

Como tratar os doentes com insónia crónica? O contributo da Psicologia Clínica

VANDA CLEMENTE*

RESUMO

A insónia crónica constitui um problema de saúde pública extremamente prevalente e com grave prejuízo da qualidade de vida. Apesar dos progressos científicos, muitos doentes permanecem sem um tratamento adequado. Neste artigo são apresentados os factores e mecanismos psicológicos que tornam a insónia crónica uma entidade clínica autónoma e é descrito o contributo da psicologia clínica na insónia através da intervenção cognitivo-comportamental.

Palavras-Chave: Insónia Crónica; Insónia Primária; Insónia Psicofisiológica; Terapia Cognitivo-Comportamental

INTRODUÇÃO

«Dormir 7 horas? Que desperdício com tanta coisa para fazer!»

«Eu queria tanto dormir mais, nem que fosse mais duas ou mesmo uma hora. Acho que ia sentir-me a pessoa mais feliz do mundo.»

Graças às rápidas mudanças tecnológicas, à globalização económica e à ambição de um estatuto de sucesso, somos sem dúvida uma sociedade 24 horas em que a privação do sono nos aparece, actualmente, como uma constante.¹ As alterações nos ritmos sociais, laborais e familiares e, concomitantemente, as alterações nos ritmos emocionais, comportamentais e biológicos, entre os quais o ritmo sono-vigília, têm vindo certamente a contribuir para o aparecimento de novos casos de insónia. Reclamações sobre a falta de tempo entoam como cânticos de desespero e até há pessoas cujas aspi-

rações em dormir pouco se tornam um hábito eufórico de vida, desconhecendo porventura que um dia pagarão tal insensatez. Outros há e são muitos os que vivenciam o desespero de não conseguir dormir.

Estima-se que um terço da população geral sofre de dificuldades em dormir, que 25 a 35 % das pessoas tem insónia ligeira ou ocasional e que 10 a 15% apresenta um distúrbio clínico de insónia crónica.^{2,3} Dormir mal ou em quantidade insuficiente tornou-se, com efeito, uma queixa de saúde pública extremamente prevalente.

Embora poucas pessoas procurem tratamento especificamente para a insónia, 25 a 35% dos doentes observados em clínica geral referem insónia moderada ou grave⁴ e há autores que referem que a insónia ocupa, no contexto dos cuidados primários de saúde, um dos primeiros lugares dentro das queixas que motivam a consulta, imediatamente a seguir à dor.⁵

As consequências deste problema são preocupantes. Traduzem-se em efeitos adversos para a saúde física, provocando fadiga diurna, um maior risco de doenças cardiovasculares,⁶ gastrointestinais e psiquiátricas.⁴ Interferem significativamente com o funcionamento psíquico, prejudicam o desempenho profissional e as relações interpessoais, comprometendo por isso, gravemente,

*Psicóloga Clínica, Mestre em Psicologia Cognitivo-Comportamental e Sistémica
Membro da Equipa do Laboratório de Estudos de Patologia do Sono, Centro Hospitalar de Coimbra

a qualidade de vida.⁷ A insónia está também relacionada com o aumento do uso de medicação psicotrópica e com o risco de abuso de outras substâncias e tem elevada repercussão económica devido à diminuição da produtividade, ao absentismo e aos custos associados com a maior utilização dos serviços de saúde.⁸

Infelizmente, em muitos casos, a insónia continua a ser mal compreendida e os doentes não recebem o tratamento adequado.

Por estes motivos, optou-se neste artigo por:

- Apresentar, inicialmente e de forma breve, os critérios gerais e actuais para o diagnóstico de insónia, tal como as categorias de diagnóstico da insónia, de acordo com o mais recente sistema de classificação dos distúrbios do sono – *International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2)*⁹, de modo a clarificar os diversos tipos de insónia;
- Apresentar um modelo conceptual da insónia que explica como uma simples insónia transitória pode evoluir para uma complexa insónia crónica, graças ao papel de factores de ordem fisiológica, cognitiva, emocional e comportamental, e
- Apresentar as principais características do tratamento psicológico da insónia – terapia cognitivo-comportamental, por se tratar de uma modalidade terapêutica extremamente eficaz.

DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA INSÓNIA

A insónia, embora sendo uma queixa extremamente subjectiva experimentada de forma única por cada doente, pode ser definida, de acordo com a ICSD-2, como uma dificuldade em iniciar o sono (*insónia inicial*), dificuldade em manter o sono (*insónia intermédia*), acordar muito cedo (*insónia terminal*)

ou, embora com menor frequência, por uma queixa de sono não restaurador ou de má qualidade. Para diagnosticar uma insónia é ainda necessário, para além da dificuldade persistente de dormir, que haja oportunidade e condições adequadas para dormir e que o doente apresente problemas no seu funcionamento durante o dia (Quadro I).

A insónia pode ser também leve, moderada ou grave, aguda ou crónica, primária ou secundária.

A **insónia leve** não ocorre todas as noites, embora seja frequente, e prejudica minimamente o desempenho profissional e relacionamento social. A **insónia moderada e grave**, ocorrem ambas todas as noites, provocam muitos sintomas diurnos mas na insónia grave o prejuízo profissional e social são graves, podendo o doente deixar de trabalhar.¹⁰

QUADRO I

CRITÉRIOS GERAIS PARA O DIAGNÓSTICO DE INSÓNIA (ADULTO)

- Uma queixa de dificuldade em iniciar o sono, dificuldade em manter o sono ou acordar muito cedo ou uma queixa de um sono cronicamente não restaurador ou de má qualidade.
- A dificuldade de dormir ocorre apesar de haver oportunidade e circunstâncias adequadas para dormir.
- O doente refere pelo menos uma das seguintes formas de prejuízo do funcionamento diurno relacionada com a dificuldade de dormir durante a noite:
 - Fadiga ou mal-estar
 - Prejuízo da atenção, concentração e memória
 - Disfunção social ou ocupacional ou fraco desempenho escolar
 - Alteração do humor ou irritabilidade
 - Sonolência diurna
 - Diminuição da motivação, energia ou iniciativa
 - Propensão a erros ou acidentes de trabalho ou na condução
 - Tensão, cefaleias ou sintomas gastrointestinais em resposta à falta de sono

Adaptação da ICSD – 2

A **insónia aguda** tem uma duração inferior a 1 mês e é geralmente atribuída a uma causa directa e conhecida como *jet lag*, medicação ou factores ambientais. A insónia que dura entre 1 e 6 meses é considerada de curta duração ou sub-aguda. A **insónia crónica** tem uma duração geralmente superior a 6 meses e pode ser recorrente ao longo de vários anos.

A **insónia primária** é uma entidade independente de outros distúrbios ou condições e pode ser *idiopática*, *psicofisiológica* ou *paradoxal*. Os factores comportamentais, cognitivos e fisiológicos têm um papel etiológico predominante na insónia primária. A **insónia secundária** é causada por outros distúrbios médicos ou mentais, por dependência de drogas ou outras substâncias, por *stress* psicossocial ou por hábitos de vida incompatíveis com o sono. O Quadro II apresenta as várias categorias de diagnóstico da insónia com base na ICSD-2 mas agrupadas em primária e secundária.

A queixa de insónia pode ainda ter como causa subjacente outros distúrbios do sono, como distúrbios respiratórios relacionados com o sono (ex: síndrome de apneia do sono), distúrbios do movimento relacionados com o sono (ex: movimentos periódicos das pernas), distúrbios do ritmo sono-vigília (ex: síndrome do atraso de fase do sono) e parassónias (ex: terrores nocturnos). Estes distúrbios, pela sua especificidade, são porém classificados na ICSD-2 em outras secções, enquanto distúrbios primários do sono.

Este novo sistema de classificação dos distúrbios do sono – ICSD-2, tem a vantagem de apresentar critérios semelhantes aos de outros dois sistemas de classificação, designadamente a DSM-IV-TR e a ICD-10, para a definição de insónia primária crónica.¹¹ Por outro lado, esta classificação da insónia poderá assegurar uma melhor comunicação entre os profissionais e daí resulta-

QUADRO II

CLASSIFICAÇÃO DA INSÓNIA DO ADULTO

(INSÓNIA PRIMÁRIA)

Insónia Idiopática – Insónia que surge na infância com uma evolução persistente e não remissiva

Insónia Psicofisiológica – Insónia causada por uma resposta condicionada mal adaptativa

Insónia Paradoxal (percepção distorcida do estado do sono) – Insónia caracterizada por uma discrepância entre a descrição da duração do sono pelo doente e os dados objectivos polissonográficos

(INSÓNIA SECUNDÁRIA)

Insónia de Ajustamento – Insónia associada a factores de *stress* psicossocial

Higiene Inadequada do Sono – Insónia associada a hábitos de vida que interferem com o sono

Insónia secundária a um Distúrbio Mental – Insónia causada por um distúrbio psiquiátrico, como ansiedade ou depressão

Insónia secundária a uma Doença/Condição

Médica – Insónia causada por dor crónica, dispneia, asma, etc.

Insónia secundária a uma Droga ou uma

Substância – Insónia causada por consumo ou descontinuação de medicação, abuso de droga, álcool ou cafeína

Adaptação e modificação com base na ICSD – 2

rem melhores práticas nos cuidados prestados aos doentes.

Entre os vários tipos de insónia, a *insónia psicofisiológica* é a que mais tem sido estudada nas investigações psicológicas no domínio da patologia do sono.^{12,13} Pelo facto de ser mediada por mecanismos de ordem psicológica, constitui, por excelência, o âmbito da intervenção da psicologia clínica no tratamento da insónia. Contudo, é ainda pouco conhecida pelos médicos de clínica geral e familiar.

A INSÓNIA PSICOFISIOLÓGICA

Os critérios da insónia psicofisiológica são essencialmente clínicos e por esta

razão o diagnóstico baseia-se, frequentemente, na história clínica e só é feito após todas as causas possíveis terem sido despistadas.

É também referida como insónia aprendida ou condicionada. Caracteriza-se por dois aspectos fundamentais: um aumento da activação (arousal) à hora de deitar quando o doente se prepara para dormir e pela presença de associações aprendidas impeditivas do sono, que podem ser quer cognições, quer estímulos externos (Quadro III).

Além disso, um doente com insónia psicofisiológica está quase sempre excessivamente focado no problema do sono, sendo este o principal motivo, e muitas vezes o único motivo, das suas preocupações, contrariamente ao que

acontece, por exemplo, no distúrbio de ansiedade generalizada.

Diversos aspectos permitem distinguir a insónia psicofisiológica de outras insónias primárias (Quadro II). Na insónia idiopática, o início das dificuldades em dormir surge na infância e mantêm um padrão muito mais persistente de má qualidade do sono ao longo do ciclo de vida e, contrariamente à insónia paradoxal, a insónia psicofisiológica não está associada a queixas de sono extremas ou pouco prováveis ou em que há uma grande discrepância entre medidas objectivas e subjectivas do sono.

Relativamente à insónia secundária, a insónia psicofisiológica diferencia-se do distúrbio de higiene inadequada do sono, na medida em que, neste caso, os doentes se envolvem em actividades que são incompatíveis com uma boa qualidade ou quantidade de sono mas não apresentam ou apresentam pouco arousal condicionado, no contexto habitual de dormir. A distinção entre estes dois tipos de insónia assume grande relevância no plano terapêutico, uma vez que, para o distúrbio de higiene inadequada do sono, pode ser suficiente a aplicação de medidas educacionais sobre higiene do sono, não sendo isso verdadeiro para a insónia psicofisiológica.

Diferencia-se também, claramente, da insónia causada por distúrbio mental. Esta distinção é, habitualmente, uma tarefa simples, embora por vezes também surjam sintomas de ansiedade ou de alteração do humor, estando a diferença na gravidade desses sintomas.

A insónia psicofisiológica pode ocorrer, ainda, como comorbilidade de diagnóstico, quando a insónia surge antes do distúrbio mental (ou de um abuso de substâncias), quando segue uma evolução independente ou quando parece ser mantida, em parte, por factores condicionados.

A prevalência da insónia psicofisiológica é de 1 a 2 % na população geral

QUADRO III

CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE INSÓNIA PSICOFISIOLOGICA

- Os sintomas do doente preenchem o critério para insónia.
- A insónia está presente há pelo menos 1 mês.
- O doente apresenta uma dificuldade condicionada de dormir e/ou aumento da activação na cama que se traduz em um ou mais dos seguintes:
 - Focalização excessiva ou elevada ansiedade sobre o sono
 - Dificuldade em adormecer na cama à hora desejada ou durante sestas planeadas, mas sem dificuldade em adormecer durante actividades monótonas em que não tem intenção de dormir
 - Capacidade para adormecer melhor fora de casa
 - Activação mental na cama caracterizada quer por pensamentos intrusivos, quer por uma percepção de incapacidade para interromper voluntariamente a actividade mental impeditiva do sono
 - Tensão somática elevada na cama resultante de uma percepção de incapacidade para relaxar o corpo suficiente para permitir o início do sono
- O distúrbio do sono não é explicado por outro distúrbio do sono médico, neurológico, mental, uso de medicação ou de outras substâncias.

Adaptação da ICSD - 2

mas entre os doentes que procuram ajuda nos centros de medicina do sono tem uma prevalência de 12 a 15%.¹⁴

Num doente com uma insónia psicofisiológica por tratar, os sintomas podem persistir durante décadas, na medida em que o doente fica condicionado a não dormir. Embora a condição inicial que originou a insónia pertença ao passado, cria-se habitualmente um ciclo vicioso que perpetua a insónia, tornando-a num distúrbio crónico.

Como pode, então, evoluir uma insónia transitória para uma insónia crónica?

EVOLUÇÃO E MANUTENÇÃO DA INSÓNIA: MODELO CONCEPTUAL

Sabe-se que existem certas pessoas mais predispostas a desenvolver insónia do que outras. Um estado de arousal (activação), relativamente estável, constitui talvez o principal factor predisponente da insónia.¹⁵ Julga-se mesmo que a activação (ou hiperactivação) seja um traço comportamental comum entre os doentes que desenvolvem insónia. Diversos estudos demonstraram que os insónes, quando comparados com pessoas que não sofrem de insónia, distinguem-se claramente uns dos outros por haver um aumento do arousal, fundamentalmente no período que antecede o sono mas também durante o dia.^{15,16}

Existem, todavia, outros factores como ter uma idade avançada, ser mulher, possuir uma história familiar positiva de insónia ou de depressão recorrente que também podem actuar como **factores predisponentes** da insónia.¹⁷

Quando um limiar crítico necessário para desencadear a insónia é excedido, cria-se, segundo Spielman e Glovinsky,¹⁸ a condição óptima para que esta se manifeste, caso ocorram determinadas circunstâncias temporais ou ambientais que actuem como **factores precipitantes**. Ou seja, uma pessoa

pode ser mais vulnerável do que outras para a insónia mas, se nunca estiver exposta a certos factores, pode nunca ter uma insónia. Contrariamente, uma noite de insónia pode ser desencadeada se num dado momento surgir um episódio de *stress* como um problema profissional, um conflito conjugal ou a perda de um amigo. Habitualmente, na maioria das pessoas essa insónia aguda ou mesmo de curto prazo, tende a extinguir-se após eliminação do factor de *stress* ou após a pessoa se adaptar a essa situação mas existem outras pessoas em que a insónia evolui para um padrão crónico. Esta cronicidade deve-se à actuação de um conjunto de factores – **factores de manutenção** que não estão, geralmente, presentes no início da insónia e surgem como consequência da forma de lidar com o problema.

Charles Morin, um conhecido psicólogo e investigador na área da insónia, propôs um modelo multifactorial que explica detalhadamente como se instala o ciclo vicioso da insónia e como a insónia se pode tornar independente ou funcionalmente autónoma daquilo que a precipitou (Figura 1).⁵

Existem, assim, quatro grandes categorias de factores de manutenção: (1) **Activação**; (2) **Cognições disfuncionais**; (3) **Hábitos maladaptativos** e (4) **Consequências** da insónia.

A activação pode ocorrer no sistema fisiológico, cognitivo ou emocional. Pode predominar num deles ou ocorrer em simultâneo nos vários sistemas.

A *activação fisiológica* resulta da actuação de mecanismos ligados ao sistema nervoso, que podem ser mecanismos centrais ou periféricos. Podem ocorrer problemas ao nível dos processos do SNC que promovem e inibem o estado de sono e de alerta ou pode haver um aumento da actividade vegetativa que mantém o arousal, por exemplo, um estado de tensão muscular que inibe o sono. Esta activação é incompatível com um estado de relaxamento de-

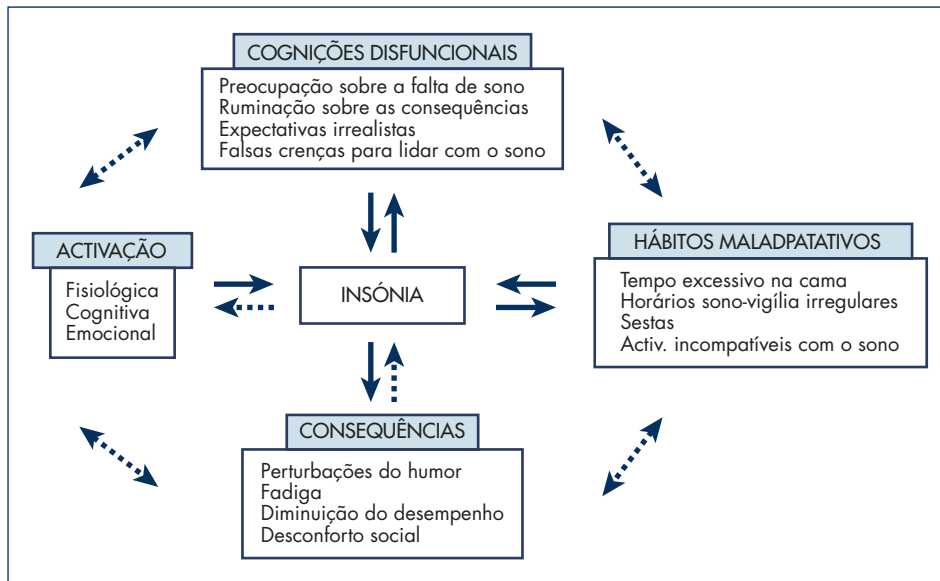


Figura 1. Modelo Microanalítico da Insónia (Adapt. Morin, 1993 in Clemente et al., 2001¹⁹)

sejado para a indução do sono, perturbando por isso o sono normal.

A *activação cognitiva* consiste num estado de alerta mental que pode incluir pensamentos intrusivos, por exemplo, relacionados com problemas familiares ou profissionais, relacionados com a planificação do dia seguinte ou revisão do dia anterior ou simplesmente com uma experiência de vida doente.

A *activação emocional* pode decorrer de um estado permanente de *stress* desencadeado por um acontecimento de vida ou traduzir o resultado do tipo de personalidade do doente, como traços de ansiedade, perfeccionismo e neuroticismo em geral. Pode também dever-se à presença de psicopatologia, nomeadamente, de um distúrbio depressivo.

A privação do sono (insónia) potencia o aumento do estado de activação e vai assim actuar como factor de manutenção da insónia. Por exemplo, caso surjam emoções negativas como tristeza, desespero e irritabilidade por não se conseguir dormir, essa activação emocional pode contribuir para a manutenção da insónia.

As *cognições disfuncionais* que interferem com o sono consistem em preocupações sobre a falta de sono e respectivas causas (e.g. «Se não durmo é porque tenho uma doença grave na cabeça»), ruminações sobre as consequências da insónia (e.g. «Se não dormir não vou conseguir trabalhar»), expectativas irrealistas (e.g. «Tenho que dormir sempre 8 horas para funcionar bem durante o dia») e em falsas crenças sobre o sono e sobre como promover o sono (e.g. «Quando não durmo as horas suficientes, tenho que ficar mais tempo na cama para compensar»).

O doente tenta assim fazer um esforço para dormir, agravando o estado de activação que mantém a insónia.

Os *hábitos maldaptativos* incluem uma série de comportamentos que o doente, habitualmente, utiliza para lidar com a insónia como, por exemplo, ficar mais tempo na cama para ver se dorme, deitar-se e levantar-se a horas variáveis, fazer sestas para compensar a falta de sono ou realizar actividades na cama que o mantêm em estado de alerta, como ler ou ver televisão.

As *consequências* da insónia são geralmente a perturbação do humor, a fadiga, a diminuição do desempenho e as dificuldades no plano social. A constatação destes problemas reforça as cognições disfuncionais, aumenta a activação e potencia a insónia.

Este modelo, ao explicar a insónia crónica, nomeadamente, os factores de manutenção da insónia e os mecanismos de influência bidireccional entre esses factores que se perpetuam num ciclo vicioso, determina, igualmente, uma modalidade diferente de tratamento da insónia: Uma terapia psicológica não orientada para distúrbios psicológicos mas, em vez disso, uma terapia destinada a modificar hábitos de sono inadequados, regular horários de sono-vigília, reduzir a activação pré-sono, corrigir atitudes sobre o sono e a ajudar o doente a desenvolver estratégias de *coping* adaptadas para lidar com problema de sono.¹¹

TRATAMENTO PSICOLÓGICO DA INSÓNIA CRÓNICA: A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A terapia cognitivo-comportamental inclui um conjunto de diversas técnicas e procedimentos¹⁹ que visam modificar os factores de manutenção da insónia, em que se destacam as apresentadas no Quadro IV.

A **educação e higiene do sono** tem como principais objectivos, para o doente, adquirir noções correctas sobre o sono, compreender como se perpetua a insónia, modificar os factores extrínsecos que prejudicam o sono (e.g. temperatura, ruído e luz), evitar substâncias (e.g. cafeína, tabaco e álcool) e comportamentos (e.g. ver filmes excitantes ou trabalhar no computador antes de ir para a cama) que causam um aumento da activação pré-sono e promover factores que aumentam a propensão para

dormir e disciplinar o ritmo do sono-vigília (e.g. horários de sono-vigília e exercício físico regulares). Esta componente do tratamento pode realizar-se individualmente ou em sessão de grupo.

A **terapia de controlo de estímulo**²⁰ baseia-se na premissa de que a insónia resulta de um processo de condicionamento entre o ambiente de dormir (cama-quarto) e a hora de deitar e a activação provocada por determinados comportamentos como, por exemplo, ver TV na cama e planificar o dia seguinte. O objectivo desta terapia é recondicionar o sono à cama, ou seja, reforçar a associação entre comportamentos de dormir e estímulos ambientais e temporais, eliminando comportamentos incompatíveis com o sono. Para que isso seja possível, é necessário aplicar um conjunto de procedimentos descritos no Quadro IV.

A **terapia de restrição do tempo na cama**²¹ tem como objectivo aumentar a eficiência do sono através da indução temporária de privação do sono, sendo para isso reduzido voluntariamente o tempo passado na cama.

A **terapia de relaxamento** pretende reduzir o estado de hiperactivação que causa e mantém a insónia. Podem ser aplicadas técnicas diferentes, conforme o tipo de activação seja predominantemente somático ou cognitivo, respectivamente treino neuromuscular progressivo ou treino autogénico e imaginação guiada. Esta terapia requer uma prática diária, não sendo os resultados imediatos.

A **terapia cognitiva**⁵ envolve técnicas de reestruturação cognitiva que permitem a identificação, o debate e a correcção de atribuições distorcidas sobre as causas e consequências da insónia, de expectativas irrealistas sobre o sono e de falsas crenças sobre como lidar com a insónia. Além disso, podem ser aplicadas técnicas de controlo cognitivo como o desvio sistemático da atenção.

QUADRO IV

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DA INSÓNIA

Educação e Higiene do Sono

- Informação sobre o sono normal: tipos de sono, funções, duração e variação ao longo do ciclo de vida
- Análise da insónia como um sintoma e debate sobre o ciclo vicioso da insónia
- Correção de factores extrínsecos que prejudicam o sono e apresentação de regras para uma boa higiene do sono

Terapia de Controlo de Estímulo

- Ir para a cama só quando sentir sono
- Usar o quarto apenas para dormir e actividade sexual
- Se não for capaz de adormecer após 15-20 minutos, levantar-se e ir para outra parte da casa. Ler ou envolver-se em tarefas calmas e voltar para a cama só quando sentir sono
- Se não conseguir adormecer, repetir o procedimento anterior as vezes necessárias
- Manter um horário regular de levantar, independentemente da duração do sono ao longo da noite
- Evitar dormir durante o dia

Terapia de Restrição do Tempo na Cama

- Reduzir o tempo na cama à quantidade total de sono actual
- Aumentar 15 min. o tempo na cama, todas as semanas, quando a eficiência do sono for, pelo menos, 90%.

Terapia de Relaxamento

- Treino neomuscular progressivo
- Treino autogénico
- Imaginação guiada

Terapia Cognitiva

- Técnicas de reestruturação cognitiva
- Técnicas de controlo cognitivo

CONCLUSÃO

Apesar dos progressos científicos, quer na compreensão, quer no tratamento da insónia, um grande número de doentes com insónia crónica permanece com o problema por tratar²² ou, nas palavras de William Dement,²³ um dos pioneiros da medicina do sono, «a maioria das pessoas que está preocupada com problemas de dormir não está a receber os benefícios do conhecimento acumulado» (p.166) de anos de investigação científica.

De facto, existem algumas barreiras ao tratamento da insónia. *Em primeiro lugar*, subsistem dificuldades na sua sinalização: (a) por não constituir um problema de saúde agudo é por vezes negligenciado; e (b) por muitas pessoas não procurarem tratamento. Algumas

peças sentem que pouco pode ser feito para as ajudar, outras sentem que a insónia não é uma preocupação de saúde legítima e outras não admitem ter insónia por ser sinónimo de perda de controlo. *Em segundo lugar*, o tratamento de escolha da insónia continua a ser a prescrição de hipnóticos ou de outros medicamentos indutores do sono, apesar de não ser aconselhável como monoterapia em alguns casos, ou ser mesmo contraindicada, por exemplo, pelo uso de outros medicamentos ou por tendência ao abuso. Estes fármacos originam, habitualmente, uma variedade de efeitos iatrogénicos e provocam, quando tomados de forma regular, tolerância e dependência. Além disso, em alguns doentes, não aliviam a insónia e noutros podem produzir algum alívio inicial mas perdem gradualmente a sua eficácia. Verifica-se, no momento, que

há também doentes que não pretendem simplesmente tomar esse tipo de medicamentos. *Em terceiro lugar*, embora a terapia cognitivo-comportamental constitua uma opção terapêutica eficaz na insónia primária crónica, estando os resultados amplamente documentados e comprovados cientificamente,²⁴⁻²⁶ continua a ser subutilizada nos contextos médicos.

Com efeito, a terapia cognitivo-comportamental da insónia (primária), aplicada muitas vezes como monoterapia, traz benefícios significativos em doentes que não obtêm melhoria com outros métodos e pode actuar, em complementariedade ou como potenciação das drogas hipnóticas, em outros distúrbios de insónia secundária. Os próprios doentes avaliam esta modalidade de tratamento psicológico como mais benéfico comparativamente com o tratamento farmacológico.^{27,28}

Por forma a ultrapassar estas barreiras e a responder mais adequadamente às necessidades dos doentes com insónia crónica, sugere-se que os médicos de clínica geral e familiar encaminhem estes doentes para psicólogos clínicos especialistas em sono ou, em alternativa, passem a familiarizar-se com alguns destes procedimentos e técnicas terapêuticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fischer FM, Moreno CR, Rotenberg L. Trabalho em turnos e noturno na Sociedade 24 Horas. São Paulo: Atheneu; 2004.
2. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? *JAMA* 1989 Sep 15; 262 (11): 1479-84.
3. Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH. Insomnia and its treatment: prevalence and correlates. *Arch Gen Psychiatry* 1985 Mar; 42 (3): 225-32.
4. Hohagen F, Rink K, Kappler C, Schramm E, Riemann D, Weyerer S, et al. Prevalence and treatment of insomnia in general practice: a longitudinal study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; 242 (6): 329-36.
5. Morin CM. *Insomnia: psychological assessment and management*. New York: Guilford Press; 1993.
6. Partinen M, Putkonen PT, Kaprio J, Koskenvuo M, Hilaviki I. Sleep disorders in relation to coronary heart disease. *Acta Med Scand Suppl* 1982; 660: 69-83.
7. Shapiro CM, Dement WC. ABC of sleep disorders: impact and epidemiology of sleep disorders. *BMJ* 1993 Jun 12; 306 (6892): 1604-7.
8. Leger D, Guilleminault C, Bader G, Levy E, Paillard M. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep* 2002 Sep 15; 25 (6): 625-9.
9. *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*. 2nd ed. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
10. Ferreira AM, Pissarra C, Clemente V, Coelho I, Gomes A, Azevedo MH. Avaliação da insónia. *Psiquiatria Clínica* 2001; 22 (4): 249-58.
11. Morin CM. Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 Suppl 16: 33-40.
12. Borkovec TD. Insomnia. *J Consult Clin Psychol* 1982 Dec; 50 (6): 880-95.
13. Lacks P, Morin, CM. Recent advances in the assessment and treatment of insomnia. *J Consult Clin Psychol* 1992 Aug; 60 (4): 586-94.
14. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Kupfer DJ, Thorpy MJ, Bixler E, Manfredi R, et al. Clinical diagnoses in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 categories: a report from the APA/NIMH DSM-IV Field Trial. *Sleep* 1994 Oct; 17 (7): 630-7.
15. Espie CA. *The psychological treatment of insomnia*. Chichester: John Wiley & Sons; 1991.
16. Lacks P. *Behavioral treatment of persistent insomnia*. Oxford: Pergamon Press; 1987.
17. Kales A, Kales JD. *Evaluation and treatment of insomnia*. New York: Oxford University Press; 1984.
18. Spielman AJ, Glovinsky PB. The varied nature of insomnia. In: Hauri PJ, editor. *Case studies in insomnia*. New York: Plenum Publishing Corporation; 1991. p. 1-15.
19. Clemente V, Ferreira AM, Gomes A, Pissarra C, Pereira A, Azevedo MH. Insónia crónica: conceptualização e terapia cognitivo-comportamental. *Psiquiatria Clínica* 2001; 22 (4): 259-66.
20. Bootzin RR, Epstein D, Wood JM. Stimulus control instructions. In: Hauri PJ, edi-

tor. Case studies in insomnia. New York: Plenum Publishing Corporation; 1991. p. 19-28.

21. Glovinsky PB, Spielman AJ. Sleep restriction therapy. In: Hauri PJ, editor. Case studies in insomnia. New York: Plenum Publishing Corporation; 1991. p. 49-63.

22. Summers MO, Crisostomo MI, Stepansky EJ. Recent developments in the classification, evaluation, and treatment of insomnia. Chest 2006 Jul; 130 (1): 276-86.

23. Dement WC, Vaughan C. The promise of sleep. New York: Dell Publishing; 1999.

24. 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.

25. Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies on late-life insomnia: a randomized controlled trial. JAMA 1999 Mar 17; 281 (11): 991-9.

26. Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS,

Pennington J, Giles De, et al. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. Am J Psychiatry 2002 Jan; 159 (1): 5-11.

27. Clemente V, Ferreira A, Fernandes C, César H, Azevedo MH. What is the best treatment for insomnia? [Poster apresentado no 13th European Congress on Sleep Research, Brussels, Belgium, 16-21 June 1996].

28. Morin CM, Gaulier B, Barry T, Kowatch RA. Patients' acceptance of psychological and pharmacological therapies for insomnia. Sleep 1992 Aug; 15 (4): 302-5.

Endereço para correspondência

Vanda Clemente
Laboratório de Estudos de Patologia
do Sono
Centro Hospitalar de Coimbra
3041-853 Coimbra