terapia cognitiva conductual es considerada por varias sociedades médicas como tratamiento estándar del insomnio. Los estudios demuestran su eficacia en el tratamiento de esta condición con o sin comorbilidades asociadas, bien como el mantenimiento a largo plazo de sus efectos. Ella incluye estrategias como el control de estímulos, restricción del sueño, la relajación, la terapia cognitiva y los consejos paradójicos. Por otra parte, la terapia farmacológica se debe considerar en situaciones agudas que requieren reducción inmediata de los síntomas. Fármacos hipnóticos están indicados cuando los síntomas del insomnio asumen carácter patológico. Antidepresivos sedantes, aunque comúnmente utilizados, no tienen pruebas de su eficacia, con la excepción del insomnio asociado con síntomas depresivos, ansiedad o en los consumidores de sustancias. Por este motivo, dada la prevalencia de quejas de insomnio en la atención primaria de salud, el médico de familia debe conocer el mejor enfoque para su tratamiento, ya sea farmacológico o no farmacológico, y criterios de derivación.

Palabras clave:

Insomnio
Terapéutica
Atención Primaria de Salud

Introdução

A insônia pode ser definida como uma experiência subjetiva de sono inadequado, com dificuldade em iniciar ou na manutenção do sono, despertares precoces e “sono não reparador”, com repercussão no funcionamento sócio-ocupacional diurno.¹⁻³ Esta é uma das perturbações do sono mais comuns,¹ sendo uma das queixas principais dos pacientes que recorrem aos cuidados médicos.⁴ Estudos transversais estimam uma prevalência de insônia entre 10 e 50% dos pacientes da Atenção Primária à Saúde.⁵ As perturbações do humor e da ansiedade estão presentes em 30 a 50% dos doentes com insônia, as doenças médicas e o abuso de substâncias em 10%, sendo apenas 10% resultante de perturbações primárias do sono.² No DSM-5 é eliminado o termo de insônia primária, não existindo diferenciação entre insônia primária e secundária, passando-se a designar por perturbação de insônia.⁶

Assim, esta revisão tem como objetivo sistematizar a informação disponível sobre a melhor abordagem no tratamento da insônia em Atenção Primária à Saúde.

Estratégia de Busca

Revisão clássica com pesquisa de artigos, em maio de 2015, nas bases de dados PubMed, *UpToDate*, Direção-Geral da Saúde, sites de medicina baseada em evidência (*National Guidelines Clearinghouse*, *The Cochrane Library*, *TRIP*) e referências bibliográficas dos artigos selecionados. Foram pesquisadas normas de orientação clínica, revisões sistemáticas, meta-análises e estudos originais. Utilizaram-se as palavras-chave *insomnia* e *treatment*.

Foram selecionados artigos publicados entre 2010 e 15 de maio de 2015, nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, que se referem ao tratamento da insônia no adulto e idoso. Foram incluídos artigos sobre insônia associada à depressão, ansiedade e abuso de álcool, tendo sido excluídos artigos sobre insônia associada às restantes patologias psiquiátricas e sobre insônia na criança e adolescência.

Obtiveram-se um total de 2101 artigos, tendo sido excluídos 2028 por não se adequarem ao objetivo desta revisão por meio da análise do título do artigo, do resumo ou por se encontrarem repetidos. Dos 73 artigos selecionados, 42 foram integrados nesta revisão.

Recomendações

O tratamento da insônia depende do tipo de insônia, devendo ser individualizado de acordo com as preferências do paciente, disponibilidade de recursos, gravidade e os riscos, benefícios e custos do tratamento (Figura 1).⁴

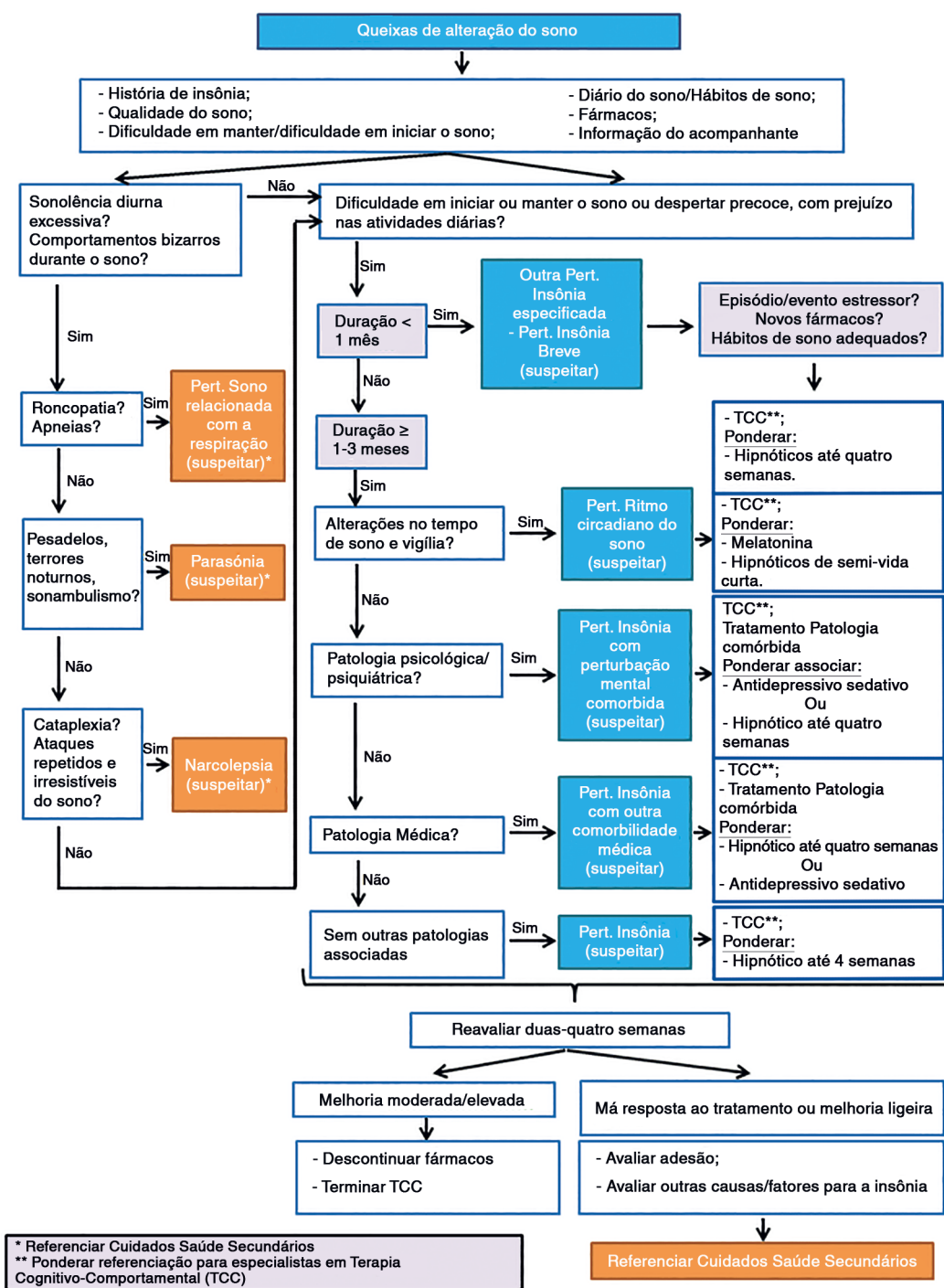


Figura 1. Proposta de algoritmo de diagnóstico, tratamento e follow-up da perturbação de insônia.

Tratamento não farmacológico

Diversos estudos demonstram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento da insônia, sendo que esta é considerada por várias sociedades médicas como o tratamento padrão.^{1,7,8}

A TCC tem revelado:

- Eficácia comparável aos hipnóticos a curto-prazo, mas mais eficaz a longo-prazo (> seis meses), com manutenção dos ganhos alcançados (o que não se verificou com os hipnóticos).^{4,9,10}
- Eficácia comprovada no tratamento da insônia em pacientes jovens, idosos e na insônia associada a outras patologias, nomeadamente depressão.⁹⁻¹¹

Higiene do Sono

A higiene do sono inclui um conjunto de hábitos comportamentais que facilitam o adormecer e a manutenção do sono, sendo um denominador comum em todas as intervenções terapêuticas utilizadas para as perturbações do sono.⁹ Esta é útil como coadjuvante de outras terapias cognitivas e/ou farmacológicas,^{1,4,9} não existindo dados sobre a sua utilidade no tratamento da insônia aguda (Quadro 1).⁹

Terapia Cognitivo-Comportamental

A TCC inclui diferentes estratégias, com o objetivo de identificar pensamentos, crenças e atitudes disfuncionais que perpetuam ou precipitam a insônia e substituí-los por comportamentos e cognições mais adequadas.^{1,2,7,8}

Normalmente, consiste num programa de quatro a oito sessões, por meio de uma abordagem com múltiplas estratégias, que inclui o controle de estímulo, restrição do sono, relaxamento, terapia cognitiva e intenção paradoxal. Alguns autores incluem a higiene do sono nas estratégias da TCC.^{1,8}

A TCC tem eficácia comprovada no tratamento da insônia sem ou com comorbilidades, com manutenção a longo prazo dos seus efeitos,¹² sendo, assim, recomendada como primeira linha de tratamento na insônia sem comorbilidades.¹³

A TCC em grupo tem-se mostrado eficaz no tratamento da insônia,^{4,12,14} assim como a TCC *self-help*. Este último tenta diminuir a dificuldade de acesso dos pacientes a esta terapia, diminuindo a necessidade de sessões presenciais com o terapeuta, utilizando, em substituição, livros, folhetos, vídeos ou *internet*.^{4,15-17}

Controle de Estímulo

O objetivo desta estratégia é auxiliar o indivíduo a associar a cama apenas ao sono ou atividade sexual e não a sentimentos negativos (como o medo de não conseguir dormir) ou outras atividades que possam interferir no sono.^{1,2,4,8} O controle de estímulo aumenta a qualidade do sono e tem efeitos mantidos a longo prazo (Quadro 1).⁴

Restrição do Sono

Alguns indivíduos com insônia permanecem mais tempo na cama para tentarem recuperar o “sono perdido”. Isto acarreta uma maior dificuldade a iniciar o sono na noite seguinte e uma maior necessidade

Quadro 1. Tratamento Não Farmacológico.

Higiene do Sono	<ul style="list-style-type: none"> • Dormir o tempo necessário para se sentir descansado (usualmente 7-8h nos adultos) e posteriormente levantar-se da cama; • Evitar olhar constantemente para as horas ao deitar; • Evitar excesso de líquidos ou refeições pesadas à noite; • Evitar cafeína, nicotina e álcool quatro a seis horas antes de ir para a cama, e minimizar o seu uso diário; • Manter um ambiente calmo, escuro, seguro e confortável no quarto quando for se deitar; • Evitar um ambiente ruidoso, com luz e temperatura adequada durante o sono; • Evitar o uso prolongado de TV, <i>tablet</i>, computadores ou celulares antes de dormir; • Tentar resolver as “preocupações” antes de se deitar; • Deitar e acordar todos os dias à mesma hora (± 30min), incluindo fins-de-semana; • Evitar exercício vigoroso três a quatro horas antes de se deitar; • Evitar dormir durante o dia, especialmente se durar >20-30 minutos.
Controle de Estímulo	<ul style="list-style-type: none"> • Ir para a cama apenas quando sentir sono; • Usar a cama/quarto só para dormir e para a atividade sexual; • Não ler, comer, ver TV, fazer telefonemas na cama; • Se não conseguir adormecer em 15-20 minutos, o paciente deve levantar-se e deslocar-se para outro cômodo da casa e realizar tarefas calmas. Só deverá regressar à cama quando sentir sono. Repetir este passo todas as vezes necessárias; • Colocar o despertador/alarme para despertar à mesma hora todos os dias, incluindo fim-de-semana; • Não realizar sestas durante o dia.
Restrição do Sono	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar o tempo de sono médio do paciente a partir do diário do sono; • Utilizar este tempo médio de sono como o novo período de sono concedido em cada noite; • Definir um tempo de vigília consistente com base no tipo de insônia e necessidade do paciente; • Evitar realizar sestas durante o dia; • Se a eficiência do sono aumentar acima de 90%, aumentar o tempo na cama de 15 a 30 minutos; • Se a eficiência do sono diminuir abaixo de 85%, em seguida, reduzir o tempo na cama de 15 a 30 minutos.
Relaxamento	<ul style="list-style-type: none"> • Relaxamento muscular progressivo <ul style="list-style-type: none"> • Relaxamento e tensão de diferentes grupos musculares do corpo. • Respiração profunda <ul style="list-style-type: none"> • Inclui respiração diafragmática. • Treino autogênico <ul style="list-style-type: none"> • Visualização de uma cena/imagem calma e repetição de frases que acalmem o paciente. • Meditação • <i>Biofeedback</i>

Fonte: ^{1,2,4,9} h: horas; TV: televisão; Min: minutos.

de permanecer na cama nas manhãs seguintes.^{1,2,4,8,9} Por meio desta estratégia, induz-se uma privação do sono temporária, reduzindo voluntariamente o tempo passado na cama até a um nível que o paciente não está habituado. Esta restrição não deve ser, contudo, inferior a 5-5,5h.^{1,2,4,8,9} Esta estratégia está, geralmente, indicada para pacientes em que a razão entre o tempo total que passam a dormir e o tempo total que passam na cama é inferior a 85% (esta razão é intitulada eficiência do sono), ou seja, naqueles que, apesar de estarem muitas horas na cama, têm tempo total de sono baixo.^{1,2,4,8,9}

Como efeitos adversos potenciais, a restrição do sono pode aumentar a sonolência diurna e diminuir o tempo de reação (Quadro 1).⁴

Relaxamento

As técnicas de relaxamento podem ser eficazes para reduzir a excitação fisiológica e psicológica e, assim, promover o sono.^{1,2,9} Estas são mais eficazes com o intuito de melhorar a fase inicial do sono,^{1,2,9} e deverão ser utilizadas durante o dia, antes de deitar e no meio da noite se o paciente não conseguir dormir (Quadro 1).^{1,8}

Terapia Cognitiva

As crenças, atitudes disfuncionais, preocupações ou expectativas irrealistas sobre o sono podem perpetuar a insônia, levando mesmo a um ciclo vicioso.^{1,2,8,9} O objetivo da terapia cognitiva é identificar essas crenças e atitudes disfuncionais e substituí-las por outras mais adequadas. Esta estratégia deve ser aplicada por profissionais especializados em terapia cognitiva.^{1,2,4,8,9}

Intenção Paradoxal

A intenção paradoxal tem como objetivo diminuir a ansiedade associada ao medo de não conseguir adormecer ou não dormir o suficiente. O paciente é instruído a tentar não adormecer e manter-se acordado o maior tempo possível. Isto faz com o paciente relaxe e acabe por adormecer.^{2,8,9}

Exercício Físico

O exercício físico parece ter um efeito benéfico na qualidade do sono, diminuindo as queixas de insônia¹⁸ e o uso de medicação hipnótica.¹⁹

O exercício “agudo” (apenas uma sessão de atividade física) parece ter benefícios leves a moderados na qualidade do sono, diminuindo a latência do sono e a ansiedade prévia a adormecer e aumentando a eficiência do sono e o tempo total de sono. Estes benefícios parecem ocorrer apenas após a prática de exercício aeróbio moderado (exemplo, uma caminhada) e não para exercícios aeróbicos intensos (exemplo, corrida) ou exercícios de resistência moderados (exemplo, musculação).¹⁸

Programas de exercício regular parecem mostrar, nas meta-análises, melhorias semelhantes às encontradas para os hipnóticos, sendo que a maioria dos estudos se referem ao exercício aeróbio moderado.^{18,19} Todavia, deve-se evitar a sua realização duas horas antes de deitar.^{4,13}

Acupuntura

Estudos mostram que tem benefícios no tratamento da insônia, ao melhorar a manutenção e eficiência do sono. Contudo, devido à baixa qualidade metodológica dos estudos, a evidência atual não permite que se recomende a acupuntura como um tratamento eficaz.^{11,13,20,21}

Tratamento farmacológico

A farmacoterapia deve ser considerada em situações agudas com necessidade de redução imediata dos sintomas.² A seleção do fármaco deve ter em consideração diferentes fatores como os sintomas, objetivos do tratamento, resposta a tratamentos prévios, preferências do paciente, custos, comorbidades, contraindicações e efeitos secundários.^{2,9}

Fármacos Hipnóticos

As benzodiazepinas (BZD) e fármacos análogos têm indicação no tratamento da insônia quando os sintomas assumem caráter patológico, pelo que não devem ser utilizadas por rotina no tratamento sintomático de insônias leves a moderadas. Não devem utilizar-se simultaneamente mais do que uma BZD hipnótica ou fármaco análogo.²²

Previamente à prescrição de fármacos hipnóticos, o doente deverá ser informado sobre o risco de habituação, risco de síndrome de privação, risco de toxicidade com a ingestão concomitante de álcool e/ou sedativos, risco de interferir com as funções psicomotoras e risco de quedas (especialmente nos idosos).²²

Agonista dos recetores das benzodiazepinas

Estes fármacos produzem um efeito hipnótico semelhante às benzodiazepinas, tendo como exemplo o zolpidem (Quadro 2).^{2,4,9,23}

Quadro 2. Agonista dos recetores da benzodiazepinas.

Substância Ativa	Dose diária (mg)	Início de ação	Duração de ação	Semi-vida (horas)	Contraindicações	Precauções
Zolpidem	5-10*	Rápido	Curta	1,5 a 2,4	- SAOS - Insuficiência pulmonar - Depressão respiratória - Miastenia <i>gravis</i> - IH grave - Psicose - Gravidez e aleitamento	- Depressão - História de abuso de tóxicos - IH ou IR - Idosos

Fonte:^{4,13,25} SAOS: Síndrome apneia obstrutiva do sono; IH: insuficiência hepática; IR: insuficiência renal. * Na mulher 5mg devido a risco aumentado na condução.

O uso deste fármaco está recomendado no tratamento da insônia a curto prazo, especialmente na insônia inicial.²³ O zolpidem diminui a latência do sono e o número de despertares noturnos e aumenta a duração e a qualidade do sono.⁴ O tratamento com este fármaco deve ser curto, com duração média inferior a quatro semanas.^{13,22}

Um ensaio clínico randomizado²⁴ mostrou eficácia do zolpidem até oito meses de tratamento, mas sem melhoria nos parâmetros subjetivos relativamente ao placebo.

Os efeitos secundários mais comuns são cefaleias, tonturas e sonolência.⁴ Em 2013, a *US Food and Drug Administration* recomendou o uso de uma dose menor que os 10mg/dia, especialmente em mulheres, visto que doses mais elevadas podem estar associadas a uma diminuição da capacidade de conduzir. Estudos mostraram que concentrações sanguíneas de 50ng/ml serão capazes de diminuir a capacidade de dirigir, sendo que estas doses encontram-se em cerca de 15% das mulheres que tomaram zolpidem 10mg oito horas antes.⁴

Benzodiazepinas

As BZD estão recomendadas apenas na fase aguda das queixas de insônia, na menor dose possível, com duração de duas a quatro semanas.²⁶

Estes fármacos diminuem a latência do sono e número de despertares noturnos, aumentando a duração e qualidade do sono. Adicionalmente, as BZD podem diminuir as queixas de ansiedade.¹⁵

Previamente à prescrição de BZD, dever-se-á avaliar a presença de causalidade ou comorbilidade física, abuso de álcool ou outras substâncias, miastenia gravis, insuficiência respiratória grave, apneia do sono, insuficiência hepática grave.²²

Nos pacientes com queixas de insônia inicial dever-se-á utilizar uma BZD de curta ação e nos pacientes com queixas de dificuldade de manutenção do sono é preferível uma BZD com ação mais prolongada (Quadro 3).⁴ O diazepam não deve ser utilizado, pois é de longa duração de ação e pode levar à acumulação de metabolitos ativos.⁴

Quadro 3. Benzodiazepinas.

Substância Ativa	Dose diária (mg)	Dose diária idoso (mg)	Início de ação	Duração de ação	Semi-vida (horas)	Interação CYP450
Triazolam	0,125 - 0,5	0,0625 - 0,125	Rápido	Curta	2 - 3	Sim
Brotizolam	0,125 - 0,25	0,125	Rápido	Curta	-	-
Estazolam	1 - 2	0,5	Rápido	Intermediário	10 - 24	Limitado
Loprazolam	1 - 2	0,5 - 1	Rápido	Intermediário	-	-
Lorazepam	2 - 4	0,5 - 1	Intermediária	Intermediário	10 - 20	Não
Temazepam	10 - 20	10	Intermediário	Intermediário	3 - 19	Não
Flurazepam	15 - 30	15	Rápido	Longo	47 - 100	Limitado
Diazepam*	5-10	5	Rápido	Longo	20-50	Limitado

Fonte: ^{2,4,23,25}. * Deve ser evitado devido a sua longa duração de ação e possibilidade de acumulação de metabolitos.

Os efeitos adversos mais comuns são sedação matinal, incoordenação motora, perturbações mnésicas, sonolência excessiva, atraso de tempo de reação, redução da libido e desinibição comportamental.^{12,23} Após duas a quatro semanas de utilização, aumenta o risco de desenvolver tolerância, dependência física e psicológica e síndrome de privação.⁹

Esta síndrome pode durar até três semanas após a suspensão de BZD de longa ação e caracteriza-se pela presença de sintomas de ansiedade, perda de apetite, tremor, sudorese e alterações perceptuais.²² A maioria dos hipnóticos são depressores respiratórios, pelo que podem agravar a síndrome da apneia obstrutiva do sono ou hipoventilação.^{4,23}

Antidepressivos

Os antidepressivos sedativos (Quadro 4) são fármacos comumente prescritos para o tratamento da insônia, embora conclusões que comprovem a sua eficácia sejam limitadas.²⁶ Geralmente, as doses utilizadas para indução do sono são inferiores às utilizadas no tratamento da depressão.²⁶

No momento atual, não há evidência que sustente a sua eficácia na insônia sem comorbilidades médicas ou psiquiátricas,¹¹ contudo, podem estar indicados como primeira linha quando a insônia está associada a sintomas depressivos ou de ansiedade ou em pacientes com abuso de substâncias.^{2,4,11,25}

Trazodona

Atualmente, não existe evidência sustentada da eficácia da trazodona no tratamento da insônia.^{13,27}

Quadro 4. Antidepressivos com efeito sedativo.

Substância Ativa	Dose inicial (mg)	Dose máxima diária (mg)	Início de ação (horas)	Duração de ação (horas)	Contraindicações e precauções
Agomelatina	25	50	-	-	- Disfunção hepática - Inibidores potentes CYP1A2 (ex. fluvoxamina, ciprofloxacina) - Monitorizar as transaminases séricas durante o tratamento
Amitriptilina	10-20	150	2-4	17-40	- Infarto Agudo do Miocárdio recente - Arritmias - Fase maníaca da doença bipolar - Doença hepática grave
Mianserina	30-40	90	-	-	- História de epilepsia - Deve-se fazer controle do hemograma ao fim de quatro semanas nos primeiros três meses
Mirtazapina	15	15	1,2-1,6	20-40	- Epilepsia - Alterações da função hepática e renal - Hipotensão - História de retenção urinária - Glaucoma de ângulo aberto - Psicose - História de doença bipolar - Gravidez e aleitamento
Trazodona	50	150	0,5-2	8	- Contraindicado - EAM recente - Epilepsia - Insuficiência hepática ou renal - Angina <i>pectoris</i> , distúrbios de condução ou bloqueios AV - Hipertireoidismo - Glaucoma de ângulo fechado agudo

Fonte: 2,4,23,29. EAM: enfarte de agudo do miocárdio; AV: auriculoventricular.

Um estudo randomizado concluiu que a trazodona ao final de uma semana de utilização melhorou a latência do sono, duração total do sono e número de despertares noturnos quando comparado com o placebo, contudo, na segunda semana de utilização não se verificaram diferenças entre a trazodona e o placebo.^{4,11,25}

Por outro lado, na depressão com insônia comórbida, estudos verificaram melhoria da qualidade do sono e do número de despertares noturnos.¹³

Mirtazapina, Amitriptilina, Mianserina

Não há evidência sustentada para a eficácia destes antidepressivos, não existindo estudos a longo prazo. Eles têm um potencial efeito benéfico na insônia associada à depressão.¹³

Agomelatina

Tem um efeito potencial na regulação do ritmo circadiano nos pacientes com depressão.^{26,28} Verifica-se uma melhoria da qualidade do sono, redução da latência do sono e redução dos despertares noturnos em pacientes com depressão comórbida.^{28,29} Aparentemente, tem menos efeitos secundários que outros antidepressivos, nomeadamente na disfunção sexual ou sintomas de descontinuação.³⁰

Antipsicóticos

Não estão recomendados em pacientes sem psicose, dado que não há evidência comprovada da sua eficácia.¹¹ Em relação à quetiapina, os benefícios no tratamento da insônia não superam os riscos potenciais da utilização do fármaco, mesmo em doentes com condições comórbidas, que possam justificar o seu uso.^{11,31}

Anti-histamínicos

Não há evidência que os anti-histamínicos melhorem as queixas de insônia.^{13,25} Por outro lado, podem causar sedação no dia seguinte, assim como estão associados a efeitos secundários como diminuição do tempo de reação, diminuição da capacidade cognitiva, delírio, alterações visuais, retenção urinária e constipação intestinal.¹³

Valeriana

Atualmente, existe uma baixa evidência do benefício da utilização de valeriana no tratamento da insônia.¹³ Contudo, o uso deste fármaco, em alguns estudos, parece ter algum efeito benéfico ao melhorar subjetivamente a qualidade do sono dos pacientes.^{13,32}

Melatonina

A melatonina apresenta efeitos modestos no tratamento da insônia sem comorbilidades, parecendo diminuir a latência do sono, aumentar o tempo total de sono e a qualidade do sono.^{27,31,33} Todavia, os efeitos observados são inferiores ao de outros tratamentos farmacológicos. A melatonina poderá ser uma escolha de tratamento na perturbação do sono relacionada com o ritmo circadiano.³³

Insônia em Situações Específicas

Existem algumas especificidades relativamente ao tratamento da insônia no idoso, durante a gravidez, em pacientes com abuso crônico de álcool e em pacientes com depressão (Quadro 5).^{4,34-36}

Critérios de Referência

São critérios de referência para os cuidados de saúde secundários a perturbação do sono relacionada com a respiração, sonolência diurna excessiva, narcolepsia, parassônias, dúvidas de diagnóstico, má resposta ao tratamento adequado (farmacológico ou não farmacológico) e referência para realização de TCC por profissionais especializados.^{2,9,45}

Conclusão

As queixas de insônia são muito prevalentes nos cuidados de saúde primários, pelo que o médico de família deve conhecer a melhor abordagem para o seu tratamento. Numa sociedade cada vez mais medicalizada, é importante que o médico de família reconheça e aplique a terapêutica não farmacológica.

Quadro 5. Tratamento da Insônia em Situações Específicas.

Idoso	<ul style="list-style-type: none"> • TCC é eficaz no tratamento da insônia do idoso.^{25,36-39} <ul style="list-style-type: none"> • Eficácia a longo prazo, tanto na melhoria subjetiva como objetiva da qualidade e tempo de sono.^{36,39} • Mais custo-efetiva que os hipnóticos e reduz a necessidade de utilização deste tipo de fármacos.³⁶ • Deverá ser considerada como terapêutica de 1ª linha na insônia crônica do idoso.^{25,36,37} • Hipnóticos: <ul style="list-style-type: none"> • Utilização com precaução, não estando recomendado o uso superior a um mês.^{37,38} • A utilização de benzodiazepinas de longa duração de ação deve ser evitada, devido ao aumento de risco de sedação diurna, quedas e confusão. Quando existir necessidade de as utilizar, dever-se-á usar a dose menor possível.³⁷ • Segundo os <i>2012 Beers Criteria da American Geriatrics Society</i>,⁴⁰ não está recomendada a utilização de BZD e o zolpidem não deverá ser utilizado mais do que 90 dias. • Outros Fármacos: <ul style="list-style-type: none"> • A melatonina parece ser eficaz, mas apresenta resultados contraditórios entre diferentes estudos.³⁶ <ul style="list-style-type: none"> • O consenso da <i>British Association for Psychopharmacology</i> recomenda que quando há indicação para o uso de um hipnótico num paciente com mais de 55 anos de idade, a melatonina de libertação prolongada deve ser utilizada previamente a outros fármacos.²⁵ • Atualmente, existe evidência fraca que recomende o uso de antidepressivos sedativos em idosos com insônia comórbida.^{36,37} • Relativamente aos anti-histamínicos, não existe evidência da sua eficácia, pelo que estes devem ser evitados devido aos efeitos secundários.^{36,37}
Gravidez	<ul style="list-style-type: none"> • Maioria dos hipnóticos e sedativos utilizados no tratamento da insônia são categorizados com nível C, D ou X.³⁴ • TCC é eficaz e mais custo-efetiva do que a farmacoterapia.³⁴ • Nota: Mulheres medicadas cronicamente com BZD ou fármacos análogos não devem suspender abruptamente quando confirmada a gravidez devido ao efeito de <i>rebound</i>. Dever-se-á elaborar um plano de descontinuação.⁴¹
Abuso Crônico do Álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento da dependência do álcool é o tratamento de primeira linha para a insônia relacionada com abuso do álcool.³⁵ • Pode persistir durante meses a anos após cessação dos consumos.⁴² • Durante a abstinência alcoólica: <ul style="list-style-type: none"> • TCC é o preferível pois tem efeitos a longo prazo.³⁵ • Trazodona é dos fármacos mais utilizados e estudados, deve ser evitada em pacientes com dificuldade em manter a abstinência alcoólica.^{35,42} • Gabapentina é frequentemente utilizada, particularmente útil em doentes com componente ansioso.³⁵ • Mirtazapina poderá ser útil nos pacientes deprimidos.³⁵ • Benzodiazepinas e fármacos análogos são geralmente evitados devido ao potencial risco para o abuso crônico, dependência e uso excessivo em combinação com álcool.³⁵ Estes fármacos são frequentemente utilizados na síndrome de abstinência alcoólica.²²
Depressão	<ul style="list-style-type: none"> • TCC e farmacoterapia são eficazes no tratamento da insônia e depressão.^{2,43} • Os antidepressivos com efeitos sedativos são eficazes em monoterapia no tratamento dos sintomas de insônia e depressão, como por exemplo a trazodona, mianserina, agomelatina.⁴⁴ • É preferível iniciar o tratamento com a utilização de apenas um fármaco que possa melhorar a sintomatologia da depressão e da insônia.⁴³ <ul style="list-style-type: none"> • Trazodona e a mirtazapina mostraram benefício no tratamento da insônia com depressão comórbida.⁴³ • Agomelatina mostrou benefício no tratamento dos sintomas de depressão e de insônia em pacientes com depressão major.^{28,44} • Coadministração de dois antidepressivos em pacientes com resposta inadequada ao tratamento em monoterapia.⁴⁴ • Adição de zolpidem ou BZD se a prescrição de um antidepressivo sedativo não for apropriada para o paciente.⁴³

Quando é necessária a utilização de medidas farmacológicas, o médico deve adequar o tratamento a cada situação específica e às características de cada paciente. É importante ter em conta todas as comorbidades do paciente e praticar uma Medicina apoiada também na prevenção quaternária.

Referências

1. Siebern AT, Suh S, Nowakowski S. Non-pharmacological treatment of insomnia. *Neurotherapeutics*. 2012;9(4):717-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s13311-012-0142-9>
2. Cavadas LF, Ribeiro L. Abordagem da insônia secundária do adulto nos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Med Port*. 2011;24(1):135-44.
3. Marques-Teixeira J. Consensos Psiquiátricos: Manual Prático para Clínicos Gerais. 2a ed. Linda-a-velha: VVKA; 2014.
4. Bonnet MH, Arand DL. Overview of insomnia. UpToDate 2015. [citado 2016 Set 20]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>
5. Falloon K, Arroll B, Elley CR, Fernando A 3rd. The assessment and management of insomnia in primary care. *BMJ*. 2011;342:d2899. PMID: 21622505 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d2899>
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
7. Riemann D, Nissen C, Palagini L, Otte A, Perlis ML, Spiegelhalder K. The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. *Lancet Neurol*. 2015;14(5):547-58. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00021-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00021-6)
8. Pinto Jr LR, Alves RC, Caixeta E, Fontenelle JA, Bacellar A, Poyares D, et al. New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia. *Arq Neuropsiquiatr*. 2010;68(4):666-75. PMID: 20730332 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2010000400038>
9. Spain. Ministry of Science and Innovation/Ministry of Health and Social Policy. Clinical Practice Guidelines for the Management of Patients with Insomnia in Primary Care. Madrid: Ministry of Health and Social Policy; 2009.
10. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2012;13:40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-13-40>
11. Roehrs T, Roth T. Insomnia pharmacotherapy. *Neurotherapeutics*. 2012;9(4):728-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s13311-012-0148-3>
12. Buysse DJ. Insomnia. *JAMA*. 2013;309(7):706-16. PMID: 23423416 DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.193>
13. University of Texas at Austin School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. Clinical guideline for the treatment of primary insomnia in middle-aged and older adults. University of Texas at Austin School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. Austin: University of Texas; 2014.
14. Koffel EA, Koffel JB, Gehrman PR. A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Med Rev*. 2015;19:6-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2014.05.001>
15. Ho FY, Chung KF, Yeung WF, Ng TH, Kwan KS, Yung KP, et al. Self-help cognitive-behavioral therapy for insomnia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev*. 2015;19:17-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2014.06.010>
16. Cheng SK, Dizon J. Computerised cognitive behavioural therapy for insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Psychother Psychosom*. 2012;81(4):206-16. PMID: 22585048 DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000335379>
17. Morgan K, Kucharczyk E, Gregory P. Insomnia: evidence-based approaches to assessment and management. *Clin Med (Lond)*. 2011;11(3):278-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.11-3-278>
18. Passos GS, Poyares DL, Santana MG, Tufik S, Mello MT. Is exercise an alternative treatment for chronic insomnia? *Clinics (Sao Paulo)*. 2012;67(6):653-60. DOI: [http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2012\(06\)17](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2012(06)17)
19. Yang PY, Ho KH, Chen HC, Chien MY. Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review. *J Physiother*. 2012;58(3):157-63. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70106-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70106-6)

20. Cheuk DK, Yeung WF, Chung KF, Wong V. Acupuncture for insomnia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(9):CD005472. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005472.pub3>
21. Lan Y, Wu X, Tan HJ, Wu N, Xing JJ, Wu FS, et al. Auricular acupuncture with seed or pellet attachments for primary insomnia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med.* 2015;15:103. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12906-015-0606-7>
22. Direção-Geral da Saúde. Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insônia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos. Norma nº 055/2011 de 27/10/2011 atualizada a 21/01/2015. [citado 2016 Set 20]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0552011-de-27122011.aspx>
23. Infarmed. *Prontuário Terapêutico online* - 2016. Infarmed/Ministério da Saúde. Internet [citado 2016 Set 20]. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/prontuario/index.php>
24. Randall S, Roehrs TA, Roth T. Efficacy of eight months of nightly zolpidem: a prospective placebo-controlled study. *Sleep.* 2012;35(11):1551-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.5665/sleep.2208>
25. Wilson SJ, Nutt DJ, Alford C, Argyropoulos SV, Baldwin DS, Bateson AN, et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. *J Psychopharmacol.* 2010;24(11):1577-601. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0269881110379307>
26. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet.* 2012;379(9821):1129-41. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60750-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60750-2)
27. Ramar K, Olson EJ. Management of common sleep disorders. *Am Fam Physician.* 2013;88(4):231-8. PMID: 23944726
28. Cardinali DP, Srinivasan V, Brzezinski A, Brown GM. Melatonin and its analogs in insomnia and depression. *J Pineal Res.* 2012;52(4):365-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-079X.2011.00962.x>
29. Laudon M, Frydman-Marom A. Therapeutic effects of melatonin receptor agonists on sleep and comorbid disorders. *Int J Mol Sci.* 2014;15(9):15924-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijms150915924>
30. Srinivasan V, Brzezinski A, Pandi-Perumal SR, Spence DW, Cardinali DP, Brown GM. Melatonin agonists in primary insomnia and depression-associated insomnia: are they superior to sedative-hypnotics? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2011;35(4):913-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2011.03.013>
31. Anderson SL, Vande Griend JP. Quetiapine for insomnia: A review of the literature. *Am J Health Syst Pharm.* 2014;71(5):394-402. PMID: 24534594 DOI: <http://dx.doi.org/10.2146/ajhp130221>
32. 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.* 2010;11(6):505-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2009.12.009>
33. Ferracioli-Oda E, Qawasmi A, Bloch MH. Meta-analysis: melatonin for the treatment of primary sleep disorders. *PLoS One.* 2013;8(5):e63773. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0063773>
34. Jones CR. Diagnostic and management approach to common sleep disorders during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2013;56(2):360-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/GRF.0b013e31828f2717>
35. Brower KJ. Assessment and treatment of insomnia in adult patients with alcohol use disorders. *Alcohol.* 2015;49(4):417-27. PMID: 25957855 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.alcohol.2014.12.003>
36. Wennberg AM, Canham SL, Smith MT, Spira AP. Optimizing sleep in older adults: treating insomnia. *Maturitas.* 2013;76(3):247-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.05.007>
37. Rodriguez JC, Dzierzewski JM, Alessi CA. Sleep problems in the elderly. *Med Clin North Am.* 2015;99(2):431-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2014.11.013>
38. Alessi C, Vitiello MV. Insomnia (primary) in older people. *BMJ Clin Evid.* 2011;2011 pii: 2302.
39. Buysse DJ, Germain A, Moul DE, Franzen PL, Brar LK, Fletcher ME, et al. Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. *Arch Intern Med.* 2011;171(10):887-95. PMID: 21263078 DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2010.535>

40. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(4):616-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03923.x>
41. Okun ML, Ebert R, Saini B. A review of sleep-promoting medications used in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(4):428-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.10.1106>
42. Kolla BP, Mansukhani MP, Schneekloth T. Pharmacological treatment of insomnia in alcohol recovery: a systematic review. *Alcohol Alcohol.* 2011;46(5):578-85. PMID: 21715413 DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agr073>
43. Murphy MJ, Peterson MJ. Sleep Disturbances in Depression. *Sleep Med Clin.* 2015;10(1):17-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsmc.2014.11.009>
44. Staner L. Comorbidity of insomnia and depression. *Sleep Med Rev.* 2010;14(1):35-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2009.09.003>
45. Romero CA. Trastornos del sueño. In: semFYC, ed. *Guía de actuación en atención primaria.* 4a ed. Barcelona: semFYC; 2011.

Nelson Ferreira Ribeiro. Unidade de Saúde Familiar Santa Clara,
ACES Grande Porto IV Póvoa de Varzim. Vila do Conde, Portugal.
nelson_f_ribeiro@hotmail.com (*Autor correspondente*)