



TRANSTORNO DO SONO (Insônia)

Até um terço dos pacientes vistos em atendimento primário pode apresentar dificuldades ocasionais de sono, e 10% destes podem ter problemas crônicos do sono. As conseqüências primárias da insônia aguda são sonolência, humor depressivo e comprometimento do desempenho. A severidade dessas conseqüências está relacionada ao grau de sono perdido em uma ou mais noites. Os pacientes com insônia crônica freqüentemente queixam-se de cansaço, alterações do humor (depressão, irritabilidade), dificuldade de concentração e comprometimento das funções diurnas. Como a insônia tem várias causas, as conseqüências podem não ser uniformes. Embora a forma mais comum seja a psicofisiológica, a insônia pode apresentar-se como sintoma de apresentação de qualquer transtorno de sono primário. Ademais, pode fazer parte de uma afecção médica, psiquiátrica ou induzida por medicamento.

As conseqüências da insônia constante podem ser graves e incluir o uso excessivo de medicação prescrita, o uso de álcool e o autotratamento de sonolência diurna com estimulantes de venda livre. Uma atitude passiva e derrotista pode ser ramificação psicológica. Transtornos relacionados à tensão (cefaléias, desconforto gástrico, vasoconstrição das extremidades) também são vistos. O aumento dos acidentes com veículos, diminuição do desempenho profissional e diminuição da qualidade de vida são comuns em pacientes que têm insônia crônica. O tratamento da afecção subjacente geralmente controla a insônia secundária. A terapia específica para a insônia primária depende da causa do problema.

Definição

Insônia é a presença de um sono de qualidade inadequada ou insatisfatória, caracterizado por uma ou mais das seguintes queixas: dificuldade em adormecer, dificuldade em manter o sono, acordar cedo demais, sono não-reparador, insônia também envolve conseqüências diurnas, tais como: cansaço, falta de energia, dificuldade de concentração, e irritabilidade. Períodos de dificuldade no sono que duram entre uma noite e algumas semanas são denominados insônia aguda. Insônia crônica refere-se à dificuldade de sono de pelo menos três vezes por semana durante um mês ou mais. A prevalência da insônia aumenta com a idade e é mais comum em mulheres.

Tipos de insônia



⇒ **A insônia psicofisiológica** tipicamente é adquirida durante um período quando outros fatores (como estresse) estão operantes. Depois de alguns dias de sono insatisfatório, o paciente se preocupa e começa a tentar pegar no sono cada vez com mais afinco. O resultado é a estimulação e o agravamento da insônia. Estímulos na hora de dormir (o quarto, a própria cama) podem desencadear a falta de sono. Dessa forma, tais pacientes podem ter graves problemas com o sono em seu próprio quarto, mas dormem muito bem em outros locais (no sofá da sala, num hotel,...). A essência da insônia psicofisiológica é que a atenção se concentra na incapacidade de dormir. A insônia é percebida como a única fonte de angústia, e outras preocupações emocionais ou mentais são minimizadas. Tipicamente, os pacientes reprimem ou negam a ciência de fatores de estresse e vêem a insônia como não tendo razão para ocorrer.

⇒ **Insônia idiopática ou de início na infância.** Esta afecção se apresenta como incapacidade grave e crônica de iniciar e manter o sono, o que costuma ser rastreado até as primeiras semanas de vida. A latência do sono (ou seja, o tempo que se leva para adormecer depois de ir para a cama) pode ser muito longa, e o sono é crivado de episódios de despertar. As características do período diurno tipicamente incluem diminuição da atenção e da vigilância, baixos níveis de energia e concentração e deterioração do humor. Na insônia idiopática leve ou moderada, a função psicológica fica intacta. Em casos severos, as funções diurnas podem ser severamente rompidas, e os pacientes afetados podem não ser capazes de manter o emprego. Durante a infância e a adolescência, a insônia idiopática costuma associar-se a sinais neurológicos como dislexia e hiperatividade. Em muitos casos, são vistas anormalidades difusas e inespecíficas num eletroencefalograma (EEG).

⇒ **Insônia por má percepção do estado de sono.** Neste transtorno ocorrem queixas de insônia sem qualquer evidência objetiva de desequilíbrio do sono. Os pacientes podem relatar que não dormem absolutamente nada há semanas, meses ou anos. No entanto, em estudos objetivos do sono, dormem várias horas por noite.

⇒ **Insônia aguda.** A insônia aguda costuma ser causada por desconforto emocional ou físico. Alguns exemplos comuns incluem estresse significativo da vida, doença aguda e desequilíbrios ambientais, como ruído, luz e temperatura. Dormir num horário incompatível com o ritmo biológico diário, como ocorre com o jet lag, também pode causar insônia aguda.

⇒ **Insônia crônica.** A insônia crônica pode ser causada por muitos fatores diferentes atuando isoladamente ou em combinação, ocorrendo mais freqüentemente junto com outros problemas de saúde. Em outros casos, o desequilíbrio do sono é a queixa principal ou única, envolvendo regulação de sono-vigília ou fisiologia anormal durante o sono. É a insônia associada a transtornos psiquiátricos, clínicos e neurológicos. Transtornos do humor e de ansiedade são os diagnósticos psiquiátricos mais comuns associados à insônia. Esta também pode associar-se a ampla variedade de transtornos clínicos e neurológicos. Fatores que causem problemas durante o dia todo, como dor, imobilidade, dificuldade respiratória, demência e alterações hormonais associadas à gravidez, perimenopausa e menopausa, também podem causar insônia. Muitos



transtornos clínicos pioram à noite, seja pelo sono em si, por influência circadiana (como a asma) ou pelo decúbito dorsal (refluxo gastroesofágico).

⇒ **Insônia associada a uso de medicamentos e substâncias.** Várias drogas prescritas, não-prescritas e drogas de abuso podem levar a aumento da vigília e a um sono de má qualidade. A probabilidade de qualquer dada droga contribuir para a insônia é imprevisível e pode estar relacionada à dose, à lipofilia, a diferenças individuais e a outros fatores.

Insônia associada a transtornos específicos do sono. A insônia pode associar-se a transtornos específicos do sono, incluindo a síndrome das pernas inquietas, o transtorno periódico do movimento das extremidades, a apnéia do sono e transtornos do sono relacionados ao ritmo circadiano.

⇒ **Síndrome das pernas inquietas.** Esta afecção comum é encontrada em graus variáveis em até 10% da população. Os quatro sintomas cardinais são um desejo de movimentar as pernas, acompanhando parestesias caracterizadas como desconfortáveis ou indescritíveis, inquietação motora e piora dos sintomas à noite e em repouso. Esta afecção hereditária se caracteriza clinicamente por insônia progressiva, alterações do ritmo circadiano da secreção hormonal, sinais motores e deterioração discreta a moderada da cognição. A idade de início habitual se dá entre 35 e 60 anos.

⇒ **O transtorno do movimento periódico das extremidades** caracteriza-se por movimentos rápidos ou de contração repetidos, rítmicos e de pequena amplitude nas extremidades inferiores, menos frequentemente nos membros superiores. Estes movimentos ocorrem a cada 20 a 90 segundos e podem levar ao despertar, o que geralmente não é percebido pelo paciente. Em lugar disso, há um relato de sono não-reparador.

⇒ **Apnéia obstrutiva do sono** associa-se mais comumente a roncos, sonolência diurna e obesidade, mas ocasionalmente pode causar insônia.

⇒ **Os distúrbios do sono relacionados ao ritmo circadiano** caracterizam-se por uma incapacidade de dormir devido a uma falta de correspondência entre o ritmo de sono circadiano e o horário de sono desejado ou necessário.

⇒ **Afecções neurológicas e clínicas.** Afecções que podem causar insônia, entre outros sintomas, incluem mioclonia proprioespinhal, doença de Parkinson e outras doenças neurodegenerativas, apnéia do sono central no início do sono, dor, distúrbios degenerativos, alergias e asma. Insônia relacionada à menopausa, há um alto nível de desequilíbrio do sono ocorrendo em cerca de 42% de mulheres de meia-idade.

⇒ **Insônia no idoso.** O idoso pode experimentar alterações dramáticas da qualidade e da quantidade do sono causadas por mudanças da função cerebral. As alterações incluem o dormir e acordar com muita facilidade, aumento dos episódios de despertar, aumento das perturbações respiratórias do sono, frequentes movimentos periódicos dos membros inferiores e sonecas frequentes.



⇒ **Afecções psiquiátricas.** Em pacientes com insônia, se a ansiedade permear a maioria dos aspectos funcionais, o diagnóstico habitual será transtorno de ansiedade generalizado. Contrastando, se a ansiedade concentrar-se quase exclusivamente na má qualidade do sono e suas conseqüências sobre as funções diurnas, insônia psicofisiológica será o diagnóstico típico. Um transtorno afetivo costuma acompanhar a insônia. Há cada vez mais evidências de que a insônia, inicialmente não relacionada à depressão, é fator de risco importante para o desenvolvimento de depressão ou ansiedade.

Instrumentos de diagnóstico

A insônia geralmente é diagnosticada por 1- anamnese minuciosa; 2 – polissonografia; 3 - teste de múltiplas latências do sono (MSLT) para descartar transtornos primários do sono; 4- diários de sono, diário de sono é um demonstrativo em queo paciente registra o horário em que vai dormir, o tempo aproximado de sono, os horários e a duração dos episódios de despertar durante o período de sono, o horário final em que acorda e sonecas ocorridas durante o dia; 5 - Actigrafia é uma técnica recentemente desenvolvida para registrar a atividade durante a vigília e o sono sem aplicação de quaisquer eletrodos; 6 - Avaliação laboratorial.

Alterações observadas durante o sono

A enurese noturna caracteriza-se por micção involuntária recorrente que ocorre durante o sono; obstrução respiratória e apnéia do sono podem ser fatores precipitantes, particularmente em crianças que tenham roncos altos. Quando se diagnostica a síndrome da apnéia do sono obstrutiva, apnéia e enurese costumam resolver-se depois do tratamento da apnéia. Alergias podem desempenhar um papel na perseverança da enurese. Algumas crianças com o transtorno demonstram ser alérgicas a derivados do leite e sofrer de irritabilidade vesical.

Bruxismo no sono. É o transtorno de movimentos estereotipados caracterizados por rilhar ou ranger os dentes durante o sono. O bruxismo pode levar ao desgaste anormal dos dentes, lesão do tecido periodontal ou dor na mandíbula. Sintomas adicionais incluem várias sensações musculares e nos dentes, dor facial atípica ou cefaléia. Esses eventos geralmente não se associam ao despertar, mas produzem breves períodos de despertar do sono.

Hipersônia idiopática é transtorno de suposta causa no sistema nervoso central associada a um episódio maior de sono normal ou prolongado e sonolência excessiva, consistindo em episódios de sono prolongado. Caracteriza por uma queixa de sonolência diurna constante ou recorrente, com episódios de sono durando tipicamente 1 ou mais horas.



Narcolepsia é o transtorno de etiologia desconhecida caracterizado por sonolência excessiva que tipicamente se associa à cataplexia e outros fenômenos do sono REM, como paralisia do sono e alucinações hipnagógicas.

Sonambulismo consiste em uma série de comportamentos complexos iniciados durante o sono de ondas lentas e resulta em caminhadas durante o sono. Os episódios podem variar do simples sentar-se na cama ao andar e até aparentes tentativas frenéticas de “fugir”.

Transtorno de comportamento no sono REM se caracteriza-se pela perda intermitente da atonia eletromiográfica do sono REM e pelo aparecimento de atividade motora elaborada associada aos pensamentos oníricos. Socos, chutes, saltos e corrida da cama durante a tentativa de encenação do sonho são manifestações frequentes e geralmente se correlacionam com as imagens relatadas. Uma forma transitória aguda pode acompanhar o rebote do REM durante a abstinência do álcool e de agentes tranquilizantes-hipnóticos.

Apnéia central do sono caracteriza-se por parada ou diminuição do esforço ventilatório durante o sono e geralmente se associa à insaturação do oxigênio.

Sonilóquios é a vocalização de fala ou de sons durante o sono sem consciência detalhada subjetiva simultânea do evento, consistem em falas frequentes noturnas mais longas e podem incluir um conteúdo infundido com raiva e hostilidade. O sonilóquio pode ser espontâneo ou induzido por conversação com a pessoa que dorme.

Terros noturnos caracterizam-se por súbito alerta a partir de um sono de ondas lentas com um grito penetrante acompanhado por manifestações autônomas e comportamentais de medo intenso. Manifestam-se como descarga autônoma severa com taquicardia, taquipnéia, rubor da pele, diaforese, midríase, diminuição da resistência da pele e aumento do tono muscular. O paciente geralmente se senta na cama, fica não-responsivo a estímulos exteriores e, se acordado, está confuso e desorientado. Ocorre amnésia para o episódio, embora algumas vezes haja relatos de fragmentos de imagens oníricas vívidas muito breves ou alucinações. O episódio pode ser acompanhado por vocalizações incoerentes ou micção.

Apnéia obstrutiva do sono caracteriza-se por episódios repetitivos de obstrução das vias aéreas altas que ocorrem durante o sono, geralmente associados a uma redução da saturação do oxigênio no sangue. Depressão, ansiedade, irritabilidade e até profundo desespero secundariamente se associam em geral à síndrome da apnéia obstrutiva do sono.

Síndrome de atraso das fases de sono é um transtorno no qual o episódio maior de sono atrasa em relação ao tempo cronológico desejado, resultando em sintomas de insônia para início do sono ou dificuldade para acordar no horário desejado.

Transtorno do sono em trabalho por turnos consiste em sintomas de insônia ou excessiva sonolência que ocorrem como fenômenos transitórios em relação a



horários de trabalho. A redução do alerta, que ocorre não somente durante o turno de trabalho, pode associar-se à redução do desempenho, da capacidade, trazendo conseqüências para a segurança. Igualmente, partes importantes do tempo livre do indivíduo podem ter de ser usadas para recuperar o sono, o que, em muitos casos, terá conseqüências sociais negativas, como desavenças conjugais e comprometimento das relações sociais. Também tem havido relatos de aumento da irritabilidade, presumivelmente relacionado à falta de sono ou ao conflito entre as exigências de sono e as exigências das atividades sociais.

Síndrome da alteração do fuso horário (jet lag) consiste em graus variáveis de dificuldades para iniciar ou manter o sono, sonolência excessiva, decréscimos do alerta diurno subjetivo e do desempenho, além de sintomas somáticos (em grande parte relacionados à função gastrointestinal) após viagem rápida através de múltiplos fusos horários. A severidade e a duração dos sintomas variam consideravelmente, dependendo do número de fusos horários atravessados. Os indivíduos que viajam de rotina entre fusos horários (funcionários de companhias aéreas, diplomatas, executivos, jogadores de futebol, ...) podem apresentar sintomas crônicos de transtornos do sono, mal-estar diurno, irritabilidade e comprometimento do desempenho semelhantemente ao que se vê em trabalhadores por turnos.

Medidas gerais de higiene do sono

As medidas de higiene do sono podem ajudar a promover o sono em todas as pessoas. Medidas de higiene do sono envolvem práticas de saúde e influências ambientais relacionadas ao sono:

- Acordar à mesma hora do dia.
- Suspendar cafeína 4 a 6 horas antes da hora de dormir e minimizar o uso diário total. A cafeína é um estimulante e pode interromper o sono.
- Evitar nicotina, especialmente perto da hora de deitar e ao acordar durante a noite; ela também é um estimulante.
- Evitar o uso de álcool a altas horas da noite para facilitar o início do sono; o álcool pode causar o despertar mais tarde.
- Evitar refeições pesadas muito perto da hora de deitar-se, pois isto pode interferir no sono. Um lanche leve pode ser indutor do sono.
- Fazer exercício regularmente ao fim da tarde pode aprofundar o sono; exercício vigoroso a 3 ou 4 horas antes de dormir pode interferir no sono.
- Minimizar ruídos, luz e temperatura excessiva durante o período de sono.
- Afastar o despertador da cama, se for uma fonte de distração.



Uma queixa de simplesmente não dormir as 8 horas diárias, mas, por outro lado, ter um sono reparador, está dentro dos limites do comportamento normal, sendo necessária apenas uma tranquilização sobre a normalidade do fato. No entanto, queixa de insônia severa ou de sonolência excessiva durante o dia deve incitar a uma avaliação, independentemente da idade do paciente.

Conduta

Muitas vezes, a causa de insônia aguda (nenhum episódio dura mais que algumas semanas) está relacionada a um evento específico. A necessidade de tratamento geralmente é determinada pela severidade das seqüelas diurnas, duração do episódio e grau em que os episódios se tornam previsíveis. Até mesmo episódios breves de insônia aguda podem justificar tratamento, porque indivíduos tipicamente com bom sono podem ficar sonolentos depois de perder apenas algumas horas de sono em uma ou mais noites. Igualmente, há a possibilidade de que a insônia aguda não tratada possa tornar-se insônia crônica apreendida.

Quando a insônia persistir além de uma ou duas noites ou ficar previsível, algum tratamento deverá ser considerado. O tratamento farmacológico geralmente predomina. A insônia crônica costuma ser um desafio terapêutico significativo. Como a insônia crônica costuma ter etiologia multifatorial, podem ser necessárias múltiplas modalidades de tratamento para qualquer paciente. Em alguns pacientes, os mecanismos que mantêm a insônia são mais importantes do que os fatores precipitantes.

Tratamento comportamental buscam mudar hábitos de sono inadequados, reduzir o alerta autônomo e alterar crenças e atitudes disfuncionais que supostamente mantenham a insônia.

Terapia de relaxamento se baseia em observações de que os pacientes com insônia muitas vezes exibem altos níveis de alerta fisiológico, cognitivo e/ou emocional à noite e durante o dia. O relaxamento muscular progressivo, o treinamento autogênico e o biofeedback com EMG buscam reduzir o alerta somático (tensão muscular), enquanto os procedimentos de concentração de atenção, como treinamento com imagens e meditação, pretendem baixar o alerta cognitivo pré-sono (pensamentos intrusivos, correr da mente). A terapia de relaxamento é útil para o início do sono e manutenção do tratamento de insônia. Todas essas técnicas requerem prática regular com um profissional treinado por um período de várias semanas.

Terapia de restrição do sono consiste em encurtar o tempo passado na cama para aumentar a porcentagem de tempo que a pessoa dorme. Isto melhora a eficiência do sono do paciente (tempo dormido/tempo na cama). A terapia de restrição do sono é modificada em adultos de mais idade, permitindo-se uma soneca curta à tarde.

Terapia do controle de estímulos. baseia-se na premissa de que a insônia seja uma resposta condicionada a sugestões temporais (hora de dormir) e ambientais (cama/quarto) geralmente associadas ao sono. O principal objetivo da terapia de



controle de estímulos é reassociar a cama e o quarto ao início rápido do sono. As instruções de controles de estímulos envolvem: (a) ir para a cama somente quando tiver sono; (b) usar a cama e o quarto somente para dormir; (c) sair da cama e ir para outro quarto, quando não conseguir adormecer ou voltar a dormir facilmente, e voltar para a cama somente quando estiver com sono de novo; (d) manter um horário regular para levantar-se pela manhã, independentemente da duração do sono na noite anterior; (e) evitar sonecas durante o dia. Ensaios clínicos têm documentado a eficácia da terapia do controle de estímulos para o início do sono e a insônia de manutenção do sono.

Terapia cognitiva visa identificar crenças e atitudes disfuncionais sobre o sono e repô-las por substitutos mais adaptativos. Essas mudanças de atitude muitas vezes ajudam a minimizar a ansiedade antecipatória e o alerta que interferem no sono.

Tratamento farmacológico indicação primária para medicação é o tratamento da insônia a curto prazo – como única modalidade de tratamento ou como terapia adjuntiva até que o problema subjacente seja controlado. Os medicamentos têm mostrado ser eficazes em induzir, manter e consolidar o sono. Os pacientes relatam alívio dos sintomas noturnos e diurnos. Há pequenas diferenças entre os compostos e sua capacidade de induzir e manter o sono com base na taxa de absorção e eliminação. O efeito colateral mais comum dessas drogas é a amnésia anterógrada e, para as drogas de ação longa, sonolência diurna residual. Dose, propriedades farmacocinéticas, taxa de absorção, distribuição, meia-vida e relação risco-benefício são os fatores-chaves na escolha do melhor preditor isolado da frequência de efeitos colaterais relatados com esses medicamentos. Têm impacto sobre a quantidade máxima de uma droga no corpo, bem como sobre a duração de ação do medicamento. Uma vez estabelecida uma dose eficaz, aumentá-la raramente leva a aumento da eficácia, mas prediz confiavelmente aumento da frequência de efeitos colaterais.

O desequilíbrio do sono é preditor confiável de pouca saúde psicológica e/ou física. Desta forma, um relato de transtornos do sono sinaliza a necessidade de maior avaliação. Os médicos devem interrogar sobre o sono durante as avaliações periódicas dos pacientes. A insônia costuma ser associada à doença psiquiátrica ou clínica, algumas vezes como sintoma primário de um problema. Existem tratamentos eficazes para insônia. Para alguns pacientes, a melhora do sono leva à melhora da qualidade de vida.

Dr. Maurício Aranha - Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora; Especialista em Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya; Pesquisador do Núcleo de Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. E-mail: dr_mauricioaranha@yahoo.com.br

