

Tratamento não farmacológico para a insônia crônica

Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia

Giselle Soares Passos,^{1,2} Sérgio Tufik,^{1,3,4}
Marcos Gonçalves de Santana,^{1,2} Dalva Poyares,^{1,4}
Marco Túlio de Mello^{1,2,3,4,5}

Resumo

O objetivo deste artigo é descrever, resumidamente, quais são as terapias não farmacológicas e também a atualização do uso destas para o tratamento da insônia crônica. Além da insônia ser o mais prevalente distúrbio do sono, ela está diretamente associada aos transtornos psiquiátricos. Embora o tratamento farmacológico seja o mais comumente utilizado, as terapias não farmacológicas vêm sendo amplamente estudadas, em particular as relacionadas às mudanças de comportamento. Entre estas estão a cognitiva; a higiene do sono; a do controle de estímulos; a de restrição do sono; a do relaxamento muscular; e a da intenção paradoxal e, mais recentemente, a prática regular de exercícios físicos. Inicialmente, o principal objetivo dos estudos realizados com as intervenções comportamentais foi o de melhorar a qualidade do sono dos pacientes. No entanto, alguns estudos recentes têm sido desenvolvidos com o objetivo de avaliar o efeito de tais terapias auxiliando à redução da dose e da frequência de uso de medicamentos utilizados, bem como à melhora da qualidade de vida dos pacientes. Como a insônia é um problema crônico, os tratamentos de longo prazo têm sido alvos de estudos e de uso comum entre os clínicos.

Descritores: Distúrbios do início e manutenção do sono; Sono; Doença crônica; Tratamento; Terapia comportamental

Abstract

The purpose of this manuscript is to briefly describe the main modalities of non-pharmacological therapy and its utilization on the chronic insomnia treatment. Insomnia is the most frequent sleep disorder and that is more associated with psychiatry disorders. The pharmacotherapy is the most frequent treatment, but the nonpharmacologic therapy has been studied. The most common therapy modalities include behavioral approaches, stimulus control, sleep restriction, paradoxical intention, sleep hygiene, progressive muscle relaxation and biofeedback and, more recently, physical exercise practices. At first behavioral therapy aimed to improve sleep quality, however, recent studies have been emphasizing the effect of behavioral and cognitive approaches on quality of life, on decrease of dosage and frequency of drugs intake. Since insomnia is a chronic condition, long-term and safe treatments are warranted.

Descriptors: Sleep initiation and maintenance disorders; Sleep; Chronic disease; Treatment; Behavior therapy

¹ Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil

² Centro de Estudos em Psicobiologia e Exercício (CEPE), Brasil

³ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil

⁴ Associação Fundo Incentivo à Psicofarmacologia (AFIP), Brasil

⁵ Centro de Estudo Multidisciplinar em Sonolência e Acidentes (CEMSA)

Financiamento: Associação Fundo Incentivo à Psicofarmacologia (AFIP) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)

Conflito de interesses: Inexistente

Submetido: 2 Outubro 2006

Aceito: 7 Março 2007

Correspondência

Marco Túlio de Mello

Rua Marselhesa, 535 - Vila Clementino

Tel: (55 11) 5572-0177 Fax: (55 11) 5083-6900

E-mail: tmello@psicobio.epm.br

Introdução

Segundo a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono,¹ ter insônia é apresentar dificuldades repetidas para iniciar e/ou manter o sono (insônia inicial e de manutenção), despertar precoce (insônia terminal) ou sono não restaurador. No entanto, é de fundamental importância saber que estes problemas, em conjunto ou não, resultam em prejuízo para a funcionalidade diurna dos pacientes, sendo a sua fisiopatologia desconhecida. Em relação à sua duração, a insônia deve ser considerada crônica quando os sintomas persistem por um período superior a um mês, ou aguda se ela estiver diretamente associada à presença de um fator estressor e não exceder um período superior a três meses.

Além de ser o distúrbio do sono mais comum, a insônia está diretamente associada aos transtornos psiquiátricos.² Estudos epidemiológicos demonstram que sua persistência é um fator de risco para a depressão,³ além de que cerca de 80% dos pacientes com este transtorno se queixam de alterações no padrão do sono, especialmente de insônia terminal. Já os transtornos ansiosos e os do pânico parecem estar mais associados aos tipos, inicial e de manutenção.²

O tratamento mais comum para a insônia crônica é o medicamentoso,⁴ embora a utilização de medicamentos cause alguns prejuízos em longo prazo, entre os quais a tolerância e a dependência.⁵⁻⁷ Perante esta situação, diversos estudos têm sugerido a utilização de terapias não medicamentosas.^{5,8-10} O objetivo deste artigo é descrever os tipos mais comuns e atualizar os seus métodos de utilização para o tratamento da insônia crônica.

Método

Os estudos selecionados foram identificados por meio das bases de dados Medline, Lilacs e ScIELO (1979-2006), utilizando-se as palavras-chaves: *insomnia, nonpharmacological – nondrug, behavioral – cognitive, treatment – therapy – management*. Excluíram-se os estudos em que o objetivo foi comparar os tratamentos farmacológico e não-farmacológico, ou em que o tipo de insônia estudado era o agudo.

Tratamento não farmacológico

Na prática clínica, as terapias podem ser realizadas individualmente ou em grupo, sendo geralmente prescritas de acordo com os sintomas do paciente. Para que elas sejam consideradas efetivas, devem diminuir a latência do sono, aumentar o tempo total do sono⁵ e melhorar a funcionalidade diurna dos pacientes.¹¹ Segundo Ringdahl et al., este aumento no tempo total do sono deve ser superior a 30 minutos e a latência do sono deve ser reduzida para um tempo inferior a 30 minutos.⁵ As terapias mais estudadas e utilizadas são as descritas em seguida.

1. Terapia cognitiva

O objetivo da terapia cognitiva é eliminar as crenças e as atitudes errôneas relacionadas ao sono.⁸ Alguns sintomas e queixas de sono são alvos da terapia cognitiva, entre eles:

1) uma falsa expectativa do tempo necessário de sono (“Eu não consigo dormir as oito horas de sono que são necessárias para o meu bem-estar...”);

2) uma concepção inadequada das causas da insônia (“Minha insônia é a consequência de um desequilíbrio químico...”);

3) a amplificação das suas consequências (“Eu não consigo fazer nada após uma má noite de sono...”).

2. Terapia do controle de estímulos

A terapia do controle de estímulos é baseada na premissa de que a insônia é uma resposta condicionada aos fatores temporais (tempo despendido na cama) e ambientais (quarto de dormir/cama) relacionados com o sono. Sendo assim, o seu principal objetivo é treinar o insone a reassociar o quarto de dormir e a cama com um rápido início do sono. Para isto, deve-se abreviar as atividades incompatíveis com o sono (observáveis e camufladas) utilizadas como dicas para permanecer acordado, além de planejar um consistente ciclo vigília-sono.^{5,12}

3. Terapia de restrição do sono

A terapia de restrição do sono consiste na redução do tempo despendido na cama de modo a que este se aproxime do tempo total de sono. Por exemplo, se o insone relata que dorme uma média de cinco horas e permanece na cama por oito horas, a recomendação inicial é reduzir o tempo despendido na cama para cinco horas. Se a eficiência do sono (razão entre o tempo despendido na cama e o tempo total de sono multiplicado por 100) for menor que 90%, deve ser realizada uma redução semanal de 15-20 minutos no tempo despendido na cama, até que seja alcançada uma eficiência de sono de 90%. A partir disto, devem ser aumentados os mesmos 15-20 minutos por semana até que o tempo total de sono suficiente seja alcançado. Para prevenir uma sonolência diurna excessiva, recomenda-se que o tempo despendido na cama à noite não seja inferior a cinco horas.¹³

4. Terapia de relaxamento

As intervenções baseadas no relaxamento foram estabelecidas a partir da observação de que, frequentemente, os pacientes com insônia relatam um alto estado de alerta (fisiológico e cognitivo), tanto durante a noite como durante o dia. Os tipos de relaxamento mais comuns são o relaxamento muscular progressivo e o biofeedback. O primeiro consiste em tencionar e relaxar diferentes grupos musculares de todo o corpo, visando uma diminuição do alerta fisiológico (tensão muscular); já o segundo é uma técnica que utiliza estímulos visuais (imagens confortáveis ou neutras) e/ou auditivos (músicas) para desfocar a atenção do paciente.¹⁴

5. Terapia de intenção paradoxal

Este método consiste em convencer o paciente a encarar o seu mais temido comportamento (ex: ficar acordado durante a noite). Assim, se o paciente deixar de tentar dormir e insistir em ficar acordado, o estado de ansiedade pré-sono vai ser reduzido e o início do sono pode ser atingido mais facilmente. Este procedimento pode ser considerado como uma forma de reestruturar a cognição para reduzir o estado de ansiedade e assim induzir ao sono.⁸

6. Fototerapia

O objetivo da fototerapia é aumentar o estado de alerta do paciente por intermédio de um estímulo luminoso, o qual consiste em posicionar uma caixa de luz ao nível dos olhos, a uma distância de aproximadamente 90 cm. A potência da luz pode variar entre 2.500 e 10.000 lux e, dependendo da potência da luz, o tempo de exposição pode variar de 30 minutos a duas horas. O horário em que deve ser realizada depende da intenção da terapia.¹⁵

7. Higiene do sono

A higiene do sono é um método que visa educar os hábitos relacionados à saúde (ex: a dieta, o exercício físico e o uso de substâncias de abuso) e ao comportamento (ex: a luz, os barulhos, a temperatura e o colchão) que sejam benéficos ou prejudiciais ao sono.¹⁶ As recomendações da higiene do sono incluem:

1) usar o quarto e a cama somente para dormir e praticar atividade sexual;

2) evitar o barulho (com tampão de ouvido), a luz (cortinas nas janelas) e a temperatura excessiva (cobertor/ar-condicionado) durante o período do sono;

3) evitar, entre outras, a cafeína, a nicotina e as bebidas alcoólicas nas últimas 4-6 horas que antecedem o sono.

8. Exercício físico

A prática regular de exercícios físicos, entre outras terapias, é sugerida⁵ para melhorar a qualidade do sono, embora o tipo, a intensidade e a duração do exercício ainda não estejam bem definidos. Em uma recente revisão, Youngstedt ressaltou a necessidade de novas pesquisas que avaliem a influência do exercício físico sistematizado na qualidade do sono dos insones.¹⁷

Evolução da terapia não medicamentosa para a insônia

No final da década de 70, um estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a terapia de intenção paradoxal para o tratamento da insônia crônica. Após três semanas de intervenção foi observada uma significativa redução na latência do sono (de 62 para 29 minutos), tendo os autores concluído que esse método era efetivo para facilitar o início do sono.¹⁸

Um outro estudo avaliou a eficiência da terapia de controle dos estímulos para o tratamento da insônia crônica. Os resultados demonstraram uma redução significativa no tempo acordado após o início do sono o que sugere que a terapia de controle dos estímulos é um bom método para consolidar o sono dos pacientes.¹⁹

Para avaliar os efeitos da terapia de restrição do sono, um estudo foi realizado durante oito semanas. Foi observado um aumento do tempo total de sono, assim como uma diminuição da latência do sono e um aumento da eficiência do sono ao final da intervenção. Todas estas mudanças no padrão do sono foram mantidas por 65,7% dos pacientes. De acordo com estes dados, a restrição de sono é um método efetivo para melhorar e manter a qualidade do sono.¹³

A partir da década de 90, os estudos passaram a avaliar e a comparar as terapias comportamentais combinadas entre si, o que foi denominado como "terapia multicomponente".^{9,12,20}

Chambers e Alexander realizaram um estudo para avaliar este método e, para isto, associaram as terapias cognitiva, de controle de estímulos, de restrição de sono e higiene do sono.²⁰ Os resultados indicaram uma redução significativa na latência do sono (30 minutos) e no tempo acordado após o início do sono (50 minutos). Estes dados indicam que a combinação entre alguns tipos de terapia comportamental é uma boa opção para o tratamento da insônia.

Guilleminault et al., em um outro estudo, compararam entre si a higiene do sono, a higiene do sono associada à prática de exercícios físicos e a higiene do sono associada à fototerapia.⁹ Somente esta última apresentou um aumento significativo do tempo total de sono (21%) e uma diminuição da latência de sono (36%) e do número de despertares após o início do sono (33%).

Um outro estudo comparativo foi realizado entre dois grupos, sendo o primeiro de terapias cognitivas (controle dos estímulos,

restrição do sono e higiene do sono) e o segundo de terapia de relaxamento (relaxamento muscular progressivo). O grupo de terapias cognitivas apresentou uma maior redução no número de despertares após o início do sono (54%), quando comparado ao da terapia de relaxamento (16%). Outro parâmetro observado foi a eficiência do sono, para a qual o grupo terapia cognitiva também apresentou um maior resultado (85,1%) quando comparado ao da terapia de relaxamento (78,8%). Além disso, os pacientes do grupo terapia cognitiva aumentaram o tempo total de sono.¹² Diante destes dados, a associação entre terapias cognitivas parece ser uma boa opção para o tratamento da insônia.

Recentemente, as pesquisas com as terapias comportamentais têm sido realizadas com dois novos e diferentes objetivos: auxiliar as terapias de redução da dose e conseqüente retirada dos medicamentos utilizados para o tratamento da insônia, e melhorar a qualidade de vida dos pacientes dependentes de hipnóticos.²¹⁻²²

Uma intervenção com terapia cognitiva foi realizada com 209 insones tratados com hipnóticos. Após seis meses de tratamento, foi observada uma redução na latência do sono, um aumento na eficiência do sono e uma importante redução na frequência do uso de medicamento. Os autores deste estudo sugerem que a terapia cognitiva, por ser um efetivo método para melhorar a qualidade do sono, pode ser responsável pela redução na frequência de uso de medicamentos.²³

Um outro estudo, com a duração de 10 semanas, avaliou pacientes tratados com benzodiazepínicos, após uma intervenção multicomponente (terapia de redução da dose de medicamentos associada à terapia cognitiva). Os resultados demonstraram uma redução significativa da quantidade de medicamentos ingeridos, seguida por uma redução da frequência do uso destes, o que conduziu a um número significativo de pacientes que deixaram de ingerir (85%). Quanto ao padrão do sono, foi observada uma redução significativa da latência do sono, seguida de um aumento do tempo total de sono e da eficiência do sono, além de uma redução significativa nos rebotes de insônia durante a intervenção.²²

Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos insones usuários de hipnóticos, uma intervenção com a terapia cognitiva foi realizada durante seis meses. Os resultados mostraram uma subjetiva melhora relacionada à função física, à emoção e à saúde mental. Diante disto, os autores sugeriram o uso desta terapia para melhorar a qualidade de vida dos insones.²⁴

De acordo com os dados encontrados, foi possível concluir que a intervenção não farmacológica, de uma forma geral, é efetiva para o tratamento da insônia crônica e que tais terapias podem ser utilizadas com objetivos distintos. Estes podem incluir desde a melhora da qualidade/quantidade do sono até o auxílio a terapias de redução da dose e da frequência do uso dos medicamentos.

Agradecimentos

Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia (AFIP), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Fundo de Auxílio aos Docentes e Alunos (FADA/UNIFESP), CEPID/FAPESP, CEPE, CEMSA, e Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento (CNPq).

Referências

1. 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.
2. Lucchesi L, Pradella-Hallinan M, Lucchesi M, Moraes WA. O sono em transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(Supl 1):27-32.
3. Riemann D, Voderholzer U. Primary insomnia: a risk factor to develop depression? *J Affect Disord.* 2003;76(1-3):255-9.
4. Poyares D, Pinto JL, Tavares S, Barros-Vieira S. Hipnoindutores e insônia. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(Suppl 1):2-7.
5. Ringdahl EN, Pereira SL, Delzell JE Jr. Treatment of primary insomnia. *J Am Board Fam Pract.* 2004;17(3):212-9.
6. Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE, Buysse DJ. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *Am J Psychiatry.* 2002;159(1):5-11.
7. Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, Otto MW. Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: a randomized controlled trial and direct comparison. *Arch Intern Med.* 2004;164(17):1888-96.
8. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep.* 1999;22(8):1134-56.
9. Guilleminault C, Clerk A, Black J, Labanowski M, Pelayo R, Claman D. Nondrug treatment trials in psychophysiological insomnia. *Arch Intern Med.* 1995;155(8):838-44.
10. Becker PM. Pharmacologic and nonpharmacologic treatments of insomnia. *Neurol Clin.* 2005;23(4):1149-63.
11. Means MK, Lichstein KL, Epperson MT, Johnson CT. Relaxation therapy for insomnia: nighttime and day time effects. *Behav Res Ther.* 2000;38(7):665-78.
12. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2001;285(14):1856-64.
13. Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep.* 1987;10(1):45-56.
14. Simon GE, VonKorff M. Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. *Am J Psychiatry.* 1997;154(10):1417-23.
15. Poyares D, Tufik S, coordenadores. I consenso brasileiro de insônia. *Hypnos.* 2003;4(Suppl. 2):5-39.
16. Lacks P, Rotert M. Knowledge and practice of sleep hygiene techniques in insomniacs and good sleepers. *Behav Res Ther.* 1986;24(3):365-8.
17. Youngstedt SD. Effects of exercise on sleep. *Clin Sports Med.* 2005;24(2):355-65.
18. Asher LM, Turner R. Paradoxical intention and insomnia: an experimental investigation. *Behav Res Therapy.* 1979;17(4):408-41.
19. Lacks P, Bertelson AD, Sugerma J, Kunkel J. The treatment of sleep-maintenance insomnia with stimulus-control techniques. *Behav Res Ther.* 1983;21(3):291-5.
20. Chambers MJ, Alexander SD. Assessment and prediction of outcome for a brief behavioral insomnia treatment program. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1992;23(4):289-97.
21. Morgan K, Dixon S, Mathers N, Thompson J, Tomeny M. Psychological treatment for insomnia in the management of long-term hypnotic drug use: a pragmatic randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 2003;53(497):923-8.
22. Morin CM, Bastien C, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Vallières A. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry.* 2004;161(2):332-42.
23. Morgan K, Dixon S, Mathers N, Thompson J, Tomeny M. Psychological treatment for insomnia in the management of long-term hypnotic drug use: a pragmatic randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 2003;53(497):923-8.
24. Dixon S, Morgan K, Mathers N, Thompson J, Tomeny M. Impact of cognitive behavior therapy on health-related quality of life among adult hypnotic users with chronic insomnia. *Behav Sleep Med.* 2006;4(2):71-84.