



► CAPÍTULO 241

Perturbações do sono

Francisco Carvalho

Ricardo Garcia Silva

Vasco Queiroz

Aspectos-chave

- Não é possível definir a duração fisiológica normal do sono (a não ser em termos de média), pois a necessidade de horas de sono varia com a idade e a personalidade de cada indivíduo, bem como com o estado físico e psíquico.
- É fundamental compreender se existe algo físico ou psíquico prévio à perturbação do sono, bem como se é passível de tratamento sem excluir a abordagem simultânea das dificuldades relativas ao sono.
- O uso de medicamentos deve ser implementado sempre que houver falha na implementação de medidas não farmacológicas, exceto em casos pontuais isolados de natureza contextual e exógena (como o *jetlag*) ou se o sofrimento percebido o justificar.

Caso clínico

Francisco, 50 anos, funcionário administrativo de uma grande empresa industrial há mais de 20 anos, vem solicitar medicação que

o ajude a dormir, pois há mais de 1 semana tem sentido uma grande dificuldade para adormecer, ficando 2 a 3 horas na cama esperando que chegue o sono. A fábrica em que trabalha está atravessando uma fase difícil, sendo previsível uma reestruturação, com demissão de um grande número de trabalhadores. Tem antecedentes de gastrite crônica e de hipertensão arterial, atualmente controlada com uso de inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA). Segundo conta, o seu pai já tinha crises de insônia. É casado com Joana, de 42 anos, empregada de uma escola, e tem dois filhos saudáveis, Rui, de 20 anos, e Pedro, de 18, que estudam e vivem com eles. Costuma sair diariamente depois do jantar para tomar um cafezinho e jogar cartas com os amigos, bebendo duas a três cervejas por noite.

Teste seu conhecimento

1. Qual é o tipo de perturbação do sono que parece ser do Caso clínico em questão?
 - a. Insônia primária
 - b. Insônia secundária
 - c. Depressão
 - d. Parassônia
2. Com base nesta história, que atitude deve ser tomada?
 - a. Procurar corrigir alguns hábitos, fomentando uma boa higiene do sono e reavaliando após 3 a 4 semanas
 - b. Referenciar de imediato para uma consulta de psiquiatria
 - c. Escolher um fármaco que ajudasse a induzir o sono e avaliar passado 1 mês
 - d. Iniciar tratamento para depressão
3. Em caso de ter de utilizar medidas farmacológicas, qual é a opção mais correta?

- a. Antidepressivo
 - b. Hipnótico de curta ação durante 2 a 3 semanas
 - c. Hipnótico de ação prolongada por período de 1 mês
 - d. Hipnótico de curta ação por um período nunca inferior a 3 meses
4. Qual é a medida não farmacológica para ser proposta neste caso?
- a. Suspende todo tipo de soneca durante o dia
 - b. Praticar algum tipo de exercício físico moderado durante o dia
 - c. Suspende imediatamente o café à noite
 - d. Todas as alternativas
5. Se, na anamnese, resultar a suspeita de apneia obstrutiva do sono, qual é a orientação ao paciente do Caso clínico?
- a. Solicitar uma sonografia e referenciar, caso isso se justifique
 - b. Recomendar que o paciente “tire uma soneca” durante o dia
 - c. Iniciar imediatamente um fármaco benzodiazepínico de curta ação, ao deitar
 - d. Propor a suspensão imediata do consumo de café

Respostas: 1A, 2A, 3B, 4D, 5A

Do que se trata

Mais de metade dos adultos experimentam alguma vez, pelo menos de forma intermitente, alguma espécie de distúrbio do sono, que constitui, por isso, uma queixa muito frequente em medicina de família e comunidade. Tratando-se de uma necessidade básica que ocupa cerca de uma terça parte das nossas vidas, o sono pode ser definido como um estado regular, recorrente, facilmente reversível, que se caracteriza por uma

inatividade relativa e um acentuado aumento do limiar de resposta a estímulos externos quando comparado com o estado de vigília. O sono tem como função geral a facilitação da organização funcional do cérebro. Ele é considerado saudável quando é de quantidade e qualidade suficiente para manter um nível ótimo de vigília durante o dia.

A estrutura do sono compreende dois tipos, ou fases:

- **NREM (*non rapid eye movement*)**. Subdivide-se, por sua vez, em quatro fases de profundidade sucessivamente crescente (diminuição da motricidade e tônus muscular) (Figura 241.1):



▲ Figura 241.1

Estrutura do sono.

- Fase 1. Breve, corresponde à transição vigília-sono.
- Fase 2. Corresponde à metade do sono total com atividade mental pobre ou ausente.
- Fases 3 e 4. Correspondem a um sono lento e profundo, essencial à restauração somática.

No seu conjunto, a fase NREM tem uma função restauradora, participando na conservação da energia do organismo e contribuindo para a termorregulação, sendo estimulada pela prática de exercícios físicos.

- **REM (*rapid eyes movement*)**. Acontece em cada uma 1 hora e 30 minutos a 2 horas de sono e dura cerca de 20 minutos (o que corresponde a quatro a cinco vezes por período total de sono, se este for de 8 horas), em que ocorre o maior fluxo de sangue ao cérebro. Está particularmente relacionada com sonhos e fantasias e é fundamental para a recuperação funcional do cérebro e para a consolidação mnésica.

As perturbações do sono correspondem a situações em que se verifica uma diminuição persistente das horas ou da qualidade do sono, condicionando um déficit cumulativo das funções neurológicas e comportamentais, traduzido por diminuição das funções cognitivas, da vigília, da memória e das funções executivas.

O *ciclo do sono* é o período que vai da vigília à fase REM (inclusive) passando pelas fases de adormecimento, sono superficial e profundo. Tem a duração de 1 hora e 30 minutos a 2 horas.

O sono pode ser influenciado por uma grande variedade de fatores, e as perturbações do sono podem apresentar-se e evoluir de várias maneiras, correspondendo também a diferentes abordagens para sua interpretação, compreensão, diagnóstico e tratamento ([Quadro 241.1](#)). O médico de família e comunidade, devido ao seu lugar de proximidade com as pessoas e conhecedor do seu contexto relacional, socioprofissional e familiar, tem um papel absolutamente fundamental na antecipação e avaliação das perturbações do sono. Ele leva em conta tais fatores, de modo a fazer uma correta abordagem do problema, contribuindo para um rápido restabelecimento do bem-estar das pessoas, diminuindo as suas repercussões pessoais, familiares e socioprofissionais e estabelecendo um plano de acompanhamento adequado a curto, médio e longo prazo.

Quadro 241.1 | **Fatores que influenciam o sono**

Idade	Necessidade de dormir diminui com avançar de idade
Ambiente	Temperaturas extremas, ruído, luminosidade, alterações do ritmo circadiano
Psicológicos	Estresse, ansiedade, depressão, labilidade afetiva, humor, tipo de personalidade
Orgânicos	Dor, dispneia, tosse, prurido, dispepsia, alterações da micção, câibras musculares, angina noturna, asma, hipertensão arterial

alterações da tireoide
Fármacos Cafeína, álcool, anfetaminas, corticoides, propranolol,
antidepressivos tricíclicos

Drogas de abuso Tabaco, cocaína, *cannabis*

Fatores que influenciam o sono

Idade. Influencia nas horas de necessidade de sono e no tipo de ciclos (estrutura do sono). O adulto jovem dorme de 7 a 8 horas/dia e essa necessidade diminui com a idade até os 50 anos. A partir daí, a tendência é acordar várias vezes durante a noite, necessitando, assim, de mais horas de sono. O sono profundo diminui a partir dos 30 anos, podendo até chegar a desaparecer.

Ambiente. As temperaturas extremas, o ruído (afeta sobretudo o sono profundo mesmo que não chegue a despertar), a luminosidade, a modificação frequente dos ritmos e horários de atividade, a mudança de fusos horários (*jetlag*), todos esses fatores perturbam o sono.

Psicológicos. O estresse, a ansiedade, a depressão, a labilidade afetiva e de humor, a personalidade neurótica. A dificuldade em adormecer é mais característica das situações de ansiedade, e a dificuldade em manter o sono e o despertar precoce são mais característicos das perturbações depressivas.

Orgânicos. Os mais frequentemente implicados nas perturbações do sono são a dor, a dispneia, a tosse, o prurido, a dispepsia, as alterações da micção, as câibras musculares, a angina noturna, a asma, a hipertensão arterial e as alterações da tireoide.

Fármacos. As cafeínas (nomeadamente chá e café), o álcool, as anfetaminas, os corticoides, o propranolol. Os antidepressivos tricíclicos podem provocar mioclonias e câibras.

Outras substâncias e drogas de abuso. Principalmente o tabaco e os psicoestimulantes, como a cocaína.

Classificação das perturbações do sono

Podem-se classificar as perturbações do sono em primárias e

secundárias (Quadro 241.2):

Quadro 241.2 | **Classificação das perturbações do sono**

Primárias Dissônias Insônia

Hipersônia

Parassônias Mioclonia

SAOS

Alterações do ritmo circadiano

Pesadelos/terrores noturnos

Sonambulismo

Secundárias Psiquiátricas

Médicas

Abuso de substâncias

- **Primárias.** Correspondem a anormalidades na quantidade ou qualidade do sono (*dissônias*, que podem ser *insônias*, se há diminuição do sono, ou *hipersônia*, se há aumento do sono), ou associadas a acontecimentos comportamentais ou fisiológicos anormais (*parassônias*).
- **Secundárias.** São consequência de perturbações psiquiátricas, médicas ou ao uso de substâncias de abuso.

Insônia primária. Corresponde a 10% de todas as insônias. É mais frequente nas mulheres e tem predisposição familiar. Apresenta-se normalmente por queixas de dificuldade em iniciar ou manter o sono, despertares precoces e “sono não repousante”, bem como queixas diurnas de sonolência, fadiga e falta de atenção. Deve distinguir-se da insônia secundária a perturbações psiquiátricas prévias, perturbações médicas ou como consequência do uso de substâncias.

O tratamento deve ser iniciado por medidas não farmacológicas (higiene do sono), procurando estabelecer um horário regular do sono e

do despertar e evitando o consumo de álcool ou de cafeínas (café, chá) a partir do fim da tarde, exercícios físicos intensos 2 horas antes de dormir (sexo pode ser exceção), sonecas durante o dia ou fazer sestas, assim como permanecer na cama sem vontade de dormir.

Se for necessário recorrer a fármacos para o tratamento de insônia inicial (dificuldade em pegar no sono), devem-se utilizar hipnóticos de meia-vida curta (triazolam, loprazolam, estazolam, flunitrazepam, midazolam, zolpidem, entre outros) usando a mínima dose eficaz e por curto espaço de tempo (2-4 semanas). Se o problema for essencialmente manter o sono (insônia intermédia ou terminal), pode-se admitir a utilização de hipnóticos de meia-vida média/prolongada (cloxazolam, alprazolam, bromazepam, nitrazepam, entre outros) pelo mais curto espaço de tempo possível. A abordagem será aprofundada adiante.

Referenciar, se persistir após 3 a 4 semanas de tratamento, ou se houver dúvidas no diagnóstico.

Hipersônia primária. Sonolência excessiva durante mais de 1 mês e evidenciada por períodos prolongados de sono ou por episódios de sono diurno quase diariamente. Afeta 1 a 5% dos adultos, iniciando normalmente entre os 15 e os 30 anos. A qualidade do sono noturno é normal, mas acontecem frequentemente sonecas diurnas intencionais ou inadvertidas.

O tratamento deve iniciar-se por medidas psicoeducativas de higiene do sono. Se necessário, recorrer a fármacos, devendo-se utilizar inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), ou psicoestimulantes anfetamínicos. Em caso de dúvidas diagnósticas ou falha de tratamento ao fim de 4 semanas, justifica-se a referência.

Narcolepsia. Sonolência excessiva diurna (causada ou associada a fármacos), com incapacidade de se manter acordado, acompanhada de alterações do sono REM, diariamente, durante pelo menos 3 meses. Por vezes, está associada à *catalepsia* (perda súbita do tônus muscular das pernas, dos braços e da face) ou à *paralisia do sono* (incapacidade para executar movimentos voluntários, apesar de estar acordado e consciente, acontecendo na fase de adormecimento). Em todas as entidades, o diagnóstico é clínico, e o doente, assim como a família, deve ser aconselhado a manter a calma. No caso da paralisia do sono, o doente deve tentar focar em mover uma pequena parte do corpo até recuperar a

movimentação.

Todos os tipos de narcolepsia têm incidência familiar e iniciam-se frequentemente em adultos jovens. Em quase metade das vezes, está associada a situações de ansiedade generalizada ou depressão.

O tratamento da narcolepsia passa por fomentar a prática de sestas periódicas ao longo do dia e, se necessário, recorrer a fármacos. Devem ser utilizados **estimulantes anfetamínicos ou antidepressivos tricíclicos supressores do REM (amitriptilina, nortriptilina)**. Em caso de dúvidas diagnósticas ou falha no tratamento ao fim de 4 semanas, justifica-se a referenciação.

Perturbações do sono relacionadas com a respiração. Sonolência excessiva e/ou insônia decorrente de anormalidades ventilatórias durante o sono, sendo a principal, pela sua frequência e importância, a síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS). De início insidioso, atinge 1 a 10 % da população adulta e cerca de metade das crianças, aparecendo, na maior parte das vezes, em pessoas com mais de 40 anos. Tem tendência familiar e é mais frequente no sexo masculino, sendo a obesidade um importante fator de risco (outros fatores de risco são história de alergias, pólipos nasais, desvio do septo nasal e hipertrofia das amígdalas – sendo mais comum em crianças). É uma patologia importante, pois aumenta a resistência à insulina, aumentando o risco de acidente vascular cerebral (AVC) em 20% e o de infarto agudo do miocárdio (IAM) em 40%. O diagnóstico é feito de acordo com a informação dada pelo parceiro com quem dorme (ronco e apneia) e a aplicação da escala de Epworth, mas a confirmação obriga ao estudo do sono em laboratório específico, identificando-se quando acontecem pelo menos cinco episódios de apneia ou hipopneia por hora (a respiração mantém-se, mas a ventilação diminui em 50%) ou 30 por período de sono. Ressaltar que respiração anormal ou ronco não é sinónimo de apneia. O tratamento não farmacológico implica redução ponderal, não uso da posição supina na cama e exclusão de sedativos e álcool à noite. Tais medidas, por si só, melhoram a sonolência diurna objetiva e a subjetiva, assim como resistência à insulina, reduzem o risco cardiovascular e melhoram a qualidade de vida do doente, diminuindo o risco de acidentes de trânsito. Pode haver necessidade de cirurgia (uvulopalatoplastia, amigdalectomia), principalmente em crianças. Esses casos devem ser sempre referenciados tanto para efeitos de diagnóstico como para tratamento

médico (pressão positiva contínua na via aérea [CPAP, do inglês *continuous positive airway pressure*]) ou cirúrgico (otorrinolaringologia), em caso de persistência dos sintomas.

Perturbações do ritmo circadiano do sono. Nestas perturbações, incluem-se as induzidas pelas mudanças de fuso horário (*jetlag*) ou pelas mudanças de *turnos de trabalho* e correspondem a um padrão persistente de distúrbio em que os tempos de sono e vigília estão atrasados relativamente ao desejável, por desajuste entre o sistema circadiano endógeno de sono-vigília e os quesitos exógenos. É mais frequente em pessoas idosas ou no fim da “meia-idade”, e a queixa principal é a dificuldade para adormecer à hora razoável. O tratamento é essencialmente não farmacológico, procurando adiar de forma gradual a hora de deitar durante alguns dias até conseguir dormir à hora desejada. Se

absolutamente necessário, recorrer a fármacos, devendo-se utilizar hipnóticos de meia-vida curta (tiazolam, zolpidem, alprazolam).

Perturbações devidas a pesadelos. Ocorrência repetida de sonhos assustadores que levam a despertares em que o indivíduo fica completamente alerta, podendo levar a evitar o sono com a consequente sonolência diurna. Surgem na fase REM do sono e, por isso, quando necessário, devem ser utilizados **antidepressivos tricíclicos como fármacos de eleição (amitriptilina, nortriptilina).**

Perturbações de terrores noturnos. Semelhante às perturbações de pesadelos. São mais frequentes em crianças e correspondem à ocorrência repetida de terror durante o sono levando a despertares incompletos e abruptos, geralmente iniciados por um grito de pânico e que quase nunca respondem às tentativas dos outros para um completo despertar, voltando a adormecer com amnésia para o episódio de terror. Tem um padrão familiar e pode ser um primeiro sintoma de epilepsia do lobo temporal. Esses casos devem ser referenciados para psicoterapia individual e, em alguns casos, utilizadas baixas doses de diazepam.

Perturbações de sonambulismo. Episódios repetidos de despertares incompletos no primeiro terço do período de sono, com franca diminuição do estado de alerta e responsividade aos estímulos exteriores, olhar vazio e relativa ausência à comunicação, e os indivíduos podem chegar a realizar ações simples (deambular, masturbar-se, despir-se, repetir certas palavras, sobretudo monossílabos). Esses casos devem ser

referenciados à consulta de especialidade (psiquiatria).

Parassônias não especificadas. Com esta designação incluem-se: **Mioclonias noturnas.** Contração abrupta e estereotipada de certos músculos das pernas durante o sono sem consciência por parte do indivíduo, levando a frequentes despertares e a sono não reparador. É muito frequente depois dos 65 anos e, se necessário, podem ser utilizados fármacos como benzodiazepínicos de meia-vida média/longa (diazepam), ou agentes colinérgicos (carbidopa, levodopa).

Síndrome das pernas inquietas. Intenso formigamento nos gastrocnêmios ao sentar ou ao deitar, muito incomodativo, e que leva a um irresistível impulso de mover as pernas, interferindo na conciliação e a qualidade do sono. (Atenção, porque este pode ser o primeiro sinal de aterosclerose!) É também frequente nas pessoas mais velhas, podendo necessitar da utilização de fármacos, assim como as mioclonias noturnas, benzodiazepínicos de ação média/longa (diazepam) ou agentes colinérgicos (carbidopa, levodopa), ou, ainda, agonistas dopaminérgicos, como o pergolida e a bromocriptina.

O bruxismo (ranger de dentes) e os sonilóquios (monólogos de poucas palavras e difícil compreensão). São fenômenos que podem acontecer em vários tipos de parassônias e não exigem particular atenção, devendo ser desvalorizados, exceto no caso do bruxismo, o qual pode, em casos extremos, ser objeto de correção cirúrgica (ortodôntica).

Perturbações secundárias do sono. Induzidas por outras situações clínicas de natureza psiquiátrica (em geral, depressão ou ansiedade generalizada) ou médica (mais frequentemente neurológica, como doença de Parkinson ou coreia de Huntington, endócrinas, com hiper ou hipotireoidismo, síndromes febris, doenças musculoesqueléticas particularmente dolorosas), por efeito de medicamentos ou utilização de substâncias variadas, incluindo drogas de abuso. Podem caracterizar-se por insônia (forma de insônia mais frequente) ou hipersônia. Deve-se tratar a afecção principal. No entanto, a insônia pode manter-se mesmo após o tratamento bem-sucedido da patologia principal, podendo ser necessário tratar os dois juntos. Muitas vezes, a insônia precipita, exacerba ou prolonga outras comorbidades, sendo que o seu tratamento pode também ajudar no tratamento da afecção principal.

O que fazer

Anamnese

A anamnese deve ser a mais pormenorizada possível, a fim de se esclarecer se, de fato, se trata de uma verdadeira perturbação do sono, coletando o máximo de indicações quanto à sua etiologia. Os fatores a serem levados em conta são, essencialmente, os seguintes:

- História do sono. Rotinas ao deitar, horário do sono, tipo de atividades durante o dia, quando começaram as perturbações e de que tipo são, existência de ronco, episódios de sonolência diurna (pode ser avaliado por meio da escala de Epworth), sonecas ou sesta, impacto nas atividades do dia a dia.
- História familiar de perturbações do sono.
- Contexto familiar e social, situação de vida.
- Humor. Existência de perturbação afetiva, como ansiedade ou depressão.
- Estilo e hábitos de vida. Exercício físico, tabaco, álcool, café, chá, drogas, medicamentos, outras substâncias (como as bebidas “energéticas” ou com guaraná).
- Fatores ambientais. Ruído, luz, animais domésticos, temperaturas extremas.
- Antecedentes pessoais e familiares.

Exame físico

Deve-se realizar um exame físico geral, para detecção de possíveis causas orgânicas, como obesidade, processos obstrutivos das vias aéreas, hiper e hipotireoidismo, patologia cardiovascular, doenças neurológicas, doenças degenerativas, doenças musculoesqueléticas, doenças infiltrativas.

Exames complementares de diagnóstico

Uma vez que as perturbações do sono podem ser muito variadas e são

múltiplos os fatores que podem contribuir para o seu aparecimento, são também muito variados os exames complementares de diagnóstico para o seu esclarecimento. No entanto, podem ser úteis em casos selecionados e consoante a história e o exame físico:

- Laboratoriais. Gerais, incluindo, particularmente, hemograma, glicemia, função tireóidea (tireotrofina [TSH] e tiroxina livre [T4L]), função renal (creatinina, microalbuminúria) e função hepática (gama-glutamilttransferase [γ -GT] transaminase glutâmico-oxalética [TGO]).
- Radiografia torácica.
- Eletrocardiograma (ECG).
- Tomografia computadorizada (TC) de crânio.
- Laboratório do sono (em caso de suspeita de SAOS).

Tratamento não farmacológico

- Utilizar o quarto só para dormir.
- Estabelecer horários de sono e vigília, evitando sestas, estabelecendo horários de despertar semelhantes durante a semana e no fim de semana.
- Fazer exercício físico moderado durante o dia e evitar exercício físico 2 horas antes de dormir (exceto sexo, que pode ser benéfico).
- Evitar refeições abundantes à noite.
- Moderar a ingestão de bebidas alcoólicas e café (ou chá), que devem ser evitados à noite
- Suspende o tabagismo.
- Tentar identificar e compreender o que ajuda a pessoa a sentir-se melhor e relaxar (banho quente, música, leitura, etc.).
- Manter um ambiente calmo, escuro, seguro e confortável no quarto quando for deitar. Evitar um ambiente ruidoso, com luz e temperatura adequada durante o sono.
- Evitar atividades estimulantes antes de ir dormir, como fazer telefonemas à noite, trabalhar ou assistir à televisão.
- Fazer psicoterapia, se necessário.

Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico é justificado apenas em caso de falha de tratamento não farmacológico durante pelo menos 1 mês ou em situações agudas com repercussão na funcionalidade e necessidade de atuação imediata.

No tratamento da insônia, para além da terapêutica de base para resolução/controle das comorbidades ou causas subjacentes, pode ser necessário recorrer a fármacos hipnóticos, devendo ser levados em conta as contraindicações e o perfil de efeitos adversos. Os hipnóticos são recomendados quando se deseja uma resposta imediata, quando a insônia produz grave comprometimento, quando as medidas não farmacológicas não produzem a desejada melhora, ou quando a insônia persiste após o tratamento de uma causa médica subjacente. A utilização de hipnóticos deve ser precedida das medidas não farmacológicas e da realização de terapia cognitivo-comportamental (TCC), bem como acompanhada pelas restantes medidas referidas.

Alguns princípios

- O tratamento deve ser iniciado com a menor dose eficaz, no menor tempo possível.
 - A medicação deve ser descontinuada gradualmente para evitar o efeito rebote.
- Se houver necessidade de administrações durante um longo período de tempo, a administração dos fármacos deve ser intermitente, (p. ex., três noites por semana), ou conforme haja necessidade.

Há dois grupos principais de hipnóticos: os benzodiazepínicos e os agonistas dos recetores dos benzodiazepínicos. Em situações em que haja insônia com perturbação depressiva ou contraindicações para a utilização dos benzodiazepínicos, pode-se recorrer aos antidepressivos com efeito hipnótico.

Benzodiazepínicos. Devem ser utilizados os de curta/intermédia duração nas insônias iniciais (dificuldade em adormecer), tomados uma vez por dia antes de deitar, de forma continuada e por curtos períodos de tempo (p. ex., 2-4 semanas, pois intervêm na arquitetura do sono). Exemplos são o temazepam (10-20 mg), o lopraxolam (1 mg), o lorazepam (1-4 mg) e o estazolam (1-2 mg). No caso de insônias

terminais (despertar precoce), deve-se optar por benzodiazepínico de ação prolongada (como o flurazepam, 15-30 mg, ou o diazepam, 5-10 mg, embora este seja pouco utilizado pela grande latência e possíveis efeitos marcados na manhã seguinte).

Os efeitos adversos comuns são: sedação matinal, perturbações mnésicas, principalmente a amnésia anterógrada, sonolência excessiva, desatenção e atraso no tempo de reação, aumento do número de pesadelos, sonhos vívidos, desinibição comportamental e redução da libido. Todos os benzodiazepínicos podem causar depressão respiratória, podendo ser mais relevante em pacientes com doença pulmonar, *não devendo ser combinados com o consumo de álcool*, devido ao risco de depressão respiratória, principalmente em idosos. Contudo, a maioria é segura e efetiva quando usada em doses baixas e por curtos períodos de tempo.

Agonistas dos receptores dos benzodiazepínicos. Neste grupo farmacológico encontra-se o zolpidem (5-10 mg), que tem rápido início de ação e também diminui os despertares noturnos. Esses fármacos atuam exclusivamente nos receptores benzodiazepínicos relacionados com o sono, minimizando o efeito ansiolítico, anticonvulsivante e relaxante muscular dos benzodiazepínicos. Produzem um efeito hipnótico semelhante ao dos benzodiazepínicos, embora com menor frequência de efeitos adversos. Não são aprovados para terapêutica prolongada.

Antidepressivos. Neste grupo, podem-se incluir a trazodona (50-150 mg), a mirtazapina (15-30 mg) e a amitriptilina (25-100 mg). A trazodona (um ISRS) pode ser ponderada, para além da depressão, em casos em que esteja contraindicada a utilização de benzodiazepínicos, embora não esteja aprovado como tratamento da insônia primária. Nos EUA, um antidepressivo, doxepina (3-6 mg), foi aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) para tratamento da insônia.

Outras opções. Apesar de alguns anti-histamínicos terem efeito hipnótico, não se encontram aprovados nem são recomendados para o tratamento da insônia. Produtos de ervanária (p. ex., valeriana) não demonstraram benefício e podem estar associados à hepatotoxicidade. Suplementos de melatonina (hormônio produzido pela glândula pineal) não são recomendados na maioria dos doentes, embora pareçam ser seguros em curtos períodos (até 3 meses) e tenham utilidade nas situações de *jetlag* (3-5 mg, pelo menos 1h30 min antes da hora de

deitar).

Referenciar para cuidados especializados

- Dificuldades ou dúvidas de diagnóstico.
- Situações refratárias ao tratamento (mais de 1 mês).
- Situações que exijam técnicas fisiológicas (estudo da estrutura do sono) ou psicológicas específicas, ou ainda se houver necessidade de encaminhamento imediato para outras especialidades, como psiquiatria (suspeita de perturbação psicótica) ou otorrinolaringologia/pneumologia (SAOS).

Perturbações do sono em crianças e adolescentes

Nesta faixa etária, as perturbações do sono podem ter um significativo impacto negativo no desenvolvimento da criança e na dinâmica e no equilíbrio familiar, sendo, por vezes, desvalorizadas ou erroneamente interpretadas e abordadas. O padrão do sono em geral estabiliza aos 12 meses de idade (14-16 horas de sono diárias), com diminuição progressiva das horas totais de sono (sobretudo pela diminuição do sono diurno), até estabilizar em 8 horas de sono no fim da adolescência. A história clínica é fundamental, e deve ser realizado um diário do sono durante 2 semanas para a melhor compreensão do problema.

Insônia

Muito variada na forma de apresentação e abordagem consoante a idade da criança.

Bebês e crianças mais novas. As dificuldades em adormecer e os despertares noturnos são as queixas mais frequentes. Como o padrão de sono só estabiliza a partir dos 12 meses, não deve ser considerado o diagnóstico de perturbação do sono antes dessa idade. Todo o processo do sono nessa idade depende fundamentalmente das características temperamentais da criança, das condições exteriores e das atitudes paternas. A atitude do médico de família e comunidade deve ser principalmente uma escuta empática das dificuldades dos pais, evitando a culpabilização e motivando-os para a

criação de rotinas que incluam a regularização dos horários de sono da criança. A criança deve ser incentivada a adormecer sozinha e em quarto próprio, evitando o “coleito” (excepcionalmente, pode ter indicação em bebês que são amamentados, estando, contudo, contraindicado em casos de tabagismo, alcoolismo e toxicodependência dos pais). Os eventuais rituais de adormecimento devem ser simplificados e pouco rígidos, podendo ser encorajada a utilização de objetos transicionais (ursinho de pelúcia, boneco preferido) que apoiam a criança no processo de separação dos pais na passagem da vigília para o sono (Quadro 241.3).

Quadro 241.3 | Quadro sinótico das principais perturbações do sono em medicina de família e comunidade e a respectiva abordagem terapêutica

Padrão de sono alterado recentemente	▶ Hipnóticos, antidepressivos ▶ Hipnóticos de curta ação (2-3 noites)
Insônia aguda, mudança de fuso horário	
Insônia crônica (queixas de insônias durante pelo menos 3 meses)	▶ Treino de hábitos de sono ▶ Utilização intermitente de hipnóticos ▶ Excluir depressão
▶ Treino de hábitos de sono	
Depressão ▶ Antidepressivos	
Sono reduzido nos idosos	▶ Treino de hábitos de sono ▶ Evitar hipnóticos (e usar apenas de curta ação)
Doença física	▶ Tratar a doença primária ou subjacente ▶ Hipnóticos, se apropriado, e por períodos curtos
Alcoolismo/abuso de substâncias	▶ Desabilitação ética ou reabilitação
▶ NÃO utilizar hipnóticos	

Crianças ► Programas de comportamento ► Treino de hábitos de sono

- Apoiar os pais
- Referenciação para psiquiatra da infância e adolescência

SAOS ► Especialista do sono

- Otorrinolaringologia/ pneumologia

Dependência de hipnóticos ► Treino de desabituação

Idade escolar. A manifestação mais comum é a resistência em ir dormir. O médico de família e comunidade deve motivar os pais para o estabelecimento de regras de horário do sono, assim como devem assegurar um ambiente tranquilo no quarto de dormir da criança. Muito excepcionalmente pode haver necessidade de recorrer a fármacos que devem ser utilizados por um curto período de tempo, sendo os mais comuns a hidroxizina e o clonazepam.

Adolescentes. O médico de família e comunidade deve trabalhar com o adolescente e a família, de modo a, consensualmente, ser implementada uma boa higiene do sono, que passa por um rigoroso cumprimento de horário de sono (incluindo fins-de-semana), evitar bebidas estimulantes (café ou bebidas com cafeína, bebidas “energéticas” ou com guaraná), evitar sestas diurnas e exercícios físicos intensos nas 6 horas antes de deitar e evitar ler ou ver televisão na cama. Uma perturbação que pode suceder é a *delayed sleep phase syndrome*, que corresponde a uma alteração fisiológica do ritmo circadiano com dificuldade em adormecer a horas aconselháveis e que passa pela antecipação progressiva da hora de acordar e de adormecer até alcançar o horário pretendido.

Sonolência diurna

A causa mais comum é o sono insuficiente ou não reparador que deve ser investigado. Deve-se prestar atenção à possibilidade de SAOS ou de narcolepsia/catalepsia, já referidas.

Parassônias

Correspondem a alterações do comportamento envolvendo o sono, sendo uma fonte de ansiedade para a família. São situações benignas, sendo importante o trabalho do médico de família em tranquilizar os pais e a própria criança. As principais são:

- Despertares parciais. Acontecem na primeira metade da noite e são devidos à passagem súbita da fase NREM para REM, podendo apresentar-se como: ■ **Terrores noturnos.** Mais frequentes entre os 4 e os 6 anos. A criança senta-se subitamente na cama, agitada e confusa, com olhar fixo. *Ela não deve ser acordada.* Dura entre segundos a minutos. A criança adormece de novo, subitamente, sem lembrar-se do ocorrido.
- **Sonambulismo.** Tem incidência familiar e 30% de todas as crianças têm algum episódio alguma vez. Duração de minutos. *A criança não deve ser acordada.* As medidas mais importantes são providenciar um ambiente seguro, para evitar acidentes como quedas ou traumas, por exemplo, e tranquilizar a família. As sestas diurnas devem ser fomentadas. Se necessário, utilizar fármacos, sendo indicados diazepam, clonazepam ou imipramina, tomados à noite, ao deitar.
- **Pesadelos.** Comuns entre os 3 e 6 anos. A criança acorda totalmente e tem memória do pesadelo cujo conteúdo, em caso de recorrência, deve ser objeto de análise para compreender a origem da eventual angústia da criança.
- **Automatismos do sono.** Movimentos regulares e rítmicos, como bater com uma mão ou com a cabeça. Costumam desaparecer espontaneamente entre os 3 e 4 anos, exigindo apenas medidas protetoras.
- **Pseudoalucinações.** Correspondem a uma intromissão da fase REM na vigília ao deitar (hipnagógicas) ou ao acordar (hipnapômicas) e não têm significado patológico.

Perturbações do sono secundárias

Tais perturbações podem ser devidas a problemas psicológicos, sendo mais comuns os transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, a depressão e a ansiedade, devendo ser referenciadas para o psiquiatra infantil. Elas podem ser devidas também a problemas médicos, sendo mais comuns a SAOS, a asma, a obesidade, a patologia tireóidea, a epilepsia e algumas doenças degenerativas, e as crianças devem ser referenciadas para a consulta de pediatria, quando indicado.

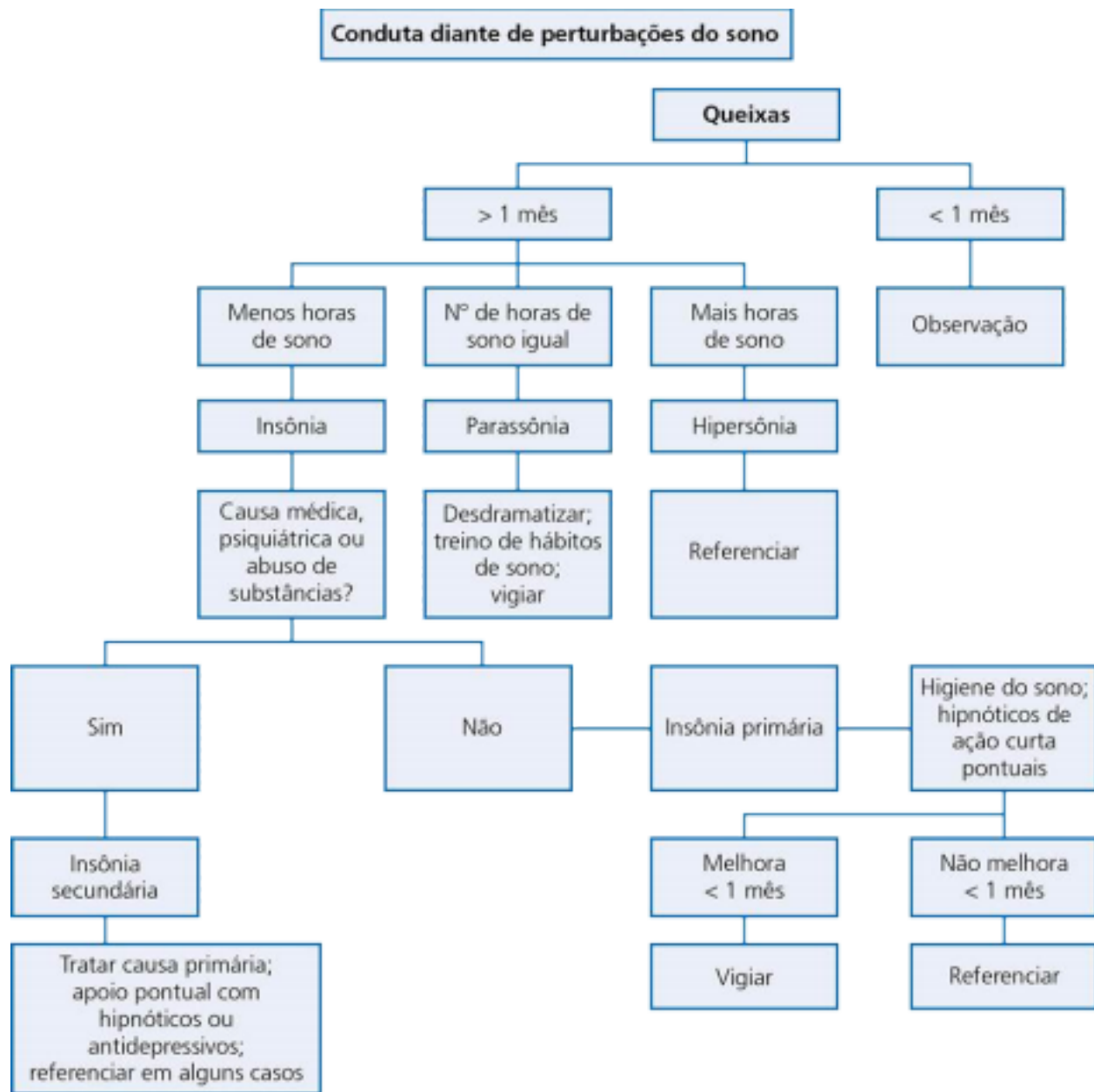
Dicas

- ▶ Na abordagem de uma pessoa com perturbações do sono, deve-se sempre excluir a existência de depressão, ansiedade generalizada ou outra causa primária tratável.
- ▶ Muitos medicamentos adquiridos sem receita médica, bem como alguns refrigerantes e alimentos, contêm cafeína, fator comum que contribui para distúrbios do sono, sobretudo nas pessoas de meia-idade.
- ▶ Na gravidez, é considerada normal a existência de perturbações do sono no terceiro trimestre, em função da redução do sono REM. Na menopausa, 30 a 50% das mulheres têm insônia.
- ▶ A preocupação em adormecer cansa mais do que estar acordado. Se o sono não ocorrer em 15 a 30 minutos, a pessoa deve levantar-se e assistir à televisão, ler ou fazer algo, voltando à cama apenas quando sentir que tem sono.
- ▶ O ato de deitar para dormir deve ocorrer apenas quando se tem sono, pois é um erro pretender dormir mais ao deitar-se mais cedo.
- ▶ Na terapêutica das perturbações do sono causadas por AOS, estão contraindicados todos os depressores do sistema nervoso central (SNC), como hipnóticos, antidepressivos sedativos e álcool.
- ▶ Evitar ao máximo a utilização de benzodiazepínicos nos idosos por causarem confusão, perda de memória e aumento da

frequência de quedas noturnas.

- ▶ No caso de utilização de hipnóticos, os pacientes devem ser alertados para o risco de dependência e não devem ser passadas receitas repetidas nem fornecidas quantidades de fármacos superiores ao necessário (máximo 4 semanas).
- ▶ A maioria das pessoas com insônia tenta uma grande variedade de técnicas, remédios caseiros e fármacos (automedicação) antes de procurar ajuda médica.
- ▶ As terapêuticas complementares (acupuntura, homeopatia, naturopatia, luxoterapia) não demonstraram evidência no tratamento de nenhuma patologia do sono.

ÁRVORE DE DECISÃO



LEITURAS RECOMENDADAS

Aversa Lopes E, Silva AB, Macedo CR, Soares B, Saconato H, Atallah ÁN. Cognitive behavioural therapy for insomnia (Protocol). Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4):CD006814.

Cavadas LF. Abordagem da insónia do adulto nos cuidados de saúde primários. Acta Med Port. 2011;24(1):135-144.

Goroll AH, May LA, Mulley AG, Brito de Sá A, Pombal R. Cuidados primários em medicina: abordagem do paciente adulto em ambatório. 3. ed. Lisboa: McGrawHill; 1997.

Hallstrom C. Ansiedade e depressão: perguntas e respostas. Lisboa: Climepsi; 1999.

Hening W, Walters AS, Allen RP, Montplaisir J, Myers A, Ferini-Strambi L. Impact, diagnosis

- and treatment of restless legs syndrome (RLS) in a primary care population: the REST (RLS epidemiology, symptoms, and treatment) primary care study. *Sleep Med.* 2004;5(3):237-246.
- Kasper DL, Braunwald E, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Fauci AS. *Harrison's principles of internal medicine.* 16 ed. New York: McGrawHill; 2004.
- Longmore M, Wilkinson IB, Baldwin A, Wallin E. *Manual Oxford de medicina clínica.* 7. ed. Oeiras: Euromedice; 2014.
- Marques-Teixeira J. *Consensos psiquiátricos: manual prático para clínicos gerais.* Linda-a-Velha: Vale & Vale; 2007.
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. *Atención primaria: principios, organización y métodos en medicina de familia.* 5. ed. Madrid: Elsevier; 2009.
- Montgomery P, Dennis JA. Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2):CD003161.
- Montgomery P, Dennis JA. Physical exercise for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(4):CD003404.
- Murtagh JE. *Compêndio de medicina geral e familiar.* 4. ed. Alges: Euromédice; 2008. Nunes L, coordenador. *Alguns problemas em clínica geral.* APMCG; 1990.
- Ohayon MM, Roth T. Prevalence of restless leg syndrome and periodic limb movement disorder in the general population. *J Psychosom Res.* 2002;53(1):547-554.
- Tierney LM, Saint S, Whooley MA. *Current essência da medicina.* 4. ed. Porto Alegre: AMGH; 2012.