

Alterações do sono

Ferraz Gonçalves

2026

1

Introdução

- As alterações do sono complicam com frequência outras doenças, nomeadamente o cancro.
- O sono parece ter uma função de recuperação total do corpo.
- A privação do sono pode resultar em alterações fisiológicas e psicológicas, que variam segundo o tipo e grau de privação.
- As alterações mais frequentemente descritas incluem fadiga progressiva, sonolência, alteração da concentração e irritabilidade.

2

Introdução

- As alterações do sono podem ser sintomas de doenças psiquiátricas como a depressão e a ansiedade, mas podem também precedê-las.
- Pensa-se que a correção das perturbações do sono pode prevenir o desenvolvimento dessas doenças psiquiátricas.

3

Introdução

- Em cuidados paliativos:
 - A prevalência da insónia é maior nos doentes oncológicos do que noutros doentes.
 - Em vários estudos variou de 2,1% a 100% com uma prevalência mediana global de 49,5%.

4

Insônia – ICD-11

- Os transtornos de insônia são caracterizados pela dificuldade persistente com o início, duração, consolidação, ou qualidade do sono que ocorre apesar da oportunidade e das circunstâncias adequadas para o sono, e resulta em alguma forma de comprometimento diurno.

5

Insônia – ICD-11

- Os sintomas diurnos incluem tipicamente fadiga, humor deprimido ou irritabilidade, mal-estar geral, e disfunção cognitiva.
- Indivíduos que relatam sintomas relacionados com o sono na ausência de comprometimento diurno não são considerados como tendo transtorno de insônia.

6

Sintomas

- Dificuldade em adormecer – insónia inicial
- Dificuldade em manter o sono com períodos prolongados sem dormir à noite – insónia média ou de manutenção
- Acordar cedo com incapacidade de voltar a adormecer – insónia terminal
- Sono não reparador

7

Crítérios de diagnóstico

- A. Dificuldade em dormir caracterizado por qualquer (ou ambos) dos seguintes:
- Dificuldade em iniciar o sono (≥ 30 minutos para adormecer)
 - Dificuldade em manter o sono (> 30 minutos de episódios de acordar noturno) com correspondente eficiência do sono (razão do tempo total de sono com o tempo total passado na cama) $< 85\%$.
- B. A perturbação do sono ocorre pelo menos em 3 noites por semana
- C. A perturbação do sono prejudica significativamente o funcionamento durante o dia (ex. fadiga) ou *distress* intenso

8

Duração

- Transitória ou situacional: duração ≤ 1 mês
- Curto prazo ou subaguda: >1 mês e <6 meses
- Crónica: ≥ 6 meses

9

Avaliação

- A depressão e a ansiedade associam-se a alterações do sono, pelo que é essencial estar-se atento à sua presença.
 - No caso da ansiedade, esta pode aumentar quando o doente está na cama só com os seus pensamentos e já não distraído com as actividades do dia
 - com a repetição, a ansiedade aparecer com a perspectiva de não se adormecer, criando-se assim um condicionamento.
 - Se o doente estiver acamado e, portanto, incapaz de escapar a esta situação, a questão torna-se mais difícil de resolver.

10

Avaliação

- A dor, a tosse, a dispneia, as náuseas, os sintomas de úlcera péptica e de refluxo gastroesofágico etc., podem interferir com o sono.
- Por outro lado, a privação do sono pode exacerbar os sintomas.
- Se é importante controlar os sintomas para melhorar o sono, também é importante melhorar o sono para melhor controlar os sintomas.

11

Avaliação

- Várias drogas de uso corrente como o álcool, a nicotina e a cafeína isoladamente ou em combinação influenciam significativamente o sono .
- Há múltiplos fármacos potencialmente causadores de insónia ou de sonolência.
- A suspensão de fármacos pode também perturbar o sono.

12

Tratamento não farmacológico

- Identificação das causas e corrigi-las, se possível.
- As intervenções não farmacológicas são muito importantes.
- Há mesmo recomendações para usar estas intervenções (terapia cognitivo-comportamental - TCC) como primeira linha.
- A TCC tem vários componentes: que geralmente inclui controlo de estímulos, restrição do sono, higiene do sono e terapia cognitiva.
- A TCC varia com os diferentes protocolos e nem sempre inclui os 4 componentes e alguns incluem também técnicas de relaxamento.

13

Tratamento não farmacológico

- Manter bom controlo de sintomas.
- Manter um ciclo sono-vigília tão regular quanto possível;
- É particularmente importante acordar de manhã à mesma hora todos os dias independentemente do número de horas de sono;
- Usar a cama apenas para dormir (e sexo);

14

Tratamento não farmacológico

- Se após 15 a 20 minutos na cama não conseguir dormir, deve sair da cama e mudar para outra divisão da casa e realizar uma actividade como ler com uma luz pouco intensa e evitar ver televisão, voltando para a cama só quando houver sono;
- Evitar estar desnecessariamente na cama durante o dia, minimizando o sono durante o dia para aumentar o sono à noite;
- Se for necessário, fazer uma sesta de cerca de 30 minutos no princípio da tarde;

15

Tratamento não farmacológico

- Manter um dia tão activo quanto possível;
- Minimizar as interrupções do sono à noite;
- Evitar substâncias estimulantes, particularmente nas horas anteriores à hora de deitar;
- Para os doentes acamados, que obviamente não podem seguir algumas das recomendações anteriores, há que providenciar tanta estimulação física e cognitiva quanto possível durante o dia.

16

Tratamento farmacológico

- A primeira abordagem farmacológica são os fármacos hipnóticos sedativos GABAérgicos.
- Actualmente, esses fármacos são as benzodiazepinas e os agonistas dos receptores das benzodiazepinas.
- Pensa-se que os hipnóticos sedativos GABAérgicos induzem directamente o sono.

17

Tratamento farmacológico

- Os efeitos indesejados destes fármacos incluem cefaleias, sonolência, tonturas, diarreia, xerostomia, palpitações e atordoamento.
- Pode haver ainda parassónias, como andar, falar, comer ou conduzir enquanto a dormir.
- Há ainda a possibilidade de desenvolvimento de tolerância e dependência psicológica ou fisiológica quando usados por períodos extensos.

18

Tratamento farmacológico

- As benzodiazepinas são os fármacos mais frequentemente usados para a insónia.
- Produzem um rápido alívio do sintoma diminuindo o tempo para o início do sono, aumentam a eficiência do sono e dão uma sensação de sono repousante na maioria dos doentes.
- Dado o estabelecimento de tolerância, são mais úteis para o tratamento da insónia no curto prazo (menos de 2 semanas) ou para o uso intermitente.

19

Tratamento farmacológico

- O triazolam tem um início de acção em 15 a 30 min, pelo que induz rapidamente o sono.
- A semivida de eliminação é de 1,5 a 5 h não produzindo acumulação significativa.
- Pode produzir insónia reactiva, ansiedade diurna, amnésia, sonambulismo, duração insuficiente de acção, comportamento desinibido e hiperexcitabilidade.

20

Tratamento farmacológico

- O temazepam e o estazolam têm uma semivida de eliminação intermédia (3 a 25 h).
- Induzem e mantêm o sono.
- Podem provocar sedação diurna, principalmente matinal, embora menos do que os de semivida longa, e insónia reactiva.

21

Tratamento farmacológico

- O flurazepam é absorvido rapidamente, atingindo concentrações máximas dentro de cerca de 1 h ou menos.
- A semivida de eliminação é de 47-100 h. É eficaz para iniciar e manter o sono, podendo ser eficaz por 2 noites ou mais com uma só dose.
- Provoca sedação diurna e acumulação especialmente nos idosos.
- A sua longa acção pode ser aproveitada para actuar como ansiolítico durante o dia se for necessário.

22

Tratamento farmacológico

- O lorazepam tem uma semivida de 10-20 h.
- É muito usado embora não tenha sido estudado especificamente como hipnótico.

23

Tratamento farmacológico

- Um estudo sugere que as benzodiazepinas com semividas intermédias, como o temazepam, têm melhor aceitabilidade do que os compostos de acção curta e os de acção longa.

24

Tratamento farmacológico

- Os fármacos-Z, como a zopiclona, eszopiclona, zalepon e **zolpidem**, são estruturalmente diferentes das benzodiazepinas, mas actuam por via dos receptores das benzodiazepinas.

25

Tratamento farmacológico

- Antagonistas do receptor 1 da histamina, como a difenidramina e a hidroxizina, para facilitar o sono.
- Este mecanismo é também a base para o efeito hipnótico da doxepina e também da mirtazapina e da quetiapina.
- A trazodona combina o antagonismo histamínico com o bloqueio do receptor adrenérgico α -1.

26

Tratamento farmacológico

- A melatonina não se mostrou eficaz no tratamento da insónia.
- A melatonina deve ser considerada mais como um cronobiótico do que como um hipnótico e a sua indicação primária deve ser as alterações do ritmo circadiano ou a insónia com um forte componente de alteração do ritmo circadiano.
- Mais recentemente apareceram os antagonistas duplos do receptor da orexina (DORA).
 - Dentro desta classe há 3 fármacos com indicação para o tratamento da insónia: suvorexant, lemborexant e daridorexant

27

Tratamento farmacológico

- Em situações particulares podem ser mais úteis outros fármacos.
- Nos doentes com depressão os antidepressivos sedativos são os fármacos de eleição.
- Nas doenças mentais orgânicas o haloperidol ou, se necessário, os antipsicóticos mais sedativos, como a clorpromazina ou a levomepromazina, são os fármacos a usar,
 - evitando-se a utilização das benzodiazepinas porque podem agravar o delirium.

28

American Academy of Sleep Medicine

Recomendação	Risco/benefício	Tipo de insônia	Fármaco e dose
A favor (usar)	Os benefícios ultrapassam os riscos	Insônia inicial	Zaleplon
			5 a 10 mg
			Triazolam
		Insônia de manutenção	0,25 mg
			Ramelteona
			8 mg
			Suvorexanto
			10 a 20 mg
			Doxepina
			3 a 6 mg
insônia inicial e de manutenção	Os riscos ultrapassam os benefícios	Eszopiclona	
		2 a 3 mg	
		Zolpidem	
		10 mg	
		Temazepam	
		15 mg	
		Trazodona	
		Tiagabina	
		L-triptofano	
		Difenidramina	
Contra (não usar)	Os benefícios igualam aproximadamente os riscos	insônia inicial e de manutenção	Melatonina
			Valeriana

29

Sonolência

- A sonolência é comum nos doentes com cancro avançado. Num estudo recente a prevalência de sonolência clinicamente significativa foi de 50% e estava associada à gravidade da insónia, fadiga, ansiedade e pior sensação de bem-estar.

30

Sonolência

Insónia

Inversão do ciclo sono-vigília

Benzodiazepinas

Opióides

Antidepressivos

Anticonvulsivantes

Doenças metabólicas

31

Sonolência

- Metilfenidato é um psicostimulante, classificado também como um agente promotor da vigília.
- O modafinil é um agente promotor da vigília e não um psicostimulante clássico.
- O modafinil é geralmente seguro e tem pouco potencial de abuso
 - Há casos de reacções cutâneas graves, pelo que o modafinil deve ser suspenso aos primeiros sinais de erupção cutânea e não reiniciado.
 - A dose inicial é de 200 mg que podem ser tomados de manhã ou dividir em 100 mg de manhã e 100 mg ao meio-dia. A dose pode ser aumentada até aos 400 mg por dia, se os 200 mg forem insuficientes.
 - Os comprimidos devem ser tomados inteiros.

32