



Insônia

e o uso indiscriminado de benzodiazepínicos

Guilherme Monteiro Constant

Psiquiatra (CRM-AL 7657 | RQE: 5235)

Preceptor - residências de psiquiatria UFAL/Uncisal

Psiquiatra - SIASS UFAL (Arapiraca)

Insônia – definição e epidemiologia

- Dificuldade para **iniciar** ou **manter** o sono
- Prevalência em 1 ano: 30-45% dos adultos
- Crônica (>3 meses) em 9% da população



Apenas 5% buscam assistência médica

40% se automedicam com fármacos, álcool ou ambos

Insônia – consequências

- ↓ Qualidade de vida comparável a ICC, artrites, diabetes e depressão
- ↑ **Morbimortalidade:** cardiovascular, endócrino-metabólica (diabetes, obesidade...), dor crônica, acidentes de trabalho/trânsito
- ↑ Risco de **transtornos psiquiátricos:** depressão, ansiedade, abuso de álcool, dependência de hipnóticos, risco de suicídio



A insônia é o maior fator de risco tratável para depressão na idade adulta

Diagnóstico



Diagnóstico

- Diagnóstico clínico
- **Polissonografia:** Não é rotina na investigação. Indicada em:

Suspeita de outros transtornos do sono
(ex.: apneia do sono)

Falha de tratamento



Transtorno de insônia (DSM-5)



- Insatisfação com a qualidade ou quantidade do sono associada a um ou mais dos seguintes:

Dificuldade para iniciar o sono (ex.: >20-30min)

Insônia inicial

Despertares frequentes ou problema para retornar ao sono após cada despertar

Insônia de manutenção

Despertar antes do horário habitual e incapacidade de retornar ao sono

- Presente pelo menos 3 noites por semana, por 3 meses
- Causa sofrimento e prejuízo funcional significativos

Sintomas diurnos

Fadiga

Sonolência diurna

Prejuízo de motivação

Dificuldade de atenção,
concentração ou memória

Propensão a erros
(trabalho, trânsito...)

Prejuízo social, profissional
ou acadêmico

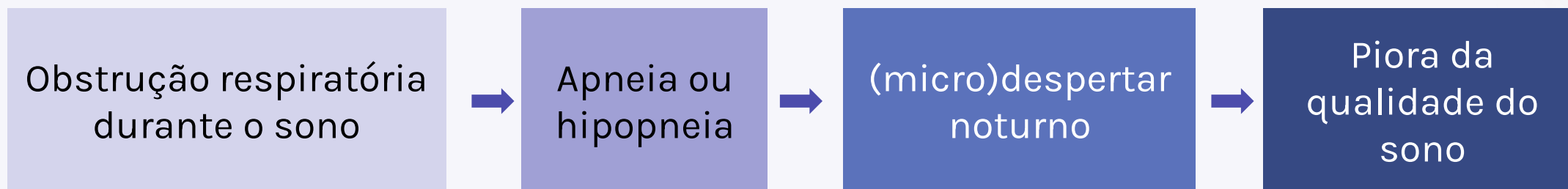
Alterações de humor

Alterações
comportamentais
(agressividade,
impulsividade...)

Preocupação com o sono

Síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS)

- Prevalência: 32-36% dos adultos; 87% em idosos de 70-80 anos

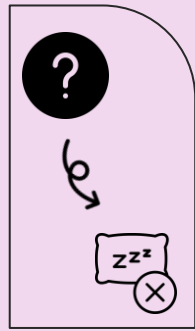


- Roncos, insônia de manutenção, sintomas diurnos (sonolência, prejuízo cognitivo...)
- Aumento da incidência de doenças cardiovasculares (hiperativação simpática)



Etiologia da insônia

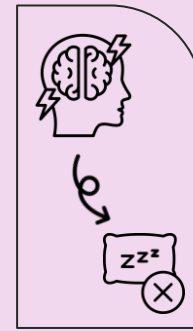
No passado:



Insônia primária

Sem causa identificável

~20%



Insônia secundária

Com causa identificável

~80%

“Deve-se tratar a causa da insônia e o sono melhorará”

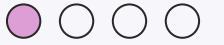
Atualmente: tratar a causa e promover alívio sintomático

Etiologia

- Insônia associada a **transtornos mentais**
 - Transtornos de humor e ansiedade
- Insônia associada a **condições clínicas**
 - Hipertireoidismo, síndromes álgicas, doenças neurológicas, asma, ICC, gravidez, menopausa...
- Insônia associada a **medicamentos ou substâncias**
 - Psicotrópicos, cafeína, álcool
- Insônia associada a **má higiene do sono**
- Insônia **idiopática**



Tratamento



Tratamento



- Diretrizes das sociedades americana (AASM) e europeia de sono (ESRS):

Farmacoterapia



Psicoterapia (TCC-I)

- Primeira linha: melhores resultados a médio-longo prazo, menos efeitos adversos
- Tratamento farmacológico deve ser a escolha principal se houver falha ou impossibilidade de acesso à psicoterapia, **associado à higiene do sono**

Higiene do sono



- Estabelecer um horário regular para dormir e acordar.
- Dormir somente o necessário e não permanecer na cama após acordar
- Não tomar café, energéticos, chá preto, chá verde, chá mate, Coca-Cola ou comer chocolate após as 17h
- Evitar assistir à televisão ou usar o celular antes de dormir.
- Se não conseguir dormir após 20-30 minutos, se levantar e distrair-se até sentir sono
- Utilizar a cama somente para dormir ou ter relações sexuais
- Não cochilar durante o dia por mais que 30 minutos.
- Evitar exercícios físicos próximo à hora de dormir.
- Procurar relaxar a mente de antes de ir para a cama. Nunca tentar resolver problemas antes de dormir.
- Evitar cigarro e bebidas alcoólicas antes de deitar

Tratamento farmacológico



- Trazodona: 50-150mg
 - 30 minutos antes de deitar
 - Meia-vida 3-6h: baixo risco de sonolência diurna
 - Não causa dependência
 - Poucos efeitos adversos



Sedação, tontura, náuseas,
cefaleia nas primeiras
semanas

Raramente priapismo
(suspender)

Tratamento farmacológico



- **Quetiapina: 25-100mg**

R\$47,93

R\$19,99

25mg
30cp

- Ganho de peso, síndrome metabólica (mesmo em doses baixas)
- Pode ser apropriado para pacientes que falharam com outros tratamentos

- **Amitriptilina: 12,5 – 50mg**

- Meia-vida longa (12-24h): sedação diurna
- Ganho de peso, efeitos anticolinérgicos (boca seca, constipação, hipotensão postural...)

Tratamento farmacológico



- Zolpidem: 5-10mg

R\$82,53

R\$19,39

10mg
30cp

- Atua nos mesmos receptores que os benzodiazepínicos (GABA-A), mas é seletivo (subunidade $\alpha 1$)
- Efeito unicamente hipnótico
- Meia-vida de 0,5-3,5h
- Efeitos adversos: sonolência (5%), tontura (5%), confusão mental (1-2%), sonambulismo (1%),



Potencial de uso abusivo e dependência: baixo no uso de curto prazo, cuidado em uso prolongado, doses elevadas, histórico de abuso de drogas

Benzodiazepínicos

Clonazepam, Diazepam, Alprazolam, Bromazepam etc.



ALAGOAS

**Rivotril foi o remédio controlado mais vendido
em Alagoas no ano passado (2020)**

Agência Tatu | 09/02/21 - 09h35 - Atualizado em 09/02/21 - 09h39

No Brasil, a maior parte das prescrições de benzodiazepínicos é emitida em serviços de atenção primária, em que os médicos relatam ter pouco tempo para consultas e para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas alternativas no tratamento da insônia e ansiedade, que são os principais motivos do consumo ^{22,23,24}. Entre outros possí-

Benzodiazepínicos



- Ação ansiolítica, relaxante muscular e anticonvulsivante. Reduzem latência do sono, despertares noturnos, melhoram a qualidade do sono.
- **Não recomendados para tratamento de longo prazo da insônia**
 - Efeitos adversos (tontura, quedas, sedação diurna, prejuízo cognitivo/memória) sobretudo em idosos
 - Uso contínuo: potencial de dependência (tolerância + abstinência)
 - Rápida perda da eficácia hipnótica (~4 semanas) e persistência de efeitos adversos

Benzodiazepínicos



- Amplamente utilizados na insônia
 - Brasil: 2-21% da população é usuária crônica, especialmente mulheres e **idosos**
- **Desmame de benzodiazepínico?**
 - Em pacientes com insônia idiopática ou insônia com comorbidades controladas: benefícios superam os riscos, sobretudo em idosos
 - Taxa de sucesso: 25-80%
 - Substituir por outra droga não é sempre necessário

Desmame de benzodiazepínicos



Controlar comorbidades causadoras de insônia antes de desmamar



Engajar o paciente:

- Explicar sobre perda de efeito terapêutico com o tempo
- Explicar sobre persistência de efeitos adversos e riscos associados ao uso contínuo
- Orientar sobre sintomas de retirada (insônia, ansiedade, irritabilidade): podem ocorrer durante o desmame, geralmente leves e transitórios (de poucos dias até 4 semanas).
- Compartilhar o plano de desmame e tomar a decisão em conjunto

Desmame de benzodiazepínicos



Associar medidas não-farmacológicas para insônia (higiene do sono)



Reduzir 25% da dose a cada 1-2 semanas.

- Considerar reduções mais lentas (ex.: 12,5%) próximo ao final do desmame
- Quando chegar à menor dose disponível, gradualmente introduzir noites sem a medicação
- Se houver sintomas de retirada, permanecer na dose eficaz ou realizar desmame mais lentamente

Proposta de desmame



Conversão para clonazepam:

- Meia-vida longa (favorece desmame?)
- Apresentação em gotas (2,5mg/mL): 1 gota = 0,1mg

0,5mg = 5 gotas
2mg = 20 gotas

- **Ex.:** Paciente toma Clonazepam 2mg à noite: converter para Clonazepam 18 gotas à noite, reduzir 2 gotas a cada semana. Se houver sintomas de abstinência, pode diminuir o ritmo para 1 gota por semana.
- **Seguimento:** Ajustar ritmo de acordo com a tolerância individual
- Reduzir ritmo quando se aproximar do fim do desmame

Benzodiazepínicos: equivalência aproximada

Medicamento	Dose equivalente
Diazepam	10mg
Clonazepam	0,5mg
Alprazolam	1mg
Lorazepam	1mg
Bromazepam	3-6mg

Deprescribing benzodiazepine receptor agonists

Evidence-based clinical practice guideline

Kevin Pottie MD MCISc CCFP FCFP Wade Thompson RPh MSc Simon Davies DM MBBS MSc Jean Grenier PhD CPsych
Cheryl A. Sadowski PharmD Vivian Welch PhD Anne Holbrook MD PharmD MSc Cynthia Boyd MD MPH
Robert Swenson MD Andy Ma Barbara Farrell PharmD ACPR FCSHP

Abstract

Objective To develop an evidence-based guideline to help clinicians make decisions about when and how to safely taper and stop benzodiazepine receptor agonists (BZRAs); to focus on the highest level of evidence available and seek input from primary care professionals in the guideline development, review, and endorsement processes.



Insônia

do diagnóstico ao tratamento

Andrea Bacelar
Luciano Ribeiro Pinto Jr.
& Colaboradores



GUILHERME CONSTANT



PSIQUIATRA

CRM-AL 7657 | RQE: 5235

 @guilhermeconstant.psiq

 99644-2490