



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

RONALDO DUARTE ALVES JUNIOR

MANEJO CLÍNICO DA INSÔNIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

SÃO PAULO  
2020

RONALDO DUARTE ALVES JUNIOR

MANEJO CLÍNICO DA INSÔNIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: CRISTIANE LOPES DE SOUZA

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

A insônia é uma das perturbações do sono mais frequentes, sendo uma das principais queixas dos pacientes dos usuários da atenção básica. A perturbação de insônia está associada a aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, psiquiátricas e acidentes, estando igualmente associada a maiores custos em saúde. 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.

## **Palavra-chave**

Terapia Comportamental. Qualidade de Vida. Abuso de Substâncias Psicoativas. Psicotrópicos. Insônia.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

**Um dos principais problemas enfrentados na UBS Jardim Carla, na qual atuei como médico da família por um ano, foi alto número de pacientes com queixas relacionadas à insônia, muitos deles já com diagnóstico associado de dependência química a benzodiazepínicos. A insônia é definida por dificuldades recorrentes em iniciar e/ou manter o sono, despertar precoce ou sono não restaurador. Não é determinada apenas pelo número de horas dormidas, visto que a quantidade ideal de sono pode variar individualmente. Além disso, a necessidade por mais horas de sono reduz gradativamente conforme o envelhecimento.**

**A perda crônica de sono, observada na insônia não-tratada, é um importante fator de risco para a ocorrência de colisões de automóvel e de acidentes de trabalho, para a perda de emprego, para o surgimento de problemas sociais e familiares e para a redução na saúde global e na qualidade de vida. Sua persistência está fortemente associada a distúrbios psiquiátricos, como o transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico e, já explicitado, dependência química a medicamentos sedativos, sobretudo os benzodiazepínicos. O tratamento envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas, como a prática dos hábitos em higiene do sono.**

## **ESTUDO DA LITERATURA**

### **1. A Insônia**

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

A insônia também pode ser descrita como primária ou como secundária. Por definição, a insônia primária não ocorre durante o curso de outro transtorno do sono ou de outro transtorno mental, nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral. A insônia secundária, por sua vez, é causada por um algum fator identificável (geralmente uma condição médica ou psicológica) e apresenta uma prevalência significativamente maior do que a da insônia primária.

### **2. Epidemiologia**

Vários estudos epidemiológicos mostraram que mais de 60% da população em geral apresenta sintomas de insônia e que 9% a 21% dos indivíduos investigados referem um transtorno de insônia com conseqüências graves no dia-a-dia. A prevalência das queixas de insônia aumenta com a idade e é maior entre mulheres, divorciados, viúvos e indivíduos com baixo nível socioeconômico e educacional. Os adultos jovens queixam-se com maior freqüência de dificuldades para conciliar o sono, ao passo que os indivíduos de meia-idade e os idosos estão mais propensos a apresentarem dificuldades com a manutenção do sono e despertares precoces nas primeiras horas da manhã. O curso clínico da insônia pode variar ao longo do tempo, ainda que tenda a ser crônico e recorrente.

### **3. Tratamento**

#### **3.1. Intervenções Não Farmacológicas**

As intervenções não farmacológicas são consideradas por várias sociedades médicas como tratamento padrão, sendo que os estudos comprovam a sua eficácia no tratamento da insônia sem ou com comorbidades e com manutenção a longo prazo dos seus efeitos, e incluem:

##### **\* 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.

##### **\* 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.
- \* 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.
- \* Relaxamento
  - \* As técnicas de relaxamento podem ser eficazes para reduzir a excitação fisiológica e psicológica e, assim, promover o sono.
  - \* Estas são mais eficazes com o intuito de melhorar a fase inicial do sono, e deverão ser utilizadas durante o dia, antes de deitar e no meio da noite se o paciente não conseguir dormir.

### **3.2. Intervenções Farmacológicas**

Quando o paciente insone não responde às medidas não farmacológicas, várias classes de medicamentos são utilizadas no tratamento deste transtorno, incluindo os agonistas do receptor benzodiazepínico, os antidepressivos, os anti-histamínicos, os antipsicóticos e os chamados compostos naturais.

- \* Agonistas dos receptores benzodiazepínicos
  - \* Esse grupo de medicamentos, no qual estão incluídos os benzodiazepínicos (BDZs) (ex, clonazepam, lorazepam, flunitrazepam), como também um grupo estruturalmente distinto de agentes não-benzodiazepínicos (não-BDZs) (ex, zolpidem, zopiclona e zaleplon), são a primeira escolha farmacológica para o tratamento no curto prazo da insônia primária.
  - \* As BZD estão recomendadas apenas na fase aguda das queixas de insônia, na menor dose possível, com duração de duas a quatro semanas.
  - \* Nos pacientes com queixas de insônia inicial deve-se 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
- \* Antidepressivos
  - \* A insônia é um sintoma muito comum em pacientes com ansiedade generalizada. Nesses casos, a paroxetina ou a venlafaxina poderiam ser utilizadas.
  - \* Em termos gerais, os antidepressivos que apresentam um efeito sedativo mais intenso, são úteis nos casos de insônia secundária à depressão maior e à ansiedade generalizada e nos pacientes que apresentam potencial significativo para adição aos agonistas do receptor benzodiazepínico
- \* Antipsicóticos
  - \* Os antipsicóticos são utilizados no manejo da insônia nos pacientes com sintomas

\* \* psicóticos (esquizofrenia e transtorno do humor bipolar). Dentre os mais utilizados estão algumas das fenotiazinas (e.g., levomepromazina e clorpromazina) e alguns dos agentes de nova geração (e.g., olanzapina e ziprazidona). Embora os últimos estejam associados com menor incidência de efeitos adversos extrapiramidais (e.g., acatisia e distonia aguda) e de discinesia tardia, seu custo muitas vezes é um fator limitante.

## **AÇÕES**

O público alvo deste projeto de intervenção será a população atendida na atenção básica com diagnóstico clínico estabelecido de insônia, associada ou não a dependência química a medicamentos benzodiazepínicos. Em um primeiro momento, serão coletadas informações pertinentes aos pacientes elegíveis ao projeto, com obtenção dos prontuários médicos. Objetiva-se, portanto, estabelecer o número de pacientes elegíveis, para em seguida serem convidados a participarem do grupo de apoio. Posteriormente, serão convocadas reuniões entre os profissionais da UBS. São eles: médicos generalistas, médicos psiquiatras, psicólogos, equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Todos participarão nas fases criação e execução dos grupos de apoio, e acompanhamento dos pacientes e suas evoluções. Os três itens a seguir configuram as etapas das ações

### **1 . Identificação do problema**

Nesta etapa, através de uma anamnese e ausculta qualificada detalhada dos pacientes com queixa de diminuição do sono, os pacientes com diagnóstico estabelecido de insônia, de acordo com o DSM IV, serão realocados para o grupos terapêuticos a seguir. Caso estabelecido transtorno mental como causa da insônia, esses participarão do grupo, mas também irão necessitar de consultas individuais com o médico generalista. Outros transtornos causadores de insônias (ex: apneia do sono, transtorno de dependência química, narcolepsia, hipertireoidismo) serão avaliados clinicamente e tratados ou encaminhados caso haja necessidade. Contudo, todos os pacientes que se enquadrarem no diagnóstico, irão participar do grupo multidisciplinar.

### **2. Grupo Multidisciplinar de Terapia Cognitivo Comportamental e Medidas de Higiene do Sono**

Nesta etapa, serão orientadas medidas de higiene do sono e mudanças comportamentais para melhora da qualidade do sono. A higiene do sono tem como objetivo evitar comportamentos e/ou aliviar condições incompatíveis com o sono reparador e a estabelecer um hábito regular de sono, através das seguintes medidas:

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

### **2. Grupo Multidisciplinar para Usuários Crônicos de Benzodiazepínicos**

Todos os pacientes que fazem uso crônico de hipnóticos-sedativos, além de participar da



TCC, deverão participar desta etapa. A criação de grupos multidisciplinares para usuários crônicos de hipnóticos-sedativos, tem como intuito orientar quanto aos malefícios do uso crônico de benzodiazínico, sendo eles:

- \* sonolência excessiva
- \* piora da coordenação motora
- \* piora da memória
- \* tontura
- \* zumbidos
- \* quedas e fraturas
- \* dependência e reação emocional paradoxal como agressividade, excitação e desinibição
- \* irritabilidade

Será também quantificado o número de pacientes que se enquadram na síndrome de dependência de BZD, que incluem os seguintes sintomas:

- \* Desejo muito forte ou compulsão para usar a substância;
- \* Dificuldades para controlar o uso em termos de início, término ou quantidade consumida;
- \* Síndrome de abstinência ou ingestão de alívio (para evitar a síndrome de abstinência);
- \* Tolerância (a dose inicial não produz o mesmo efeito ou é necessário aumentar as doses para atingir o efeito inicial);
- \* Importantes interesses são abandonados em favor do consumo, obtenção ou recuperação dos efeitos da droga;
- \* Persistência do consumo, apesar da consciência de problemas relacionados à droga.

E por fim será orientada a retirada gradual, após a motivação dos pacientes, feita por meio de um processo firme e empático. A etapa de retirada durará em torno de 6 meses, com redução gradual da dose a cada mês e com desfechos individualizados às necessidades de cada paciente.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

O intuito do projeto de intervenção é melhorar a qualidade de vida dos pacientes que sofrem com o quadro de insônia, sobretudo de através de posturais comportamentais e realizar o manejo clínico e adequado de pacientes que fazem uso de indutores do sono.

As queixas de insônia são muito prevalentes nos cuidados de saúde primários, sendo 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. 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 comorbilidades do paciente e praticar uma Medicina apoiada também na prevenção quaternária.

## REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Ed. Revista). Lisboa: Climepsi Editores

Cavadas LF, Ribeiro L. Abordagem da insônia secundária do adulto nos Cuidados de Saúde Primários. Acta Med Port. 2011;24(1):135-44.

GUIMARÃES, F. S. Hipnóticos e ansiolíticos. In: FUCHS, F. D, WANNMACHER, L. **Farmacologia clínica**: Fundamentos da terapêutica racional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p.711-727.

Kubota AMA, Silva MNRMO, Masioli AB. Aspectos da insônia no adulto e a relação com o desempenho ocupacional. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 maio/ago.;25(2):119-25