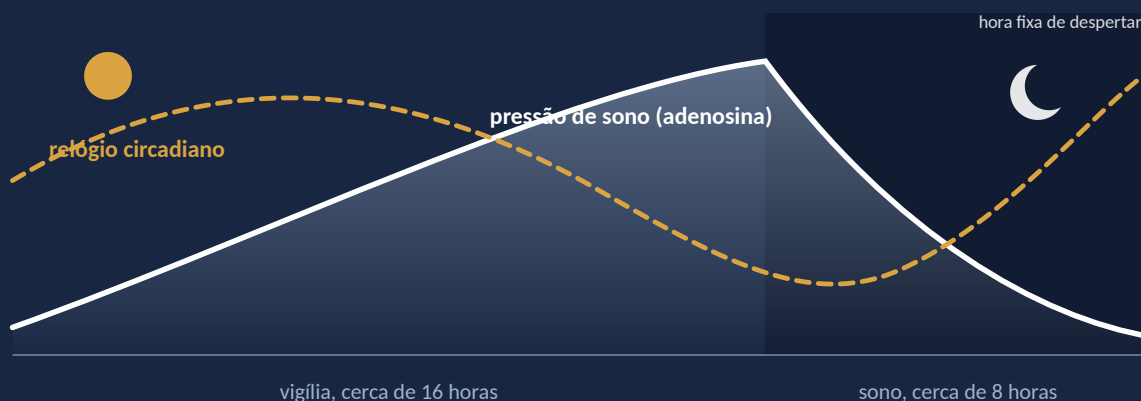


Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia

O tratamento de primeira linha para insônia crônica: como funciona, por que funciona e como aplicá-lo passo a passo, a partir dos mecanismos neurofisiológicos do sono.



O que é insônia crônica, e por que o remédio não é a resposta de longo prazo

Insônia não é apenas "dormir mal". É um diagnóstico clínico com critérios definidos, e a distinção entre uma noite ruim e um transtorno instalado muda completamente o tratamento.

Critérios diagnósticos

De acordo com a Classificação Internacional dos Transtornos do Sono (ICSD-3) e o DSM-5, fala-se em **insônia crônica** quando há dificuldade para iniciar o sono, para mantê-lo (despertares frequentes) ou despertar precoce sem conseguir voltar a dormir — apesar de oportunidade e ambiente adequados —, com **prejuízo diurno** (fadiga, irritabilidade, queda de atenção e memória, preocupação com o sono), em **pelo menos três noites por semana, por três meses ou mais**.

Abaixo de três meses, trata-se de insônia aguda ou de curta duração, em geral reativa a um evento identificável. O problema começa quando ela não vai embora com o evento.

Por que a TCC-I é a primeira linha

As principais diretrizes internacionais são convergentes: a **Academia Americana de Medicina do Sono (AASM, 2021)**, o **Colégio Americano de Médicos (ACP, 2016)** e a **Diretriz Europeia de Insônia (2023)** recomendam a TCC-I como tratamento inicial da insônia crônica em adultos, antes de qualquer hipnótico.

O que os ensaios clínicos mostram

- Cerca de **70 a 80%** dos pacientes apresentam melhora clinicamente relevante; aproximadamente metade atinge remissão.
- Redução média de **20 a 30 minutos** na latência para adormecer e no tempo acordado durante a noite.
- Eficácia semelhante à dos hipnóticos nas primeiras semanas, mas **superior a partir de 6 a 12 meses**, porque o ganho persiste após o fim do tratamento.
- Melhora concomitante de sintomas depressivos, ansiosos e de dor crônica.

Os medicamentos (zolpidem, benzodiazepínicos, antidepressivos sedativos) têm lugar em situações específicas e por tempo limitado. O que eles não fazem é **corrigir os mecanismos que perpetuam a insônia**, e é exatamente isso que a TCC-I faz.

O que a TCC-I não é

Não é "higiene do sono". Higiene do sono é coadjuvante; sozinha não trata insônia crônica, e a maioria dos pacientes já a pratica quando chega ao consultório. A TCC-I é um protocolo estruturado, de quatro a oito semanas, que combina intervenções comportamentais de alta exigência de adesão com a reestruturação das crenças sobre o sono.

Quanto sono é "normal"?

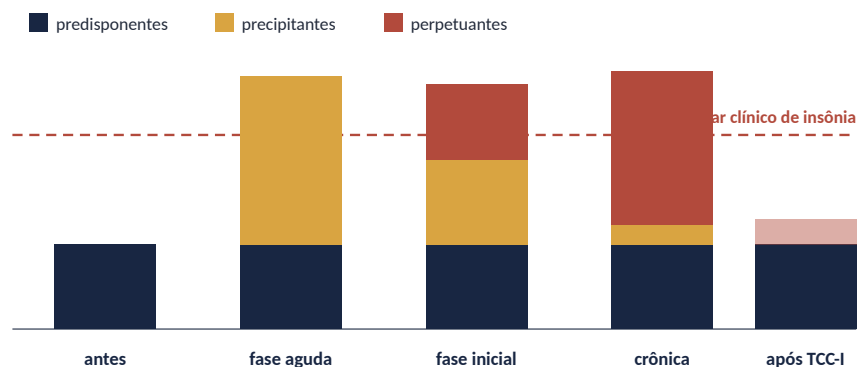
A necessidade individual varia entre cerca de 6 e 9 horas em adultos e diminui discretamente com a idade. O critério relevante não é um número, mas o funcionamento diurno. Muitos pacientes perseguem 8 horas "obrigatórias" de que jamais precisaram, e essa perseguição alimenta o problema.

Prevalência

Sintomas de insônia atingem cerca de um terço dos adultos; o transtorno completo, por critérios diagnósticos, cerca de 10%. É a queixa de sono mais comum em consultório.

Como uma noite ruim vira um transtorno: o modelo dos três fatores

O modelo de Spielman (1987) descreve a insônia como a soma de três camadas. Ele mostra por que a insônia persiste depois que a causa desapareceu, e onde a TCC-I atua.



Predisponentes

Traços que aumentam a vulnerabilidade: hiperexcitabilidade fisiológica, tendência à ruminação e ao perfeccionismo, história familiar, sexo feminino, idade avançada, cronotipo extremo. Não causam insônia por si; deixam a pessoa mais perto do limiar.

Precipitantes

O gatilho: luto, separação, doença, dor aguda, mudança de emprego, viagem, um período de plantões. Quase sempre identificável. Explica o *início*, mas raramente explica por que a insônia *continua* meses depois de o gatilho ter sido resolvido.

Perpetuantes

O que a pessoa faz para lidar com o sono ruim e que, paradoxalmente, o mantém: ir para a cama mais cedo, ficar na cama até mais tarde, cochilar, cancelar compromissos, tomar bebida alcoólica para dormir, checar o relógio e, sobretudo, o **medo de não dormir**. É a única camada totalmente modificável, e é sobre ela que a TCC-I trabalha.

O ciclo que se fecha

Passar mais tempo na cama para "recuperar" o sono dilui a pressão homeostática e fragmenta o sono. O sono fragmentado gera mais preocupação; a preocupação eleva o alerta fisiológico; a cama, que deveria ser sinal condicionado de sono, passa a ser sinal condicionado de vigília, frustração e ansiedade. É por isso que tanta gente adormece no sofá e desperta ao deitar na própria cama.

2

Como a insônia se instala

Figura 1

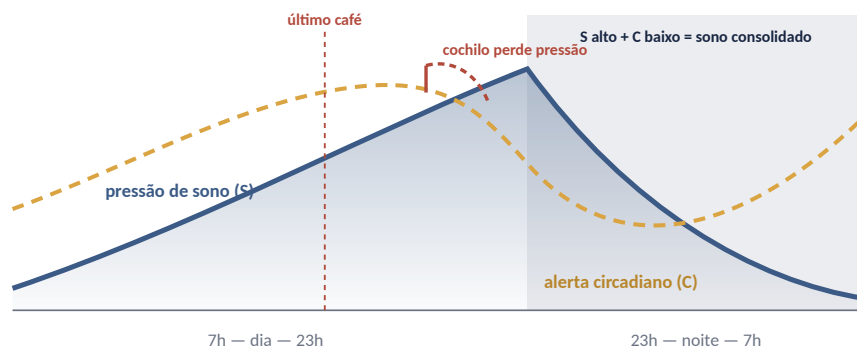
Modelo dos três fatores. O precipitante (âmbar) se dissipa com o tempo; os comportamentos e crenças adotados para compensar o sono ruim (vermelho) crescem e mantêm a insônia acima do limiar. A TCC-I remove essa terceira camada.

Por que isso importa

Se você procura "a causa" da sua insônia e não encontra, provavelmente é porque ela já foi embora. O que resta é o sistema de manutenção, e ele não se desfaz sozinho.

Os dois motores do sono: pressão homeostática e relógio circadiano

Toda a lógica da TCC-I deriva do modelo de dois processos de Borbély. Entender os dois motores transforma as regras do protocolo, aparentemente arbitrárias, em decisões racionais.



Processo S, a pressão homeostática

Enquanto você está acordado, o metabolismo neuronal acumula **adenosina** no espaço extracelular, sobretudo no prosencéfalo basal. A adenosina inibe os circuitos promotores de vigília e é o substrato bioquímico da "vontade de dormir". Quanto mais horas acordado, maior a pressão; durante o sono, ela é depurada.

- A **cafeína** é um antagonista dos receptores de adenosina: não remove a pressão, apenas a mascara. Sua meia-vida é de 5 a 6 horas; metade do café das 16h ainda está ativa às 22h.
- Um **cochilo** de 30 minutos à tarde gasta pressão que faria falta à noite.
- **Tempo demais na cama** dilui a pressão em uma janela longa demais: sono raso e fragmentado.

Processo C, o relógio circadiano

O núcleo supraquiasmático do hipotálamo gera um ritmo próximo de 24 horas e o sincroniza com o ambiente por meio da **luz** captada pelas células ganglionares da retina. Ele determina o horário de secreção de melatonina, a queda da temperatura central e o pico de alerta.

- O sincronizador mais potente é a **luz da manhã**: exposição nos primeiros 30 a 60 minutos após despertar ancora o relógio.
- **Luz à noite** (telas, ambientes muito iluminados) atrasa a melatonina e empurra o relógio para mais tarde.
- O relógio se ancora pela **hora de despertar**, não pela hora de deitar. Por isso a TCC-I fixa o despertar de forma inegociável, inclusive nos fins de semana.

Figura 2

Modelo de dois processos. A pressão de sono (S) acumula durante a vigília e é dissipada durante o sono; o alerta circadiano (C) oscila em 24 horas independentemente de quanto se dormiu. O sono é consolidado quando S está alto e C está baixo, condição destruída por cochilos, cafeína tardia e horários irregulares.

Cafeína escondida

Chá preto, mate, refrigerantes de cola, energéticos, chocolate amargo e alguns analgésicos combinados contêm cafeína em quantidade suficiente para atrasar o sono.

A regra derivada

Se o relógio se ancora pelo despertar, dormir até mais tarde no sábado equivale a uma viagem de dois fusos para oeste — e a segunda-feira cobra o "jet lag social".

Exemplo

Deita às 23h, levanta às 7h (8 h na cama), mas estima ter dormido 5 h 30: ES = 69%. Janela inicial de 6 h, por exemplo, da 1h às 7h.

Sonolência nas duas primeiras semanas

É esperada e é o sinal de que a pressão homeostática está sendo reconstruída. Atenção redobrada ao dirigir e operar máquinas nesse período. Ela cede à medida que o sono se consolida.

Figura 3

Compressão da janela. A janela é encurtada até que o sono a preencha quase por completo (ES acima de 85%) e só então é ampliada, 15 minutos por semana, sempre pela hora de deitar. Em quatro semanas, o tempo real de sono aumentou, apesar de a pessoa passar menos tempo na cama.

Restrição de sono: menos tempo na cama para dormir mais

É o componente mais contraintuitivo e, isoladamente, o mais eficaz. O objetivo é reconcentrar o sono em uma janela curta, elevar a pressão homeostática e reconstruir a eficiência do sono antes de expandir gradualmente o tempo na cama.

Como calcular a janela inicial

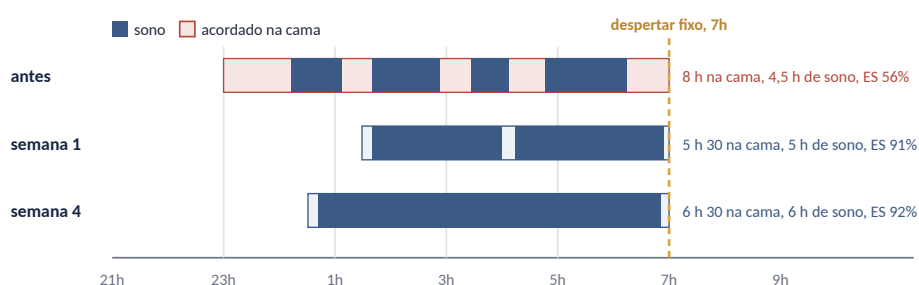
- 1 **Registre um diário de sono** por uma a duas semanas (modelo na página 9) antes de começar. Sem diário não há protocolo.
- 2 Calcule o **tempo total de sono (TTS)** médio das noites registradas. A estimativa subjetiva é suficiente.
- 3 Defina a **janela de sono**: TTS médio mais 30 minutos, **nunca inferior a 5 h 30**, ancorada em uma hora fixa de despertar.
- 4 Fora da janela, **não se deita**. Nem antes, nem depois, nem para cochilar.

Regra de ajuste semanal

ES média da semana	Ajuste da janela
85 a 90% ou mais	Ampliar 15 minutos (deitar mais cedo)
80 a 85%	Manter a janela
Abaixo de 80%	Reduzir 15 minutos, respeitando o mínimo

O ajuste é sempre feito na **hora de deitar**; a hora de despertar permanece fixa durante todo o protocolo. Em quatro a oito semanas a janela converge para a necessidade real de sono da pessoa, que raramente é o número que ela imaginava.

Eficiência do sono (ES) = $TTS \div \text{tempo na cama} \times 100$



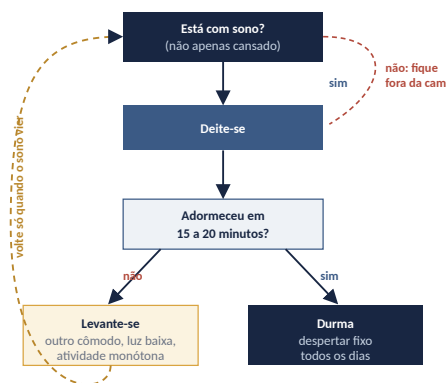
Variante mais branda, a **compressão de sono**: em vez de cortar a janela de uma vez, reduz-se 15 a 30 minutos por semana até atingir a eficiência-alvo. Indicada para idosos, pacientes com dor crônica intensa ou quando a restrição abrupta não é tolerada.

Controle de estímulos: devolver à cama o significado de sono

Na insônia crônica, a cama e o quarto tornaram-se estímulos condicionados de vigília e frustração. O controle de estímulos (Bootzin, 1972) é um procedimento de extinção desse condicionamento, e só funciona se aplicado com rigor, todas as noites.

As seis regras

- 1 Deite-se apenas com sono, não apenas cansado.** Sono é a dificuldade de manter os olhos abertos; cansaço é o corpo exausto com a mente ligada.
- 2 A cama serve para dormir (e para atividade sexual).** Nada de celular, televisão, trabalho, leitura prolongada ou "descansar" deitado.
- 3 Se não adormeceu em 15 a 20 minutos, levante, pela sensação, sem olhar o relógio.** Vá a outro cômodo, luz baixa, algo monótono e agradável. Volte só quando o sono retornar.
- 4 Repita a regra 3 quantas vezes forem necessárias,** inclusive nos despertares no meio da madrugada.
- 5 Desperte no mesmo horário todos os dias,** dormindo bem ou mal, inclusive no fim de semana. É a âncora do relógio circadiano.
- 6 Não cochile durante o dia.** Se for absolutamente indispensável, no máximo 20 minutos, antes das 15h, e registre no diário.



5

Recondicionamento

Figura 4

Algoritmo noturno do controle de estímulos. O ciclo âmbar pode se repetir várias vezes por noite nas primeiras semanas. Isso é o tratamento funcionando, não falhando.

Por que levantar, se já estou cansado?

Cada minuto acordado na cama, tentando dormir e se frustrando, reforça a associação cama = vigília. Levantar interrompe o reforço; voltar apenas com sono cria, ao longo de dias, o novo pareamento cama = sono rápido. E ficar acordado fora da cama aumenta a pressão homeostática, tornando a próxima tentativa mais eficaz.

Fora da cama, o que fazer

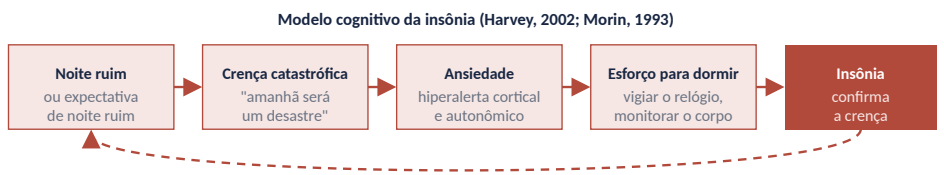
Leitura leve em papel, um podcast tranquilo, alongamento suave, luz mínima.

O que não fazer

Telas brilhantes, trabalho, comer, exercício, acender todas as luzes, ou "só mais cinco minutos" na cama.

Reestruturação cognitiva: desarmar o medo de não dormir

A insônia crônica é, em grande medida, um estado de hiperalerta sustentado por crenças e pela vigilância ansiosa em relação ao próprio sono. Enquanto o sono for tratado como uma tarefa a ser executada, ele não acontece: sono é o resultado da desativação, e esforço é o oposto de desativação.



Crenças frequentes e a alternativa baseada em evidência

Crença	Reformulação
"Preciso de 8 horas para funcionar."	A necessidade individual varia entre 6 e 9 horas. Seu diário mostrará quanto <i>você</i> precisa. Pessoas com insônia sistematicamente subestimam o próprio sono em relação à polissonografia.
"Uma noite mal dormida arruína o dia seguinte."	O desempenho após uma noite de 5 horas cai discretamente, e o sistema compensa na noite seguinte com sono mais profundo. O "dia arruinado" costuma vir mais da ansiedade antecipatória do que da privação em si.
"Se eu não dormir, vou ter um problema de saúde grave."	Os riscos da privação crônica foram descritos em restrição experimental severa e prolongada, não na insônia comum, que preserva a maior parte do sono. Preocupar-se com isso à noite é o que mantém a insônia.
"Perdi o controle sobre o meu sono."	Ninguém controla o sono diretamente. Mas você controla as condições que o permitem: horário, pressão homeostática, luz, comportamento na cama. É sobre isso que a TCC-I atua.
"Preciso me esforçar mais para dormir."	Esforço ativa o sistema de alerta. A intenção paradoxal (tentar ficar acordado, de olhos abertos, na cama escura) reduz a ansiedade de desempenho e frequentemente abrevia a latência.

6

O componente cognitivo

Hora da preocupação

Reserve 15 a 20 minutos no início da noite, fora da cama, para escrever as preocupações do dia e o próximo passo de cada uma. A mente que sabe que o problema foi arquivado ruma menos. Se um pensamento surgir de madrugada, a resposta treinada é: "isso já está na lista de amanhã".

Relógio virado, foco externo

Olhar as horas transforma cada despertar em cálculo ("só faltam 3 horas") e dispara a resposta de alerta. Vire o relógio; deixe o celular fora do quarto. Em vez de monitorar o corpo ("estou relaxando?"), dirija a atenção a algo neutro: contagem de respirações, uma cena mental detalhada.

Necessário, não suficiente

Um paciente com insônia crônica de anos que apenas corrige a higiene do sono raramente melhora de forma relevante. As medidas desta página preparam o terreno para os capítulos 4, 5 e 6, não os substituem.

Por que treinar de dia

Uma técnica de relaxamento aprendida às 3 da manhã, em plena frustração, vira mais uma tentativa de "fazer o sono acontecer". Aprendida de dia, torna-se automática e disponível quando for preciso.

Reduzir o hiperalerta fisiológico e ajustar o ambiente

O hiperalerta na insônia é mensurável: frequência cardíaca, cortisol, temperatura central e atividade cortical de alta frequência permanecem elevados à noite. As técnicas abaixo têm como alvo esse estado, não o sono em si, e devem ser praticadas de dia para funcionarem à noite.

Respiração diafragmática lenta

Aumenta o tônus vagal e reduz a frequência cardíaca. Inspire pelo nariz em 4 segundos expandindo o abdome; expire em 6 a 8 segundos. Cerca de 6 ciclos por minuto, durante 5 a 10 minutos. Treine duas vezes ao dia, sentado, por duas semanas antes de usar à noite.

Relaxamento muscular progressivo

Contraia cada grupo muscular por 5 segundos e solte por 15, dos pés à face, prestando atenção ao contraste. O objetivo não é "sentir-se relaxado", mas treinar o reconhecimento da tensão residual, que na insônia costuma ser crônica e imperceptível.

Rotina de desaceleração

Uma zona de transição de 60 a 90 minutos entre o dia e a janela de sono: luzes reduzidas, sem trabalho, sem discussões, sem telas na última meia hora. Banho morno (a queda de temperatura depois facilita o início do sono), leitura leve, música tranquila, alongamento.

Higiene do sono, o papel coadjuvante

Fator	Recomendação
Cafeína	Última dose 8 a 10 horas antes de deitar
Álcool	Facilita adormecer, mas fragmenta a segunda metade da noite e suprime o sono REM. Evitar nas 3 a 4 horas antes de deitar
Nicotina	Estimulante; evitar à noite e nos despertares
Exercício	Regular, de manhã ou à tarde; intenso até 2 horas antes de deitar pode atrasar o sono
Luz	Forte na primeira hora do dia; baixa e quente à noite
Temperatura	Quarto fresco, 18 a 21 °C
Ruído	Silêncio ou ruído branco constante; evitar sons intermitentes
Refeição	Jantar leve, 2 a 3 horas antes; nem com fome, nem pesado

E os suplementos e a melatonina?

A melatonina exógena ajusta o relógio mais do que induz sono: é útil em atraso de fase e *jet lag*, com efeito modesto na insônia primária. Magnésio, valeriana, camomila e similares têm evidência fraca ou inconsistente. Nenhum deles substitui os componentes comportamentais; qualquer uso deve ser discutido em consulta.

Diário do sono, modelo semanal

8

Instrumento de trabalho

Preencha **pela manhã**, nos primeiros minutos após levantar, com estimativas, sem consultar o relógio durante a noite. Baseado no Diário de Sono de Consenso (Carney e colaboradores, 2012).

	seg	ter	qua	qui	sex	sáb	dom
Horário em que se deitou							
Horário em que tentou dormir							
Tempo até adormecer (min)							
Número de despertares							
Tempo total acordado à noite (min)							
Horário do despertar final							
Horário em que saiu da cama							
Tempo total de sono estimado (h)							
Qualidade do sono (1 a 5)							
Cochilos (horário e duração)							
Cafeína e álcool (última dose)							
Medicação para dormir (qual, dose)							
Levantou-se da cama à noite? (vezes)							

Cálculo semanal

Tempo na cama = saída da cama –
horário de deitar

TTS = tempo na cama – latência –
tempo acordado à noite

ES = $TTS \div \text{tempo na cama} \times 100$

Some os sete dias e divida por 7 para obter as médias. Use a ES média para decidir o ajuste da janela (página 5).

Janela de sono desta semana

Hora de deitar (não antes de) ____ : ____

Hora fixa de despertar ____ : ____

Duração da janela ____ h ____ min

ES média da semana anterior ____ %

Ajuste aplicado ☐ +15 min ☐ manter ☐ -15 min

Vestíveis

Relógios e anéis são úteis como referência, mas o instrumento clínico é a percepção registrada. Não corrija o diário pelo aplicativo: os dois medem coisas diferentes.

Imprima esta página

Uma cópia por semana, presa ao criado-mudo, com caneta. O ritual de preencher pela manhã é parte do tratamento.

O programa em seis semanas, e quando a TCC-I exige supervisão

Semana	Foco
0 (uma a duas semanas)	Diário de sono basal. Nenhuma mudança ainda: o objetivo é medir.
1	Definir janela de sono e hora fixa de despertar. Iniciar controle de estímulos. Sonolência diurna esperada.
2	Primeiro ajuste da janela pela ES. Respiração lenta e hora da preocupação. Fase mais difícil: a adesão decide o resultado.
3	Reestruturação cognitiva: identificar as duas ou três crenças que mais geram ansiedade à noite e trabalhar as reformulações.
4	Ajuste da janela. Consolidação do controle de estímulos; introduzir intenção paradoxal se a latência permanecer longa.
5	Ajuste da janela. Revisar higiene do sono e rotina de desaceleração. Planejar desmame de hipnóticos, se houver, com o médico.
6	Consolidação e prevenção de recaída: diante da próxima noite ruim, não compensar, manter a hora de despertar, retomar o diário.

Situações que exigem avaliação médica antes ou durante

- **Transtorno bipolar:** a restrição de sono pode desencadear episódio de mania. Protocolo modificado, com supervisão.
- **Epilepsia:** privação de sono reduz o limiar convulsivo. Restrição apenas com janela mínima maior e acompanhamento.
- **Apneia obstrutiva do sono não tratada:** ronco alto, pausas respiratórias, sonolência intensa. Deve ser investigada por polissonografia; a TCC-I não trata apneia.
- **Síndrome das pernas inquietas:** desconforto nas pernas que melhora com movimento. Tem tratamento específico.
- **Parassonias** (sonambulismo, terror noturno, transtorno comportamental do sono REM): a privação pode intensificá-las.
- **Profissões de risco** (motoristas, operadores de máquinas, plantonistas) e **gestação:** adaptar a janela mínima.
- **Depressão maior ativa** ou ideação suicida: tratar em conjunto, nunca isoladamente.

Medicações para dormir

Não interrompa hipnóticos por conta própria: benzodiazepínicos e "drogas Z" (zolpidem, zopiclona) causam insônia de rebote na retirada abrupta. O desmame é gradual, planejado e, idealmente, iniciado após as primeiras semanas de TCC-I, quando o sono já está mais consolidado. A combinação de TCC-I com desmame estruturado é o que a literatura mostra com melhores resultados de descontinuação.

Insônia raramente vem sozinha

Dor crônica, cefaleia, depressão, ansiedade, refluxo, noctúria, menopausa, medicações (corticoides, betabloqueadores, alguns antidepressivos) e transtornos primários do sono coexistem com frequência, e a insônia piora cada um deles.

O que a avaliação neurológica acrescenta

Identificar o que precisa ser tratado em paralelo para que a TCC-I tenha o efeito esperado, e definir a janela mínima segura para cada caso.

Formato das sessões

Semanais, presenciais ou por vídeo, de 30 a 50 minutos. Programas digitais guiados mostraram eficácia próxima à do formato presencial quando há adesão.

Autoavaliação e síntese operacional

10

Autoavaliação rápida

Marque o que se aplica a você nas últimas quatro semanas.

- ☐ Demoro mais de 30 minutos para adormecer, na maioria das noites
- ☐ Acordo durante a noite e fico mais de 30 minutos acordado
- ☐ Acordo antes do horário desejado e não consigo voltar a dormir
- ☐ Isso acontece três ou mais noites por semana, há mais de três meses
- ☐ Sinto fadiga, irritabilidade ou dificuldade de concentração durante o dia
- ☐ Fico preocupado com o sono durante o dia ou temo a hora de deitar
- ☐ Fico na cama acordado tentando dormir, ou vou para a cama mais cedo para compensar
- ☐ Cochilo à tarde ou durmo até mais tarde nos fins de semana
- ☐ Uso medicação, álcool ou suplementos para dormir há mais de um mês
- ☐ Ronco alto, pausas na respiração ou pernas inquietas foram notados

Os quatro primeiros itens juntos caracterizam insônia crônica. Os itens 7 e 8 apontam fatores perpetuantes já instalados, exatamente o alvo da TCC-I. O último item indica necessidade de investigar outro transtorno do sono antes de iniciar o protocolo.

Resumo operacional

1. **Diário de sono** por uma a duas semanas antes de qualquer mudança.
2. **Hora fixa de despertar**, sete dias por semana, sem exceção.
3. **Janela de sono** = TTS médio + 30 min (mínimo 5 h 30); ajuste semanal de 15 min pela eficiência.
4. **Cama só para dormir**; deite apenas com sono; levante se não adormecer.
5. **Sem cochilos** durante o protocolo.
6. **Relógio virado**, celular fora do quarto.
7. **Hora da preocupação** e respiração lenta, treinadas de dia.
8. **Reformular** as crenças sobre sono; parar de tentar dormir.
9. **Cafeína** até o início da tarde; álcool não é hipnótico.
10. **Luz forte** pela manhã, baixa à noite.

Síntese

O que muda quando funciona

O objetivo não é dormir 8 horas todas as noites; é adormecer em menos de 30 minutos, despertar pouco e, sobretudo, parar de pensar em sono. Quem recuperou o sono não sabe dizer quanto dormiu ontem, porque deixou de contar. Noites ruins voltarão a acontecer, mas não voltarão a virar transtorno.

Referências

Edinger JD et al. AASM clinical practice guideline: behavioral and psychological treatments for chronic insomnia. J Clin Sleep Med, 2021.
Riemann D et al. The European Insomnia Guideline 2023. J Sleep Res, 2023.
Qaseem A et al. ACP guideline: management of chronic insomnia disorder in adults. Ann Intern Med, 2016.
Spielman AJ et al. A behavioral perspective on insomnia treatment. Psychiatr Clin North Am, 1987.
Borbély AA et al. The two-process model of sleep regulation: a reappraisal. J Sleep Res, 2016.
Harvey AG. A cognitive model of insomnia. Behav Res Ther, 2002.
Carney CE et al. The Consensus Sleep Diary. Sleep, 2012.
van Straten A et al. Cognitive and behavioral therapies for insomnia: a meta-analysis. Sleep Med Rev, 2018.

Próximo passo

Este guia é o mapa; a execução com supervisão é o que produz o resultado, particularmente quando há dor crônica, cefaleia, uso prolongado de medicação para dormir ou suspeita de outro transtorno do sono. Para avaliação neurológica e condução estruturada da TCC-I: neurologistapremium.com.br.

A TCC-I é um capítulo. O sono inteiro está no livro.



Este guia resolve um problema específico. **O Livro do Sono** trata do sono como um todo: o que acontece no cérebro enquanto você dorme, por que dormimos, o que os ciclos, os sonhos e os ritmos do corpo fazem pela sua memória, pelo seu humor e pela sua saúde, e como usar esse conhecimento a seu favor, noite após noite.

Escrito por um neurocirurgião com décadas de prática clínica, em linguagem acessível e sem simplificações que traem a ciência.

Para quem quer entender o sono, não apenas consertá-lo.

E-book

Amazon Kindle
Incluído no Kindle
Unlimited

Impresso

Amazon
UIClap



sono.joelaug.com

Aponte a câmera do celular para o código, ou digite o endereço. Todas as edições e os links de compra estão no site.