



Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Programa de Residência Médica em Geriatria

NOME DO RESIDENTE: Jandrey Gasparin de Oliveira

TÍTULO DO TRABALHO: Insônia: Uma revisão sobre a abordagem no idoso

Porto Alegre
2024

NOME DO RESIDENTE: Jandrey Gasparin de Oliveira

TÍTULO DO TRABALHO: Insônia: Uma revisão sobre a abordagem no idoso

**Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência do
Hospital de Clínicas de Porto Alegre como
requisito parcial para a obtenção do título de
especialista em Geriatria e Gerontologia**

ORIENTADOR: ANDRY FITERMAN COSTA

**Porto Alegre
2024**

CIP - Catalogação na
Publicação

GASPARIN DE OLIVEIRA, JANDREY
Insônia no idoso: Uma revisão sobre a abordagem no
idoso / JANDREY GASPARIN DE OLIVEIRA. -- 2024.
23 f.
Orientador: Andry Fiterman Costa.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Programa de residência
médica, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Insônia no idoso. 2. Terapia Cognitivo
Comportamental. 3. Mudança do estilo de vida. I.
Fiterman Costa, Andry, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RESUMO

O sono é primordial para o bem estar do indivíduo e a repercussão de um sono de má qualidade pode impactar negativamente no humor e qualidade de vida, além do aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares ou seu agravamento.

Conforme envelhecemos, a prevalência de queixas relacionadas ao sono aumenta, principalmente relacionadas à insônia. Além disso, mudanças intrínsecas ao envelhecimento podem dar a impressão que o idoso não dorme adequadamente, e é fundamental que os profissionais de saúde, destacando-se os especialistas no cuidado das pessoas idosas, saibam diferenciar padrões patológicos de algo fisiológico.

Dessa forma, essa revisão tem como intuito abordar de forma ampla e de fácil entendimento sobre insônia no idoso e discorrer sobre os tratamentos atuais recomendados.

Palavras-chave: Distúrbios do início e da manutenção do sono; Saúde do idoso; Terapia cognitivo comportamental; fases do sono; tratamento farmacológico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 FATORES DE RISCO.....	8
3 MUDANÇAS RELACIONADAS AO ENVELHECIMENTO.....	9
4 AVALIAÇÃO.....	11
5 DIAGNÓSTICO.....	12
6 TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO.....	14
7 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.....	18
8 CONCLUSÃO.....	21
9 REFERÊNCIAS.....	22

INTRODUÇÃO

Os problemas relacionados ao sono são queixas frequentes em consultas médicas nos ambulatórios de Geriatria. Conforme dados da Fundação Oswaldo Cruz¹, 72 % dos brasileiros apresentam alguma doença do sono, entre elas, a insônia, conforme dados da Fundação Oswaldo Cruz¹. Além disso, em um estudo realizado na cidade mineira de Bambuí, a prevalência de insônia nos idosos pode acometer aproximadamente 40 % desse grupo. Dessa forma, é fundamental compreender tal distúrbio, visto que no Brasil, o grupo dos idosos apresenta a maior taxa de crescimento entre as faixas etárias, podendo em números absolutos receber um incremento de mais de 1 milhão de pessoas por ano².

Visto ser um distúrbio prevalente e comum no idoso, como podemos definir insônia? Insônia é uma dificuldade para adormecer ou se manter dormindo associada à cansaço e irritabilidade durante o dia seguinte³. Podemos dividi-la em insônia inicial, caracterizando uma dificuldade para começar a dormir; insônia de manutenção que envolve vários despertares durante a noite e insônia terminal, definida por acordar cedo, antes do previsto e incapacidade de voltar a dormir⁴. Nos idosos, a queixa predominante é a dificuldade para manter o sono⁵.

Em relação ao tempo, a insônia aguda é aquela com duração de até 3 meses, enquanto a crônica, possui duração igual ou maior que 3 meses⁶. Outra forma de classificá-la pode ser em primária ou secundária/ comórbida. Apesar da apresentação inicial das duas serem semelhantes, a primária não é atribuída à nenhuma condição médica geral, fármacos, transtornos mentais ou distúrbio do sono⁷, enquanto a comórbida resulta de condições médicas (ex: transtornos de humor, dor crônica), doenças primárias do sono (apneia obstrutiva do sono, síndrome das pernas inquietas), medicamentos⁸ e fatores psicossociais⁷.

Não obstante, algumas mudanças na vida do idoso, como aposentadoria, eventos estressores, como hospitalização ou um diagnóstico de uma nova doença, podem contribuir para mudanças no sono que duram poucos dias ou semanas e que se resolvem quando os fatores precipitantes são contemporizados ou resolvidos, o que definimos como insônia situacional. Por outro lado, a insônia recorrente ocorre durante

a presença de eventos estressores, podendo reaparecer à medida que tais eventos surjam⁴.

Uma máxima popular afirma que “nada melhor que uma boa noite de sono”. Isso é verdadeiro, visto que o sono é importante para uma vida saudável³, consolidação da memória⁹ e regulação dos processos imunes. A insônia pode interferir na qualidade de vida do idoso, acarretando problemas relacionados à saúde mental, como depressão e ansiedade, quadros demenciais e perda da habilidade em realizar algumas atividades necessárias para a independência do indivíduo⁹. É válido ressaltar também, que a insônia pode aumentar o risco de hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e diabetes tipo II⁹.

Dessa maneira, depreende-se a importância de estudar o tema, visto o aumento da população idosa em nosso país, além do impacto nas atividades de vida diária e a maior associação com doenças crônicas que a insônia pode acarretar. Esse material tem como intuito fornecer aos profissionais de saúde, um guia de qualidade, com informações para minimizar as repercussões da insônia e enfatizar medidas não farmacológicas, muitas vezes de fácil aplicação, mas que impactam de forma positiva a vida do idoso. Nos próximos parágrafos, entenderemos mais sobre os fatores de risco e as mudanças nos estágios do sono no idoso.

FATORES DE RISCO

Os fatores de risco envolvidos podem ser em decorrência de fatores ambientais, demográficos, médicos e comportamentais/sociais⁴. Entre os fatores relacionados ao ambiente, é válido destacar locais barulhentos, mudança para um novo domicílio, institucionalização, excesso de luminosidade próximo à hora de dormir, especialmente no uso de aparelhos eletrônicos. Quanto aos riscos demográficos, idosas do sexo feminino são mais predispostas à terem problemas relacionados ao sono⁴.

Além disso, as próprias medicações utilizadas, como anticolinesterásicos, antidepressivos, hormônios tireoidianos, opioides, bem como outras comorbidades médicas (fibromialgia, hipertensão, acidente vascular cerebral, depressão, demência, apneia do sono) contribuem para o surgimento e manutenção da insônia. Dentre os fatores de risco comportamentais ou sociais, é apropriado mencionar o uso de café ou álcool próximo à hora de dormir, cochilos durante o dia, aposentadoria e morte de um ente ou amigo querido⁴.

MUDANÇAS RELACIONADAS AO ENVELHECIMENTO

Em relação à duração do sono, os recém-nascidos necessitam de 14-17 horas de sono por dia, adultos entre 7- 9 horas e idosos em torno de 7- 8 horas³. Ademais, o idoso é mais propício para deitar-se mais cedo e demorar mais tempo a adormecer, bem como para apresentar alteração da estrutura do sono¹⁰.

Apesar de ocorrerem mudanças fisiológicas do envelhecimento no sono, não se pode atribuir a esse fator, a gênese da insônia⁵. Contudo, é valioso entender essas alterações para não problematizar essas alterações inerentes aos idosos como processos patológicos.

O sono é primordial para preservar a saúde e qualidade de vida¹¹, e é caracterizado como um estado de redução da atividade motora, resposta deprimida aos estímulos, postura fixa e de fácil reversão³. Pode ser dividido em quatro etapas: o sono não-REM, que engloba os estágios N1, N2 e N3 e o sono REM (movimento rápido dos olhos, do inglês, *Rapid Eyes Movement*)¹².

Iniciamos a dormir pela etapa de sono não-REM (NREM)¹³, e conseqüentemente nosso primeiro estágio de sono é o N1, que se define por um sono leve, com fácil despertar e sensação de pouca reparação¹². No estágio N2, também temos um sono mais leve¹⁰, porém com incremento da atividade cerebral, do relaxamento muscular⁸, e descenso da temperatura⁴. Já na etapa N3, temos o sono de ondas lentas, em que se acentua um sono mais profundo¹². Ou seja, conforme o avanço das etapas do sono NREM, ocorre uma maior profundidade, decréscimo dos parâmetros de frequência cardíaca e pressão arterial, motilidade gastrointestinal¹³. Também é nessa fase, que ocorre a consolidação da memória, regulação metabólica e regeneração cerebral³.

Após um período de sono NREM¹², inicia-se o sono REM, chamado de sono paradoxal, visto a intensa atividade cerebral, à despeito da atonia muscular¹². Nele, temos a formação dos sonhos⁸, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca¹⁴ e como o próprio nome define, nessa fase, temos atividade ocular acelerada. Acredita-se que a ausência dessa etapa do sono, propicie no indivíduo, mais transtornos ansiosos, déficit de atenção e comprometimento de memória⁸.

Durante a noite, é esperado que se passe pelas quatro fases do sono em torno de 4 vezes⁸, sendo que um ciclo típico dura 90 a 110 minutos (iniciando em N1, N2 e N3 e evolução para o sono REM) . Normalmente, na primeira metade da noite é

observado predominantemente, a etapa N3, em detrimento à segunda metade final, em que o sono REM ganha destaque¹².

Nos idosos, a estrutura do sono é afetada, principalmente com o aumento das fases N1 e N2 e diminuição do sono de ondas lentas (N3) e sono REM¹⁰, contribuindo para um número maiores de despertares durante a noite¹³. Também é encontrado um avanço de fase do ritmo circadiano, ou seja, a ida para cama ocorre em horários mais precoces comparado ao adulto e jovem, e acordam mais cedo que o habitual¹³.

Alguns motivos que nos ajudam a explicar o avanço da fase do sono são uma redução da percepção da luz, visto não ser incomum, a presença de catarata no idoso, redução da exposição ao sol, processos neurodegenerativos⁵ e diminuição da produção de melatonina, hormônio endógeno produzido pela hipófise¹³, geralmente secretado 2 a 3 horas antes de deitar. Assim, em virtude de o idoso acordar mais cedo, não é infrequente a presença de cochilos durante o dia e conseqüentemente, isso pode acarretar mais dificuldade para dormir no período noturno e agravar um distúrbio de insônia já presente¹⁴.

Outra mudança fisiológica observada é a latência do sono, isto é, o aumento "do tempo", mesmo que discreto, para iniciar o sono e um maior tempo na cama em que o idoso fica desperto. Não obstante, outro conceito que merece nossa atenção, é a eficiência do sono, cuja definição é a porcentagem do tempo que realmente o idoso dorme comparado ao tempo em que ele fica na cama, que diminui depois dos 60 anos.

Dessa forma, é imprescindível entender que as mudanças fisiológicas que ocorrem no idoso, acometem não apenas a duração e a eficiência do sono, como também a estrutura, com predomínio de fases que os deixam com um sono mais leve, diminuição do sono REM, mais propensão à despertar e o avanço da fase do sono, que permite uma melhor compreensão dos motivos dos gerontos dormirem e acordarem mais cedo que o habitual comparativamente aos de menor idade.

Contudo, quando ocorre o aumento expressivo das fases N1 e N2, redução importante do sono de ondas lentas, sono REM, eficiência do sono, fragmentação demasiada do sono¹⁵, sonolência diurna são características atribuíveis à um envelhecimento patológico¹⁵. Ou seja, a ocorrência excessiva de padrões, mesmo considerados fisiológicos, configura também uma possível doença relacionada ao sono.

AVALIAÇÃO

Na avaliação do idoso com insônia, é importante a correta avaliação sobre a frequência do sintoma insônia e queixas associadas, a fase do sono em que está envolvida, a hora em que vai para a cama e acorda, as consequências de uma noite mal dormida no dia seguinte, se já houve tratamento prévio para insônia, comorbidades e medicações em uso⁴. É importante questionar sobre o uso de aparelhos eletrônicos antes de ir dormir, bem como fatores ambientais, como temperatura do quarto, barulho, luminosidade e avaliar uso de álcool, produtos cafeinados, cigarro ou outras substâncias que podem interferir no sono⁴.

Algumas escalas podem nos ajudar para uma compreensão mais adequada da insônia. Entre elas, destaco o Índice de Qualidade do sono de Pittsburg "(escore > 5 é considerado como baixa qualidade do sono)"¹⁴ e Índice de gravidade da insônia, que afere os sintomas de forma subjetiva e os desfechos negativos, com valores maiores que 14 indicativos de insônia clínica¹⁴. Além disso, o diário do sono realizado por duas semanas pode ajudar no reconhecimento da insônia e proporcionar informações importantes, como dados sobre o horário que deitou, quando adormeceu, se houve despertares⁸, tempo que esteve dormindo, a qualidade do sono¹⁴ e podem incluir questionamentos sobre cochilos durante o dia, o uso de álcool, cafeína e medicações¹²

DIAGNÓSTICO

Apesar do sintoma insônia ser comum, alguns critérios devem ser estabelecidos para realmente firmar o diagnóstico de insônia¹³. No quadro abaixo, é mostrado os critérios do DSM- 5 em que todos os itens devem ser contemplados para firmar o diagnóstico.

Critérios Diagnósticos- DSM V

<p>A. Queixas de insatisfação predominantes com a quantidade ou a qualidade do sono associadas a um (ou mais) dos seguintes sintomas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldade para iniciar o sono 2. Dificuldade para manter o sono, caracterizada por frequentes despertares ou problemas em voltar a dormir após despertar 3. Despertar precoce pela manhã com dificuldade em retornar ao sono
<p>B. A perturbação do sono causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo na funcionalidade social, profissional, educacional, acadêmico, comportamental ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo</p>
<p>C. As dificuldades relacionadas com o sono ocorrem pelo menos três noites por semana</p>
<p>D. As dificuldades relacionadas com o sono permanecem durante pelo menos três meses</p>
<p>E. As dificuldades relacionadas com o sono ocorrem a despeito de oportunidades adequadas para dormir</p>
<p>F. A insônia não é mais bem explicada ou não ocorre exclusivamente durante o curso de outro transtorno do sono relacionado com a respiração, transtorno do sono-vigília (p. ex. narcolepsia, transtorno do sono relacionado com a respiração, transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, parassonia)</p>
<p>G. A insônia não é atribuída aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p. ex, abuso de substâncias ilícitas, medicamentos)</p>
<p>H. A coexistência de transtornos mentais e de condições médicas não explica adequadamente a queixa predominante de insônia</p>

O diagnóstico é essencialmente clínico, sem indicação formal para realização de polissonografia ou actigrafia, com exceção de quando suspeita-se e/ou necessita-se afastar outros diagnósticos⁴. Em relação aos outros distúrbios do sono presente nos idosos e que são diagnósticos diferenciais da insônia, destaco¹³:

- Apneia do sono: Redução ou ausência de fluxo aéreo durante o sono, pode ser dividida em central e obstrutiva.

- Distúrbio comportamental do Sono REM: Caracterizado por sonhos vívidos e atuantes em uma fase do sono em que deveria predominar a atonia muscular. Pode estar associada com Doença de Parkinson, Atrofia de Múltiplos Sistemas e demência.
- Síndrome das Pernas inquietas: Definido como uma vontade incontrolável de mover as pernas predominantemente à noite, com alívio parcial ou total com o movimento. Pode estar associada à sensação desconfortável nos membros.
- Movimento periódico dos membros: Movimentos estereotipados e repetitivos dos membros durante o sono¹⁶.

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

Em relação ao tratamento da insônia no idoso, o intuito principal será abordar os aspectos não farmacológicos, com destaque às orientações sobre higiene do sono, visto ser acessível e de fácil aplicação pelo paciente e de abordagem pelo médico. Além disso, o tratamento padrão ouro é a terapia cognitivo comportamental para a insônia (TCC-I) (Abordagem e manejo clínico da insônia no idoso), sendo que um dos componentes abordados, é a higiene do sono¹⁷.

A farmacoterapia também pode ser utilizada no tratamento, contudo as medicações utilizadas para tratar insônia no idoso não são a preferência e devemos evitá-las, haja vista o risco aumentado de interações medicamentosas e efeitos adversos¹⁷.

Um parâmetro importante antes de ser iniciado o tratamento da insônia, é caracterizar o quadro como agudo ou crônico. Nas insônias agudas, geralmente há a resolução do quadro quando o fator estressor for solucionado. Algumas vezes, precisamos utilizar fármacos por curto período, principalmente quando está associado a problemas físicos e psicológicos ocasionados pela redução ou ausência de sono¹⁸.

Na insônia crônica, a TCC-I é essencial e têm como principal meta, modificar pensamentos e hábitos inadequados⁴, e conseqüentemente, restabelecer um sono de melhor qualidade, com risco reduzido de efeitos adversos e com resultados que podem se manter em longo prazo¹⁹. Envolve múltiplos aspectos, entre eles: técnicas de relaxamento, restrição de sono, controle de estímulos, reestruturação cognitiva e higiene do sono³. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo, tanto de forma presencial ou videoconferência, e consiste de sessões de duração de 30 a 60 minutos por 4 a 6 semanas e frequência de 1 a 2 vezes na semana¹. É possível aplicar também, terapia cognitiva abreviada, que consistem em 1 a 4 sessões, que foca em aspectos comportamentais e pode envolver componentes da TCC-I²⁰.

Apesar de ser uma técnica eficaz, muitos profissionais da saúde não têm efetivo conhecimento de como abordar e implementar a TCC-I na sua prática clínica, ficando mais restrito aos profissionais da saúde mental, como psicólogos e psiquiatras¹⁹. No entanto, em decorrência da falta de acesso e carência de profissionais qualificados, o uso da ferramenta ainda se torna restrito¹⁹. Dessa forma, é importante que profissionais de saúde que cuidem do paciente idoso, saibam minimamente os componentes envolvidos e orientem de forma adequada para atenuação do distúrbio.

As técnicas de relaxamento envolvem instruções sobre contração e relaxamento sequencial dos músculos, respiração abdominal, focar em imagens ou ambientes tranquilizadores¹⁸, facilitando o processo de adormecer e continuar a dormir. É importante ressaltar sobre a necessidade de realizar a técnica diariamente¹⁹.

Já a técnica de restrição de sono envolve limitar o tempo na cama, procurando aumentar o tempo total gasto dormindo¹⁶. É útil naqueles idosos que demoram a iniciar o sono e por consequência, ficam muito tempo na cama⁶. Primeiro, determinamos o tempo total de sono do paciente e averiguamos a hora em que ele acorda¹⁶. Um exemplo, imaginemos uma idosa que dorme 5 horas por dia e acorda às 07h da manhã. Recomendaríamos a ela, que durma às 01h e acorde no horário habitual. Caso permaneça cansada, iríamos aumentar o tempo de sono em 15 minutos semanais até a melhoria do padrão de sono. É válido ressaltar a importância em não dormir durante o dia¹⁶ e não realizar tal componente em indivíduos com distúrbios de humor (mania e hipomania), que trabalhem em ocupações de alto risco, como motoristas, operadores de máquina²⁰.

Em relação ao controle de estímulos, é preconizado que o idoso use a cama apenas para dormir ou para realização de atividade sexual. Na hipótese de não adormecer em 20 minutos, orienta-se que saia da cama e retorne apenas quando se sentir sonolento novamente¹⁹.

No que concerne à reestruturação cognitiva, conforme a demora para adormecer, pensamentos sobre quanto tempo resta até acordar ou se conseguiremos realizar as atividades do dia seguinte predominam e isso interfere e contribui para a insônia²⁰. Dessa forma, essa técnica estimula o idoso a raciocinar sobre o porquê do desconforto causado pelos pensamentos disfuncionais e elaborar um plano que o ajude a enfrentar a questão de maneira mais salutar¹⁹.

No tocante à higiene do sono, essa estratégia busca a implantação de medidas que melhorem o sono e a mudança de ações e comportamentos danosos¹². Pode ser considerada a abordagem mais conhecida e difundida pelo baixo custo envolvido²¹. Apesar disso, os melhores resultados são demonstrados quando se associa à higiene do sono com outras componentes da TCC-I¹⁹. No entanto, a correção de comportamentos prejudiciais e ambientais envolvidos devem ser identificadas e corrigidas²².

Quais ações são fundamentais e que devem ser ditas aos idosos? Primeiramente, é importante orientar sobre quais hábitos alimentares ou substâncias devem ser evitados próximo à hora de dormir. Não é recomendado que se façam

refeições pesadas⁴, como a ingestão excessiva de carboidratos e gorduras²³ e reduzir a ingestão hídrica próximo do horário de dormir. Deve-se evitar o uso de cafeína após às 14 horas e nicotina perto de dormir, visto serem estimulantes¹⁹.

Também é importante limitar a ingestão de álcool perto de adormecer, pois embora seja uma substância sedativa, altera a arquitetura do sono¹⁸. O uso agudo de álcool, proporciona uma diminuição da latência de sono, aumentando a duração do sono de ondas lentas na primeira metade da noite e impacto negativo na fase REM e continuidade do sono²⁴, além de períodos mais despertos e incremento no estágio N1. É válido ressaltar que alterações da arquitetura do sono também são percebidas no uso crônico e nos alcoolistas²⁵.

Outro hábito saudável que deve ser recomendado a todos os idosos é a prática de exercícios físicos, pois auxilia no início e manutenção do sono, por aumentar a temperatura central e promover um relaxamento muscular¹³. Importante mencionar que atividades físicas próximas ao horário de dormir podem prejudicar o sono, então deve-se evitar 4 horas antes do sono²².

Em segundo lugar, o ambiente e a luminosidade do quarto do idoso devem ser adequadas para uma boa noite de sono. Caso seja possível, dormir em lugares silenciosos, com pouca luz²⁶, evitar o uso de aparelhos eletrônicos (televisão, celulares, tablets, computadores) uma hora antes de adormecer¹⁶, bem como não utilizar relógios ou verificar a hora durante a noite são medidas auxiliares para o idoso dormir melhor¹⁸.

Dentre as medidas abordadas em outras estratégias da TCC-I, como dormir e acordar sempre no mesmo horário e evitar cochilos durante o dia principalmente os que duram mais de 1 hora que são empregados no controle de estímulos e de restrição do sono respectivamente, também são orientadas na abordagem da higiene do sono¹⁸.

No quadro abaixo, encontra-se um resumo com os tópicos importantes a serem abordadas, na orientação do idoso sobre higiene do sono:

Não fazer refeições copiosas e limitar ingestão hídrica antes de dormir
Evitar cafeína após o almoço
Privação de álcool e nicotina próximo ao horário de dormir
Realizar exercícios físicos
Ambiente calmo e luminosidade apropriada

Não utilizar aparelhos eletrônicos(celulares) 1 hora antes do sono
--

Não checar a hora, nem utilizar relógios ao deitar-se

Dormir e acordar sempre no mesmo horário
--

Evitar cochilos durante o dia

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O tratamento farmacológico é indicado para os idosos que não responderam à terapia padrão ouro ou que permanecem com sintomas incapacitantes¹⁶. Entre as classes de medicamentos utilizadas estão os agonistas dos receptores benzodiazepínicos não seletivos (benzodiazepínicos) e seletivos (drogas Z), agonistas do receptor da melatonina, antagonistas duplos do receptor de orexina (ADRO) e um antagonista do receptor de histamina. A escolha por uma das classes dependerá do tipo de insônia do paciente¹⁸ e que o prescritor pondere sobre os efeitos colaterais da droga na população de idoso, na arquitetura do sono e que o uso seja pelo menor tempo possível, geralmente por menos de um mês²¹.

Os benzodiazepínicos foram desenvolvidos na metade da década de 1950 e continuam sendo frequentemente prescritos para insônia nos idosos, apesar dos efeitos colaterais indesejados. Agem por meio da ligação não seletiva ao receptor ácido gama-aminobutírico (GABA) nas unidades alfa 1 e alfa 6¹⁹ resultando em inibição da excitação neuronal¹⁷ de forma não seletiva, diminuindo o tempo para iniciar o sono, menos despertares durante a noite e mudam a arquitetura do sono, suprimindo sono REM¹⁷, aumento de N2 e redução de N3¹⁹. Levando em conta os consensos internacionais, estão disponíveis no Brasil para tratamento da insônia, o Estazolam e Flurazepam.

Esses fármacos atuam principalmente na manutenção do sono¹⁸. Porém são consideradas drogas que devem ser evitadas nos idosos, de acordo com os critérios de Beers²⁷ pelo aumento do risco de quedas, fraturas, declínio cognitivo, delírium²⁷ risco de desenvolver tolerância e abstinência quando suspensos¹⁶. A maior suscetibilidade do idoso para ocorrência de efeitos colaterais deve-se às alterações do metabolismo hepático e renal¹⁹.

As drogas Z foram criadas na década de 80 e tinham a expectativa de um perfil de efeitos colaterais mais brandos¹⁷ e com menor potencial de tolerância e abstinência em relação aos benzodiazepínicos⁴. Porém, com o uso indiscriminado da droga percebeu-se efeitos prejudiciais, como risco de demência, sonambulismo, quedas, fratura, aumento de hospitalização, impactando a independência do idoso¹⁷.

Eles também possuem uma atuação no receptor GABA, mas de forma mais seletiva, predominantemente na unidade alfa-1, no caso do Zolpidem e em alfa 1 e alfa 2, no caso da Zopiclona e Eszopiclona¹⁹, permitindo um menor tempo para iniciar o

sono, menor número de despertares, aumentando o tempo total de sono¹⁹. As drogas mencionadas acima estão disponíveis no Brasil, mas também devem ser evitadas nos idosos²⁷.

É importante mencionar que quando ocorrer a desprescrição dos benzodiazepínicos e das drogas Z, se faça uma retirada gradual da droga para minimizar sintomas de abstinência.

A ramelteona, agonista melatoninérgico, pode ser considerada uma medicação interessante nas insônias, pela diminuição da latência de sono, com o benefício de não agregar efeitos colaterais na parte cognitiva, alterações na marcha²¹ e sem o inconveniente do potencial de abuso e sintomas de retirada¹⁷.

O entendimento que o sistema orexígeno poderia ser fundamental para manter a vigília foi estabelecido por volta dos anos 2000, após relação entre narcolepsia com cataplexia e perda de neurônios orexígenos. Assim, aumentou-se o interesse dos pesquisadores por uma droga que pudesse auxiliar no tratamento da insônia e que não estivesse envolvida na inibição do receptor GABA. O sistema orexígeno está envolvido na promoção da vigília, por meio da produção pelo hipotálamo da orexina A e orexina B, que se ligam à receptores OX1R e OX2R, proporcionando que o idoso fique acordado²⁸.

A elevação das orexinas é fundamental durante longos períodos sem sono e acredita-se que a elevação depende também do estado emocional, visto que em situações de maior interação social, elas aumentam²⁸.

Os ADRO se ligam aos receptores OX1R e OX2R, bloqueando assim a ligação das orexinas, favorecendo a promoção do sono. Atuam tanto na insônia inicial, como na de manutenção e os seus representantes são Suvorexant, Lemborexant e Daridorexant, mas ainda não estão disponíveis no Brasil²⁸. Dentre os efeitos colaterais, destacam-se sonolência, fadiga, cefaleia, boca seca e em alguns casos, impacto na direção de veículos, quedas¹⁷, sonambulismo e alucinações¹⁰.

A doxepina é um antidepressivo tricíclico que em doses menores que 25 mg, possuem um antagonismo seletivo aos receptores histamínicos H1⁴, promovendo assim, um efeito sedativo¹⁷. Enquanto as doses antidepressivas estão entre 100 a 300 miligramas, a dose recomendada para insônia é de 1 a 6 miligramas. É indicada para a insônia de manutenção⁴, e alguns estudos demonstram melhora na latência do sono²⁹. Apresenta como principais efeitos colaterais, dor de cabeça e sonolência. No Brasil, a medicação encontra-se disponível em farmácias de manipulação.

Dessa forma, considerando o arsenal terapêutico disponível em nosso país e a segurança dos fármacos nos idosos, a opção terapêutica na insônia inicial é a Ramelteona. Enquanto nas insônias de manutenção ou mistas, a doxepina ganha destaque⁷.

Algumas opções, muitas vezes, usadas pelos médicos na prática clínica, como antidepressivos (mirtazapina, amitriptilina, trazodona), antipsicóticos (quetiapina), Gabapentinóides (gabapentina), não são opções principais para o tratamento da insônia primária e podem ser úteis nas insônias secundárias, como no contexto de distúrbio de humor, quadros psicóticos, dores crônicas ou síndrome das pernas inquietas respectivamente¹⁷.

Para finalizar sobre o tratamento farmacológico, é importante discutir sobre a melatonina, que pode ter auxílio na diminuição da latência do sono, porém com estudos científicos divergindo sobre seu real benefício²¹. Dessa forma, não deve ser considerada um fármaco de primeira linha para tratamento de insônia primária, apesar do bom perfil de tolerabilidade e efeitos colaterais¹⁹.

CONCLUSÃO

Essa revisão se propôs a auxiliar o profissional de saúde sobre a importância de uma adequada compreensão e avaliação da insônia primária nos pacientes idosos, visto o impacto negativo na independência, funcionalidade e morbidade associada. Além disso, não devemos considerar que dormir mal seja algo intrínseco ao envelhecimento, à despeito de alterações fisiológicas do sono, e que caso o tratamento seja necessário, a terapia cognitivo comportamental para insônia é a primeira linha e que um dos itens contemplados por ela, é a higiene do sono, sendo algo primordial a ser discutido nos atendimentos.

REFERÊNCIAS

1. Romero, Dália A epidemiologia do envelhecimento: novos paradigmas? / Dália Romero; Leo Maia. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022.
2. Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Divisão de Biblioteca do Ministério da Saúde. – v. 1, n. 1 (mar. 2021) – Brasília: Ministério da Saúde, 2021
3. Sejbuk M, Mirończuk-Chodakowska I, Witkowska AM. Sleep Quality: A Narrative Review on Nutrition, Stimulants, and Physical Activity as Important Factors. *Nutrients*. 2022 May 2;14(9):1912. doi: 10.3390/nu14091912. PMID: 35565879; PMCID: PMC9103473.
4. Brewster GS, Riegel B, Gehrman PR. Insomnia in the Older Adult. *Sleep Med Clin*. 2018 Mar;13(1):13-19. doi: 10.1016/j.jsmc.2017.09.002. Epub 2017 Nov 22. PMID: 29412980; PMCID: PMC5847293.
5. Insônia : do diagnóstico ao tratamento / [Andrea Bacelar, Luciano Ribeiro Pinto Jr. [coordenação geral]. – São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; São Paulo: Associação Brasileira do Livro, 2019.
6. Maness DL, Khan M. Nonpharmacologic Management of Chronic Insomnia. *Am Fam Physician*. 2015 Dec 15;92(12):1058-64. PMID: 26760592.
7. Wennberg AM, Canham SL, Smith MT, Spira AP. Optimizing sleep in older adults: treating insomnia. *Maturitas*. 2013 Nov;76(3):247-52. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.05.007. Epub 2013 Jun 7. PMID: 23746664; PMCID: PMC3815742.
8. Diniz, Lucas Rampazzo. *Geriatrics*. Editora Medbook. 1 Edição. 2020.
9. Espie CA, Emsley R, Kyle SD, Gordon C, Drake CL, Siriwardena AN, Cape J, Ong JC, Sheaves B, Foster R, Freeman D, Costa-Font J, Marsden A, Luik AI. Effect of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Health, Psychological Well-being, and Sleep-Related Quality of Life: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2019 Jan 1;76(1):21-30. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.2745. PMID: 30264137; PMCID: PMC6583463.
10. Reynolds, A.C. and Adams, R.J. (2019), Treatment of sleep disturbance in older adults. *J Pharm Pract Res*, 49: 296-304. <https://doi.org/10.1002/jppr.1565>
11. Szlejf C, Suemoto CK, Drager LF, Griep RH, Fonseca MJM, Diniz MFHS, Lotufo PA, Benseñor IM. Association of sleep disturbances with sarcopenia and its defining components: the ELSA-Brasil study. *Braz J Med Biol Res*. 2021 Dec 3;54(12):e11539. doi: 10.1590/1414-431X2021e11539. PMID: 34878063; PMCID: PMC8647897.
12. Cooke JR, Ancoli-Israel S. Normal and abnormal sleep in the elderly. *Handb Clin Neurol*. 2011;98:653-65. doi: 10.1016/B978-0-444-52006-7.00041-1. PMID: 21056216; PMCID: PMC3142094.

13. Gulia KK, Kumar VM. Sleep disorders in the elderly: a growing challenge. *Psychogeriatrics*. 2018 May;18(3):155-165. doi: 10.1111/psyg.12319. PMID: 29878472.
14. Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the Elderly: A Review. *J Clin Sleep Med*. 2018 Jun 15;14(6):1017-1024. doi: 10.5664/jcsm.7172. PMID: 29852897; PMCID: PMC5991956.
15. <https://loja.grupoa.com.br/psicogeriatría-diagnostico-e-manejo-ebook-p1020776>
16. Jaqua EE, Hanna M, Labib W, Moore C, Matossian V. Common Sleep Disorders Affecting Older Adults. *Perm J*. 2023 Mar 15;27(1):122-132. doi: 10.7812/TPP/22.114. Epub 2022 Dec 12. PMID: 36503403; PMCID: PMC10013715.
17. Schroeck JL, Ford J, Conway EL, Kurtzhals KE, Gee ME, Vollmer KA, Mergenhagen KA. Review of Safety and Efficacy of Sleep Medicines in Older Adults. *Clin Ther*. 2016 Nov;38(11):2340-2372. doi: 10.1016/j.clinthera.2016.09.010. Epub 2016 Oct 15. PMID: 27751669.
18. Winkelman, J.W. Overview of the treatment of insomnia in adults. UpToDate. 2023. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-insomnia-in-adults>
19. Poyares, D. Tufik, S. Consenso Brasileiro de Insônia. *Hypnos – Revista do Sono*. 2003.
20. Ebben MR. Insomnia: Behavioral Treatment in the Elderly. *Clin Geriatr Med*. 2021 Aug;37(3):387-399. doi: 10.1016/j.cger.2021.04.002. Epub 2021 Jun 4. PMID: 34210445.
21. Ebben MR. Insomnia: Behavioral Treatment in the Elderly. *Clin Geriatr Med*. 2021 Aug;37(3):387-399. doi: 10.1016/j.cger.2021.04.002. Epub 2021 Jun 4. PMID: 34210445.
22. Maness DL, Khan M. Nonpharmacologic Management of Chronic Insomnia. *Am Fam Physician*. 2015 Dec 15;92(12):1058-64. PMID: 26760592.
23. Sejbuk M, Mirończuk-Chodakowska I, Witkowska AM. Sleep Quality: A Narrative Review on Nutrition, Stimulants, and Physical Activity as Important Factors. *Nutrients*. 2022 May 2;14(9):1912. doi: 10.3390/nu14091912. PMID: 35565879; PMCID: PMC9103473.
24. Thakkar MM, Sharma R, Sahota P. Alcohol disrupts sleep homeostasis. *Alcohol*. 2015 Jun;49(4):299-310. doi: 10.1016/j.alcohol.2014.07.019. Epub 2014 Nov 11. PMID: 25499829; PMCID: PMC4427543.
25. Colrain IM, Nicholas CL, Baker FC. Alcohol and the sleeping brain. *Handb Clin Neurol*. 2014;125:415-31. doi: 10.1016/B978-0-444-62619-6.00024-0. PMID: 25307588; PMCID: PMC5821259.

26. Passos, G. S.; et al. Tratamento não farmacológico para a insônia crônica. Atualização • Braz. J. Psychiatry 29 (3) • Set 2007
27. American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2023 Jul;71(7):2052-2081. doi: 10.1111/jgs.18372. Epub 2023 May 4. PMID: 37139824.
28. Muehlan C, Roch C, Vaillant C, Dingemans J. The orexin story and orexin receptor antagonists for the treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2023 Apr 22:e13902. doi: 10.1111/jsr.13902. Epub ahead of print. PMID: 37086045.
29. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. 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):307-349. doi: 10.5664/jcsm.6470. PMID: 27998379; PMCID: PMC5263087.