IDEIA LUMINOSA



dormir é fácil

A Abordagem Cognitivo-Comportamental para Acabar de Vez com a Insónia

André Ponte
Henrique Prata Ribeiro

PREFÁCIO DE DANIEL SAMPAIO

lua de papel

André Ponte
e Henrique Prata Ribeiro

DORMIR É FÁCIL

A Abordagem Cognitivo-Comportamental
para Acabar de Vez com a Insónia

Ficha Técnica

Título: Dormir É Fácil – A Abordagem Cognitivo-Comportamental para Acabar de Vez com a Insónia
Autor: Henrique Prata Ribeiro e André Ponte
Revisão: Vera Saldanha
Capa: Rui Rosa
ISBN: 9789892362793

Publicações Dom Quixote
Uma editora do grupo Leya
Rua Cidade de Córdova, n.º 2
2610-038 Alfragide – Portugal
Tel. (+351) 21 427 22 00
Fax. (+351) 21 471 77 37

LUA DE PAPEL
[Uma chancela do grupo Leya]
R. Cidade de Córdova, n.º 2
2160-038 Alfragide – Portugal
Tel.: (+351) 214 272 200
Fax: (+351) 214 272 201

©2024, André Ponte e Henrique Prata Ribeiro
Ilustrações com recurso a IA/ChatGPT-4
Todos os direitos reservados de acordo com a legislação em vigor

luadepapel@leya.pt
www.luadepapel.leya.com
www.leya.com

editoraLuadePapel

@editoraluadepapel

Índice

Ficha Técnica

PREFÁCIO de Daniel Sampaio: Um livro oportuno

INTRODUÇÃO

PARTE 1 – COMPREENDER O SONO E A INSÓNIA

- **Teste o seu conhecimento**
- **Sono**
- **Insónia**
- **Respostas ao teste**

PARTE 2 – AVALIE O SEU SONO

- **E porque nem tudo é insónia…**
- **Avalie a sua insónia**
- **Diário do sono**

PARTE 3 – COMECE O SEU TRATAMENTO

- **Porquê a TCC-i?**
- **O seu plano de tratamento**
- SEMANA 1 – A higiene do sono e mudança de comportamentos
- SEMANA 2 – Defina o seu horário e aprenda a relaxar
- SEMANA 3 – Acalme a sua mente
- SEMANA 4 – A roda, a imaginação e o resumo
- **Progresso no seu plano de tratamento**

POSFÁCIO de Hugh Selsick: E a fechar...

APÊNDICES

- **APÊNDICE A** **Perguntas frequentes**
- **APÊNDICE B** **Vamos falar sobre medicação**
- **APÊNDICE C** **Questionários complementares**
- **APÊNDICE D** **Tabela de conversão de horas em minutos**
- **APÊNDICE E** **Decidir a hora de deitar e acordar**

APÊNDICE F

Aos meus pais e irmã, à Diana e ao que há de vir.

André Ponte

Ao Guilherme, à Madalena e ao resto da família, que continuam a apoiar demonstração de valor.

Henrique Prata Ribeiro



PREFÁCIO

Um livro oportuno

Por **Daniel Sampaio**[1]

André Ponte e Henrique Prata Ribeiro por certo não subscrevem a frase de Virginia Woolf, que um dia disse: “Sono, essa deplorável redução do prazer da vida.”

Sabem que dormir bem é crucial para termos uma boa saúde física e mental e reconhecem que muito tempo das consultas de Medicina e, sobretudo, de Psiquiatria, é utilizado para tratar as várias manifestações da insónia.

Nos tempos de hoje, muitas pessoas dormem mal e vivem preocupadas com o problema. O sono nos primeiros tempos da vida das crianças é uma questão que inquieta os pais. Já existem psicólogos “especialistas” em sono dos mais novos e vendem-se livros de autoajuda que pretendem dar indicações à mãe e ao pai sobre a forma de adormecer o seu bebé.

Na adolescência, pais e professores queixam-se de que os jovens se deitam tarde, estão dependentes dos ecrãs e adormecem nas aulas. O estudo Health Behaviour in School Aged Children (HBSC), a partir de uma amostra significativa de adolescentes portugueses, mostra que, em 2022, 14,2 por cento dos adolescentes portugueses “tomam um comprimido para adormecer” (eram 9 por cento em 2018), o que é preocupante.

Na idade adulta, as vicissitudes da vida profissional e afetiva contribuem para muitas noites mal dormidas, enquanto nos mais velhos as doenças físicas e mentais contribuem para a insónia.

O livro *Dormir é fácil* é um excelente contributo para o estudo e terapêutica das perturbações do sono. Escrito em linguagem acessível, sem nunca perder o rigor científico, tem um importante mérito: da autoria de

dois médicos psiquiatras, propõe um método que não envolve medicação, porque se trata de uma primeira abordagem do problema ao alcance de todos.

Todo o texto luta contra preconceitos sobre o sono que invadem o quotidiano e que dificultam a resolução do problema. É o caso de termos todos de dormir 8 horas, de o álcool ser um bom remédio para a insónia, ou as crenças daquelas pessoas que nos dizem não ter tempo para fazer exercício físico durante o dia, o que não faz mal, porque é bom fazer ginástica antes de ir para a cama, para ficarmos cansados e adormecermos mais depressa. Erros comuns no discurso sobre a insónia que infelizmente são cada vez mais frequentes.

Esta obra divide-se em três partes. A Parte 1, intitulada “Compreenda o sono e a insónia”, define muito bem estes dois conceitos e, desde logo, estabelece o diálogo com o leitor, que vai manter-se até ao fim. A participação de quem lê estimula a leitura e torna mais provável uma correta aprendizagem.

A Parte 2, “Avalie o seu sono”, permite continuar a participação e estrutura, de forma individualizada, as bases para a terceira parte, “Comece o seu tratamento”. O tratamento consiste na “abordagem cognitivo-comportamental para acabar de vez com a insónia», um método pouco conhecido entre nós, mas que está ao alcance de qualquer pessoa que deseje enfrentar o problema. Inclui a higiene do sono, técnicas comportamentais, de relaxamento e cognitivas, umas mais fáceis de aplicar do que outras, mas todas realizáveis por alguém empenhado.

O livro termina com a avaliação do progresso do plano e inclui seis apêndices bastante úteis, que incluem a medicação, perguntas frequentes, questionários e tabelas complementares.

A qualidade mais importante deste livro reside não só na sua capacidade para elucidar o leitor sobre o sono e a insónia, mas também na competência que revela ao desdramatizar um problema que preocupa tanta gente. Ficamos a saber que não dormir uma noite de vez em quando não faz mal, como já nos tinha ensinado Chico Buarque, ao escrever “Eu faço samba e amor até mais tarde e tenho muito sono de manhã”, mas aprendemos que a insónia tem tratamento e que dormir pode ser fácil.

Recomendo este livro de André Ponte e Henrique Prata Ribeiro a todos os técnicos de Saúde Mental e a todas as pessoas afetadas pelo problema da insónia, porque afinal dormir pode ser fácil.

---

[1] Professor Catedrático Jubilado de Psiquiatria e Saúde Mental Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa



INTRODUÇÃO

Dormir é difícil?

Faça o seguinte exercício: procure alguém que durma bem e pergunte-lhe como faz. É muito provável que responda com um olhar confuso ou um encolher de ombros. A verdade é que quando se dorme bem, o sono vem de forma fácil e não se pensa muito sobre ele. Contudo, se quem dorme bem pouco pensa acerca do sono, o mesmo não se pode dizer daqueles que dormem mal – esses conseguem passar dias, meses ou mesmo anos a pensar sobre o sono.

Quantos já deram por si a lamentar as noites de insónia, a temer os dias seguintes ou a celebrar uma noite bem dormida?

A viagem

Imagine que acabou de tirar a carta de condução e, para celebrar, decidiu fazer a viagem de estreia com um amigo. O percurso é simples e lá acaba por chegar ao destino. No final, o seu amigo pergunta-lhe como foi a viagem e a verdade é que consegue dar uma descrição hiperdetalhada do percurso. A gravilha na estrada ao pé do supermercado, a senhora que não fez pisca na saída da rotunda, o semáforo que não funcionava ao pé dos CTT, a rua esburacada na saída para a marginal…



Porém, se a mesma pergunta lhe fosse feita após alguns anos de condução, é bem possível que a resposta não fosse muito distante de um encolher de ombros – soa-lhe familiar? Não é que um condutor experiente não esteja atento aos possíveis perigos da estrada. Ele está. A questão é que um condutor inexperiente, como não se sente muito confiante na tarefa, tem uma tendência maior para a monitorização do percurso e dos seus obstáculos. Por isso, vai-se lembrar muito melhor de cada um dos pormenores.

Uma pessoa com insónia está numa situação similar à do condutor inexperiente – a ambos falta confiança na sua própria capacidade, respetivamente, para dormir e para conduzir. À medida que nos tornamos mais proficientes numa determinada tarefa, ela torna-se progressivamente fácil, automatiza-se e deixamos de pensar passo a passo sobre ela.

Soluções milagrosas

Quando sofremos de insónia persistente, começamos à procura de soluções: mudamos comportamentos, dietas, colchões e cobertores; compramos *smartwatches* e fazemos de tudo para ter uma melhor pontuação de sono na *app* do telemóvel. Alguns terão vergonha de admitir a quantidade pouco saudável de horas que gastam a procurar soluções milagrosas na internet. Não vale a pena! Já quase todos andámos sem sucesso a tentar encontrar respostas no YouTube, no Facebook, no Instagram e no TikTok, na ilusão de que será desta vez que resolvemos o problema.

Contudo, um estudo de 2023 que tentou avaliar a qualidade da informação sobre o sono, veiculada em formato de vídeo por *bloggers*, *coaches* de saúde e outros criadores de conteúdo, demonstrou que **"cerca de dois terços dos vídeos tinham viés comercial e mais de 90 por cento continham alguma informação errada"**.[1]

É importante, pois, procurar informação de fontes seguras e credíveis. Este livro é o nosso contributo.

Quem somos?

Somos dois psiquiatras, um dos Açores, outro de Coimbra, cujos trajetos se cruzaram depois do curso de Medicina, a tirar a especialidade de Psiquiatria no antigo hospital Júlio de Matos, em Lisboa. Temos personalidades diferentes, mas complementares.

A primeira vez que trabalhámos juntos foi para organizar um jantar, logo nos primeiros meses da especialidade. Percebemos que esta sinergia poderia resultar não apenas para organizar eventos e fomos avançando com outros projetos, regra geral nascidos na biblioteca do hospital. Talvez os mais relevantes até agora tenham sido um livro para sustentar a ação de médicos em situações de urgência na área da psiquiatria e um dos estudos levados a cabo em Portugal para avaliar o impacto psicológico do período vivido durante o primeiro confinamento devido à pandemia de COVID-19.

Agora, conscientes de que existia uma lacuna em Portugal quanto à informação acerca da insónia e do seu tratamento, decidimos avançar com o nosso primeiro projeto concebido fora da Avenida do Brasil, inspirados por um estágio em Londres com o Dr. Hugh Selsick, na Insomnia and Behavioural Sleep Medicine Clinic.

O Dr. Selsick trata a insónia dos seus pacientes com uma taxa de sucesso acima daquilo que imaginaríamos possível e essa constatação levou-nos a equacionar diversas estratégias possíveis para abordar e tentar solucionar (ou mitigar) este problema de Saúde Pública.

Este livro é a concretização do nosso trabalho e conta com um posfácio do médico que nos inspirou.

O sono em Portugal

Não existem muitos dados sobre a prevalência da insónia em Portugal, mas é seguro assumir que terá aumentado ao longo das últimas décadas, como tem acontecido um pouco por todos os países desenvolvidos.[2]

Em 2005, num estudo que tinha como objetivo avaliar a prevalência da insónia **na população portuguesa, 28,1% da amostra relatou pelo menos um sintoma de insónia e 10,1% relatou estar globalmente insatisfeito com o seu sono**.[3] Dados europeus mostram uma prevalência de insónia crónica em cerca de 10% da população, enquanto sintomas transitórios de insónia podem estar presentes em 30 a 48% da população.[4]

Num estudo que desenvolvemos, apurámos que durante a primeira vaga da pandemia, uma proporção significativa da amostra (36,3%) reportava pelo menos sintomas ligeiros de insónia.[5]

Embora tenhamos utilizado metodologia diferente, este valor foi superior ao observado anteriormente (28,1%) e, sendo expectável que muitas das pessoas que não sofriam de insónia anteriormente tenham conseguido regressar ao seu registo habitual de sono, é também expectável que, numa certa percentagem de casos, se tenha tornado crónica.

Assistimos paralelamente a um aumento, nos últimos anos, das vendas totais de medicamentos para o sono nas farmácias. Só no ano de 2022 os portugueses gastaram neste segmento cerca de 87,4 milhões de euros – mais 10 milhões que no ano anterior. Curiosamente, apesar da venda de medicamentos sujeitos a receita médica se ter mantido relativamente estável, com a tendência a descer, a venda de medicamentos de venda livre subiu cerca de 95%, o que mostra o interesse dos portugueses na procura de alternativas ao tratamento habitual que lhes tem sido oferecido.[6]

O mito das oito horas e quantas insónias criou

Existe uma ideia enraizada no nosso consciente coletivo: todos precisamos de dormir oito horas por dia. Parece que existe um número de horas mágico que todos devemos dormir, sem espaço para a variabilidade. Mas será que é mesmo assim?

Pessoas diferentes têm diferentes necessidades de tempo de sono e vários fatores influenciam essa necessidade ao longo da vida. No nosso caso, ainda que tenhamos a mesma idade, um de nós precisa de cerca de

seis horas de sono por dia para funcionar de forma ideal e o outro de sete horas e meia. **É esse o número de horas de sono que cada um deve ter como objetivo: o seu.** O relevante é sentirmo-nos bem no dia seguinte. Para alguns, esse número será seis, para outros oito ou mesmo nove horas – e está tudo bem.

Diferenças biológicas, genéticas e até de estilo de vida podem influenciar estas variações. Tentar uma abordagem de "tamanho único" acaba por causar mais problemas do que resolve. **Esta ideia simplista tem contribuído para o uso generalizado de sedativos e hipnóticos nas últimas décadas.**

Os meios de comunicação social e mesmo alguns investigadores ou especialistas na área continuam a sugerir as oito horas e a dizer que qualquer "dívida de sono" resultante irá contribuir para consequências nefastas. No entanto, as evidências cientificas mais consistentes não se encontram alinhadas com esta ideia. Num conhecido estudo de 2002, o Dr. Daniel Kripke e a sua equipa da Universidade da Califórnia[7] mediram a relação entre a duração do sono e a mortalidade numa amostra de mais de um milhão de adultos ao longo de seis anos. Descobriram que as pessoas que dormiam sete horas por noite tinham as menores taxas de mortalidade. Os participantes que relatavam dormir oito horas ou mais e seis horas ou menos apresentaram um risco de mortalidade significativamente mais alto.

Vários estudos subsequentes têm vindo a confirmar este padrão em "U". **Um aspeto surpreendente dos achados é que quem dorme mais horas parece ter um maior risco de mortalidade quando comparado com quem tem um sono de curta duração. Numa meta-análise de 2010**[8] chega-se à conclusão de que quem dorme mais de oito horas apresenta um risco de mortalidade 30% superior, quando comparado com quem dorme entre sete a oito horas por noite. Dormir pouco – geralmente menos de sete horas – está associado a um risco 12% maior. Além disso, o efeito do sono de curta duração geralmente diminui ou desaparece quando se controla fatores associados à mortalidade precoce, como o consumo de álcool ou tabaco e o sedentarismo[9]. O mesmo tipo de controlo para estes fatores manteve o risco elevado de mortalidade para os que dormiam oito horas ou mais.

Afinal o que é a insónia?

Neste momento devemos enfatizar que a insónia não é sinónimo de poucas horas de sono. A insónia caracteriza-se por uma dificuldade persistente em iniciar, manter ou terminar o sono, associada a uma insatisfação relativamente à qualidade ou quantidade do mesmo. Estas dificuldades ocorrem, apesar de existirem condições adequadas para dormir, e envolvem frequentemente prejuízos no funcionamento diurno, como, por exemplo, fadiga, sonolência, irritabilidade ou mesmo dificuldades na atenção, concentração e memória.

A insónia mata?

Quando se investiga especificamente a relação entre sintomas de insónia e mortalidade, os resultados são muito diferentes e surpreendem. Num estudo publicado em 2019 na revista *Sleep Medicine Reviews*, que utilizava a base de dados de 17 estudos com uma amostra de quase 37 milhões de participantes acompanhados ao longo de cerca de 11 anos[10], os investigadores **mostraram não existir qualquer ligação entre insónia e morte precoce**. Boas notícias! As noites mal passadas provavelmente não o vão matar. Pode ser que esta informação traga algum conforto a quem estiver acordado às quatro horas da manhã a ler este livro. Importa dizer que estes resultados são contrários aos avançados por muitas revisões de literatura sobre este tema.

Esta discrepância não é surpreendente, uma vez que a maioria dos estudos incluídos avalia a relação entre mortalidade e duração do sono e não a insónia. Ora, uma duração objetivamente curta de sono não é a apresentação mais comum de insónia. Na insónia, o mais frequente é existir uma perceção incorreta da duração do sono, ainda que o número de horas de sono efetivo seja, na maior parte das vezes, superior a seis horas. Por outro lado, uma curta duração do sono pode também ocorrer por privação do sono e não por uma perturbação do sono, seja pela falta de condições para dormir – pensem em filhos pequenos ou vizinhos barulhentos – ou por decisão própria – pensem épocas de exames ou excesso de trabalho. Com base nesta informação, é abusivo estender a associação do ligeiro aumento da mortalidade em pessoas com duração objetivamente curta do sono para a insónia.

Já devem ter percebido o que queremos dizer, mas fazemos um resumo: **não nos devemos preocupar se não dormirmos oito horas**. A maior parte de nós não precisará de oito horas para funcionar no dia seguinte. Ainda assim, esta crença é de difícil desconstrução, levando a que muita gente modifique as suas rotinas de sono ou procure medicação na busca dessas oito horas. **Ironicamente, com estas mudanças, muitos passam de uma perceção de insónia para uma insónia efetiva, com verdadeira necessidade de tratamento.**

A nossa proposta

Mais do que umas noites mal passadas, **a insónia é uma doença de 24 horas**. O seu impacto não se resume à dificuldade em adormecer ou manter o sono durante a noite, como vimos atrás. Tem implicações no dia seguinte, prejudicando o nosso raciocínio, o nosso humor, a nossa energia e a nossa qualidade de vida. Apesar de em alguns casos a insónia ser pontual, reativa a algum evento, numa percentagem bastante relevante das pessoas as noites mal dormidas instalam-se de forma crónica, com uma duração mediana de três anos e taxas de persistência variando de 56% a 74% num ano.[11]

Não é um cenário animador. Não admira que exista tanta procura de tratamento para a insónia. Como vimos, existe uma procura crescente de medicamentos nesta área, com ou sem receita médica. No entanto, **a primeira linha de tratamento da insónia, consensualmente aceite por todas as *guidelines*, sociedades do sono ou especialistas, não é farmacológica e baseia-se em princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental dirigida à insónia (TCC-i)**. Infelizmente, ter acesso a técnicos qualificados para o efeito é bastante mais difícil do que deveria ser. Continuamos a ter no nosso sistema público uma grande dificuldade de acesso à psicoterapia – ainda mais se falarmos de psicoterapia especializada.

Considerando que a insónia deve ser sempre tratada, o nosso **objetivo com este livro é fazer com que as pessoas possam tratar a insónia na sua própria casa, sem que tenham de recorrer a fármacos numa primeira abordagem**, com base nos conceitos científicos mais atualizados.

Como qualquer outro tratamento, este poderá ser mais eficaz para uns do que para outros. A nossa experiência mostra que, independentemente da eficácia direta do tratamento, o conteúdo deste livro será sempre uma mais-valia no combate à insónia.

Nem todos os casos são de solução simples e alguns podem estar associados a outras perturbações do sono – queremos deixar isto claro, porque **ler este livro não substitui a consulta com um especialista do sono**. Poderá ter, em relação a ela, um papel complementar.

No final deste livro, estará provavelmente a dormir melhor. Quando lhe perguntarem como o faz, esperamos que consiga responder com mais do que um encolher de ombros e explicar alguns dos fundamentos que o ajudaram na jornada. Afinal de contas, dormir é fácil, mas pode dar trabalho.

---

[1]. Robbins R, et al. “Examining understandability, information quality, and presence of misinformation in popular YouTube videos on sleep compared to expert-led videos”, *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 19.5 (2023): 991-4

[2]. Garland SN, et al. “A decade’s difference: 10-year change in insomnia symptom prevalence in Canada depends on sociodemographics and health status”, *Sleep Health*, 4.2 (2018): 160-5

[3]. Ohayon MM e Paiva T. “Global sleep dissatisfaction for the assessment of insomnia severity in the general population of Portugal”, *Sleep Medicine*, 6.5 (2005): 435-44

[4]. Basseti C, et al. *Sleep Medicine Textbook*, 2.ª ed., European Sleep Research Society (2021): 219-36

[5]. Prata Ribeiro H, Ponte A, Raimundo M. e Reis Marques T. “Mental health risk factors during the first wave of the COVID-19 pandemic”, *BJPsych Open*, 7.6 (2021): e195

[6]. Costa Z. “Portugueses gastam 7,3 milhões de euros por mês para dormir”, *Jornal de Notícias* (17 de março de 2023): 6

[7]. Kripke DF, et al. “Mortality Associated with Sleep Duration and Insomnia”, *Arch Gen Psychiatry*, 59.2 (2022): 131–36

[8]. Cappuccio FP, et al. “Sleep Duration and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies”, *Sleep*, 33.5 (2010): 585–92

[9]. Hublin C, et al. “Sleep and mortality: a population-based 22-year follow-up study”, *Sleep*, 30.10 (2007): 1245-53

[10]. Lovato N e Lack L. “Insomnia and mortality: a meta-analysis”, *Sleep Medicine Reviews*, 43 (2019): 71-83

[11]. Morin C, et al. “Insomnia disorder”, *Nature Reviews Disease Primers*, 1.1 (2015): 1-18



PARTE 1

Compreender o sono e a insónia

A literacia em saúde, em Portugal, é baixa. Estima-se que 11% da população portuguesa tenha um nível de literacia considerado "inadequado" nesta área e que 38% esteja num nível considerado "problemático". E ainda que para os níveis "suficiente" e "excelente" encontremos metade da população, o nosso nível "excelente" é estimado como o mais baixo da Europa, com 8,6%, ainda longe dos 9,1% da Espanha ou dos 9,9% da Grécia.[1]

Uma vez que a literacia em relação ao sono não é uma exceção, queremos que este livro seja mais do que uma mera ferramenta para corrigir a insónia. Ele tem que dar informação e contribuir para aumentar a nossa literacia em saúde enquanto comunidade. Uma forma fácil é avaliar o conhecimento prévio. **O questionário que se segue é para ser respondido sem sentimento de culpa**. Escolha a opção que lhe parecer ser a mais correta e, ao longo do próximo capítulo, logo verá em quantas respostas acertou. Não tem de contar a ninguém o resultado, mas ele vai ajudá-lo a ter perceção de quais as ideias sobre sono – corretas ou incorretas – que foi integrando no seu conhecimento. A ideia é desconstruir mitos. Se falhar muitas respostas, não se preocupe. A partir daqui só pode melhorar!

Se este questionário se revelar muito fácil para si, lembre-se: aquilo que sabemos e o que fazemos nem sempre coincidem. Para que a informação seja verdadeiramente útil, esta deve não apenas mudar a nossa forma de pensar, mas também influenciar a forma como agimos. Mantenha a mente aberta e, mesmo que saiba a maioria das respostas, o seu desafio passa por pensar em como pode usar esta informação de forma ainda mais eficiente.

Teste o seu conhecimento

1 – Quantas horas de sono são recomendadas para um adulto?
a) Entre 7 e 9 horas ☐
b) 8 horas ☐
c) Entre 6 e 10 horas ☐

2 – Em média, quem dorme mais?
a) Criança ☐
b) Adolescente ☐
c) Idoso ☐
3 – Quem estaria mais cansado depois de uma noite de poucas horas de sono?
a) Alguém com insónia há 4 meses ☐
b) Alguém com insónia há 5 anos ☐
c) Alguém que dormiu hoje menos 3 horas que o seu habitual ☐
4 – Em que fase do sono sonhamos?
a) Sono REM ☐
b) Sono Não REM ☐
c) Ambas as anteriores ☐
5 – Quando temos o nosso sono mais profundo?
a) Primeira metade da noite ☐
b) Segunda metade da noite ☐
c) Quando fazemos uma sesta de 30 minutos ☐
6 – Qual das seguintes opções não descreve a ação do álcool no sono?
a) Ajuda a adormecer ☐
b) Torna o sono mais fragmentado ☐
c) Torna o sono mais profundo ☐
7 – Qual destas não é uma função do sono?
a) Processamento de emoções ☐
b) Consolidação da memória ☐
c) Perder a consciência de forma transitória ☐
8 – De que forma o café impacta o sono?
a) Não interfere ☐
b) Bloqueia o efeito da adenosina ☐
c) Desativa a melatonina ☐
9 – O que acontece quando dormimos bem?
a) Não nos mexemos ☐

b) Não ouvimos nada ☐
c) Sentimo-nos bem no dia seguinte ☐
10 – Em que fase do sono solidificamos a memória?
a) REM ☐
b) NREM ☐
c) Ambas ☐
11 – Segundo dados europeus, qual a prevalência na população de sintomas transitórios de insónia?
a) 30% a 48% ☐
b) 18% a 29% ☐
c) 8% a 17% ☐
12 – Qual destas não é verdade em relação à insónia?
a) Aumenta o risco de diabetes tipo 2 ☐
b) Está associada a um aumento da mortalidade ☐
c) Aumenta o risco de depressão ☐
13 – Segundo Spielman, existem 3 fatores responsáveis pelo desenvolvimento da insónia. Em qual deles vamos tentar atuar com o nosso tratamento?
a) Fatores predisponentes ☐
b) Fatores precipitantes ☐
c) Fatores perpetuadores ☐

Respostas aqui

Sono

Antes de chegarmos à insónia e às maneiras como a podemos contrariar, é importante percebermos como funciona o sono. O interesse pelo sono remonta à Antiguidade e, durante muito tempo, era considerado um estado intermédio entre a vigília (estar acordado) e a morte. Era amplamente aceite

que, quando dormíamos, entrávamos num estado passivo de relativa inatividade cerebral, que só era revertido pelo despertar. Não havia uma real distinção entre o sono e, por exemplo, o estado de coma ou pós-anestesia.

Nos últimos cem anos, o nosso entendimento do sono evoluiu de forma rápida. Os cientistas dedicados a esta área descobriram que dormir é um comportamento dinâmico e não passivo. É uma atividade especial do cérebro controlada por mecanismos precisos e não apenas a simples ausência de vigília.[2]

Mas afinal como podemos definir o sono? Embora seja algo que todos experienciamos diariamente, são incontáveis os mitos e ideias erradas acerca do que realmente é e do que se passa enquanto dormimos. Utilizando uma definição técnica, **o sono é um estado neurocomportamental caracterizado por uma relativa não-reação e uma redução de sensibilidade a estímulos externos**. Sim, nós sabemos, não é a definição mais simples, mas, no fundo, diz-nos que enquanto dormimos prestamos menos atenção ao que se passa à nossa volta e, apesar de podermos não reagir a pequenos estímulos, este estado é reversível com estímulos um pouco mais vigorosos ou mais significativos para o indivíduo. Vamos tentar explicar porquê e trazer alguns exemplos práticos.

Não somos estátuas

Quando um de nós era miúdo, dividia quarto com o irmão – por desrespeito à sua privacidade, vamos chamá-lo de Guilherme, que é o nome dele. Dormiam num beliche e o Guilherme ficava na cama de cima. Às vezes, se ele adormecesse em determinadas posições, ressonava e um dos pobres autores não conseguia adormecer. Tudo era tentado para impedir aquele incessante ressonar, sem grande sucesso. Até que, num determinado dia, alguém disse que bastaria assobiar para parar o ressonar. Eis a prova de que estamos permeáveis ao estímulo externo: um assobio contínuo, de baixa intensidade, bem colocado e o Guilherme parava de ressonar. Embora não acordasse, ficava mais alerta. O irmão tinha muitas vezes de intensificar o volume do assobio, mas para ele aquele momento da noite não era recordável – era apenas um ajuste de posição que não lhe quebrava o sono. Como acordava na mesma posição no dia seguinte, dizia muitas vezes que

não se tinha mexido durante a noite, mas era um facto que não só se tinha mexido, como tinha ressonado! Entretanto a gestão deste problema passou para as mãos da mulher dele.[3]



Com certeza já ouviu alguém gabar-se de adormecer e acordar exatamente no mesmo lugar, sem nunca se mexer, quase como uma estátua. É plausível adormecer e acordar na mesma posição. No entanto, **ao longo do sono ninguém fica totalmente parado. Nem mesmo no "sono profundo"!** O movimento é essencial, tanto no sono, como quando estamos acordados. É ele que, por criar um reposicionamento frequente ao longo da noite, nos impede de desenvolver úlceras de pressão e nos permite reajustar a posição em relação a estímulos físicos ou ruidosos.

Uma história evolutiva

Allan Rechtschaffen foi um pioneiro na medicina do sono moderna. Quando questionado sobre o motivo para dormirmos, preferia começar por enumerar algumas das desvantagens de o fazermos:

- O sono impede a caça e o consumo de alimentos;
- É incompatível com a procriação;
- Gera vulnerabilidade a ataques de inimigos.

A conclusão a que estas desvantagens o faziam chegar era a de que "se o sono não desempenha alguma função vital, é o maior erro que a evolução alguma vez cometeu".[4] Retirando o seu óbvio sarcasmo da equação, podemos concluir que o que ele queria dizer era que o sono teve de conferir uma importante vantagem evolutiva à nossa espécie em algum ponto do caminho. Uma forma fácil de medir a relevância do sono é pensando na

teoria de Darwin – as características que conferem vantagem tornam os indivíduos mais adaptados ao meio no qual vivem, fazendo com que se reproduzam mais e passem a sua genética às gerações seguintes. Quantas espécies conhece que não precisem de dormir?

Uma das principais teorias sobre o sono sugere que o fazemos para poupar energia e evitar o perigo, sendo esta teoria muitas vezes conhecida como a **teoria evolucionista**. Assim sendo, o sono permitiria uma diminuição da nossa ação em períodos em que estaríamos mais vulneráveis a predadores – à noite – diminuindo, ao mesmo tempo, os nossos gastos energéticos. Permitiria também manter a maior parte das nossas atividades no período diurno, no qual existiria maior disponibilidade de alimentos ou presas e estaríamos mais capazes de detetar eventuais predadores.

Apesar da redução do metabolismo do cérebro e do corpo enquanto dormimos, o sono continua a permitir um rápido despertar quando necessário – seja para cuidar de um bebé, ou para responder a ameaças ou mudanças ambientais. Aliás, mesmo alguém que durma bem pode acordar várias vezes durante a noite. Teoriza-se que este comportamento terá sido útil aos nossos antepassados por razões de segurança. Quando acontece, na maior parte das vezes, acordam, avaliam o meio envolvente e voltam a dormir. Não retêm essa informação, pois é considerada irrelevante.

Nem todos os estímulos durante a noite são iguais. Podemos não acordar com uma enorme tempestade, mas acordar com o choro leve do nosso bebé. Este exemplo ilustra bem a capacidade do cérebro humano de processar continuamente informação exterior durante o sono e desencadear um despertar completo em resposta a estímulos que sejam significativos para cada indivíduo. Qualquer pessoa que tenha criado adolescentes, ou pelo menos se lembre dos seus tempos de adolescência, pode confirmar que os adolescentes são menos responsivos do que os adultos aos estímulos apresentados durante o sono. Isso pode ter sido selecionado pela evolução, uma vez que a proteção contra predadores seria tendencialmente fornecida pelos membros mais velhos do grupo familiar, que também atenderiam às

necessidades noturnas dos mais novos. É importante enfatizar que estas teorias, apesar de bem desenvolvidas e acrescentarem uma peça ao *puzzle*, não explicam totalmente o porquê de dormirmos.

As outras peças do *puzzle*

Outra teoria que ajuda a completar este *puzzle* é a teoria da **manutenção cerebral**. Sabemos que o sono proporciona uma oportunidade especial para afinar e restaurar o delicado equilíbrio de vários processos fisiológicos no corpo. Pensa-se que durante o sono o cérebro procede à limpeza de várias toxinas e detritos acumulados ao longo do dia. Para isto acontecer, algumas células cerebrais têm de se contrair, diminuir de tamanho e permitir que o líquido entre as células remova este "lixo cerebral". **Mas não é apenas a manutenção celular que ocorre durante o sono; também uma manutenção emocional** tem lugar – mais especificamente no sono REM (Rapid Eye Movement ou, em português, Movimentos Oculares Rápidos).

Segundo Matthew Walker, professor de neurociência e psicologia na Universidade de Berkeley, na Califórnia, o sono REM promove algo similar a uma **"terapia durante a noite"**. Durante o sono REM, através de alguns mecanismos complexos, memórias recentes são reativadas sem que exista a resposta emocional habitualmente associada – "**o sono transforma uma memória emocional numa memória de um evento emocional, o que em si deixa de ser emocional**".[5] Útil, não é? Talvez estas descobertas possam explicar em parte a conhecida expressão "a comédia é tragédia mais tempo", cuja autoria não é muito consensual. É possível que muita terapia seja feita enquanto dormimos, para que consigamos rir sobre alguns dos nossos fracassos. Obrigado, REM!

Uma teoria adicional da função do sono prende-se com o **processamento de informação e memórias**. Não é que aprendamos novas informações durante o sono – consolidamos o que aprendemos ao longo do dia. Esta é a altura ideal para que as memórias mais recentes se fortaleçam e transformem. Através de um processo de reativação de memórias, estas tornam-se mais resistentes e fáceis de aceder a longo prazo.

Alguns estudantes vão identificar-se com a sensação de ir para a cama com o cérebro num nó, depois de passar o dia a estudar para um exame e acordar no dia seguinte com a cabeça miraculosamente organizada. É como

se alguém tivesse feito o trabalho de arquivista durante a noite, deixando a informação arrumada e pronta a ser utilizada assim que necessário.

Sono e criatividade

Além de nos ajudar a decorar matéria para um exame, o sono tem também importância noutras funções. **Existem muitos estudos que apontam para a relação entre sono e criatividade**. Particularmente, uma maior facilidade em resolver de forma criativa um problema depois de uma noite de sono. John Cleese, o membro mais vertical (no sentido literal da palavra) dos Monty Python, escreveu, no seu livro *Criatividade*, o seguinte: "Quando escrevia à noite, sozinho, muitas vezes ficava encalhado e a dar voltas à cabeça… Invariavelmente, acabava por desistir e ir para a cama. Na manhã seguinte, acordava… e, quase imediatamente, a solução para o problema que me apoquentara na noite anterior… tornava-se óbvia! E com tal clareza que eu não conseguia entender como podia ter-me escapado na véspera. Mas escapara, de facto. Foi assim que comecei a aperceber-me de que, se trabalhasse antes de me ir deitar, acabava muitas vezes por ter uma ideia criativa durante a noite".[6]

Também Paul McCartney terá ouvido a melodia da música *Yesterday n*um sonho e, ao acordar, procurou rapidamente um piano para evitar esquecê-la. Surgiu de forma tão bem definida no seu sonho que, segundo contou, passou cerca de um mês "a perguntar a pessoas na indústria musical se alguma vez a tinham ouvido antes", preocupado com a possibilidade de ter inconscientemente plagiado o trabalho de outra pessoa.[7] Podemos ainda citar a conhecida técnica usada por Salvador Dalí e Thomas Edison: adormecer com um objeto na mão, o qual, com a perda de tónus muscular, caísse e os acordasse. Nesse momento, sentiriam um ímpeto criativo que os ajudava a produzir. Um na área científica, outro na área artística.

Mas o que causará este aparente efeito criativo do sono?

O pensamento criativo depende de algum tipo de reorganização de conhecimento previamente adquirido. Embora o papel do sono na resolução criativa de problemas seja frequentemente mencionado na literatura, as provas concretas existentes são surpreendentemente escassas. A maioria dos

estudos existentes concentra-se no papel do sono REM e do sono profundo (NREM 3) na criatividade, sugerindo que cada um tem o seu próprio modo de a potenciar. O sono profundo, através da reativação de memórias, pode facilitar a extração de regras ou a compreensão da essência de um problema antes não evidente. Por outro lado, o sono REM parece promover a descoberta de novas associações entre informações previamente não relacionadas.[8]

Mesmo o sono mais superficial (NREM 1) tem vindo a ganhar relevo nesta área. Alguns autores concetualizam esta fase como um estado "semilúcido", em que o indivíduo se desliga progressivamente do seu ambiente e começa a observar livremente os seus pensamentos divagarem, mantendo, ainda assim, a capacidade lógica para identificar faíscas criativas.[9] Este fenómeno era o que Dalí e Edison procuravam deliberadamente atingir, ao forçarem o seu despertar pouco depois de adormecerem.

Muito ainda está para descobrir nesta fascinante interação entre criatividade e sono. Acreditamos que os próximos anos revelarão novidades que contribuirão para uma compreensão mais profunda deste enigma.



REM ou Não-REM, eis a questão

Uma forma que simplifica a compreensão do que é o sono é o conhecimento da sua organização em diferentes fases. **Ainda que as definições destas fases tenham sido criadas de forma algo artificial, elas correspondem a alterações fisiológicas facilmente observadas com recurso à polissonografia**.

Podemos dividir o sono em sono REM e sono não-REM (NREM). Estas fases do sono diferentes compreendem mais do que apenas fases mais e menos profundas do sono. Elas apresentam diferenças entre si ao nível da atividade cerebral, do tónus muscular e dos movimentos oculares. Quererá isto dizer que têm diferentes funções para o organismo? Que pergunta! Claro que sim.

REM

Comecemos pelo sono REM. Esta fase de *Rapid Eye Movement*, ou Movimentos Oculares Rápidos, **tem uma atividade cerebral muito parecida com o nosso estado acordado**, como podemos ver na Figura 1. É o período que normalmente associamos aos sonhos, embora eles também possam ocorrer no sono NREM. Acontece que nesta fase os sonhos são mais facilmente lembrados do que em NREM e são geralmente mais bizarros, visualmente vívidos, emocionais e longos. Têm tipicamente uma história complexa associada.[10]

Se sonhássemos e os nossos músculos reagissem a tudo o que estávamos a sonhar, a nossa cama seria um lugar bem mais agitado. Felizmente, **uma das características desta fase de sono é a atonia muscular.** Isto quer dizer que os nossos músculos não respondem aos nossos estímulos cerebrais. Mesmo que estejamos a sonhar com uma luta ou com uma corrida, vamos estar parados na nossa cama.

Esta fase, para além do que já falámos nas secções anteriores, é especialmente importante para reforçarmos as nossas memórias procedimentais, envolvidas na aprendizagem de competências motoras como andar de bicicleta, ou decorar uma coreografia complicada para fazer no TikTok.

---

[1]. Espanha R, et al. *Literacia em saúde em Portugal*, Fundação Calouste Gulbenkian (2016): 96

[2]. Hobson JA. *Sleep*. New York: Scientific American Library (1989)

[3] É importante clarificar que os autores desta obra não estão a recomendar assobiar quando alguém ressona.

[4]. Wood M. “Allan Rechtschaffen, sleep research pioneer, 1927-2021”, University of Chicago News (2021). Disponível em: https://news.uchicago.edu/story/allanrechtschaffen-sleep-research-pioneer-1927-2021

[5]. Goldstein AN e Walker MP. “The role of sleep in emotional brain function”, *Annual Review of Clinical Psychology*, 10 (2014): 679–708

[6]. Cleese J. *Criatividade – um guia prático e divertido*, Objetiva (2021). Tradução de Susana Sousa e Silva

[7]. Cross, C. *The Beatles: Day-by-Day, Song-by-Song, Record-by-Record*, iUniverse (2005)

[8]. Lewis PA, et al. “How Memory Replay in Sleep Boosts Creative Problem-Solving”, *Trends Cogn Sci*, 22.6 (2018): 491-503

[9]. Lacaux C, et al. “Sleep onset is a creative sweet spot”, Science Advances 7.50 (2021); Horowitz, A. H. et al. “Targeted dream incubation at sleep onset increases post-sleep creative performance”. *Sci Rep*, 13 (2023)

[10]. McNamara P. “Characteristics of REM and NREM Dreams”, *The Neuroscience of Sleep and Dreams – Cambridge Fundamentals of Neuroscience in Psychology.* Cambridge University Press (2023): 160-172

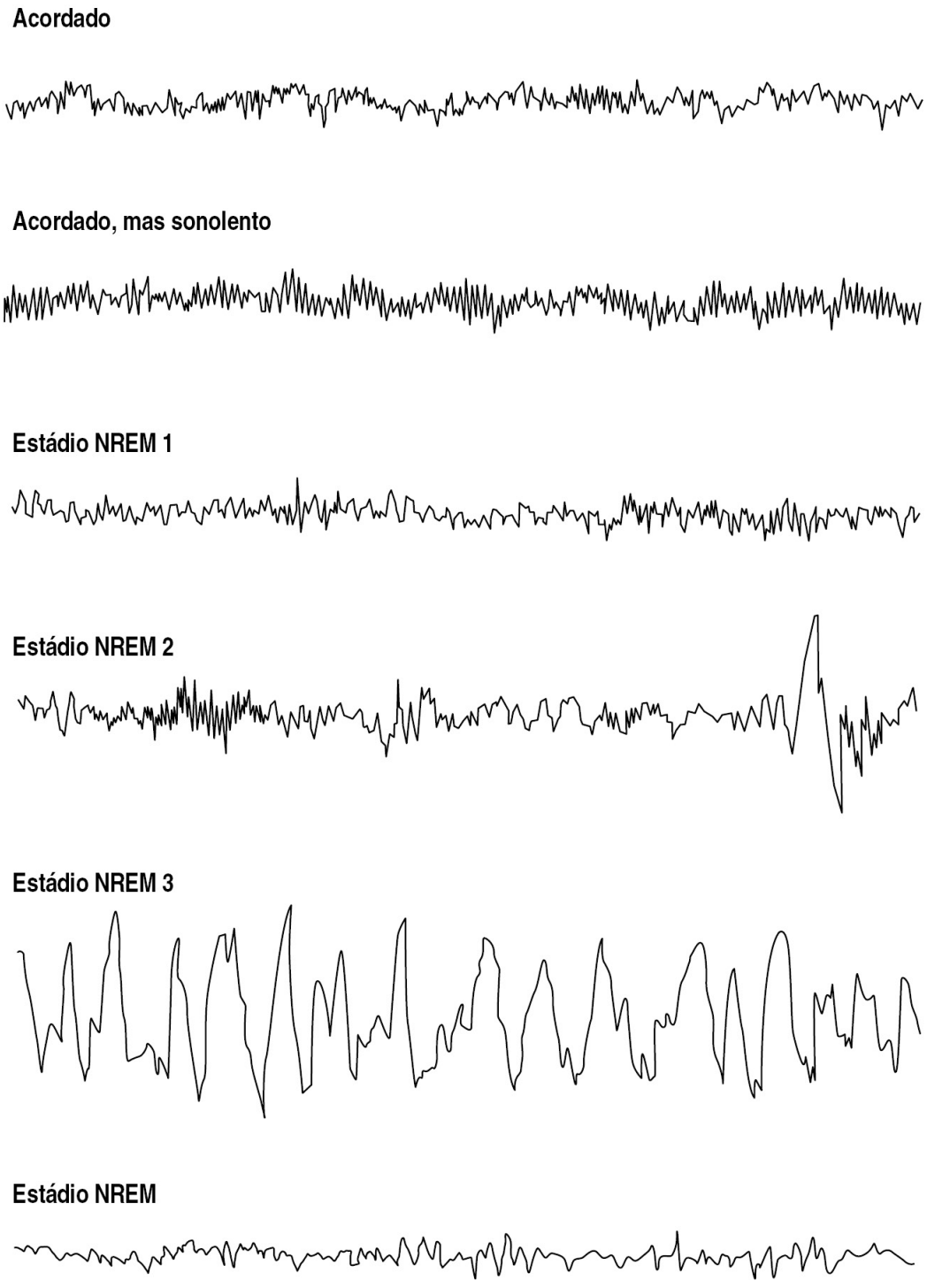


FIGURA 1
Características eletroencefalográficas da vigília e dos vários estádios do sono

NREM

No sono NREM, temos de considerar as suas três fases. À medida que avançamos nas fases NREM, as ondas cerebrais vão ficando cada vez maiores em amplitude e menos frequentes à medida que o sono vai para as suas fases mais profundas (ver Figura 1). Isto é acompanhado de um relaxamento muscular progressivo, ainda que o tónus muscular não fique totalmente ausente, como acontece no sono REM. Esta fase é tradicionalmente associada ao processamento de outro tipo de memórias – as memórias declarativas. Estas memórias são as que estão associadas à memorização de episódios pessoais (o que fez no seu último aniversário) e de conhecimento geral (saber que o cognome de D. Fernando era "o Formoso").

A arquitetura do sono

Cada noite de sono completa é caracterizada por três a seis passagens por estas fases do sono, de forma sequencial. Cada uma dessas sequências é chamada de "ciclo de sono" e **cada ciclo de sono apresenta uma duração média de 90 a 110 minutos.**

Ao longo da noite, e a cada novo ciclo de sono, aumenta o período que é passado em sono REM e vai diminuindo o tempo passado em sono não-REM profundo.

Para simplificar esta explicação, podemos ver, na Figura 2, o **hipnograma de um adulto saudável**, onde fica demonstrado que, além de passarmos pelas diferentes fases do sono, com funções diferentes entre si, ainda vamos tendo alguns despertares. Como vimos anteriormente, estes despertares poderão ter conferido alguma vantagem adaptativa ao longo da nossa evolução enquanto espécie.

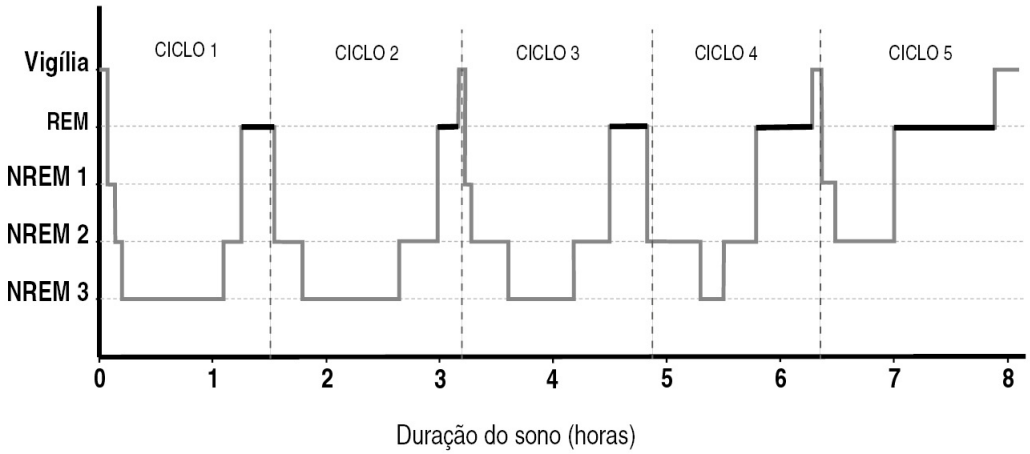


FIGURA 2
Hipnograma de um adulto saudável

O que temos aqui é uma exposição do tempo médio que passamos em cada fase do sono. À esquerda, as diversas fases e, em baixo, o intervalo de tempo. Se olharmos para um adulto saudável, podemos constatar que **a parte mais profunda do sono ocorre durante o primeiro terço da noite, com uma transição relativamente rápida para o sono profundo (N3) durante este período.** Como é notório no hipnograma, estes períodos de sono profundo vão gradualmente diminuindo na sua duração à medida que a noite avança. Concomitantemente, vemos os períodos de REM a aumentar ao longo da noite. Sabendo isto, faz sentido que, quando nos acordam do sono profundo (por exemplo, cerca de uma hora depois de adormecermos), nos sintamos letárgicos, e que, quando acordamos na segunda metade da noite, nos consigamos lembrar dos sonhos mais facilmente.

O impacto da idade

Maurice Ohayon, psiquiatra e investigador da Universidade de Stanford analisou 65 estudos, com 3577 pessoas com idades entre os 5 e os 102 anos, com o objetivo de avaliar o efeito da idade no sono.[11] Os seus achados foram bastante interessantes e permitiram chegar a conclusões muito

relevantes acerca de como se altera o nosso sono ao longo do ciclo de vida. O gráfico que se segue define a evolução das horas médias de sono ao longo da vida.

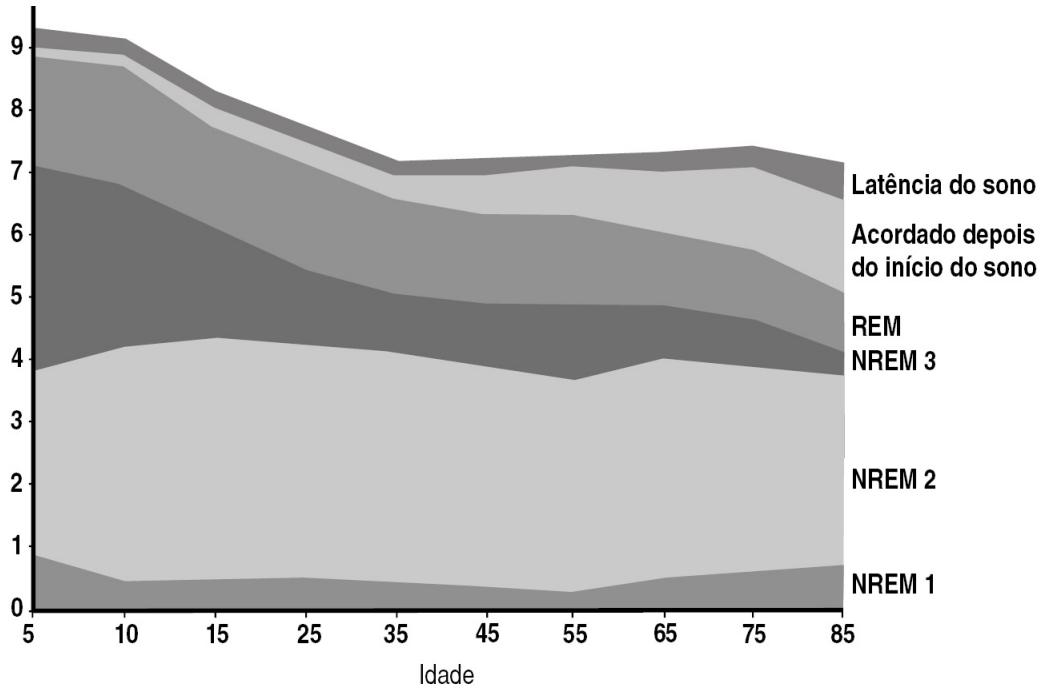


FIGURA 3
Alterações no sono ao longo da vida (em horas): NREM 1, NREM 2, NREM 3, REM, latência do sono e período acordado após início do sono. Adaptado de Ohayon et al (2004)[21]

O tempo total de sono vai diminuindo com a idade. Olhando para o gráfico torna-se fácil compreender isso, uma vez que o período no qual dormimos mais é quando somos crianças e aquele no qual dormimos menos é o da terceira idade. **As alterações que, com a idade, são proporcionalmente mais significativas são a redução do sono profundo (NREM 3) e o aumento do período acordado após adormecer** – aquilo a que chamamos despertares noturnos. O sono REM, NREM 1, NREM 2 e a latência do sono (tempo que demoramos a adormecer) vão variando com a idade, mas não são, em proporção relativa, tão significativas. Uma pessoa saudável de 75 anos dorme, em média, aproximadamente menos uma hora e meia do que uma pessoa de 25 anos, no entanto o tempo que passa na cama varia pouco. Este fenómeno ajuda a explicar o aumento de problemas de

sono com a idade. Esta é **outra das razões pela qual não devemos falar em oito horas de sono para todos** e é também um dos motivos pelos quais as associações e sociedades ligadas à medicina de sono mencionam intervalos de horas; não horas fixas.

Normalmente são recomendadas entre sete e nove horas de sono para os adultos, deixando a ressalva de que, entre seis e dez horas (ou até onze horas, nos adultos até aos 25 anos), poderemos encontrar-nos num intervalo apropriado[12] – **dependerá da pessoa.**

A verdade é que a duração do sono depende de muitos fatores. Acabámos de analisar a idade, mas fatores como o ritmo circadiano de cada um, ou há quanto tempo uma pessoa se encontra acordada, também vão influenciar esta duração.

Sono – um governo bipartido

A pressão de sono

Há muito a influenciar o sono. Da anatomia à fisiologia, como em todas as facetas da nossa vivência, múltiplas áreas têm de funcionar sem falhas, para que até o mais simples dos processos possa ocorrer.

Neste contexto, dois processos desempenham um papel crucial, ao colaborarem para regular o nosso padrão de sono. Um dos processos diz-nos que quanto mais tempo estivermos acordados, mais sono vamos sentir. Óbvio, não é? Pode parecer simples, mas é mais complexo do que parece à primeira vista.

Chamamos a este processo **homeostasia do sono ou processo homeostático** (Processo S) e reflete a nossa pressão de sono ou o *quão sonolentos* estamos.

Mas como é que o nosso corpo sabe que estamos acordados há muito tempo? Parece que certas moléculas se vão acumulando enquanto estamos acordados, desencadeando assim a sensação de sonolência. **Uma destas moléculas é a adenosina.**

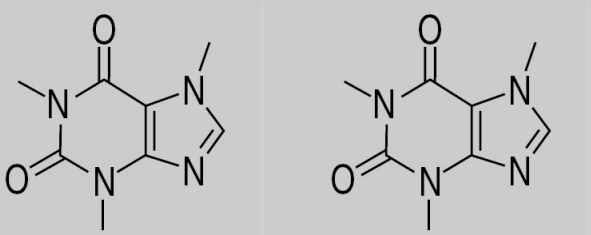
A adenosina é o resultado do gasto energético que vai ocorrendo ao longo do dia – lembram-se de falar de ATP (adenosina trifosfato) nas aulas de biologia? Pois bem, **o ATP é a unidade básica de energia e, quanto mais tempo estamos acordados, mais ATP é gasto e, por consequência,**

mais adenosina é acumulada. Este detalhe ajuda-nos a perceber o mecanismo de funcionamento de duas das bebidas mais consumidas da história humana:

O café e o chá



O café, mais especificamente a cafeína, atua de forma estimulante porque bloqueia a ação da adenosina, mascarando a sonolência que a pessoa sente naquele momento. O mesmo se aplica à teína, a molécula estimulante que se encontra no chá preto e no chá verde. Vejam se encontram as diferenças entre estas duas moléculas:



Não precisa de continuar a procurar diferenças. São exatamente a mesma molécula! A principal diferença entre o chá e o café é muitas vezes atribuída às outras substâncias presentes nessas bebidas, que podem interagir com a cafeína/teína e influenciar os efeitos sentidos. Independentemente disso, os cuidados a ter com bebidas cafeinadas também devem ser aplicados ao consumo de chás.

Como vimos, quanto mais adenosina, maior a sonolência do indivíduo. Quando dormimos, vamos gastando a adenosina acumulada ao longo do dia. William Dement, um conhecido investigador da medicina do sono da Universidade de Stanford, na Califórnia, referiu-se várias vezes ao longo da sua carreira a um conceito interessante, a que chamava **dívida de sono**. Dizia que a dívida de sono era o saldo para com o "cobrador de sono da natureza". **Na "economia do sono", assim como na economia monetária, as dívidas devem ser pagas –** embora saibamos que isso nem sempre acontece. Por cada hora que estamos acordados, acumulamos dívida de sono. Apesar de não ser linear, esta dívida vai aumentando ao longo do dia.

Em indivíduos saudáveis, com um bom padrão de sono, esta dívida é integralmente saldada durante a noite seguinte de sono. Acordam revigorados e com a sensação de terem tido um sono reparador. Outras pessoas, devido a escolhas de estilo de vida ou imposições de vários tipos, encontram-se num estado de dívida crónica de sono, muitas vezes sem oportunidade de a pagar na totalidade.

Tentam pagar às prestações, compensando com um pouco mais de sono quando possível, o que pode não ser suficiente. O que acabámos de descrever é aquilo a que chamamos **privação de sono**, que – como vamos explorar à frente – difere significativamente da insónia.

Cerca de um dia

O segundo processo que regula o nosso padrão de sono está relacionado com o *quando adormecemos*. É chamado de **processo circadiano** (Processo C) ou **ritmo circadiano**. Do latim *circa* (cerca de) *diem* (dia), ou seja, um processo de cerca de um dia.

O nosso planeta completa uma rotação sobre o seu eixo a cada 24 horas e toda a nossa biologia está meticulosamente sincronizada com o ciclo de dia e noite daí resultante. Temos um relógio biológico que coordena as funções de todas as células do nosso corpo, com instruções específicas sobre o que deve acontecer a cada momento do dia. Apesar de toda esta afinação, **o nosso relógio biológico interno tem um ciclo ligeiramente superior do às 24 horas de rotação do planeta.** É, em média, de 24 horas e 11 minutos.[13] Isso faz com que seja importante que exista uma ressincronização diária entre os nossos relógios interno e externo. Esta ressincronização ocorre de várias formas, mas a mais importante talvez seja por via da luz.

Luz na hora certa pode ajudar a regular o nosso ritmo circadiano; na hora errada, pode originar perturbações do sono. Por exemplo, acesso limitado à luz natural pode levar a dificuldades em mantermos a concentração e o estado de alerta durante o dia. Por outro lado, **mesmo pequenas quantidades de luz azul à noite podem suprimir a produção de melatonina, tornando-nos mais alerta, e atrasar o início do sono.**

Mas afinal o que é a melatonina?



A melatonina é produzida na glândula pineal do cérebro e está intimamente relacionada com a nossa perceção de luz e escuridão. **É a hormona do sono.**

Foi descoberta nos anos 50 por investigadores interessados na possibilidade de existir alguma substância na glândula pineal das vacas que pudesse ter utilidade no tratamento de doenças da pele. Entretanto, nos anos 70, há um novo desenvolvimento e percebe-se que a sua produção segue um ritmo circadiano: durante o dia, quando somos expostos à luz (especialmente à luz na gama azul), a produção de melatonina é inibida. À medida que a noite se aproxima e a luminosidade diminui, a produção de melatonina aumenta, atingindo níveis mais elevados à noite e durante as primeiras horas da manhã.

Quando falamos de melatonina, não nos referimos apenas à melatonina endógena, ou seja, à produzida no cérebro. Atualmente, se for a qualquer farmácia, vai encontrar várias marcas com melatonina sintética, promovendo os seus benefícios como o comprimido para dormir “natural”. No entanto, visto que é vendida como um suplemento alimentar, é importante não esquecer que não é regulamentada pelo INFARMED e, por isso, não há garantia do seu grau de pureza. Um estudo realizado nos Estados Unidos e no Canadá aos suplementos com melatonina mostrou uma variação entre menos 83% e mais 478% do que a quantidade de melatonina anunciada[14], o que, como pode calcular, tem consequências não só ao nível da eficácia, mas também dos efeitos secundários. Apesar de ser eficaz no tratamento de perturbações do ritmo circadiano, **existe uma falta de acordo entre os especialistas sobre a eficácia do uso da própria melatonina no tratamento da insónia.**

A ideia a reter aqui é que, **enquanto o processo circadiano funciona de forma independente da quantidade de sono no dia anterior, o processo homeostático leva a um aumento gradual de sonolência até o indivíduo adormecer**.

Durante a noite, a produção de melatonina geralmente coincide com uma pressão de sono suficientemente elevada, criando uma janela de oportunidade de sono em que o sono é mais propenso a ocorrer. Se perder essa janela, por exemplo, devido a trabalho noturno, a pressão de sono continua a aumentar, mas existe um momento em que deixamos de produzir melatonina e começamos a produzir cortisol, o que faz com que se torne mais difícil adormecer, ou com que o sono acabe por se tornar mais curto.

Por outro lado, se dormir uma sesta à tarde, também é provável que perca esta janela de oportunidade à noite, visto que gastou parte da pressão de sono acumulada, apesar de se manter a produção de melatonina.

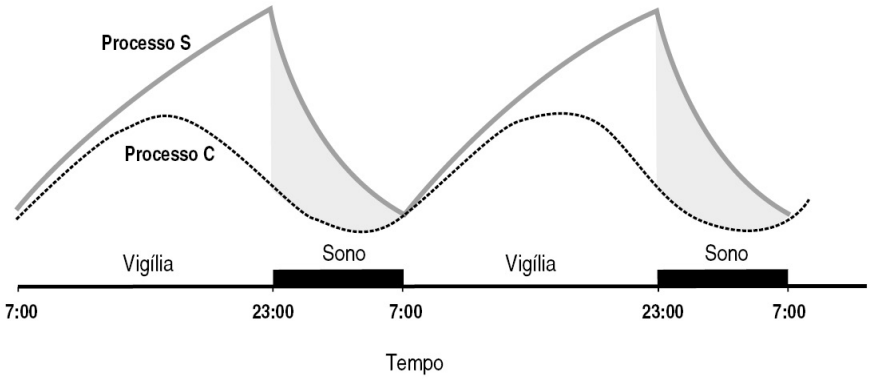


FIGURA 4
Os dois processos ao longo do dia

Em resumo, a desregulação de qualquer um dos processos – homeostático ou circadiano – tem a capacidade de originar um problema do sono que, caso não seja corrigido, com o progredir do tempo pode evoluir para uma perturbação do sono.

Insónia

Depois de abordarmos alguns dos mecanismos e teorias que explicam o funcionamento do sono, vamos falar um pouco acerca da insónia. A insónia, como qualquer outra doença, tem de respeitar critérios diagnósticos para que se possa considerar que está presente. Falamos de alguns na nossa introdução, mas de acordo com a terceira versão da Classificação Internacional de Perturbações do Sono (International Classification of Sleep Disorders – ICSD), da Academia Americana de Medicina do Sono, devem existir cinco.

Os critérios

Critério 1 – a queixa principal:

O doente relata um ou mais dos seguintes sintomas:
A. dificuldade no início do sono;
B. dificuldade na manutenção do sono;
C. despertar precocemente.

Critério 2 – o impacto diurno:
O doente relata impacto diurno sob a forma de um ou mais dos seguintes sintomas: A. fadiga e/ou mal-estar; B. dificuldades da atenção, concentração ou memória; C. dificuldades nas relações familiares ou sociais, ou desempenho escolar ou profissional; D. irritabilidade ou alterações do humor; E. sonolência diurna; F. problemas comportamentais (agressividade, impulsividade e hiperatividade); G. tendência para cometer erros ou causar acidentes; H. energia, motivação ou iniciativa reduzidas; I. insatisfação ou queixas sobre a qualidade de sono.

Critério 3 – as oportunidades e circunstâncias:
As queixas documentadas nos critérios 1 e 2 não são explicadas puramente por oportunidades ou circunstâncias desadequadas para iniciar o sono.

Critério 4 – o critério temporal:
Os sintomas descritos nos critérios 1 e 2 têm de estar presentes, pelo menos, 3 dias por semana e durante, pelo menos, 3 meses (insónia crónica) ou até 3 meses (insónia aguda).

Critério 5 – outras perturbações:
Os sintomas acima descritos não são mais bem explicados por outra perturbação do sono.

É com base nestes critérios que o médico assistente poderá fazer um diagnóstico de insónia. Se olharmos com mais atenção para cada um deles, conseguimos extrair um pouco mais de informação.

Consoante o problema principal do **Critério 1**, podemos falar em três tipos de apresentação:

- A primeira é a insónia inicial, ou seja, dificuldade em adormecer.
- A segunda é a insónia intermédia, isto é, dificuldade em manter o sono. Um exemplo célebre deste tipo de insónia é o do comediante Billy Crystal, que dizia: “Eu durmo como um bebé – acordo de hora a hora”.
- A terceira é a insónia terminal e corresponde a acordar demasiado cedo. Nenhuma

destas apresentações tem de ocorrer em exclusividade. Pode ter a “sorte” de acumular várias destas apresentações! Além disso, a apresentação principal pode variar com o tempo.

O **Critério 2** é muito útil para distinguir as pessoas com insónia das pessoas que biologicamente podem precisar de menos sono: os chamados short-sleepers. Pensem em Marcelo Rebelo de Sousa. Segundo todas as suas biografias e perfis, Marcelo dormirá entre quatro a cinco horas por noite.[15] Isto sem aparente impacto no seu desempenho durante o dia.
Ainda existe muito que desconhecemos sobre esta área, mas se dorme regularmente menos de seis horas sem desconforto ou queixas significativas no dia seguinte, então é possível que seja um short-sleeper! Para ter insónia é necessário que existam consequências no dia seguinte.

A distinção entre privação de sono e a insónia é feita através do **Critério 3**. Em essência, se não reservar tempo suficiente para dormir ou, por outro lado, se tentar dormir num ambiente pouco propício (demasiado barulho, luz ou temperaturas demasiado altas ou baixas) é provável que tenha problemas em dormir ou que se sinta cansado ou sonolento no dia seguinte. Nesse caso, estará em privação de sono, o que é diferente de sofrer de insónia.

Há quanto tempo tem os sintomas de insónia é também muito importante. De acordo com **o Critério 4**, se estiverem presentes há mais de três meses, consideramos uma insónia crónica, se estiverem presentes há menos de três meses, então estamos na presença de uma insónia aguda ou de curta duração.
Não é necessário ter insónia todos os dias. Existe alguma variabilidade no sono ao longo de uma semana. Por isso, para o diagnóstico, é necessário que ocorra pelo menos três noites por semana.
Uma pessoa que durma habitualmente bem pode ter uma noite em que dorme mal e uma pessoa com insónia pode ter uma ocasional boa noite de sono. Este limite de três noites por semana permite-nos distinguir estes dois grupos.

O critério final (**Critério 5**) merece alguma explicação. No passado, quando alguém com insónia apresentava qualquer outra doença, condição ou perturbação (seja ela física, psicológica, relacionada com medicamentos ou substâncias, ou outra perturbação do sono), a insónia era automaticamente vista como um sintoma ‘secundário’ à condição subjacente. Pensava-se que, se a condição subjacente fosse adequadamente gerida, a insónia desapareceria por si só.
Sabemos agora que a situação é mais complexa e que, em muitos desses casos, o tratamento bem-sucedido da outra condição não resolve necessariamente a insónia – falaremos melhor sobre o assunto na secção seguinte.
Independentemente disso, é importante estarmos atentos a sinais que nos façam pensar numa outra perturbação do sono, que não a insónia.
É comum, por exemplo, confundir um relógio biológico atrasado (tendência para tardar a ir

para a cama e depois acordar mais tarde) com uma insónia inicial e isso levar a uma abordagem terapêutica errada.

Os dois tipos de insónia

O caso da Sr.ª D.ª Lurdes



Em novembro de 2021, a Sr.ª D.ª Lurdes foi diagnosticada com uma depressão. Uma série de infortúnios na família e uma carga de trabalho aumentada depois de vários despedimentos na sua empresa levaram a que, progressivamente, perdesse a sua vontade de trabalhar e de estar com outras pessoas. Sentia ansiedade e tristeza constantes e chegou mesmo a abandonar, há uns meses, os passeios que tanto gostava de dar ao fim de semana. Demorava a adormecer e acordava muitas vezes durante a noite. No dia seguinte estava sempre cansada e com falta de energia.

Decidiu ir a uma consulta com o seu médico de família, que a medicou para a depressão. Gradualmente, a Sr.ª D.ª Lurdes voltou a sorrir e a fazer as suas caminhadas, retornou ao trabalho e deixou de sentir a ansiedade e o aperto no peito que antes sentia. No entanto, algo continuou mal. O sono continuou mal. Mais do que acordar a meio da noite, queixava-se de passar horas intermináveis à espera que o sono aparecesse. Apesar do que melhorou, continuava a temer a noite e como se ia sentir no dia seguinte. Em dezembro de 2022, procurou uma consulta especializada, iniciando um tratamento sem medicação, e o seu sono melhorou progressivamente.

Até à reformulação do diagnóstico de insónia na terceira versão da Classificação Internacional das Perturbações de Insónia (ICSD-3), na comunidade médica era comum falarmos de insónias primárias e secundárias. Nos casos de insónias secundárias, se tratássemos a suposta doença primária, também a insónia deveria melhorar. O exemplo da Sr.ª D.ª Lurdes mostra o “calcanhar de Aquiles” desta visão hierárquica que predominava. Partir do pressuposto que a insónia era muitas vezes secundária a outros diagnósticos levava a que os problemas relacionados com o sono permanecessem por tratar, como aconteceu no exemplo anterior. Hoje sabemos que o conceito de insónia secundária não tem

validade. Os tratamentos para a insónia são eficazes independentemente de ocorrerem juntamente com outras doenças ou não. Por isso, **a insónia deve ser sempre tratada.**

Na psiquiatria, a nossa área, esta é uma situação de especial importância visto que **30 a 60% das pessoas com doença mental apresenta também queixas de insónia**. No caso particular da depressão, esta percentagem chega aos 80%.[16]

Tratar os restantes sintomas, mas ignorar a insónia, é uma receita para o desastre, visto que aumenta duas vezes o risco de novos episódios[17] e diminui muito a qualidade de vida do indivíduo.

Assim, com a reformulação promovida no ICSD-3, só existem 2 opções para quem sofre de insónia: ou se trata de uma **insónia aguda** ou de uma **insónia crónica. Se acontecer há menos de 3 meses, é uma insónia aguda; se há mais de 3 meses, uma insónia crónica.** Fácil.

De qualquer das formas, a insónia crónica pode ramificar-se em vários subtipos. Parece-nos útil explorar um deles antes de avançarmos.

“Não dormi nada a noite inteira!”

Olhe que dormiu. É frequente ouvirmos queixas, nas nossas consultas, de doentes que garantem passar vários dias ou mesmo anos “sem dormir um segundo”. A boa notícia é que é impossível! O seu organismo já teria entrado em colapso.

Chamamos a este fenómeno **insónia paradoxal** e é um subtipo da insónia crónica. Consiste numa discrepância entre o número de horas de sono real, que poderia ser medido através de um exame de sono, e o número de horas de sono percecionadas pelo indivíduo. Isto não quer dizer que esta perceção deva ser ignorada. Aliás, este é um fenómeno real e as pessoas que dele sofrem acreditam com enorme convicção que essa ausência de sono é verdadeira.

Embora esta questão necessite de investigação ainda mais aprofundada, atualmente acredita-se que algumas pessoas possam ter um processamento sensorial mais intenso durante o sono que outras.

Recorda-se das teorias evolucionistas do sono que discutimos? Enquanto estamos a dormir, certas áreas do nosso cérebro mantêm-se ativas, permitindo-nos monitorizar o ambiente externo (uma trovoada ou o choro

de um bebé) e as nossas sensações internas (dores e desconfortos). De manhã, apesar de podermos não saber precisamente o que foi que ouvimos ou sentimos, podemos recordar alguma desta informação e interpretá-la como um sinal de termos estado acordados durante a noite. Pensa-se que, na sua forma mais extrema, este fenómeno possa explicar a existência da insónia paradoxal.

Exercício

> Experimente deixar um podcast, um audiobook ou um álbum de música inteiro a tocar. Se realmente não dormiu nada a noite inteira, irá com certeza lembrar-se de tudo o que ouviu. Será que consegue?

Como ficar com insónia?

Dorme bem e quer ficar com insónia? Vamos explicar como alguém pode passar de uma vida tranquila com sono exemplar para noites em branco de forma regular. Vários modelos têm sido elaborados, mas talvez aquele que permite um entendimento mais completo do fenómeno tenha sido o que o professor Art Spielman desenvolveu em 1987.[18]

O modelo do professor Spielman permite contar uma história importante sobre como alguém passa a dormir mal e enquadrar muitas das tarefas que vos vamos pedir nas sessões de tratamento. Aliás, este modelo é de tal forma fundamental que não avançamos para nenhum tratamento da insónia sem o explicarmos antes. Por outro lado, sentimos que esta é uma excelente forma de entender como pode ficar com insónia.

Os três Ps

De acordo com a teoria de Spielman, existem três categorias de fatores que contribuem para o desenvolvimento de insónia: **os três Ps – fatores predisponentes, precipitantes e perpetuadores** (ver figura 5).

O primeiro P refere-se a fatores Predisponentes. Todos temos fatores predisponentes para a insónia, uns mais do que outros. Sabemos que algumas pessoas têm uma maior vulnerabilidade genética para a insónia. Aliás, por vezes encontramos pessoas que vêm de famílias com uma longa

tradição de dormir mal. Características ansiosas ou perfecionistas da personalidade parecem também não ajudar. **Tudo isto significa que pessoas com fatores predisponentes para a insónia têm um risco acrescido de insónia, o que é muito diferente de dizer que vão obrigatoriamente desenvolvê-la.**

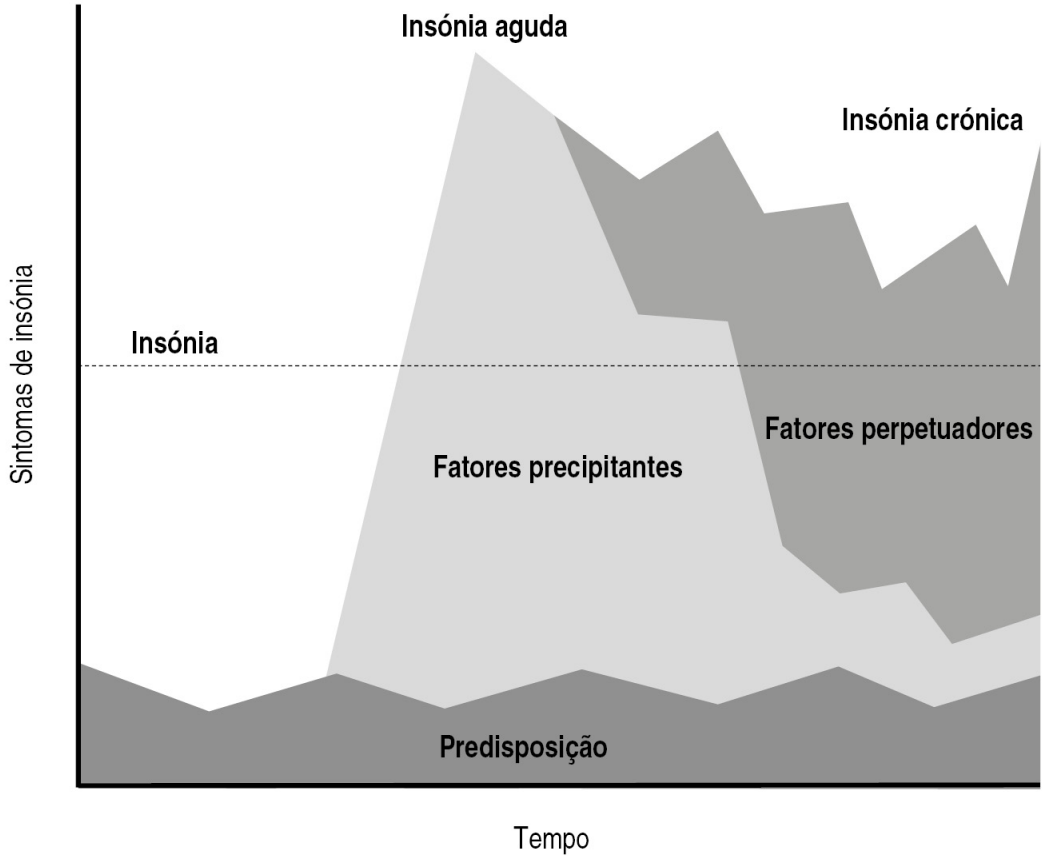


FIGURA 5
Os três Ps de Spielman

Não basta ter fatores predisponentes. O mais comum é ocorrer um evento stressor, também chamado **fator Precipitante**, que agrava no imediato a qualidade de sono e **precipita uma *insónia aguda***. É este o segundo P de Spielman e pode ser originado pelas mais diversas razões: um trabalho novo, o luto de um familiar, um diagnóstico recente, alterações hormonais, o nascimento de um filho, etc. E, até certo ponto, pode ser normal. Em

situações de stresse, muitas pessoas passam por um período em que não dormem tão bem. No entanto, quando o stressor inicial desaparece, o padrão de sono tende a regressar ao seu normal.

Espera lá, mas então porque é que continuo com insónia? Não devia ter passado?

Isto leva-nos ao terceiro e final P, referente aos **fatores Perpetuadores** da insónia. O tempo passa, o fator precipitante provavelmente desaparece, mas a insónia persiste. **Isto acontece em grande medida devido às coisas que fazemos para tentar compensar o facto de estarmos a dormir menos.** Bebemos mais café durante o dia para conseguirmos manter-nos acordados, vamos para a cama mais cedo com a intenção de compensar o sono perdido ou tentamos fazer sestas durante a tarde porque nos sentimos cansados, entre muitos outros comportamentos.

Contudo, a verdade é que estes comportamentos, em vez de melhorarem a qualidade do sono, o prejudicam: a insónia passa a *crónica*, tornamo-nos progressivamente mais preocupados com as consequências de dormir mal e ficamos presos num círculo vicioso de insónia.

Já sabe o que tem a fazer se quiser ficar com insónia! A boa notícia é que também já tem a informação acerca do que fazer para a combater. O tratamento que propomos – a terapia cognitivo-comportamental dirigida à insónia (TCC-i) – intervém de forma direta precisamente nestes fatores perpetuadores.

Tentar dormir

No início do século, dois professores desenvolveram, de forma independente, novos modelos de compreensão da insónia, que acabaram por complementar o modelo de Spielman: a professora Allison Harvey na Universidade de Califórnia em Berkeley e o professor Colin Espie da

Universidade de Oxford.[19] Ambos dirigem o seu foco para **como o nosso pensamento pode levar a uma perpetuação da insónia**. Visto que a nossa formação tem um certo viés britânico, vamos explorar a teoria de Espie.

Lembra-se daquela história do início do livro, sobre a viagem de carro em que já não reparamos em nada porque conduzimos há muito tempo? Através de uma analogia, tentámos destacar a natureza automática do sono. De facto, as pessoas que desfrutam de um bom sono geralmente não têm consciência de como, ou porque dormem bem. Simplesmente acontece. O que contrasta com as pessoas com insónia. Para quem tem uma insónia crónica, dormir não tem nada de automático.

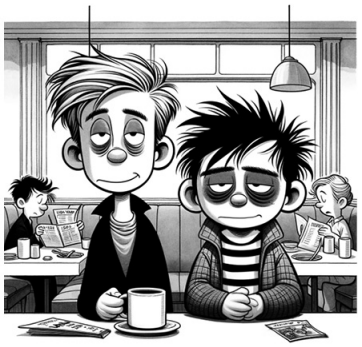
Segundo Espie, este desaparecimento da automaticidade do sono acontece de forma gradual.

Depois de um período no qual alguém está a dormir mal, podendo este estar relacionado com algum evento de vida que aumente os níveis de preocupação, pode acontecer que, mesmo que a circunstância causadora cesse, a insónia acabe por se manter. Quando isso acontece, existe uma transferência da atenção para o sono e tudo o que possa estar relacionado com ele. **É o princípio do fim da automaticidade do sono.**[20]
Se sempre dormiu bem, torna-se particularmente difícil perder o sono que sempre deu por garantido. De acordo com esta teoria, depois de se tornar mais atento ao seu sono, começa a elaborar na sua cabeça vários planos para tentar dormir melhor. Chamamos a este fenómeno o processo intencional e é mais um passo no sentido de transformar o que costumava ser um processo inconsciente e automático num processo intencional e deliberado. **Coloca em prática o seu plano, mas, paradoxalmente, o sono piora.** Faz um grande esforço para dormir e tenta de tudo sem sucesso. Para Espie, este esforço ativo para “tentar dormir” é o golpe final na automaticidade do sono.

Cansado, mas alerta

Imaginem dois irmãos: o Duarte e o Gonçalo. O Duarte sofre de insónia há anos e raramente consegue dormir mais do que cinco horas. O Gonçalo nunca teve problemas para dormir e há anos que dorme cerca de sete horas e meia por noite. Um dia, os vizinhos do Gonçalo dão uma festa até horas tardias e por isso ele só consegue dormir cinco horas. No dia seguinte, o

Duarte e o Gonçalo vão almoçar juntos. Ambos dormiram cinco horas naquele dia. Quem estará mais afetado por aquela noite de poucas horas de sono?



É provável que nenhum dos irmãos esteja particularmente “fresco”, mas sem dúvida que o Gonçalo, naquele dia, se sentirá mais cansado. A questão é: porquê?

À medida que vamos tendo mais dias de insónia, é normal que acumulemos cansaço. Tínhamos visto que o sono tem um papel fundamental na manutenção cerebral. Uma das suas funções está relacionada com a recuperação face ao cansaço. Quando o sono se mantém prejudicado numa pessoa que batalha com insónia há vários anos, seria de esperar um cansaço extremo. No entanto, não é exatamente isso que acontece.

Apesar de uma pessoa com insónia estar mais cansada do que habitualmente estaria se dormisse bem, não fica tão afetada quanto alguém que dorme particularmente mal numa única noite. Isto ocorre porque o corpo tenta adaptar-se para equilibrar o cansaço sentido com a ativação do sistema de vigília. Se tentássemos simplificar de forma gráfica a interação entre estes dois conceitos, diríamos que o Gonçalo num dia em que dorme bem seria representado pelo n.º 1 da Figura 6.

No dia em que o Gonçalo dormiu pior, acumulou muito cansaço, que não conseguiu ser compensado pela vigília (2). Por outro lado, é justo dizer que o Duarte esteve a acumular cansaço durante um longo período de tempo e sente-se muito mais desgastado do que o Gonçalo. No entanto, de forma a compensar este fenómeno que acontece de forma gradual, o sistema nervoso central do Duarte tenta compensar essa sonolência ativando o sistema de vigília de forma crónica (3).

Nesse sentido, é comum encontrar, em pessoas com insónia, níveis mais elevados de cortisol (hormona do stress)[21], atividade cerebral beta[22], maior temperatura corporal[23] e frequência cardíaca mais alta[24]. Por tudo isto, dizemos que as pessoas com insónia estão **cansadas, mas alerta** (*tired, but wired* em inglês).



FIGURA 6
A interação entre a vigília e o cansaço em três contextos diferentes

Consequências da insónia

A insónia está associada a várias dificuldades práticas no dia a dia. Sabemos que, caso durma mal, a sua qualidade de vida será pior e duvidamos que se sinta na sua melhor versão. O resultado comum é que tanto o trabalho quanto a vida social são bastante afetados. **Pessoas com insónia apresentam menor tempo produtivo no trabalho, seja por chegarem atrasadas, por absentismo, ou por presenteísmo** – que é quando comparecem, mas o seu trabalho não rende. Um estudo realizado com recrutas da Força Aérea dos Estados Unidos demonstrou que aqueles que afirmavam não dormir bem quando entravam no serviço ativo tinham uma probabilidade 2,7 vezes superior à dos restantes de serem dispensados por baixo rendimento ao fim de um ano.[25]

Por outro lado, o **sono influencia também o nosso humor**. *Durmo mal, ando cansado e tenho de fazer um esforço grande mesmo para tarefas simples. Como é que podem esperar que eu ande bem-disposto?* O humor

varia muito e o “pavio fica mais curto”. Muitas pessoas acabam por se retrair e evitar eventos sociais com medo de desapontarem amigos e família ou parecerem ausentes ou irritáveis. Além disso, **a insónia aumenta muito o risco de depressão e perturbações de ansiedade**. Alguém que nunca tenha tido uma doença psiquiátrica e desenvolva uma insónia, **aumenta quase três vezes o risco de depressão e ansiedade.**[26] *Só me faltava mais esta… Já durmo mal e agora ainda vou deprimir*… A boa notícia é que, ao contrário de muitos fatores de risco para a depressão, como a genética ou vivências passadas, este fator é modificável e tratável.

Quando avaliamos o desempenho cognitivo de pessoas com insónia crónica, ainda que apresentem resultados similares para testes de curta duração, os seus resultados face aos restantes, **nos testes que exigem um período de manutenção da concentração mais prolongado, são piores**. Parece existir uma dificuldade no processamento de informação de forma continuada. Quando dormimos bem e estamos alerta, este processamento acontece de forma natural. Por outro lado, quando estamos cansados, este processamento é mais exigente e envolve um esforço mais intenso. Para tarefas mais curtas, ainda conseguimos disfarçar, mas para períodos mais longos a importância de uma boa noite de sono torna-se evidente.

Nas consultas, ouvimos muitas queixas sobre esquecimentos e erros cometidos por descuido. A verdade é que o cérebro da pessoa com insónia não está a conseguir processar informação da forma mais eficiente e existem muitos detalhes que não são assimilados por não se conseguir focar.

Viés de perceção



Um estudo[27] que procurou replicar em simulador a experiência de condução numa autoestrada, durante uma hora, mostrou que pessoas com insónia tinham maior probabilidade de sair da sua faixa e apresentavam mais dificuldade em manter o carro em linha reta. Quando questionadas sobre as suas habilidades de condução, não houve diferença na perceção entre pessoas com insónia e sem insónia, o que suscita a preocupação de não estarem cientes desta deterioração.

E as demências?

São vários os estudos que correlacionam a insónia com quadros demenciais, principalmente a doença de Alzheimer. No entanto, antes de ficar preocupado, deixe-nos dizer que isso não é assim tão claro. Apresentamos pelo menos duas razões que nos fazem questionar esses estudos:

1. Correlação não é igual a relação causal

Damos um exemplo: "Nos lugares onde se vendem mais gelados, há maiores taxas de afogamento em piscinas". Poderão os gelados estar a causar os afogamentos nas piscinas? Parece ilógico. Uma melhor hipótese será que, durante os meses mais quentes, as pessoas têm maior probabilidade de comprar gelados e também de passar mais tempo em piscinas, aumentando assim as probabilidades de afogamento. Ainda que exista uma correlação entre as vendas de gelado e as taxas de afogamento, esses eventos não estão associados por uma relação causal direta.

Voltemos à insónia. Sabemos que muitas vezes a insónia pode fazer parte dos sintomas iniciais de uma demência. Pode começar, muitas vezes, vários anos antes de se iniciarem os sintomas cognitivos.[28] Distinguir entre uma insónia isolada e uma insónia no contexto de sintomas iniciais de demência é muito difícil e os estudos até ao momento não têm essa capacidade. **Podemos dizer que existe uma correlação, mas não sabemos se existe uma relação causal.**

2. Os modelos de estudo não são os melhores

Do ponto de vista teórico, sabemos que muitos dos detritos acumulados ao longo do dia – incluindo β-amilóide (peptídeos que se pensam ser fundamentais no desenvolvimento da doença de Alzheimer) – são removidos durante a manutenção cerebral que ocorre no sono profundo. Sabemos que, na insónia, há muitas vezes uma fragmentação do sono e a quantidade de sono profundo pode até ficar diminuída, o que poderia ajudar a explicar a relação entre insónia crónica e a doença de Alzheimer. Modelos animais[29] e modelos humanos[30] mostram que a privação de sono leva a uma deposição de β-amilóide. Muitas revisões sobre o tema usam posteriormente estes estudos para afirmarem que a insónia leva à deposição de β-amilóide. Como já dissemos anteriormente, privar-se de sono de forma abrupta é muito diferente de sofrer de uma insónia que se instala de forma

gradual. Apesar de ambos poderem gerar stress, a privação de sono leva a uma resposta aguda ao stress com grande impacto a nível de vários sistemas fisiológicos, tais como a regulação hormonal (com aumento dos níveis de cortisol), a função imunitária e também a manutenção cerebral, com acumulação de β-amilóide.[31] **Em contraste, a insónia está associada a um impacto fisiológico muito menos pronunciado e gradual, não sendo claro para nós que se possam tirar as mesmas conclusões.**

Independentemente de tudo isto, a ciência caracteriza-se pela sua permanente evolução. Aquela que é a melhor e mais atualizada informação hoje, poderá não o ser amanhã. **A atualização constante e a mudança de posições consoante os mais atuais conhecimentos fazem parte da vida de qualquer pessoa das áreas científicas.** Com sorte, cá estaremos em edições futuras para o informar dos novos desenvolvimentos nesta área específica.

A saúde "física"

Já falámos do impacto da insónia no dia a dia, no desempenho laboral, na saúde mental e no nível cognitivo de um indivíduo. É altura de ficarmos a saber que problemas de saúde "física"[32] são mais comuns em pessoas com insónia persistente.

Na última década, **vários estudos realizados mostram que a insónia pode contribuir para o desenvolvimento de diabetes tipo 2, hipertensão, obesidade, doenças cardiovasculares e mesmo redução da função imunológica. Aqueles que além de sofrerem insónia dormem menos de seis horas estão em particular risco.**[33] Seria expectável que a insónia reduzisse a esperança de vida, especialmente pelos fatores indiretos que elencámos anteriormente, mas, como vimos na introdução, isso parece não acontecer. **A evidência atual não relaciona a insónia com uma mortalidade precoce.**

Em todo o caso, acreditamos que demos provas suficientes de que a insónia não é um problema trivial, como o leitor bem sabe. Afinal, a insónia afeta tanto as suas noites como os seus dias, e tanto a sua saúde mental como a sua saúde "física". Vamos esforçar-nos o ajudar a superá-la.

Respostas ao teste

1 – A; 2 – A; 3 – C; 4 – C;
5 – A; 6 – C; 7 – C; 8 – B; 9 – C;
10 – C; 11 – A; 12 – B; 13 – C.

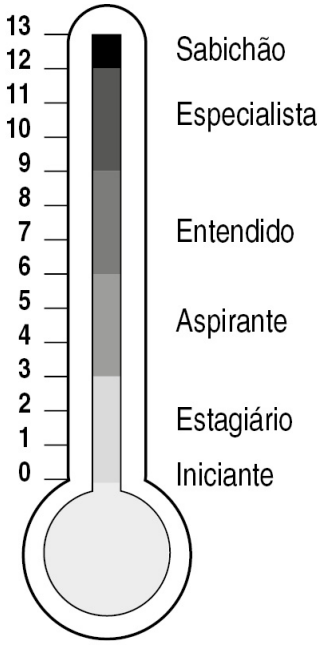


FIGURA 7
O seu nível de conhecimento

Preencha até ao número de respostas certas que acertou e saiba em que nível de conhecimento sobre o sono e a insónia se encaixa antes e depois de ter lido esta parte do livro.

---

[11]. Ohayon MM, et al. “Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan”, *Sleep*, 27.7 (2004): 1255-73

[12]. Hirshkowitz M, et al. “National Sleep Foundation’s sleep time duration recommendations: methodology and results summary”, *Sleep Health*, 1.1 (2015): 40-3

[13]. Czeisler CA, et al. “Stability, precision, and near-24-hour period of the human circadian pacemaker”, *Science* (1999)

[14]. Erland LA e Saxena PK. “Melatonin Natural Health Products and Supplements: Presence of Serotonin and Significant Variability of Melatonin Content”, *J Clin Sleep Med*, 13.2 (2017): 275-81

[15]. Nunes RR. “Dorme pouco como Marcelo? Faz mal. Dormir não é perder tempo”, Diário de Notícias (13 de março de 2019)

[16]. Ohayon M. “Epidemiological overview of sleep disorders in the general population”, *Sleep Medicine Research*, 2.1 (2011): 1-9

[17]. Baglioni C, et al. “Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies”, *Journal of Affective Disorders*, 135.1-3 (2011): 10-19

[18]. Spielman AJ, et al. “A behavioral perspective on insomnia treatment”, *Psychiatric Clinics of North America*, 10 (1987): 541-53

[19]. Harvey AG. “A cognitive model of insomnia”, Behaviour Research & Therapy 40 (2002): 869–93; Espie CA. “Insomnia: conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults”, *Annual Review of Psychology*, 53 (2002): 215-43

[20]. Espie C. *Overcoming Insomnia: A self-help guide using cognitive behavioral techniques*, 2.ª ed., Hachette, Reino Unido (2021)

[21]. Roth T, et al. “Insomnia: Pathophysiology and implications for treatment”, *Sleep Medicine Reviews*, 11 (2007), 71-9

[22]. Perlis ML, et al. “Beta EEG activity and insomnia”, *Sleep Medicine Reviews*, 5 (2001): 363-74

[23]. Lack LC, et al. “The relationship between insomnia and body temperatures”, *Sleep Medicine Reviews*, 12 (2008): 307-17

[24]. Stein PK e Pu Y. “Heart rate variability, sleep and sleep disorders”, *Sleep Medicine Reviews*, 16 (2012): 47-66

[25]. Taylor DJ, et al. “Sleep difficulties as a predictor of attrition in United States Air Force recruits”, *Sleep Health*, 6.3 (2020): 338-43

[26]. Hertenstein E, et al. “Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis”, *Sleep Medicine Reviews*, 43 (2019): 96-105

[27]. Perrier J, et al. “Impaired Driving Performance Associated with Effect of Time Duration in Patients with Primary Insomnia”, *Sleep*, 37.9 (2014): 1565–73

[28]. Zhang F, et al. “Alteration in sleep architecture and electroencephalogram as an early sign of Alzheimer’s disease preceding the disease pathology and cognitive decline”, *Alzheimer’s Dement*, 15 (2019): 590–97

[29]. Kang J, et al. “Amyloid- dynamics are regulated by orexin and the sleep-wake cycle”, *Science*, 326.5955 (2009): 1005-7

[30]. Ju YS, et al. “Slow wave sleep disruption increases cerebrospinal fluid amyloid levels”, Brain, 140.8 (2017): 2104-11; Lucey BP, et al. “Effect of sleep on overnight cerebrospinal fluid amyloid kinetics”, *Annals of Neurology*, 83.1 (2018): 197-204

[31]. Xie L, et al. “Sleep drives metabolite clearance from the adult brain”, *Science*, 342.6156 (2013): 373-7

[32] Utilizamos aspas por considerarmos que as doenças mentais são igualmente físicas, apesar de se processarem a um nível menos visível.

[33]. Hall MH, et al. “Insomnia with short sleep duration and multidimensional sleep health”, *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 7.ª ed., Elsevier, Países Baixos (2022): 867-82



PARTE 2

Avalie o seu sono

E porque nem tudo é insónia…

Havia um médico no antigo Hospital Júlio de Matos, atual Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, que costumava dizer, com graça, que "Quem tem pulgas, também pode ter piolhos". Queria com isto dizer que o facto de alguém já ter um diagnóstico anterior não impede a existência de uma outra doença em simultâneo e que, por isso, devemos manter-nos alerta para outras eventuais patologias.

A insónia não é o único problema relacionado com o sono de que alguém pode sofrer. O tratamento que vamos propor na Parte 3 do livro funciona muito bem para pessoas com insónia, mas poderá não ajudar tanto as pessoas que tenham outras perturbações do sono. Assim, esta secção tem como objetivo fornecer-lhe informações sobre outras perturbações do sono. **Não estamos com isto a sugerir que deve diagnosticar a sua própria doença – deve deixar esse trabalho para médicos e outros profissionais de saúde qualificados.** Ainda assim, vamos colocar algumas questões de rastreio, que nos ajudam a rastrear outros problemas do sono e eventualmente ajudá-lo a seguir o caminho certo para o seu diagnóstico.

Veja a Tabela 1 para mais informação.

TABELA 1 - RASTREIO

Problema do sono	Perguntas rastreio	Mais informação

Problema do sono	Perguntas rastreio	Mais informação
Síndrome das pernas inquietas (SPI) e/ou Movimentos Periódicos dos Membros (MPM)	Costuma sentir uma sensação estranha ou desconfortável nas pernas, que começa ao final da tarde ou à noite e parece aliviar com o movimento?	> A SPI é muitas vezes subdiagnosticada, com uma prevalência estimada entre os 5% e os 15%. Consiste numa necessidade de mexer as pernas, geralmente associada a sensações desconfortáveis dos membros. Piora durante o repouso e são aliviadas pelo movimento. Surgem e pioram à noite ou ao final da tarde. > Podem ocorrer apenas ocasionalmente e nem todas as pessoas com SPI necessitam de tratamento médico. > Está muitas vezes associada a reservas baixas de ferro (ferritina baixa) e pode também ser agravada por outros medicamentos.
Apneia obstrutiva do sono	Já alguma vez lhe disseram que parava de respirar durante a noite? Ressona alto? Costuma andar sonolento durante o dia? (nota: há um questionário que avalia mais especificamente este problema no apêndice C – a Escala de Sonolência de Epworth)	> Sabemos que cerca de 20% da população ressona. A maior parte das vezes é só isso. Mas em alguns casos, o ressonar alto pode estar associado a pausas na respiração (apneias), que podem durar alguns segundos. Mesmo que não se lembre, estas apneias tendem a causar despertares breves e uma noite muito fragmentada. Pistas que nos podem fazer pensar em apneias são uma garganta seca, dor de cabeça pela manhã ou transpirar muito durante a noite. Algumas pessoas acordam durante a noite com uma sensação de sufoco ou com grande necessidade de urinar. Ao contrário da insónia, está associada a uma grande sonolência durante o dia.

Problema do sono	Perguntas rastreio	Mais informação
Perturbações do ritmo circadiano	Parece dormir bem, mas nas horas “erradas”? Pode usar o questionário reduzido do carácter matutino-notívago – rMEQ – no apêndice C para descobrir se é mais uma pessoa matutina (uma cotovia) ou notívaga (uma coruja).	> Lembra-se do relógio biológico? Algumas pessoas têm um relógio interno mais atrasado, ou seja, sentem-se bastante acordadas no final da noite, e até adormecem bem se forem para a cama às horas que querem (por exemplo, às 3 da manhã). Contudo, como a maior parte das vezes têm compromissos cedo (escola ou trabalho), têm uma grande dificuldade em acordar. Chamamos ao que acabámos de descrever um atraso de fase e é muito diferente de uma insónia. O avanço de fase é um problema similar relacionado com o relógio biológico, mas no sentido oposto. As pessoas simplesmente não conseguem ficar acordadas até tarde e vão para a cama muito cedo, acordando demasiado cedo (por exemplo, bem antes das 5 da manhã), sendo incapazes de voltar a adormecer.
Parassónias	Já lhe disseram que tinha episódios durante a noite em que se levantava e andava pela casa? Já lhe disseram que tinha comportamentos estranhos enquanto dormia?	> São comportamentos involuntários que ocorrem durante o sono. Inclui o sonambulismo, falar durante o sono, agir em resposta aos sonhos, ranger os dentes e pesadelos intensos. > Às vezes, são comportamentos dos quais não tem memória e só sabe que aconteceram pelo seu parceiro ou outros membros da família. > A insónia pode agravar as parassónias, mas se elas forem o seu principal problema, deve falar com o seu médico de família ou médico assistente, visto que podem ser necessários uma investigação e um tratamento mais dirigidos.

Problema do sono	Perguntas rastreio	Mais informação
Narcolepsia	Costuma adormecer frequentemente de forma irresistível durante o dia? (hipersonolência) Ao adormecer ou ao acordar, já ouviu ou sentiu coisas que não estavam lá, que mais	> Esta é uma doença rara (prevalência de 0.02% da população) que geralmente se manifesta durante a adolescência ou início da idade adulta. >Embora muitas pessoas com narcolepsia tenham uma noite fragmentada e acordem várias vezes, também enfrentam vários outros problemas que nos ajudam a distingui-la da insónia. Podem estar associados a sonolência significativa durante o dia, alucinações

	ninguém ouvia ou sentia? (alucinações hipnagógicas ou hipnopômpicas) Quando está a adormecer ou a acordar, já alguma vez ficou completamente paralisado, com vontade de se mexer, mas sem o seu corpo o permitir? (paralisia do sono) Já alguma vez aconteceu sentir falta de força nos músculos, levando-o inclusivamente a deixar cair a cabeça ou mesmo cair ao chão, sem o conseguir controlar, após algo que o fez rir, enfureceu ou surpreendeu? (cataplexia)	hipnagógicas ou hipnopômpicas, paralisia do sono e cataplexia. > A paralisia do sono ocasional é relativamente frequente e pode ocorrer em até 20% da população. De qualquer forma, quem tem paralisia do sono frequente e sonolência excessiva durante o dia deve falar com o seu médico de família.

Tabela 1
Rastreio de outros problemas do sono

Se suspeitar que pode estar a lidar com algum destes problemas do sono, é aconselhável procurar ajuda médica. Se considerar que nenhuma destas perguntas de rastreio na Tabela 1 se aplica a si, pode prosseguir para a próxima secção.

Avalie a sua insónia

De seguida colocamos uma escala de avaliação da gravidade da sua insónia: o Índice de Gravidade de Insónia. Esta escala foi construída em 1993 por Charles Morin[34] e, entretanto, traduzida e validada para português.[35] Juntamente com as informações registadas no diário do sono que preencherá na próxima secção, esta escala ajudá-lo-á a definir o seu ponto de partida antes de prosseguir para o seu tratamento na Parte 3.

ÍNDICE DE GRAVIDADE DE INSÓNIA (ISI)

Nome: Data: / /

Para cada questão apresentada, por favor, coloque um círculo no número que corresponde à sua resposta.

1. Qual a GRAVIDADE atual (últimas 2 semanas) do(s) seu(s) problema(s) de insónia?

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Muito Grave
Dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
Dificuldade em manter-se a dormir	0	1	2	3	4
Acordo demasiado cedo, antes da hora habitual	0	1	2	3	4

2. Está satisfeito/insatisfeito com o seu padrão atual do sono?

Muito Satisfeito	Satisfeito	Neutro	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
0	1	2	3	4

3. Acha que o seu problema do sono interfere com o seu funcionamento diário (ex:

fadiga diurna, capacidade para trabalhar, concentração, memória, humor, etc.)?

Não Interfere Nada	Pouco	Interfere Moderadamente	Muito	Interfere Muitíssimo
0	1	2	3	4

4. Acha que as outras pessoas notam o impacto que o seu problema do sono tem na sua qualidade de vida?

Não Notam Nada	Pouco	Notam Moderadamente	Muito	Notam Muitíssimo
0	1	2	3	4

5. Está preocupado com o seu atual problema do sono?

Nada Preocupado	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo Preocupado
0	1	2	3	4

© C. Morin (1993) – Versão original
© V. Clemente, (2007; 2013) – Versão autorizada para Portugal

---

Cada pergunta é cotada de 0 a 4 pontos, com um resultado total a poder estar compreendido entre os 0 e os 28 pontos. Esses valores podem ser interpretados da seguinte forma:

> 0-7 pontos – sem insónia;
> 8-14 pontos – insónia ligeira;
> 15-21 pontos – insónia moderada;
> 22-28 pontos – insónia grave.

De acordo com o estudo que validou a escala em português, mais do que apenas categorizar a insónia consoante o valor, foi definido que um resultado de 14 ou superior deve ser interpretado como uma insónia com impacto clínico.

O meu valor no Índice de Gravidade de Insónia pré-tratamento foi de

No final do tratamento, vai preencher novamente esta escala para avaliarmos a sua evolução. Sabemos que, em alguns casos, a melhoria pode ser mais gradual, por isso recomendamos que também realize esta avaliação passados 3 meses do término do tratamento.

Diário do sono

O diário do sono será uma ferramenta indispensável nas próximas semanas. Existem várias versões possíveis. Colocamos de seguida duas versões que costumamos recomendar. A primeira é a versão adaptada por nós, que resultou do consenso de especialistas mundiais em Medicina do Sono e é bastante completa. Tem essencialmente esse problema – é mesmo muito completa, exaustiva. A segunda é uma versão com menos informação, mas de preenchimento mais intuitivo.

Antes de iniciar o tratamento na Parte 3, pedimos que preencha o seu diário do sono durante uma semana, para ter um ponto de partida. Pode escolher preencher a primeira ou a segunda versão. Como preferir. O importante é que o faça. Temos duas regras que deve ter em conta durante o preenchimento:

1) **O seu melhor palpite é suficientemente bom.** Não queremos que fique a olhar para o relógio durante a noite ou a utilizar relógios inteligentes, *fitbits* ou outros acessórios. O diário é desenhado para ser subjetivo. Nunca vai conseguir preencher o diário de forma totalmente precisa, não se preocupe.

2) **Nunca preencha o diário enquanto está na cama.** Preencha apenas depois de sair da cama na manhã seguinte. Reserve alguns minutos na sua rotina de manhã para preencher o diário. A melhor maneira de o preencher será durante o pequeno-almoço.

Colocámos em ambas as versões um dia equivalente já preenchido, para servir como exemplo.

---

[34]. Morin CM. *Insomnia: Psychological assessment and management*. Guilford Press, Nova Iorque (1993)

[35]. Clemente V, et al. “The European Portuguese version of the insomnia severity index”, *J Sleep Res* (2020): e13198

DIÁRIO DO SONO – versão 1

(preencher depois de acordar)

Nome: _____

Data	12/09/2024							
1. A que horas foi para a cama?	22h15							
2. A que horas adormeceu?	23h30							
3. Demorou quanto tempo a adormecer?	1h15min							
4. Tirando o despertar final, quantas vezes acordou ao longo da noite?	2 vezes							
5. No total, quanto tempo demoraram esses despertares?	1h30							
6a. A que horas teve o seu último despertar?	6h45							
6b. Depois do seu último despertar, quanto tempo passou na cama a tentar voltar a dormir?	45 min							
6c. Acordou mais cedo do que queria?	X S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
6d. Se sim, quão mais cedo?	1 hora							
7. A que horas saiu da cama?	7h30							
8. No total, dormiu quantas horas?	5 horas e 45 min (345min)							
9. No total, passou quantas horas na cama?	9 horas e 15 min (555min)							
10. Como classificaria a sua qualidade de sono?	X Muito má Má Razoável Boa Muito boa	Muito má Má Razoável Boa Muito boa	Muito má Má Razoável Boa Muito boa	Muito má Má Razoável Boa Muito boa	Muito má Má Razoável Boa Muito boa	Muito má Má Razoável Boa Muito boa	Muito má Má Razoável Boa Muito boa	Muito má Má Razoável Boa Muito boa
11. Quão descansado/a ou refrescado/a se sentiu quando acordou? (1 – Nada descansado/refrescado; 5 – Muito descansado/refrescado)	1 X 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12. Eficiência do Sono		Será explicado na Semana 2 de tratamento						

DIÁRIO DO SONO – versão 2

Nome:_____

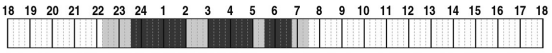
(preencher depois de acordar)

Instruções:

- Cada secção entre linhas contínuas equivale a uma hora, cada secção entre linhas tracejadas equivale a 15 minutos;
- A cinzento ou sombreado, deve preencher o tempo passado na cama acordado;
- A preto, ou de forma uniforme, deve preencher o tempo passado na cama a dormir.

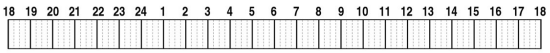
Exemplo:

Data: *12/09/2024* Tempo na cama: *9h15 (555min)* Tempo a dormir: *5h45 (345min)*



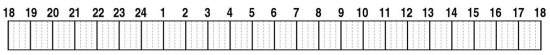
Dia 1

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



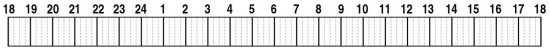
Dia 2

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



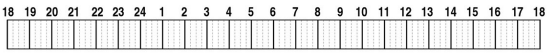
Dia 3

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



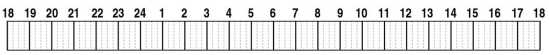
Dia 4

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



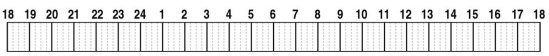
Dia 5

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



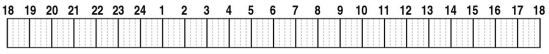
Dia 6

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



Dia 7

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:





PARTE 3

Comece o seu tratamento

Como escreveu Homero na *Odisseia*, "há um tempo para muitas palavras e há, também, um tempo para dormir". Esta é a parte de que tem estado à espera: o tratamento. Depois de uma Parte 1, em que esperamos tê-lo esclarecido sobre muito do que se sabe sobre o sono e a insónia, e uma Parte 2, em que avaliou o seu próprio sono, chegou a altura de arregaçar as mangas e resolver o seu problema.

Pensámos esta parte 3 como se estivesse a frequentar sessões de terapia cognitivo-comportamental dirigida à insónia (TCC-i). Em vez de nós atuarmos como o seu terapeuta, o livro fará isso por si. Pelo menos, foi com esse objetivo que o escrevemos.

Porquê a TCC-i?

O principal motivo para recomendarmos uma abordagem cognitivo-comportamental para a insónia é muito básico: funciona. Não há nenhuma justificação mais básica do que esta. Evidência disso é que todas as mais modernas *guidelines* – ou instruções para o tratamento da insónia – referem que essa deve ser a primeira abordagem à insónia. **A insónia crónica é das poucas áreas na psiquiatria com esta particularidade: quaisquer que sejam o tempo de duração ou a gravidade da doença, a primeira linha de tratamento não é farmacológica. É a TCC-i.** No entanto, não há estruturas suficientes para dar resposta a nível da abordagem cognitivo-comportamental dirigida à insónia em Portugal, o que leva a que, muitas vezes, os médicos não tenham outra opção que não medicar os seus doentes logo numa primeira abordagem. Daí acreditarmos na relevância de disponibilizarmos esta abordagem em formato de livro.

O que é a abordagem cognitivo-comportamental dirigida à insónia que propomos?

Não estamos propriamente a falar de um único tratamento concreto. Esta abordagem é mais um conjunto de técnicas ou tratamentos que funcionam com objetivos diferentes e com eficácias distintas consoante a pessoa.

Como o próprio nome indica, essas diferentes técnicas podem ser divididas entre aquelas que são cognitivas e aquelas que são comportamentais[36], mas não só. Normalmente também fazem parte desta abordagem a psicoeducação sobre a insónia e o sono, a higiene do sono e técnicas de relaxamento.

A abordagem cognitivo-comportamental vai ser eficaz em toda a gente? Claro que não. Ainda assim, como uma primeira abordagem, produzirá resultados numa parte significativa da população. **Vários estudos referem que a TCC-i apresenta resposta clínica positiva entre 70 e 80 por cento dos pacientes**[37]. Isto faz com que valha a pena recorrer a este tratamento antes de prescrever fármacos, que têm a sua utilidade quando receitados com indicação médica, mas que podem ter outras implicações, como efeitos secundários, ou contribuir para polimedicar doentes.

Outra vantagem desta proposta neste formato específico é o seu custo. Esta alternativa não se "gasta" com a utilização e, se mais tarde necessitar de utilizá-la novamente, não perderá a eficácia. A menos que tenha a sorte de pertencer a uma área hospitalar que ofereça TCC-i no hospital público, este livro será sempre uma mais-valia, a que acresce uma fácil cobertura de todo o território nacional. **Assim, consideramos este livro uma medida de Saúde Pública**, pois permite fácil acesso de toda a população a um tratamento com elevado grau de eficácia.

O seu plano de tratamento

O plano que lhe vamos propor baseia-se na nossa experiência clínica e tem muita influência no que aprendemos com o **Dr. Hugh Selsick**. Aliás, vários dos seus esquemas surgem adaptados ao longo deste capítulo. Esta é a organização que acreditamos permitir uma aquisição de competências de uma forma incremental e segura. Isto não quer dizer que não possam existir outras formas de apresentar o mesmo tratamento – sabemos que, com uma exceção específica (que abordaremos mais à frente), estas técnicas têm eficácia em si mesmas[38] e por isso, como pode calcular, **existem inúmeras formas de apresentar um programa de TCC-i**. Esta é a nossa.

Organizamos o programa semana a semana, com o objetivo de que o leitor se possa familiarizar gradualmente com os conceitos enquanto desenvolve as competências necessárias para os aplicar. Vamos acrescentar elementos e complexidade ao tratamento, semanalmente, dando-lhe oportunidade de os consolidar. **Este programa não foi desenvolvido para ser escolhido *à la carte***. **É importante que siga a estrutura proposta, no entanto, sabemos que não o podemos impedir de avançar mais depressa e de saltar etapas.** Apenas recomendamos que cumpra a estrutura que publicamos, porque lhe antevemos melhores resultados.

Este livro é mais do que um repositório de informações. É um guia que, além de dizer o que deve fazer, pretende apoiá-lo no *como* e no *quando.* Caso fique esclarecido quanto ao *porquê*, ficaremos verdadeiramente satisfeitos. É sinal de que mais facilmente vai conseguir resolver problemas de sono no futuro.

Tente reservar algum tempo para a leitura e preparação desta parte do livro, para que possa tirar o máximo partido do que vai aprender. Para ter algum termo de comparação, se estivesse a frequentar sessões presenciais de TCC-i, cada sessão iria ocupar-lhe entre uma a duas horas. Isto, sem falar nos "trabalhos de casa" que teria de fazer depois das sessões. **Procure dedicar ao livro um período de tempo similar, todas as semanas.**

Se estivesse a realizar TCC-i da forma clássica (seja de grupo ou de forma individual), dividiríamos o tratamento em cinco semanas. A primeira semana normalmente é utilizada para dar informação sobre o sono e a insónia (como fizemos na Parte 1) e perceber o seu padrão de sono através de um diário do sono (Parte 2). Se está a ler o livro de forma sequencial, já cumpriu essa parte. Por isso, teremos pela frente apenas mais quatro semanas de tratamento programado. **Se saltou as partes 1 e 2, recomendamos que volte atrás antes de avançar.**

Tome notas e leia as vezes que forem necessárias as próximas páginas. Por vezes existem pormenores que nos escapam numa primeira leitura e que podem fazer uma grande diferença.

Nas próximas quatro semanas vamos abordar as várias categorias de tratamento da TCC-i na forma que nos parece a mais eficaz. **É importante esclarecer que nem todas as técnicas têm a mesma eficácia, nem**

implicam o mesmo grau de esforço na sua aplicação. Assim, podemos ordenar da seguinte forma os vários domínios de TCC-i de que iremos falar:

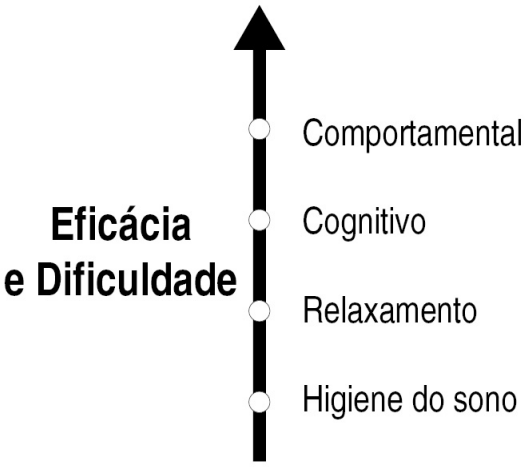


FIGURA 8
Eficácia e dificuldade dos vários domínios da TCC-i
Adaptado de Espie (2021)[30]

Agora que já sabe quais os tipos de técnicas consideradas mais eficazes e qual o grau de dificuldade associado a cada uma delas, consegue ter uma melhor noção do que as próximas semanas têm reservado para si. Definimos de forma simples estas quatro abordagens para que compreenda o que lhe vamos pedir que faça.

Higiene do sono

As medidas de higiene do sono são várias, são simples e são abordadas na primeira semana do tratamento. Apesar de fazerem parte do nosso plano, são as únicas que **não têm evidência de, de forma isolada, conseguirem combater a insónia.** Caso decida atalhar o processo proposto, o caminho não é por aqui!

A higiene do sono é um conceito básico, que toda a população deveria conhecer. Consiste em realizar pequenas mudanças de atitudes rotineiras para favorecer um sono saudável. Modificar o ambiente em que dormimos também se enquadra nesta definição e pode ter uma grande importância.

Nesta fase da nossa proposta, vamos falar do ambiente do quarto (do ruído, da temperatura e da luminosidade); do impacto de substâncias como o álcool, a nicotina e a cafeína; de como devemos evitar refeições pesadas antes de ir para a cama; e da influência do exercício na qualidade do sono.

No fundo, nesta parte do livro esperamos estar apenas a relembrar conceitos e não a dar-lhe novidades – sabemos que muitas vezes "a vida acontece" e uma boa higiene do sono acaba por se tornar difícil no dia a dia, mas é preferível errar sabendo que se errou, do que fazê-lo sem ter essa perceção.

Técnicas de relaxamento

Ajuda estar relaxado para adormecer, certo? Abordaremos dois tipos de exercícios de relaxamento que, ainda que não sejam as técnicas mais eficazes (ver figura 8), ajudam a alcançar esse estado mais relaxado, facilitando o processo de adormecer. Estes exercícios são diferentes entre si, mas têm em comum a capacidade de reduzir o estado de ativação normalmente elevado na insónia. A origem deste tipo de tratamento remonta ao início do século XX e, uma vez que parece ter um papel na redução da ativação física e mental, também é relevante em perturbações de ansiedade e dor crónica. Para aumentar a probabilidade de sucesso destes exercícios, é importante encará-los como uma competência que requer treino regular para ser eficaz.

Técnicas cognitivas

Já todos tivemos a experiência de chegar à cama e não conseguir "desligar o cérebro". Podemos estar a pensar em problemas antigos, a antecipar problemas, a pensar em coisas boas passadas, a antecipar coisas boas, ou simplesmente estarmos intrigados com a extensão da mesa da feijoada da ponte Vasco da Gama que bateu o recorde do *Guinness*. Uma coisa é certa: para muitas pessoas, o primeiro momento do dia em que estão sozinhas com os seus próprios pensamentos é quando se vão deitar. Por isso, é normal que muitos destes pensamentos surjam nessa altura. Como pode calcular, uma mente inquieta não ajuda a adormecer.

As técnicas cognitivas servem precisamente para combater estes pensamentos que possam estar a mantê-lo acordado. Ainda que sejam técnicas apenas focadas em modular o nosso pensamento, só são ultrapassadas pelas técnicas comportamentais em eficácia.

Técnicas comportamentais

Somos vendedores honestos: **as técnicas comportamentais são as mais eficazes que temos para lhe oferecer.** São desenhadas para diminuir o tempo que demora a adormecer, assim como acabar com os períodos em que acorda a meio da noite. Mais do que tentar alterar a disposição ou a forma como está a pensar, aqui vai receber instruções acerca do que fazer. Depois de uma abordagem prática, na qual deve compreender a sua necessidade de sono, evoluiremos para duas técnicas concretas que têm o objetivo de ajustar os seus horários de sono e reforçar a associação que tem entre a sua cama e dormir. Este conjunto de técnicas mais práticas são geralmente mais difíceis de implementar, porque numa fase inicial vão requerer que passe menos tempo na cama e tenha de mudar hábitos enraizados. Como irão aumentar a sua pressão de sono, antecipamos que vão ser bastante eficazes.

Agora que já lhe demos uma ideia do que esperar de cada área da nossa abordagem cognitivo-comportamental para combater a insónia, está na altura de iniciar o seu tratamento. Queremos que siga cada uma das semanas de tratamento e que o faça de forma sequencial, precisamente como vamos apresentar aqui. Quanto mais seguir o plano à risca, maior a probabilidade de ele ser eficaz.

---

[36]. Morin CM, et al. “Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia: An American Academy of Sleep Medicine review”, *Sleep*, 22.8 (1999): 1134–56

[37]. Morin CM, et al. “Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy”, *Am J Psychiatry*, 151.8 (1994):1172-80; Morin CM, et al. “Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence 1998-2004)”, *Sleep*, 29.11 (2006): 1398-414

[38]. Morgenthaler T, et al. “Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: An update. An American Academy of Sleep Medicine report”, *Sleep*, 29 (2006): 1415-19

Ajude-nos a estudar o impacto do livro no seu sono!

Esta página serve para lhe dizer que, com a publicação deste livro, decidimos ser ambiciosos: queremos não só que as pessoas possam melhorar da sua insónia, mas também saber qual o impacto direto deste livro. Para isso, desenhámos um estudo científico no qual gostaríamos que participasse.

O preenchimento destas escalas também ajudará a que faça uma introspeção inicial e uma final em relação à sua insónia. Serão cerca de sete minutos antes de iniciar o tratamento, outros sete quando terminar e mais sete passados três meses do final do tratamento.

Tudo o que necessita de saber está disponível através da ligação à qual pode aceder a partir deste QR code:



SEMANA 1

A higiene do sono e mudança de comportamentos

Objetivos da Semana 1:

- Higiene do Sono
- Ancorar o despertar
- Guarde o seu combustível do sono
- Passe todas as suas atividades de vigília para o espaço de vigília
- Regra dos 15 minutos
- Continue a preencher os seus diários do sono!

Antes de começarmos, devemos relembrá-lo que **é essencial, para iniciar esta abordagem da forma devida, que tenha uma semana de diário de sono preenchida** (deveria ter preenchido na Parte 2 do livro). Sabemos que é aborrecido, mas confie em nós – é mesmo essencial. Sem isso não conseguirá fazer o tratamento de forma eficaz. Caso não o tenha feito, é preferível atrasar o início do plano uma semana a avançar. Resumindo:
Se não preencheu uma semana de diário do sono, não avance!
Dito isto, comecemos pelo básico. A higiene do sono é essencial e deve fazer parte da rotina diária de todas as pessoas – lembra-se quando dizíamos que este livro era um livro de Saúde Pública? Isto é parte do motivo. Ainda que, como referido atrás, **por si só não sirvam para o tratamento da insónia, as medidas de higiene do sono são a base de um sono saudável.**

Higiene do sono

A insónia acaba por não ser uma doença só do indivíduo. Como dizia o filósofo Ortega y Gasset, “eu sou eu e a minha circunstância”. É assim na vida, como na insónia. A insónia, para além do indivíduo, depende muito da envolvente psicossocial e das rotinas que cada um adota. Aquilo que nós temos verificado na nossa prática clínica é que há muitas ideias erradas acerca do sono que estão fortemente enraizadas nas rotinas dos nossos doentes, que vão perpetuando a sua insónia quando estão convencidos de que a estão a combater. Apesar disso, estas medidas, por si só, não têm evidência de solucionar a insónia. São apenas uma lista de coisas que deve ou não deve fazer para facilitar o seu sono.

Costumamos dizer que os três pilares de uma boa saúde mental são uma alimentação saudável, exercício físico regular e um sono adequado. Não será uma surpresa que exista uma forte interligação entre estes três pilares. No fundo, são eles que suportam a casa. Também não será surpreendente que os fatores que mais influenciam o sono estejam nos dois pilares complementares: o exercício e o que ingerimos. O que comemos, quando comemos e, em especial, o que bebemos – pensem em bebidas alcoólicas ou cafeinadas – desempenham um papel crucial na qualidade do sono. Fora destas substâncias, também a nicotina desempenha um papel relevante, dadas as suas características estimulantes.

É preciso não esquecer, ainda, o ambiente do quarto onde dormimos, incluindo questões como o ruído, a temperatura e a luminosidade. Todos esses fatores vão ser alvo da intervenção da higiene do sono, que depende essencialmente do estilo de vida do indivíduo (dieta, exercício e consumo de substâncias) e das condições do quarto onde dorme (ver Figura 9).

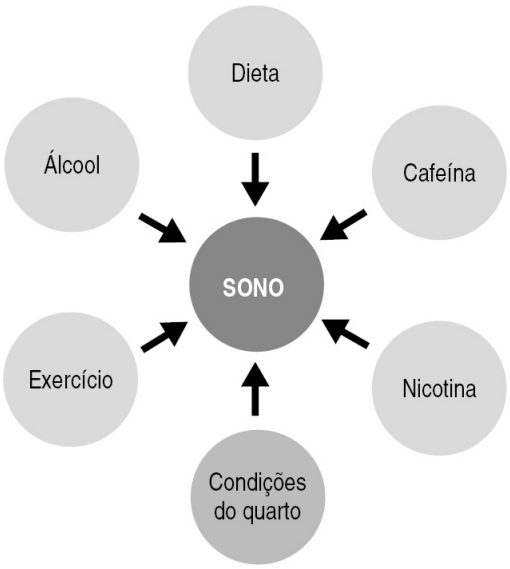


FIGURA 9
Higiene do Sono

A cafeína

Provavelmente já sabe que bebidas com cafeína não são muito boas para o seu sono. **A cafeína é um estimulante e tem uma semi-vida média entre quatro a seis horas.**[39] Além disso, tem metabolitos ativos que estendem o seu efeito durante ainda mais horas.

O que é que isto significa? Imagine que bebe um café duplo às 17h. Considerando as seis horas de semi-vida da cafeína, isto significa que às 23h (seis horas depois) vai ter ainda a circular no seu sangue a cafeína presente num café simples. É por essa razão que deve existir um limite para a altura em que uma pessoa pode beber a sua última bebida cafeinada do dia. Não queremos traçar esse limite a régua e esquadro, mas ele rondará as 14h para a maioria das pessoas (sendo obviamente dependente da hora de deitar).

Para a maior parte das pessoas, a regra será, em resumo: Não beba café depois das 14h!

Existem muitas bebidas e comidas com cafeína na sua composição. É importante saber quais, de forma a podê-las evitar. Vamos tentar dar-lhe informação acerca de substâncias que têm e não têm cafeína, para facilitar a sua tomada de decisão.

Têm cafeína:

Café	Chá verde	Chá preto
Chá mate	Iced tea	Infusões com folhas de chá
Refrigerantes de cola	Refrigerantes de guaraná	Bebidas energéticas (p.e. Redbull, Monster)
Chocolate	Cacau	Leite achocolatado

Pode também ser necessário verificar o rótulo de:

- Bebidas desportivas;
- Analgésicos;
- Medicamentos para gripes ou constipações (atenção à pseudoefedrina).

Não têm cafeína (ou têm muito menos cafeína):

Descafeinado (2-6% da cafeína de um café)	Refrigerantes descafeinados	Chá descafeinado
Infusão de rooibos	Infusões sem folhas de chá (camomila, tília, etc.)	Refrigerantes comuns
Sumos de fruta	Leite	Água

Podemos então modificar a nossa regra: **Não beba café nem bebidas cafeinadas depois das 14h!** Isto inclui a recomendação de que deve ter cuidado com o chocolate, o qual, **quanto mais escuro for, maior teor de cafeína terá.**

O álcool

Passamos da cafeína para outra substância bem presente no nosso dia a dia: o álcool. **Embora o álcool tenha algumas propriedades sedativas, o que significa que pode dar sono numa fase inicial, em geral costuma piorar**

a qualidade do sono, levando a um sono fragmentado, com vários despertares, principalmente na segunda metade da noite. Pensa-se que isto acontece devido a, pelo menos, duas razões:

1. À medida que o álcool é metabolizado pelo nosso organismo, podem ocorrer sintomas ligeiros de abstinência alcoólica, levando a um sono mais leve e com mais despertares;
2. O consumo de álcool pode levar a alguma desidratação (com despertares motivados pela sede sentida) e uma maior necessidade de ir à casa de banho durante a noite.

Se vai beber, beba com moderação, hidrate-se e tenha presente que o álcool pode piorar a sua qualidade de sono. **Recomendamos que o último copo seja bebido pelo menos quatro horas antes de ir para a cama**.

A nicotina

Em relação ao tabaco, se fuma, deve ter em atenção que a nicotina (substância presente no tabaco) é um estimulante e, por isso, não deve fumar antes de ir para a cama. Se acorda a meio da noite, ainda mais proibido está de fumar nessa altura.

Sabemos que é difícil, mas com o tempo tornar-se-á mais fácil. O mesmo se aplica aos mais recentes cigarros eletrónicos, vaporizadores ou dispositivos de tabaco aquecido que também contêm nicotina.

A dieta

Deve evitar refeições pesadas perto da hora de dormir. Se o fizer, o seu organismo estará ocupado a digerir a comida, o que irá interferir com o sono. Recomendamos, por isso, evitar refeições pesadas nas duas horas antes de ir para a cama. Dito isto, ir para a cama com fome pode também contribuir para despertares a meio da noite. Se isso acontecer de forma regular, poderá ser importante uma refeição ligeira uma a duas horas antes de ir para a cama, para prevenir despertares. Por outro lado, é importante

abster-se de comer quando acorda durante a noite, uma vez que o seu corpo pode começar a esperar comida a essa hora e os despertares podem tornar-se recorrentes.

Embora não seja recomendável ir para a cama com sede, o consumo excessivo de líquidos antes de dormir pode resultar em vários despertares para ir à casa de banho. Assim, é importante encontrar um equilíbrio e, se necessário, reduzir a ingestão de líquidos a partir do início da noite. Ter um copo de água ao lado da cama pode ser útil, pois alguns goles podem ajudar a saciar a sede sem que tenha de se levantar.

O exercício

Sabemos também que o exercício pode ter consequências benéficas para o sono. O seu impacto positivo, no entanto, não é imediato. A investigação diz-nos que este deve ser realizado de forma regular durante pelo menos três meses e que também a frequência é importante – pessoas que praticam três vezes por semana terão mais benefícios do que quem pratica uma vez por semana.

Regra geral, recomendamos que faça o exercício de que mais gosta e mais tem probabilidade de tornar uma rotina. Praticar exercício de intensidade moderada ao longo do dia até ao início da noite está associado a melhorias marcadas na qualidade do sono. Ainda assim, **aconselhamos que não faça exercício nas duas horas antes de ir para a cama, visto que o exercício pode também ser promotor do seu estado de alerta e piorar o seu sono.**

As condições do quarto

A temperatura

Já falámos de como algumas substâncias, a dieta e o exercício podem impactar a qualidade do sono. Vamos agora falar de alguns comportamentos ou rotinas pré-sono que têm influência no mesmo. *Sabia que a nossa temperatura corporal varia ao longo do dia?* Cada pessoa terá o seu próprio ritmo, mas no geral todos se vão parecer com este gráfico (ver Figura 10).

Use como exemplo alguém que adormece às 23h e acorda às 07h. A Figura 10 representa a variação da temperatura corporal dessa pessoa ao longo do dia. Vemos que parece haver uma curva ascendente com pico de temperatura por volta das 20h-21h, podendo chegar até aos 37,5ºC seguido por uma curva descendente com uma temperatura mais baixa de 36.5 por volta de duas horas antes de acordar, neste caso às 5h. Claro que estas temperaturas são as temperaturas médias, podendo existir variações individuais, devido ao método utilizado para medir a temperatura ou, no caso das mulheres, consoante a fase do ciclo menstrual.

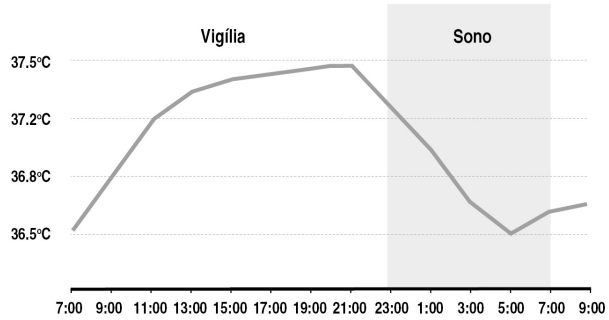


FIGURA 10
Variação circadiana da temperatura corporal

Devido a estudos efetuados nesta área, sabemos que um banho de imersão com água quente, duas horas antes de ir para a cama, pode aumentar o tempo passado em sono profundo. Parece que quanto mais inclinada a descida após o primeiro pico de temperatura, mais tempo irá passar em sono profundo – ver Figura 11 – curva 1. Por outro lado, tomar banho imediatamente antes de ir para a cama pode aumentar o tempo até a pessoa adormecer e diminuir a quantidade de sono profundo: a temperatura sobe numa altura em que devia estar a descer para facilitar o início do sono – ver Figura 11 – curva 2.

Isto significa que **ambientes com temperaturas altas não são os melhores para adormecer, já que dificultam o processo de arrefecimento do corpo ao longo da noite. A temperatura ambiente ideal para dormir é de cerca de 18ºC.**

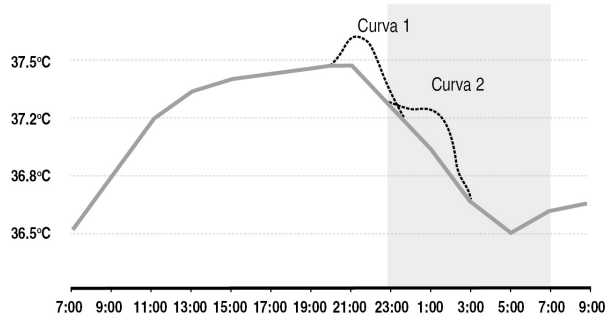


FIGURA 11
Influência de um banho de imersão na temperatura corporal duas horas antes de ir para a cama (curva 1) ou pouco antes de ir para a cama (curva 2)

A luminosidade

Antes de ir para a cama (fora do seu quarto), pode ver TV, desde que esta seja uma atividade prazerosa e não o deixe ansioso, chateado ou assustado. De modo a não interferir com o sono, é essencial que se trate de um momento relaxante para si. **Deve sentar-se com a maior distância possível da televisão, de forma a minimizar a quantidade de luz azul que recebe.** A maior parte dos telemóveis ou *tablets* mais recentes vêm com um modo noturno integrado, no qual a luz emitida muda automaticamente a sua tonalidade para cores mais quentes e com menor interferência no sono. Assim, o impacto mais importante deste tipo de aparelhos no sono tem mais que ver com a hiperestimulação que promove do que com a luz que emite.

De qualquer forma, a luz (principalmente a luz azul) é um dos reguladores mais importantes do nosso ritmo circadiano. É responsável por sinalizar ao nosso relógio biológico que é dia e desativar a hormonas promotoras do sono (principalmente a melatonina). Se à noite mantiver contacto próximo com fontes de luz azul, é normal que o seu relógio interno tenha maior dificuldade em perceber se é noite, mantendo ativas as vias promotoras de vigília. Por isso, o seu quarto deve estar escuro. Regra geral, quanto mais escuro, melhor. Se necessário, use cortinas *blackout*.

O ruído

Todos sabemos por experiência própria que também o barulho pode ser disruptivo para o sono. Apesar disso, o ser humano é bom a adaptar-se a ruídos contínuos, como o ressonar do/a parceiro/a ou o tique-taque do

relógio, e os resultados de investigação na área mostram que **o barulho, por si só, não é causador de insónia**. Com certeza consegue lembrar-se de uma altura em que conseguia dormir, mesmo com barulho. **O que acontece na insónia é que o nosso cérebro se torna muito mais alerta e, por consequência, mais sensível ao barulho ambiente**. Na insónia, o problema parece advir mais de um processo de filtragem deficiente dos estímulos exteriores do que do barulho em si.
Existe algum ruído específico que interfira com o seu sono? Existe alguma coisa que possa fazer para o resolver? Para algumas pessoas, dormir com tampões pode ajudar e caso funcione para si, ótimo. Para outros, os tampões podem ser contraproducentes, levando a que a pessoa acabe por prestar mais atenção a barulhos internos, como a própria respiração ou o bater do coração. Por essa razão, normalmente recomendamos abordagens cognitivas ou de relaxamento, que o leitor irá aprender nas próximas semanas, de modo a conseguir abstrair-se dos barulhos que ouve à noite.

Com toda esta nova informação, está na altura de elaborar o nosso plano de ação da Higiene do Sono. Como considera que pode melhorar a sua higiene do sono?

O seu plano de Higiene do Sono

De forma a melhorar a sua Higiene do Sono, escreva na tabela abaixo que alterações pensa que pode começar já a implementar ao longo desta semana, para melhorar a sua qualidade de sono.

Cafeína	
Álcool	
Nicotina	
Dieta	

Exercício	
Temperatura	
Luminosidade	
Ruído	

TABELA 2
Mudanças na sua Higiene do Sono

Ancorar o despertar

O que acha que consegue controlar mais facilmente?

a) A hora a que adormece

b) A hora a que acorda

A resposta certa é a resposta b, ou seja, a hora a que acorda. É muito difícil predizer a hora a que vamos adormecer, no entanto a hora a que acordamos é relativamente fácil: basta utilizar um despertador. Uma coisa de que o sono gosta é de regularidade e, **se a hora de despertar se tornar regular, a hora a que vai adormecer também tenderá a regularizar-se**.

Por isso mesmo, o primeiro passo para controlar o seu sono é acordar todos os dias à mesma hora. Chamamos a esta técnica de TCC-i **Ancorar o despertar**.

A hora que escolhe é consigo, mas recomendamos que tenha em conta o mais cedo que tem de acordar na maior parte dos seus dias da semana. Essa deve ser a sua hora de acordar. O passo seguinte é definir o seu alarme e mantê-lo, de forma consistente:

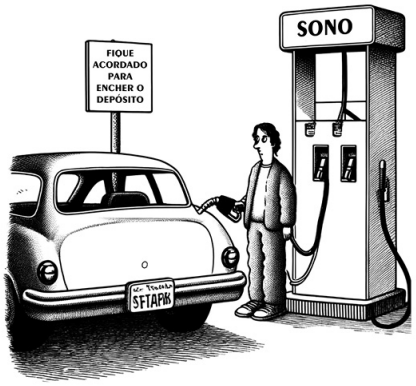
- Sete dias por semana (sim, mesmo aos fins de semana);
- Independentemente de como dormiu na noite anterior;

• Independentemente da hora a que foi para a cama na noite anterior.

Pode acordar antes da hora que definiu, mas nunca depois. Esta é uma das técnicas mais importantes do livro e permite um bom ponto de partida para o que vai aprender depois. Deve sair da cama **no máximo** 15 minutos depois de o despertador tocar. Acabaram os *snoozes* repetidos de manhã. Pedimos que defina agora aquela que vai ser a sua hora de despertar.

Decidi ancorar a minha hora de despertar às:

Guarde o seu combustível do sono



A cada hora que passamos acordados, estamos a abastecer-nos daquilo a que chamamos de *combustível do sono*. Assim, tal como um carro precisa de uma determinada quantidade de combustível para fazer uma viagem sem paragens, se quisermos ter um sono sem interrupções também vamos precisar de um depósito de sono suficientemente cheio. Com o depósito de sono abastecido de combustível suficiente, adormeceremos mais facilmente e conseguiremos manter o sono sem despertares ao longo da noite. Como pode calcular, este combustível é um bem muito precioso para quem está com insónia e tem dificuldade em dormir.

Este combustível do sono não é uma substância esotérica. Lembrar-se-á de termos falado na Parte 1 que o sono era regulado por um governo bipartido. A pressão do sono acumulada corresponde a este combustível do sono e resulta da acumulação ao longo do dia de uma substância chamada **adenosina**. Relembrando o que explicamos na Parte 1, quando estamos acordados, gastamos muita energia, sendo que a unidade básica de energia, encontrada em todas as formas de vida conhecidas, é o ATP: Adenosina Trifosfato.

À medida que se gasta ATP, acumulamos adenosina, sendo que, no decorrer do dia, a pessoa se vai tornando cada vez mais sonolenta. Como já vimos, a cafeína tem uma função estimulante porque inibe a ação da adenosina nos seus recetores, ou seja, é como se impedisse o efeito do combustível do sono.

Vamos imaginar uma noite de sono típica de uma pessoa adulta saudável – a Cristina:

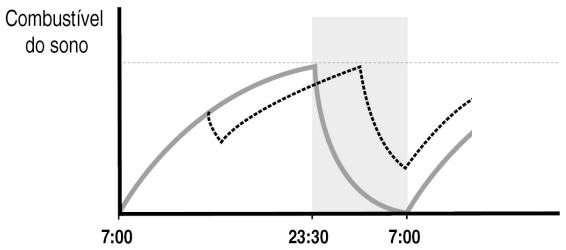


FIGURA 12
Combustível de sono ao longo do dia da Cristina com (a tracejado) e sem sesta

A Cristina dorme bem e tem um horário bem estabelecido. Como pode observar na figura 12, normalmente acorda pelas 7h e, a partir daí, vai acumulando combustível de sono. Por volta das 23h30, a Cristina está cheia de sono e decide ir para a cama. Adormece rapidamente e consegue dormir sete horas e meia sem interrupções com o combustível do sono que acumulou. Acorda às 7h, a sentir-se refrescada e descansada.

Agora imagine o seguinte cenário: depois de um almoço mais pesado, a Cristina decide “descansar os olhos” enquanto vê televisão. O tempo passa e, volvidas duas horas, a Cristina acorda e vai fazendo o que tinha

programado para o resto do dia. Chega a hora em que habitualmente vai para a cama – 23h30 – e decide deitar-se. O tempo passa e tem uma grande dificuldade em adormecer. Só adormece finalmente por volta das 2h30 da madrugada. Às 7h acorda com o despertador, como de costume, para ir trabalhar. Sente-se extremamente cansada e até um pouco irritável ao longo do dia.

Provavelmente já sentiu na pele o que aconteceu com a pobre Cristina. Talvez agora consiga perceber o porquê de situações como esta acontecerem consigo. O seu combustível de sono é precioso e por isso deve guardá-lo ao longo do dia.

Resumindo, deve **evitar sestas durante o dia: gastam o seu combustível do sono antes de chegar à cama.**

Se necessário, existem várias técnicas para o ajudar a não adormecer ao longo do dia:

- Café (desde que o último seja às 14h) – se existe uma determinada altura do dia na qual já sabe que costuma ter sono, tome o café 30 a 60 minutos antes;
- Coloque na sua agenda o tempo para o exercício físico ou para atividades mais interativas em alturas que já sabe que costuma ter sono. Por exemplo, é melhor navegar na internet do que ver TV (atividade mais passiva);
- Peça ajuda à sua família: diga-lhes que o acordem, caso o vejam a dormir;
- Exposição à luz, ar fresco e exercício são muito eficazes a promover a vigília;
- Mascar uma pastilha elástica.

Controlo de Estímulos

Falemos agora de uma técnica chamada **Controlo de Estímulos**. Baseia-se em fundamentos da psicologia comportamental e foi adaptado para o tratamento da insónia pelo Professor Richard Bootzin nos anos 70, com muito bons resultados.

Segundo esta teoria, fazemos associações entre determinados estímulos e comportamentos. Muitas vezes nem reparamos que as estamos a fazer, mas estas associações vão sendo interiorizadas. Qualquer pessoa que dorme bem já foi para a cama milhares de vezes na sua vida. Quando vai para a cama, sente-se relaxada, sonolenta e a maior parte do tempo que passa na cama é a dormir. **Com o tempo, para uma pessoa que dorme bem, a cama e o quarto começam a ficar associadas a relaxamento, sonolência e a sono.** Muitas vezes, para estas pessoas, basta o ato de ir para a cama para que se sintam sonolentas e mais propensas a adormecer.

Na insónia, a história é muito diferente. Uma pessoa com insónia também passou milhares de noites na cama, no entanto, acordada. **Com o tempo, noites repetidas sem dormir, juntamente com emoções negativas (ansiedade, receio, frustração, etc.), fazem com que a cama e o quarto passem a estar associados a estas emoções negativas e a estar acordado.** Desta forma, na pessoa com insónia, ir para a cama faz com que fique mais desperta do que estava anteriormente. Quando isto acontece, as pessoas descrevem com frequência que até conseguem adormecer no sofá ou na cama do hotel, mas que, na sua própria cama, se mantêm totalmente despertos.

Tudo isto é exacerbado pelo facto de existir a tendência para utilizar o quarto e a cama para todo o tipo de atividades associadas com estar acordado – aquelas a que vamos chamar atividades da vigília.

O propósito do **Controlo de Estímulos** é mudar este padrão de associações que alguém com insónia tem com o seu quarto e cama. Esta técnica faz com que exista gradualmente uma associação cada vez mais fraca entre a cama e estar acordado, ao mesmo tempo que fortalece a associação entre a cama e o sono. Aplicando a técnica, com o tempo, **a cama será um sítio que o fará ficar mais sonolento**.

Esta técnica é constituída por dois elementos:

- Passar as atividades de vigília para o espaço de vigília;
- A regra dos 15 minutos.

Passe as suas atividades de vigília para espaços de vigília

No seu quarto, deve evitar atividades que sejam consideradas de vigília, ou seja, atividades que realizamos quando estamos acordados. Estas atividades devem ser realizadas num espaço, que pode ser a sala de estar, a cozinha, a sala de jantar, o escritório ou a casa de banho – qualquer lugar, desde que não seja o quarto onde dorme.

No quarto, não é permitido: ler, ouvir rádio, ver televisão, usar o computador, usar o telemóvel ou *tablet*, ouvir música, meditar, rezar, fazer exercício, passar a roupa a ferro, trabalhar, estudar, comer, beber, conversar; qualquer tipo de hobbies.

É tudo? Não, esta lista está incompleta.

"Mas, afinal o que é que é permitido fazer no quarto?", pergunta o leitor. É muito simples. A lista de atividades permitidas no quarto é:

- Dormir;
- Atividade sexual.

Queremos reforçar a associação entre a cama e dormir, portanto não é de estranhar que tudo o que não seja dormir esteja proibido. A atividade sexual é a exceção à regra – muitas vezes até acaba por ajudar a dormir. Se se vestir e despir rapidamente, também poderá fazê-lo no quarto. E é tudo: esta lista está completa! **Não existem outras atividades permitidas no quarto.** Qualquer outra atividade deve ser passada para os espaços de vigília.

Ruídos e roncos



Com certeza já ouviu falar de pessoas que dizem só adormecer ao ouvir uma música relaxante ou algum podcast. Outros recorrem a ruído branco, ou rosa, ou vermelho (existe de tudo) – sons constantes e regulares em diferentes frequências, que podem ajudar a mascarar barulhos que possam perturbar o sono. Acredita-se que, com o tempo, estes estímulos possam ficar associados ao sono. Assim como um bebé pode condicionar-se a adormecer com o seu peluche ou manta preferida, também o adulto poderá tornar-se condicionado a adormecer com outros tipos de estímulos. No fundo, está a utilizar estas estratégias como uma "bengala" para adormecer.

É importante dizer que não apoiamos este método. Vai haver noites nas quais não vai poder ouvir um podcast ou ruído branco para adormecer. Não queremos que dependa deste método para adormecer. Um exemplo curioso que ouvimos em consulta

ilustra este argumento. Durante vários anos, uma senhora já de idade acompanhou o seu marido às consultas de sono, devido ao seu ressonar intenso. Entretanto, infelizmente, o seu marido acabou por morrer com um enfarte. E a senhora em questão regressou, desta vez na qualidade de doente. Desenvolveu uma insónia. Ao explorar a situação, apercebemo-nos de que a insónia não estava propriamente associada ao luto nem ao sentimento de perda.

A senhora tinha aprendido a adormecer com o ressonar do marido – um ressonar do qual, durante anos, se queixou. Sem aquele ronco, deixou de conseguir adormecer.

Este exemplo agridoce ilustra como podemos desenvolver associações profundas com certos estímulos para adormecer. Este fenómeno, embora possa fornecer conforto e ajudar a induzir o sono em algumas situações a curto prazo, pode também criar dependência e dificultar a capacidade de adormecer naturalmente, em situações onde esses estímulos não estão disponíveis. O objetivo com a técnica de Controlo de Estímulos é que a cama, só por si, seja suficiente para que sinta sono, e é isso que recomendamos.

A Regra dos 15 minutos

O segundo componente do Controlo de Estímulos chama-se a Regra dos 15 minutos.

Vamos supor que está acordado na cama, à noite. À partida, tem duas opções:

- Manter-se na cama
- Sair da cama

A **Regra dos 15 minuto***s* ajuda a tomar decisões informadas sobre o que fazer quando está acordado na cama. Se vai para a cama e não adormece nos 15 minutos seguintes, deve levantar-se, sair do quarto e ir para um espaço de vigília onde possa fazer alguma atividade relaxante ou prazerosa. **Só deve voltar à cama quando se sentir sonolento.** Se, tendo voltado para a cama, não adormecer em 15 minutos, deve repetir o processo. O mesmo se aplica se acordar a meio da noite. Se acordar a meio da noite, dê-se 15 minutos para voltar a adormecer; caso não esteja a dormir em 15 minutos, deve sair da cama e do quarto e fazer alguma atividade relaxante e prazerosa até ficar sonolento.

É importante explicar que **os 15 minutos não precisam de ser exatos**. Não queremos que fique a olhar para o relógio nem a contar o tempo na sua cabeça até passar o quarto de hora. O seu melhor palpite do que demoram os 15 minutos é suficiente.

Sair do quarto a meio da noite envolve alguma preparação, visto que encontrar coisas prazerosas para fazer nessa altura pode ser complicado. Nesse sentido, deve pensar em quatro ou cinco coisas que possa fazer durante a noite e prepará-las com antecedência no seu espaço de vigília. Desta forma, quando estiver a aplicar a **Regra dos 15 minutos**, não tem de pensar muito sobre o que gostaria de fazer. Tem várias opções que pode escolher.

Algumas atividades que sugerimos são:

- Ler
- Ver TV
- Ouvir rádio
- Ouvir podcasts
- Ouvir música
- Fazer *puzzles*
- Fazer tricô
- Desenhar

Vai haver noites nas quais irá dormir menos aplicando a **Regra dos 15 minutos** do que se tivesse ficado na cama. Isto é expectável. É importante enfatizar que o propósito da regra não é dormir mais na noite em que é aplicada. A finalidade desta regra é a de assegurar que não passa tempo acordado na cama. Vai passar menos tempo na cama, mas quase todo o tempo que lá passar será a dormir. Isto levará a uma **mudança gradual na associação que faz entre a sua cama e o sono** e, passadas algumas semanas, a cama vai deixar de ser **um sítio que o desperta, para passar a ser um sítio que o faz dormir**. Assim, é possível que tenha de aguentar um período curto no qual há redução da quantidade de sono. A boa notícia é que, assim que esta técnica começar a funcionar, continuará a funcionar a longo prazo. Isto leva a enormes melhorias na qualidade do sono.

Para não desanimar, ao aplicar esta técnica, é importante manter-se focado no seguinte: *Eu não estou a fazer isto esta noite para dormir melhor hoje. Até pode ser que durma pior. Eu estou a fazer isto esta noite, para que possa dormir melhor dentro de um mês (e para o resto da minha vida).*

Finalizámos a Semana 1! No decorrer desta semana deve aplicar o seu plano de Higiene de Sono; configurar o seu despertador todos os dias para a mesma hora; evitar gastar combustível do sono durante o dia; passar as sus atividades de vigília para os espaços de vigília e começar a aplicar a Regra dos 15 minutos.

Antes de avançar para a Semana 2, **não se esqueça que deve ter preenchidos os diários do sono desta semana.**

---

[39]. Schweitzer PK, et al. “Clinical pharmacology of drugs that affect sleep and wake”, *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 7.ª ed., Elsevier, Países Baixos (2022): 519-47

REVISÃO DE CONHECIMENTO

1
. **Porque é que usar o telemóvel antes de ir para cama pode contribuir para a insónia?**

a) A luz do telemóvel bloqueia a libertação de melatonina;
b) Impacto da radiação emitida pela rede móvel;
c) Hiperestimulação.

2
. **Qual destas opções pode ser um bom hábito a integrar no seu plano de higiene do sono?**

a) Um banho de água quente antes de ir para a cama;
b) Exercício físico regular pelo menos 2 horas antes de ir para a cama;
c) Fazer uma refeição pesada perto da hora de ir para a cama.

3
. **Como funciona o Controlo de Estímulos?**

a) Sincroniza o seu ritmo circadiano;
b) Encoraja tempos maiores acordado, para aumentar a sua sonolência quando for para a cama;
c) Recondiciona a pessoa de forma a fortalecer a sua associação entre cama e sono.

Respostas aqui

DIÁRIO DO SONO – versão 1 – SEMANA 1

Nome: _____

(preencher depois de acordar)

Data							
1. A que horas foi para a cama?							
2. A que horas adormeceu?							
3. Demorou quanto tempo a adormecer?							
4. Tirando o despertar final, quantas vezes acordou ao longo da noite?							
5. No total, quanto tempo demoraram esses despertares?							
6a. A que horas teve o seu último despertar?							
6b. Depois do seu último despertar, quanto tempo passou na cama a tentar voltar a dormir?							
6c. Acordou mais cedo do que queria?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
6d. Se sim, quão mais cedo?							
7. A que horas saiu da cama?							
8. No total, dormiu quantas horas?							
9. No total, passou quantas horas na cama?							
10. Como classificaria a sua qualidade de sono?	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa
11. Quão descansado/a ou refrescado/a se sentiu quando acordou? (1 – Nada descansado/refrescado; 5 – Muito descansado/refrescado)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
12. Eficiência do Sono	Será explicado na próxima semana						

DIÁRIO DO SONO – versão 2 – SEMANA 1

Nome:_____

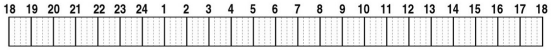
(preencher depois de acordar)

Instruções:

- Cada secção entre linhas contínuas equivale a uma hora, cada secção entre linhas tracejadas equivale a 15 minutos;
- A cinzento ou sombreado, deve preencher o tempo passado na cama acordado;
- A preto, ou de forma uniforme, deve preencher o tempo passado na cama a dormir.

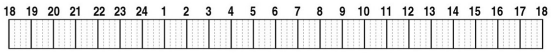
Dia 1

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



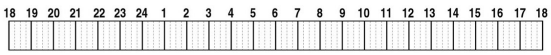
Dia 2

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



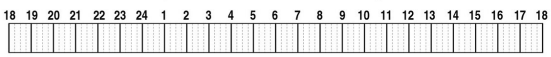
Dia 3

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



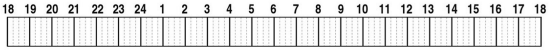
Dia 4

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



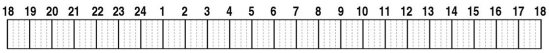
Dia 5

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



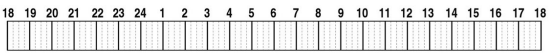
Dia 6

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



Dia 7

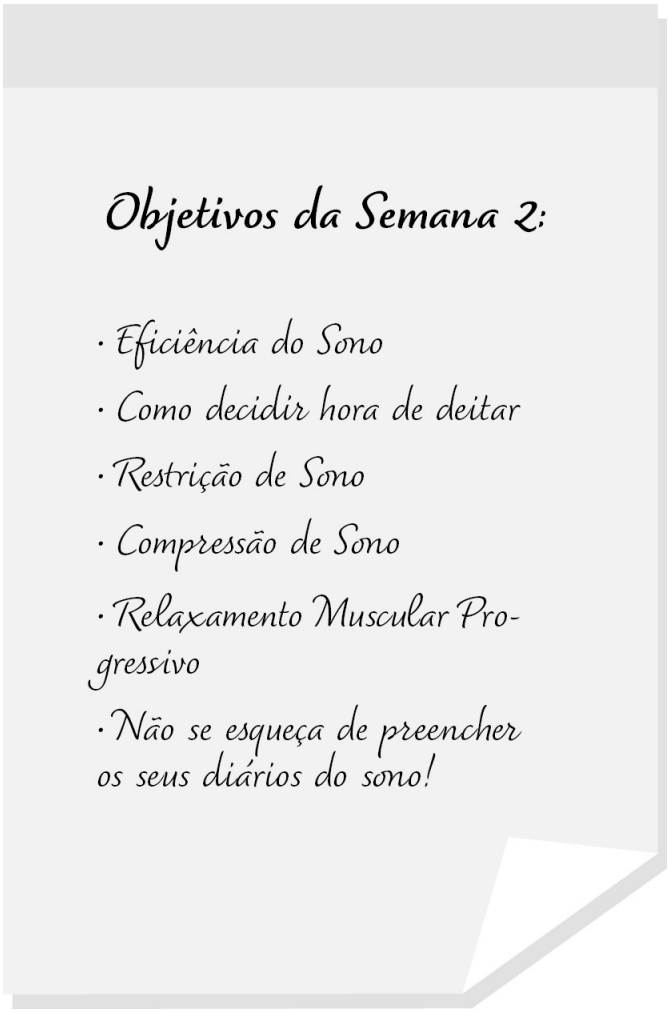
Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:





SEMANA 2

Defina o seu horário e aprenda a relaxar



Antes de avançarmos, relembramos: **é mesmo importante que tenha preenchido o diário do sono da última semana**. Ele será necessário para lhe permitir cumprir uma das técnicas mais relevantes desta nossa proposta. Posto isto, vamos começar esta semana a falar de bases teóricas.

Eficiência do Sono

Existe um conceito com o qual vai ter de se familiarizar nas próximas semanas. Chama-se **Eficiência do Sono (ES)** e, não complicando demasiado, é a percentagem de tempo que passa na cama a dormir.

Matematicamente,

$$\textbf{Eficiência do Sono (ES)} = \frac{\text{tempo total de sono}}{\text{tempo na cama}} \times 100$$

ES baixas estão normalmente associadas à insónia e ES altas a um bom sono.

Qual é que acha que vai ser a Eficiência do Sono habitual de uma pessoa que dorme bem?

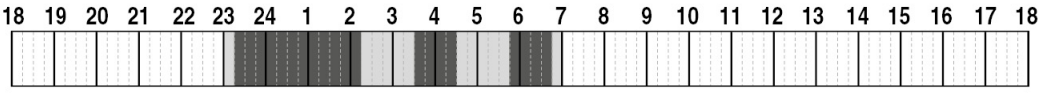
a) Acima de 75%
b) Acima de 80%
c) Acima de 85%
d) Acima de 90%
e) Acima de 95%

A resposta certa é a d), isto é, acima de 90%. Esta percentagem significa que **quem dorme bem passa menos de 10% do tempo na cama acordado**. É exatamente esta a eficiência do sono que queremos que tenha.

No entanto, se está a ler este livro, é muito provável que tenha habitualmente uma ES inferior a 85%, o que é muito comum na insónia.

Quem também tem uma ES baixa é o Cunha.

O Cunha é solteiro, atleta de fim de semana e tem uma insónia há vários anos. As suas noites são muitas vezes fragmentadas, como a seguinte:

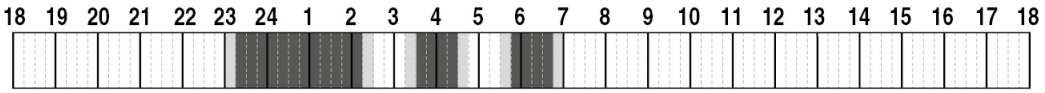


Com este padrão de sono, o Cunha terá dormido apenas cinco horas no total, apesar de ter passado oito horas na cama. Fazendo as contas de forma simples:

$$ES = \frac{5}{8} \times 100 = 62.5\%$$

Ora, 62,5% não é uma grande nota numa avaliação e, como já adivinhou, também não corresponde a uma grande Eficiência do Sono.

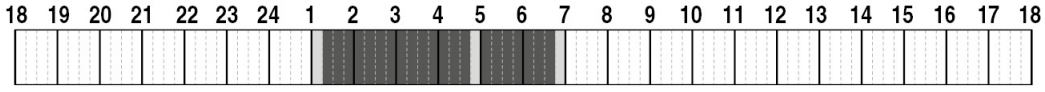
Se ele começasse a aplicar a **Regra dos 15 minutos,** como falámos na última semana, no mínimo, deveria acontecer isto ao seu padrão do sono:



Ao aplicar esta regra, o Cunha aumentou de forma artificial a sua Eficiência do Sono. O tempo total de sono manteve-se relativamente igual, mas o tempo na cama foi bastante menor. Se olharmos para a fórmula, vemos que aumentou a sua Eficiência do Sono através da redução no tempo na cama, mantendo sensivelmente igual o tempo que passou a dormir:

$$\uparrow \mathbf{ES} = \frac{5 \simeq}{8 \downarrow} \times 100$$

É certo que aumentou a sua ES, mas não é propriamente este o padrão de sono que nós queremos que o Cunha tenha. Ainda é fragmentado e, provavelmente, pouco profundo. Se o Cunha atrasar a sua hora de ir para a cama, isto é, se for para a cama mais tarde, irá compactar o seu sono e torná-lo bastante mais sólido. Mesmo que acorde a meio da noite, voltará a adormecer muito mais rapidamente:



Adicionalmente, irá acontecer outro fenómeno: **não vai precisar de aplicar tantas vezes a Regra dos 15 minutos.**

Costumamos explicar nas nossas consultas que o sono é um pouco como azeite sobre água. O azeite e a água não se misturam, e existe uma tendência do azeite para se espalhar ao longo da superfície da água. Se colocarmos um pouco de azeite numa grande superfície de água, este vai-se espalhar cada vez mais, tornando-se progressivamente mais fino, podendo inclusivamente formar alguns buracos. Ora, acontece um fenómeno similar com o sono e o tempo passado na cama. **Quanto maior o tempo passado**

na cama, mais o sono terá tendência para se espalhar ao longo da noite, tentando abarcar todo o tempo que um indivíduo passar na cama. Como cada pessoa tem horas limitadas de sono que consegue dormir por dia (no caso do Cunha, eram cinco horas), o sono torna-se mais superficial (menos profundo) e também com várias interrupções, ou despertares, ao longo da noite.
Resumindo, **quanto mais tempo passar na cama, mais fragmentado e menos profundo será o seu sono.**

Uma outra maneira de pensarmos neste assunto é com base no combustível do sono de que falámos na semana anterior. Vamos continuar com este caso do Cunha, que só consegue dormir cinco horas por noite.

Acompanhe o nosso raciocínio olhando para a figura 13. O ponto 1 é o ponto em que o depósito de combustível do sono do Cunha fica cheio e permite um sono ininterrupto de cinco horas. No entanto, o Cunha não estava a ir para a cama no ponto 1; estava a ir para a cama no ponto 2, ou seja, numa altura em que o seu depósito de combustível de sono não estava perto de estar cheio.

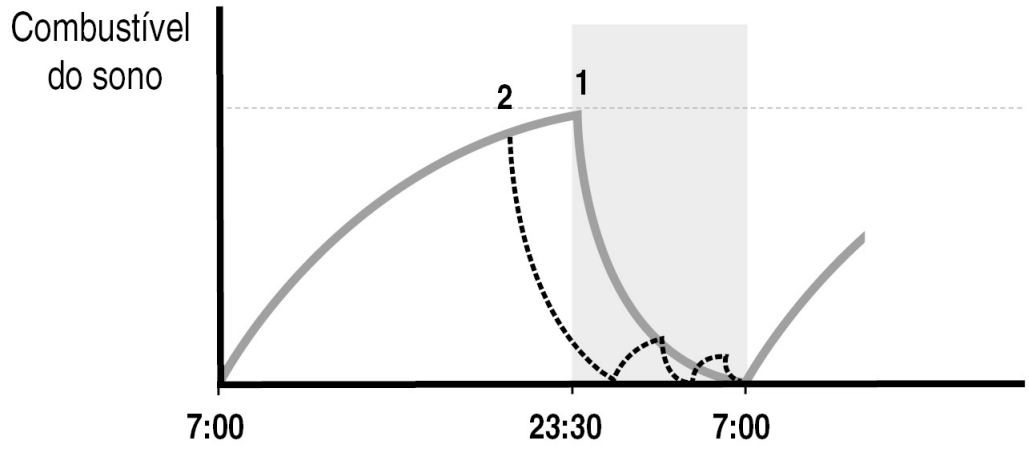


FIGURA 13
O combustível do sono do Cunha

Então, o que acontece no caso específico do Cunha? Pode acompanhar o tracejado enquanto explicamos. Apesar de tudo, o Cunha até tem alguma facilidade em adormecer, no entanto, como acumulou pouco combustível do sono ao longo do dia, vai ficar com o depósito vazio relativamente

depressa, tornando a sua noite fragmentada. Acorda uma primeira vez a meio da noite, quando fica sem combustível, e fica acordado até acumular combustível suficiente para voltar a adormecer.

Este processo repete-se ainda mais uma vez até sair da cama. **É este fenómeno que explica grande parte dos despertares na insónia.**

Outras pessoas têm um problema ligeiramente diferente. Não se trata tanto de acordar a meio da noite, mas sim de ter uma grande dificuldade em adormecer. Nestes casos, a pessoa vai para a cama com o depósito do sono pouco abastecido. Sem sentir sonolência, é comum que a mente, desprovida das ocupações habituais do dia a dia, se torne progressivamente inquieta. Começa a antecipar a catástrofe que vai ser o seu dia seguinte se não dormir, ou a matutar sobre se alguma vez vai chegar a adormecer. Esta preocupação constante pode tornar o processo de adormecer ainda mais difícil.

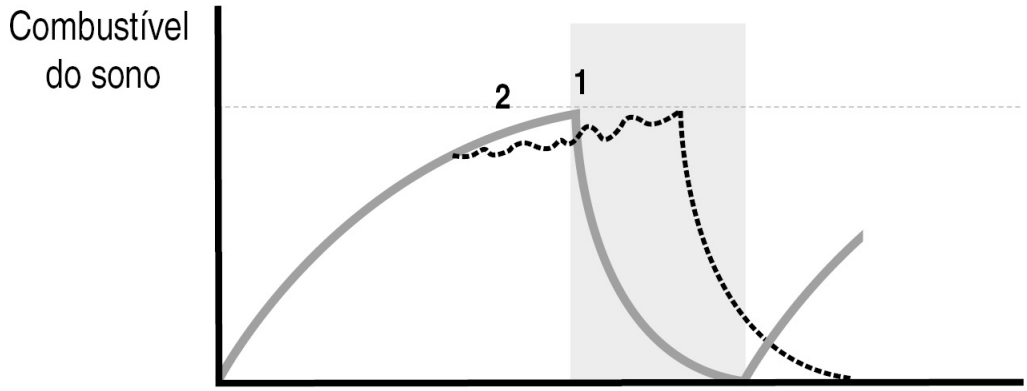


FIGURA 14
Ir demasiado cedo para a cama

Por outro lado, a cama é geralmente um local confortável, onde muitas vezes ocorrem micro-sonos sem nos apercebermos. Como pode ver na figura 14, estes micro-sonos levam a que o indivíduo demore mais tempo até encher o depósito do sono.

Por estas duas razões, ir para a cama mais cedo pode, paradoxalmente, levar a que a pessoa adormeça mais tarde. Assim, no caso da insónia, ao contrário do que diz a sabedoria popular, **é melhor ir para a cama mais tarde e não mais cedo.**

Mas, então, como é que sabe a que horas deve ir para a cama?

Para responder a essa questão é importante que tenha preenchido o seu diário do sono da última semana e que tenha uma calculadora à mão (a do telemóvel serve).

Vamos começar por calcular **quantas horas de sono dormiu, em média, na última semana.**

Vá ao **diário do sono da Semana 1 de tratamento neste livro.**

Vai pegar no total de tempo passado a dormir em cada dia e preencher a equação que lhe apresentamos abaixo. Se ainda não converteu o tempo a dormir de horas em minutos, pode utilizar a nossa tabela conversora no Apêndice D.

Pode também arredondar à medida mais próxima, ou seja, se dormir seis horas e cinco minutos numa noite, pode arredondar para seis horas e dez minutos, que serão 370 minutos.

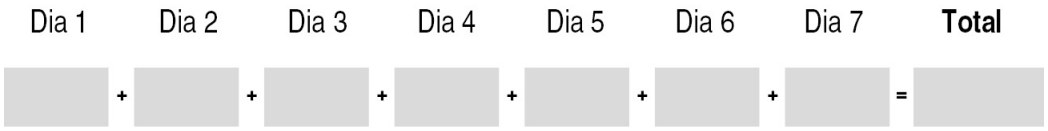


FIGURA 15
Sono total esta semana (em minutos)

Tem agora o valor de quantos minutos dormiu numa semana. No entanto, por si só este valor não tem muito significado.

Vamos então perceber quantos minutos, **em média**, dormiu nesta semana.

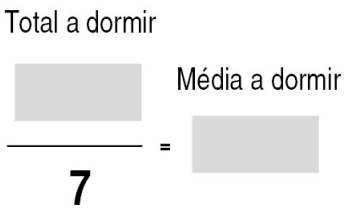


FIGURA 16
Média de sono diário esta semana

Pode agora converter novamente o resultado em horas, para perceber quantas horas dormiu, em média, na última semana (ver Apêndice D). É importante esclarecer que esta fórmula só funcionará se tiver os resultados das sete noites da última semana. Se só tiver de seis noites, por exemplo, deverá dividir o resultado da soma das horas de sono a dormir por seis e não por sete.

Então qual deverá ser a sua hora de ir para a cama?
Muitas pessoas vão para a cama porque sentem cansaço ou simplesmente porque "está na altura". No entanto, a resposta é muito simples. **Deve ir para a cama no momento em que é mais provável dormir uma noite sem interrupções.**

Para saber a hora a que se deve deitar, pode utilizar a seguinte fórmula:

Hora de deitar = Hora de acordar – Média de horas a dormir da semana

Na última semana definiu a sua hora de acordar. **Para descobrir a sua hora de deitar deve subtrair à sua hora de acordar a média de sono da Semana 1**. Se a média de sono for inferior a cinco horas, deve usar-se cinco horas como média de tempo de sono semanal (nunca menos). Pode usar a nossa tabela no Apêndice E, para o ajudar a decidir a sua hora de ir para a cama.

Vamos dar um exemplo.

O Gustavo fez as suas contas e chegou à conclusão de que dormia, em média, cinco horas e meia. Tinha escolhido uma hora para acordar: 7h00. Fazendo as contas, deveria ir para a cama à 1h30 (7h00 – 5h30). Neste

momento, damos alguma margem de manobra e de flexibilidade. O Gustavo pode preferir acordar um pouco mais cedo, de forma a não ir tão tarde para a cama. Assim, o Gustavo poderia decidir ir para a cama à meia-noite e meia e acordar às 6h. E não haveria problema nenhum, desde que a janela de sono, que se baseia no tempo médio de sono semanal, se mantivesse igual.

Se, assim como o Gustavo, acha que a hora de se deitar a que chegou é demasiado tarde, esta é a sua última oportunidade para ajustar a sua hora de acordar e, consequentemente, a hora de deitar. Pode utilizar o Apêndice E, para o ajudar. Nas linhas diagonais vê as suas opções de janela de sono, que vão das 5 horas às 10 horas e 45 minutos. É expectável que o seu sono atual esteja nos limites inferiores. Se olhar ao longo da diagonal, poderá ver as suas opções possíveis de hora de deitar e de acordar.

Escolha as opções que melhor se adequam a si e ao seu estilo de vida. Após a escolha, preencha:

A minha janela de sono	=	
Hora de acordar	=	
Hora de deitar	=	

Sabemos que pode parecer confuso, mas é importante perceber que a hora de deitar não tem de corresponder à hora a que vai para a cama. **A hora de deitar é a hora a partir da qual pode ir para cama. Só deve ir para a cama quando atingir a hora de deitar e se encontrar sonolento.** Não deve ir para a cama antes da hora de deitar, mesmo que se encontre sonolento.

Sonolência *vs.* cansaço



Muitas pessoas têm dificuldade em distinguir sonolência de cansaço.

Quando está com sono, os olhos ficam pesados, começa a bocejar e a cabeça parece pesar. É nesta altura que deve ir para a cama (desde que já tenha passado a hora de deitar).

Já o cansaço manifesta-se como uma sensação mais generalizada de falta de energia, motivação ou concentração.

Anteriormente definiu a **hora máxima para acordar e a hora mínima para se deitar**. Agora deve seguir estes horários **todos os dias** (mesmo aos fins de semana) e preencher o seu diário do sono de manhã, enquanto toma o pequeno-almoço.

Assim que tiver os diários do sono da segunda semana de tratamento preenchidos, calcule a sua Eficiência do Sono semanal.

Este resultado vai revelar-lhe que ajustes deverá realizar na semana seguinte.

$$\text{Eficiência do Sono (ES) semanal} = \frac{\text{tempo semanal de sono}}{\text{tempo semanal na cama}} \times 100$$

Como é que sabe o que fazer na semana seguinte?

Para saber o que fazer, tem apenas de seguir as regras de **Restrição do Sono** descritas abaixo (ver caixa). Não se assuste! Apesar da sua designação, o objetivo desta técnica comportamental não é restringir o seu tempo de sono, mas sim **fazer uma restrição do tempo passado na cama**. Dessa forma, vai aumentar a sua Eficiência do Sono. Decidimos manter o nome, porque é como a técnica é conhecida.

Regras de Restrição de Sono

Se:

- A sua Eficiência do Sono for inferior a 85%, deve ajustar a sua hora de deitar para 15 minutos mais tarde (ou a sua hora de despertar 15 minutos mais cedo). A exceção seria se este ajuste levasse a que a diferença entre a hora de despertar e a hora de deitar fosse inferior a cinco horas. Nessa circunstância, a sua hora de deitar dever-se-á manter a mesma.
- A sua Eficiência do Sono estiver entre os 85 e os 89%, deve manter a sua hora de despertar e a sua hora de deitar na mesma.
- A sua Eficiência do Sono é de 90% ou superior, deve ajustar a sua hora de deitar para 15 minutos mais cedo (ou a sua hora de despertar para 15 minutos mais tarde).

No final de todas as semanas, deve ajustar a sua hora de deitar ou de despertar, consoante o resultado da sua Eficiência do Sono na semana anterior. Normalmente recomendamos que tente manter a sua hora de acordar fixa e faça ajustes apenas na hora de se deitar. Ainda assim, caso perceba que no seu caso é melhor alterar a hora de acordar e manter a hora a que vai para a cama, também pode fazê-lo. É importante que o tratamento seja feito, dentro do possível, à sua medida.

De forma progressiva, vai ver que vai dormir a maior parte do tempo que passa na cama. Quando isso acontecer, é sinal de que terá uma Eficiência do Sono elevada (acima dos 90%) e poderá alargar a sua janela de sono. Quando o fizer, lembre-se: não faça ajustes maiores do que 15 minutos por semana!

Deve continuar a ajustar a sua janela de sono semanalmente, de forma gradual, até chegar a um ponto em que, mesmo que aumente o seu tempo na cama, não vai dormir mais horas. É sinal de que está a ter a quantidade de sono que necessita.

Quando aumentar o tempo na cama?

A Matilde tem aplicado as regras de restrição de sono e atualmente tem uma janela de sono de seis horas. Ao longo da semana preencheu os diários do sono e, depois de fazer as contas, chegou à conclusão de que dormiu, em média, cinco horas e meia naquela semana. Então calculou a sua Eficiência do Sono, que, naquela semana, estava acima dos 90% – 91,7%, para sermos exatos.

Isto significa que, na semana seguinte, a Matilde deve aumentar o tempo passado na cama, e pode fazê-lo pondo o despertador para 15 minutos mais tarde ou indo para a cama 15 minutos mais cedo. Um dos dois. Deve manter esses horários durante mais uma semana e, consoante os resultados, decidir o que fazer.

A Restrição de Sono é o método mais eficaz para aumentar a sua Eficiência do Sono. No entanto, se esta abordagem provar ser muito difícil para si, existe uma alternativa. Chama-se **Compressão do Sono** e consiste num protocolo de ajuste de horários adaptado, em que a redução do tempo passado na cama é mais progressiva. **Deve também ser utilizada quando se tem alguma doença mais sensível à perda de sono, como a epilepsia, a doença bipolar, enxaquecas ou a síndrome de fadiga crónica.**

Pessoas com cargos em que a sonolência diurna pode ter consequências graves (cirurgiões, pilotos, motoristas de longo curso, operadores de maquinaria pesada, etc.) devem igualmente utilizar esta técnica.

Regras de Compressão do Sono

- Escolha uma hora de ir para a cama com a qual se sinta confortável e defina essa hora como a sua **hora de deitar**. Se preferir, pode também utilizar a sua hora atual de ir para a cama como ponto de partida.
- De seguida, deve seguir as **Regras de Restrição de Sono**.

Depois do que explicámos, deverá ter escolhido aplicar uma destas opções: **Restrição do Sono** ou **Compressão do Sono**. Se aplicar as regras corretamente, é expectável que aconteça o que está exemplificado na figura 17. Como pode ver, quando estava a dormir bem, as linhas estavam niveladas. No entanto, bastou um evento stressor para diminuir o seu tempo de sono. É provável que, com a intenção de compensar o sono perdido, tenha tentado passar mais tempo na cama. Todavia, como ficou acordado e cada vez mais frustrado por não dormir, ficar mais tempo na cama teve o efeito oposto ao que desejava e fez com que dormisse menos e pior. Agora estamos no momento assinalado na figura 17, em que vai diminuir o tempo na cama, de forma a que, quando estiver na cama, seja mais provável estar a dormir.

Obviamente que, se decidir utilizar a Compressão de Sono em vez da Restrição do Sono, essa diminuição do tempo passado na cama será menos abrupta. Independentemente disso, a ideia de passar menos tempo na cama pode gerar alguma ansiedade no indivíduo e, por isso, levar a que o tempo

de sono possa, numa fase inicial, diminuir ligeiramente. O que acontece posteriormente é que, **de forma gradual, semana após semana, vai aumentar o seu tempo total de sono até que deixe de ter insónia!**

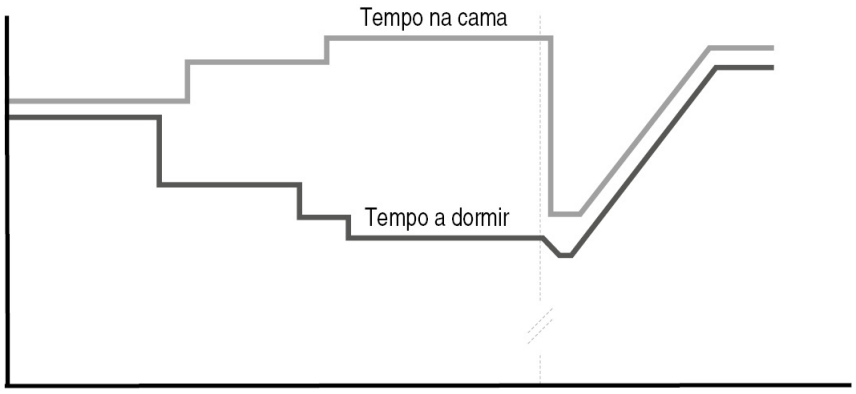


FIGURA 17
A trajetória de quem aplica Restrição ou Compressão do Sono

Quando devo parar?

1) Não estamos a apontar para nenhum número de horas de sono específico.

2) Estamos a apontar para que durma as horas necessárias para se sentir alerta e descansado na maior parte do dia, na maioria dos dias.

3) Quando chegar a esse ponto, pode parar de utilizar o diário, mas deve tentar manter os mesmos horários.

4) Se em algum momento o seu sono piorar, deve voltar a preencher diários do sono e a seguir as regras de Restrição ou Compressão do Sono assim que possível.

Relaxamento Muscular Progressivo

Depois de termos finalizado o que tínhamos a explicar das técnicas comportamentais, vamos falar-lhe de uma técnica de relaxamento que queremos que comece a aplicar já esta semana. Chama-se **Relaxamento Muscular Progressivo (RMP)** e foi descoberta há mais de cem anos. É das primeiras técnicas com evidência no tratamento da insónia e é fácil perceber porquê. Afinal, não será surpreendente para si que um elevado estado de alerta ou de tensão física não ajude a adormecer. É importante sentirmo-nos

relaxados quando vamos para a cama para que consigamos ter uma boa noite de sono. Não só do ponto de vista mental, mas também do ponto de vista físico.

O Relaxamento Muscular Progressivo reduz a tensão existente através de uma redução do nosso estado de ativação. Por outro lado, a nossa mente está constantemente a procurar no nosso corpo sinais de stress, perigo, excitação, etc. Se o corpo estiver relaxado e a nossa ativação fisiológica for baixa, a mente também se vai tornar mais relaxada.

Consegue-se reduzir o nosso estado de ativação tensionando cada grupo muscular por alguns segundos (6 segundos) **e posteriormente relaxando-o** (12 segundos). Isto pode parecer contraintuitivo, mas no fim desse processo, o músculo encontra-se mais relaxado do que se encontrava anteriormente (ver figura 18).

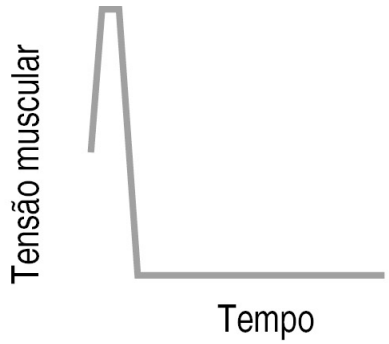


FIGURA 18
O efeito na tensão muscular do RMP

Durante este exercício de relaxamento será pedido que se foque em cada grupo muscular do corpo de forma sequencial. Dessa forma, quando terminar o exercício, sentir-se-á mais relaxado tanto a nível físico quanto mental.

É útil praticar esta técnica fora do quarto, numa altura do dia em que já se encontre razoavelmente relaxado, para que se familiarize com a técnica e a possa utilizar mais tarde, sempre que for necessário. Quando ficar acostumado a esta técnica, pode começar a utilizá-la na cama.

Lembre-se: quanto mais treinar a técnica, melhor ficará a utilizá-la. Não fique desencorajado se sentir que não funciona nas primeiras vezes que a utilizar; persista e vai ver que, com o tempo, irá funcionar melhor.

O exercício demora 15 minutos no total e também vai ajudá-lo a não aplicar tantas vezes a regra dos 15 minutos do Controlo de Estímulos de que falámos na semana anterior.

Imagine que acorda a meio da noite: **em vez de começar a aplicar a regra dos 15 minutos imediatamente, primeiro aplica os 15 minutos de Relaxamento Muscular Progressivo e só depois de o terminar é que começa a contar os 15 minutos da regra dos 15 minutos.**

Deixamos a seguir um texto que normalmente utilizamos como guião durante o exercício. Recomendamos que, numa primeira fase, grave uma leitura sua, pausada e em voz alta, do guião. Terá assim uma gravação que poderá ouvir as vezes que forem necessárias e que irá guiá-lo nas primeiras vezes que aplicar este exercício. Quando estiver confortável com a técnica, poderá avançar com o exercício sem recorrer à gravação.

Exercício de Relaxamento Muscular Progressivo

Feche os olhos e escolha uma posição o mais confortável possível, seja sentado ou deitado.
Mantenha os olhos fechados ao longo de todo o exercício e certifique-se de que os seus braços e pernas não estão cruzados.
Quero que foque a sua atenção no seu próprio corpo. Se em algum momento sentir que a sua atenção está a fugir, traga-a de volta para o músculo que estava a trabalhar.

Vou ajudá-lo a alcançar um nível profundo de relaxamento com este exercício. Para isso, vou pedir que tensione grupos musculares do seu corpo de forma sequencial. Quando pedir para os tensionar, quero que dirija toda a sua atenção para esses músculos e que os contraia intensamente até que eu diga “**relaxe**”. A contração deve ser intensa, mas sem exagerar. Assim que eu disser “relaxe”, quero que liberte a tensão que estava a gerar naquele músculo de forma súbita.

Irá contrair cada grupo muscular durante seis segundos e os períodos de relaxamento do músculo serão de, pelo menos, 12 segundos. Se sentir alguma dor ou desconforto em qualquer grupo de músculos, sinta-se à vontade para saltar um dos passos. É importante que mantenha a sua respiração normal ao longo do exercício.

Vamos começar:
Foque a sua atenção nos músculos da testa. Quando disser “agora” quero que contraia os músculos da sua testa, levantando as suas sobrancelhas o máximo que conseguir. **Agora**. Mantenha a sua testa contraída durante 6 segundos – 4, 3,

2, 1. E **relaxe**. Relaxe imediatamente e completamente, largando controlo dos músculos da testa. Deve relaxar um total de 12 segundos.

Quero que dirija a sua atenção para os músculos da boca. Quando disser “agora”, quero que faça um sorriso de orelha a orelha, tensionando a boca e bochechas. **Agora**. Aguente essa posição durante 6 segundos – 4, 3, 2, 1. E **relaxe**. Sinta a tensão a ir-se embora. Faça uma pausa de 12 segundos.

Quando disser “agora”, quero que contraia os seus olhos, fechando-os com toda a força que conseguir. **Agora**. Mantenha os músculos tensos durante 6 segundos – 4, 3, 2, 1. E **relaxe**. Compare a tensão que sente agora com a tensão que sentia alguns segundos atrás. Faça uma nova pausa, durante um total de 12 segundos.

Transfira a sua atenção para os músculos dos seus ombros. Quando disser “agora”, quero que levante os ombros com força, como se estivesse a tentar tocar com eles nas orelhas. **Agora**. Aguente essa posição durante 6 segundos – 4, 3, 2, 1. E **relaxe**. Sinta a onda de relaxamento que surge deixando-o sereno e descontraído. Faça uma pausa de 12 segundos.

Desta vez, quando disser “agora”, quero que tensione os bíceps do braço direito e esquerdo, ao mesmo tempo que leva as mãos até aos ombros. **Agora**. Sinta a tensão nos seus bíceps durante 6 segundos – 4, 3, 2, 1. E **relaxe**. Repare no quão relaxados estão os seus bíceps. Deixe os seus músculos ficarem soltos e relaxados. Pause durante 12 segundos.

Descemos agora para as suas mãos e antebraços. Quando disser “agora”, quero que tensione os músculos dos antebraços e das mãos, fechando as mãos com força. **Agora**. Mantenha as mãos fechadas por 6 segundos – 4, 3, 2, 1. E **relaxe**. Largue o controlo dos seus músculos e deixe-os descontraídos. Sinta a tensão a sair dos seus músculos. Faça-o durante 12 segundos.

Volte um pouco acima e dirija a sua atenção para os músculos do peito. Quando disser “agora”, contraia o seu peito enquanto inspira fundo e aguenta o ar. **Agora**. Aguente essa posição durante 6 segundos – 4, 3, 2, 1. E **relaxe**. Solte o ar que tinha prendido e relaxe completamente. Pause novamente durante um total de 12 segundos.

Quero que foque agora a sua atenção para os seus abdominais. Quando disser “agora”, contraia os seus abdominais enquanto inspira e aguente o ar enquanto contrai os músculos. **Agora**. Mantenha essa posição durante 6 segundos – 4, 3, 2, 1. E **relaxe**. Solte o ar e descontraia os seus músculos. Relaxe durante 12 segundos.

Quero que sinta agora o quão relaxada e livre de tensão está a parte superior do seu corpo. Mergulhe durante mais alguns segundos nessa sensação e relaxe.

> Vamos continuar para a parte inferior do seu corpo. Primeiro, peço que dirija a sua atenção para os seus glúteos. Quando disser “agora”. quero que contraia as suas nádegas o máximo que conseguir. **Agora**. Tensione os seus glúteos durante 6 segundos – 4, 3, 2, 1. E **relaxe**. Solte a tensão e repare no quão mais relaxados estão os seus glúteos. Pause durante mais 12 segundos.
>
> Concentre-se nas suas coxas. Quando disser “agora”, contraia os músculos das suas coxas levantando-as ligeiramente da cama ou da cadeira e aguentando-as nessa posição. **Agora**. Mantenha os músculos firmes nessa posição durante 6 segundos – 4, 3, 2, 1. E **relaxe**. Sinta o peso dos músculos a desvanecer gradualmente. Faça uma pausa de 12 segundos.
>
> Desça ao longo das suas pernas e foque a sua atenção nos gémeos. Ao contrário dos restantes grupos musculares, quando contrair os gémeos, deverá fazê-lo durante apenas 3 segundos pelo risco maior de cãibras. Quando disser “agora”, quero que contraia os seus gémeos apontando o pé e dedos para baixo, como se estivesse a tentar ficar na ponta dos pés. **Agora**. 3, 2, 1. E **relaxe**. Compare na sua mente a tensão que sentia nos seus gémeos momentos atrás com o relaxamento que sente agora. Deixe que a sensação de tranquilidade se torne cada vez mais profunda.
>
> Para finalizar, imagine uma onda de relaxamento a espalhar-se lentamente ao longo do seu corpo. Começa na cabeça e desce devagar até à ponta dos seus pés. Sinta por uns instantes o peso de todo o seu corpo relaxado. Inspire e expire lentamente. Inspire e expire.
>
> Acabou de terminar o exercício de relaxamento muscular progressivo. Aproveite alguns momentos para sentir a tranquilidade e desfrutar de uma sensação de relaxamento.

Se acabou de seguir o guião, é provável que se sinta mais relaxado. Ainda assim, é importante treinar este tipo de relaxamento durante o dia antes de o começar a aplicar à noite.

Finalizámos a Semana 2. Além do que explicámos na semana anterior – Higiene do Sono; ancoragem do despertar; evitar sestas e Controlo de Estímulos –, deverá acrescentar o que aprendeu esta semana para continuar o seu tratamento. Recapitulando, esta semana definiu a sua hora de acordar

e deitar; calculou a sua Eficiência do Sono e aprendeu como deve mudar o seu horário semanalmente de acordo com esta; e descobriu como uma técnica de relaxamento pode ajudá-lo a adormecer.

Antes de avançarmos para uma revisão dos conhecimentos adquiridos esta semana, queremos relembrar o quão crucial é continuar a preencher o seu diário do sono. Se já o tem feito, ótimo. Se não, não se preocupe, não é pior pessoa por isso, mas também não está a esforçar-se para ser melhor.

Encorajamo-lo a retomar o diário do sono e a tentar tomar nota do seu padrão de sono todas as manhãs ao acordar. Vai ajudá-lo a acompanhar o seu progresso e a perceber que alterações tem de fazer semanalmente.

REVISÃO DE CONHECIMENTO

1. **Qual destes não é um objetivo do aumento da Eficiência do Sono?**
   a) Adormecer mais facilmente;
   b) Aumentar o tempo na cama;
   c) Reduzir tempo acordado na cama a meio da noite.

2. **Se tiver uma Eficiência do Sono semanal de 82%, o que devo fazer na semana seguinte?**
   a) Devo ir para a cama 15 minutos mais cedo;
   b) Devo manter os mesmos horários;
   c) Devo ir para a cama 15 minutos mais tarde.

3. **Quando devo aplicar o Relaxamento Muscular Progressivo em relação à Regra dos 15 minutos?**
   a) Antes da Regra dos 15 minutos;
   b) Ao mesmo tempo que a Regra dos 15 minutos;
   c) Depois da Regra dos 15 minutos.

Respostas aqui

DIÁRIO DO SONO – versão 1 – SEMANA 2

Nome: _____

(preencher depois de acordar)

Data							
1. A que horas foi para a cama?							
2. A que horas adormeceu?							
3. Demorou quanto tempo a adormecer?							
4. Tirando o despertar final, quantas vezes acordou ao longo da noite?							
5. No total, quanto tempo demoraram esses despertares?							
6a. A que horas teve o seu último despertar?							
6b. Depois do seu último despertar, quanto tempo passou na cama a tentar voltar a dormir?							
6c. Acordou mais cedo do que queria?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
6d. Se sim, quão mais cedo?							
7. A que horas saiu da cama?							
8. No total, dormiu quantas horas?							
9. No total, passou quantas horas na cama?							
10. Como classificaria a sua qualidade de sono?	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa
11. Quão descansado/a ou refrescado/a se sentiu quando acordou? (1 – Nada descansado/refrescado; 5 – Muito descansado/refrescado)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
12. Eficiência do Sono	Será explicado na próxima semana						

DIÁRIO DO SONO – versão 2 – SEMANA 2

Nome:_____

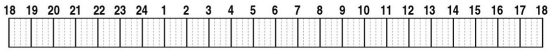
(preencher depois de acordar)

Instruções:

- Cada secção entre linhas contínuas equivale a uma hora, cada secção entre linhas tracejadas equivale a 15 minutos;
- A cinzento ou sombreado, deve preencher o tempo passado na cama acordado;
- A preto, ou de forma uniforme, deve preencher o tempo passado na cama a dormir.

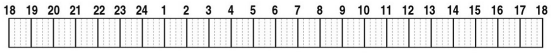
Dia 1

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



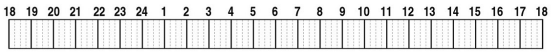
Dia 2

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



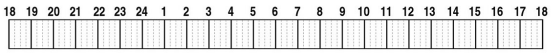
Dia 3

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



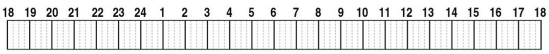
Dia 4

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



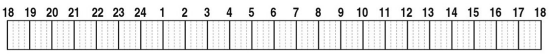
Dia 5

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



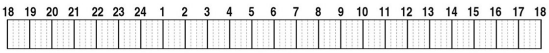
Dia 6

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



Dia 7

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



Tempo total a dormir (mins.)

Eficiência do Sono da semana = (Dia 1 + Dia 2 + Dia 3 + Dia 4 + Dia 5 + Dia 6 + Dia 7) / (Dia 1 + Dia 2 + Dia 3 + Dia 4 + Dia 5 + Dia 6 + Dia 7) x 100

Tempo na cama (mins.)

ES da semana = ____ %



SEMANA 3

Acalme a sua mente

Objetivos da Semana 3:

- Zona Tampão
- Deite o seu dia com Preocupação Construtiva
- Algoritmo do Pensamento
- Intenção Paradoxal
- Distração Cognitiva
- Distanciamento do Pensamento
- Diários do sono!

Nas últimas duas semanas, falámos da higiene do sono, explicamos técnicas comportamentais – a Restrição/Compressão do Sono e o Controlo de Estímulos – e detalhamos como pode aplicar o Relaxamento Muscular Progressivo. **Esta semana entraremos nas técnicas cognitivas. Enquanto a componente comportamental da TCC-i é responsável pela resposta rápida do tratamento, a componente cognitiva torna essa resposta mais duradoura!**[40] Por essa razão, não deve descurar o que vai aprender esta semana.

> **Não se esqueça de continuar a registar os seus diários do sono e a aplicar os princípios da Restrição ou Compressão do Sono. São para continuar mesmo depois de terminar as**

quatro semanas de tratamento.

Como vimos anteriormente, a maioria das pessoas com insónia sente-se fisicamente cansada, exausta até, mas mentalmente alerta. No geral, descrevem mentes inquietas principalmente à noite, altura em que este fenómeno se agrava. Afinal de contas, para muitos é a primeira altura do dia em que estão sozinhos com os seus próprios pensamentos. Uma cabeça ocupada é inimiga do sono e é frequente que vários tipos de pensamentos surjam nesse período. Veja se estes pensamentos lhe parecem familiares:

- **Recordar o dia:** aquela conversa que teve, a resposta que devia ter dado ao seu patrão, o recado que devia ter dado e se esqueceu, etc.;
- **Planear o dia seguinte:** algumas pessoas assumem um pensamento em formato de *checklist* quando chegam à cama; tentam mapear todos os eventos e responsabilidades do dia seguinte;
- **Resolução de problemas:** problemas que normalmente ocupam o segundo plano ao longo do dia, porque mantém a cabeça ocupada com outros assuntos, surgem com toda a força à noite – normalmente problemas sem resolução fácil que o fazem ficar mais alerta;
- **Preocupação com o sono:** talvez possa até não ter muitos problemas para resolver, mas pelo menos um acompanha-o: a insónia. Começa a pensar porque é que não está a dormir, o que acontecerá se não dormir ou como se vai sentir no dia seguinte;
- **Hipervigilância corporal:** pode começar a prestar mais atenção ao seu corpo. Começa a sentir frio ou calor, comichão, inquietude, tudo o que pode imaginar. Tudo situações que vão fazer com que fique desconfortável e ativado. Tal como aprendemos quando falamos do relaxamento, todos estes estímulos irão fazer com que fique mais alerta;
- **Pensar sobre pensar:** às vezes ideias parvas podem aparecer na sua cabeça e pode pensar: “Mas porque é que eu tive esta ideia?” Pode parecer que não consegue controlar os seus pensamentos, mesmo que esses pensamentos sejam relativamente triviais. Esta sensação de que o controlo lhe está a fugir não é boa para o sono.

A questão é: ***O que posso fazer em relação a estes pensamentos?***

Vamos falar-lhe de algumas técnicas que pode utilizar quando a sua mente está inquieta à noite. Queremos que pense nestas técnicas como uma caixa de ferramentas: não tem de utilizá-las todas. Umas vezes pode usar umas, outras vezes outras.

Zona Tampão

Comecemos pela primeira ferramenta cognitiva. **Queremos que crie uma Zona Tampão** (em inglês, *buffer zone*) entre o término dos trabalhos do dia e a ida para a cama. É um tempo para acalmar, fazer atividades que lhe deem prazer e encerrar o dia.

A Zona Tampão pode ser tão longa quanto queira, mas recomendamos um **tempo mínimo de uma hora.** Este tempo pode variar de dia para dia – não tem de ser uma coisa rígida, não estamos a desenhar isto a regra e esquadro. Se está a pensar quando é que vai ter uma hora extra no seu dia, lembre-se de que lhe foi recomendado que aplicasse as técnicas de restrição ou compressão do sono na semana anterior. Com a margem de tempo ganha com a aplicação dessas técnicas, provavelmente conseguirá tempo suficiente para a criação da sua Zona Tampão.

Anteriormente, levava uma data de preocupações para a cama, visto não existir um período para se desconectar das aflições do dia passado. Ao implementar esta Zona Tampão, dá um primeiro passo. Joga na antecipação e impede que estas preocupações surjam na cama quando estiver a tentar dormir (ver figura 19).

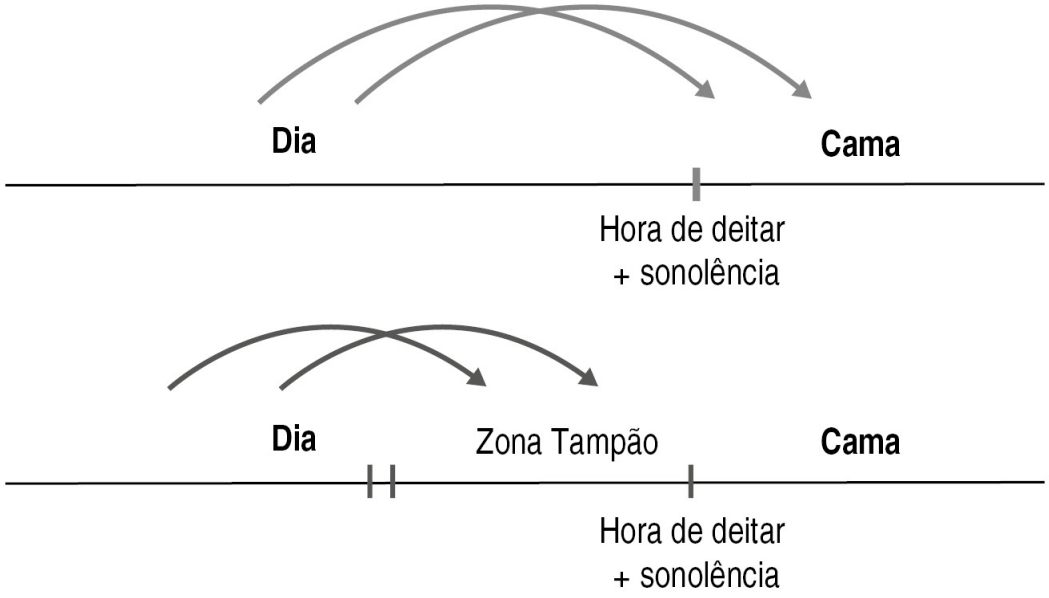


FIGURA 19
Noite sem e com Zona Tampão

Para que a Zona Tampão funcione bem, é importante assinalar atempadamente que o dia terminou e que essa zona teve início. Chamamos a isto a ***Delineação do Dia.*** Uma boa maneira de o fazer é tratar nessa altura de toda a rotina pré-deitar que costuma fazer. Confirme que as portas estão fechadas, escove os dentes, desligue o computador. Faça-o para sinalizar a si próprio que o dia está claramente terminado e que tem algum tempo para si.

Isto significa que, quando se sentir sonolento, pode ir diretamente para a cama e não se preocupar com tarefas que normalmente deixava para realizar antes de ir para a cama. Esta é a altura ideal para aplicar uma dica de que falámos na Semana 1 de tratamento: **o banho quente**. Caso não se lembre, dissemos-lhe que um banho quente, duas horas antes de ir para a cama, aumenta a qualidade do sono. Pode integrar o banho como parte da sua delineação do dia, desde que o faça duas horas antes de ir para a cama. A integração do banho na sua rotina tem a vantagem adicional de proporcionar uma das alturas do dia em que muitos pensam com maior clareza. Aproveite para pensar nos assuntos que o preocupam em relação ao dia seguinte. Só não gaste demasiada água.

Depois de tratar da sua rotina pré-deitar, deve usar este período para atividades prazerosas e relaxantes, até chegar à sua hora de deitar e se sentir com sono:

- Ler, ver TV, ouvir rádio, ouvir *podcasts*, ouvir música, fazer *puzzles*, tricotar, desenhar, etc.

Deite o seu dia com Preocupação Construtiva

Antes de iniciar a sua Zona Tampão, queremos que "deite o seu dia" com **Preocupação Construtiva**. No fundo, vamos pedir-lhe que integre na sua rotina diária **um momento em que se vai preocupar construtivamente com o que se passa na sua vida, antes que essas preocupações surjam quando estiver a tentar dormir**. Já sabe, muitas vezes a melhor defesa é o ataque. Para isto, queremos que ponha de parte sensivelmente 20 minutos antes da Zona Tampão e que arranje um caderno ou um bloco de notas (pode usar o telemóvel, se preferir).

Todas as noites deve dividir uma página em três secções: **as coisas más, as coisas boas e a Lista de Tarefas** (ver exemplo na figura 20). Nas coisas más, queremos que coloque tudo o que o possa estar a preocupar ou situações más que tenham acontecido recentemente e possam interferir com o seu sono. Nas coisas boas, tome nota do que correu bem naquele dia, aquilo que aguarda com expectativa ou o que o faz sentir-se grato ou feliz. Também estas podem interferir no seu sono, normalmente de forma mais positiva. Vai reparar que há uma tendência para nos focarmos na parte má, quando na verdade nem tudo, obviamente, é mau. Por isso mesmo, queremos que faça um esforço e, **para cada coisa má, escreva uma coisa boa para contrabalançar.**

Na Lista de Tarefas, comece por escrever tarefas que necessita de realizar no dia seguinte. Depois de escrever as tarefas que tem pendentes para o dia seguinte, queremos que se preocupe construtivamente sobre o que escreveu na coluna das *coisas más*. Com isso queremos dizer que deve pensar no que poderia fazer já no dia seguinte, de forma a resolver ou, pelo menos, a colocá-lo perto da resolução dos problemas que listou. Lembre-se que devem ser ações simples, que sejam exequíveis no dia seguinte.

Damos-lhe um exemplo: o Narciso escreveu nas coisas más que tem andado preocupado com a sua situação de desemprego.

Em vez de escrever “encontrar emprego” na Lista de Tarefas – tarefa irrealista para apenas um dia –, o Narciso poderia escrever “encontrar o meu CV”. Na noite seguinte, poderia escrever “atualizar o meu CV”. Depois, “procurar agências de recrutamento”, e assim sucessivamente. Percebeu o que quisemos dizer? Um passo de cada vez. Faça exatamente o mesmo em relação à coluna das coisas boas, isto é, **escreva na Lista de Tarefas ações que permitam aumentar a probabilidade de *coisas boas* acontecerem.**

Depois, **queremos que atribua uma categoria de prioridade a todas as tarefas que elencou na Lista de tarefas**. À frente de cada tarefa, coloque uma de três letras: **E** de essencial; **D** de desejável; e **O** de opcional.

Lembre-se que uma tarefa essencial é aquela que tem mesmo de ser feita no dia seguinte. Pode ajudar pensar no que aconteceria se não a fizesse. E é isto. Pode ver o exemplo da preocupação construtiva do Narciso na figura abaixo. Deve sempre consultar a sua Lista de Tarefas, no dia seguinte, logo de manhã.

AS COISAS MÁS:	AS COISAS BOAS:
• Discussão com a Mariana	• Passei um bom dia com a família
• Estou preocupado com o desemprego	• Vou a Itália no Verão
• Casa desarrumada	• Comi um bom bife ao almoço
• Tenho de escrever um discurso	• Vi uma boa série

A LISTA DE TAREFAS:
• Consulta no médico (E)
• Dar parabéns ao Luís (E)
• Falar com uma amiga da Mariana (D)
• Encontrar o meu CV (E)
• Limpar a sala (E)
• Ver discursos para me inspirar (O)
• Combinar novo dia em família (D)
• Encontrar um guia de viagem para Itália (D)
• Marcar um jantar para a semana no sítio onde almocei (O)

FIGURA 20
“Deitar o dia” do Narciso com Preocupação Construtiva

Algoritmo do Pensamento

Agora vamos passar a uma outra técnica, a que chamamos **Algoritmo do Pensamento**. É, de forma básica, um algoritmo que servirá para aliviar pressão acerca de eventuais pensamentos que lhe possam surgir, de forma repentina, durante a noite, quando já está na cama.

Apesar das técnicas que já começou a implementar, imagine que um pensamento consegue escapar e surge à noite, enquanto está a tentar adormecer, na cama. Damos alguns exemplos:

"Acho que não fechei a porta de casa à chave."

"Aquele espelho sempre esteve ali?"

"Esqueci-me de dizer uma coisa importante ao meu patrão."

"Tive uma grande ideia para uma música."

"Não me lembrei de levar o lixo para o contentor."

Vamos providenciar-lhe um algoritmo um pouco mais analógico do que os que são utilizados nas inteligências artificiais, mas que vai ajudá-lo a saber o que deve fazer quando pensamentos como estes surgem a meio da noite. Existem, no máximo, três perguntas, com três resultados possíveis. Ver figura 21.

Se a ideia for inútil, deve colocá-la no "lixo". Se for útil, mas não conseguir fazer nada em relação a ela naquele momento ou, então, se conseguir tão bem ou melhor no dia seguinte, deve escrevê-la na sua Lista de Tarefas. **Se for uma ideia útil, que pode concretizar nesse no momento, então levante-se e vá concretizá-la.** Um exemplo disso seria ir fechar a porta à chave, se não a trancou. Por outro lado, às vezes as nossas melhores ideias surgem à noite e têm mesmo de ser executadas naquele momento. Aliás, como vimos na Parte 1 do livro, se Paul McCartney não o tivesse feito, o mundo nunca teria conhecido a música *Yesterday.*

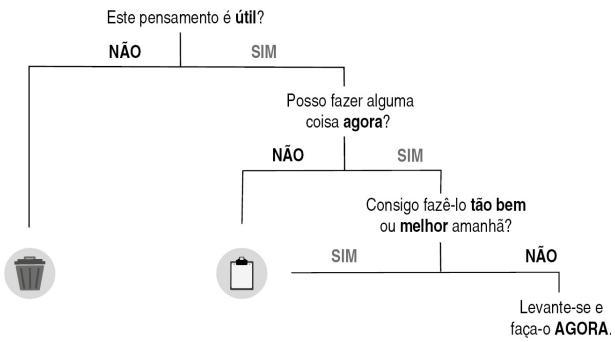


FIGURA 21
Algoritmo do Pensamento

Pode utilizar este algoritmo enquanto implementa a **regra dos 15 minutos.** Abrimos aqui também a única exceção ao **Controlo de Estímulos** de que falámos na **Semana 1.** Se, ao aplicar o algoritmo do pensamento, chegar à conclusão que a melhor opção é escrever na sua lista de tarefas alguma coisa importante, então pode fazê-lo sem sair da cama. Para isso, deve manter o seu caderno ou bloco de notas onde anota as tarefas a realizar no dia seguinte, ao lado da cama. A preocupação que o aflige perde normalmente força depois de a anotar. Tem a garantia de que no dia seguinte vai olhar para a sua lista de tarefas e não se vai esquecer do que tinha para fazer.

Intenção Paradoxal

O Dr. Viktor E. Frankl, famoso psiquiatra austríaco, sobrevivente de Auschwitz e autor do clássico *O Homem em Busca de um Sentido*, dizia o seguinte sobre o sono: "O sono é como uma pomba que pousou perto da mão de alguém e lá permanecerá enquanto não lhe prestar atenção; se tentar agarrá-la, rapidamente voa para longe"[41]. **Na psicologia, chamamos Intenção Paradoxal a um conjunto de terapias que encorajam a pessoa a manter o sintoma que a perturba, em vez de o eliminar.** É estranho, não é?

No caso da insónia, quanto mais atenção der ao sono ou quanto mais esforço fizer para adormecer, mais difícil ele será de alcançar. Como vimos na Parte 1 do livro, quanto mais tentarmos dormir, mais difícil será.

Então, qual é a solução?

Simples! **Vai desistir de adormecer e vai tentar manter-se acordado o máximo de tempo que conseguir.** Ao decidir ficar acordado, está a abdicar completamente de tentar dormir. Quando isso acontece, acaba por retirar a pressão que tinha para adormecer e dá por si a adormecer quando estava a tentar ficar acordado só mais alguns minutos.

As restantes técnicas que foi aprendendo devem continuar a ser aplicadas. Por isso, fará esta tentativa durante um máximo de 15 minutos (o que está previsto pela aplicação da Regra dos 15 minutos). Nesses 15 minutos, vai manter os seus olhos abertos e tentar manter-se acordado. Se sentir dificuldade em manter os olhos abertos, não saia da cama, não consuma cafeína, não se belisque, nem faça nada para tentar acordar. Simplesmente **tente manter os olhos abertos por mais tempo.**

Quando está com os olhos fechados, só tem os seus próprios pensamentos. Quando está de olhos abertos, há mais competição. Portanto, é provável que reduza a atenção face a quaisquer pensamentos que possa ter em segundo plano, acalmando gradualmente a sua mente. Para algumas pessoas isto é o suficiente para ganhar sono e adormecer. Claro que não funciona com todas, mas quando acontece esta descrição é comum: “Não sei o que aconteceu. Eu estava a tentar manter os olhos abertos por mais uns minutos e, de repente, era de manhã”.

Pense nesta técnica como mais uma ferramenta na sua caixa de ferramentas do sono.

Distração Cognitiva

Com certeza já ouviu falar da estratégia antiga de contar carneirinhos até adormecer. Possivelmente até já os tentou contar, sem grande sucesso. A verdade é que contar carneirinhos não parece ser a melhor maneira de adormecer para pessoas com insónia. É uma tarefa demasiado simples e aborrecida.

É fácil visualizar na sua mente um carneirinho a saltar a cerca enquanto pensa em como vai pagar a renda no final do mês. Precisa de algo ligeiramente mais exigente – algo suficientemente complicado para o distrair do seu fluxo de pensamento habitual e o ajudar a adormecer.

Chamamos a esta técnica **Distração Cognitiva** e existem duas estratégias, que iremos explorar, para aplicá-la: uma estratégia numérica e outra alfabética. Pode escolher consoante a sua preferência.

> Estratégia numérica

Em vez de contar carneiros (um carneiro, dois carneiros, três carneiros, etc.), experimente **começar no número 1.000 e subtrair sete ao total repetidamente** – 1.000, 993, 986, 979 e assim sucessivamente. Parece difícil, certo? É suposto ser.

A beleza desta técnica é que não nos importa se acerta nas contas ou se se perde na contagem; o importante é manter-se mentalmente absorvido na tarefa. Se errar o número, ou se se perder, pode sempre começar de novo.

> Estratégia alfabética

Pense numa categoria. Pode ser o que quiser: países, cidades, frutas, animais, o que se lembrar. Tente evitar temas de que esteja demasiado próximo ou com que esteja emocionalmente envolvido. **Deve ser uma categoria neutra** – sem emoções negativas ou positivas associadas. Por exemplo, se for veterinário, se calhar evite escolher a categoria "animais".

Imagine que escolhe países. Escolha o primeiro país que lhe vem à cabeça, como, por exemplo, Guatemala. Agora, **pense noutro país que comece com a última letra da Guatemala** (por exemplo, Alemanha), **e assim sucessivamente**. Mais uma vez, não é importante se errar, esta é apenas uma forma de distrair a sua mente de pensamentos que possam estar a perturbar o seu sono.

Mude de categoria se estiver a ficar sem ideias.

Por quanto tempo devo aplicar estas estratégias de Distração Cognitiva? Aqui remetemos para a **Regra dos 15 minutos.** Se 15 minutos passarem e continuar sem adormecer, então saia da cama e vá fazer alguma atividade relaxante ou prazerosa até voltar a sentir sono.

Distanciamento do Pensamento

Imagine que se senta ao balcão de um daqueles restaurantes de sushi em que as peças chegam num tapete rolante. Alguns dos pratos que surgem no tapete podem parecer saborosos, outros desagradáveis, enquanto alguns podem ser mais neutros. Segundo o Dr. Russ Harris, a nossa cabeça é um pouco como este restaurante de sushi. Nesta metáfora, o *chef* seria a sua mente, que vai preparando vários pratos que correspondem aos pensamentos ou memórias que vão surgindo ao longo do dia.

De acordo com o Dr. Harris, podemos aprender a afastar-nos e ver os nossos pensamentos a aparecerem e a desaparecerem, tal como vemos os pratos que se aproximam e os que se afastam no tapete rolante do restaurante. Se um prato do qual não gostamos surge no tapete, não precisamos de tapar a cara, horrorizados; se aparece um prato do qual gostamos, não precisamos de lhe pegar e de o devorar de imediato.

É possível fazer o mesmo com os nossos pensamentos. **Podemos distanciar-nos dos pensamentos que estamos a ter e observá-los com uma atitude de abertura e curiosidade**, vê-los chegar e desaparecer sem juízos de valor associados. Pensar numa coisa não faz dela uma realidade objetiva.



Quando estiver na cama, recomendamos que não se envolva nos pensamentos que surgem. Por exemplo, se o pensamento “a apresentação que fiz não correu muito bem” surgir quando estiver a tentar dormir, deve começar por aceitar esse pensamento como um pensamento, e nada mais. Então, mentalmente, poderá dizer algo como “eu noto que estou a ter o pensamento de que a minha apresentação não correu bem”. Vai reparar que ao adicionar este passo de distanciamento, vai permitir que o seu pensamento inicial negativo tenha bastante menos impacto na sua noite.

Assim, ao distanciar-se do pensamento, este desvanecer-se-á mais facilmente. Vai afastar-se como se estivesse no tapete rolante do restaurante.

Não se esqueça de que a Regra dos 15 minutos ainda se aplica. Se não estiver a dormir dentro de 15 minutos, levante-se e saia do quarto.

Terminámos a Semana 3!

Esta semana, começámos por abordar o tipo de pensamentos que são frequentes na cama e revelámos várias técnicas cognitivas para ajudar com estes pensamentos. Falámos acerca do processamento de pensamentos antes de ir para cama, “deitando o dia” com Preocupação Construtiva. Discutimos a importância de introduzir na sua rotina uma **Zona Tampão** que deve estar bem delineada tratando da sua rotina pré-deitar no seu início e posteriormente aproveitando o resto do tempo para relaxar antes de ir para a cama. Por fim, elencámos algumas técnicas que pode utilizar para lidar com a sua mente inquieta enquanto está na cama: o **Algoritmo do Pensamento, a Intenção Paradoxal,**
a Distração Cognitiva e o Distanciamento do Pensamento.

Gostaríamos de relembrar o quão crucial é **continuar a preencher o seu diário do sono** e a aplicar as regras da Restrição/ /Compressão do Sono. Deve concomitantemente “deitar o seu dia” com Preocupação Construtiva e implementar a sua Zona Tampão – use essa altura para relaxar, não para trabalhar ou estudar.

Não se esqueça de ver a sua Lista de Tarefas no dia seguinte de manhã. Experimente, pelo menos uma vez esta semana, cada uma das seguintes técnicas: Algoritmo do Pensamento; Intenção Paradoxal; Distração Cognitiva e Distanciamento do Pensamento. Vamos agora à revisão de conhecimentos!

---

[40]. Harvey AG, et al. “Comparative efficacy of behavior therapy, cognitive therapy, and cognitive behavior therapy for chronic insomnia: a randomized controlled trial”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82.4 (2014): 670

[41]. Frankl VE. *The Doctor and the Soul*, 2ª ed., Knopf, Nova Iorque (1965): 253

REVISÃO DE CONHECIMENTO

1. **Qual o momento para deitar o seu dia com Preocupação Construtiva?**
   a) Antes de ir para a cama;
   b) Antes de começar a sua Zona Tampão;
   c) No início da sua Zona Tampão.

2. **Qual a melhor altura para tomar banho para uma boa noite de sono?**
   a) 2 horas antes da sua hora de deitar;
   b) Imediatamente antes de ir para a cama;
   c) 1 hora antes de ir para a cama.

3. **Qual destas afirmações sobre a TCC-i não corresponde à realidade?**
   a) As técnicas cognitivas são responsáveis pela atuação rápida da TCC-i;
   b) A componente cognitiva da TCC-i permite uma eficácia mais sustentada a longo prazo;
   c) A Restrição/Compressão de Sono e o Controlo de Estímulos são responsáveis pela ação rápida da TCC-i.

Respostas aqui

DIÁRIO DO SONO – versão 1 – SEMANA 3

Nome: _____

(preencher depois de acordar)

Data							
1. A que horas foi para a cama?							
2. A que horas adormeceu?							
3. Demorou quanto tempo a adormecer?							
4. Tirando o despertar final, quantas vezes acordou ao longo da noite?							
5. No total, quanto tempo demoraram esses despertares?							
6a. A que horas teve o seu último despertar?							
6b. Depois do seu último despertar, quanto tempo passou na cama a tentar voltar a dormir?							
6c. Acordou mais cedo do que queria?	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
6d. Se sim, quão mais cedo?							
7. A que horas saiu da cama?							
8. No total, dormiu quantas horas?							
9. No total, passou quantas horas na cama?							
10. Como classificaria a sua qualidade de sono?	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa
11. Quão descansado/a ou refrescado/a se sentiu quando acordou? (1 – Nada descansado/refrescado; 5 – Muito descansado/refrescado)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
12. Eficiência do Sono	ES da semana = _____ %	ES da semana = (total de minutos na cama a dormir na semana/total de minutos na cama na semana) x 100					

DIÁRIO DO SONO – versão 2 – SEMANA 3

Nome: _____

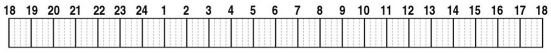
(preencher depois de acordar)

Instruções:

- Cada secção entre linhas contínuas equivale a uma hora, cada secção entre linhas tracejadas equivale a 15 minutos;
- A cinzento ou sombreado, deve preencher o tempo passado na cama acordado;
- A preto, ou de forma uniforme, deve preencher o tempo passado na cama a dormir.

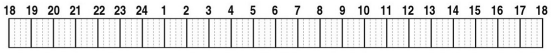
Dia 1

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



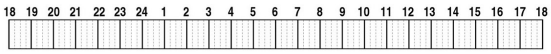
Dia 2

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



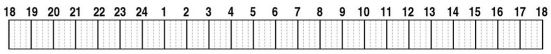
Dia 3

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



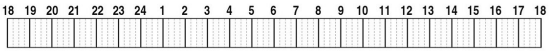
Dia 4

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



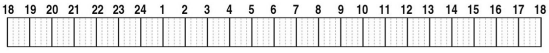
Dia 5

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



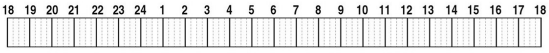
Dia 6

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



Dia 7

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



Tempo total a dormir (mins.)

Eficiência do Sono da semana = (Dia 1 + Dia 2 + Dia 3 + Dia 4 + Dia 5 + Dia 6 + Dia 7) / (Dia 1 + Dia 2 + Dia 3 + Dia 4 + Dia 5 + Dia 6 + Dia 7) x 100

Tempo na cama (mins.)

ES da semana = ____ %



SEMANA 4

A roda, a imaginação e o resumo

Objetivos da Semana 4:

- Roda do Dia
- Imaginação Guiada
- Resumo e integração de técnicas
- Sim, adivinhou: não se esqueça do diário do sono!

Estamos quase no final da nossa proposta de abordagem à sua insónia. Não desanime e continue connosco. **Como já dissemos anteriormente, isto funciona mesmo.** Vai ver que o esforço valerá a pena.

Na última semana, acrescentámos algumas técnicas cognitivas ao que já tinha aprendido, de modo a ajudá-lo a lidar melhor com a sua mente inquieta. Esperamos que tenha continuado a aplicar as medidas de higiene do sono com os princípios das técnicas comportamentais que falámos e o relaxamento muscular progressivo. Não se esqueça de ajustar os seus horários consoante a sua eficiência do sono.

Nesta semana final de tratamento, falaremos de uma última técnica cognitiva, um novo exercício de relaxamento e faremos uma revisão do que aprendemos ao longo das últimas semanas. É importante que cheguemos ao final deste livro a saber colocar estes ensinamentos na prática.

Roda do Dia

Vamos começar por falar da última técnica cognitiva do livro. Chama-se a Roda do Dia e a ideia é imaginar uma roda de uma bicicleta antiga, daquelas divididas por vários raios, que convergem ao centro.



O exercício que lhe vamos propor é o de preencher cada uma das partes circunscritas pelos raios da roda com coisas que afetem o seu dia. Podem ser coisas boas ou coisas más. Tente ser específico e recorra à ajuda de alguém que o conheça bem, se necessário.

Com este exercício queremos que faça um esforço ativo para pensar em tudo o que pode influenciar o seu dia. Provavelmente vai chegar à conclusão de que o sono não é o único aspeto da sua vida a ditar se vai ter um dia bom ou um dia mau.

Veja, na figura 22, o exemplo da Diana.

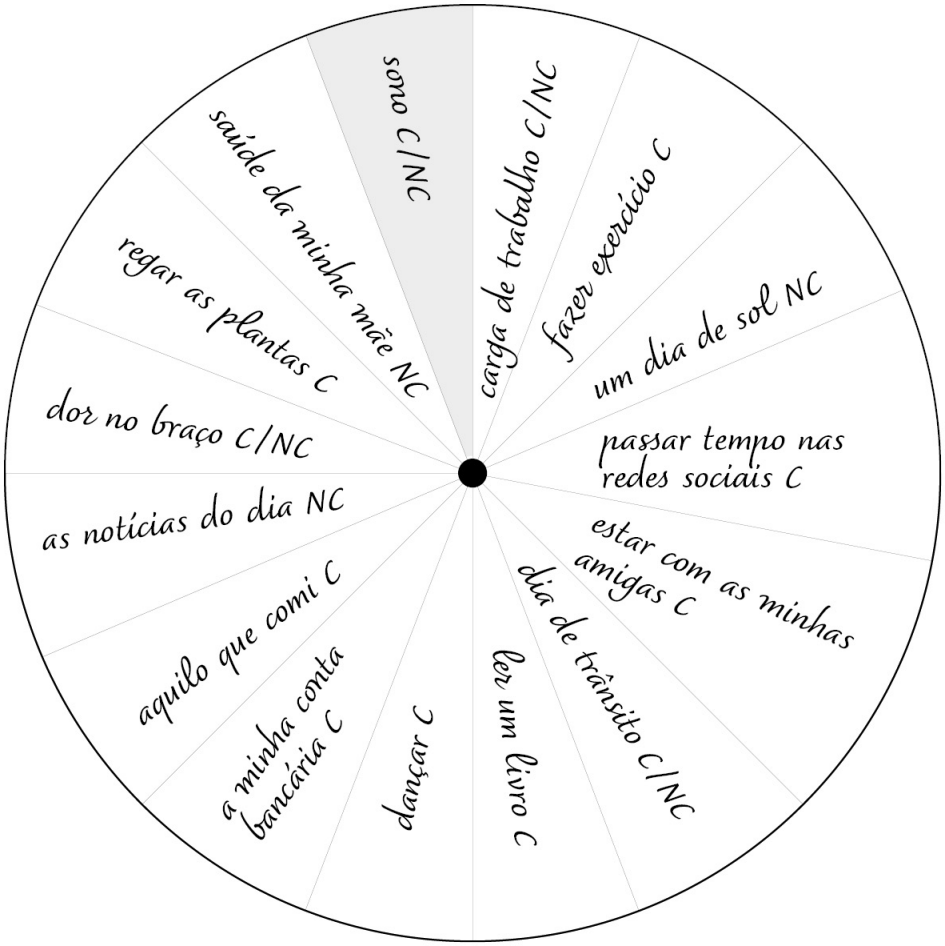


FIGURA 22
A Roda do Dia da Diana

Como pode ver, o sono (a sombreado na figura anterior) é uma ínfima parte daquilo que influencia o dia da Diana. No entanto, algumas pessoas tornam-se tão focadas no seu sono que parece que é a única variável responsável pela qualidade do dia que vão ter. Na verdade, o sono é apenas um dos numerosos aspetos da nossa vida que podem impactar a qualidade do nosso dia. Peço que preencha, abaixo, a sua própria roda do dia:

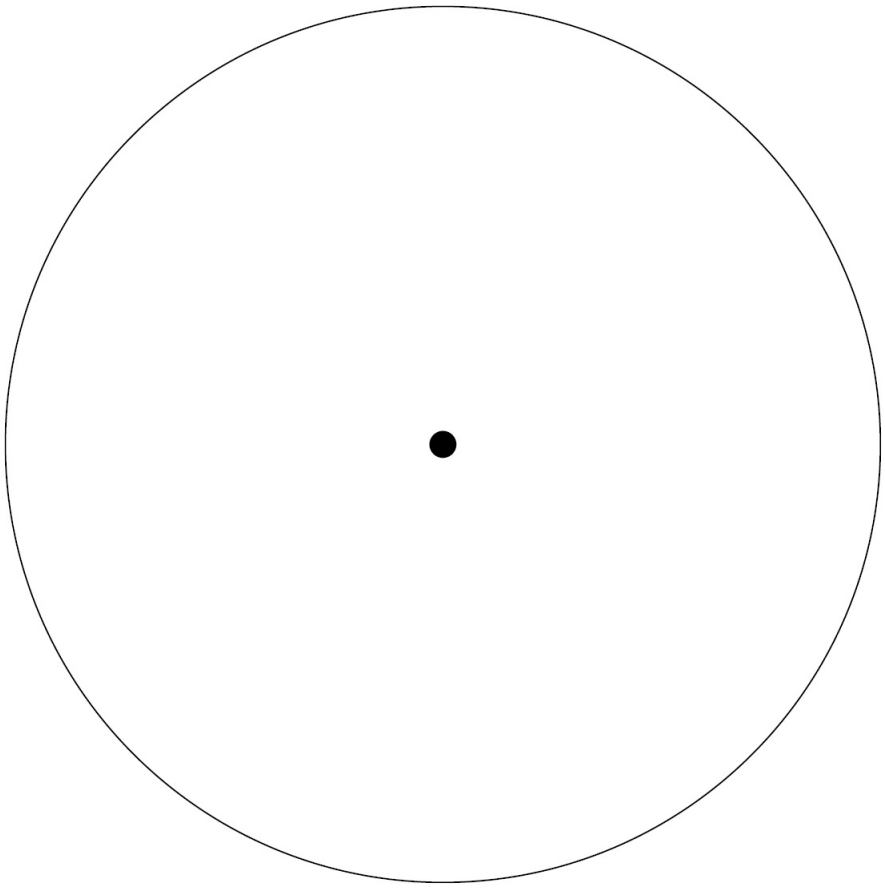


FIGURA 23
A sua Roda do Dia

Agora que preencheu a sua roda do dia, **queremos que assinale aqueles fatores sobre os quais tem controlo** – pode colocar um **C** à frente de cada um. Depois, assinale aqueles que **não consegue controlar** – pode colocar, à frente de cada um, um NC. Alguns dos itens poderão ser apenas **parcialmente controláveis**, portanto no fundo são simultaneamente controláveis e não controláveis – nesse caso, assinale com **C/NC**.

Reveja a roda do dia da Diana e verifique as categorias que colocou como controláveis, não controláveis e parcialmente controláveis. Se colocou categorias similares, lembre-se que pessoas diferentes se calhar vão ter perceções diferentes do nível de controlo que têm sobre o problema, e está tudo bem.

Depois de terminar, dê uma vista de olhos geral à sua roda do dia. Existem muitas coisas sobre as quais não tem controlo absoluto, certo? Contudo, **existem algumas sobre as quais tem controlo, e essas podem ser colocadas na sua lista de tarefas, de forma a melhorar a sua qualidade de vida**. Outra razão para fazer esta roda é o facto de o ajudar a colocar as coisas em perspetiva. O que faz com que uma pessoa tenha um bom ou mau dia não deveria ser unicamente dependente da forma como dorme. Ajuda, mas não deve ser o único responsável. Olhar para a sua roda deve ajudá-lo a retirar alguma pressão do ato de dormir.

E como aprendeu anteriormente neste livro, o sono não gosta de pressão para aparecer.

Quando é que deve usar a técnica da **Roda do Dia?**

1. Quando estiver com dificuldades em dormir e começar a ter pensamentos como "não vou conseguir dormir nada hoje, por isso amanhã vai ser um dia horrível", pode olhar para a sua roda e:
   a) lembrar-se de todos os fatores para além do sono que são responsáveis pela forma como o seu dia vai correr;
   b) pensar nos fatores que estão sob o seu controlo e planear o dia seguinte de acordo com isso, utilizando alguns desses fatores. Isso dar-lhe-á algum controlo sobre a forma como o dia seguinte irá decorrer.
2. Caso tenha uma noite de sono pior que o habitual, olhe para a sua roda logo de manhã e use alguns dos fatores sobre os quais tem controlo para fazer um plano para o dia. Isto ajudá-lo-á a terminar o dia melhor do que o começou.

Imaginação Guiada

A última técnica que temos para vos explicar chama-se **Imaginação Guiada** e é um exercício de relaxamento. Nesta técnica, o objetivo é criar uma história visual na sua mente com a duração entre 10 a 15 minutos. Vai ser o realizador de uma curta-metragem passada na sua cabeça. Pode ser um espaço real ou um espaço imaginário, desde que seja relaxante.

Deve ser um lugar em que se consiga mover, de modo a que o cenário mude à medida que se desloca através dele. É diferente de alguns tipos de relaxamento em que é pedido para se imaginar num cenário relaxante, mas estático. Com o tempo, em cenários estáticos é comum que se sinta aborrecido e que surjam uma espécie de *pop-ups* na sua mente, que o impedem de adormecer. Nesse sentido, é importante existir uma componente de movimento e de interação com o ambiente imaginário, para se manter interessado no cenário que criou, assim impedindo a sua mente de divagar. À medida que se move pelo espaço, deve avaliar de forma sistemática o que está a sentir a nível sensorial: **O que vejo? O que ouço? O que sinto? O que cheiro? O que vejo? O que ouço?**

Continue o ciclo de forma sistemática, à medida que se move pelo cenário.

Pessoas com insónia tendem a envolver-se num **pensamento verbal** excessivo antes de adormecer, o que parece ser **contraproducente** para o sono, enquanto quem dorme bem tem comparativamente um padrão de pensamento mais visual. **Pensa-se que parte da eficácia desta técnica poderá ser resultado de uma mudança, de um pensamento mais verbal para um pensamento mais visual.**

De seguida, iremos providenciar um guião-exemplo de **Imaginação Guiada**, para utilizar como referência, mas poderá escolher imaginar apenas lugares nos quais se sente confortável. **Lugares onde já esteve e que conhece bem são, regra geral, a melhor opção**, mas não queremos restringir a sua imaginação. Exemplos: o caminho para casa; a rua da casa dos seus pais; um local do qual gostou quando esteve de férias, etc.

Exercício de Imaginação Guiada

> Feche os olhos e procure a posição mais confortável possível. Mantenha os olhos fechados ao longo deste exercício. Durante este exercício de imaginação guiada, deve envolver todos os seus sentidos na imagem que cria na sua mente. O que vê, o que ouve, o que sente, o que cheira e mesmo o que consegue saborear.



Visualize-se dentro da sua casa. Está na sala, sentado no seu sofá e olha à volta. Sinta a textura do sofá com as suas mãos. Pegue no comando e desligue a televisão. Levante-se, olhe para os livros da sua biblioteca. Reconhece vários dos títulos de livros que já leu. Caminhe pelo corredor e vá até à porta da casa. Observe a textura e a cor da porta. Note as tábuas encaixadas harmoniosamente, desgastadas pelo tempo e pelo uso. Toque na maçaneta – é metálica e fria na sua mão. Ao abrir a porta, sinta uma lufada de ar fresco que contrasta com o ambiente da casa. Desça as escadas lentamente. Toque o corrimão metálico. Perceba a mudança de luz enquanto transita do interior para o exterior do prédio. Está bom tempo. O dia está fresco e bom para andar a pé. Agora, imagine-se a iniciar o seu passeio. Vire à esquerda e desça a rua. Observe a calçada à medida que desce. Cada pedra como que encaixa de forma irregular na seguinte. Repare agora na sombra que as folhas das árvores fazem no chão à medida que caminha. Veja como a leve brisa altera ligeiramente esse padrão de sombra. Olhe agora para o redor. Observe as esplanadas, as pessoas sentadas a almoçar. Concentre-se nos sons à sua volta. O ruído de fundo de uma conversa, interrompido amiúde por carros que vão passando na rua. Chegando à cortada do final da rua, vá à fonte que se encontra no lado direito da estrada. Para lá chegar, atravesse a passadeira. Caminhe com calma. Sinta a diferente textura com os seus pés, através da sola dos sapatos, entre o alcatrão e as listas brancas pintadas no chão. O chilrear dos pássaros proporciona uma melodia tranquila, apesar de estar na cidade. Tente vislumbrar um pássaro numa árvore. A forma como se move entre galhos. Na fonte, pressione o botão do bebedouro. Prove a água. Está fresca. Sinta a água a arrefecer-lhe o corpo de forma gradual. Sinta o seu trajeto desde a sua garganta até ao seu estômago. Abrace as sensações físicas do ambiente. Toque agora na pedra da fonte. Sinta a sua rugosidade. Ao lado, no jardim, toque a flor mais pequena. Sinta a textura suave de cada pétala. Sente-se na berma da fonte e observe o café em frente. Olhe para a disposição das cadeiras e na forma como as pessoas as ocupam. Observe as suas ações. Depois de aproveitar o tempo aí, beba novamente da água fresca da fonte e cumpra o caminho inverso para regressar a casa. Faça-o de forma mais lenta, com mais calma, mas com igual atenção aos detalhes a que prestou atenção até aqui, em sentido inverso. Regresse a sua casa e volte a sentir a textura do seu sofá.

Mais relaxado? Esperamos que sim. Tal como o Relaxamento Muscular Progressivo, **esta é uma competência que melhorará à medida que a utilizar mais vezes.** Esta técnica pode ser realizada em qualquer momento durante a noite, mas funciona particularmente bem depois de um exercício de Relaxamento Muscular Progressivo, durante a Regra dos 15 minutos.

É útil ter na sua imaginação uma biblioteca de lugares que possa utilizar. Tente escolher pelo menos cinco. Afinal, ir ao mesmo lugar imaginário todas as noites pode tornar-se monótono.

Esta foi a última das técnicas que tínhamos para lhe ensinar. A partir de agora, **tem nas suas mãos todas as ferramentas** e um plano orientado para poder combater a sua insónia de uma forma eficaz e, numa primeira abordagem, **sem ter de recorrer a fármacos.**

Juntar as peças e recapitular um dia

Chegou a altura de juntar todas as peças do seu tratamento e rever os fundamentos aprendidos nestas semanas. Esta secção do livro é dedicada a integrar todas as técnicas abordadas e saber como pode mantê-las ao longo do tempo. Embora seja a última semana do programa, é necessário manter o plano pelo tempo que for necessário para dormir bem e vencer a insónia!

É expectável que surjam obstáculos no caminho da superação da insónia. Aliás, conseguimos garantir que vai haver noites mal dormidas no futuro. Existem sempre fatores externos que não consegue controlar, que vão afetar o seu sono. Não se esqueça: **dormir mal algumas noites não significa que tenha insónia.** Uma pessoa que dorme bem não tem de dormir bem todos os dias ou sentir-se sempre no seu melhor no dia seguinte; **o melhor indicativo de que dorme bem é simplesmente não se preocupar excessivamente com isso.**

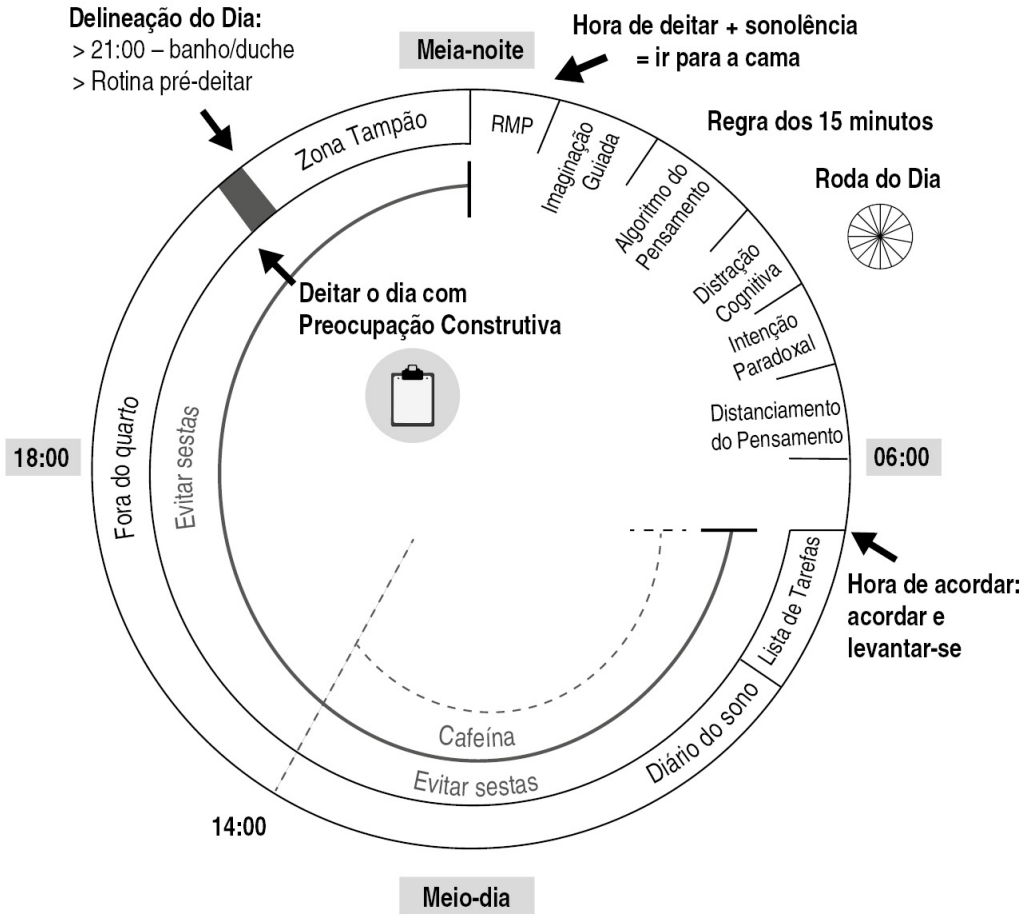


FIGURA 24
Recapitular o dia

Na Figura 24 pode ver a integração ao longo de 24 horas de todas as estratégias e técnicas que aprendeu nas últimas semanas. Lembre-se que nas próximas semanas os seus horários não permanecerão estáticos e irão mudar de acordo com o cálculo da sua Eficiência do Sono e seguindo as regras de Restrição/ /Compressão do Sono.

Acompanhe, com a Figura 24, o resumo do caminho feito ao longo destas semanas.

Na segunda semana falámos da importância de **ancorar o despertar**, de forma a acordar todos os dias mais ou menos à mesma hora – pode acordar mais cedo, mais tarde é que não. Depois de o despertador tocar, tem um

máximo de 15 minutos para sair da cama. Falámos também do **Controlo de Estímulos** e em como só deve usar o seu quarto para dormir, sexo ou mudar de roupa; falámos de guardar o combustível do sono e de **evitar sestas** durante o dia. Falámos na Higiene do Sono e na importância de parar **o consumo de cafeína às 14h**. Depois de acordar, e já fora do quarto, deve rever a sua **Lista de Tarefas** para o dia e preencher o seu **diário do sono**. Com a informação dos seus diários do sono, calculámos a sua **hora de deitar**, que é a hora mais precoce a que pode ir para a cama. Se chegando a essa hora não estiver com sono, já sabe, deve ir mais tarde para a cama, ou seja, **hora de deitar + sonolência = ir para a cama**. Antes disso, criámos a **Zona Tampão**, que deve ser de pelo menos 1 hora. No início da Zona Tampão deve tratar da sua **rotina pré-deitar** e pode tomar um **banho**. No resto do tempo da sua Zona Tampão, deve fazer atividades relaxantes e prazerosas. Tire 20 minutos antes da Zona Tampão e **deite o seu dia com Preocupação Construtiva**, incluindo a Lista de Tarefas para o dia seguinte.

Quando for para a cama, deve estar com sono, e não se esqueça da **Regra dos 15 minutos**. Continua a ser importante aplicá-la.

Se preferir, pode primeiro utilizar o **Relaxamento Muscular Progressivo (RMP)** e só depois usar a Regra dos 15 minutos. Durante estes 15 minutos pode tentar várias das técnicas que aprendeu nestas últimas sessões: a **Imaginação Guiada, o Algoritmo do Pensamento, a Intenção Paradoxal, a Distração Cognitiva ou o Distanciamento do Pensamento**

Se nada disto funcionar, deve sair da cama e ir fazer alguma atividade prazerosa até voltar a ter sono. Se se sentir ansioso em relação à forma como o seu sono irá impactar o dia seguinte, olhe para a sua **Roda do Dia**, para colocar as coisas em perspetiva, e faça um plano para o dia seguinte.

Algumas Exceções



- Evitar sestas não se aplica se estiver sonolento e precisar de conduzir, operar máquinas pesadas, cuidar de um bebé ou outras atividades que requeiram toda a sua atenção. A sua segurança e das pessoas à sua volta deve ser sempre a sua

prioridade. Por isso, faça uma avaliação de risco antes de qualquer uma destas atividades;
- Se termina o seu dia menos de duas horas antes da hora de deitar, evite o banho ou duche – faça apenas a sua rotina pré-deitar;
- Se trabalhar por turnos, as regras quanto à cafeína e as sestas podem ser diferentes. Fale com o seu médico assistente;
- O **Relaxamento Muscular Progressivo (RMP)** não está incluído na regra dos 15 minutos. Depois de completar o RMP, pode ficar mais 15 minutos acordado na cama antes de ter de se levantar.

Agora que lhe demos todas as ferramentas necessárias para que tenha sucesso no seu tratamento, é importante continuar o seu tratamento mesmo depois destas 4 semanas. **Não precisa de utilizar todas estas ferramentas todos os dias, mas é importante aprendê-las, para que, se for preciso, possa recorrer a elas.** Continue a implementar o que aprendeu neste livro de TCC-i e, com o tempo, o seu padrão de sono vai melhorar.

Durante estas semanas esteve a colher informação acerca do que funciona e do que não funciona consigo. Sabemos que as melhorias são progressivas e que, passados seis meses do início do programa, continuará a melhorar. Os benefícios não serão apenas relacionados com o sono, mas também com o humor, a produtividade, a concentração e a qualidade de vida no geral.

Algumas noites más podem acontecer, surgindo o medo de voltar à estaca zero. Quando isso acontecer, regresse ao livro, reveja o que aprendeu e verifique se existe alguma coisa que possa implementar. Se as técnicas resultaram no passado, também resultarão no futuro.

O seu sono provavelmente não vai melhorar de forma linear. Poderá mesmo haver momentos de agravamento. **Quando isso acontecer, não deixe de aplicar o que aprendeu e vai ver que conseguirá tratar a sua insónia.**

A figura 25 mostra uma progressão normal da melhoria da qualidade do sono para alguém a seguir os fundamentos da TCC-i. Como o gráfico de uma ação em bolsa ou do pico de forma de um atleta, mesmo que a tendência seja de constante melhoria, **o trajeto não é linear e é feito de avanços e recuos.** O que nos interessa aqui é a perspetiva de longo prazo: **o seu sono vai melhorar.**

Como disse Winston Churchill num ponto de viragem da Segunda Guerra Mundial: “Isto não é o fim. Não é sequer o início do fim. Mas é, talvez, o fim do início.” Tal como as tropas aliadas naquele momento histórico, este também é o fim do início do seu tratamento. Estarmos no fim do início mostra que já há caminho feito.

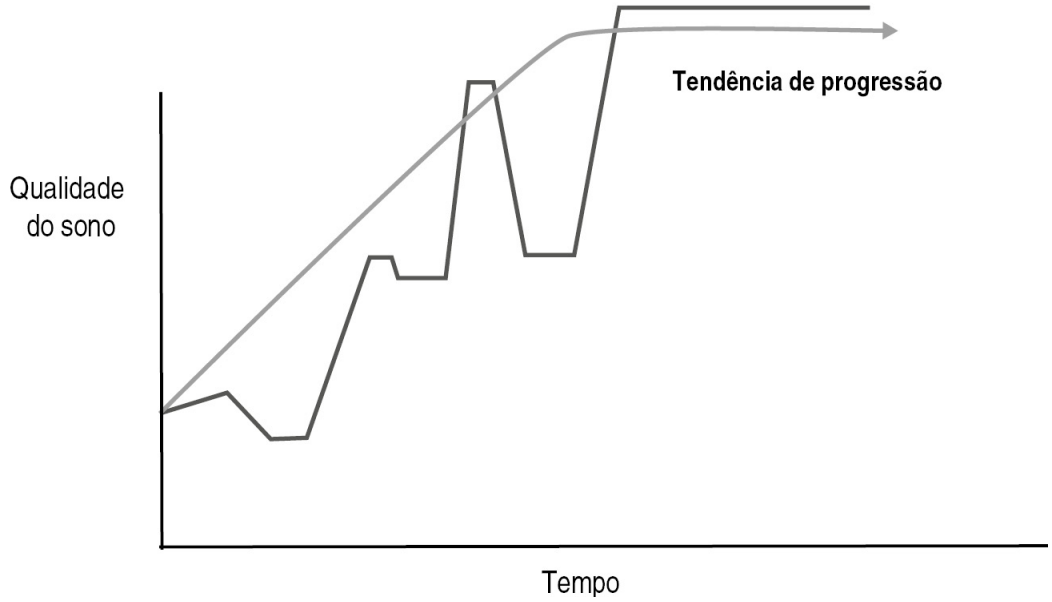


FIGURA 25
Progressão da sua qualidade de sono

A partir de agora, continuará esse caminho e chegará ao que pretendemos mostrar-lhe com este livro. Com as técnicas de que agora dispõe, esperamos que dormir se torne algo simples e natural. Instintivo e automático, como respirar ou o coração bater. Tanto que vai dar por si a pensar que, afinal, *dormir é fácil!*

REVISÃO DE CONHECIMENTO

1
. **Deve evitar fazer sestas durante o dia, de forma a guardar o seu combustível do sono para a noite. Qual destas situações pode ser considerada uma exceção?**

a) Acabou de fazer desporto e está muito cansado;
b) Dormiu muito mal no dia anterior;
c) Está com muito sono e tem previsto conduzir um percurso longo.

2
. **Em relação à Roda do Dia, escolha a hipótese verdadeira:**

a) Controlamos todos os fatores que influenciam o nosso dia;
b) Os aspetos que influenciam o nosso dia são todos incontroláveis;
c) O sono é uma ínfima parte dos aspetos que influenciam o dia.

3
. **Qual é o melhor indicativo de que dorme bem?**

a) Sente-se bem todos os dias;
b) Mesmo que durma mal ocasionalmente, não se preocupa demasiado com isso;
c) Acorda menos de 15 minutos a meio da noite.

Respostas aqui

DIÁRIO DO SONO – versão 1 – SEMANA 4

Nome: _____

(preencher depois de acordar)

Data							
1. A que horas foi para a cama?							
2. A que horas adormeceu?							
3. Demorou quanto tempo a adormecer?							
4. Tirando o despertar final, quantas vezes acordou ao longo da noite?							
5. No total, quanto tempo demoraram esses despertares?							
6a. A que horas teve o seu último despertar?							
6b. Depois do seu último despertar, quanto tempo passou na cama a tentar voltar a dormir?							
6c. Acordou mais cedo do que queria?	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N	☐ S ☐ N
6d. Se sim, quão mais cedo?							
7. A que horas saiu da cama?							
8. No total, dormiu quantas horas?							
9. No total, passou quantas horas na cama?							
10. Como classificaria a sua qualidade de sono?	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa
11. Quão descansado/a ou refrescado/a se sentiu quando acordou? (1 – Nada descansado/refrescado; 5 – Muito descansado/refrescado)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
12. Eficiência do Sono	ES da semana = _____ %	ES da semana = (total de minutos na cama a dormir na semana/total de minutos na cama na semana) x 100					

DIÁRIO DO SONO – versão 2 – SEMANA 4

Nome: _____

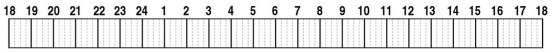
(preencher depois de acordar)

Instruções:

- Cada secção entre linhas contínuas equivale a uma hora, cada secção entre linhas tracejadas equivale a 15 minutos;
- A cinzento ou sombreado, deve preencher o tempo passado na cama acordado;
- A preto, ou de forma uniforme, deve preencher o tempo passado na cama a dormir.

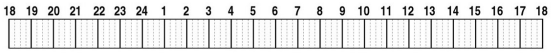
Dia 1

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



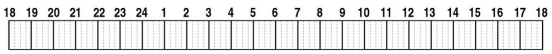
Dia 2

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



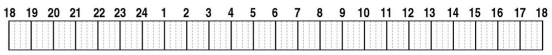
Dia 3

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



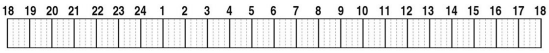
Dia 4

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



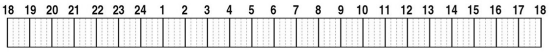
Dia 5

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



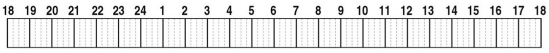
Dia 6

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



Dia 7

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



Eficiência do Sono da semana = $\dfrac{\text{Tempo total a dormir (mins.)}}{\text{Tempo na cama (mins.)}}$ x 100

Tempo total a dormir (mins.): Dia 1 + Dia 2 + Dia 3 + Dia 4 + Dia 5 + Dia 6 + Dia 7

Tempo na cama (mins.): Dia 1 + Dia 2 + Dia 3 + Dia 4 + Dia 5 + Dia 6 + Dia 7

ES da semana = ____ %

Progresso no seu plano de tratamento

Agora que completou as quatro semanas de tratamento e aplicou – ou deveria ter aplicado – as técnicas que lhe propusemos, gostaríamos que fizesse uma nova avaliação, semelhante à que efetuou antes de começar o tratamento. Esta avaliação ajudar-nos-á a compreender o impacto real que o nosso plano de tratamento teve na sua insónia.

Recordamos que os efeitos do tratamento podem manifestar-se de forma gradual. Assim, daqui a três meses, será importante voltar a preencher esta mesma escala para avaliar se ocorreu uma alteração no seu Índice de Gravidade de Insónia.

Como explicámos antes do tratamento, também temos como objetivo avaliar o impacto do livro no seu sono. Por isso, pedimos a sua colaboração para preencher um breve questionário, que demorará menos de 7 minutos. Para proceder, basta seguir o código QR que disponibilizamos abaixo:

ÍNDICE DE GRAVIDADE DE INSÓNIA (ISI)

Nome: Data: / /

Para cada questão apresentada, por favor, coloque um círculo no número que corresponde à sua resposta.

1. Qual a GRAVIDADE atual (últimas 2 semanas) do(s) seu(s) problema(s) de insónia?

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grave	Muito Grave
Dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
Dificuldade em manter-se a dormir	0	1	2	3	4
Acordo demasiado cedo, antes da hora habitual	0	1	2	3	4

2. Está satisfeito/insatisfeito com o seu padrão atual do sono?

Muito Satisfeito	Satisfeito	Neutro	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
0	1	2	3	4

3. Acha que o seu problema do sono interfere com o seu funcionamento diário (ex: fadiga diurna, capacidade para trabalhar, concentração, memória, humor, etc.)?

Não Interfere Nada	Pouco	Interfere Moderadamente	Muito	Interfere Muitíssimo
0	1	2	3	4

4. Acha que as outras pessoas notam o impacto que o seu problema do sono tem na sua qualidade de vida?

Não Notam Nada	Pouco	Notam Moderadamente	Muito	Notam Muitíssimo
0	1	2	3	4

5. Está preocupado com o seu atual problema do sono?

Nada Preocupado	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo Preocupado

0	1	2	3	4

© C. Morin (1993) – Versão original
© V. Clemente, (2007; 2013) – Versão autorizada para Portugal

O meu valor no Índice de Gravidade de Insónia pós-tratamento foi de

O meu valor no Índice de Gravidade de Insónia passados 3 meses do final do tratamento foi de

Pode relembrar como interpretar os resultados aqui**.**

Chave com respostas



Semana 1:

1 – c;
2 – b;
3 – c.

Semana 2:

1 – b;
2 – c;
3 – a.

Semana 3:

1 – b;
2 – a;
3 – a.

Semana 4:

1 – c;
2 – c;
3 – b.



POSFÁCIO

E a fechar…

Por **Hugh Selsick**[42]

Chegou ao fim do livro, mas a sua jornada para dormir melhor está apenas a começar. Há muitos anos que trato doentes com insónia na nossa clínica em Londres, e tive o privilégio de tratar milhares de pacientes com insónia, usando as técnicas que acabou de aprender. É claro que sei de toda a evidência científica que comprova o quão eficaz este tratamento realmente é, mas, por vezes, quando a investigação encontra o mundo real, as coisas nem sempre funcionam tão bem como em estudos rigorosamente controlados. Tenho o prazer de anunciar que não é o caso com a TCC-i, a terapia cognitivo-comportamental para a insónia!

Tenho testemunhado o efeito transformador desta terapia nos meus próprios doentes, pessoas reais com problemas da vida real, desafios e obstáculos a superar. Temos tratado com sucesso doentes de todos os meios, com diferentes culturas, religiões e etnias, desde adolescentes a nonagenários. Alguns têm insónia há apenas alguns meses, outros há muitas décadas; alguns tinham insónia esporadicamente e para outros era uma aflição diária. Muitos viviam com dor, depressão, cancro, traumatismos cranianos, uso indevido de substâncias tóxicas e muitas outras condições físicas ou psiquiátricas. As suas circunstâncias eram agravadas por problemas conjugais, vizinhos barulhentos, trabalho por turnos ou preocupações financeiras. No entanto, mesmo com todos esses desafios, eles conseguiram usar a TCC para a insónia e dormir melhor.

É um enorme prazer poder trabalhar com os nossos doentes ao longo deste processo, muitas vezes desafiador, mas gratificante, de melhorar o seu sono. E o que vemos consistentemente é que a maior parte das melhorias no sono e no funcionamento diurno ocorre três a seis meses após o término do

curso da TCC-i. Aprender as técnicas é apenas o primeiro passo. É na aplicação dessas técnicas ao longo dos meses que a terapia realmente acontece! Portanto, continue a aplicar as suas novas competências e decerto verá um progresso contínuo.

O caminho para o sucesso raramente é linear e haverá obstáculos e retrocessos ocasionais ao longo do percurso. Agora o leitor tem todo um conjunto de ferramentas para a vida, que não apenas tratarão a sua insónia, como também poderão melhorar o seu humor, reduzir a sua ansiedade e ajudá-lo a viver uma vida mais produtiva e plena. Na verdade, muitos dos nossos doentes encontram técnicas na TCC-i que continuam a usar muito depois da resolução da insónia, porque são aplicáveis a muitas outras áreas da vida.

Com este livro do André e do Henrique, o leitor deu os primeiros passos no caminho para dormir melhor e ter uma vida melhor.

Parabéns por chegar até aqui e boa sorte na jornada que tem pela frente.

---

[42] Psiquiatra e especialista em Medicina do Sono com 30 anos de experiência, fundou e dirige a Insomnia and Behavioural Sleep Medicine Clinic nos University College London Hospitals (UCLH), trabalhou mais de uma década no Sleep Disorders Centre, em Guy's & St Thomas' Hospitals, e presidiu a secção de Medicina do Sono da Royal Society of Medicine entre 2019 e 2021.



APÊNDICES

APÊNDICE A

Perguntas frequentes

1. Por quanto tempo devo manter o meu diário de sono? Deve manter o seu diário de sono pelo maior tempo possível. O objetivo seria mantê-lo até se sentir recuperado e com uma quantidade de sono suficiente para se sentir revigorado no dia seguinte na maior parte dos dias. Ou, o que poderá ser ainda mais importante, mantenha-o até não se sentir tão preocupado com o seu sono. Rever caixa aqui. Se necessário fotocopie diários do sono para poder continuar a preenchê-los – deixamos mais uns exemplares no Apêndice F com esse propósito.

2. Durante quanto tempo devo aplicar as regras de Restrição ou Compressão do Sono? Deve aplicar até sentir que obtém as horas certas de sono para que consiga dormir sem despertares e sem demorar muito tempo a adormecer. Obviamente é algo extremamente subjetivo e irá ser diferente de pessoa para pessoa. Se tudo correr bem, irá sentir que o seu sono melhorou muito e dorme bem na maior parte dos dias se não existirem influências externas.

3. Estou a tomar medicação para dormir. Preciso de parar antes de começar este tratamento? As medidas de Compressão ou Restrição do Sono podem facilitar a paragem de medicação. No fundo, através de uma mudança de comportamentos também está a aumentar a sua sonolência quando vai para a cama e isso pode facilitar uma paragem da medicação. Bastante melhor que parar a medicação de um dia para outro e esperar que o sono melhore magicamente. No entanto, apesar disso, não recomendamos

que pare medicação sem falar com o seu médico assistente. Muitas vezes existem outras razões para fazer medicação para dormir, não apenas com esse objetivo, mas como tratamento de outros problemas, e por isso por vezes a sua paragem pode ter consequências negativas.

4. Se eu acordar antes da minha hora de acordar, mas ficar na cama até essa hora, devo registar esse tempo como tempo acordado no diário do sono? Sim e pode ser sinal que está a passar demasiado tempo na cama. Por exemplo, se a sua hora de acordar é às 7h00, mas está a acordar sem despertador consistentemente às 4h00 é provável que necessite diminuir o tempo passado na cama.

5. Devo registar o tempo passado fora do quarto enquanto pratico a Regra dos 15 minutos como tempo acordado na cama? Sim, pois no diário do sono queremos registar o tempo que está a passar acordado durante a noite entre o momento em que vai para a cama e a hora de levantar. Se apenas contar o tempo acordado efetivamente na cama, a sua Eficiência do Sono parecerá perfeita, mesmo que tenha que fazer a Regra dos 15 minutos várias vezes ao longo dessa noite.

6. Sinto que não vou dormir de todo se aplicar a Regra dos 15 minutos. O objetivo da Regra dos 15 minutos não é dormir melhor na noite em que a faz. Provavelmente, até dormirá pior em várias noites do que se não a tivesse feito. O objetivo é quebrar a associação da cama/quarto com ansiedade, frustração e vigília. Isso compensará em aproximadamente cinco semanas, por isso, a paciência é fundamental. Este será um sacrifício muito curto para um ganho a longo prazo.

7. O único descanso que tenho é ao fim-de-semana, quando durmo até mais tarde; posso praticar a ancoragem do despertar apenas nos cinco dias úteis da semana? Infelizmente, ao alterar a sua hora de acordar por várias horas, mesmo que em um ou dois dias por semana, está a descalibrar a regularidade da sua pressão de sono e a agravar a insónia a longo prazo.

Com uma ancoragem do despertar consistente, pode esperar melhorar o seu sono de forma duradoura e sentir-se descansado todos os dias, não apenas aos fins-de-semana.

8. Posso quebrar algumas regras do tratamento? Será que alguma vez vou poder ler na cama ou ficar um pouco mais de tempo na cama aos fins-de-semana? Claro! Mas apenas no futuro. Quando tiver tratado a sua insónia e estiver a dormir bem, pode tentar quebrar algumas regras aprendidas ao longo do tratamento. O importante, quando o fizer, é que o seja de forma sequencial, uma por uma, e gradual, para que, se em algum momento perceber que está a dormir pior do que antes, consiga identificar o passo culpado rapidamente. Se isso acontecer, deu um passo maior do que devia e deve retomar a regra do sono que tentou parar.

APÊNDICE B

Vamos falar sobre medicação

O nosso livro assenta num princípio bastante claro em relação ao tratamento da insónia – **todas as *guidelines* recomendam a TCC-i numa primeira abordagem**. A dificuldade de acesso a esta terapia, bem como ideias erradas acerca do sono e tratamento de insónia, fazem com que provavelmente existam mais prescrições de medicação para dormir do que deveriam existir. **Isto não quer dizer que a medicação não possa ter um papel importante no tratamento da insónia.** Mesmo nós, que, como pode comprovar, acabámos de escrever um livro inteiro sobre como deve preferir a TCC-i à medicação, também prescrevemos hipnóticos aos nossos doentes. Só não deve ser a primeira abordagem. Deve ser considerada quando não é possível ter acesso à TCC-i ou quando já tentou a TCC-i e o tratamento não foi totalmente eficaz.

Não somos fundamentalmente contra a abordagem farmacológica. A nossa visão é simples. **Existe maior evidência científica da eficácia da TCC-i para a insónia crónica do que da medicação.** É uma questão prática clínica e não uma questão de princípio. A situação é um pouco diferente quando falamos da insónia aguda ou de curta duração. **Tomar um comprimido para dormir durante algumas noites, algumas semanas, ou mesmo esporadicamente, pode ser útil para melhorar o sono a curto prazo.** No entanto, não existe qualquer *guideline* moderna que recomende tomar medicação para dormir durante meses ou anos.

Nas recentes recomendações da *European Sleep Research Society* (ESRS) para o tratamento do adulto com Insónia Crónica, publicadas em 2023[43], é dito claramente que **a TCC-i deve ser recomendada como primeira linha de tratamento em adultos de qualquer idade.**

Como segunda linha, se a TCC-i for ineficaz ou não se encontrar disponível, podem ser consideradas intervenções farmacológicas. A ESRS recomenda apenas a utilização de benzodiazepinas (alprazolam, diazepam, lorazepam, etc) agonistas do receptor de benzodiazepina (zolpidem) e antidepressivos sedativos em baixas doses (por exemplo, a trazodona) durante períodos inferiores a quatro semanas. No entanto, é admitida a exceção de um tratamento mais longo em alguns casos, depois de uma análise cuidadosa das suas vantagens e desvantagens. No caso das benzodiazepinas (os calmantes) e dos agonistas do recetor da benzodiazepina (dos quais, em Portugal, apenas temos o zolpidem), devem ser tomadas precauções para evitar o desenvolvimento de tolerância e dependência. Melatonina de libertação prolongada pode ser considerada em doentes com mais de 55 anos até três meses de tratamento. Também novos fármacos da classe dos antagonistas do receptor da orexina, que irão provavelmente surgir no mercado português num futuro próximo, só têm recomendação para tratamentos até três meses, sendo que o tratamento a longo prazo pode ser considerado caso a caso. **Anti-histamínicos, antipsicóticos, melatonina de libertação imediata, ramelteon e fitoterápicos não são recomendados para o tratamento da insónia, seja por falta de eficácia ou por efeitos secundários.**

No fundo, existem muitos fármacos para gerir a insónia, mas, como já deve ter percebido, ainda não tivemos avanços suficientes nesta área para que possamos recomendar como primeira linha um tratamento farmacológico. Não nos interprete mal: não estamos a afirmar que um comprimido para dormir não lhe vai dar sono. Provavelmente até vai dormir, no entanto, seria falso dizer que está a ter um sono natural. As benzodiazepinas, por exemplo, promovem um sono mais superficial, com menos sono profundo e REM. Além disso, podem estar associadas a diversos efeitos secundários indesejados, incluindo sonolência no dia seguinte, mais esquecimentos e tempos de reação mais lentos. Mais importante do que isso, não tratam a causa subjacente da insónia – fornecem apenas um penso rápido, que, na melhor das hipóteses, mantém as coisas sob controlo a curto prazo. **Se estes medicamentos forem tomados durante mais de algumas semanas, pode desenvolver-se tolerância, o que significa que precisamos de quantidades cada vez maiores para obter o mesmo efeito.** Também pode resultar em dependência, com

possíveis sintomas desagradáveis de abstinência quando esses medicamentos forem eventualmente interrompidos. *Acredite que para nós seria muito mais simples se houvesse um comprimido para dormir que resolvesse totalmente o problema. Infelizmente ainda não estamos nesse ponto.*

Dito isto, **se está a tomar medicação para a insónia e decidiu que quer parar de tomar comprimidos para dormir, deve consultar o seu médico.** Queremos enfatizar este ponto por duas razões. Primeiro, o seu médico conhece-o bem e está mais qualificado para dar conselhos sobre a gestão da sua medicação. Segundo, os comentários que fazemos aqui são apenas de natureza geral. Não são personalizados para atender às suas necessidades individuais específicas. **Este apêndice não pode ser visto como uma alternativa à consulta médica.**

---

[43]. Riemann D, et al. “The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023”, *Journal of sleep research*, 32.6 (2023): e14035

APÊNDICE C

Questionários complementares

Escala de Sonolência Epworth

Instruções: Indique com uma “cruz” (X) qual a probabilidade de dormitar (passar pelas brasas) ou de adormecer – e não apenas sentir-se cansado/a – nas seguintes situações. Este questionário refere-se ao seu modo de vida habitual nos últimos tempos. Mesmo que não tenha feito algumas destas coisas ultimamente, tente imaginar como é que elas o/a afetariam.

Situação	Nenhuma 0	Ligeira 1	Moderada 2	Forte 3
1. Sentado(a) a ler				
2. A ver televisão				
3. Sentado(a) inativo(a) num lugar público (por exemplo, sala de espera, cinema ou reunião)				
4. Como passageiro num carro durante uma hora, sem paragem				
5. Deitado(a) a descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem				
6. Sentado(a) a conversar com alguém				
7. Sentado(a) calmamente depois de um almoço sem ter bebido álcool				
8. Ao volante, parado(a) no trânsito durante uns minutos				

A pontuação máxima é de 24.
Uma pontuação ≥10 significa sonolência diurna excessiva (hipersonolência).

Referências:

© 1991, Sleep Disorders Unit, Epworth Hospital, Melbourne, Victoria, Australia, by Marray W. Johns, Ph.D.
Versão Portuguesa 2001. Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), Laboratório de Estudos de Patologia do Sono (LEPS) do Centro Hospitalar de Coimbra DGS (www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/lista/instrumentos/ess_pt_c.pdf).
Orientação n° 022/2014 atualizada a 28/11/2016
Johns, Murray W. “A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale.” Sleep 14.6 (1991): 540-545
Sargento, Paulo, et al. “The Epworth Sleepiness Scale in Portuguese adults: from classical measurement theory to Rasch model analysis.” Sleep and Breathing 19 (2015): 693-701

Questionário reduzido do carácter matutino-noctívago
(reduced Morningness-Eveningness Questionnaire – rMEQ).

1. Aproximadamente a que horas se levantaria se fosse inteiramente livre para planear o seu dia?
• [5] 5:00 – 6:30 ☐
• [4] 6:30 – 7:45 ☐
• [3] 7:45 – 9:45 ☐
• [2] 9:45 – 11:00 ☐
• [1] 11:00 – 12:00 ☐
2. Durante a primeira meia hora após acordar de manhã, como se sente?
• [1] Muito cansado ☐
• [2] Algo cansado ☐
• [3] Algo revigorado ☐
• [4] Muito revigorado ☐
3. Aproximadamente a que horas da noite se sente cansado, e, como consequência, a precisar de dormir?
• [5] 20:00 – 21:00 ☐
• [4] 21:00 – 22:15 ☐
• [3] 22:15 – 00:45 ☐
• [2] 00:45 – 2:00 ☐
• [1] 2:00 – 3:00 ☐
4. Aproximadamente a que horas do dia se costuma sentir no seu melhor?
• [5] 5:00 – 8:00 ☐

• [4] 8:00 – 10:00 ☐
• [3] 10:00 – 17:00 ☐
• [2] 17:00 – 22:00 ☐
• [1] 22:00 – 5:00 ☐
5. É comum ouvirmos falar de tipos de pessoas “noctívagas” e “matutinas”. Qual dos seguintes tipos se considera?
• [6] Definitivamente uma pessoa “matinal”. ☐
• [4] Mais uma pessoa “matinal” do que “noctívaga”. ☐
• [2] Mais uma pessoa “noctívaga” do que “matinal”. ☐
• [0] Definitivamente uma pessoa “noctívaga”. ☐

A minha pontuação:

Cotação/interpretação:
Os scores no rMEQ podem variar entre 4 e 25, num contínuo entre baixa e elevada morningness (matutinidade), categorizado em três grupos: 4–11 como evening-type (notívago); 12–17 como neutral-type (neutro); e 18–25 como morning-type (matutino). Cada resposta tem um score associado que está assinalado entre parêntesis retos.

Referências:

Adan, A., & Almirall, H. (1991). Horne & Östberg morningness-eveningness questionnaire: A reduced scale. Personality and Individual Differences 12(3), 241-253
Loureiro, Filipe, & Teresa Garcia-Marques. “Morning or evening person? Which type are you? Self-assessment of chronotype.” Personality and Individual Differences 86 (2015): 168-171

APÊNDICE D

Tabela de conversão de horas em minutos

Horas : Min	Mins	Horas : Min	Mins	Horas : Min	Mins
1:00	**60**	**6:00**	**360**	**11:00**	**660**
1:10	70	6:10	370	11:10	670
1:20	80	6:20	380	11:20	6680
1:30	90	6:30	390	11:30	690
1:40	100	6:40	400	11:40	700
1:50	110	6:50	410	11:50	710
2:00	**120**	**7:00**	**420**	**12:00**	**720**
2:10	130	7:10	430	12:10	730
2:20	140	7:20	440	12:20	740
2:30	150	7:30	450	12:30	750
2:40	160	7:40	460	12:40	760
2:50	170	7:50	470	12:50	770
3:00	**180**	**8:00**	**480**	**13:00**	**780**
3:10	190	8:10	490	13:10	790
3:20	200	8:20	500	13:20	800
3:30	210	8:30	510	13:30	810
3:40	220	8:40	520	13:40	820
3:50	230	8:50	530	13:50	830
4:00	**240**	**9:00**	**540**	**14:00**	**840**
4:10	250	9:10	550	14:10	850
4:20	260	9:20	560	14:20	860
4:30	270	9:30	570	14:30	870
4:40	280	9:40	580	14:40	880
4:50	290	9:50	590	14:50	890

5:00	**300**	**10:00**	**600**	**15:00**	**900**
5:10	310	10:10	610		
5:20	320	10:20	620		
5:30	330	10:30	630		
5:40	340	10:40	640		
5:50	350	10:50	650		

APÊNDICE E

Decidir a hora de deitar e acordar

Hora de acordar	Hora de deitar																				
	3:00	2:45	2:30	2:15	2:00	1:45	1:30	1:15	1:00	00:45	00:30	00:15	00:00	23:45	23:30	23:15	23:00	22:45	22:30	22:15	22:00
8:45	5:45	6:00	6:15	6:30	6:45	7:00	7:15	7:30	7:45	8:00	8:15	8:30	8:45	9:00	9:15	9:30	9:45	10:00	10:15	10:30	10:45
8:30	5:30	5:45	6:00	6:15	6:30	6:45	7:00	7:15	7:30	7:45	8:00	8:15	8:30	8:45	9:00	9:15	9:30	9:45	10:00	10:15	10:30
8:15	5:15	5:30	5:45	6:00	6:15	6:30	6:45	7:00	7:15	7:30	7:45	8:00	8:15	8:30	8:45	9:00	9:15	9:30	9:45	10:00	10:15
8:00	5:00	5:15	5:30	5:45	6:00	6:15	6:30	6:45	7:00	7:15	7:30	7:45	8:00	8:15	8:30	8:45	9:00	9:15	9:30	9:45	10:00
7:45		5:00	5:15	5:30	5:45	6:00	6:15	6:30	6:45	7:00	7:15	7:30	7:45	8:00	8:15	8:30	8:45	9:00	9:15	9:30	9:45
7:30			5:00	5:15	5:30	5:45	6:00	6:15	6:30	6:45	7:00	7:15	7:30	7:45	8:00	8:15	8:30	8:45	9:00	9:15	9:30
7:15				5:00	5:15	5:30	5:45	6:00	6:15	6:30	6:45	7:00	7:15	7:30	7:45	8:00	8:15	8:30	8:45	9:00	9:15
7:00					5:00	5:15	5:30	5:45	6:00	6:15	6:30	6:45	7:00	7:15	7:30	7:45	8:00	8:15	8:30	8:45	9:00
6:45						5:00	5:15	5:30	5:45	6:00	6:15	6:30	6:45	7:00	7:15	7:30	7:45	8:00	8:15	8:30	8:45
6:30							5:00	5:15	5:30	5:45	6:00	6:15	6:30	6:45	7:00	7:15	7:30	7:45	8:00	8:15	8:30
6:15								5:00	5:15	5:30	5:45	6:00	6:15	6:30	6:45	7:00	7:15	7:30	7:45	8:00	8:15
6:00									5:00	5:15	5:30	5:45	6:00	6:15	6:30	6:45	7:00	7:15	7:30	7:45	8:00
5:45										5:00	5:15	5:30	5:45	6:00	6:15	6:30	6:45	7:00	7:15	7:30	7:45
5:30											5:00	5:15	5:30	5:45	6:00	6:15	6:30	6:45	7:00	7:15	7:30
5:15												5:00	5:15	5:30	5:45	6:00	6:15	6:30	6:45	7:00	7:15
5:00													5:00	5:15	5:30	5:45	6:00	6:15	6:30	6:45	7:00
4:45														5:00	5:15	5:30	5:45	6:00	6:15	6:30	6:45
4:30															5:00	5:15	5:30	5:45	6:00	6:45	6:30

APÊNDICE F



Diários do sono extras

DIÁRIO DO SONO – versão 1

Nome: _____

(preencher depois de acordar)

Data							
1. A que horas foi para a cama?							
2. A que horas adormeceu?							
3. Demorou quanto tempo a adormecer?							
4. Tirando o despertar final, quantas vezes acordou ao longo da noite?							
5. No total, quanto tempo demoraram esses despertares?							
6a. A que horas teve o seu último despertar?							
6b. Depois do seu último despertar, quanto tempo passou na cama a tentar voltar a dormir?							
6c. Acordou mais cedo do que queria?	S N	S N	S N	S N	S N	S N	S N
6d. Se sim, quão mais cedo?							
7. A que horas saiu da cama?							
8. No total, dormiu quantas horas?							
9. No total, passou quantas horas na cama?							
10. Como classificaria a sua qualidade de sono?	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	☐ Muito má ☐ Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa
11. Quão descansado/a ou refrescado/a se sentiu quando acordou? (1 – Nada descansado/refrescado; 5 – Muito descansado/refrescado)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
12. Eficiência do Sono	ES da semana = _____ %	ES da semana = (total de minutos na cama a dormir na semana/total de minutos na cama na semana) x 100					

DIÁRIO DO SONO – versão 2

Nome:_____

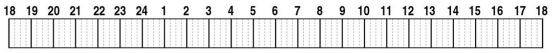
(preencher depois de acordar)

Instruções:

- Cada secção entre linhas contínuas equivale a uma hora, cada secção entre linhas tracejadas equivale a 15 minutos;
- A cinzento ou sombreado, deve preencher o tempo passado na cama acordado;
- A preto, ou de forma uniforme, deve preencher o tempo passado na cama a dormir.

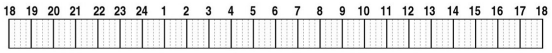
Dia 1

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



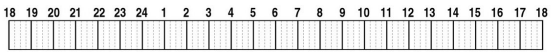
Dia 2

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



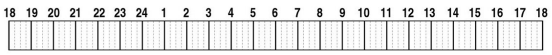
Dia 3

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



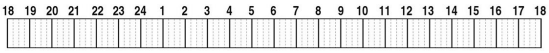
Dia 4

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



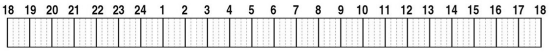
Dia 5

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



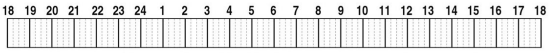
Dia 6

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



Dia 7

Data: Tempo na cama: Tempo a dormir:



Tempo total a dormir (mins.)

Eficiência do Sono da semana = (Dia 1 + Dia 2 + Dia 3 + Dia 4 + Dia 5 + Dia 6 + Dia 7) / (Dia 1 + Dia 2 + Dia 3 + Dia 4 + Dia 5 + Dia 6 + Dia 7) x 100

Tempo na cama (mins.)

ES da semana = ____ %

Contents

1. Ficha Técnica
2. PREFÁCIO de Daniel Sampaio: Um livro oportuno
3. INTRODUÇÃO
4. PARTE 1 – COMPREENDER O SONO E A INSÓNIA
    1. Teste o seu conhecimento
    2. Sono
    3. Insónia
    4. Respostas ao teste
5. PARTE 2 – AVALIE O SEU SONO
    1. E porque nem tudo é insónia…
    2. Avalie a sua insónia
    3. Diário do sono
6. PARTE 3 – COMECE O SEU TRATAMENTO
    1. Porquê a TCC-i?
    2. O seu plano de tratamento
    3. SEMANA 1 – A higiene do sono e mudança de comportamentos
    4. SEMANA 2 – Defina o seu horário e aprenda a relaxar
    5. SEMANA 3 – Acalme a sua mente
    6. SEMANA 4 – A roda, a imaginação e o resumo
    7. Progresso no seu plano de tratamento
7. POSFÁCIO de Hugh Selsick: E a fechar...
8. APÊNDICES
    1. APÊNDICE A Perguntas frequentes
    2. APÊNDICE B Vamos falar sobre medicação
    3. APÊNDICE C Questionários complementares
    4. APÊNDICE D Tabela de conversão de horas em minutos
    5. APÊNDICE E Decidir a hora de deitar e acordar
    6. APÊNDICE F

Landmarks

1. Cover
2. Title-Page

3. Table of Contents
4. Preface