

PSIQUIATRIA

Insônia no consultório: como investigar antes de prescrever um hipnótico



Sumário

O que o paciente chama de insônia — 3

Critérios que sustentam o diagnóstico — 4

Diário do sono e linha do tempo — 5

Diferenciais que mudam a conduta — 6

Quando pedir exames — 7

O lugar da TCC-I e da farmacoterapia — 8

Checklist para a consulta — 9

Referências — 10

Conteúdo destinado a médicos. A decisão clínica deve considerar a avaliação individual de cada paciente.

1. O que o paciente chama de insônia

“Não durmo” pode significar dificuldade para iniciar o sono, despertares, despertar precoce, sono fora do horário social, privação voluntária ou sono fragmentado por outro transtorno.

Peça uma descrição de uma noite habitual:

- quando vai para a cama e quando tenta dormir;
- latência percebida;
- despertares e duração aproximada;
- despertar final e horário de levantar;
- tempo total estimado de sono;
- variação em folgas, fins de semana e plantões;
- cochilos e sonolência involuntária.

Duas distinções úteis

Tempo na cama não é tempo de sono. Permanecer muitas horas deitado pode coexistir com sono curto e fragmentado.

Não conseguir dormir não é o mesmo que não reservar tempo para dormir. O transtorno de insônia pressupõe oportunidade e circunstâncias adequadas.^{2,4}

2. Critérios que sustentam o diagnóstico

Na insônia crônica, a dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou o despertar antes do desejado, ocorre apesar de oportunidade adequada e provoca repercussão diurna. O padrão persiste por pelo menos três meses e aparece três ou mais vezes por semana.^{1,2}

Pergunte sobre o dia seguinte

- fadiga ou perda de energia;
- atenção, concentração ou memória;
- irritabilidade ou alteração do humor;
- prejuízo profissional, acadêmico ou social;
- erros, acidentes ou preocupação persistente com o sono.

Sonolência é propensão a adormecer. **Fadiga** é exaustão ou baixa energia. Sonolência acentuada pede atenção para privação de sono, transtorno respiratório, efeito medicamentoso ou outro diagnóstico concomitante.

Organize o curso

Defina início, frequência, duração e evolução. Identifique o gatilho e o que passou a perpetuar o problema: horários variáveis, cochilos, tempo excessivo na cama, vigília ansiosa, monitoramento do relógio ou uso recorrente de substâncias.

3. Diário do sono e linha do tempo

O diário do sono transforma lembranças vagas em um padrão observável e ajuda a diferenciar insônia de alterações circadianas.¹ Duas semanas costumam captar dias úteis, folgas e variações relevantes.⁴

Registre diariamente:

Item	O que anotar
Janela de sono	Horário de deitar, tentativa de dormir, despertar final e levantar
Continuidade	Latência estimada, número e duração de despertares
Sono diurno	Cochilos, duração e horário
Exposições	Cafeína, álcool, nicotina, outras substâncias e medicamentos
Percepção	Qualidade do sono e funcionamento no dia seguinte

O registro deve ser preenchido pela manhã, sem cronômetro. O objetivo é reconhecer o padrão, não produzir falsa precisão.

Questionários como o Insomnia Severity Index ajudam a medir gravidade e resposta. Eles complementam a entrevista, mas não fecham o diagnóstico.^{1,2}

Conheça a Pós em Psiquiatria do CENBRAP

4. Diferenciais que mudam a conduta

Respiração durante o sono

Ronco habitual, pausas observadas, engasgos, cefaleia matinal, noctúria, sono não reparador e sonolência aumentam a suspeita de transtorno respiratório. Um hipnótico não substitui essa investigação.^{2,5}

Pernas inquietas e movimentos

Pergunte sobre necessidade de mover as pernas, pior em repouso e à noite, com alívio pelo movimento. Quando pertinente, obtenha relato do acompanhante sobre movimentos repetitivos durante o sono.^{1,2}

Ritmo circadiano

Se o paciente dorme adequadamente quando segue seu horário preferido, mas não no horário exigido pela rotina, considere desalinhamento circadiano. Plantões, trabalho noturno e grande diferença entre dias úteis e folgas são pistas.^{1,2}

Condições clínicas, psiquiátricas e substâncias

Dor, dispneia, refluxo, sintomas urinários e outras condições podem fragmentar o sono. Investigue depressão, ansiedade, trauma, uso de substâncias e sintomas de mania ou hipomania. Redução da necessidade de sono com aumento de energia e aceleração não é apenas insônia.

Revise cafeína, nicotina, álcool, cannabis, estimulantes, medicamentos prescritos e produtos isentos de prescrição. Registre quantidade aproximada, horário e relação temporal com a queixa.

5. Quando pedir exames

A entrevista clínica, o diário e o exame orientado pelas hipóteses resolvem grande parte da avaliação inicial. Exames complementares não devem funcionar como painel automático.

Polissonografia

Não é exame rotineiro para toda queixa de insônia. Considere quando houver suspeita de outro transtorno do sono, como apneia ou movimentos periódicos, incerteza diagnóstica selecionada ou insônia resistente ao tratamento.^{2,4}

Actigrafia

Não é obrigatória na avaliação habitual. Pode ajudar quando há suspeita de padrão sono-vigília irregular ou transtorno circadiano.²

Exames laboratoriais

Devem responder a uma hipótese clínica específica. História e exame físico direcionam a investigação de condições médicas, uso de substâncias e efeitos de medicamentos.

Sinais que mudam a prioridade

Sonolência com risco de acidente, suspeita de apneia importante, mania ou hipomania, intoxicação ou abstinência, alteração aguda do estado mental e risco de autoagressão exigem avaliação prioritária. “Fazer dormir” não substitui o manejo da causa e do risco.

6. O lugar da TCC-I e da farmacoterapia

A terapia cognitivo-comportamental para insônia, TCC-I, é tratamento de primeira linha para insônia crônica em adultos, inclusive com comorbidades.^{2,3}

Higiene do sono pode compor o cuidado, mas recomendações genéricas isoladas não equivalem à TCC-I. O tratamento estruturado trabalha mecanismos cognitivos e comportamentais que perpetuam o quadro.⁴

Quando a farmacoterapia é considerada, defina antes:

1. diagnóstico de trabalho;
2. alvo predominante, como início, manutenção ou despertar precoce;
3. repercussão diurna e risco funcional;
4. tratamentos prévios e acesso à TCC-I;
5. comorbidades, idade, risco de quedas e condições respiratórias;
6. substâncias, interações e contraindicações;
7. critério de benefício e data de reavaliação;
8. duração planejada e estratégia de suspensão quando aplicável.

A decisão deve ser compartilhada, com discussão de benefícios, danos e custos. A receita não encerra a investigação nem substitui o acompanhamento.^{2,3}

7. Checklist para a consulta

Antes de prescrever um hipnótico, confirme:

1. Qual é o padrão: início, manutenção, despertar precoce ou horário inadequado?
2. Existe oportunidade adequada para dormir?
3. Qual é a frequência, a duração e a repercussão diurna?
4. O diário confirma qual padrão?
5. Há sonolência relevante ou risco de acidente?
6. Apneia, pernas inquietas, alteração circadiana e parassonias foram investigadas?
7. Humor, dor, condições médicas, substâncias e medicamentos foram revistos?
8. Existe indicação dirigida de polissonografia, actigrafia ou laboratório?
9. A TCC-I foi oferecida ou discutida?
10. Se houver medicamento, estão definidos alvo, riscos, prazo e reavaliação?

Registro mínimo

Documente hipótese diagnóstica, diferenciais, padrão do diário, repercussão diurna, fatores de risco, tratamentos prévios, decisão compartilhada e plano de seguimento.

Conheça a Pós em Psiquiatria do CENBRAP

8. Referências

1. Drager LF, et al. 2023 Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Insomnia in Adults – Brazilian Sleep Association. **Sleep Science**. 2023;16(Suppl 2):507–549. doi:10.1055/s-0043-1776281.
2. Riemann D, et al. The European Insomnia Guideline: an update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. **Journal of Sleep Research**. 2023;32:e14035.
3. Qaseem A, et al. Management of chronic insomnia disorder in adults. **Annals of Internal Medicine**. 2016;165:125–133.
4. Schutte-Rodin S, et al. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. **Journal of Clinical Sleep Medicine**. 2008;4:487–504.
5. Kapur VK, et al. Clinical practice guideline for diagnostic testing for adult obstructive sleep apnea. **Journal of Clinical Sleep Medicine**. 2017;13:479–504.