

BMJ Best Practice

Insônia

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	6
Prevenção	7
Prevenção primária	7
Diagnóstico	8
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	10
Anamnese e exame físico	11
Exames diagnóstico	13
Diagnóstico diferencial	14
Critérios de diagnóstico	15
Tratamento	17
Abordagem passo a passo do tratamento	17
Visão geral do tratamento	19
Opções de tratamento	21
Novidades	35
Acompanhamento	36
Recomendações	36
Complicações	36
Prognóstico	37
Diretrizes	38
Diretrizes de diagnóstico	38
Diretrizes de tratamento	39
Nível de evidência	40
Referências	41
Aviso legal	52

Resumo

- ◇ Uma das queixas mais comuns relatadas em atenção primária. A insônia não tratada pode custar mais de US\$ 100 bilhões por ano devido a acidentes e produtividade insatisfatória no trabalho.
- ◇ Associada a ansiedade, depressão e queixas físicas.
- ◇ O diagnóstico é feito principalmente por meio de entrevista com o paciente. Diários de sono, actigrafia e polissonografia podem ajudar a confirmar o diagnóstico.
- ◇ A identificação da etiologia correta é essencial, pois as intervenções variam e podem ser prejudiciais em alguns casos, se o diagnóstico for incorreto.
- ◇ A conscientização sobre técnicas de higiene do sono é útil para prevenir insônia crônica.
- ◇ A morbidade significativa da insônia indica que ela é uma condição médica que precisa de tratamento.

Definição

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5),^[1] a insônia é definida como dificuldade de iniciar ou manter o sono, ou despertares matinais precoces, ocasionando insatisfação com a quantidade ou qualidade do sono. A resultante perturbação do sono causa o comprometimento das áreas social, ocupacional, educacional, acadêmica, comportamental ou outras áreas importantes de funcionalidade, além de causar sofrimento significativo. Os pacientes apresentam insônia, mesmo com a oportunidade adequada de dormir, pelo menos 3 noites por semana ao longo de pelo menos 3 meses. A insônia não é explicada pela presença de distúrbios mentais ou condições médicas e não está associada a outro distúrbio do sono.

Epidemiologia

A insônia é uma condição médica comum, mas as estimativas da prevalência variam dependendo das definições usadas. Um estudo estimou que 3.3 milhões de pessoas no Canadá foram afetadas pela insônia em 2002, enquanto a estimativa de prevalência de distúrbio do sono no Brasil foi de 37%.^{[5] [6]} Um estudo populacional na Suécia constatou que, em todas as faixas etárias, 40% das pessoas têm insônia.^[7] Um estudo no Reino Unido mostrou que a insônia geralmente é um problema de longo prazo, especialmente em idosos. Foi demonstrado que 69% dos idosos monitorados por 1 ano ainda sofriam da condição médica, enquanto nas faixas etárias mais jovens a prevalência de problemas do sono persistentes afeta 44% dos pacientes.^[8]

Estima-se que 10% a 30% da população dos EUA pode sofrer de insônia,^{[9] [10]} resultando em 5.5 milhões de consultas clínicas por insônia anualmente.^[11] Em cada coorte de idade, as mulheres relatam mais anormalidades do sono subjetivas que os homens.^{[12] [13] [14]} Estima-se que acidentes e produtividade insatisfatória no trabalho custem US\$ 100 bilhões por ano.^{[15] [16]} A insônia aumenta com a idade avançada, embora possa ter relação com a piora no estado de saúde em idosos e não com o processo de envelhecimento.^{[17] [18]} Transtornos psiquiátricos, principalmente ansiedade e depressão, são as comorbidades mais comuns.^{[13] [19]} A insônia parece estar associada a um significativo aumento do risco de depressão, que tem implicações na prevenção da depressão em pacientes não depressivos com insônia.^{[20] [21]} Os pacientes com afecções clínicas crônicas (por exemplo, diabetes, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva e distúrbios respiratórios crônicos) têm uma frequência mais alta de insônia que a população geral.^{[22] [23] [24] [25]} Os distúrbios de dor em particular parecem ter uma correlação especialmente forte com a insônia.^{[18] [26]} Níveis elevados de dor geralmente precedem as anormalidades do sono, e as dificuldades para dormir parecem exacerbar o sintoma da dor.^[27]

Etiologia

Acredita-se que a insônia seja um distúrbio de hipervigilância.^[28] Um modelo cognitivo sugeriu que a reflexão e a preocupação com os problemas da vida podem interromper o sono e causar episódios agudos de insônia, especificamente criando dificuldades para o início do sono e voltar a dormir depois de acordar.^[29] A insônia em curto prazo pode ocorrer por causa de uma mudança no ambiente em que se dorme, aumento da exposição à luz, a ruídos, temperaturas ambiente excessivamente altas ou baixas ou um colchão ruim. Além disso, eventos ou problemas da vida afetam o sono. Uma morte recente ou doença de algum contato próximo, um novo emprego ou uma nova escola, ou prazos a cumprir podem causar insônia. Posteriormente, assim que uma pessoa passa a ter dificuldade para dormir regularmente, a interrupção do

sono pode persistir devido a fatores perpetuadores como má adaptação da cognição ou do comportamento ou mesmo ansiedade relacionada a dificuldades para dormir.

A insônia crônica pode ser comórbida com uma condição médica subjacente (por exemplo, doença pulmonar obstrutiva crônica [DPOC], câncer, insuficiência cardíaca congestiva, doença de Parkinson), um transtorno psiquiátrico (por exemplo, esquizofrenia,[30] depressão, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade), uso de drogas ou bebidas alcoólicas (ou abstinência)[31] ou fatores ambientais. Como uma comorbidade clínica, a insônia também pode ocorrer no contexto de uma doença médica ou psiquiátrica. Ela pode ocorrer exclusivamente durante um episódio de doença ou pode preceder ou suceder a doença. Por exemplo, quando é comórbida com depressão, uma das comorbidades mais comuns, a insônia geralmente precede o início dos sintomas aparentes depressivos e está entre os sintomas que mais provavelmente persistem após o tratamento dos sintomas aparentes de um episódio depressivo.[32] Alguns antidepressivos podem contribuir para queixas do sono, embora alguns medicamentos pareçam ter menos efeitos sobre o sono que outros.[33] Uma metanálise de ensaios clínicos randomizados e controlados revelou que inibidores de acetilcolinesterase, agonistas dopaminérgicos e inibidores seletivos de recaptação de serotonina foram as classes de medicamento com maior probabilidade de associação com a perturbação do sono.[34]

Fisiopatologia

Em pacientes com insônia, diversas observações fisiológicas sugerem um estado hiperativado ou hipermetabólico. A taxa de metabolismo corporal é determinada pela avaliação do consumo de oxigênio. Os pacientes com insônia exibem taxas de metabolismo significativamente mais altas durante as 24 horas do dia em relação aos controles saudáveis.[35] [36] A variabilidade da frequência cardíaca fornece uma medida da atividade do sistema nervoso simpático e parassimpático; as frequências cardíacas médias aumentam e a variabilidade diminui em todos os estágios do sono em pacientes com insônia em comparação com pessoas saudáveis que dormem normalmente.[37]

A ativação crônica do sistema de resposta ao estresse em pacientes com insônia é uma evidência adicional da hipervigilância. Níveis elevados de cortisol urinário livre de 24 horas têm sido encontrados em diversos estudos com pessoas que possuem má qualidade do sono.[38] [39] Além disso, os níveis de cortisol urinário livre apresentaram uma correlação positiva com o tempo total acordado, e as catecolaminas urinárias foram correlacionadas com o horário do despertar após o início do sono e o sono estágio 1. As medidas plasmáticas de cortisol e hormônio adrenocorticotrópico (ACTH) têm sido avaliadas em pessoas saudáveis que dormem normalmente e em pacientes com insônia.[38] [39] [40] Esses estudos têm gerado resultados um pouco controversos, mas, em geral, as pessoas com má qualidade do sono apresentam níveis plasmáticos mais altos de cortisol e ACTH, sugerindo uma associação entre o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e a patologia da insônia crônica.

Outra hipótese sugere plasticidade comprometida do sistema sono-vigília. Em condições normais, por causa da falta de sono, uma noite de sono curto e fragmentado é seguida por uma noite de sono constante e mais longo. Esse mecanismo é preservado na insônia causada por outra condição subjacente (anteriormente conhecida como "insônia secundária"), mas parece estar comprometido na "insônia primária".[41]

As consequências da insônia crônica incluem:

- Redução da qualidade de vida: em um estudo, revelou-se que a extensão disso é semelhante à redução na qualidade de vida observada na insuficiência cardíaca crônica e na depressão[42]
- Um aumento do risco de transtornos psiquiátricos, como ansiedade, depressão e ideação suicida[20]

- Redução do desempenho no trabalho[43]
- Automedicação e aumento do risco de abuso de substâncias[44]
- Um possível aumento do risco de doença cardiovascular, diabetes e mortalidade[45] [46] [47] [48] [49] [50]
- Um possível aumento do risco da doença de Alzheimer, conforme sugerido por novas evidências.[51]

Porém, não está claro em que medida os tratamentos de insônia mitigam seus riscos associados à saúde.[52]

Classificação

Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono[2]

Diagnósticos de insônia primária

- Insônias: distúrbios intrínsecos aos mecanismos do sono (por exemplo, insônia idiopática, insônia de ajuste, insônia psicofisiológica)
- Distúrbios respiratórios do sono (por exemplo, apneia obstrutiva do sono)
- Hipersonias de origem central (por exemplo, narcolepsia)
- Distúrbios do ritmo circadiano: distúrbios da regulação do tempo de sono (por exemplo, síndrome do atraso das fases do sono, distúrbio do trabalho em turno)
- Parassônias: comportamentos incomuns ou eventos que ocorrem durante o sono (por exemplo, sonambulismo, pesadelos, bruxismo durante o sono)
- Distúrbios de movimento relacionados ao sono (por exemplo, síndrome das pernas inquietas, transtorno do movimento periódico dos membros)
- Sintomas isolados (por exemplo, sono curto, sono longo)
- Outros distúrbios do sono (por exemplo, distúrbios do sono ambientais).

Conferência para Desenvolvimento de Consenso dos NIH (National Institutes of Health)[3] [4]

Na prática clínica, a insônia pode ser considerada transitória ou crônica.

- Transitória: <1 semana
- De curto prazo: 1 a 3 semanas
- Crônica: >3 semanas.

Prevenção primária

A higiene básica do sono envolve evitar estimulantes incluindo nicotina e cafeína, inclusive alimentos que contêm cafeína, por várias horas antes de deitar; evitar ingerir bebidas alcoólicas por volta da hora de dormir; estabelecer um horário regular para dormir e levantar; evitar cochilos durante o dia; fazer exercícios regularmente, de preferência no final da tarde e à noite; reservar um tempo adequado para relaxar antes de se deitar; verificar se o ambiente é propício para o sono (verificar se a cama e a roupa de cama são confortáveis, se o quarto é escuro e calmo e se a temperatura e a umidade estão controladas) e evitar olhar para o relógio durante o período de sono.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de meia-idade reclama de dificuldade para iniciar o sono. Ela fez tratamento para ansiedade no passado e está na perimenopausa. Ela relata que bebe sua última xícara de café às 9 da noite antes de se deitar às 10, e fica vendo os minutos passarem no relógio por cerca de uma hora até dormir. Seu exame físico e exames laboratoriais estão normais.

Caso clínico #2

Um homem idoso vai ao geriatra queixando-se de acordar várias vezes durante a noite e também de despertar muito cedo pela manhã. Ele relata diversos problemas médicos, incluindo hipertensão, próstata aumentada e insuficiência cardíaca leve. Ele nega ingestão de bebidas alcoólicas e cafeína antes de dormir. Ao exame físico, o paciente é muito magro e apresenta edema nos pés 1+.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A história médica e de sono são suficientes para diagnosticar a condição médica.

Os diários de sono e a actigrafia realizada por alguns dias podem ajudar no diagnóstico, principalmente quando a história do sono é inconsistente ou não confiável. A polissonografia não é indicada como exame de rotina, mas pode ser considerada para pacientes com suspeita de apneia obstrutiva do sono ou transtorno do movimento periódico dos membros, ou quando a insônia não responde bem aos tratamentos convencionais, como terapia cognitivo-comportamental para insônia (TCC-I) ou agentes hipnóticos.

A alta prevalência exige a incorporação do rastreamento de insônia por parte dos médicos da unidade básica de saúde durante o exame físico anual. O questionário “Insomnia Severity Index” (Índice de Gravidade da Insônia que contém 7 itens com um sistema de pontos que identifica a presença de insônia clínica)[64] apresenta boa confiabilidade, validade e responsividade, mas não foi testado em populações de atenção primária.

História e fatores de risco

Os pacientes devem ser entrevistados para avaliar as queixas comuns de história médica e os sinais e sintomas típicos. O parceiro do paciente também pode acrescentar informações valiosas sobre hábitos e padrões de sono. Primeiro, é necessário fazer perguntas que quantifiquem o sono do paciente: o horário em que o paciente vai para a cama, o horário do início do sono, a duração total do sono, o horário de acordar, a qualidade observada do sono e se o paciente tem vários despertares à noite. Os problemas identificados durante o dia também devem ser explorados, como produtividade insatisfatória no trabalho, imperícia ou falta de concentração, cochilos durante o dia e uso de estimulantes (por exemplo, cafeína e nicotina), drogas, bebidas alcoólicas e medicamentos. A investigação também deve incluir perguntas sobre outras queixas. Viagens aéreas recentes, sobretudo as que atravessam vários fusos horários e exigem um ajuste significativo na programação do sono, geralmente estão relacionadas à insônia transitória. Doenças psiquiátricas simultâneas, como transtorno bipolar, esquizofrenia, depressão ou ansiedade, podem estar presentes. Apneia do sono, distúrbios da tireoide, dor crônica e horário de trabalho irregular também podem ocorrer ao mesmo tempo.

Questionários podem ser úteis para quantificar o grau dos problemas do sono, ajudando no diagnóstico. A ferramenta “Pittsburgh Sleep Quality Index” (Índice de qualidade do sono de Pittsburgh [PSQI-BR], validado no Brasil) mede 7 áreas do sono, permitindo que os pacientes classifiquem seu próprio sono. O questionário “Insomnia Severity Index” (Índice de Gravidade da Insônia) contém 7 itens com um sistema de pontos que identifica a presença de insônia clínica. A escala “Stanford Sleepiness Scale” (Escala de Sonolência de Stanford) classifica o sono em uma escala de 1 (bem acordado) a 7 (com muito sono).^[64] A “Epworth Sleepiness Scale” (Escala de Sonolência de Epworth [ESE-BR]) classifica o sono em 8 categorias em uma escala de 0 (sem chance de cochilar) a 3 (alta chance de cochilar).^[65] Por fim, a Escala de Insônia de Atenas é um questionário contendo 8 itens com base em critérios de diagnóstico para insônia da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS.^[66]

Exame físico

O exame físico é um elemento importante da consulta, pois pode ajudar a identificar comorbidades clínicas ou outros distúrbios do sono que podem estar associados a despertares do sono, como apneia do sono e hipertireoidismo. O exame da cavidade oral pode exibir amígdalas aumentadas, micrognatia ou retrognatia, uma estenose lateral da orofaringe ou aumento do tamanho da língua.

Diário do sono

Os diários do sono podem ajudar a esclarecer o diagnóstico do paciente, elaborar relatórios de sintomas e fornecer uma ferramenta que facilita a comunicação entre o médico e o paciente. Pela manhã por 1 ou 2 semanas, o paciente preenche um questionário, identificando a qualidade e a quantidade de sono na noite anterior, com detalhes sobre o horário de dormir e levantar, a duração total do sono e o número de despertares noturnos.

Os diários do sono também podem ser úteis para determinar a eficácia da terapia para insônia.

Actigrafia

A actigrafia realizada por alguns dias (junto com diários do sono) pode ajudar no diagnóstico, principalmente quando a história do sono é inconsistente ou não confiável.

Polissonografia (PSG)

A PSG monitora diversas variáveis fisiológicas durante o sono, incluindo atividade cerebral (via eletroencefalograma), movimento ocular, atividade muscular (via eletromiografia), ritmo cardíaco (via eletrocardiograma) e função respiratória. As gravações da PSG normalmente são realizadas durante uma consulta noturna em um laboratório do sono.

A PSG é o exame mais eficaz para avaliar distúrbios do sono, mas normalmente se limita à investigação da insônia quando há suspeita de quadros clínicos subjacentes (como apneia do sono ou transtorno do movimento periódico dos membros) ou quando os pacientes não respondem ao tratamento convencional, como TCC-I ou agentes hipnóticos.

As anormalidades da PSG em pacientes com insônia incluem latência maior para um sono persistente, número maior de despertares após o início do sono, tempo total de sono menor e eficácia do sono menor, e número maior de despertares que em pessoas sem insônia. No entanto, os resultados da PSG podem ser normais em alguns pacientes com insônia psicofisiológica (também chamada de “efeito contrário da primeira noite”) ou distúrbios do sono ambientais.

Exames laboratoriais

Os níveis de hormônio estimulante da tireoide serão avaliados se houver suspeita de anormalidades da tireoide como causa da insônia.

Fatores de risco

Fortes

sexo feminino

- As mulheres relatam queixas de insônia de modo mais significativo que os homens em cada coorte de idade.[\[12\]](#) [\[13\]](#) [\[14\]](#) Essa associação se deve, em parte, à probabilidade maior que as mulheres têm de sofrer de depressão e ansiedade.[\[14\]](#) [\[53\]](#) Na ausência de transtornos do humor, as alterações hormonais e biológicas que ocorrem durante a menstruação, a gestação e a menopausa também podem desencadear episódios de insônia.[\[54\]](#) [\[55\]](#)

idade avançada

- Os relatos de insônia aumentam com a idade, mas parecem ter relação com complicações de saúde comuns na idade avançada e não com o processo de envelhecimento propriamente dito.[\[18\]](#) [\[56\]](#)

afecções clínicas crônicas

- Vários estudos constataram que os pacientes com afecções clínicas crônicas, como diabetes, doença arterial coronariana, hipertensão, insuficiência cardíaca, hiperplasia prostática benigna e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), têm uma prevalência mais alta de insônia que a população geral.[\[22\]](#) [\[23\]](#) [\[24\]](#) [\[25\]](#) [\[57\]](#) [\[58\]](#)

dor crônica (por exemplo, comprometimento do quadril)

- Vários estudos constataram que os pacientes com dor crônica têm uma prevalência mais alta de insônia que a população geral.[\[22\]](#) [\[23\]](#) [\[24\]](#) [\[25\]](#) [\[57\]](#) [\[58\]](#)

doença psiquiátrica

- Ansiedade e depressão estão extremamente correlacionadas às queixas de insônia.[\[13\]](#) [\[19\]](#) Pessoas com transtorno bipolar, episódios maníacos ou hipomaníacos ou transtorno do estresse pós-traumático também se queixarão de períodos prolongados de insônia.

abuso de bebidas alcoólicas ou de outras substâncias

- As pessoas que abusam de bebidas alcoólicas e outras substâncias relatam os sintomas de insônia com mais frequência que a população geral.[\[19\]](#) Inicialmente, a bebida alcoólica pode reduzir a latência do sono; no entanto, ela é metabolizada rapidamente e pode levar aos sintomas de supressão mais tarde à noite (sono interrompido, aumento do sono de movimento rápido dos olhos, pesadelos e despertar).[\[59\]](#)

uso de estimulantes

- O uso de estimulantes pode interferir no sono normal. Os efeitos da cafeína podem durar de 8 a 14 horas após a ingestão.[\[60\]](#) A nicotina tem um efeito semelhante ao observado com cafeína.[\[61\]](#)

má higiene do sono

- As pessoas com má higiene do sono podem estar propensas à insônia.
- Essas pessoas relatam horários de dormir e levantar irregulares, cochilos, mantêm ambientes inadequados para o sono ou podem ter outros hábitos de má qualidade do sono.
- As melhoras na higiene do sono nesse grupo melhoram o sono.

Fracos

medicações

- Medicamentos prescritos ou de venda livre que podem hiperestimular o paciente, crônica ou inicialmente, podem causar insônia. Esses medicamentos incluem metilfenidato, teofilina, salbutamol, pseudoefedrina, fenilefrina, fenilpropanolamina e inibidores seletivos da recaptação de serotonina.[34]

viagem recente em fusos horários diferentes

- O jet lag pode resultar em desajuste entre o relógio biológico, o qual desempenha um papel importante no controle do sono e da insônia, e os períodos de sono adequados ao fuso horário de destino. Isso pode resultar na queixa de insônia, com o relato de dificuldade para iniciar o sono ou permanecer acordado nos horários desejados. A insônia relatada neste contexto pode preencher os critérios de distúrbio de jet lag. A viagem para o oriente pode ser associada à insônia no início do sono. Por outro lado, os voos para o ocidente costumam provocar despertares mais precoces que o desejado.

trabalho noturno

- O trabalho noturno e o trabalho de turno criam uma descontinuidade entre os mecanismos de sono-vigília e os ritmos circadianos endógenos.[62] Como resultado, quem trabalha à noite e muda de turno de trabalho relata mais sono interrompido e excesso de sonolência que quem trabalha durante o dia.[62] [63] A insônia durante o sono diurno após um turno de trabalho noturno pode ser indicativa de um distúrbio de ritmo circadiano conhecido como distúrbio do sono do trabalho de turno.

desregulação tireoidiana

- Os pacientes com hipertireoidismo podem se queixar de insônia.
- A insônia talvez não seja relatada por pessoas assintomáticas e cujo hipertireoidismo é detectado por exames de rotina.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco incluem sexo feminino, idade avançada, doença física ou psicológica crônica e uso de bebidas alcoólicas, drogas ou estimulantes.

queixas do parceiro de sono (comum)

- O repouso do parceiro de sono geralmente será prejudicado, ou os sinais e sintomas do paciente poderão ser confirmados ou identificados por entrevista.

início tardio do sono (comum)

- A insônia é uma queixa subjetiva. Embora os pacientes em geral consigam identificar corretamente as dificuldades para dormir quando relatos subjetivos são comparados com parâmetros de sono objetivos, como polissonografia, os pacientes com insônia paradoxal normalmente descrevem perturbações do sono significativas que não são acompanhadas por medidas objetivas obtidas durante a polissonografia.

despertares múltiplos ou longos (comum)

- A insônia é uma queixa subjetiva. Embora os pacientes em geral consigam identificar corretamente as dificuldades para dormir quando relatos subjetivos são comparados com parâmetros de sono objetivos, como polissonografia, os pacientes com insônia paradoxal normalmente descrevem perturbações do sono significativas que não são acompanhadas por medidas objetivas obtidas durante a polissonografia.

Outros fatores de diagnóstico

comprometimento de função (comum)

- Os pacientes podem relatar a diminuição do desempenho no trabalho ou a incapacidade de se concentrar ao realizar tarefas difíceis.

acidentes (comum)

- A má qualidade do sono pode resultar em lesões de leves a grandes nos pacientes ou em outras pessoas devido ao aumento da falta de atenção, da baixa concentração e da sonolência.

diminuição do tempo de sono (comum)

- A duração total do sono deve ser quantificada.

cochilos durante o dia (incomum)

- Incomum, exceto em idosos que podem ter propensão para cochilar.

tireotoxicose (incomum)

- Os pacientes com hipertireoidismo geralmente se queixam de insônia.

língua ou amígdalas aumentadas (incomum)

- Pode estar associada à apneia do sono.

micrognatia e retrognatia (incomum)

- Pode estar associada à apneia do sono.

estenose lateral da orofaringe (incomum)

- Pode estar associada à apneia do sono.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
“Pittsburgh Sleep Quality Index”, Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI-BR) <ul style="list-style-type: none"> O PSQI-BR mede 7 áreas do sono: qualidade do sono subjetiva, latência do sono, duração do sono, eficácia habitual do sono, perturbações do sono, uso de medicamento para dormir e disfunção diurna ao longo do último mês. Os pacientes avaliam a si mesmos em cada um desses 7 domínios. A pontuação das respostas se baseia em uma escala de 3 pontos estilo “Likert-style scale”. Uma soma global equivalente a 5 ou mais indica uma pessoa com má qualidade do sono.^[67] 	≥5
“Insomnia Severity Index”, Índice de Gravidade da Insônia (IGI) <ul style="list-style-type: none"> O IGI é um questionário de 7 itens que usa uma escala de 5 pontos estilo “Likert-style scale”. As pontuações podem variar de 0 a 28, com uma pontuação de corte 8 indicando a presença de insônia clínica. O questionário tem 3 perguntas que avaliam a gravidade da insônia e 1 pergunta que analisa a satisfação com o padrão de sono atual, a interferência do sono, a percepção de outras pessoas sobre o problema do sono e a preocupação com problemas do sono.^[68] 	0 a 8
“Stanford Sleepiness Scale”, Escala de Sonolência de Stanford (ESS) <ul style="list-style-type: none"> A ESS classifica a sonolência em uma escala de 1 (bem acordado) a 7 (com muito sono).^[64] 	7
Escala de Sonolência de Epworth <ul style="list-style-type: none"> A “Epworth Sleepiness Scale” (Escala de Sonolência de Epworth [ESE-BR]) classifica o sono em 8 categorias em uma escala de 0 (sem chance de cochilar) a 3 (alta chance de cochilar).^[65] 	≥9
Escala de insônia de Atenas (EIA) <ul style="list-style-type: none"> A EIA é um questionário baseado em critérios de diagnóstico para insônia da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS. Ela divide as dificuldades para dormir em 8 categorias em uma escala de 0 a 3 (“sem problema” a “muito problemático”).^[66] 	≥6

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
polissonografia (PSG) <ul style="list-style-type: none"> Melhor exame para avaliar o sono, mas raramente necessário para o diagnóstico de insônia. Geralmente solicitado quando há suspeita de distúrbios respiratórios do sono ou transtorno do movimento periódico dos membros, ou quando os tratamentos farmacológicos não funcionam. As anormalidades da PSG em pacientes com insônia incluem latência maior para um sono persistente, número maior de despertares após o início do sono, tempo total de sono menor e eficácia do sono menor, e número maior de despertares que em pessoas sem insônia. No entanto, os resultados da PSG podem ser normais em alguns pacientes com insônia psicofisiológica (também chamada de "efeito contrário da primeira noite") ou distúrbios do sono ambientais. 	variável
actigrafia <ul style="list-style-type: none"> A actigrafia realizada por alguns dias (junto com diários do sono) pode ajudar no diagnóstico, principalmente quando a história do sono é inconsistente ou não confiável. 	pode mostrar padrões de ritmo circadiano anormais ou perturbações do sono
diário do sono <ul style="list-style-type: none"> Pode facilitar a comunicação entre o médico e o paciente. Um questionário é preenchido toda manhã para descrever a qualidade e a quantidade de sono da noite anterior, incluindo o horário de dormir e levantar, a latência do sono, a duração total do sono, o número de despertares e a avaliação subjetiva do repouso proporcionado pelo sono. 	sono de má qualidade ou poucas horas de sono no total, início tardio do sono e/ou vários despertares
hormônio estimulante da tireoide (TSH) <ul style="list-style-type: none"> Se houver suspeita de que a tireotoxicose ou o hipertireoidismo sejam a causa de origem da insônia, o TSH será avaliado para determinar anormalidades da tireoide. 	nível laboratorial baixo de TSH

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Síndrome das pernas inquietas	<ul style="list-style-type: none"> A dificuldade para dormir pode ocorrer devido a desconforto ou movimentos incontroláveis das pernas. 	<ul style="list-style-type: none"> Não há exames de diferenciação. O diagnóstico é baseado na história clínica.
Transtorno do movimento periódico dos membros (TMPPM)	<ul style="list-style-type: none"> O TMPPM é caracterizado por movimentos rítmicos dos membros durante o sono, o que geralmente afeta o sono. 	<ul style="list-style-type: none"> Os resultados da polissonografia e da eletromiografia ajudam a diferenciar insônia do TMPPM.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Apneia obstrutiva do sono (AOS)	<ul style="list-style-type: none"> A AOS é um distúrbio respiratório relacionado ao sono caracterizado por reduções no fluxo aéreo durante o sono. 	<ul style="list-style-type: none"> Polissonografia com medidas de fluxo aéreo nasal/oral, esforço respiratório, saturação de oxigênio, posição do corpo e sons de ronco.
Distúrbios do ritmo circadiano	<ul style="list-style-type: none"> Distúrbios do ritmo circadiano são distúrbios de tempo de sono, como distúrbio das fases do sono avançadas e síndrome do atraso das fases do sono. 	<ul style="list-style-type: none"> História do sono.
Pessoa com sono curto (dormidor curto)	<ul style="list-style-type: none"> Duração habitual do sono <5 horas por noite com início, continuidade e qualidade do sono normais, e não associada ao comprometimento das atividades diárias. 	<ul style="list-style-type: none"> História do sono.
Má higiene do sono	<ul style="list-style-type: none"> Perturbações do sono devidas a comportamentos que não favorecem o sono (caféina, uso de bebidas alcoólicas ou hábitos irregulares de sono). 	<ul style="list-style-type: none"> História do sono.

Critérios de diagnóstico

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5)[1]

Os critérios primários para um diagnóstico de insônia incluem:

- Dificuldade em começar a dormir ou em manter o sono ou despertares matinais precoces que leva a insatisfação com quantidade ou qualidade de sono.
- A perturbação de sono resultante leva ao comprometimento das áreas social, ocupacional, educacional, acadêmica, comportamental ou outras áreas importantes de funcionalidade, além de causar sofrimento significativo.
- Os pacientes apresentam insônia mesmo com a oportunidade adequada de dormir por pelo menos 3 noites por semana e por pelo menos 3 meses.
- A insônia não é explicada pela presença de distúrbios mentais ou doenças médicas e não está associada a outro distúrbio do sono.

A principal característica da insônia relacionada a outro transtorno mental é a presença de insônia com relação temporal ou causal com outro transtorno mental. Quando a insônia que é suficiente para chamar atenção ocorre no início ou na evolução de uma intoxicação ou supressão de substância, ou se o uso do

medicamento estiver etiológicamente relacionado às perturbações do sono, os critérios de um distúrbio do sono induzido por substância poderão ser atendidos.

Abordagem passo a passo do tratamento

As opções de tratamento para insônia incluem terapia comportamental, hipnóticos ou ambos. Adote uma abordagem individualizada de tratamento, com base nas preferências do paciente, na gravidade da insônia, nos riscos e benefícios do tratamento e na disponibilidade das opções de tratamento do especialista, como terapias verbais. Para a maioria dos pacientes, o tratamento inicial com uma terapia comportamental, como terapia cognitivo-comportamental para insônia (TCC-I), se disponível, provavelmente possibilitará o melhor equilíbrio entre eficácia e segurança.[52] [69] No entanto, a terapia comportamental isolada não é uma estratégia eficaz para todos os pacientes: por exemplo, quando o acesso ao serviço é limitado ou inexistente, quando há incapacidade ou falta de disposição para participar da terapia ou na ausência de resposta ao tratamento. Nesse cenário, o tratamento farmacológico é indicado, isoladamente ou em combinação com a TCC-I.[70]

Terapias não farmacológicas

É importante identificar e otimizar o manejo de qualquer condição médica subjacente (por exemplo, dor crônica, fogachos) ou transtorno psiquiátrico (por exemplo, depressão) que podem contribuir para a perturbação do sono contínua.

As evidências para a maior parte das terapias não farmacológicas para insônia são limitadas e insuficientes para determinar a eficácia relativa dos diferentes tratamentos não farmacológicos.[69] Higiene do sono, técnicas de relaxamento e TCC-I são opções de tratamento não farmacológicas iniciais apropriadas para insônia, especialmente em pacientes que preferem não usar medicamentos ou que têm uma resposta abaixo do ideal a hipnóticos.[71] [72] [73] [74] [75] [76] [77] [78] [79] [80] [81]

A higiene do sono envolve o desenvolvimento de hábitos que favorecem o sono, como manutenção de horários regulares para dormir e levantar, evitar cochilos durante o dia, evitar consumir bebidas alcoólicas antes de deitar e evitar cafeína.[82] Não há evidências suficientes de que as técnicas de higiene do sono isoladas são um tratamento eficaz para insônia, embora elas possam ser úteis quando combinadas com outras intervenções específicas.[83]

As técnicas de relaxamento incluem relaxamento progressivo, imagens de referência e meditação e biofeedback. A terapia de controle de estímulos e a terapia de restrição do sono também são eficazes e constituem técnicas recomendadas para o tratamento de insônia crônica.[83] [84]

A TCC-I tem tratado com eficácia a insônia em longo prazo, mas requer comprometimento do paciente e treinamento do terapeuta.[69] [73] [84] [85] [86] 1[B]Evidence A TCC-I resulta em melhora significativa dos sintomas após 12 meses e pode ser benéfica isoladamente ou em combinação a um hipnótico.[72]

Tratamentos não farmacológicos têm se mostrado eficazes no tratamento de insônia comórbida com outras condições médicas, como doença de Alzheimer[87] [88] e transtorno do estresse pós-traumático.[89]

As intervenções não farmacológicas são benéficas quando empregadas sob a orientação de um médico. Os efeitos dos tratamentos de autoajuda são de pequenos a moderados.[90] [91]

Tratamentos complementares, fitoterápicos ou alternativos como acupuntura ou homeopatia têm sido considerados para o tratamento de insônia, mas estudos não embasam sua utilização[92] [93] [94] [95] ou investigações adicionais são necessárias para determinar sua eficácia.[96] [97]

Hipnóticos

Os hipnóticos podem ser usados isoladamente ou em conjunto com terapias não farmacológicas. Os novos medicamentos não benzodiazepínicos, da classe dos agonistas dos receptores benzodiazepínicos, como eszopiclona,[98] zaleplona, zolpidem e o agonista do receptor de melatonina MT1/MT2 ramelteon parecem ser mais seguros para uso em longo prazo e são preferidos aos benzodiazepínicos tradicionais. Doxepina é um antagonista seletivo do receptor H1 que tem se mostrado eficaz no tratamento de insônia transitória, produzindo melhoras no despertar após o estabelecimento do sono (DAIS), na duração total do sono e na latência para início do sono.[99] [100] Em doses baixas, a doxepina também tem um bom perfil de eficácia e segurança em pacientes idosos com insônia crônica.[101] [102] O suvorexant é um antagonista receptor de orexina duplo que bloqueia os receptores de orexina (OX1R e OX2R) e promove o sono por meio da inibição da ligação da orexina A e B (neuropeptídeos que promovem a vigília).[103] Demonstrou melhorar desfechos globais e do sono em comparação ao placebo[81] [104] e é indicado para o tratamento da insônia de início do sono e manutenção do sono em adultos com idade de 18 anos ou mais.

Hipnóticos não benzodiazepínicos são preferíveis aos benzodiazepínicos, tendo um risco mais baixo de efeitos adversos, especialmente a sedação residual no dia seguinte[105] e um menor potencial de dependência. Os benzodiazepínicos raramente são recomendados para o tratamento de insônia. Alguns hipnóticos são baseados em novos mecanismos de ação. O ramelteon não age no receptor de ácido gama-aminobutírico como outros hipnóticos, e age somente nos receptores de MT1/MT2.

Para pacientes com dificuldade para iniciar o sono, os hipnóticos que reduzem a latência do sono podem ser a abordagem de primeira linha. Esses medicamentos incluem zolpidem, eszopiclona, zaleplona e ramelteon.

Para quem tem dificuldade de manter o sono, os hipnóticos que reduzem a insônia após o início do sono são apropriados, incluindo aqueles com meia-vida maior e formulações que estendem a duração da ação do medicamento. Esses medicamentos incluem zolpidem (formulação de liberação prolongada) e eszopiclona.

Anti-histamínicos e antidepressivos sedativos eventualmente são usados para tratar a insônia; no entanto, não existem evidências sobre sua eficácia.[70]

Os hipnóticos têm se mostrado eficazes quando usados junto com antidepressivos ou ansiolíticos no tratamento de insônia comórbida com depressão e ansiedade, respectivamente.[106] [107] [108] [109] [110] [111]

Atualmente, não há evidências para orientar as opções de tratamento farmacológicas em pacientes com demência e insônia comórbida. Vários tratamentos estão em uso clínico comum para essa indicação, incluindo hipnóticos benzodiazepínicos e não benzodiazepínicos, apesar da incerteza considerável em relação aos riscos e benefícios do tratamento nesse grupo de pacientes. Uma revisão Cochrane analisando o tratamento farmacológico para perturbação do sono na demência revelou que, dos medicamentos examinados, houve algumas evidências que dão suporte ao uso de uma baixa dose de trazodona, embora sejam necessárias mais evidências de ensaios clínicos sobre os riscos e benefícios desse medicamento.[112]

Os hipnóticos não devem ser usados durante a gestação e devem ser usados com cautela em pacientes com história de abuso de bebidas alcoólicas ou outras substâncias. A Food and Drug Administration (FDA) dos EUA recomenda que as doses noturnas de zolpidem sejam reduzidas, pois dados mostram

que os níveis sanguíneos em alguns pacientes podem ser tão altos na manhã seguinte ao uso a ponto de comprometer atividades que exigem atenção, incluindo dirigir. Os dados mostram que o risco é mais alto em pacientes que tomam a formulação de liberação prolongada, e que as mulheres parecem ser mais suscetíveis a esse risco porque eliminam o zolpidem mais lentamente do corpo em comparação com os homens. A FDA também alerta que a eszopiclona pode causar comprometimento, no dia seguinte, de atividades que exigem atenção, incluindo dirigir. Como resultado, a dose inicial recomendada foi reduzida, pois doses mais altas têm maior probabilidade de causar comprometimento no dia seguinte. Doses mais elevadas de suvorexant estão associadas a torpor no dia seguinte que pode interferir em atividades diárias.^[103] O risco de torpor na manhã seguinte também se aplica a todos os medicamentos tomados para insônia, e a dose mais baixa possível capaz de tratar os sintomas do paciente deve ser prescrita.

A segurança do uso de hipnóticos em longo prazo não está clara e, portanto, os tratamentos costumam ser recomendados apenas em curto prazo (4-5 semanas).[69] Se houver recorrência dos sintomas de insônia após a redução gradual dos hipnóticos após esse período (e a insônia não tiver respondido a tratamentos comportamentais, como TCC-I), os pacientes podem precisar de um exame especializado (por exemplo, avaliação do centro de distúrbios do sono) antes da consideração de um tratamento de duração mais longa com um hipnótico. Estratégias de dosagem intermitente para o tratamento farmacológico de longo prazo podem ser consideradas.[113]

Efeitos adversos de hipnóticos comuns

Há ambiguidade significativa e sobreposição em relação aos efeitos adversos dos hipnóticos em grupos de pacientes específicos. Efeitos adversos comuns a todas as classes de medicamentos incluem:[114]

- Sonolência diurna e sedação
- Tontura e sensação de desfalecimento
- Falta de coordenação motora
- Dependência
- Depressão respiratória (por exemplo, agravamento da apneia obstrutiva do sono).

Há evidências de estudo observacional sugerindo que o uso de hipnóticos em geral para insônia está associado a um aumento do risco de demência, fratura e lesão maior.^[104]

Atualmente, não há dados sobre a segurança do uso de longo prazo de medicamentos para tratar a insônia.[69]

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Agudo (resumo)			
insônia aguda			
<ul style="list-style-type: none"> ■ dificuldades para iniciar o sono 	1a	higiene do sono e técnicas de relaxamento	

Agudo		(resumo)
<ul style="list-style-type: none"> ■ dificuldade para manter o sono ou despertares precoces 	1a	terapia cognitivo-comportamental para insônia (TCC-I)
	1a	hipnóticos
	1a	higiene do sono e técnicas de relaxamento
	1a	terapia cognitivo-comportamental para insônia (TCC-I)
	1a	hipnóticos
Em curso		(resumo)
insônia crônica		
<ul style="list-style-type: none"> ■ com depressão comórbida ■ com ansiedade comórbida 	1a	higiene do sono e técnicas de relaxamento
	1a	terapia cognitivo-comportamental para insônia (TCC-I)
	1a	hipnóticos
	mais	combinação de hipnótico e antidepressivo
	mais	combinação de hipnótico e ansiolítico

Opções de tratamento

Agudo

insônia aguda

- dificuldades para iniciar o sono

1a

higiene do sono e técnicas de relaxamento

Opções primárias

» [terapia de relaxamento progressivo](#)

OU

» [imagens de referência e meditação](#)

OU

» [biofeedback](#)

OU

» [terapia de controle de estímulos](#)

OU

» [terapia de restrição do sono](#)

» As evidências para a maior parte das terapias não farmacológicas para insônia são limitadas e insuficientes para determinar a eficácia relativa dos diferentes tratamentos não farmacológicos.[69]

» A higiene do sono envolve o desenvolvimento de hábitos que favorecem o sono, como manutenção de horários regulares para dormir e levantar, evitar cochilos durante o dia, evitar consumir bebidas alcoólicas antes de deitar e evitar cafeína.[82] Não há evidências suficientes de que as técnicas de higiene do sono isoladas são um tratamento eficaz para insônia, embora elas possam ser úteis quando combinadas com outras intervenções específicas.[83]

» A terapia de relaxamento progressivo envolve o tensionamento e o relaxamento dos músculos de modo sistemático da cabeça aos pés. Imagens de referência e meditação instruem o paciente a trocar pensamentos cheios de ansiedade por imagens agradáveis e tranquilas. O biofeedback envolve dar ao paciente informação imediata sobre seu nível de estresse e instruções sobre métodos para diminuir o estresse.

Agudo

» A terapia de controle de estímulos envolve algumas técnicas preventivas de higiene do sono que procuram criar um ambiente menos agitado. A cama é usada somente para atividade sexual ou para dormir. Além disso, se o paciente tiver dificuldade para dormir em 15 a 20 minutos, ele deverá sair da cama e fazer uma atividade relaxante até se cansar. Depois, o paciente pode voltar para a cama. Se a atividade não funcionar, o paciente poderá se levantar de novo da cama para repetir o exercício. Além disso, é recomendado sentar o mínimo possível na cama, e somente quando o paciente estiver pronto para dormir e cansado ele deve se deitar na cama.

» Finalmente, a terapia de restrição do sono permite apenas um tempo mínimo na cama durante a noite a princípio, aumentando esse tempo conforme passam os dias e as noites. A ideia é criar um tempo de sono consolidado e eficiente.

» Os tratamentos não farmacológicos são benéficos quando empregados sob a orientação de um médico. Os efeitos dos tratamentos de autoajuda são de pequenos a moderados.^[90]^[91]

1a **terapia cognitivo-comportamental para insônia (TCC-I)**

» Uma terapia de primeira linha para insônia.^[69]

» Tem tratado com eficácia a insônia em longo prazo, mas requer comprometimento do paciente e treinamento do terapeuta.^[69] ^[73] ^[84] ^[85] ^[86] 1[B]Evidence

» A TCC-I incorpora elementos de controle de estímulos, restrição de sono e reestruturação cognitiva.

» O controle de estímulos envolve um conjunto de procedimentos instrutivos desenvolvidos para interromper comportamentos incompatíveis com o sono e regular o ciclo de sono-vigília.

» A restrição do sono elimina o tempo gasto na cama até chegar o sono propriamente dito, criando a privação leve do sono que resulta no sono mais eficiente e consolidado.

» A reestruturação cognitiva é o processo de aprender a recusar qualquer "pensamento distorcido" que pode causar a insônia. O objetivo é substituir crenças irracionais ou não factuais por crenças mais benéficas ou precisas.

Agudo

1a hipnóticos

Opções primárias

» **zolpidem**: 5 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia ao deitar quando necessário; 6.25 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia ao deitar quando necessário; doses mais altas podem causar torpor na manhã seguinte e não são recomendadas, especialmente para mulheres

OU

» **zaleplona**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar quando necessário, máximo de 20 mg/dia

OU

» **eszopiclona**: 1 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar quando necessário inicialmente, a dose pode ser aumentada para 2-3 mg uma vez ao dia ao deitar

OU

» **ramelteon**: 8 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar quando necessário

OU

» **doxepina**: 3-6 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **suvorexant**: 10-20 mg por via oral uma vez ao dia à noite em até 30 minutos após deitar
Risco de comprometimento no dia seguinte maior com dose mais elevada.

» Os hipnóticos são uma opção de primeira linha para a insônia em contextos nos quais o acesso a tratamentos comportamentais é limitado ou inexistente, ou por uma preferência do paciente.

» O zolpidem (formulação de liberação prolongada) tem mostrado reduzir significativamente a latência para um sono persistente e aumentar a duração total do sono em pacientes idosos com insônia.^[117] A ramelteona reduziu significativamente a latência do sono em um modelo de insônia transitória,^[118] e em adultos e idosos em estudos de curto prazo.^{[119] [120] [121] [122]}

Agudo

» A Food and Drug Administration (FDA) dos EUA recomenda que as doses noturnas de zolpidem sejam reduzidas, pois dados mostram que os níveis sanguíneos em alguns pacientes podem ser tão altos na manhã seguinte ao uso a ponto de comprometer atividades que exigem atenção, incluindo dirigir. Os dados mostram que o risco é mais alto em pacientes que tomam a formulação de liberação prolongada, e que as mulheres parecem ser mais suscetíveis a esse risco porque eliminam o zolpidem mais lentamente do corpo em comparação com os homens. A FDA também alerta que a eszopiclona pode causar comprometimento, no dia seguinte, de atividades que exigem atenção, incluindo dirigir. Como resultado, a dose inicial recomendada foi reduzida, pois doses mais altas têm maior probabilidade de causar comprometimento no dia seguinte. O risco de torpor na manhã seguinte também se aplica a todos os medicamentos tomados para insônia, e a dose mais baixa possível capaz de tratar os sintomas do paciente deve ser prescrita.

» Doxepina é um antagonista seletivo do receptor H1 que tem se mostrado eficaz na terapia de insônia transitória, produzindo melhoras no despertar após o estabelecimento do sono (DAIS), na duração total do sono e na latência para início do sono.[99] [100]

» O suvorexant é um antagonista receptor de orexina duplo que bloqueia os receptores de orexina (OX1R e OX2R) e promove o sono por meio da inibição da ligação da orexina A e B (neuropeptídeos que promovem a vigília).[103] Demonstrou melhorar desfechos globais e do sono em comparação ao placebo[81] [104] e é indicado para o tratamento da insônia de início do sono e manutenção do sono em adultos com idade de 18 anos ou mais. Doses mais elevadas de suvorexant estão associadas a torpor no dia seguinte que pode interferir em atividades diárias.[103]

» Os benzodiazepínicos agora são raramente usados no tratamento de insônia.

» A segurança do uso de hipnóticos em longo prazo não está clara e, portanto, os tratamentos costumam ser recomendados apenas em curto prazo (4-5 semanas).[69] Se houver recorrência dos sintomas de insônia após a redução gradual dos hipnóticos depois desse período (e a insônia não tiver respondido a tratamentos comportamentais, como TCC-I), os pacientes podem precisar de um exame

Agudo

- dificuldade para manter o sono ou despertares precoces

1a

especializado (por exemplo, avaliação do centro de distúrbios do sono) antes da consideração de um tratamento de duração mais longa com um hipnótico. Estratégias de dosagem intermitente para o tratamento farmacológico de longo prazo podem ser consideradas.[113]

higiene do sono e técnicas de relaxamento

Opções primárias

» terapia de relaxamento progressivo

OU

» imagens de referência e meditação

OU

» biofeedback

OU

» terapia de controle de estímulos

OU

» terapia de restrição do sono

» As evidências para a maior parte das terapias não farmacológicas para insônia são limitadas e insuficientes para determinar a eficácia relativa dos diferentes tratamentos não farmacológicos.[69]

» A higiene do sono envolve o desenvolvimento de hábitos que favorecem o sono, como manutenção de horários regulares para dormir e levantar, evitar cochilos durante o dia, evitar consumir bebidas alcoólicas antes de deitar e evitar cafeína.[82] Não há evidências suficientes de que as técnicas de higiene do sono isoladas são um tratamento eficaz para insônia, embora elas possam ser úteis quando combinadas com outras intervenções específicas.[83]

» A terapia de relaxamento progressivo envolve o tensionamento e o relaxamento dos músculos de modo sistemático da cabeça aos pés. Imagens de referência e meditação instruem o paciente a trocar pensamentos cheios de ansiedade por imagens agradáveis e tranquilas. O biofeedback envolve dar ao paciente informação imediata sobre seu nível de estresse e instruções sobre métodos para diminuir o estresse.

Agudo

» A terapia de controle de estímulos envolve algumas técnicas preventivas de higiene do sono que procuram criar um ambiente menos agitado. A cama é usada somente para atividade sexual ou para dormir. Além disso, se o paciente tiver dificuldade para dormir em 15 a 20 minutos, ele deverá sair da cama e fazer uma atividade relaxante até se cansar. Depois, o paciente pode voltar para a cama. Se a atividade não funcionar, o paciente poderá se levantar de novo da cama para repetir o exercício. Além disso, é recomendado sentar o mínimo possível na cama, e somente quando o paciente estiver pronto para dormir e cansado ele deve se deitar na cama.

» Finalmente, a terapia de restrição do sono permite apenas um tempo mínimo na cama durante a noite a princípio, aumentando esse tempo conforme passam os dias e as noites. A ideia é criar um tempo de sono consolidado e eficiente.

» Os tratamentos não farmacológicos são benéficos quando empregados sob a orientação de um médico. Os efeitos dos tratamentos de autoajuda são de pequenos a moderados.^[90]^[91]

1a **terapia cognitivo-comportamental para insônia (TCC-I)**

» Uma terapia de primeira linha para insônia.^[69]

» Tem tratado com eficácia a insônia em longo prazo, mas requer comprometimento do paciente e treinamento do terapeuta.^[69] ^[73] ^[84] ^[85] ^[86] 1[B]Evidence

» A TCC-I resulta em melhora significativa dos sintomas após 12 meses e pode ser benéfica isoladamente ou em combinação a um hipnótico.^[72]

» A TCC-I incorpora elementos de controle de estímulos, restrição de sono e reestruturação cognitiva.

» O controle de estímulos envolve um conjunto de procedimentos instrutivos desenvolvidos para interromper comportamentos incompatíveis com o sono e regular o ciclo de sono-vigília.

» A restrição do sono elimina o tempo gasto na cama até chegar o sono propriamente dito, criando a privação leve do sono que resulta no sono mais eficiente e consolidado.

Agudo

» A reestruturação cognitiva é o processo de aprender a recusar qualquer "pensamento distorcido" que pode causar a insônia. O objetivo é substituir crenças irracionais ou não factuais por crenças mais benéficas ou precisas.

1a hipnóticos

Opções primárias

» **zolpidem**: 6.25 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia ao deitar quando necessário; 5 mg por via sublingual uma vez ao dia ao deitar quando necessário; doses mais altas podem causar torpor na manhã seguinte e não são recomendadas, especialmente nas mulheres

OU

» **eszopiclona**: 1 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar quando necessário inicialmente, a dose pode ser aumentada para 2-3 mg uma vez ao dia ao deitar

OU

» **doxepina**: 3-6 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» **suvorexant**: 10-20 mg por via oral uma vez ao dia à noite em até 30 minutos após deitar
Risco de comprometimento no dia seguinte maior com dose mais elevada.

» Os hipnóticos são uma opção de primeira linha para a insônia em contextos nos quais o acesso a tratamentos comportamentais é limitado ou inexistente, ou por uma preferência do paciente.

» A nova geração de hipnóticos (por exemplo, zolpidem, eszopiclona) pode ser usada sem limite de tempo; os dados em longo prazo não indicam evidência de tolerância ao longo do tempo.^[123]

» Zolpidem sublingual é indicado exclusivamente para o tratamento de vigília no meio da noite e dificuldade em voltar a dormir.

» A Food and Drug Administration (FDA) dos EUA recomenda que as doses noturnas de zolpidem sejam reduzidas, pois dados mostram que os níveis sanguíneos em alguns pacientes podem ser tão altos na manhã seguinte ao uso a ponto de comprometer atividades que exigem

Agudo

atenção, incluindo dirigir. Os dados mostram que o risco é mais alto em pacientes que tomam a formulação de liberação prolongada, e que as mulheres parecem ser mais suscetíveis a esse risco porque eliminam o zolpidem mais lentamente do corpo em comparação com os homens. A FDA também alerta que a eszopiclona pode causar comprometimento, no dia seguinte, de atividades que exigem atenção, incluindo dirigir. Como resultado, a dose inicial recomendada foi reduzida, pois doses mais altas têm maior probabilidade de causar comprometimento no dia seguinte. O risco de torpor na manhã seguinte também se aplica a todos os medicamentos tomados para insônia, e a dose mais baixa possível capaz de tratar os sintomas do paciente deve ser prescrita.

» Doxepina é um antagonista seletivo do receptor H1 que tem se mostrado eficaz na terapia de insônia transitória, produzindo melhoras no despertar após o estabelecimento do sono (DAIS), na duração total do sono e na latência para início do sono. [99] [100] [101] [102]

» O suvorexant é um antagonista receptor de orexina duplo que bloqueia os receptores de orexina (OX1R e OX2R) e promove o sono por meio da inibição da ligação da orexina A e B (neuropeptídeos que promovem a vigília). [103] Demonstrou melhorar desfechos globais e do sono em comparação ao placebo [81] [104] e é indicado para o tratamento da insônia de início do sono e manutenção do sono em adultos com idade de 18 anos ou mais. Doses mais elevadas de suvorexant estão associadas a torpor no dia seguinte que pode interferir em atividades diárias. [103]

» Os benzodiazepínicos agora são raramente usados no tratamento de insônia.

» A segurança do uso de hipnóticos em longo prazo não está clara e, portanto, os tratamentos costumam ser recomendados apenas em curto prazo (4-5 semanas). [69] Se houver recorrência dos sintomas de insônia após a redução gradual dos hipnóticos depois desse período (e a insônia não tiver respondido a tratamentos comportamentais, como TCC-I), os pacientes podem precisar de um exame especializado (por exemplo, avaliação do centro de distúrbios do sono) antes da consideração de um tratamento de duração mais longa com um hipnótico. Estratégias de dosagem intermitente

Agudo

para o tratamento farmacológico de longo prazo podem ser consideradas.[113]

Em curso**insônia crônica****1a higiene do sono e técnicas de relaxamento****Opções primárias**

» [terapia de relaxamento progressivo](#)

OU

» [imagens de referência e meditação](#)

OU

» [biofeedback](#)

OU

» [terapia de controle de estímulos](#)

OU

» [terapia de restrição do sono](#)

» As evidências para a maior parte das terapias não farmacológicas para insônia são limitadas e insuficientes para determinar a eficácia relativa dos diferentes tratamentos não farmacológicos.[69]

» A higiene do sono envolve o desenvolvimento de hábitos que favorecem o sono, como manutenção de horários regulares para dormir e levantar, evitar cochilos durante o dia, evitar consumir bebidas alcoólicas antes de deitar e evitar cafeína.[82] Não há evidências suficientes de que as técnicas de higiene do sono isoladas são um tratamento eficaz para insônia, embora elas possam ser úteis quando combinadas com outras intervenções específicas.[83]

» A terapia de relaxamento progressivo envolve o tensionamento e o relaxamento dos músculos de modo sistemático da cabeça aos pés. Imagens de referência e meditação instruem o paciente a trocar pensamentos cheios de ansiedade por imagens agradáveis e tranquilas. O biofeedback envolve dar ao paciente informação imediata sobre seu nível de estresse e instruções sobre métodos para diminuir o estresse.

Em curso

» A terapia de controle de estímulos envolve algumas técnicas preventivas de higiene do sono que procuram criar um ambiente menos agitado. A cama é usada somente para atividade sexual ou para dormir. Além disso, se o paciente tiver dificuldade para dormir em 15 a 20 minutos, ele deverá sair da cama e fazer uma atividade relaxante até se cansar. Depois, o paciente pode voltar para a cama. Se a atividade não funcionar, o paciente poderá se levantar de novo da cama para repetir o exercício. Além disso, é recomendado sentar o mínimo possível na cama, e somente quando o paciente estiver pronto para dormir e cansado ele deve se deitar na cama.

» Finalmente, a terapia de restrição do sono permite apenas um tempo mínimo na cama durante a noite a princípio, aumentando esse tempo conforme passam os dias e as noites. A ideia é criar um tempo de sono consolidado e eficiente.

» Os tratamentos não farmacológicos são benéficos quando empregados sob a orientação de um médico. Os efeitos dos tratamentos de autoajuda são de pequenos a moderados.^[90]
^[91]

1a **terapia cognitivo-comportamental para insônia (TCC-I)**

» Uma terapia de primeira linha para insônia.^[69]

» Tem tratado com eficácia a insônia em longo prazo, mas requer comprometimento do paciente e treinamento do terapeuta.^[69] ^[73]
^[84] ^[85] ^[86] 1[B]Evidence

» A TCC-I resulta em melhora significativa dos sintomas após 12 meses e pode ser benéfica isoladamente ou em combinação a um hipnótico.^[72]

» A TCC-I incorpora elementos de controle de estímulos, restrição de sono e reestruturação cognitiva.

» O controle de estímulos envolve um conjunto de procedimentos instrutivos desenvolvidos para interromper comportamentos incompatíveis com o sono e regular o ciclo de sono-vigília.

» A restrição do sono elimina o tempo gasto na cama até chegar o sono propriamente dito, criando a privação leve do sono que resulta no sono mais eficiente e consolidado.

Em curso

insônia crônica

1a

» A reestruturação cognitiva é o processo de aprender a recusar qualquer "pensamento distorcido" que pode causar a insônia. O objetivo é substituir crenças irracionais ou não factuais por crenças mais benéficas ou precisas.

hipnóticos**Opções primárias**

» **zolpidem**: 5 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia ao deitar quando necessário; 6.25 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia ao deitar quando necessário; doses mais altas podem causar torpor na manhã seguinte e não são recomendadas, especialmente para mulheres

OU

» **zaleplona**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar quando necessário, máximo de 20 mg/dia

OU

» **eszopiclona**: 1 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar quando necessário inicialmente, a dose pode ser aumentada para 2-3 mg uma vez ao dia ao deitar

OU

» **ramelteon**: 8 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar quando necessário

OU

» **suvorexant**: 10-20 mg por via oral uma vez ao dia à noite em até 30 minutos após deitar
Risco de comprometimento no dia seguinte maior com dose mais elevada.

» Os hipnóticos são uma opção de primeira linha para a insônia em contextos nos quais o acesso a tratamentos comportamentais é limitado ou inexistente, ou por uma preferência do paciente.

» Alguns hipnóticos reduzem a latência para o início do sono e são apropriados para serem usados em pacientes que têm dificuldade para dormir. Outros hipnóticos reduzem a latência para o início do sono e reduzem a insônia após o estabelecimento do sono, o que os transforma em uma opção apropriada para pacientes com problemas para manter o sono. A nova geração de hipnóticos pode ser usada sem limite de

Em curso

tempo; os dados de longo prazo não indicam evidência de tolerância ao longo do tempo.

» Os dados de longo prazo em adultos indicam que o tratamento com zolpidem (12.5 mg 3-7 noites/semana) é eficaz e seguro, com melhora garantida no início e na manutenção do sono.[124] Há relatos de que ele também melhora o desempenho no trabalho.[125] A ramelteona reduziu a latência para o sono persistente em estudos de curto prazo.[120] [121] [126]

» A Food and Drug Administration (FDA) dos EUA recomenda que as doses noturnas de zolpidem sejam reduzidas, pois dados mostram que os níveis sanguíneos em alguns pacientes podem ser tão altos na manhã seguinte ao uso a ponto de comprometer atividades que exigem atenção, incluindo dirigir. Os dados mostram que o risco é mais alto em pacientes que tomam a formulação de liberação prolongada, e que as mulheres parecem ser mais suscetíveis a esse risco porque eliminam o zolpidem mais lentamente do corpo em comparação com os homens. A FDA também alerta que a eszopiclona pode causar comprometimento, no dia seguinte, de atividades que exigem atenção, incluindo dirigir. Como resultado, a dose inicial recomendada foi reduzida, pois doses mais altas têm maior probabilidade de causar comprometimento no dia seguinte. O risco de torpor na manhã seguinte também se aplica a todos os medicamentos tomados para insônia, e a dose mais baixa possível capaz de tratar os sintomas do paciente deve ser prescrita.

» O suvorexant é um antagonista receptor de orexina duplo que bloqueia os receptores de orexina (OX1R e OX2R) e promove o sono por meio da inibição da ligação da orexina A e B (neuropeptídeos que promovem a vigília).[103] Demonstrou melhorar desfechos globais e do sono em comparação ao placebo[81] [104] e é indicado para o tratamento da insônia de início do sono e manutenção do sono em adultos com idade de 18 anos ou mais. Doses mais elevadas de suvorexant estão associadas a torpor no dia seguinte que pode interferir em atividades diárias.[103]

» Os benzodiazepínicos agora são raramente usados no tratamento de insônia.

» A segurança do uso de hipnóticos em longo prazo não está clara e, portanto, os tratamentos costumam ser recomendados apenas em

Em curso

■ com depressão
comórbida

mais

curto prazo (4-5 semanas).[69] Se houver recorrência dos sintomas de insônia após a redução gradual dos hipnóticos depois desse período (e a insônia não tiver respondido a tratamentos comportamentais, como TCC-I), os pacientes podem precisar de um exame especializado (por exemplo, avaliação do centro de distúrbios do sono) antes da consideração de um tratamento de duração mais longa com um hipnótico. Estratégias de dosagem intermitente para o tratamento farmacológico de longo prazo podem ser consideradas.[113]

combinação de hipnótico e antidepressivo**Opções primárias**

- » **zolpidem**: 5 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia ao deitar quando necessário; 6.25 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia ao deitar quando necessário; doses mais altas podem causar torpor na manhã seguinte e não são recomendadas, especialmente para mulheres
- e-
- » **paroxetina**: 10-20 mg por via oral uma vez ao dia

» Os hipnóticos têm se mostrado eficazes quando usados junto com antidepressivos no tratamento de insônia comórbida com depressão.[107]

» A Food and Drug Administration dos EUA recentemente recomendou que as doses noturnas de zolpidem sejam diminuídas, pois os dados mostram que os níveis sanguíneos em alguns pacientes podem ser altos o suficiente na manhã seguinte ao uso a ponto de prejudicar atividades que exigem atenção, incluindo dirigir. Os dados mostram que o risco é mais alto em pacientes que tomam a formulação de liberação prolongada, e que as mulheres parecem ser mais suscetíveis a esse risco porque eliminam o zolpidem mais lentamente do corpo em comparação com os homens. O risco de torpor na manhã seguinte também se aplica a todos os medicamentos tomados para insônia, devendo-se prescrever a dose mais baixa possível capaz de tratar os sintomas do paciente.

■ com ansiedade
comórbida

mais

combinação de hipnótico e ansiolítico**Opções primárias**

- » **eszopiclona**: 2-3 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar quando necessário
- e-

Em curso

» **escitalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia

» Os hipnóticos têm se mostrado eficazes quando usados junto com ansiolíticos no tratamento de insônia comórbida com ansiedade.[\[106\]](#) [\[109\]](#) [\[110\]](#) [\[111\]](#)

» A Food and Drug Administration dos EUA alerta que a eszopiclona pode causar comprometimento, no dia seguinte, de atividades que exigem atenção, incluindo dirigir. Consequentemente, a dose inicial recomendada foi reduzida, pois doses mais altas têm maior probabilidade de causar comprometimento no dia seguinte.

Novidades

Novos hipnóticos não benzodiazepínicos

Novos compostos (por exemplo, indiplona, gaboxadol)[127] [128] [129] e novas formulações de medicamentos já aprovados podem ser mais eficazes ou apresentar um perfil de risco/benefício mais interessante que os agentes atualmente disponíveis. As novas formulações em desenvolvimento incluem sprays orais, pastilhas sublinguais e soluções líquidas.

Antagonistas 5-HT_{2A}

Os antagonistas 5-HT_{2A} podem ajudar a melhorar a manutenção do sono e têm efeitos sobre a arquitetura do sono que incluem o aumento no sono de onda lenta. Esses agentes estão em desenvolvimento.

Anticonvulsivantes

A gabapentina tem mostrado aumentar o sono de onda lenta e a eficácia do sono, bem como diminuir a vigília em pessoas com insônia primária.[130]

Tasimelteon

Tasimelteon é um agonista do receptor de melatonina que está sendo desenvolvido para o tratamento de distúrbios do sono, incluindo a insônia. Os estudos têm mostrado resultados promissores, mas novos estudos sobre a eficácia e a segurança em longo prazo são necessários para que o tasimelteon possa ser considerado uma adição válida aos tratamentos disponíveis para insônia.[131]

Recomendações

Monitoramento

Os pacientes com insônia crônica devem ser acompanhados regularmente pelos médicos da unidade básica de saúde para monitorar os sinais e sintomas e a eficácia da terapia atual. Se necessário, os hipnóticos devem ser iniciados ou continuados. Embora uma abordagem conservadora para o uso do medicamento sempre seja importante, o uso em longo prazo pode ser apropriado em alguns casos.

Instruções ao paciente

Os médicos devem revisar as boas práticas de higiene do sono. Estimulantes (por exemplo, cafeína e nicotina) e bebidas alcoólicas devem ser evitados várias horas antes de deitar. Os pacientes devem reservar um tempo adequado para relaxar antes de dormir, criando um ambiente propício para o sono. O colchão e as roupas de cama devem ser confortáveis e o nível de ruído mínimo, com iluminação, temperatura e umidade controlados. É recomendado evitar olhar para o relógio, o que pode levar à hipervigilância. Mais importante, os pacientes devem tentar manter uma programação de sono regular, com horários de dormir e levantar consistentes, e evitar cochilar durante o dia.

Em dezembro de 2006, a Food and Drug Administration (FDA) dos EUA enviou cartas para os fabricantes dos produtos aprovados para o tratamento de distúrbios do sono solicitando que eles revisassem os rótulos e bulas dos produtos para incluir avisos sobre novos eventos adversos em potencial. Embora a probabilidade da ocorrência desses eventos não tenha sido declarada, os eventos foram considerados significativos o suficiente para a revisão dos rótulos e bulas. Efeitos adversos incluídos:

- Anafilaxia ou angioedema, que pode ocorrer logo na primeira vez em que o medicamento é tomado
- Comportamentos complexos relacionados ao sono, que podem incluir dirigir dormindo, fazer ligações e preparar alimentos e se alimentar durante o sono.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
ressaca matinal secundária ao medicamento	curto prazo	média

Complicações	Período de execução	Probabilidade
Um risco do medicamento é a sedação no dia seguinte. A Food and Drug Administration (FDA) dos EUA recomenda que as doses noturnas de zolpidem sejam reduzidas, pois dados mostram que os níveis sanguíneos em alguns pacientes podem ser tão altos na manhã seguinte ao uso a ponto de comprometer atividades que exigem atenção, incluindo dirigir. Os dados mostram que o risco é mais alto em pacientes que tomam a formulação de liberação prolongada, e que as mulheres parecem ser mais suscetíveis a esse risco porque eliminam o zolpidem mais lentamente do corpo em comparação com os homens. A FDA também alerta que a eszopiclona pode causar comprometimento, no dia seguinte, de atividades que exigem atenção, incluindo dirigir. Como resultado, a dose inicial recomendada foi reduzida, pois doses mais altas têm maior probabilidade de causar comprometimento no dia seguinte. O risco de torpor na manhã seguinte também se aplica a todos os medicamentos tomados para insônia, e a dose mais baixa possível capaz de tratar os sintomas do paciente deve ser prescrita.		
tolerância ao medicamento	longo prazo	baixa
O medicamento pode passar a ser menos eficaz depois de um período, levando à tolerância. Para combater esse problema, os pacientes podem receber doses gradualmente maiores ou passar a tomar um hipnótico diferente. A dose deve ser ajustada com cuidado devido às preocupações sobre a possibilidade de causar dependência de alguns agentes.		
dependência de medicamento	longo prazo	baixa
Os hipnóticos benzodiazepínicos e não benzodiazepínicos têm algum potencial para produzir dependência. ^[132] Essa complicação é preocupante especialmente em algumas populações de pacientes de risco (por exemplo, usuários de drogas). Se ocorrer dependência, o medicamento deverá ser retirado dos pacientes gradativamente. Um agonista do receptor de melatonina ^[133] ou a terapia cognitivo-comportamental pode ser uma terapia alternativa mais apropriada para os pacientes afetados.		
prolactina elevada	longo prazo	baixa
A exposição de longo prazo ao ramelteon tem sido associada ao aumento leve e transitório de prolactina em mulheres. ^[134]		
insônia de rebote secundária à suspensão do medicamento	variável	média
Imediatamente após a suspensão do medicamento, os pacientes podem ter 1 ou 2 noites de insônia de rebote. Esse efeito deve ser de curto prazo.		

Prognóstico

A insônia crônica pode persistir por meses ou anos. A segurança do uso de hipnóticos em longo prazo não está clara e, portanto, tratamentos farmacológicos costumam ser recomendados apenas em curto prazo (4-5 semanas).^[69] Terapias cognitivo-comportamentais têm o potencial para resolver a condição médica, mas exigem esforço e comprometimento tanto do paciente quanto do médico.

Diretrizes de diagnóstico

Europa

European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia

Publicado por: European Sleep Research Society

Última publicação em:
2017

América do Norte

Clinical practice guideline for diagnostic testing for adult obstructive sleep apnea

Publicado por: American Academy of Sleep Medicine

Última publicação em:
2017

Adult insomnia: assessment to diagnosis

Publicado por: Toward Optimized Practice (Canada)

Última publicação em:
2015

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)

Publicado por: American Psychiatric Association

Última publicação em:
2013

Sleep disorders

Publicado por: American Medical Directors Association

Última publicação em:
2012

Practice parameters for the use of actigraphy in the assessment of sleep and sleep disorders: an update for 2007

Publicado por: American Academy of Sleep Medicine

Última publicação em:
2007

Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures: an update for 2005

Publicado por: American Academy of Sleep Medicine

Última publicação em:
2005

Practice parameters for clinical use of the multiple sleep latency test and the maintenance of wakefulness test

Publicado por: American Academy of Sleep Medicine

Última publicação em:
2005

Diretrizes de tratamento

Europa

European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia

Publicado por: European Sleep Research Society

Última publicação em:
2017

British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders

Publicado por: British Association for Psychopharmacology

Última publicação em:
2010

Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short-term management of insomnia

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2004

América do Norte

Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults

Publicado por: American Academy of Sleep Medicine

Última publicação em:
2017

Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians

Publicado por: American College of Physicians

Última publicação em:
2016

Adult primary insomnia: diagnosis to management

Publicado por: Toward Optimized Practice (Canada)

Última publicação em:
2015

Sleep disorders

Publicado por: American Medical Directors Association

Última publicação em:
2012

Practice parameters for the psychological and behavioural treatment of insomnia: an update

Publicado por: American Academy of Sleep Medicine

Última publicação em:
2006

Nível de evidência

1. Melhora da qualidade do sono em idosos: há evidências de qualidade moderada de que a terapia cognitivo-comportamental para insônia (higiene do sono, controle de estímulos, restrição do sono, relaxamento muscular e conscientização sobre o sono) é mais eficaz na melhora da qualidade do sono em idosos com insônia primária em comparação com pessoas sem tratamento.
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

Artigos principais

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Morphy H, Dunn KM, Lewis M, et al. Epidemiology of insomnia: a longitudinal study in a UK population. *Sleep*. 2007 Mar;30(3):274-80. [Resumo](#)
- Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*. 2002 Apr;6(2):97-111. [Resumo](#)
- Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? *JAMA*. 1989 Sep 15;262(11):1479-84. [Resumo](#)
- Roth T. Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *J Clin Sleep Med*. 2007 Aug 15;3(5 suppl):S7-10. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, et al. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med*. 2017 Feb 15;13(2):307-49. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Sun J, Kang J, Wang P, et al. Self-relaxation training can improve sleep quality and cognitive functions in the older: a one-year randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2013 May;22(9-10):1270-80. [Resumo](#)
- Brasure M, Fuchs E, MacDonald R, et al. Psychological and behavioral interventions for managing insomnia disorder: an evidence report for a clinical practice guideline by the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016 Jul 19;165(2):113-24. [Resumo](#)
- Sin CW, Ho JS, Chung JW. Systematic review on the effectiveness of caffeine abstinence on the quality of sleep. *J Clin Nurs*. 2009 Jan;18(1):13-21. [Resumo](#)
- Deschenes CL, McCurry SM. Current treatments for sleep disturbances in individuals with dementia. *Curr Psychiatry Rep*. 2009 Feb;11(1):20-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Krystal AD, Lankford A, Durrence HH, et al. Efficacy and safety of doxepin 3 and 6 mg in a 35-day sleep laboratory trial in adults with chronic primary insomnia. *Sleep*. 2011 Oct 1;34(10):1433-42. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Wilt TJ, MacDonald R, Brasure M, et al. Pharmacologic treatment of insomnia disorder: an evidence report for a clinical practice guideline by the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016 Jul 19;165(2):103-12. [Resumo](#)
- Lieberman JA. Update on the safety considerations in the management of insomnia with hypnotics: incorporating modified-release formulations into primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;9(1):25-31. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Perlis M, Gehrman P, Riemann D. Intermittent and long-term use of sedative hypnotics. *Curr Pharm Des*. 2008;14(32):3456-65. [Resumo](#)

- Reynoldson JN, Elliott E Sr, Nelson LA. Ramelteon: a novel approach in the treatment of insomnia. *Ann Pharmacother*. 2008 Sep;42(9):1262-71. [Resumo](#)
- Krystal AD, Erman M, Zammit GK, et al. Long-term efficacy and safety of zolpidem extended-release 12.5 mg, administered 3 to 7 nights per week for 24 weeks, in patients with chronic primary insomnia: a 6-month, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, multicenter study. *Sleep*. 2008 Jan;31(1):79-90. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Mayer G, Wang-Weigand S, Roth-Schechter B, et al. Efficacy and safety of 6-month nightly ramelteon administration in adults with chronic primary insomnia. *Sleep*. 2009 Mar;32(3):351-60. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Inagaki T, Miyaoka T, Tsuji S, et al. Adverse reactions to zolpidem: case reports and a review of the literature. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010;12(6). [Texto completo](#) [Resumo](#)

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders, diagnostic and coding manual. 2nd ed. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
3. National Institutes of Health. Drugs and insomnia: the use of medications to promote sleep. NIH Consens Statement 1983 Nov 5-17;4(10):1-19. [Texto completo](#)
4. National Institutes of Health. NIH State-of-the-Science Conference statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. NIH Consens State Sci Statements. 2005 Jun 13-15;22(2):1-30. [Texto completo](#) [Resumo](#)
5. Tjepkema M. Insomnia. *Health Rep*. 2005 Nov;17(1):9-25. [Texto completo](#) [Resumo](#)
6. Blay SL, Andreoli SB, Gastal FL. Prevalence of self-reported sleep disturbance among older adults and the association of disturbed sleep with service demand and medical conditions. *Int Psychogeriatr*. 2008 Jun;20(3):582-95. [Resumo](#)
7. Liljenberg B, Almqvist M, Hetta J, et al. Age and the prevalence of insomnia in adulthood. *Eur J Psychiatry* 1989;3(1):5-12.
8. Morphy H, Dunn KM, Lewis M, et al. Epidemiology of insomnia: a longitudinal study in a UK population. *Sleep*. 2007 Mar;30(3):274-80. [Resumo](#)
9. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*. 2002 Apr;6(2):97-111. [Resumo](#)
10. Johnson EO, Roehrs T, Roth T, et al. Epidemiology of alcohol and medication as aids to sleep in early adulthood. *Sleep*. 1998 Mar 15;21(2):178-86. [Resumo](#)

11. Ford ES, Wheaton AG, Cunningham TJ, et al. Trends in outpatient visits for insomnia, sleep apnea, and prescriptions for sleep medications among US adults: findings from the National Ambulatory Medical Care survey 1999-2010. *Sleep*. 2014 Aug 1;37(8):1283-93. [Texto completo](#) [Resumo](#)
12. Breslau N, Roth T, Rosenthal L, et al. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry*. 1996 Mar 15;39(6):411-8. [Resumo](#)
13. Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH. Insomnia and its treatment: prevalence and correlates. *Arch Gen Psychiatry*. 1985 Mar;42(3):225-32. [Resumo](#)
14. Lindberg E, Janson C, Gislason T, et al. Sleep disturbances in a young adult population: can gender differences be explained by differences in psychological status? *Sleep*. 1997 Jun;20(6):381-7. [Resumo](#)
15. Stoller MK. Economic effects of insomnia. *Clin Ther*. 1994 Sep-Oct;16(5):873-97. [Resumo](#)
16. Wickwire EM, Shaya FT, Scharf SM. Health economics of insomnia treatments: the return on investment for a good night's sleep. *Sleep Med Rev*. 2016 Dec;30:72-82. [Resumo](#)
17. Cochen V, Arbus C, Soto ME, et al. Sleep disorders and their impacts on healthy, dependent, and frail older adults. *J Nutr Health Aging*. 2009 Apr;13(4):322-9. [Resumo](#)
18. Benca RM, Ancoli-Israel S, Moldofsky H. Special considerations in insomnia diagnosis and management: depressed, elderly, and chronic pain populations. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(suppl 8):26-35. [Resumo](#)
19. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? *JAMA*. 1989 Sep 15;262(11):1479-84. [Resumo](#)
20. Li L, Wu C, Gan Y, et al. Insomnia and the risk of depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry*. 2016 Nov 5;16(1):375. [Texto completo](#) [Resumo](#)
21. Richardson JD, Thompson A, King L, et al. Insomnia, psychiatric disorders and suicidal ideation in a National Representative Sample of active Canadian Forces members. *BMC Psychiatry*. 2017 Jun 6;17(1):211. [Texto completo](#) [Resumo](#)
22. Ancoli-Israel S, Roth T. Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. I. *Sleep*. 1999 May 1;22(suppl 2):S347-53. [Resumo](#)
23. Ohayon MM, Roth T. What are the contributing factors for insomnia in the general population? *J Psychosom Res*. 2001 Dec;51(6):745-55. [Resumo](#)
24. Katz DA, McHorney CA. Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. *Arch Intern Med*. 1998 May 25;158(10):1099-107. [Texto completo](#) [Resumo](#)
25. Mallon L, Broman JE, Hetta J. Sleep complaints predict coronary artery disease mortality in males: a 12-year follow-up study of a middle-aged Swedish population. *J Intern Med*. 2002 Mar;251(3):207-16. [Texto completo](#) [Resumo](#)

26. McCracken LM, Iverson GL. Disrupted sleep patterns and daily functioning in patients with chronic pain. *Pain Res Manag*. 2002 Summer;7(2):75-9. [Resumo](#)
27. Nicassio PM, Wallston KA. Longitudinal relationships among pain, sleep problems, and depression in rheumatoid arthritis. *J Abnorm Psychol*. 1992 Aug;101(3):514-20. [Resumo](#)
28. Roth T. Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *J Clin Sleep Med*. 2007 Aug 15;3(5 suppl):S7-10. [Texto completo](#) [Resumo](#)
29. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther*. 2002 Aug;40(8):869-93. [Resumo](#)
30. Reeve S, Sheaves B, Freeman D. The role of sleep dysfunction in the occurrence of delusions and hallucinations: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2015 Dec;42:96-115. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. Gates P, Albertella L, Copeland J. Cannabis withdrawal and sleep: a systematic review of human studies. *Subst Abus*. 2016;37(1):255-69. [Resumo](#)
32. Nierenberg AA, Pava JA, Clancy K, et al. Are neurovegetative symptoms stable in relapsing or recurrent atypical depressive episodes? *Biol Psychiatry*. 1996 Oct 15;40(8):691-6. [Resumo](#)
33. Krystal AD, Thase ME, Tucker VL, et al. Bupropion HCL and sleep in patients with depression. *Curr Psych Rev*. 2007;3(2):123-8.
34. Doufas AG, Panagiotou OA, Panousis P, et al. Insomnia from drug treatments: evidence from meta-analyses of randomized trials and concordance with prescribing information. *Mayo Clin Proc*. 2017 Jan;92(1):72-87. [Resumo](#)
35. Bonnet MH, Arand DL. 24-hour metabolic rate in insomniacs and matched normal sleepers. *Sleep*. 1995 Sep;18(7):581-8. [Resumo](#)
36. Bonnet MH, Arand DL. Physiological activation in patients with sleep state misperception. *Psychosom Med*. 1997 Sep-Oct;59(5):533-40. [Resumo](#)
37. Bonnet MH, Arand DL. Heart rate variability in insomniacs and matched normal sleepers. *Psychosom Med*. 1998 Sep-Oct;60(5):610-5. [Resumo](#)
38. Vgontzas AN, Bixler EO, Lin HM, et al. Chronic insomnia is associated with nyctohemeral activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis: clinical implications. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001 Aug;86(8):3787-94. [Texto completo](#) [Resumo](#)
39. Vgontzas AN, Tsigos C, Bixler EO, et al. Chronic insomnia and activity of the stress system: a preliminary study. *J Psychosom Res*. 1998 Jul;45(1):21-31. [Resumo](#)
40. Riemann D, Klein T, Rodenbeck A, et al. Nocturnal cortisol and melatonin secretion in primary insomnia. *Psychiatry Res*. 2002 Dec 15;113(1-2):17-27. [Resumo](#)
41. Sánchez-Ortuño MM, Carney CE, Edinger JD, et al. Moving beyond average values: assessing the night-to-night instability of sleep and arousal in DSM-IV-TR insomnia subtypes. *Sleep*. 2011 Apr 1;34(4):531-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)

42. Katz DA, McHorney CA. The relationship between insomnia and health-related quality of life in patients with chronic illness. *J Fam Pract.* 2002 Mar;51(3):229-35. [Resumo](#)
43. Léger D, Massuel MA, Metlaine A; SISYPHE Study Group. Professional correlates of insomnia. *Sleep.* 2006 Feb;29(2):171-8. [Resumo](#)
44. Breslau N, Roth T, Rosenthal L, et al. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry.* 1996 Mar 15;39(6):411-8. [Resumo](#)
45. Nagai M, Hoshida S, Kario K. Sleep duration as a risk factor for cardiovascular disease: a review of the recent literature. *Curr Cardiol Rev.* 2010 Feb;6(1):54-61. [Texto completo](#) [Resumo](#)
46. Fernandez-Mendoza J, Vgontzas AN, Liao D, et al. Insomnia with objective short sleep duration and incident hypertension: the Penn State Cohort. *Hypertension.* 2012 Oct;60(4):929-35. [Texto completo](#) [Resumo](#)
47. Suka M, Yoshida K, Sugimori H. Persistent insomnia is a predictor of hypertension in Japanese male workers. *J Occup Health.* 2003 Nov;45(6):344-50. [Resumo](#)
48. Vgontzas AN, Liao D, Pejovic S, et al. Insomnia with objective short sleep duration is associated with type 2 diabetes: a population-based study. *Diabetes Care.* 2009 Nov;32(11):1980-5. [Texto completo](#) [Resumo](#)
49. Li Y, Zhang X, Winkelman JW, et al. Association between insomnia symptoms and mortality: a prospective study of U.S. men. *Circulation.* 2014 Feb 18;129(7):737-46. [Texto completo](#) [Resumo](#)
50. Parthasarathy S, Vasquez MM, Halonen M, et al. Persistent insomnia is associated with mortality risk. *Am J Med.* 2015 Mar;128(3):268-75. [Texto completo](#) [Resumo](#)
51. de Almondes KM, Costa MV, Malloy-Diniz LF, et al. Insomnia and risk of dementia in older adults: systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2016 Jun;77:109-15. [Resumo](#)
52. Wilson SJ, Nutt DJ, Alford C, et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. *J Psychopharmacol.* 2010 Nov;24(11):1577-601. [Resumo](#)
53. Boyd JH, Weissman MM. Epidemiology of affective disorders: a reexamination and future directions. *Arch Gen Psychiatry.* 1981 Sep;38(9):1039-46. [Resumo](#)
54. Johnson EO, Roth T, Schultz L, et al. Epidemiology of DSM-IV insomnia in adolescence: lifetime prevalence, chronicity, and an emergent gender difference. *Pediatrics.* 2006 Feb;117(2):e247-56. [Texto completo](#) [Resumo](#)
55. Manber R, Bootzin RR. Sleep and the menstrual cycle. *Health Psychol.* 1997 May;16(3):209-14. [Resumo](#)
56. Smagula SF, Stone KL, Fabio A, et al. Risk factors for sleep disturbances in older adults: evidence from prospective studies. *Sleep Med Rev.* 2016 Feb;25:21-30. [Texto completo](#) [Resumo](#)

57. Gislason T, Reynisdottir H, Kristbjarnarson H, et al. Sleep habits and sleep disturbances among the elderly: an epidemiological survey. *J Intern Med*. 1993 Jul;234(1):31-9. [Resumo](#)
58. Janson C, Lindberg E, Gislason T, et al. Insomnia in men: a 10-year prospective population based study. *Sleep*. 2001 Jun 15;24(4):425-30. [Resumo](#)
59. Lobo LL, Tufik S. Effects of alcohol on sleep parameters of sleep-deprived healthy volunteers. *Sleep*. 1997 Jan;20(1):52-9. [Resumo](#)
60. Curatolo PW, Robertson D. The health consequences of caffeine. *Ann Intern Med*. 1983 May;98(5 Pt 1):641-53. [Resumo](#)
61. Soldatos CR, Kales JD, Scharf MB, et al. Cigarette smoking associated with sleep difficulty. *Science*. 1980 Feb 1;207(4430):551-3. [Resumo](#)
62. Richardson GS, Miner JD, Czeisler CA. Impaired driving performance in shiftworkers: the role of the circadian system in a multifactorial model. *Alcohol Drugs Driving*. 1989-1990;5-6(4-1):265-73. [Resumo](#)
63. Ohayon MM, Lemoine P, Arnaud-Briant V, et al. Prevalence and consequences of sleep disorders in a shift worker population. *J Psychosom Res*. 2002 Jul;53(1):577-83. [Resumo](#)
64. Herscovitch J, Broughton R. Sensitivity of the Stanford sleepiness scale to the effects of cumulative partial sleep deprivation and recovery oversleeping. *Sleep*. 1981;4(1):83-91. [Resumo](#)
65. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991 Dec;14(6):540-5. [Resumo](#)
66. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *J Psychosom Res*. 2003 Sep;55(3):263-7. [Resumo](#)
67. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989 May;28(2):193-213. [Resumo](#)
68. Bastien CH, Vallieres A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med*. 2001 Jul;2(4):297-307. [Resumo](#)
69. Qaseem A, Kansagara D, Forciea MA, et al. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016 Jul 19;165(2):125-33. [Texto completo](#) [Resumo](#)
70. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, et al. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med*. 2017 Feb 15;13(2):307-49. [Texto completo](#) [Resumo](#)
71. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, et al. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*. 2006 Nov;29(11):1398-414. [Resumo](#)

72. Morin CM, Vallières A, Guay B, et al. Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009 May 20;301(19):2005-15. [Texto completo](#) [Resumo](#)
73. Cheng SK, Dizon J. Computerised cognitive behavioural therapy for insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Psychother Psychosom*. 2012;81(4):206-16. [Resumo](#)
74. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, et al. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2012 May 25;13:40. [Texto completo](#) [Resumo](#)
75. Buysse DJ. Insomnia. *JAMA*. 2013 Feb 20;309(7):706-16. [Texto completo](#) [Resumo](#)
76. Sun J, Kang J, Wang P, et al. Self-relaxation training can improve sleep quality and cognitive functions in the older: a one-year randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2013 May;22(9-10):1270-80. [Resumo](#)
77. Vitiello MV, McCurry SM, Shortreed SM, et al. Cognitive-behavioral treatment for comorbid insomnia and osteoarthritis pain in primary care: the lifestyles randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2013 Jun;61(6):947-56. [Texto completo](#) [Resumo](#)
78. Black DS, O'Reilly GA, Olmstead R, et al. Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2015 Apr;175(4):494-501. [Texto completo](#) [Resumo](#)
79. Wu JQ, Appleman ER, Salazar RD, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2015 Sep;175(9):1461-72. [Resumo](#)
80. Brasure M, Fuchs E, MacDonald R, et al. Psychological and behavioral interventions for managing insomnia disorder: an evidence report for a clinical practice guideline by the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016 Jul 19;165(2):113-24. [Resumo](#)
81. Brasure M, MacDonald R, Fuchs E, et al; Agency for Healthcare Research and Quality. Management of insomnia disorder. December 2015 [internet publication]. [Texto completo](#) [Resumo](#)
82. Sin CW, Ho JS, Chung JW. Systematic review on the effectiveness of caffeine abstinence on the quality of sleep. *J Clin Nurs*. 2009 Jan;18(1):13-21. [Resumo](#)
83. Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, et al. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia - an update: an American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep*. 2006 Nov;29(11):1415-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
84. Riemann D, Perlis ML. The treatments of chronic insomnia: a review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Med Rev*. 2009 Jun;13(3):205-14. [Resumo](#)
85. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry*. 1994 Aug;151(8):1172-80. [Resumo](#)

86. Johnson JA, Rash JA, Campbell TS, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy for insomnia (CBT-I) in cancer survivors. *Sleep Med Rev*. 2016 Jun;27:20-8. [Resumo](#)
87. Deschenes CL, McCurry SM. Current treatments for sleep disturbances in individuals with dementia. *Curr Psychiatry Rep*. 2009 Feb;11(1):20-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
88. McCurry SM, Gibbons LE, Logsdon RG, et al. Nighttime insomnia treatment and education for Alzheimer's disease: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2005 May;53(5):793-802. [Resumo](#)
89. Lamarche LJ, De Koninck J. Sleep disturbance in adults with posttraumatic stress disorder: a review. *J Clin Psychiatry*. 2007 Aug;68(8):1257-70. [Resumo](#)
90. van Straten A, Cuijpers P. Self-help therapy for insomnia: a meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2009 Feb;13(1):61-71. [Resumo](#)
91. Yang PY, Ho KH, Chen HC, et al. Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review. *J Physiother*. 2012;58(3):157-63. [Texto completo](#) [Resumo](#)
92. Taibi DM, Landis CA, Petry H, et al. A systematic review of valerian as a sleep aid: safe but not effective. *Sleep Med Rev*. 2007 Jun;11(3):209-30. [Resumo](#)
93. Meolie AL, Rosen C, Kristo D, et al. Oral nonprescription treatment for insomnia: an evaluation of products with limited evidence. *J Clin Sleep Med*. 2005 Apr 15;1(2):173-87. [Resumo](#)
94. Cooper KL, Relton C. Homeopathy for insomnia: a systematic review of research evidence. *Sleep Med Rev*. 2010 Oct;14(5):329-37. [Resumo](#)
95. Cooper KL, Relton C. Homeopathy for insomnia: summary of additional RCT published since systematic review. *Sleep Med Rev*. 2010 Dec;14(6):411. [Resumo](#)
96. Kalavapalli R, Singareddy R. Role of acupuncture in the treatment of insomnia: a comprehensive review. *Complement Ther Clin Pract*. 2007 Aug;13(3):184-93. [Resumo](#)
97. Lee SH, Lim SM. Acupuncture for insomnia after stroke: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med*. 2016 Jul 19;16:228. [Texto completo](#) [Resumo](#)
98. Ancoli-Israel S, Krystal AD, McCall WV, et al. A 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study evaluating the effect of eszopiclone 2 mg on sleep/wake function in older adults with primary and comorbid insomnia. *Sleep*. 2010 Feb;33(2):225-34. [Texto completo](#) [Resumo](#)
99. Roth T, Heith Durrence H, Jochelson P, et al. Efficacy and safety of doxepin 6 mg in a model of transient insomnia. *Sleep Med*. 2010 Oct;11(9):843-7. [Resumo](#)
100. Krystal AD, Lankford A, Durrence HH, et al. Efficacy and safety of doxepin 3 and 6 mg in a 35-day sleep laboratory trial in adults with chronic primary insomnia. *Sleep*. 2011 Oct 1;34(10):1433-42. [Texto completo](#) [Resumo](#)

101. Krystal AD, Durrence HH, Scharf M, et al. Efficacy and safety of doxepin 1 mg and 3 mg in a 12-week sleep laboratory and outpatient trial of elderly subjects with chronic primary insomnia. *Sleep*. 2010 Nov;33(11):1553-61. [Texto completo](#) [Resumo](#)
102. Lankford A, Rogowski R, Essink B, et al. Efficacy and safety of doxepin 6 mg in a four-week outpatient trial of elderly adults with chronic primary insomnia. *Sleep Med*. 2012 Feb;13(2):133-8. [Resumo](#)
103. Herring WJ, Snyder E, Budd K, et al. Orexin receptor antagonism for treatment of insomnia: a randomized clinical trial of suvorexant. *Neurology*. 2012 Dec 4;79(23):2265-74. [Resumo](#)
104. Wilt TJ, MacDonald R, Brasure M, et al. Pharmacologic treatment of insomnia disorder: an evidence report for a clinical practice guideline by the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016 Jul 19;165(2):103-12. [Resumo](#)
105. Lieberman JA. Update on the safety considerations in the management of insomnia with hypnotics: incorporating modified-release formulations into primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;9(1):25-31. [Texto completo](#) [Resumo](#)
106. Pollack M, Kinrys G, Krystal A, et al. Eszopiclone coadministered with escitalopram in patients with insomnia and comorbid generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 May;65(5):551-62. [Resumo](#)
107. Ji JL, Liu WJ, Zhang N, et al. Effects of paroxetine with or without zolpidem on depression with insomnia: a multi-center randomized comparative study [in Chinese]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2007 Jun 19;87(23):1585-9. [Resumo](#)
108. Fava M, Asnis GM, Shrivastava R, et al. Zolpidem extended-release improves sleep and next-day symptoms in comorbid insomnia and generalized anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2009 Jun;29(3):222-30. [Resumo](#)
109. Stein DJ, Lopez AG, Stein DJ, et al. Effects of escitalopram on sleep problems in patients with major depression or generalized anxiety disorder. *Adv Ther*. 2011 Nov;28(11):1021-37. [Resumo](#)
110. Ensrud KEJ, Sternfeld BL. Effect of escitalopram on insomnia symptoms and subjective sleep quality in healthy perimenopausal and postmenopausal women with hot flashes: a randomized controlled trial. *Menopause*. 2012 Aug;19(8):848-55. [Texto completo](#) [Resumo](#)
111. Fava M, Asnis GM, Shrivastava RK, et al. Improved insomnia symptoms and sleep-related next-day functioning in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia following concomitant zolpidem extended-release 12.5 mg and escitalopram treatment: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2011 Jul;72(7):914-28. [Resumo](#)
112. McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL. Pharmacotherapies for sleep disturbances in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 16;(11):CD009178. [Texto completo](#) [Resumo](#)
113. Perlis M, Gehrman P, Riemann D. Intermittent and long-term use of sedative hypnotics. *Curr Pharm Des*. 2008;14(32):3456-65. [Resumo](#)

114. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, et al. The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta-analysis of RCTs. *J Gen Intern Med*. 2007 Sep;22(9):1335-50. [Texto completo](#) [Resumo](#)
115. Nowell PD, Mazumdar S, Buysse DJ, et al. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *JAMA*. 1997 Dec 24-31;278(24):2170-7. [Resumo](#)
116. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 2005 Nov 19;331(7526):1169. [Texto completo](#) [Resumo](#)
117. Walsh JK, Soubrane C, Roth T. Efficacy and safety of zolpidem extended release in elderly primary insomnia patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008 Jan;16(1):44-57. [Resumo](#)
118. Zammit G, Schwartz H, Roth T, et al. The effects of ramelteon in a first-night model of transient insomnia. *Sleep Med*. 2009 Jan;10(1):55-9. [Resumo](#)
119. Reynoldson JN, Elliott E Sr, Nelson LA. Ramelteon: a novel approach in the treatment of insomnia. *Ann Pharmacother*. 2008 Sep;42(9):1262-71. [Resumo](#)
120. Uchimura N, Ogawa A, Hamamura M, et al. Efficacy and safety of ramelteon in Japanese adults with chronic insomnia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Expert Rev Neurother*. 2011 Feb;11(2):215-24. [Resumo](#)
121. Uchiyama M, Hamamura M, Kuwano T, et al. Evaluation of subjective efficacy and safety of ramelteon in Japanese subjects with chronic insomnia. *Sleep Med*. 2011 Feb;12(2):119-26. [Resumo](#)
122. Liu J, Wang LN. Ramelteon in the treatment of chronic insomnia: systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Pract*. 2012 Sep;66(9):867-73. [Texto completo](#) [Resumo](#)
123. Huedo-Medina TB, Kirsch I, Middlemass J, et al. Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *BMJ*. 2012 Dec 17;345:e8343. [Texto completo](#) [Resumo](#)
124. Krystal AD, Erman M, Zammit GK, et al. Long-term efficacy and safety of zolpidem extended-release 12.5 mg, administered 3 to 7 nights per week for 24 weeks, in patients with chronic primary insomnia: a 6-month, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, multicenter study. *Sleep*. 2008 Jan;31(1):79-90. [Texto completo](#) [Resumo](#)
125. Erman M, Guiraud A, Joish VN, et al. Zolpidem extended-release 12.5 mg associated with improvements in work performance in a 6-month randomized, placebo-controlled trial. *Sleep*. 2008 Oct;31(10):1371-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
126. Mayer G, Wang-Weigand S, Roth-Schechter B, et al. Efficacy and safety of 6-month nightly ramelteon administration in adults with chronic primary insomnia. *Sleep*. 2009 Mar;32(3):351-60. [Texto completo](#) [Resumo](#)
127. Roth T, Lines C, Vandormael K, et al. Effect of gaboxadol on patient-reported measures of sleep and waking function in patients with primary Insomnia: results from two randomized, controlled, 3-month studies. *J Clin Sleep Med*. 2010 Feb 15;6(1):30-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)

128. Lemon MD, Strain JD, Hegg AM, et al. Indiplon in the management of insomnia. *Drug Des Devel Ther*. 2009 Sep 21;3:131-42. [Texto completo](#) [Resumo](#)
129. Hajak G, Hedner J, Eglin M, et al. A 2-week efficacy and safety study of gaboxadol and zolpidem using electronic diaries in primary insomnia outpatients. *Sleep Med*. 2009 Aug;10(7):705-12. [Resumo](#)
130. Lo HS, Yang CM, Lo HG, et al. Treatment effects of gabapentin for primary insomnia. *Clin Neuropharmacol*. 2010 Mar-Apr;33(2):84-90. [Resumo](#)
131. Lankford DA. Tasimelteon for insomnia. *Expert Opin Investig Drugs*. 2011 Jul;20(7):987-93. [Resumo](#)
132. Inagaki T, Miyaoka T, Tsuji S, et al. Adverse reactions to zolpidem: case reports and a review of the literature. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010;12(6). [Texto completo](#) [Resumo](#)
133. Lemoine P, Zisapel N. Prolonged-release formulation of melatonin (Circadin) for the treatment of insomnia. *Expert Opin Pharmacother*. 2012 Apr;13(6):895-905. [Resumo](#)
134. Richardson G, Wang-Weigand S. Effects of long-term exposure to ramelteon, a melatonin receptor agonist, on endocrine function in adults with chronic insomnia. *Hum Psychopharmacol*. 2009 Mar;24(2):103-11. [Resumo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Teofilo Lee-Chiong, MD

Professor of Medicine

Chief, Division of Sleep Medicine, Department of Medicine, National Jewish Health Denver, Professor of Medicine, School of Medicine, University of Colorado, Denver, CO

DIVULGAÇÕES: TLC is the Chief Medical Liaison for Philips, a company that makes devices to treat sleep apnoea.

Vipin Malik, MD

Associate Professor of Medicine

Division of Pulmonary, Critical Care and Sleep Medicine, National Jewish Health Denver, Assistant

Professor of Medicine, Pulmonary Sciences and Critical Care Medicine, University of Colorado, Denver, CO

DIVULGAÇÕES: VM received research funding from Philips Respironics for a study on COPD-OSA overlap.

// Colegas revisores:

Karl Doghramji, MD

Director

Sleep Disorders Center, Thomas Jefferson University Hospital, Philadelphia, PA

DIVULGAÇÕES: KD is a speaker for Sanofi-Aventis, King Pharmaceuticals, Takeda Pharmaceuticals, Sepracor, and Pfizer; a consultant for Sanofi-Aventis, Takeda Pharmaceuticals, Sepracor, Pfizer, and Neurocrine Biosciences; and has stock in Merck.

Chiadi U. Onyike, MD, MHS

Assistant Professor

Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry, The Johns Hopkins Hospital, Baltimore, MD

DIVULGAÇÕES: CUO declares that he has no competing interests.

Roy Goldberg, MD

Medical Director

Kings Harbor Multicare Center, Bronx, NY

DIVULGAÇÕES: RG declares that he has no competing interests.

Craig Sawchuk, MD

Affiliate Assistant Professor

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington Medical Center, Seattle, WA

DIVULGAÇÕES: CS declares that he has no competing interests.

David Cunningham, MD

Director

Melbourne Sleep Disorders Centre, Melbourne, Victoria, Australia

DIVULGAÇÕES: DC has received consulting fees from Sanofi-Aventis and Lundbeck, and honoraria for speaking from Sanofi-Aventis.