

TeleCondutas[®]

Avaliação e manejo da insônia



Versão digital
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS/UFRGS
Rua Dona Laura, 320 - 11º andar
Bairro Rio Branco
CEP: 90430 - 090 - Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333-7025
Site: www.telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Coordenação Geral:
Roberto Nunes Umpierre
Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organizadores:
Milena Rodrigues Agostinho Rech
Elise Botteselle de Oliveira
Rudi Roman

Autores:
Fernanda Lucia Capitanio Baeza
Milena Rodrigues Agostinho Rech
Elise Botteselle de Oliveira
Dimitris Rucks Varvaki Rados
Ligia Marroni Burigo

Designer:
Iasmine Paim Nique da Silva
Lorenzo Costa Kupstaitis

Revisão ortográfica e normalização:
Rosely de Andrades Vargas

TELECONDUTAS Nº 23 - AVALIAÇÃO E MANEJO DA INSÔNIA

Sumário

[Introdução](#)

[Retirada de benzodiazepínico](#)

[Avaliação Geral](#)

[Preocupações com uso de amitriptilina](#)

[Avaliação Objetiva](#)

[Fármacos não recomendados na APS](#)

[Avaliação e Manejo em situações específicas](#)

[Avaliação longitudinal da insônia](#)

[Intervenções Não-Farmacológicas](#)

[Fluxograma para avaliação e manejo da insônia](#)

[Manejo Farmacológico na APS](#)

Introdução

A insônia é o mais prevalente dos transtornos do sono. É definida como a insatisfação com a qualidade ou a quantidade de sono, que ocorre a despeito de adequada oportunidade para dormir e que impõe ao indivíduo algum tipo de prejuízo durante o dia. A prevalência da insônia crônica em sociedades industrializadas é de 5 a 10%. Entre pessoas portadoras de doença crônica (psiquiátricas ou não) e idosos, a prevalência é significativamente maior. Trata-se de queixa frequente na Atenção Primária à Saúde (APS).

Este material contempla as situações mais comumente associadas a insônia na APS, assim como o manejo inicial desta queixa. Está baseado em extensa revisão das evidências disponíveis na literatura, em boas práticas clínicas e adaptado à realidade brasileira, considerando as intervenções terapêuticas disponíveis.

Avaliação geral

Na avaliação de um paciente com insônia é importante definir alguns pontos:

- a. **Tempo de evolução:** A insônia aguda dura menos de 3 meses e está temporalmente associada a algum evento estressante identificável. A resolução costuma ocorrer com a cessação do fator estressor ou com a adaptação do indivíduo à situação. Os quadros de insônia que duram mais de três meses são considerados crônicos.
- b. **Características da insônia:** Deve-se avaliar a dificuldade para iniciar o sono (insônia inicial), manter o sono (insônia intermediária) e despertares precoces pela manhã sem possibilidade de voltar a dormir (insônia terminal).

- c. **Consequências diurnas:** avaliar a presença de sonolência diurna, cansaço ou irritabilidade associada.
- d. **Hábitos de sono:** Investigar a hora habitual de deitar e levantar, atividades que realiza no final do dia, assim como hábitos de cochilar e dormir durante o dia.
- e. **Hábitos alimentares:** quantificar o uso de café, chimarrão, refrigerantes, álcool e outros estimulantes.
- f. **Revisão de outros problemas de saúde:** teoricamente, qualquer condição de saúde pode se relacionar com insônia. Destaca-se os problemas pulmonares crônicos como **asma e DPOC, apneia obstrutiva do sono, doença do refluxo gastroesofágico, hipertireoidismo, menopausa, insuficiência cardíaca e dor crônica.**
 - **Listar todos os fármacos de uso atual e hora de administração:** Fármacos como a **teofilina**, betabloqueadores (**atenolol, metoprolol**), corticoides de efeito sistêmico, **broncodilatadores, diuréticos**, psicofármacos (fluoxetina e outros ISRS, bupropiona, metilfenidato) podem causar ou piorar a insônia.
- g. **Identificar a presença de transtorno psiquiátrico:** A insônia pode ser um sintoma relacionado a um episódio depressivo ou um transtorno de ansiedade atual. Assim, diante desta queixa, devemos investigar ativamente a presença destes transtornos.

Avaliação objetiva

A avaliação objetiva da insônia pode ser realizada através dos instrumentos disponibilizados pelo DSM-5.

Quadro 1 - Instrumento de triagem para distúrbios do sono

Durante as duas últimas semanas, o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado pelo seguinte problema?					
	Nada (De modo algum)	Muito leve (Raramente, menos de um ou dois dias)	Leve (Vários dias)	Moderado (Mais da metade dos dias)	Grave (Quase todos os dias)
Problemas com o sono que afetaram a qualidade do seu sono em geral?	0	1	2	3	4

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014).

Pacientes com resposta marcada como “Leve” ou maior têm rastreamento positivo para distúrbios do sono e requerem investigação adicional (Quadro 2).

Quadro 2 – Escala PROMIS de avaliação de distúrbios do sono

Nos últimos 7 dias...	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
Meu sono foi agitado	1	2	3	4	5
Estou satisfeito com meu sono	5	4	3	2	1
Meu sono foi reparador	5	4	3	2	1
Tive problemas para pegar no sono	1	2	3	4	5
Nos últimos 7 dias...	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Eu tive problemas para me manter dormindo	1	2	3	4	5
Dormi mal	1	2	3	4	5
Dormi o suficiente	5	4	3	2	1
Nos últimos 7 dias...	Muito fraca	Fraca	Razoável	Boa	Muito Boa
A qualidade do meu sono foi...	5	4	3	2	1

Interpretação: até 24 pontos: não significativo; 25 a 29 pontos: leve; 30-37 pontos: moderado; > 38: grave
 Fonte: Silva e Costa, Z et. al. (2014).

Pacientes com pontuação entre 25 e 29 pontos são considerados com insônia leve. Aqueles que somarem 30 a 37 pontos têm insônia moderada. Pacientes com mais de 38 pontos têm insônia com padrão considerado grave.

Avaliação e manejo da insônia em situações específicas

Insônia relacionada a outros problemas de saúde

Caso seja identificada uma condição clínica causadora ou agravante da insônia, o próximo passo para a resolução é iniciar ou otimizar o tratamento para tal condição.

Insônia relacionada ao uso de fármacos

Caso seja identificado algum fármaco potencialmente causador de insônia (betabloqueadores, corticoides, teofilina, broncodilatadores) o simples ajuste de horário de administração ou de dose pode resolver ou aliviar a insônia.

Psicofármacos com características mais ativadoras do sistema nervoso central como a bupropiona, metilfenidato, fluoxetina, etc., podem causar insônia e devem ser administrados o mais cedo possível (pela manhã, ao acordar). Se possível, deve-se considerar diminuir a dose ou suspender estes fármacos.

A polifarmácia de psicofármacos, entre outros problemas, pode causar alterações no ritmo circadiano. Nestes casos, deve-se fazer uma revisão aprofundada e detalhada dos psicofármacos em uso, bem como sua indicação. Muitas vezes, o uso excessivo de psicofármacos sedativos pode contribuir para a dificuldade de despertar pela manhã, causar sonolência diurna e assim favorecer cochilos durante o dia, ocasionando insônia à noite. Tal círculo vicioso pode perpetuar a insônia em vez de tratá-la. Alguns exemplos de fármacos sedativos que podem perpetuar o ciclo de insônia:

- **Antipsicóticos** como clorpromazina, levomepromazina, quetiapina
 - Nenhum antipsicótico está recomendado para manejo da insônia, havendo recomendação da APA desencorajando o seu uso para este fim. Em caso de pacientes sem outra indicação para uso de antipsicóticos, recomenda-se a suspensão do fármaco, associado a medidas não farmacológicas para ajuste do sono.
- **Benzodiazepínicos** como diazepam e clonazepam
 - Benzodiazepínicos de longa ação como o diazepam e o clonazepam tem efeito residual diurno e podem perpetuar o ciclo da insônia. Além disso, é recomendado evitar o uso de tais fármacos por mais de 4 semanas.
- **Anti-histamínicos** como a prometazina
 - Estão associados com sonolência diurna, em especial os de primeira geração.
- **Antidepressivos** como a amitriptilina, imipramina, nortriptilina, trazodona.

Insônia relacionada a transtorno de ansiedade ou depressão ainda não identificada

A insônia pode ser uma manifestação de um transtorno psiquiátrico, mais comumente um episódio depressivo ou transtorno de ansiedade. Assim, pacientes com queixas de insônia devem ser investigados para a presença de transtorno depressivo e de ansiedade.

Para transtornos depressivos, uma resposta “Sim” em qualquer um dos dois itens do quadro 3 corresponde a triagem positiva e indica necessidade de avaliação complementar.

Quadro 3 – Instrumento de triagem para episódio depressivo (PHQ-2)

Durante o último mês, você:	Sim	Não
Se sentiu incomodado por estar “para baixo”, deprimido ou sem esperança?		
Se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? *		

*Triagem positiva: qualquer resposta marcada como sim
 Fonte: LIMA OSÓRIO et.al. (2009).

Para transtornos de ansiedade, a triagem é considerada positiva quando qualquer um dos itens do quadro 4 é marcado como leve (presente vários dias) ou acima, indicando a necessidade de avaliação diagnóstica completa.

Quadro 4 – Instrumento de triagem para transtornos de ansiedade

Durante as duas últimas semanas, o quanto você foi perturbado pelos seguintes problemas:	Nada De modo algum	Muito leve Raramente, menos de um ou dois dias	Leve Vários dias	Moderado Mais da metade dos dias	Grave Quase todos os dias
Sentiu-se nervoso, ansioso, assustado, preocupado ou tenso?					
Sentiu pânico ou se sentiu amedrontado?					
Evitou situações que o deixam ansioso?*					

*Triagem positiva: qualquer resposta marcada como leve ou mais
 Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014).

Para pacientes com diagnóstico confirmado, recomenda-se iniciar tratamento para o transtorno identificado.

- **Episódio depressivo**

Caso na investigação da insônia seja identificado um episódio depressivo moderado a grave, deve-se iniciar tratamento medicamentoso.

- Pelo perfil de eficácia e tolerabilidade, usualmente recomenda-se usar um fármaco ISRS (fluoxetina, sertralina, citalopram, etc.). Neste caso, espera-se a melhora ou resolução da insônia acompanhando o efeito antidepressivo do fármaco, o que pode demorar até 6 semanas.
- Caso a insônia seja um sintoma muito importante e incômodo, recomenda-se escolher um antidepressivo com perfil mais sedativo para iniciar o

tratamento da depressão, como **amitriptilina**, **nortriptilina**, **paroxetina**, **mirtazapina** ou **trazodona**.

- **Transtorno de ansiedade**

Caso seja identificado algum transtorno de ansiedade relacionado à insônia, o tratamento farmacológico com os ISRS mais tradicionais (fluoxetina, sertralina, citalopram, etc.) deve refletir em melhora da insônia em médio ou longo prazo. Caso a insônia seja um sintoma muito importante e incômodo, pode-se:

- Escolher um fármaco para tratamento da ansiedade com perfil mais sedativo, como a **paroxetina**;
- Associar um benzodiazepínico de longa ação (preferentemente clonazepam) ao ISRS, por um período máximo de 4 semanas. Deve-se utilizar uma dose inicial mínima à noite.

Insônia relacionada a transtorno de ansiedade ou depressão já em tratamento

Em pacientes já em tratamento com queixas de insônia, deve-se estar atento para a presença de outros sintomas que chamem atenção para a recidiva de um episódio depressivo ou de ansiedade. Nestes casos, deve-se:

- Revisar os psicofármacos em uso: a prescrição atual está de acordo com o transtorno do paciente?
- É possível que o paciente esteja com problemas em aderir aos fármacos e doses prescritas?
- O primeiro passo é otimizar o tratamento farmacológico, ajustando as doses dos fármacos em uso.
 - Lembre-se: antes de acrescentar outro fármaco no tratamento da depressão e da ansiedade em pacientes em monoterapia, é preferível aumentar a dose do fármaco já em uso até a máxima dose recomendada.

Intervenções não farmacológicas

Todos os pacientes com insônia, independente da causa, devem receber orientações gerais para mudanças de hábito. As medidas não farmacológicas podem ser aplicadas como uma intervenção isolada ou combinada com outras intervenções, conforme o caso. Preferencialmente devem ser o manejo inicial, com duração por período de até 4 semanas para avaliar resposta. Embora sejam intervenções baratas e eficazes na melhora da qualidade do sono, tais medidas podem não ser bem recebidas

pelo paciente insone, pois envolve um processo de mudança de hábitos. Pode ser difícil aplicar todas essas mudanças de uma só vez. Também, tais intervenções podem não estar de acordo com a realidade do indivíduo. O quadro 5 resume as principais recomendações não farmacológicas indicadas.

Quadro 5 – Medidas não farmacológicas para manejo da insônia na atenção primária: higiene do sono, controle de estímulos e restrição de tempo de cama

1. O quarto de dormir deve ser escuro e silencioso*
2. Deve-se ter horário regular para deitar e levantar. Mesmo que não se consiga dormir no horário desejado, deve-se acordar na mesma hora pela manhã.
3. Restringir o tempo de cama: estabelecer um limite máximo diário de tempo passado na cama.
4. Evitar cochilos ou permanecer deitado durante o dia.
5. Não consumir café, bebidas com cafeína ou álcool nas 8 horas antes da hora programada para dormir.
6. Evitar cigarro, especialmente a partir do fim da tarde.
7. Exercitar-se regularmente, preferencialmente mais de 4 a 5 horas antes de dormir *
8. Evitar uso prolongado de telas emissoras de luz (notebooks, tablets, smartphones) antes de dormir. Tirar eletrônicos do quarto.
9. Usar a cama apenas para sono e sexo: não assistir televisão, comer ou preocupar-se na cama.
10. Levantar-se caso não consiga dormir após 20 minutos na cama, sair do quarto e realizar alguma atividade relaxante (como ler ou ouvir alguma música calma). Voltar para cama quando sono retornar.

*Quando não é possível mudar o ambiente, o paciente pode utilizar recursos como máscara para olhos e tampões de ouvidos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).

Algumas dicas podem ajudar a aplicar as medidas não-farmacológicas na prática clínica:

- **Adapte as medidas à realidade do indivíduo.** Escolha as medidas que fazem sentido na vida do paciente e flexibilize aquelas que parecem impossíveis (por exemplo, se o paciente gosta muito de assistir televisão à noite, recomende que ele restrinja o uso de telas de celular e computador).
- **Comece devagar.** Muitas recomendações dadas ao mesmo tempo podem sobrecarregar o paciente. Portanto, vá devagar. Num primeiro contato, escolha até 3 medidas não-farmacológicas, ampliando as mudanças conforme a evolução do paciente.
- **Priorize a decisão compartilhada.** Ao invés de “prescrever” as medidas, escolha com o paciente quais são as que fazem mais sentido e são mais factíveis num primeiro momento. As recomendações que são fruto de consenso entre médico e paciente serão mais facilmente aceitas e postas em prática.
- **Mostre que vale a pena.** Ressalte que tais mudanças de hábito não só aliviam a insônia agudamente, como melhoram a qualidade do sono para a vida toda

- **Complete com recomendações por escrito.** Prefira escrever as recomendações em receituário comum, com sua própria letra (assim, fica claro que as medidas não farmacológicas são análogas às farmacológicas), com linguagem fácil e recomendações específicas. Por exemplo:

Figura 1 - Exemplo de medidas não farmacológicas “prescritas” em receituário comum:

- 1) *Sair da cama todos os dias às 8h, mesmo que tenha ido dormir tarde*
- 2) *Último chimarrão e último café do dia até às 15h*

Manejo farmacológico da insônia na APS

O manejo farmacológico específico da insônia está indicado nas situações a seguir:

- **Quando as medidas não farmacológicas não forem suficientes.** Em geral, quando ocorre falha após um período de até 4 semanas;
- **Quando o manejo adequado das condições clínicas associadas não é suficiente para resolver a insônia;**
- **Quando as medidas não farmacológicas não forem possíveis;**
- **Preferência do paciente.**

Hipnóticos não-benzodiazepínicos, como o **zolpidem**, são atualmente considerados **os fármacos de primeira escolha**, pelo seu perfil farmacológico de curta ação e poucos resíduos diurnos. O *Food and Drug Administration (FDA)* recomenda iniciar zolpidem sempre com a mínima dose possível (quadro 6).

Benzodiazepínicos de curta ação, como o **lorazepam** também podem ser úteis nestas situações. Embora sejam efetivos, os efeitos adversos relacionados ao uso prolongado destas medicações, como comprometimento de memória, potencial para causar tolerância e dependência, aumento do risco de quedas (especialmente no idoso), limitam o uso destes fármacos. Caso a escolha recaia sobre um benzodiazepínico, deve-se discutir com o paciente os potenciais problemas relacionados ao uso, além de estabelecer um plano claro de uso para o fármaco.

Antidepressivos em baixa dose, como a **amitriptilina**, a **trazodona** ou a **mirtazapina** podem ser utilizados quando o zolpidem não é conveniente. Não há estudos suficientes na literatura para que estes fármacos sejam recomendados pelos *guidelines* ou aprovados para o uso por instituições como FDA. Entretanto, são alternativas viáveis.

A escolha do fármaco deve ser individualizada de acordo com as preferências do paciente, a disponibilidade do fármaco, e os potenciais riscos e benefícios, custos e particularidades do paciente.

Quadro 6 – Farmacoterapia da insônia				
Fármaco	Apresentações	Dose inicial (mg)	Dose máxima* (mg)	Observações / Precauções
Zolpidem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 mg sublingual ▪ 10 mg ▪ 6,25 ou 12,5 mg de longa ação (CR) 	5 ou 6,25	10 ou 12,5	<p>- As formulações de longa ação são úteis para pacientes com despertar precoce com uso de formulações de curta ação.</p> <p>Pode causar amnésia anterógrada.</p>
Lorazepam	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 ou 2 mg 	1	2	<p>- Não recomendado para uso crônico.</p> <p>- Benzodiazepínico de curta ação</p>
Amitriptilina	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 e 25 mg 	12,5	50	<p>- Não aprovado pelo FDA para insônia.</p> <p>- Sedação relacionada a efeito anti-histamínico</p>
Trazodona	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 50 e 150 mg 	25	50	<p>- Não aprovado pelo FDA para insônia</p>
Mirtazapina	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 30 e 45 mg 	15	30	<p>- Não aprovado pelo FDA para insônia</p>

*As doses máximas referem-se às recomendadas para insônia, e não à dose máxima recomendada para o fármaco em si.

Fonte: TelessaudeRS-UFRGS (2018)

Retirada do benzodiazepínico

Considerando o potencial para fenômenos de abstinência, a suspensão dos benzodiazepínicos (BZD) após o período de tratamento recomendado sempre deve ser realizada de forma gradual. Embora um período de 4 a 8 semanas seja suficiente para a maioria das pessoas, a velocidade da redução costuma ser determinada pela capacidade do indivíduo de tolerar os sintomas secundários ao processo de suspensão. Períodos longos (superiores a 6 meses) devem ser evitados para que a retirada do benzodiazepínico não se torne o foco maior de preocupação em saúde da pessoa.

Entendendo os problemas relacionados ao uso de benzodiazepínicos

Uma parcela de pessoas que usam algum benzodiazepínico poderá apresentar algum problema relacionado ao uso. Tais problemas são mais frequentes entre usuários de longa data, de altas doses, de baixo nível educacional ou que têm transtornos relacionados a outras substâncias.

Tolerância: uma dose cada vez maior da substância é necessária para obter o mesmo efeito.

Abstinência: sinais e sintomas que ocorrem quando o nível da substância diminui, num indivíduo que vinha em uso de longa data e/ou em grandes quantidades. O indivíduo tende a procurar a substância para aliviar a abstinência. Os fenômenos de abstinência são mais comuns no uso de benzodiazepínicos de curta ação, como o lorazepam, e na descontinuação abrupta de benzodiazepínicos. Manifestações comuns de abstinência de BZD são tremores, insônia, irritabilidade e ansiedade “rebote”.

Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos e ansiolíticos: é um conjunto de sintomas físicos e comportamentais, presentes por pelo menos um ano, relacionado ao uso problemático dessas substâncias. Sua ocorrência é mais rara que os fenômenos de tolerância e abstinência isoladamente.

Os critérios diagnósticos para transtornos por uso de substâncias encontram-se no Anexo.

Para pacientes que estiveram em uso de BZD para insônia pelo período máximo indicado (até 4 semanas), sem outras complicações, pode-se retirar 50% da dose por semana até a suspensão completa.

Para pacientes em uso prolongado de BZD, embora não exista uma fórmula universal, algumas estratégias de redução recomendadas podem servir de parâmetro:

- **Doses baixas** (como até 10 mg de Diazepam ou 0,5 mg de Clonazepam) e/ou **pessoas com facilidade em tolerar a retirada:** Reduzir a dose em 50% a cada semana.
- **Para doses moderadas a altas e/ou pessoas com dificuldade em tolerar a retirada:**
 - Reduzir a dose entre 10% e 25% a cada 2 semanas; ou
 - Reduzir a dose em no máximo o equivalente a 5 mg de Diazepam (ou 0,25 mg de Clonazepam) por semana, ajustando a velocidade da redução de acordo com a tolerância da pessoa. Quando a dose diária estiver abaixo do equivalente a 20 mg de Diazepam (ou 1 mg de Clonazepam), tornar o processo mais lento, reduzindo o equivalente a 2 mg de Diazepam (ou 0,1 mg de Clonazepam) por semana; ou

- Reduzir 10% da dose original a cada 1 a 2 semanas até que seja atingida uma dose de 20%. Então, reduzir a uma taxa de 5% da dose original a cada 2 a 4 semanas.

Como as estratégias sugeridas incluem fracionamentos de doses, pode-se lançar mão das diversas formulações disponíveis para benzodiazepínicos (comprimidos de diferentes dosagens e formulações líquidas).

A mudança de um benzodiazepínico de curta ação para outro, de longa ação, embora sugerida por alguns autores, não apresenta vantagens claras. Sabe-se que a retirada de benzodiazepínicos de curta ação apresenta menores índices de sucesso em comparação com a retirada dos de longa ação, mas a mudança de um fármaco de meia-vida curta para um de meia-vida longa não está associada a melhores desfechos. Doses muito altas (equivalentes a 100 mg ou mais de Diazepam) podem requerer hospitalização para sua retirada, em função do risco de sintomas graves de abstinência.

Preocupações relacionadas ao uso de amitriptilina

- O uso de amitriptilina está contraindicado entre pacientes que tiveram infarto do miocárdio no último mês;
- A prescrição de amitriptilina deve ser cautelosa – ou seja, pesar riscos e benefícios, considerar outras alternativas e, caso opte-se pela amitriptilina, usar a mínima dose possível - entre pacientes com:
 - Distúrbios de condução cardíaca
 - Prostatismo e retenção urinária
- Para pacientes sem fatores de risco para morte súbita e em doses baixas de tricíclicos (doses menores que 100 mg de amitriptilina, imipramina e clomipramina ou 62,5 mg de nortriptilina), não é necessário realizar eletrocardiograma antes nem durante o uso do fármaco.

Fármacos não recomendados para o manejo da insônia na APS

Antipsicóticos

Nenhum antipsicótico (quetiapina, clorpromazina, levomepromazina, etc) está indicado no manejo da insônia. Tanto o FDA quanto a APA (*American Psychiatric Association*) apoiam e explicitam esta recomendação. A prescrição destes fármacos para insônia em pacientes não psicóticos não está recomendada pela falta de estudos que comprovem sua eficácia e pelos efeitos adversos relacionados (ganho de peso, efeitos extrapiramidais como tremor, rigidez e bradicinesia, risco de discinesia tardia). **Em idosos, efeitos anticolinérgicos dos antipsicóticos estão relacionados a maior risco de quedas. Existem evidências que sugerem ainda aumento da mortalidade de idosos em uso de antipsicóticos, embora tal achado ainda não esteja consolidado.**

Melatonina

A melatonina não está recomendada como tratamento inicial para a insônia de pacientes em geral, considerando as evidências disponíveis no momento. No entanto, pode ser considerada como alternativa de tratamento nas seguintes situações: insônia primária em pacientes com mais de 55 anos e insônia relacionada a *jet-lag*.

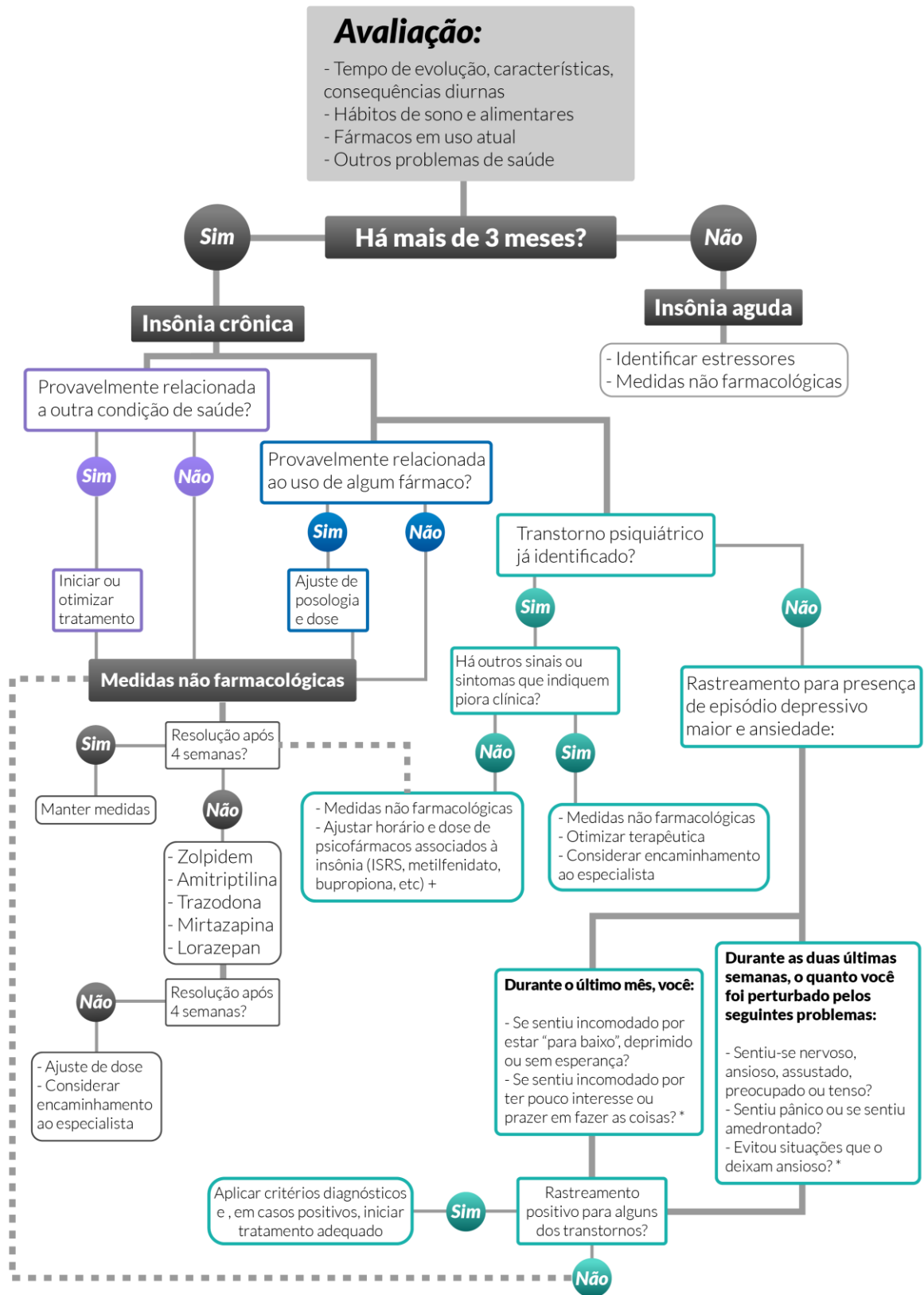
Avaliação longitudinal da insônia

Nas reavaliações de pacientes com queixas de insônia, devemos atentar para os seguintes aspectos:

- É comum pacientes não conseguirem aderir a todas as recomendações não farmacológicas para a insônia. Na assistência continuada, é importante reforçar as recomendações e adaptá-las para a realidade de cada paciente.
- A avaliação da resposta às intervenções deve considerar aspectos quantitativos (quantidade de horas dormidas, tempo até conseguir pegar no sono, número de despertares noturnos) e qualitativas (a satisfação do paciente em relação ao sono e a sensação de estar mais descansado durante o dia). A escala PROMIS de avaliação dos distúrbios do sono (quadro 2) pode ser utilizada para quantificar a resposta às intervenções.
- É importante lembrar que à medida que o indivíduo envelhece, diminui o número de horas dormidas por dia. Além disso, pessoas que dormem muito cedo tendem a despertar precocemente. Nestas situações, é importante contar as horas totais dormidas e sugerir que o paciente se deite mais tarde caso se incomode com o despertar precoce.
- Recomenda-se que as intervenções farmacológicas para a insônia não relacionada a transtornos mentais não se estenda por mais que 4 semanas, especialmente quando se trata de benzodiazepínicos ou zolpidem. A escolha por manter tais medicações em uso mais prolongado deve ser julgada caso a caso.

O fluxograma a seguir resume os principais passos para avaliação e manejo da insônia na Atenção Primária à Saúde.

Figura 2 – Fluxograma para avaliação e manejo da insônia na APS.



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2018).

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5**. 5. ed.. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BONNET, M. H.; ARAND, D. **Behavioral and pharmacologic therapies for chronic insomnia in adults** [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-insomnia-in-adults>>. Acesso em: 19 set. 2018.

CHOOSING WISELY. **American Psychiatric Association**: Five things physicians and patients should question [Internet]. Philadelphia: Choosing Wisely, 2018. Disponível em: <http://www.choosingwisely.org/societies/american-psychiatric-association/>

CORDIOLI, A.V.; GALOIS, C.B.; ISOLAN, L. Amitriptilina. In: _____. **Psicofármacos: consulta rápida**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 54-57.

CORDIOLI, A.V.; GALOIS, C.B.; ISOLAN, L. Melatonina. In: _____. **Psicofármacos: consulta rápida**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 270-272

GERHARD, T. et al. Comparative mortality risks of antipsychotic medications in community-dwelling older adults. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 205, n. 1, p. 44-51, 2014.

HULSHOF, T. A. et al. The mortality risk of conventional antipsychotics in elderly patients: A systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. **Journal of the American Medical Directors Association**, Hagerstown, v. 16, n. 10, p. 817-824, 2015.

MARGIS, R. et al. Insônia. In: CORDIOLI, A. V.; GALOIS, C. B.; ISOLAN, L. (Org.). **Psicofármacos: consulta rápida**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 596-603.

LIMA OSÓRIO F. et al. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. **Perspectives in Psychiatric Care**, Hillsdale, v. 45, n. 3, p. 216-227, 2009

SATEIA, M. J. et al. Clinical Practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, Darien (IL), v. 13, n. 2, p. 307-349, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5263087/>>. Acesso em: 19 set. 2018.

SILVA e COSTA, Z. et al. Tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa dos domínios Distúrbios do Sono e Distúrbios da Vigília do Patient-Reported-Outcomes Measurement Information System (PROMIS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.7, p. 1391-1401, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000701391&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 set. 2018.

SILVEIRA, I. E. et al. Alterações do Sono. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. cap. 74, p. 734-744.

TELESSAÚDERS-UFRGS. **Pergunta da semana**. Como fazer a retirada de um benzodiazepínico? [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em:

<<https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/ps-ansioliticos-benzodiazepinicos-dependencia/>>. Acesso em: 19 set. 2018.

TELESSAÚDERS-UFRGS. **Telecondutas**: Ansiedade. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017.

Disponível em: Disponível em:

<https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Ansiedade_20170331.pdf>. Acesso em: 19 set. 2018.

TELESSAÚDERS-UFRGS. **Pergunta da semana**. É sempre necessário solicitar um ECG antes de prescrever um antidepressivo tricíclico? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2016. Disponível em:

<<https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/antidepressivo-triciclico/>>. Acesso em: 19 set. 2018.

UPTODATE. **Amitriptiline**: Drug information. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em:

<<https://www.uptodate.com/contents/amitriptyline-drug-information>>. Acesso em: 19 set. 2018.

ANEXO

Critérios diagnósticos para Transtorno por uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos

A. Um padrão problemático de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

1. Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são frequentemente consumidos em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção do sedativo, hipnótico ou ansiolítico, na utilização dessas substâncias ou na recuperação de seus efeitos.
4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar o sedativo, hipnótico ou ansiolítico.
5. Uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo: ausências constantes ao trabalho ou baixo rendimento do trabalho relacionado ao uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos).
6. Uso continuado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos dessas substâncias (por exemplo: discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; agressões físicas).
7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Transtorno por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos

8. Uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física (por exemplo: conduzir veículos ou operar máquinas durante comprometimento decorrente do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos).
9. O uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente provavelmente causado ou exacerbado por essas substâncias.
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores do sedativo, hipnótico ou ansiolítico para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
 - b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade do sedativo, hipnótico ou ansiolítico.

Nota: Este critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso de sedativo, hipnótico ou ansiolítico se dá sob supervisão médica.

11. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

- a. Síndrome de abstinência característica de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
- b. Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (ou uma substância estreitamente relacionada, como álcool) são consumidos para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Nota: Este critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso de sedativo, hipnótico ou ansiolítico se dá sob supervisão médica.

TeleCondutas[®]



0800 644 6543

Para esclarecer dúvidas de:

Médicos da Atenção Primária à Saúde do Rio Grande do Sul

