

---

# O Sintoma Insônia

Augusto Marques Ramos<sup>1</sup>

Professor Orientador: Sidney Schestasky<sup>2</sup>

---

## SINOPSE

---

É feita uma revisão da literatura sobre o sintoma insônia, mostrando como a queixa se apresenta, as definições dos tipos de problemas do sono, os fatores causais relacionados, a avaliação clínica dos pacientes e os achados do laboratório do sono. O autor sugere a avaliação completa do paciente e sua queixa de forma específica, para evitar o manuseio incorreto do problema.

---

## Introdução

Esta revisão pretende servir a dois propósitos. O primeiro é de enfatizar a necessidade da avaliação racional da queixa de insônia. O segundo, de ajudar o clínico no diagnóstico diferencial de pacientes queixando-se da dificuldade de iniciar e manter o sono.

Para alcançar tais propósitos, procura-se mostrar o comportamento epidemiológico do problema, como a queixa se apresenta, as definições dos tipos de problema do sono, os fatores causais relacionados, a avaliação clínica do paciente, os achados do laboratório do sono e a importância do clínico geral frente ao problema. O tema é analisado de forma semiológica não havendo orientação sobre medidas terapêuticas. O autor acredita que o conhecimento dos mecanismos envolvidos na produção do sintoma serve para orientar o uso de psicofármacos.

## Dados Epidemiológicos da Insônia

Os dados epidemiológicos sobre a prevalência da insônia em diversas populações variam. Em nosso meio eles inexistem. Nos Estados Unidos, 15 a 35% dos adultos sofrem de dificuldades em dormir<sup>28 29</sup>. Avaliando uma população restrita em Los Angeles, obteve-se que 52% dos adultos teriam problemas passados ou presentes de insônia<sup>22</sup>. Em estudos com medidas objetivas do sono estimou-se

que 35% da população teria sono perturbado e observou-se que nem todos que têm sono perturbado acham isto um problema<sup>23</sup>. O problema é mais freqüente em mulheres, idosos e indivíduos de baixo padrão cultural e sócio-econômico. Do grupo dos distúrbios do sono, a insônia está entre aquelas que possuem considerável morbidade<sup>21</sup>. A insônia, em certos estudos de hábitos e atitudes familiares, é tida como um indicador associado a morte prematura<sup>32</sup>.

## A Insônia como Queixa

A queixa de insônia é bastante freqüente e reflete a prevalência do problema na população. Em uma série que avaliou os distúrbios do sono encontradas na prática médica, consultando 5.000 médicos, a insônia fez 19,3 por cento das queixas de pacientes adultos<sup>5</sup>. Geralmente a queixa é de longa duração e seu início é antes dos 40 anos<sup>21</sup>. O paciente que sofre cronicamente somente procura o médico após o tratamento por drogas falhar. Insônes crônicos com menos idade têm, principalmente, dificuldade em iniciar o sono; os de média idade, dificuldade em manter-se dormindo e os mais idosos tendem a ter despertar precoce. Estes dados são de difícil correlação com a história natural da insônia<sup>29</sup>. Alguns jovens se percebem como possuidores de problemas do sono; no entanto, poucos caracterizam o problema como insônia e destes, poucos queixam-se ao médico<sup>5</sup>.

## Insônia como um Sintoma

A insônia é um sintoma de difícil definição. Literalmente o termo denota ausência de sono, porém o que o paciente habitualmente refere é uma

---

<sup>1</sup> Doutorando da Faculdade de Medicina da UFRGS.

<sup>2</sup> Professor Assistente do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRGS. Especialista em Psiquiatria. Mestre em Saúde Pública.

Endereço para separatas: Augusto Marques Ramos. Rua Cel. Paulino Teixeira, n. 275 - 90.000 - Porto Alegre, RS.

dificuldade em dormir bem. A dificuldade poderia ser caracterizada como incapacidade em iniciar o sono, permanecer dormindo ou acordar antes do tempo<sup>20 21</sup>. O paciente terá insônia se apresentar alguma ou várias dificuldades. De acordo com a dificuldade referida, teremos vários tipos de insônia: insônia de iniciar o sono, insônia de manutenção do sono e insônia de despertar precoce.

Alguns autores consideram a insônia uma queixa que denota uma variedade de experiências relacionada a um sono ruim, combinados com fadiga diurna<sup>7</sup>. Ela não seria uma desordem unitária com causa específica. Em sentido amplo, poderia ser caracterizada como uma insatisfação com a duração ou a qualidade do sono. A distinção em 3 categorias de dificuldades em dormir é tida como arbitrária, e a insônia é considerada um fenômeno psicológico que pobremente tem uma tradução física<sup>23</sup>. Este conceito é levantado por haver pacientes com queixas de sono ruim sem achados objetivos em avaliações laboratoriais. É proposto que se considere a insônia como um problema relacionado à eficiência do sono. A eficiência do sono é representada pelo valor resultante da divisão do tempo dormido pelo tempo gasto na cama. A eficiência do sono, mais que o tempo real do sono, explicaria a insatisfação do paciente com seu sono, a excessiva sonolência diária, distúrbios de concentração, coordenação motora e orientação perceptual.

### Insônia: Outras Definições

A insônia pode ser dividida em primária ou secundária. A insônia primária ou idiopática é aquela que ocorre na ausência de determinantes físico ou psico-patológicos identificáveis<sup>9</sup>. A insônia secundária é definida como uma variedade de distúrbios do sono que acompanham problemas psicológicos ou clínicos maiores. Na insônia primária o problema do sono é o principal ou único sintoma. Algumas vezes ela é acompanhada da irritabilidade, depressão e ansiedade que são conseqüentes à privação do sono e não constituem a causa básica, mas tornam o diagnóstico diferencial difícil. A divisão nestes dois tipos é de importância prática pelas diferentes condutas diagnósticas e terapêuticas.

Insônia transitória ou situacional é um problema passageiro da qualidade e quantidade do sono. Associa-se a causas circunstanciais específicas<sup>29</sup>, como ter de dormir temporariamente em um local não habitual ou a tensão de ter de resolver um problema no dia seguinte. É um fenômeno considerado universal, pois quase todos já a experimentamos em algum momento. É de fácil manuseio e ótimo prognóstico.

Os pseudo-insones são aqueles sujeitos que se queixam de insônia, mas não tem achados objetivos

de alteração na qualidade e quantidade de sono<sup>21 22</sup>

Parosônia é a ocorrência de atividades durante o sono, como deambular ou urinar, que normalmente são realizadas durante a vigília. São frequentes em crianças e podem ser manifestações de incompleto despertar do sono profundo. No grupo temos o sonambulismo, a enurese, pesadelos e terror noturno. Diferentes formas de parasônia podem ocorrer numa mesma pessoa e gerar um falso problema de insônia.

A insônia pode ser de início recente ou crônica. Se for de início recente, devemos excluir a possibilidade de estarmos frente a uma insônia transitória e procurar situações na vida do paciente, que não problemas passageiros, que possam ser a sua causa. A insônia crônica não traz consigo um fator causal próximo, no entanto ele, muitas vezes, existe e sempre deve ser pesquisado.

### A Insônia, o Paciente e o Médico

Thoresen relata que o sono perturbado é a maneira natural do corpo dizer que alguma coisa está mal<sup>7 10</sup>. Em geral não há uma associação da queixa com as causas. Os pacientes que têm problemas de sono são estereotipados por seus médicos como insones<sup>33</sup>. Muitos são considerados como portadores de "insônia psicofisiológica idiopática", que é uma denominação inespecífica a uma variedade de respostas ao stress e desordens neurofisiológicas relacionadas à regulação do sono<sup>25</sup>. A insônia é tratada diferentemente de outros sintomas não sendo considerado diagnósticos diferenciais. No diagnóstico não são incluídas patologias progressivas ou de risco de vida.

Usualmente é o paciente com insônia crônica que procura a atenção do médico. Geralmente são refratários ao tratamento com hipnóticos, o que piora seu problema e forma uma espécie de ciclo vicioso de insônia cada vez mais intensa e intolerável. O médico, no entanto, ao invés de ficar somente ligado à queixa de insônia e limitar o seu tratamento à prescrição de hipnóticos diferentes, pode romper este ciclo e manuseá-la de forma mais prática e mesmo curativa. Limitar o atendimento à prescrição de um hipnótico pode complicar o problema, expor o paciente aos efeitos adversos da droga, confundir o quadro clínico e nada resolver.

Para melhor manusear os insones, é importante saber qual é a idéia que eles têm sobre seu problema. Na Inglaterra, os insones crônicos costumam relacionar sua insônia mais ao seu estado mental que a seus problemas físicos<sup>27</sup>. Já os norte-americanos, a relacionam mais a desordens somáticas<sup>31</sup>.

### Laboratório do Sono

O procedimento utilizado na avaliação objetiva

das insônias e parasônias é o laboratório de estudo de sono. No laboratório do sono realizam-se gravações eletroencefalográficas, eletrooculográficas e eletromiográficas simultâneas. Outras avaliações fisiológicas, como medida do ritmo ventilatório e da frequência cardíaca, também podem ser realizadas.

Existe correlação entre a queixa subjetiva de insônia e a avaliação laboratorial do sono. Os pacientes com insônia, quando comparados com grupos controle, mostraram valores aumentados da latência do sono, mais períodos de despertares após o início do sono e maior tempo total acordado durante um período de sono<sup>20 29</sup>. Concluiu-se, também, que os pacientes superestimam estes problemas. Avaliando os estágios do sono, observou-se que os insones apresentam uma diminuição dos estágios profundos do sono — estágio 4 principalmente. A porção do sono de movimentos oculares rápidos (sono REM — "rapid eyes movements") é igual ou levemente diminuída.

Monroe (1967) avaliou alguns parâmetros fisiológicos dos auto-definidos "poor sleepers"<sup>9</sup>. Observou que os insones apresentam valores elevados do ritmo cardíaco, temperatura retal, tensão muscular e vasoconstrição periférica antes e durante o sono, assim como maior número de movimentos corporais durante o sono<sup>7 9 27 29</sup>. Estes achados indicam que eles têm um nível mais baixo de despertar fisiológico durante o sono.

### Mecanismo de Insônia

A "Associação de Centros de Desordens do Sono", através de medidas psicofisiológicas e polissonográficas, elaborou uma subclassificação diagnóstica para as desordens de início e manutenção do sono<sup>33</sup>. Haveria insônia psicofisiológica, insônia associada a doenças psiquiátricas, ao uso de drogas, à apnéia do sono, à síndrome das pernas inquietas e mioclonus noturno, a outras doença do sono, a desordens do ritmo circadiano, a padrão polissonográfico atípico e àquelas sem anormalidades do sono. A classificação é relativamente recente e, apesar do pouco uso, já foi criticada e adaptada<sup>25</sup>.

A insônia pode relacionar-se a alterações psicofisiológicas<sup>17</sup>. Os insones apresentam um alto nível de despertar autonômico no sono, associado a um maior grau de ativação fisiológica<sup>9</sup>. A avaliação dos padrões de personalidade relacionados à insônia revela internalização das emoções. O insone reage a crises emocionais agudas de sua vida através de depressão internalizada, inibição, medo e tormentos obsessivos. A internalização de emoções leva à ativação fisiológica e insônia. Não havendo resolução dos problemas, um medo de dormir, menos independente da causa psicológica primária, se desenvolve. Um ciclo vicioso é criado, contribuindo

para manutenção de dificuldades no sono<sup>17 29</sup>.

Na grande maioria dos casos, a insônia crônica associa-se a distúrbios psicológicos. A maneira da pessoa viver durante o dia afeta como ela dorme à noite. Avaliando-se pacientes com queixa de insônia crônica através de testes objetivos de padrão de performance psicológica "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" — encontrou-se que 80% da população estudada apresentou escalas elevadas em diversos itens de padrão de personalidade, como depressão, histeria conversiva, desvio psicopático, psicastenia<sup>17</sup> e outros<sup>9 13 24 30 33</sup>. Outro trabalho cita que os insones apresentam também ansiedade, tormentos, submissão, tristeza e medo<sup>4</sup>. Se analisarmos o DSM-III, observaremos que um grande número de critérios diagnósticos inclui a insônia como dado principal ou sintoma associado<sup>3</sup>. Insônia usualmente é um problema quando fatores geradores de apreensão são prevalentes e o sujeito tem uma predisposição a não lidar adequadamente seus problemas pela existência prévia de doença mental<sup>13</sup>. Os pacientes com insônia têm mais problemas de saúde em geral, problemas na relação interpessoal e dificuldades emocionais, assim como uma auto-imagem negativa. O ano de início da insônia associa-se a maior incidência de eventos estressantes da vida<sup>13</sup>. A resolução da sintomatologia neurótica acompanha-se de decréscimo da latência de início do sono<sup>30</sup>.

Os pseudo-insones são tidos como possuidores de distúrbios psicológicos, mas uma avaliação objetiva de suas personalidades falha em apoiar tal suspeita. Pensa-se que seja uma situação refletindo uma alteração sutil e não esclarecida do funcionamento do sistema nervoso central<sup>23</sup>.

A insônia é um achado comum nas desordens psiquiátricas. Dez a quinze por cento da população de pacientes psiquiátricos tem algum tipo de desordem do sono<sup>29</sup>. Insônia comumente é encontrada em deprimidos. O tipo de insônia freqüentemente indica o tipo de depressão. Enquanto os pacientes com depressão reativa têm maior dificuldade em iniciar o sono, o despertar precoce é um problema da depressão endógena<sup>11 25</sup>. Na Mania, pelo estado de hiperatividade do paciente, a quantidade total de sono está diminuída<sup>29</sup>. Esquizofrênicos têm graus variados de distúrbio do sono. Num episódio esquizofrênico agudo, o distúrbio geralmente é grave, podendo chegar à ausência completa de sono. Em geral, nas psicoses, a severidade da insônia está relacionada a sua própria severidade. A presença de um conflito psicológico e as alterações fisiológicas que acompanham a ansiedade são os fatores mais importantes que dificultam o início e a manutenção do sono. O obsessivo compulsivo, por exemplo, pode ter dificuldades em dormir pela influência de

algum ritual obsessivo.

O uso agudo ou crônico de drogas pode ser causa de insônia. A lista de substâncias associadas à ocorrência de insônia é grande: bebidas com xantinas — café, chá, mate, colas —, fumo, maconha, álcool, hipnóticos, anfetaminas, esteróides, bloqueadores adrenérgicos centrais, broncodilatadores, efedrina, hormônios tireoideanos, anti-depressivos e até aspirina. O café aumenta marcadamente a latência do início do sono<sup>28</sup>. O alcoolista, durante o uso agudo, tem um padrão de sono desordenado e um sono com muitos despertares<sup>15</sup>. Na abstinência apresenta, além de despertares freqüentes, alterações do sono profundo, as quais podem persistir por anos<sup>1</sup>. O alcoolista crônico pode ter insônia também pela má nutrição ou predisposição própria à insônia. Existem poucos dados a favor do uso de hipnóticos por longo tempo e muitos dados de que eles seriam fatores contribuintes à insônia crônica<sup>25</sup>. Os hipnóticos perdem sua eficácia com o tempo<sup>20</sup>, provocando dificuldades em iniciar o sono. A interrupção do uso crônico associa-se ao surgimento de dificuldades em manter o sono, as quais podem ser decorrentes da dependência psicológica, ou mesmo devido à síndrome de abstinência. Duas formas de insônia foram observadas durante o uso de benzodiazepínicos hipnóticos de média e curta duração de ação por curto período de tempo. Uma delas é a "insônia rebote" caracterizada por uma piora do sono após a interrupção do uso destas drogas<sup>18</sup>. A outra é a "insônia precoce da manhã," caracterizada pelo aumento da vigília durante as horas finais do sono em pessoas que usam de benzodiazepínicos de meia vida curta<sup>19</sup>. Quanto ao fumo, há dados de que a sua abstinência melhora o sono do indivíduo<sup>29</sup> -

A apnéia do sono é um problema ventilatório incomum que ocorre durante o sono, e que pode provocar insônia<sup>31</sup> <sup>29</sup>. Nela ocorrem interrupções freqüentes da ventilação, provocando despertares noturnos. A apnéia pode ter mecanismo central ou periférico. A causa central caracteriza-se por uma instabilidade individual de ventilação durante o sono, devido a uma disfunção no sistema nervoso central na regulação da ventilação. No mecanismo periférico ou chamada causa obstrutiva, ocorre uma alteração da permeabilidade das vias aéreas superiores. A resistência aumentada destas vias amplia a tendência da ventilação em oscilar durante o sono<sup>26</sup>. Como patologias associadas teríamos o desvio de septo, o aumento de volume de adenóides e tonsilas, rinite vasomotora e outras. Em alguns casos há uma combinação dos dois mecanismos. A apnéia do sono deve ser suspeitada em pacientes com problemas otorrinolaringológicos, idosos, obesos e pacientes com doenças pulmonares ou muscu-

lares<sup>25</sup>. Os achados mais freqüentes são de sonolência diurna excessiva, insônia, fadiga crônica e estertoração. O uso de sedativos piora o problema por deprimir o sistema nervoso central.

A relação do mioclonus noturno com a insônia é discutível. Caracteriza-se pela ocorrência de tremores em certos grupos musculares ou músculo durante o sono. Alguns trabalhos relatam a freqüência de 10 a 20% nos insones, mas outros não observam diferença significativa em relação aos controles<sup>29</sup>. O síndrome das "pernas irrequietas" é uma disestesia das pernas de ocorrência pouco comum. Segundo Mauri<sup>25</sup>, pode ser conseqüente a uma doença do neurônio motor ou deficiência vitamínica. É uma causa de dor e desconforto nos membros inferiores e associa-se à insônia.

Pacientes com desordens clínicas comumente apresentam insônia. As condições clínicas desencadeiam muitos fatores emocionais, como resposta ao próprio processo de doença<sup>20</sup>. A insônia é decorrente da dor, desconforto físico, ansiedade e depressão que ocorrem nestas doenças. Os próprios sintomas, como o prurido, a febre, a tosse e dispnéia e a dor causam dificuldades em iniciar e manter o sono<sup>25</sup>. Algumas entidades clínicas merecem comentários. Nas doenças malignas além do desconforto da dor, ocorre ansiedade e medo sobre as conseqüências finais da doença. Aqueles com cardiopatia isquêmica ou arritmias podem ter medo de dormir pela possibilidade de ocorrência de um ataque à noite, quando se sentem mais vulneráveis e sem condições de receberem ajuda. Os ulcerosos secretam mais suco gástrico durante o sono MOR que os não ulcerosos, o que produz dor e desconforto, levando ao despertar<sup>20</sup>. Na esofagite de refluxo, os episódios de refluxo gastroesofágico são mais freqüentes durante o sono e provocam despertares que protegem o indivíduo de aspirações broncopulmonares<sup>16</sup>. Alguns asmáticos apresentam mais ataques de asma à noite, o que provoca insônia<sup>20</sup>. Estes ataques parecem ser determinados pela recumbência, o sonho e a diminuição da quantidade de sono profundo.

Os hipotireóides têm acentuada diminuição da quantidade de sono profundo, o que os faz terem um sono perturbado e insônia. A insônia na síndrome ou doença de Cushing é decorrente do próprio aumento dos níveis plasmáticos de glicocorticóides. No final da gravidez há um aumento da latência do sono, despertares durante o sono e diminuição do tempo total de sono. O fator determinante seria uma alteração no metabolismo do hormônio tireóideo, como no hipotireoidismo, levando à diminuição do estágio 4 do sono. Muitas outras entidades clínicas poderiam ser citadas; no entanto, estas apresentam mecanismos peculiares, relacionados à insônia.

A insônia transitória é causada por condições situacionais típicas e específicas. A insônia passa a ser uma resposta a certos estressores, como a perda de um ente querido, pressões no local de trabalho, período pré-exames etc. . . Ela decorreria de reações antecipatórias às alterações da vida. Em alguns casos de insônia transitória, o ritmo biológico de sono e vigília está afetado; é o caso de pacientes recém-internados, doentes crônicos que sequestram durante o dia, trabalhadores que trocam os turnos de trabalho e aqueles que realizam viagens rápidas em zonas de diferentes horários. Restrições físico-ambientais como ter de dormir em locais barulhentos, superlotados ou em condições precárias de habitação, também são causas de insônia transitória.

Insônia primária ou idiopática é um problema raro. Tipicamente começa na infância, mas muitos anos passam até chegarem a um médico. O motivo geralmente é a intolerabilidade à fadiga e reações conseqüentes à privação do sono<sup>25</sup>. Caracteristicamente é um distúrbio de iniciar o sono. Apesar de não haver alguma alteração fisiológica ou psicológica identificável, estes pacientes são fisiológica e cognitivamente hiperalertas em relação aos dormidores normais<sup>9</sup>.

### A Insônia e o Idoso

O padrão de sono se altera à medida que envelhecemos. O idoso tem um padrão polifásico em relação ao sono e à vigília<sup>8</sup>. Durante o dia, sente-se sonolento e dorme. À noite, apresenta muitos despertares, havendo diminuição do tempo total de sono neste período. O sono profundo está qualitativamente alterado, com diminuição do estágio 3 em frequência e intensidade e, virtualmente, ausência do estágio 4 do sono<sup>20</sup>. A maior ocorrência de doenças em geral que ocasionam dor e desconforto contribui em muito para a insônia no idoso. Na idade avançada há também uma incidência aumentada de apnéia do sono e mioclonus noturno<sup>25</sup>. O declínio de certas funções e a inquietude em relação à morte próxima e inevitável, com conseqüente ansiedade, medo e depressão, pode influir sobre o sono. O medo da morte é proeminente à noite, quando o sono é percebido como um estado transitório semelhante, em muito, à própria morte. O processo de adormecimento passa a envolver vários graus de regressão emocional<sup>29</sup>.

### Avaliação do Paciente

Avaliar um paciente com insônia é identificar qual é o tipo de problema do sono que ele apresenta e procurar entender as causas subjacentes. A boa avaliação é realizada pela coleta da história clínica geral, história do parceiro de quarto, história do uso de drogas, avaliação psiquiátrica e exame físico<sup>33</sup>.

A grande quantidade de causas diferentes e muitas formas de tratamento torna imprescindível a avaliação global.

A avaliação da história do sono é igual a de qualquer sintoma. Devemos determinar a duração, a severidade, o tipo — se de início, manutenção ou de despertar precoce, a frequência da dificuldade do sono em um determinado período (uma semana geralmente), e as circunstâncias que precipitam ou acentuam a insônia. Devemos avaliar como o paciente passa o período em que está acordado, pois pode apresentar sonolência, irritabilidade, fadiga ou outros sintomas de privação do sono. Por outro lado, pode tirar "sestas" durante o dia, as quais prejudicam o sono à noite. É importante saber como o paciente usa o tempo gasto com o sono durante a semana, pois podem ocorrer dias, como nos fins de semana, em que o paciente tem um sono prolongado, capaz de prejudicar o sono dos outros dias.

A história clínica geral é melhor obtida na ocasião da revisão de sistemas e relato dos antecedentes mórbidos pessoais. Devemos pesquisar alterações gerais ou em algum órgão específico, capazes de explicar a queixa ou dar o diagnóstico básico. Procuramos sintomas e doenças capazes de causar a insônia, como a avaliação otorrinolaringológica, muitas vezes esquecida, pois há associação direta da insônia, excesso de sonolência diurna e problemas nas vias aéreas superiores<sup>26</sup>.

O parceiro de quarto do insone pode descrever como seu companheiro dorme e auxiliar na elaboração diagnóstica. Causas pouco comuns de insônia, como a apnéia do sono, o mioclonus noturno e a síndrome das pernas inquietas podem ser suspeitadas pela história e confirmadas pelo relato do parceiro de quarto. O companheiro do insone deve ser questionado quanto à ocorrência de movimentos durante o sono, inquietude no dormir, respiração ruidosa, interrupção da ventilação ou ocorrência de qualquer outro achado que não se aceite ser normal durante o sono. O diagnóstico final destas entidades é realizado através da gravação polissonográfica em laboratório do sono. Na apnéia do sono, além da informação do parceiro de quarto, o próprio paciente pode queixar-se de roncos, sonolência diurna excessiva e fadiga crônica, que podem ser sintomas intensos e influir na sua atividade diária.

Devemos avaliar o uso crônico ou recente de certas medicações e substâncias como café, álcool, bebidas com "colas" e fumo. O conhecimento sobre tratamentos farmacológicos prévios é importante. O paciente pode estar tratando seu problema de sono com a droga mais específica e, no entanto, não haver melhora. Há casos, por exemplo, como na depressão endógena, que a insônia faz parte do



quadro clínico e, a medida terapêutica indicada é o uso de antidepressivos. Persistindo a queixa, o médico deverá reavaliar se tratou corretamente, com base nos princípios farmacocinéticos da droga. Avaliar se a medicação foi usada na dose correta, durante um tempo mínimo e no horário indicado. No exemplo, o paciente poderia ter usado a droga na dose correta e durante um tempo mínimo esperado de início de ação; no entanto, usou de dia, o que acarretou sonolência neste período, sem aproveitamento deste efeito à noite. O uso de hipnóticos deve ser revisado. Devemos saber qual o hipnótico usado — barbitúricos, benzodiazepínicos ou antidistônicos, como usou e por quanto tempo. O uso de hipnóticos pode provocar a insônia rebote<sup>18</sup> e a insônia de início da manhã<sup>19</sup>. O uso crônico ou subagudo faz a medicação perder a eficácia. A história do uso de drogas para o tratamento de certas doenças crônicas é igualmente importante. Certas doenças têm como medidas medicamentosas em seu tratamento o uso de agentes farmacológicos que são estimulantes, como anfetaminas, esteróides, bloqueadores adrenérgicos centrais, broncodilatadores e outros.

A avaliação psiquiátrica da insônia deverá ser bem ampla. Em primeiro lugar, devemos avaliar o início do problema, em que momento da vida do paciente ele surgiu e o que está associado ao seu aparecimento. Procuramos evidenciar a existência e o grau de eventos estressantes concomitantes, assim como identificar problemas decorrentes do jeito de viver do paciente. A história psiquiátrica pode revelar estados neuróticos tipo ansiedade crônica, episódios depressivos, ruminações e ações obsessivo-compulsivas. Quadros patológicos como distúrbios afetivos, síndromes cerebral orgânica, esquizofrenia, depressão e alcoolismo podem estar presentes com todos os seus achados clínicos. Além da sintomatologia específica destas patologias, devemos avaliar a história marital, sexual e outros problemas de longa data. Muitas vezes o paciente acredita que a causa de seu problema psicológico é a insônia e não o contrário<sup>6</sup>. É importante determinar o que vem antes para elaborarmos melhor o diagnóstico e melhor tratá-lo.

Tudo o que foi dito anteriormente também é válido para o idoso. Quadros do tipo demência senil ou distúrbios funcionais de outros órgãos capazes de provocar um quadro cerebral orgânico devem ser investigados.

Finalmente, realiza-se um exame físico. Se a insônia for crônica e de difícil correlação com a história psiquiátrica, sua importância é maior. Ele colabora na determinação dos casos de insônia secundária a distúrbios clínicos.

Sempre devemos tomar uma história detalhada

e termos um diagnóstico acurado antes de instituímos algum tratamento. A falha em colher uma história adequada é a causa mais freqüente de erro no manuseio da insônia<sup>2 29</sup>.

### Métodos Auxiliares no Diagnóstico

A gravação do sono em laboratórios é o procedimento auxiliar no diagnóstico da insônia e parasônias. Gravações do sono por toda a noite são impraticáveis na clínica diária<sup>10</sup>. É uma avaliação cara, consumidora de tempo e geralmente contribuem pouco ao manuseio geral da grande população de insones. A maioria dos autores concorda que este não deve ser um método diagnóstico aplicado a todos os pacientes, tendo indicações precisas. Estas seriam a insônia idiopática, apnéia do sono e mioclonus noturno.

A insônia idiopática, por definição, será diagnosticada quando houver evidência objetiva de distúrbio de iniciar e manter o sono sem outra desordem associada. A avaliação laboratorial de um determinado paciente estará indicada quando após sua abordagem não houver dados de patologia orgânica ou psiquiátrica que expliquem a insônia.

As parasônias são bem documentadas pela gravação do sono. Como são entidades facilmente diagnosticáveis pela avaliação clínica, não exigem obrigatoriamente, este tipo de exame. No entanto, a enurese e o sonambulismo quando se relacionam a uma suspeita de epilepsia psicomotora, apnéia do sono ou outro distúrbio, devem ter um estudo laboratorial do sono, já que a insônia pode ser o primeiro sintoma destas patologias.

Kaszniak e Beutler, em sua revisão sobre o diagnóstico diferencial de insônias e parasônias<sup>23</sup>, citam que haveria alterações do sono profundo e do sono MOR significantes no diagnóstico de distúrbios afetivos maiores associadas a insônia. A alteração característica parece ser o rápido início de sono MOR no sono<sup>25</sup>.

A gravação do sono é importante na pesquisa científica dos distúrbios do sono, mas de pouco valor prático em relação a grande maioria dos pacientes. Uma boa anamnese e um diário do sono de duas semanas pode ser um bom método auxiliar. No diário do sono, o paciente deverá colocar dados quanto ao horário do sono, sextas, despertares noturnos e como se sentiu durante o dia.

### O Clínico Geral e a Insônia

O clínico geral é a pessoa mais indicada para avaliação e tratamento do paciente com queixa de insônia<sup>20 21 27 29</sup>. Partindo de um sistema de cuidados gradativos, ele é o mais habilitado a avaliar o paciente como um todo<sup>20</sup>. Está na melhor posição em termos de conhecimento do paciente, podendo

avaliá-lo do ponto de vista clínico, farmacológico e psiquiátrico<sup>7</sup>. O médico generalista é capaz de reconhecer aqueles que precisarão de tratamento pelos anos seguintes de suas vidas, ou avaliar quando a insônia é somente parte de um outro quadro. Saliêntia-se, também, que a maior parte das queixas são secundárias a um problema ou situação em que uma simples, mas completa consulta, pode solucionar o problema. O paciente com insônia crônica e intratável pelo clínico geral, ou que apresenta problemas diagnósticos ou de manuseio especial, deverá ser indicado ao especialista apropriado<sup>21</sup>.

### Conclusão

A abordagem clínica diagnóstica e terapêutica da insônia deve ser de conhecimento de todo médico. O princípio básico na abordagem da insônia é o de considerar o diagnóstico diferencial e tratar a causa subjacente de forma específica. A melhora na qualidade do sono conseqüente do manuseio

correto da queixa vai afetar profundamente de forma positiva uma parte da vida do paciente. O médico, por sua vez, também "dormirá mais tranqüilo", pois indicará o tratamento específico.

O currículo médico deveria incluir maior informação sobre o diagnóstico e tratamento da insônia, não se limitando o profissional à inapropriada prescrição de drogas hipnóticas.

### Summary

Insomnia as a symptom is reviewed, including its clinical presentation, the most common causes, the types of sleep disturbances, the clinical assessment of insomnia patient and sleep laboratory findings associated with the symptom. It is suggested a complete and specific evaluation of the patient and his complaint in order to avoid incorrect approaches and management of the problem.

### BIBLIOGRAFIA

- ADAMSON, J. e BURDICK, J. A. Sleep of dry alcoholics. Arch Gen. Psychiatry. 28: 146-149, 1973.
- AMA Council On Scientific Affairs. Hypnotic Drugs and treatment of insomnia. Connecticut Medicine. 44(19): 651 - 653, 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; OSM-III.
- BERTELSON, A. D. e MONROE, L. J. - Personality patterns of Addescent Poor and good sleepers. Journal Of Abnormal Child Psychology. 7(2); 191-197, 1979.
- BIXLER, E. O.; KALES, A.; SOLDATOS, C. R. - Sleep disorders encountered in medical practice; A national survey of physicians. Behav Med. 6: 1-6, 1969.
- CARRERA, R. N. e ELENEWSKI, J. J., Implosive therapy as a treatment for Insonia. Journal Of Clinical Psychology. 36(3): 729-734, 1980.
- COATES, T. J. e THORESEN, C. E. What use instead of sleeping pills. J. A. M. A. 240(21): 2311-2312, 1978.
- FEINBERG, I. e HELLER, R. R. EEG sleep patterns as a function of normal and pathological aging in man. J. Psych Reser. 5: 107-144, 1967.
- FREEDMAN, R. R. e SATTLER, H. L. Physiological and psychological factors in sleep-onset insomnia. Journal Of Abnormal Psychology. 91(5): 380-389, 1982.
- FUERST, M. L. Insomniacs give up stress and medications. J. A. M. A. 240(21): 2311-2312, 1978.
- HAURI, P. Sleep in depression. Psychiatry Annual. 4: 45-62, 1974.
- HAYNES, S. N.; ADAMS, A. FRANZEN, M. The effects of presleep stress ond sleep-onset insomnia. Journal Of Abnormal Psychology, 90(6): 601-606, 1981.
- HEALEY E. S.; KALES, A.; MONROE, L. J., BIXLER, E. O.; CHAMBERLIN, K.; SOLDATOS, C. R. Onset of insomnia; Role of life-stress events. Psychosomatic Medicine. 43(5): 439-451, 1981.
- HICKS, R. A. e PELLEGRINI, R. J. Sleep problems and type A-B behavior in college students. Psychological Reports. 5: 196, 1982.
- JOHNSON, L. C.; BURDICK, J. A. SMITH, J. Sleep during alcohol intake and withdrawal in the chonic alcoholic. Arch Gen. Psychiatry. 22: 406-418, 1970.
- JOHNSON, L. F. New concepts in the study nad treatment of gastroesophageal reflux disease. Medical Clinics Of North America. 65 (6): 1195-1221, 1981.
- KALES, A.; CALDWELL, A. B.; PRESTON, T. A.; HEALEY' S.; KALES J. D. Personality Patterns in insomnia. Arch Gen Psychiatry. 33: 1128-1134, 1976.
- KALES, A.; SCHARF, M. B.; KALES, J. D. Rebound insomnia A new clinical syndrome. Science. 201: 1039-1041, 1978.
- KALES, A.; SOLDATOS, C. R.; BIXLER, E. O.; KALES, J. D. Early morning insomnia with rapidly eliminated benzopiazepines. Science. 220: 95-97, 1983.
- KALES, A. e KALES, J. D. Sleep disorders; recent findings in the diagnosis and treatment of disturbed sleep. The New England JournalOf Medicine. 290(9): 487-497, 1974.
- KALES, A.; KALES, J. D.; SOLDATOS, C. R. Insomnia and other sleep disorders. Medical Clinics Of North America. 66(5): 971-991, 1982.
- KALES, J. D.; KALES, A. SOLDATOS, C. R.; BIXLER, E. O. Resource for managing sleep disorders. J. A. M. A. 241(22) 2413-2416, 1979.
- KASZNIAK, A. W. e BEUTLER, L. E. Differential diagnosis of insomnias and parasomnias Arizona Medicine. 38(6); 451-454, 1981.
- KAZARIAN, S. S.; HOWE, M. G. MERSKEY, H.; DEIMUM, E. J. L. Insomnia; Anxiety, sleep-incompatible behaviors and depression. Journal Of Clical Psychology. 34(4): 865-869, 1978.
- KRAMER, P. D. Insomnia; Importance of the differential diagnosis. Psychosomatics. 23(2): 129-137, 1982.
- LAVIE, P. ZOMER, J.; ELIASCHAR, I.; JOACHIAM; HALPERN, E. RUBIN, A. E.; ALROY, G. Excessive daytime sleepness and insomnia. Arch Otolaryngol. 108: 373-377, 1982.
- OSWALD, I. Assessment of insomnia. British Medical Journal 283: 848-875, 1981.
- REGSTEIN, Q. R. Pratical ways to manage chronic insomnia. Medical Times. 107 (6): 19-23, 1979.
- SOLDATOS, C. R.; KALES, A. KALES J. D. Management of insomnia, Annual Reviews Of Medicine. 30: 301-312, 1979.
- SHEALY, R. C. LOWE, J. D.; RITZLER. B. A. Sleep onset insomnia; Personality characteristics and treatment outcome.

- Journal Of Consulting and Clinical Psychology. 48(5): 659-661, 1980.
31. SOLOMON, F.; WHITE, C. C.; PARRON D. L.; MENDELSON, W. B. Sleeping Pills, Insomnia and medical practice. The New England Journal Of Medicine. 300 (4): 803-808, 1979.
32. THOMAS, C. B. Precursors of premature diseases and death. The predictive potencial of habits and family attitudes. Ann Intern Med. 85: 653-658, 1976.
33. ZORICK, F. J.; ROTH, T.; HARTZ, K. M.; PICCIONE, P. M.; STEPANSKI, E. J. Evaluation and Diagnosis of persistent insomnia. American Journal Of Psychiatry, 138: 769-773, 1981.