



CAMPO GRANDE
PREFEITURA

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA
DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
SESAU - CAMPO GRANDE - MS / FIOCRUZ**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

**Insônia na Atenção Primária à Saúde:
Guia rápido para profissionais da saúde**

Campo Grande

2022

Marcos Paulo Silva do Amaral

**Insônia na Atenção Primária à Saúde :
Guia rápido para profissionais da saúde**

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientadora: Marcia Gizele Ornelas especialista em Medicina de Família e Comunidade e especialista em Preceptoria Médica na área de Saúde da Família e Comunidade – UNA-SUS/UFCSPA.

Campo Grande

2022

RESUMO

DO AMARAL, M.P.S. Insônia na Atenção Primária à Saúde: Guia de referência rápido prático para profissionais da saúde. Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande.

A insônia é caracterizada como um transtorno definido pela existência da dificuldade de iniciar ou manter o sono ou insatisfação com a qualidade do sono, ocasionando sintomas diurnos, físicos e emocionais que irão interferir no desempenho das atividades diárias. Este estudo tem como objetivo a elaboração de um guia rápido prático para profissionais da saúde na abordagem do distúrbio do sono insônia, elencando as principais medidas farmacológicas e não farmacológicas. O método deste estudo é uma revisão bibliográfica e exploratória de textos levantados das bases de dados Pubmed, Scielo e Cochrane E Uptodate . As queixas de insônia são muito prevalentes nos cuidados de saúde , O diagnóstico é clínico devendo-se efetuar toda investigação para o descarte de demais patologias que possam estar dando origem à queixa do paciente, uma vez que tratadas as doenças de base é possível que o mesmo volte a ter uma qualidade de sono. Contudo, diante do sofrimento e disfuncionalidade relatados pelo indivíduo o profissional pode lançar mão de protocolos farmacológicos, porém a terapia cognitivo comportamental suporta o melhor nível de evidência para tratamento da insônia primária. portanto trata-se de uma condição prevalente com grande prejuízo para os portadores, muito medicalizada e com pouca oferta de tratamentos mais efetivos. Sendo necessária a sensibilização dos profissionais e gestores para o assunto.

Palavras-chave: Insônia; Atenção Primária; Guia de Referência.

ABSTRACT

DO AMARAL, M.P.S. Insomnia in Primary Health Care: A practical quick reference guide for healthcare professionals. Specialist title monograph in Family and Community Medicine, Residency Program in Family and Community Medicine of the Municipal Health Department/Fiocruz de Campo Grande.

Insomnia is characterized as a disorder defined by the existence of difficulty in initiating or maintaining sleep or dissatisfaction with the quality of sleep, causing daytime, physical and emotional symptoms that will interfere with the performance of daily activities. This study aims to prepare a quick practical guide for health professionals in the approach to sleep disorder insomnia, listing the main pharmacological and non-pharmacological measures. The method of this study is a bibliographic and exploratory review of texts collected from Pubmed, Scielo and Cochrane databases between 1988 and 2021. Insomnia complaints are very prevalent in health care , The diagnosis is clinical and all investigations must be carried out to discard other pathologies that may be giving rise to the patient's complaint, once the underlying diseases are treated, it is possible that the same will have a quality of sleep again. However, given the suffering and dysfunction reported by the individual, the professional can use pharmacological protocols, but cognitive behavioral therapy supports the best level of evidence for the treatment of primary insomnia. therefore, it is a prevalent condition with great harm to patients, very medicalized and with little offer of more effective treatments. It is necessary to raise the awareness of professionals and managers on the subject.

Keywords: Insomnia; Primary Care; Reference Guide.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. QUESTÕES NORTEADORAS E PROBLEMA DE PESQUISA	11
3. HIPÓTESE	11
4. OBJETIVOS	12
4.1 OBJETIVO PRIMÁRIO	12
4.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	12
5. MÉTODOS	12
5.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	12
5.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	13
5.3 RISCOS	13
5.4 BENEFÍCIOS	13
5.5 ANÁLISE DE DADOS	13
6. RESULTADOS	14
6.1 SINAIS, SINTOMAS	14
6.2 CLASSIFICAÇÕES	14
6.3 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS – TRANSTORNO DE INSÔNIA	15
6.4 TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO	15
6.4.1 Higiene do Sono	16
6.4.2 Terapia Cognitivo-Comportamental	16
6.4.3 Controle de Estímulo	17
6.4.4 Restrição do Sono	18
6.4.5 Intenção Paradoxal	19
6.4.7 Acupuntura	20
6.5 TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS	20
6.5.1 Fármacos Hipnóticos	20
6.5.2 Antidepressivos	21
6.5.3 Trazodona	21
6.5.4 Mirtazapina, Amitriptilina, Mianserina	22
6.5.5 Agomelatina	22
6.5.6 Antipsicóticos	23
6.5.7 Anti-histamínicos	23
6.5.8 Valeriana	23
6.5.9 Melatonina	24
7. DISCUSSÃO	24

8. CONCLUSÕES	26
REFERÊNCIAS	29

1. INTRODUÇÃO

O sono é uma atividade fisiológica que deve fazer parte do cotidiano das pessoas (GOMES, *et al.*, 2010), sendo esta uma condição fisiológica de atividade cerebral, natural e periódica, caracterizada por modificação do estado de consciência, redução da sensibilidade aos estímulos ambientais, acompanhados por características motoras e posturais próprias, além de alterações autônomas.

Há duas divisões principais das fases do sono: NREM, caracterizado por não movimentos oculares rápidos, lentificação progressiva da atividade cortical, relaxamento muscular com manutenção do tônus, entre outras características, sendo composto de três etapas: os estágios I, II e III. Já a segunda fase é o sono REM (movimento rápido dos olhos) caracterizado pela hipotonia ou atonia muscular, movimentos corporais fásicos, emissão de sons, observa-se respiração e eletrocardiograma irregulares e nessa fase os sonhos são mais frequentes, porém podem ocorrer em qualquer fase do sono. Uma sucessão de sono NREM e REM consiste em um ciclo de sono completo (FERNANDES, 2006; ANDERSEN; *et al.*, 2011). Segundo ANDERSEN (2011), o sono possui uma função biológica que é regulada e organizada de forma ativa, fundamentando-se em três processos: o homeostático (definido pela quantidade de sono e vigília), o circadiano (este organiza as alternâncias entre sono e vigília durante as vinte e quatro horas do dia) e o ultradiano (controla a alternância entre os dois tipos de sono: REM e NREM).

Assim, a vigília que é o estado de alerta, e o sono dispõem de sistemas individuais, mas que estão dispostos de forma interconectada. O ritmo circadiano é o responsável pelo controle desse ciclo de sono-vigília, e relacionado com o fotoperiodismo resultante da alternância dia-noite que é controlado pelo relógio circadiano mestre que está localizado no núcleo supraquiasmático (NSQ) do hipotálamo (GOMES; *et al.*, 2010).

Esse relógio circadiano mestre é o agente responsável pela organização cíclica e temporal do organismo e do ciclo sono-vigília. Já o NSQ é influenciado pela luz do ambiente durante o dia por meio da via feixe retino-hipotalâmico e durante a noite pela melatonina que é secretada pela glândula pineal. Essa secreção de melatonina atinge limiares máximos durante a noite e sua ação no NSQ possui

relação com o início e manutenção do sono (MIGNOT, 2008; GOMES; et al, 2010; GOODWIN).

Com relação à insônia, temos a etimologia do latim *in-somnia*, que é falta de sono (*son-i*, *somnus*) (HOUAISS, 2001). Sendo esta descrita como um transtorno definido pela existência da dificuldade de iniciar ou manter o sono ou insatisfação com a qualidade do sono, ocasionando sintomas diurnos, físicos e emocionais que irão interferir no desempenho das atividades sociais e cognitivas.

Sendo a insônia um importante sintoma que pode ser definido como dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, com a presença de um sono não reparador, sendo incapaz de manter qualidade adequada de alerta e bem-estar durante o dia, refletindo em dificuldade em atividades diárias.

Esta situação se mostra muito prevalente na população geral e quando crônica, geralmente reflete distúrbios psicológicos e comportamentais (VGONTZAS, KALES, 1999). Este distúrbio pode ocorrer tanto em adultos como crianças, diferindo somente na sua forma de apresentação. De uma maneira geral, os distúrbios do sono podem ser divididos em três grupos: dificuldade de manter o sono, sonolência excessiva diurna e parassonias (FERBER, 1996 *apud* NUNES; CAVALCANTE, 2005; SHELDON; SPIRE; LEVY, 1992 *apud* NUNES; CAVALCANTE, 2005).

A insônia é um dos distúrbios do sono mais frequentes na população e que acomete mais mulheres, produzindo consequências no funcionamento diurno e noturno nos aspectos físicos, psíquicos e sociais. Os principais acometimentos relacionados com o Desempenho Ocupacional dos indivíduos adultos referem-se aos prejuízos apresentados em diferentes contextos como no ambiente escolar, familiar, social e do trabalho. Dentre esses aspectos que interferem no Desempenho Ocupacional destacam-se: alterações cognitivas, relacionadas principalmente com a memória, concentração e atenção; fadiga durante o dia; menor produtividade seja no trabalho ou nas atividades diárias de modo geral; absenteísmo, destacando-se esse aspecto relacionado ao trabalho; distúrbios de humor; ansiedade; relações familiares e sociais prejudicadas; e acidentes no trabalho. Um aspecto frequente nos estudos que estão associados com os comprometimentos no Desempenho Ocupacional é o prejuízo no funcionamento diurno. Porém nesses estudos não existe a descrição específica de quais são esses prejuízos e de que forma acometem o cotidiano do

adulto que apresenta insônia, fazendo-se necessários estudos que descrevam melhor essas variáveis (KUBOTA, 2013).

Foi destacado em estudo que a insônia pode ser o segundo sintoma mental mais comum (KRIPKE, *et al.*, 1979). A insônia irá afetar de forma mais intensa os componentes psíquico e social e com a sua forma crônica, afetará também o sistema biológico.

Estima-se, por exemplo, que atualmente pelo menos um terço dos adultos no Ocidente sofra, em algum momento de sua existência, de algum tipo de insônia. Este dado, cotejado ao fato de que as medicações tranqüilizantes estão entre as drogas lícitas mais vendida

No mercado farmacológico mundial, constituem perturbadores indícios de que o mal-estar na contemporaneidade expressa-se, entre outros, através da incapacidade de dormir e de repousar. Calcula-se, por exemplo, que no ano de 1989 cada brasileiro tenha consumido em média 7,3 doses de calmantes. No mesmo período, a média norte-americana foi de 16,9 doses e a francesa de 55! Tal fato bastaria, por si só, para que colocássemos a questão de que cultura é essa que não permite sequer que os indivíduos nela inscritos possam repousar em paz (PEREIRA, 2001).

Os distúrbios do sono estão entre os distúrbios clínicos com maior impacto de saúde e socioeconômico (VELA-BUENO, DE ICETA & FERNANDEZ, 1999 *apud* SOUZA; REIMÃO, 2004).

São tão comuns como a asma e o diabetes; porém, poucos são diagnosticados e tratados adequadamente. Como exemplo pode-se citar que somente 5% dos pacientes com insônia consultam os cuidados em saúde e 69% nunca mencionaram aos médicos suas dificuldades de dormir (McCall, 1999).

Em um estudo populacional longitudinal realizado na Suíça, com uma amostra de 2.602 homens, de 30 a 69 anos, o autor concluiu que a insônia nos homens estava relacionada a fatores de estilo de vida como obesidade, inatividade física e a dependência do álcool, mas não à idade. Este estudo demonstrou a relação entre qualidade de sono e estado de saúde geral (JANSON; *et al*, 2001).

Cumprir considerar a diminuição, com o aumento da idade, do tempo de sono noturno e da habilidade para adormecer, antes de se diagnosticar a insônia, a

sonolência excessiva diurna ou qualquer outro distúrbio do sono (FLOYD; et al, 2000).

Como também, na relação entre mortalidade e padrões de sono, deve-se avaliar a duração do sono e a sua qualidade. Tanto os dormidores longos como os curtos têm um maior risco. A qualidade do sono ruim está associada, também, a um maior risco, independente da duração do sono (KOJIMA et al).

Independentemente das mudanças do envelhecimento normal, alguns outros fatores contribuem para a deterioração do sono no idoso. Os distúrbios mais comuns são as dificuldades para adormecer e a manutenção do sono. Com a idade há um aumento dos movimentos periódicos das pernas e da apnéia do sono; a parassônia mais relevante é o distúrbio comportamental do sono REM (Benetó, 2000).

No ano de 2003 foi publicado o I Consenso Brasileiro de Insônia, o qual relacionou a frequência das consequências e comorbidades da insônia com o seu tempo de duração. Na insônia crônica, de longa duração, observam-se mais sintomas cognitivos e alteração do humor, irritabilidade, redução do desempenho acadêmico e profissional, redução da concentração e da memória. Além do que, a insônia e a fadiga aumentam, significativamente, o risco de acidentes de trabalho, domésticos e de trânsito (SOCIEDADE BRASILEIRA DE SONO, 2003).

Toda a complexidade que perpassa os diversos processos da insônia irão também influenciar diretamente nas perdas ocupacionais e prejuízo no desempenho das atividades de vida diária (AVD's) e no contexto profissional e acadêmico, como: diminuição na produtividade e qualidade, dificuldades para lidar com situações estressantes, dificuldade para tomar decisões e solucionar problemas, diminuição do otimismo em relação à carreira profissional e dificuldades no relacionamento interpessoal (ZAMMIT; et al, 1999; EDINGER; et al, 2001; AASM, 2005).

Sendo o ser humano um ser biopsicossocial há a grande importância de ter uma maior atenção sobre o tema. Tendo em vista que os profissionais de Atenção Primária à Saúde são profissionais primordiais para uma visão ampliada e abordagem integral ao tema, se faz necessário uma melhor identificação dos casos de insônia para melhor abordagem e cuidado individualizado.

2. QUESTÕES NORTEADORAS E PROBLEMA DE PESQUISA

Como auxiliar os profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre os aspectos mais prevalentes dos distúrbios do sono e como a insônia afeta a qualidade de vida geral de seus portadores?

Como melhorar a atenção e conhecimentos sobre a insônia, diante da grande relevância do tema para a prática clínica?

Como informar e ampliar os conhecimentos sobre a insônia aos profissionais da Atenção Primária à saúde (APS) para melhorar a qualidade do serviço prestado?

A insônia é, segundo estudos, o segundo sintoma mental mais comum no mundo, podendo afetar de forma intensa os componentes biopsicossociais do indivíduo, tendo um grande potencial no comprometimento a curto e médio prazo.

3. HIPÓTESE

A insônia é o distúrbio do sono mais frequente, caracterizado pela dificuldade em iniciar o sono, em mantê-lo, despertares noturnos, despertar cedo ou sensação de cansaço diurno, afetando diretamente a vida do indivíduo.

A relevância dos conhecimentos é o diferencial, trazendo a abordagem individualizada. Algumas pessoas com orientações sobre higiene do sono e outras com acompanhamento mais estruturado.

Para otimizar o tempo durante as consultas e tirar dúvidas a elaboração de um Guia é de suma importância, colaborando e facilitando a abordagem do profissional da Atenção Primária à Saúde.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Compreender através de pesquisa bibliográfica e exploratória o papel do médico na APS e o processo e as características de insônia que afeta a qualidade de alerta e bem-estar físico e mental durante o dia da população portadora deste distúrbio e chegar se a um consenso para um melhor manejo da insônia na Atenção Primária à Saúde.

4.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Avaliar as questões mais importantes da pesquisa feita no objetivo primário e com a síntese dos resultados desenvolver um Guia rápido Prático, para os médicos na atenção primária à saúde, com as ações, os sintomas e soluções rápidas e exitosas no tratamento deste distúrbio do sono.

5. MÉTODOS

5.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foi realizada uma pesquisa exploratória e bibliográfica de textos a respeito das ações para tratamento do distúrbio do sono, a insônia. As buscas foram efetuadas em bases de dados científicas- PubMed; SciELO e Cochrane e Uptodate.

5.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos aqueles que não possuíam disponibilidade do trabalho na íntegra, os que não se adequaram à temática estudada e além destes, foram excluídos também os que possuíam duplicidade nas seleções das bases de dados, ou seja, dois trabalhos iguais selecionados em bases de dados diferentes.

5.3 RISCOS

Esta revisão bibliográfica foi realizada apenas com conteúdo de domínio públicos presente das bases de dados.

5.4 BENEFÍCIOS

O presente trabalho é voltado para a atenção primária à saúde e foi necessário para o desenvolvimento deste projeto um embasamento teórico referencial com objetivo de elaboração de um guia rápido para profissionais da saúde.

A partir da fundamentação teórica, foi definido o objetivo do trabalho para o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ MS, Fiocruz.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

Este Trabalho permitiu elencar e avaliar boas condutas no acompanhamento da saúde do paciente com o distúrbio do sono Insônia e os procedimentos, com melhor evidência para tratamento e seguimento.

6. RESULTADOS

6.1 SINAIS, SINTOMAS

No transtorno insônia os sinais e sintomas podem incluir: dificuldade para iniciar, manter ou retomar o sono, ruminação de pensamentos ao se deitar para dormir; excessiva preocupação com o sono e com as repercussões de uma noite ruim; ansiedade e níveis excessivos de alerta somático e cognitivo, sobretudo perto do horário de dormir. Fadiga, irritabilidade, mal-estar, esquecimento, dificuldade na concentração, déficit de atenção, perda de motivação e humor deprimido. Sintomas somáticos, como cefaléia e distúrbios gastrointestinais, também podem ser relatados.

6.2 CLASSIFICAÇÕES

Podemos dividir a insônia em várias classificações como em relação ao tempo em que ela ocorre: Na Insônia inicial o paciente relata dificuldade para iniciar o sono; mais comum em jovens. Insônia de manutenção o paciente relata dificuldade em manter o sono, apresentando despertares durante a noite; mais comum em adultos e idosos e por último temos Despertar precoce – Paciente apresenta despertar final em horário muito anterior ao desejado.

Já em relação ao curso podemos dividi-la em insônia aguda – quadro de insônia que não chega a atingir o critério mínimo de frequência e duração associado à insônia crônica; insônia recorrente – quadro que se caracteriza pela ocorrência de, ao menos, dois episódios de insônia aguda no período de um ano e a insônia crônica – dificuldade para dormir que determina sintomas diurnos, ocorrendo ao menos três vezes por semana por, no mínimo, três meses.

6.3 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS – TRANSTORNO DE INSÔNIA

Conforme DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edição)

A. Queixa de insatisfação com a quantidade ou qualidade do sono associado a um (ou mais) dos seguintes sintomas:

1. Dificuldade de iniciar o sono;
2. Dificuldade de manter o sono, caracterizado por problemas em retornar a dormir após o despertar ou frequentes despertares;
3. Despertar precoce pela manhã com dificuldade em retornar ao sono.

B. O distúrbio do sono causa clinicamente comprometimento do funcionamento social, ocupacional, educacional, acadêmico, comportamental ou em outra área importante.

C. A dificuldade em dormir ocorre pelo menos em três noites na semana;

D. A dificuldade em dormir está presente em pelo menos três meses;

E. A dificuldade em dormir ocorre a despeito de oportunidade adequada para o sono;

F. A insônia não é melhor explicada ou não ocorre, exclusivamente, durante o curso de outro transtorno do sono (narcolepsia, transtorno respiratório do sono, transtorno do ritmo circadiano, parassonia);

G. A insônia não é atribuída a efeitos psicológicos de uma substância (como abuso de drogas e medicamentos);

H. Transtorno mental e condição médica não explicam adequadamente a queixa predominante de insônia.

6.4 TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Diversos estudos demonstram a eficácia da *terapia cognitivo-comportamental* (TCC) no tratamento da insônia, sendo que esta é considerada por várias sociedades médicas como o tratamento padrão (SIEBERN; SUH; NOWAKOWSKI , 2012; RIEMANN; et al, 2015; PINTO JR; et al, 2010).

A TCC tem revelado:

- Eficácia comparável aos hipnóticos a curto-prazo, mas mais eficaz a longo-prazo (> seis meses), com manutenção dos ganhos alcançados (o que não se verificou com os hipnóticos) (BONNET; ARAND , 2010; SPAIN, MINISTRY OF SCIENCE AND INNOVATION/MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL POLICY, 2009; MITCHELL; et al, 2012).

- Eficácia comprovada no tratamento da insônia em pacientes jovens, idosos e na insônia associada a outras patologias, nomeadamente depressão (SPAIN, MINISTRY OF SCIENCE AND INNOVATION/MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL POLICY, 2009; ROEHRS; ROTH, 2012).

6.4.1 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 (SPAIN, MINISTRY OF SCIENCE AND INNOVATION/MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL POLICY, 2009).

Esta é útil como coadjuvante de outras terapias cognitivas e/ou farmacológicas, não existindo dados sobre a sua utilidade no tratamento da insônia aguda (SPAIN, MINISTRY OF SCIENCE AND INNOVATION/MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL POLICY, 2009).

6.4.2 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 (SIEBERN; SUH; NOWAKOWSKI , 2012; CAVADAS; RIBEIRO, 2010; RIEMANN; et al, 2015; PINTO JR; et al, 2010).

Normalmente, consiste num programa de quatro a oito sessões, por meio de uma abordagem com múltiplas estratégias, que inclui o controle de estímulo, restrição do sono, relaxamento, terapia cognitiva e intenção paradoxal. Alguns autores incluem a higiene do sono nas estratégias da TCC (SIEBERN; SUH; NOWAKOWSKI , 2012; PINTO JR; et al, 2010).

A TCC tem eficácia comprovada no tratamento da insônia sem ou com comorbidades, com manutenção a longo prazo dos seus efeitos, sendo, assim, recomendada como primeira linha de tratamento na insônia sem comorbilidades (UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN SCHOOL OF NURSING, FAMILY NURSE PRACTITIONER PROGRAM, 2014; BUYSSE, 2012).

A TCC em grupo tem-se mostrado eficaz no tratamento da insônia, assim como a TCC self-help. Este último tenta diminuir a dificuldade de acesso dos pacientes a esta terapia, diminuindo a necessidade de sessões presenciais com o terapeuta, utilizando, em substituição, livros, folhetos, vídeos ou internet. (BONNET; ARAND , 2010; HO; et al, 2015; MORGAN; KUCHARCZYK; GREGORY; 2011; BUYSSE, 2012; KOFFEL; KOFFEL; GEHRMAN, 2015).

6.4.3 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 (SIEBERN; SUH; NOWAKOWSKI , 2012; CAVADAS; RIBEIRO, 2010; BONNET; ARAND , 2010; PINTO JR; et al, 2010).

O controle de estímulo aumenta a qualidade do sono e tem efeitos mantidos a longo prazo (BONNET; ARAND , 2010).

6.4.4 Restrição do Sono

Alguns indivíduos com insônia permanecem mais tempo na cama para tentarem recuperar o “sono perdido”. Isto acarreta uma maior dificuldade a iniciar o sono na noite seguinte e uma maior necessidade de permanecer na cama nas manhãs seguintes (SIEBERN; SUH; NOWAKOWSKI , 2012; CAVADAS; RIBEIRO, 2010; BONNET; ARAND , 2010; PINTO JR; et al, 2010; SPAIN, MINISTRY OF SCIENCE AND INNOVATION/MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL POLICY, 2009).

Por meio desta estratégia, induz-se uma privação do sono temporária, reduzindo voluntariamente o tempo passado na cama até a um nível que o paciente não está habituado. Esta restrição não deve ser, contudo, inferior a 5 - 5,5h (SIEBERN; SUH; NOWAKOWSKI , 2012; 2, BONNET; ARAND , 2010; PINTO JR; et al, 2010, SPAIN, MINISTRY OF SCIENCE AND INNOVATION/MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL POLICY, 2009).

Esta estratégia está, geralmente, indicada para pacientes em que a razão entre o tempo total que passam a dormir e o tempo total que passam na cama é inferior a 85% (esta razão é intitulada eficiência do sono), ou seja, naqueles que, apesar de estarem muitas horas na cama, têm tempo total de sono baixo (SIEBERN; SUH; NOWAKOWSKI , 2012; BONNET; ARAND , 2010; PINTO JR; et al, 2010, SPAIN, MINISTRY OF SCIENCE AND INNOVATION/MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL POLICY, 2009).

Como efeitos adversos potenciais, a restrição do sono pode aumentar a sonolência diurna e diminuir o tempo de reação. As técnicas de relaxamento podem ser eficazes para reduzir a excitação fisiológica e psicológica e, assim, promover o sono (SIEBERN; SUH; NOWAKOWSKI , 2012; CAVADAS; RIBEIRO, 2010; SPAIN, MINISTRY OF SCIENCE AND INNOVATION/MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL POLICY, 2009).

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 (SIEBERN; SUH; NOWAKOWSKI , 2012; PINTO JR; et al, 2010).

6.4.5 Intenção Paradoxal

A intenção paradoxal tem como objetivo diminuir a ansiedade associada ao medo de não conseguir adormecer ou não dormir o suficiente. O paciente é instruído a tentar não adormecer e manter-se acordado o maior tempo possível. Isto faz com o paciente relaxe e acabe por adormecer. (PINTO JR; et al, 2010, SPAIN, MINISTRY OF SCIENCE AND INNOVATION/MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL POLICY, 2009).

6.4.6 Exercício Físico

O exercício físico parece ter um efeito benéfico na qualidade do sono, diminuindo as queixas de insônia e o uso de medicação hipnótica. (YANG; et al, 2012; PASSOS; et al, 2012)

O exercício “agudo” (apenas uma sessão de atividade física) parece ter benefícios leves a moderados na qualidade do sono, diminuindo a latência do sono e a ansiedade prévia a adormecer e aumentando a eficiência do sono e o tempo total de sono. Estes benefícios parecem ocorrer apenas após a prática de exercício aeróbio moderado (exemplo, uma caminhada) e não para exercícios aeróbicos intensos (exemplo, corrida) ou exercícios de resistência moderados (exemplo, musculação) (PASSOS; et al, 2012).

Programas de exercício regular parecem mostrar, nas meta-análises, melhorias semelhantes às encontradas para os hipnóticos, sendo que a maioria dos estudos se referem ao exercício aeróbico moderado (PASSOS; et al, 2012; YANG; et al, 2012).

Todavia, deve-se evitar a sua realização duas horas antes de deitar, (BONNET; ARAND , 2010; UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN SCHOOL OF NURSING, FAMILY NURSE PRACTITIONER PROGRAM, 2014).

6.4.7 Acupuntura

Estudos mostram que tem benefícios no tratamento da insônia, ao melhorar a manutenção e eficiência do sono. Contudo, devido à baixa qualidade metodológica dos estudos, a evidência atual não permite que se recomende a acupuntura como um tratamento eficaz (ROEHRS; ROTH, 2012; UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN SCHOOL OF NURSING, FAMILY NURSE PRACTITIONER PROGRAM, 2014; CHEUK; et al, 2012; LAN; et al, 2015).

6.5 TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS

A farmacoterapia deve ser considerada em situações agudas com necessidade de redução imediata dos sintomas (CAVADAS; RIBEIRO, 2010). Em situações onde a TCC esteja indisponível e os sintomas sejam graves, ,não aderência a TCC OU insônia refratária a mesma.

A seleção do fármaco deve ter em consideração diferentes fatores como os sintomas, objetivos do tratamento, resposta a tratamentos prévios, preferências do paciente, custos, comorbidades, contraindicações e efeitos secundários (CAVADAS; RIBEIRO, 2010; SPAIN, MINISTRY OF SCIENCE AND INNOVATION/MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL POLICY, 2009).

6.5.1 Fármacos Hipnóticos

Segundo a sociedade brasileira de sono os benzodiazepínicos(BZD) disponíveis no Brasil, não são recomendados para tratamento do transtorno de insônia primário, devido a ocorrência de efeitos adversos como sonolência, tontura, fadiga, insônia rebote, risco de quedas, abuso e dependência, declínio cognitivo e rápida perda de eficácia hipnótica.

Agonista dos receptores dos benzodiazepínicos estes fármacos produzem um efeito hipnótico semelhante aos benzodiazepínicos, tendo como exemplo o

zolpidem. (CAVADAS; RIBEIRO, 2010; BONNET; ARAND , 2010; SPAIN, MINISTRY OF SCIENCE AND INNOVATION/MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL POLICY, 2009; INFARMED, 2016).

O tratamento com este fármaco deve ser curto, com duração média inferior a quatro semanas (UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN SCHOOL OF NURSING, FAMILY NURSE PRACTITIONER PROGRAM, 2014; DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2015).

Um ensaio clínico randomizado mostrou eficácia do zolpidem até oito meses de tratamento, mas sem melhoria nos parâmetros subjetivos relativamente ao placebo (RANDALL, S; ROEHRS, T.A; ROTH, 2012).

Os efeitos secundários mais comuns são cefaleias, tonturas e sonolência (BONNET; ARAND , 2010).

6.5.2 Antidepressivos

Os antidepressivos sedativos são fármacos comumente prescritos para o tratamento da insônia, embora conclusões que comprovem a sua eficácia sejam limitadas (MORIN; BENCA, 2012).

Geralmente, as doses utilizadas para indução do sono são inferiores às utilizadas no tratamento da depressão (MORIN; BENCA, 2012).

No momento atual, não há evidência que sustente a sua eficácia na insônia sem comorbidades médicas ou psiquiátricas, contudo, podem estar indicados como primeira linha quando a insônia está associada a sintomas depressivos ou de ansiedade ou em pacientes com abuso de substâncias (CAVADAS; RIBEIRO, 2010; BONNET; ARAND , 2010; ROEHRS; ROTH, 2012; WILSON; et al, 2010).

6.5.3 Trazodona

Atualmente, não existe evidência sustentada da eficácia da trazodona no tratamento da insônia (UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN SCHOOL OF

NURSING, FAMILY NURSE PRACTITIONER PROGRAM, 2014; RAMAR; OLSON, 2013).

Um estudo randomizado concluiu que a trazodona ao final de uma semana de utilização melhorou a latência do sono, duração total do sono e número de despertares noturnos quando comparado com o placebo, contudo, na segunda semana de utilização não se verificaram diferenças entre a trazodona e o placebo (BONNET; ARAND, 2010; ROEHRS; ROTH, 2012; WILSON; et al, 2010).

Por outro lado, na depressão com insônia comórbida, estudos verificaram melhoria da qualidade do sono e do número de despertares noturnos (UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN SCHOOL OF NURSING, FAMILY NURSE PRACTITIONER PROGRAM, 2014).

6.5.4 Mirtazapina, Amitriptilina, Mianserina

Não há evidência sustentada para a eficácia destes antidepressivos, não existindo estudos a longo prazo. Eles têm um potencial efeito benéfico na insônia associada à depressão (UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN SCHOOL OF NURSING, FAMILY NURSE PRACTITIONER PROGRAM, 2014).

6.5.5 Agomelatina

Tem um efeito potencial na regulação do ritmo circadiano nos pacientes com depressão (MORIN; BENCA, 2012; CARDINALI, et al, 2012).

Verifica-se uma melhoria da qualidade do sono, redução da latência do sono e redução dos despertares noturnos em pacientes com depressão. (CARDINALI, et al, 2012; LAUDON; FRYDMAN-MAROM, 2014).

Aparentemente, tem menos efeitos secundários que outros antidepressivos, nomeadamente na disfunção sexual ou sintomas de descontinuação (SRINIVASAN; et al, 2011).

6.5.6 Antipsicóticos

Não estão recomendados em pacientes sem psicose, dado que não há evidência comprovada da sua eficácia (ROEHRS; ROTH, 2012).

Em relação à quetiapina, os benefícios no tratamento da insônia não superam os riscos potenciais da utilização do fármaco, mesmo em doentes com condições comórbidas, que possam justificar o seu uso (ROEHRS; ROTH, 2012; ANDERSON; VANDE GRIEND, 2014).

6.5.7 Anti-histamínicos

Não há evidência que os anti-histamínicos melhorem as queixas de insônia (UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN SCHOOL OF NURSING, FAMILY NURSE PRACTITIONER PROGRAM, 2014; WILSON; et al, 2010).

Por outro lado, podem causar sedação no dia seguinte, assim como estão associados a efeitos secundários como diminuição do tempo de reação, diminuição da capacidade cognitiva, delírio, alterações visuais, retenção urinária e constipação intestinal (UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN SCHOOL OF NURSING, FAMILY NURSE PRACTITIONER PROGRAM, 2014).

6.5.8 Valeriana

Atualmente, existe uma baixa evidência do benefício da utilização de valeriana no tratamento da insônia (UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN SCHOOL OF NURSING, FAMILY NURSE PRACTITIONER PROGRAM, 2014).

Contudo, o uso deste fármaco, em alguns estudos, parece ter algum efeito benéfico ao melhorar subjetivamente a qualidade do sono dos pacientes (UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN SCHOOL OF NURSING, FAMILY NURSE PRACTITIONER PROGRAM, 2014; FERNÁNDEZ-SAN-MARTÍN; et al, 2010).

6.5.9 Melatonina

A melatonina apresenta efeitos modestos no tratamento da insônia sem comorbidades, parecendo diminuir a latência do sono, aumentar o tempo total de sono e a qualidade do sono. (RAMAR; OLSON, 2013; ANDERSON; VANDE GRIEND, 2014; FERRACIOLI-ODA; QAWASMI; BLOCH, 2013).

Todavia, os efeitos observados são inferiores ao de outros tratamentos farmacológicos. A melatonina poderá ser uma escolha de tratamento na perturbação do sono relacionada com o ritmo circadiano (FERRACIOLI-ODA; QAWASMI; BLOCH, 2013)

7. DISCUSSÃO

Como visto no trabalho acima, a insônia é um dos distúrbios do sono mais frequentes na população e que acomete mais mulheres, produzindo consequências no funcionamento diurno e noturno nos aspectos físicos, psíquicos e sociais. Os principais acometimentos relacionados com o Desempenho Ocupacional dos indivíduos adultos referem-se aos prejuízos apresentados em diferentes contextos como no ambiente escolar, familiar, social e do trabalho.

Dentre esses aspectos que interferem no Desempenho Ocupacional destacam-se: alterações cognitivas, relacionadas principalmente com a memória, concentração e atenção; fadiga durante o dia; menor produtividade seja no trabalho ou nas atividades diárias de modo geral; absenteísmo, destacando-se esse aspecto relacionado ao trabalho; distúrbios de humor; ansiedade; relações familiares e sociais prejudicadas; e acidentes no trabalho (KUBOTA, 2013).

Um aspecto frequente nos estudos e que está associado com os comprometimentos no desempenho ocupacional é o prejuízo no funcionamento diurno. Porém nesses estudos não existe a descrição específica de quais são esses prejuízos e de que forma acometem o cotidiano do adulto que apresenta insônia, fazendo-se necessários estudos que descrevam melhor essas variáveis. Desse

modo, pela insônia consistir em uma condição que acomete os componentes do desempenho ocupacional e resultar em irregularidades nas áreas de desempenho e nos papéis ocupacionais dos adultos insones, o profissional de saúde possui como função re-estruturar e facilitar o equilíbrio do desempenho ocupacional por trabalhar com a compensação e correção de distúrbios nas áreas de desempenho de forma que os insones retomem ou continuem desempenhando seus papéis ocupacionais de maneira otimizada (KUBOTA, 2013).

Devido à insônia interferir no desempenho ocupacional e este estar associado com o indivíduo, ambiente e ocupação; percebe-se a necessidade de pesquisas de ordem qualitativa para melhor elucidação dos prejuízos oriundos da insônia que irão afetar esse desempenho.

Constata-se também a presença de diferentes definições para o conceito de desempenho ocupacional (*occupational performance*) como desempenho diurno (*daytime performance*), funcionamento diurno (*daytime functioning*), desempenho no trabalho (*work performance*) e funcionamento diário (*daily functioning*). Desta maneira, a padronização do conceito/definição de desempenho ocupacional utilizando-se como base teórica a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e definições da Organização Mundial da Saúde (OMS) é importante para facilitar a compreensão e unificação de sua competência.

As queixas de insônia são muito prevalentes na atenção primária à saúde, pelo que o médico de família deve conhecer a melhor abordagem para o seu tratamento. Numa sociedade cada vez mais medicalizada, é importante que o médico de família reconheça e aplique a terapêutica com melhor resultado.

O Médico de Família deve compreender o contexto em que está inserido, falta de terapias eficazes, como a cognitivo comportamental é frequente na rede pública de saúde, o que traz diversos prejuízos aos pacientes, instituindo-se terapias medicamentosas para tratamento de insônia primária muitas das vezes, seja por comodidade do médico ou desconhecimento dos malefícios que tais medicações mal indicada possam trazer. Reserva-se portanto na maioria dos casos tratamento medicamentosos para casos em que a insônia seja associada a patologias ou apresente sintomas severos e refratários a TCC na insônia primária.

Embora pouco disponível na APS, a terapia cognitiva comportamental é a que obtém melhores resultados a longo prazo. Na sua falta, os profissionais de Saúde devem abordar orientações em relação ao sono, como higiene do sono, atividade física e restrição de repouso durante o período do dia e desmistificando crenças irreais do paciente em relação ao sono. Cumpre alertar ainda sobre a necessidade de revisão em todas as consultas de medicações prescritas, e quando indicado suas suspensão, realizar um plano de retirada do fármaco junto ao paciente.

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

Por fim, a insônia é um distúrbio do sono frequente entre os adultos e idosos, o que faz esta pesquisa ser relevante para estimular a criação de estratégias em saúde com a finalidade de melhorar o manejo e o cuidado dos pacientes portadores dessa condição clínica.

8. CONCLUSÕES

Pode-se observar que a queixa de distúrbios do sono , geralmente é uma questão médica frequente porém pouco explorada. A anamnese de rotina geralmente não questiona aspectos do sono, o que talvez ocorra pelo pouco enfoque e treinamento que se dá a esse tema na formação médica. É função do médico de família conhecer o padrão normal de sono para cada faixa etária e estar atento para não superestimar a queixa, pois isso geralmente resulta em exames, medicações e encaminhamentos desnecessários a especialistas focais .

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

A Terapia cognitivo comportamental bem aplicada é a melhor opção de tratamento, porém pouco acessível no serviço público.

O correto reconhecimento dos sintomas e o diagnóstico etiológico possibilitam o estabelecimento de manejo individualizado adequado.

Expandindo-se estes estudos, haverá uma maior possibilidade de planejamentos mais adequados de programas preventivos e de intervenção, visando, em última análise, uma melhor qualidade de vida dos portadores deste importante problema de saúde pública.

A estrutura da atenção primária à saúde permite um atendimento multidisciplinar que garante a integridade e qualidade de vida do paciente, além das orientações básicas, salienta-se que a realização de uma boa anamnese e exame físico e a responsabilidade prescritiva, diagnosticando corretamente e efetuando uma terapêutica assertiva que visa não só a prescrição mas o tratamento da presente patologia, que se dá por medidas não medicamentosas que promovam a qualidade de vida do seu paciente através do trabalho multidisciplinar.

O diagnóstico é clínico, devendo o médico efetuar toda investigação para o descarte de demais patologias que possam estar dando origem à queixa do paciente, uma vez que tratadas as doenças de base é possível que o mesmo volte a ter uma qualidade de sono.

Contudo, diante do sofrimento e disfuncionalidade relatados pelo indivíduo, o médico de família pode lançar mão de protocolos farmacológicos que englobam o uso de benzodiazepínicos ou hipnóticos. Embora os benzodiazepínicos sejam drogas seguras e de maior acesso por serem disponibilizadas pelo serviço de saúde, eles estão atrelados a grande dependência física e consideráveis efeitos colaterais.

Ao lançar mão de métodos farmacológicos, o paciente deve receber orientações dos potenciais riscos bem como suporte para a retirada gradual da droga. A reavaliação clínica no geral não é feita, tornando esses usuários crônicos e os expondo a riscos, o que se agrava com o consumo desnecessário de psicotrópicos. Portanto, uma prescrição ideal de apenas durante 2 semanas acaba sendo utilizada por períodos muito maiores. É comum encontrar pacientes com diagnóstico de insônia primária fazendo uso de Clonazepam por décadas, por exemplo.

Diante do exposto, pode-se perceber a importância de se trabalhar educação em saúde tanto com os profissionais, quanto com a população. Além disso, há uma

maior necessidade de uma assistência farmacêutica nos serviços ofertados pelo SUS, especialmente aqueles que trabalham com distribuição de medicamentos, onde deve ser dada uma ênfase maior às questões de orientação relacionada em sua maioria ao uso abusivo de psicotrópicos.

Assim, o médico de família e comunidade deve estar ciente das melhores ferramentas terapêuticas para os mais diversos casos, evitando a prescrição inadequada de psicofármacos e indicando as terapias com maior respaldo científico, além de estar atento aos casos de insônia por causas secundárias, em que se necessita de exames complementares e de avaliação com médico de especialidades focais.

REFERÊNCIAS

AASM - AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. **The International Classification of Sleep Disorders, Second Edition: Diagnostic and Coding Manual**. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2005.

AASM - AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. **International Classification of Sleep Disorders**. 3. ed. Darien IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.

AMERICAN SLEEP DISORDERS ASSOCIATION (ASDA). **The international classification of sleep disorders, Revised**. Rochester (MN): American Sleep Disorders Association; 1997.

ANDERSEN, M. L.; PINTO JR., L. R.; TUFIK, S. **O Sono Normal**. apud: PINTO JR, L. R. **Sono e seus transtornos do Diagnóstico ao Tratamento**. 1ª ed. São Paulo: Atheneu,. p.01-14, 2012.

ANDERSEN, M. L.; PIRES, G. M.; TUFIK, S. **Sono em condições psiquiátricas**. apud KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I.(Coord.). **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos- Uma abordagem translacional**. 3ª ed. São Paulo: Artmed, p. 02 – 48, 2011.

ANDERSON, S.L; VANDE GRIEND, J.P. Quetiapine for insomnia: A review of the literature. **Am J Health Syst Pharm**. 71(5):394-402, 2014. PMID: 24534594 Retirado de: <http://dx.doi.org/10.2146/ajhp130221>. Em 28/08/2021.

ARCHBOLD, K.H; et al. Symptoms of sleep disturbances among children at two general pediatric clinics. **J Pediatr**.140:97-102, 2002 *apud* NUNES, M.L; CAVALCANTE, V. Avaliação clínica e manejo da insônia em pacientes pediátricos. **Jornal de Pediatria**. Vol. 81, Nº4, 2005.

BENETÓ, A. Sleep disorders in the elderly: epidemiology. **Rev Neurol**. 30 (6), 581-6, 2000.

BONNET, M.H; ARAND, D.L. **Overview of insomnia**. Disponível em: 05/09/2021. <http://www.uptodate.com>. 2015.

BROMAN, J. E; LUNDH, L. G. & HETTA, J. Insufficient sleep in the general population. **Neurophysiol Clin**. 26 (1), 30-9, 1996.

BUYSSE, D.J. **INSOMNIA**. JAMA. 309(7):706-16. PMID: 23423416, 2013. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.193>. Em 08/09/2021.

CARDINALI, D.P, et al. Melatonin and its analogs in insomnia and depression. **J Pineal Res**. 52(4):365-75, 2012. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-079X.2011.00962.x>. Em 28/08/2021.

CAVADAS, L.F; RIBEIRO, L. Abordagem da insônia secundária do adulto nos Cuidados de Saúde Primários. **Acta Med Port.**;24(1):135-44, 2011.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A.; DA SILVA, R. **Metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHEUK, DK; et al. Acupuncture for insomnia. **Cochrane Database Syst Rev**. (9):CD005472, 2012. Retirado de : <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005472.pub3>. Em 08/09/2021.

EDINGER, J. D; et al. **Does Cognitive-Behavioral insomnia therapy alter dysfunctional beliefs about sleep?** *Sleep*, v. 24, no 5, p.591-599, agos. 2001.

FERBER, R. Childhood sleep disorders. **Neurol Clin**. 14: 493-51, 1996 *apud* NUNES, M.L; CAVALCANTE, V. Avaliação clínica e manejo da insônia em pacientes pediátricos. **Jornal de Pediatria**. Vol. 81, Nº4, 2005.

FERNANDES, R. M. F. **O sono normal**. Medicina (Ribeirão preto), São Paulo, v. 39, n.2, p. 157-168, abr./jun. 2006.

FERNÁNDEZ-SAN-MARTÍN, M.I; et al. Effectiveness of Valerian on insomnia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. **Sleep Med**. 11(6):505-11, 2010. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2009.12.009>. Em 28/08/2021.

FERRACIOLI-ODA, E; QAWASMI, A; BLOCH, M.H. Meta-analysis: melatonin for the treatment of primary sleep disorders. **PLoS One**. 8(5):e63773, 2013. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0063773>. Em 28/08/2021.

FLOYD, J. A; et al. Age-related changes in initiation and maintenance of sleep: a meta-analysis. **Res Nurs Health** 23 (2), 106-17, 2000.

GOODWIN, F. K; JAMISON, K. R. **Sono e ritmos circadianos. Doença maniaco depressiva**. 2ª ed. São Paulo: Artmed, p.744-784, 2011.

GOMES, M. M; et al. Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. **Rev Bras Neurol**, v. 46 n.1, p. 5-15, mar. 2010.

HO, F.Y; et al. Self-help cognitive-behavioral therapy for insomnia: a meta analysis of randomized controlled trials. **Sleep Med Rev**. 2015.

IBER, C; et al. The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: rules terminology and technical specification. **American Academy of Sleep Medicine**, Westchester: IL; 2007.

Insônia : do diagnóstico ao tratamento / [Andrea Bacelar, Luciano Ribeiro Pinto Jr. [coordenação geral]. – São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; São Paulo: Associação Brasileira do Livro, 2019.

INFARMED. **Prontuário Terapêutico online**. Infarmed/Ministério da Saúde. Internet, 2016. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/prontuario/index.php>. Retirado em: 28/08/2021.

JANSON, C; et al. Insomnia in men: a 10-year prospective population based study. *Sleep* 24 (1), 425-30, 2001 *apud* SOUZA, J.C; REIMÃO, R. Epidemiologia da insônia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 3-7, 2004.

KRIPKE, D. F; et al. Short and long sleep and sleeping pills: is increased mortality associated? **Arch Gen Psychiatry**. 36,103-16, 1979 *apud* SOUZA, J.C; REIMÃO, R. Epidemiologia da insônia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 3-7, 2004.

KOFFEL, E.A; KOFFEL, J.B; GEHRMAN, P.R. A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. **Sleep Med Rev**. 19:6-16, 2015; Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.smrv.2014.05.001>. Em 10/09/2021.

KOJIMA, M; et al. Sleep patterns and total mortality: a 12year followup study in Japan. **J Epidemiol** 10 (2), 87-93, 2000.

KUBOTA, A.M. A. **Aspectos da insônia no adulto e a relação com o desempenho ocupacional**. TCC apresentado à Universidade de Brasília (UnB), 2013.

LAN, Y; et al. Auricular acupuncture with seed or pellet attachments for primary insomnia: a systematic review and meta-analysis. **BMC Complement Altern Med**.15:103, 2015. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1186/s12906-015-0606-7>. . Em 10/09/2021.

LAUDON, M; FRYDMAN-MAROM, A. Therapeutic effects of melatonin receptor agonists on sleep and comorbid disorders. **Int J Mol Sci**. 15(9):15924-50, 2014. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.3390/ijms150915924>. Em 28/08/2021.

MARTINEZ, D. Epidemiologia da insônia. **Insônia na prática clínica**. 1ª ed. São Paulo: Artmed, p. 49, 2009.

MCCALL, W. V. A practical guide to insomnia. Minneapolis: The McGraw-Hill Companies, 1999 *apud* SOUZA, J.C; REIMÃO, R. Epidemiologia da insônia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 3-7, 2004.

MIGNOT, E. Why we sleep: the temporal organization of recovery. **PLoS Biol.**, v.6, n.4, abr. 2008.

MITCHELL, M.D; et al. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. **BMC Fam Pract**. 13:40, 2012. Reirado de: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-13-40>, em 02/09/2021.

MORGAN, K; KUCHARCZYK, E; GREGORY, P. Insomnia: evidence-based approaches to assessment and management. **Clin Med (Lond)**.11(3):278-81, 2011. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.11-3-278>. Em 10/09/2021.

MORIN, C.M; BENCA, R. **Chronic insomnia**. Lancet.379(9821):1129-41, 2012. Retirado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60750-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60750-2) 27 Em 10/09/2021.

PASSOS, G.S, et al. **Is exercise an alternative treatment for chronic insomnia?** Clinics (Sao Paulo). 67(6):653-60, 2012. Retirado de: [http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2012\(06\)17](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2012(06)17). Em 05/09/2021.

PEREIRA, M.E.C. A insônia, o sono ruim e o dormir em paz: a “erótica do sono” em tempos de Lexotan®. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, VI, 2, 126-144, VI Fórum Brasileiro de Psicanálise, São Leopoldo, RS, em julho de 2001.

PINTO JR, L. R.; SILVA, R.S. **Polissonografia normal e nos principais distúrbios do sono**. apud: TUFIK, S.(Org.) **Medicina e Biologia do Sono**. 1ª ed. Barueri, São Paulo: Manole, p. 161-80, 2008.

PINTO JR, L. R. **Insônias: Diagnóstico. Sono e seus transtornos do Diagnóstico ao Tratamento**. 1ª ed. São Paulo: Atheneu. p.27-44, 2012.

PINTO JR, LR; et al. New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia. **Arq Neuropsiquiatr**; 68(4):666-75. PMID: 20730332, 2010. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2010000400038>. Em 05/09/2021.

RAMAR,K; OLSON, E.J. Management of common sleep disorders. **Am Fam Physician**. 88(4):231-8. PMID: 23944726, 2013.

RANDALL, S; ROEHRS, T.A; ROTH, T. **Efficacy of eight months of nightly zolpidem: a prospective placebo-controlled study**. Sleep. 35(11):1551-7, 2012. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.5665/sleep.2208>. Em 22/08/2021.

RECHTSCHAFFEN, A.; KALES, A. **A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects**. Los Angeles: UCLA, Brain Information Service (Brain Research Institute); 1968.

RIEMANN, D; et al. The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. **Lancet Neurol**; 14(5):547-58, 2015. Retirado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00021-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00021-6), em 10/09/2021.

RICHMAN, N. Surveys of sleep disorders in children in a general population. In: GULLEMINAUT, C, editor. Sleep and its disorders in children. Baltimore: **Raven Press**. p. 132-142, 1987 *apud* NUNES, M.L; CAVALCANTE, V. Avaliação clínica e manejo da insônia em pacientes pediátricos. **Jornal de Pediatria**. Vol. 81, Nº4, 2005.

ROEHRS, T; ROTH, T. Insomnia pharmacotherapy. **Neurotherapeutics**. 9(4):728-38, 2012. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1007/s13311-012-0148-3>. Em 02/09/2021.

SIEBERN, A.T; SUH. S; NOWAKOWSKI, S. Non-pharmacological treatment of insomnia. **Neurotherapeutics**.; 9(4):717-27. DOI: retirado de : <http://dx.doi.org/10.1007/s13311-012-0142-9>, 05/09/2021, 2012.

SHELDON, S.H; SPIRE, J.P; LEVY, H.B. **Pediatric sleep medicine**. Philadelphia: W. B. Saunders; 1992 *apud* NUNES, M.L; CAVALCANTE, V. Avaliação clínica e manejo da insônia em pacientes pediátricos. **Jornal de Pediatria**. Vol. 81, Nº4, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE SONO. I Consenso Brasileiro de Insônia. *Hypnos, Journal of Clinical and Experimental Sleep Research*, 4 (Supl 2),9/18, 2003.

SOUZA, J.C. **Insônia e uso de hipnóticos na população geral de Campo Grande, MS**. (Tese, Doutorado não Publicada) Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2001.

SPAIN. MINISTRY OF SCIENCE AND INNOVATION/MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL POLICY. **Clinical Practice Guidelines for the Management of Patients with Insomnia in Primary Care**. Madrid: Ministry of Health and Social Policy; 2009.

SRINIVASAN, V; et al. Melatonin agonists in primary insomnia and depression-associated insomnia: are they superior to sedative-hypnotics? **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry**. 35(4):913-23, 2011. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2011.03.013>. Em 28/08/2021.

STEIN, M.A; et al. **Sleep and behavior problems in school-aged children**. *Pediatrics*,107: E60, 2001 *apud* NUNES, M.L; CAVALCANTE, V. Avaliação clínica e manejo da insônia em pacientes pediátricos. **Jornal de Pediatria**. Vol. 81, Nº4, 2005.

UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN SCHOOL OF NURSING, FAMILY NURSE PRACTITIONER PROGRAM. **Clinical guideline for the treatment of primary insomnia in middle-aged and older adults**. University of Texas at Austin School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. Austin: University of Texas; 2014.

VGONTZAS, A. N; KALES, A. Sleep and its disorders. **Annu Rev Med**. 50,387-400, 1999 *apud* SOUZA, J.C; REIMÃO, R. Epidemiologia da insônia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 3-7, 2004.

VELA-BUENO, A; DE ICETA, M; FERNANDEZ, C. **Prevalence of sleep disorders in Madrid**. Spain. *Gac Sanit* 13 (6),441-8, 1999 *apud* SOUZA, J.C; REIMÃO, R. Epidemiologia da insônia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 3-7, 2004.

WILSON, S.J; et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. **J Psychopharmacol**. 24(11):1577-601, 2010. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1177/0269881110379307>. Em 29/08/2021.

YANG, P.Y; et al. Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review. **J Physiother**. 58(3):157-63, 2012. Retirado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70106-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70106-6). Em 03/09/2021.

ZAMMIT, G. K; et al. Quality of life in people with insomnia. **Sleep: Journal of Sleep Research and Sleep Medicine**, Nova York, v.22, n. 2, p. 379-385, mai. 1999.