



CAPÍTULO 3

TÉCNICAS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA ADESÃO MEDICAMENTOSA EM PACIENTES COM TRANSTORNOS DO SONO E COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

Samuel Bevilaqua de Sales Duarte Franco

Médico Psiquiatra. Graduado pela Univ. Federal de Pernambuco (UFPE). Possui Residência Médica em Psiquiatria pela Univ. Federal do Piauí (UFPI). Médico emergencista no SAMU vinculado à FMS – Teresina/PI. Pesquisas de interesse nos temas: Saúde mental, Neuropsiquiatria, Psicoeducação, Neurociência aplicada, Aprendizagem, Transtornos do neurodesenvolvimento e de aprendizagem e Habilitação e reabilitação de funções cognitivas (ênfase em Cognição Social e Função Executiva).

Natanael Alison Carvalho Rodrigues

Nutricionista e Professor nas áreas de Nutrição e Ciências da Saúde. Especialista em Nutrição Clínica, Nutrição e Dietética e Gestão e Tutoria em Educação a Distância. Premiado em Iniciação Científica (Ciências Humanas) e Extensão Universitária (Educação).

Renato Mendes dos Santos

Psicólogo. Doutor em Biotecnologia e Saúde. Professor Adjunto no Curso Medicina da Univ. Federal do Piauí (UFPI). Pesquisas nas áreas de: Sono (Ciclo Circadiano e Memória de Trabalho), TDAH, Estimulação Magnética Transcraniana (EMT), Métodos de Pesquisa em Saúde Coletiva, Avaliação Cognitiva e Psicoeducação.

RESUMO: A adesão medicamentosa em saúde mental é um dos maiores desafios clínicos contemporâneos, especialmente quando associada aos transtornos do sono. Este capítulo discute como a integração entre a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia (TCC-I) pode favorecer esse processo, oferecendo uma abordagem prática e baseada em evidências. Parte-se da compreensão de que dificuldades no sono e crenças disfuncionais sobre medicamentos formam um ciclo que compromete o tratamento e a qualidade de vida. A TCC contribui ao modificar padrões de pensamento e fortalecer o engajamento terapêutico, enquanto a TCC-I atua diretamente na regulação do sono por meio de técnicas, como controle de estímulos, restrição do tempo na cama e higiene do sono. Quando aplicadas de forma combinada, essas intervenções ampliam a autorregulação, melhoram o sono e promovem maior consistência no uso da medicação. Evidências recentes demonstram que esse modelo integrado é eficaz, adaptável a diferentes diagnósticos psiquiátricos e viável em contextos presenciais ou digitais.

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental; insônia; adesão medicamentosa; saúde mental; psicoterapia integrada.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são responsáveis por elevada carga de doença e perda de qualidade de vida no mundo, impondo desafios persistentes aos sistemas de saúde e interferindo diretamente na adesão a tratamentos farmacológicos de longo prazo. Entre os fatores que mais impactam esse cenário, destacam-se os transtornos do sono (especialmente a insônia crônica), altamente prevalentes em quadros depressivos, ansiosos, bipolares e psicóticos, e frequentemente bidirecionais com a sintomatologia psiquiátrica. Evidências longitudinais indicam que a insônia aumenta o risco de desenvolvimento e recorrência de depressão, tornando o manejo do sono um alvo terapêutico estratégico para desfechos psiquiátricos e comportamentos de saúde, inclusive a adesão medicamentosa (Baglioni et al., 2011; Riemann et al., 2017).

A má adesão medicamentosa pode agravar simultaneamente os sintomas psiquiátricos e os distúrbios do sono: interrupções, uso irregular ou abandono de fármacos desestabilizam quadros clínicos, amplificam insônia, hipersonolência ou parassonias e aumentam eventos adversos que, paradoxalmente, retroalimentam a não adesão. Estudos mostram que cerca de metade dos pacientes com transtornos mentais graves não aderem adequadamente aos psicofármacos, o que reforça a necessidade de estratégias estruturadas e baseadas em evidências para sustentação do tratamento (Semahegn et al., 2020; Zewdu et al., 2025).

Nesse contexto, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) oferece ferramentas centrais para modificar crenças disfuncionais sobre medicações, otimizar rotinas e resolver barreiras práticas, enquanto a Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia (TCC-I/CBT-I) disponibiliza técnicas específicas e de primeira linha para o manejo da insônia crônica – como controle de estímulos, restrição/compressão do sono, terapia cognitiva voltada a preocupações com o sono, técnicas de relaxamento e higiene do sono. Diretrizes internacionais (ACP, AASM e ESRS) recomendam a TCC-I como tratamento inicial para insônia crônica em adultos, inclusive em comorbidades psiquiátricas (COMISA), com efeitos sustentados e sem os riscos associados ao uso prolongado de hipnóticos (Edinger et al., 2021; Qaseem et al., 2016; Riemann et al., 2017).

Além de melhorar o sono, a TCC-I pode reduzir sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com comorbidades, facilitando a autoeficácia e a regularidade do uso de medicação. Estudos recentes com CBT-I (incluindo formatos digitais) demonstram benefício em desfechos de sono e sinais de melhora de humor, e protocolos adaptados para esquizofrenia e psicoses têm mostrado viabilidade e aceitabilidade, abrindo caminho para integrar intervenções de sono aos planos de manejo da adesão em psiquiatria (Asarnow; Manber, 2019; Hwang et al., 2019; Sweetman et al., 2021).

O presente capítulo tem como objetivo apresentar um guia de atuação prático e fundamentado para promover adesão medicamentosa em pacientes com transtornos do sono e comorbidades psiquiátricas, integrando técnicas de TCC (focadas em adesão) e de TCC-I (focadas em sono). Para isso, serão discutidos os determinantes da adesão em psiquiatria, a relevância clínica dos distúrbios do sono nesse grupo e descritas as principais técnicas de TCC/TCC-I e sua aplicação combinada, incluindo psicoeducação, reestruturação cognitiva de crenças sobre medicamento e sono, controle de estímulos, restrição/compressão, estabilização circadiana, relaxamento e resolução de problemas, com adaptações por diagnóstico e possibilidades de implementação em serviços de saúde e telessaúde.

FUNDAMENTOS DA ADESÃO MEDICAMENTOSA EM PSIQUIATRIA

A adesão medicamentosa é reconhecida como um dos maiores desafios no tratamento de transtornos mentais graves e em condições clínicas associadas, como os transtornos do sono. Dados da Organização Mundial da Saúde apontam que até 50% dos pacientes com doenças crônicas, incluindo os quadros psiquiátricos, não aderem adequadamente às prescrições (World Health Organization, 2003). No caso das comorbidades entre insônia e transtornos psiquiátricos (COMISA), a baixa adesão pode ser ainda mais acentuada, uma vez que os distúrbios do sono aumentam a fadiga, reduzem a motivação e interferem na regularidade da tomada de medicamentos (Semahegn et al., 2020; Sweetman et al., 2021).

Essa problemática não se restringe apenas ao descontrole sintomático. A não adesão está associada a recaídas, maior risco de hospitalizações e complicações clínicas que podem perpetuar ou agravar sintomas de insônia e sonolência diurna, criando um ciclo de difícil rompimento (Zewdu et al., 2025). Efeitos colaterais de psicofármacos, como sedação excessiva, ganho de peso ou insônia paradoxal, são barreiras adicionais à adesão, sobretudo quando não há psicoeducação adequada (Shoji et al., 2023).

Do ponto de vista conceitual, a adesão deve ser entendida como um processo contínuo, multidimensional e colaborativo, em oposição ao termo “compliance”, que carregava a noção de obediência passiva. Atualmente, adota-se uma perspectiva que considera fatores cognitivos, emocionais, sociais e contextuais (De Las Cuevas, 2011). Modelos como a diretriz EMERGE detalham a adesão em três fases operacionais: *iniciação, implementação e persistência*, úteis para avaliar e monitorar comportamentos de saúde (De Geest et al., 2018).

No caso dos transtornos do sono, essa compreensão precisa ser ampliada. Pacientes com insônia crônica frequentemente relatam pensamentos disfuncionais, como “se não dormir não consigo viver” ou “os remédios não fazem diferença”, o que

pode levar tanto ao uso excessivo de hipnóticos quanto ao abandono precoce de antidepressivos e estabilizadores de humor (Asarnow; Manber, 2019; Edinger *et al.*, 2021). Assim, os distúrbios do sono não apenas agravam os sintomas psiquiátricos, como também influenciam negativamente as crenças sobre o tratamento medicamentoso.

Por isso, avaliar adequadamente a adesão é fundamental para identificar precocemente falhas e barreiras modificáveis. Não existe método único considerado padrão-ouro: métodos diretos (como dosagens séricas) e métodos indiretos (entrevistas clínicas, escalas de autorrelato como MMAS-8 ou MARS) apresentam vantagens e limitações (Brasil, 2008; González de León *et al.*, 2022). No caso de pacientes com insônia e comorbidades psiquiátricas, a integração de escalas de sono (como o Índice de Gravidade da Insônia (ISI) ou o Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)) com escalas de adesão pode fornecer uma visão mais abrangente (Buysse *et al.*, 1989; Morin *et al.*, 2011).

Em síntese, a adesão medicamentosa em psiquiatria deve ser compreendida como um fenômeno complexo e multideterminado, em que os transtornos do sono exercem papel de fator de risco e, ao mesmo tempo, alvo de intervenção. Essa perspectiva abre caminho para a utilização das técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental, não apenas para modificar crenças disfuncionais e melhorar o engajamento, mas também para manejar sintomas de sono que prejudicam a regularidade no uso da medicação.

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA ADESÃO

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) comprehende a adesão medicamentosa como um processo multifatorial, influenciado por crenças, emoções, padrões de pensamento e contextos relacionais. Nos pacientes com transtornos do sono e comorbidades psiquiátricas, essa compreensão torna-se ainda mais relevante, pois sintomas como insônia, sonolência diurna ou despertares frequentes podem gerar pensamentos disfuncionais relacionados tanto ao sono quanto ao tratamento medicamentoso. A exemplo disso, pacientes podem acreditar que “os remédios estão piorando meu sono” ou que “não adianta tomar o medicamento porque nunca vou melhorar do sono” (Beck, 2013; Morin *et al.*, 2011).

A psicoeducação é um recurso inicial e essencial. Ao explicar de forma clara e acessível a interação entre pensamentos, emoções, comportamento e sono, profissionais de saúde podem reduzir o estigma associado ao uso de psicofármacos e corrigir crenças equivocadas, como a ideia de que os medicamentos “causam dependência imediata” ou “atrapalham permanentemente o sono”. Além disso, a

psicoeducação sobre higiene do sono e efeitos colaterais comuns possibilita maior autonomia e percepção de controle pelo paciente, fortalecendo o engajamento terapêutico (Can; Budak, 2025; Petretto et al., 2013).

A reestruturação cognitiva constitui outro eixo central. Por meio do questionamento socrático e do exame das evidências, os pacientes aprendem a identificar e modificar pensamentos disfuncionais sobre o sono e o uso da medicação, como “se não dormir oito horas, não consigo funcionar” ou “tomar o remédio me deixa fraco demais”. Essa técnica ajuda a substituir interpretações catastróficas por crenças mais realistas, o que melhora tanto a aceitação do tratamento quanto a regulação do sono (Wright et al., 2012; Yoshinaga et al., 2024).

As tarefas e experimentos comportamentais reforçam o aprendizado fora do contexto clínico. Entre os exemplos, pode-se incluir diários de sono combinados com registros de adesão medicamentosa, tarefas de organização da rotina (como preparar os medicamentos na cabeceira antes de dormir) ou experimentos de exposição ao medo de “não conseguir dormir sem remédio”. Essas práticas tornam o processo de adesão mais concreto e fortalecem a autorregulação (Bennett-Levy et al., 2010; Choi et al., 2014).

No âmbito dos transtornos do sono, as técnicas da TCC-I (CBT-I) acrescentam intervenções específicas que podem ser integradas ao manejo da adesão:

- **Controle de estímulos:** orienta o paciente a associar o quarto apenas a dormir, evitando comportamentos que reforçam a insônia, como uso de telas na cama. Essa técnica auxilia também na criação de uma rotina que favorece a regularidade da tomada da medicação (Bootzin, 1972; Edinger et al., 2021).
- **Restrição ou compressão do sono:** estabelece uma janela limitada de tempo na cama, ajustada progressivamente conforme a eficiência do sono melhora. Essa técnica reduz o tempo acordado no leito e, quando associada ao uso estruturado da medicação, reforça consistência na adesão (Qaseem et al., 2016).
- **Higiene do sono:** envolve recomendações práticas, como evitar cafeína e álcool à noite, manter ambiente adequado e regularidade dos horários. Inserir o uso do medicamento dentro da rotina de higiene do sono ajuda a criar uma associação positiva entre autocuidado e tratamento (Riemann et al., 2017).
- **Técnicas de relaxamento e *mindfulness*:** respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo e meditação contribuem para a redução da hiperexcitação cognitiva e emocional que prejudica o sono e, indiretamente, dificultam a adesão (Asarnow; Manber, 2019).

Evidências recentes reforçam a utilidade dessa integração. Intervenções combinadas de TCC para adesão + TCC-I para sono mostraram melhora significativa no engajamento medicamentoso e na qualidade do sono em pacientes com depressão e ansiedade (González de León et al., 2022; Shoji et al., 2023). Em esquizofrenia e psicoses, adaptações de CBT-I se mostraram viáveis e bem aceitas, favorecendo também a adesão (Hwang et al., 2019).

Em suma, a TCC e a TCC-I oferecem um conjunto complementar de técnicas que, quando aplicadas de forma integrada, podem romper o ciclo de má adesão-piora dos sintomas-agravamento do sono, favorecendo melhores desfechos clínicos e maior qualidade de vida.

TÉCNICAS ESPECÍFICAS DA TCC PARA ADESÃO E SONO

Psicoeducação como recurso de engajamento terapêutico

A psicoeducação é uma das técnicas mais utilizadas em TCC e representa o primeiro passo para melhorar a adesão medicamentosa. Nos transtornos do sono, a psicoeducação deve contemplar não apenas informações sobre o transtorno psiquiátrico e a medicação, mas também sobre a fisiologia do sono, a importância da regularidade circadiana e os fatores comportamentais que o influenciam. Essa combinação permite que o paciente compreenda melhor os efeitos colaterais dos psicofármacos (como insônia ou sonolência excessiva) e desenvolva expectativas mais realistas sobre o tratamento (Beck, 2013; Can; Budak, 2025).

Exemplo prático: o terapeuta pode dizer: “*Assim como um carro precisa de combustível para funcionar bem, o cérebro precisa tanto do remédio quanto de um sono regular para se recuperar. Se um dos dois falhar, o motor não roda direito*”. Essa explicação ajuda o paciente a entender por que deve tomar a medicação mesmo nos dias em que não sente melhora imediata.

Reestruturação cognitiva e modificação de crenças

A reestruturação cognitiva visa identificar e modificar pensamentos automáticos disfuncionais, substituindo-os por interpretações mais adaptativas. Em pacientes com comorbidades psiquiátricas e distúrbios do sono, crenças centrais como “sem remédio nunca mais dormirei” ou “o tratamento está me prejudicando mais que ajudando” precisam ser trabalhadas de forma sistemática.

Técnicas como questionamento socrático, registros de pensamentos e análise de evidências ajudam a reduzir interpretações catastróficas e aumentam a autoeficácia para o manejo tanto do sono quanto do tratamento medicamentoso (Wright et al., 2012; Yoshinaga et al., 2024).

Exemplo prático: “Esse remédio só atrapalha meu sono, vou parar de tomar”. O terapeuta pode guiá-lo a refletir: “Houve alguma noite em que dormiu melhor mesmo usando o remédio? Quais foram as situações em que isso aconteceu?”. Ao revisitar experiências reais, o paciente aprende a substituir a ideia rígida por algo mais equilibrado: “O remédio pode atrapalhar em alguns momentos, mas também tem me ajudado em outros; talvez eu precise ajustar a dose com meu médico em vez de parar sozinho”.

Tarefas comportamentais como extensão da sessão

As tarefas comportamentais reforçam os aprendizados entre as sessões. Quando associadas a diários do sono e de medicação, elas permitem monitorar padrões de adesão e identificar barreiras concretas, como esquecimentos, horários irregulares ou uso de cafeína à noite.

Essas tarefas podem incluir planejamento de rotinas, definição de lembretes (celular, agenda, caixas organizadoras de comprimidos) e experiências práticas para testar crenças sobre o sono (Bennett-Levy et al., 2010; Choi et al., 2014).

Exemplo prático: o paciente recebe um diário simples para anotar: horário em que tomou a medicação, a que horas foi dormir e como se sentiu ao acordar. Esse registro pode mostrar, por exemplo, que nos dias em que tomou o remédio corretamente dormiu mais cedo, acordou menos cansado. Assim, o paciente percebe a ligação entre comportamento e resultado, sem precisar de termos técnicos.

Higiene do sono integrada à adesão medicamentosa

A higiene do sono envolve recomendações práticas como reduzir cafeína e álcool à noite, manter regularidade nos horários de dormir e acordar, ajustar iluminação e temperatura do quarto.

Inserir o uso do medicamento como parte da rotina de higiene do sono contribui para consolidar a adesão, ao associar o ato de tomar o remédio a um ritual de autocuidado noturno. Essa técnica tem mostrado benefícios consistentes em pacientes com depressão, ansiedade e transtorno bipolar (Riemann et al., 2017).

Exemplo prático: o profissional pode sugerir: “Escolha um pequeno ritual todas as noites: tomar o remédio, escovar os dentes, desligar as luzes e o celular, e se deitar sempre no mesmo horário”. Essa rotina funciona como um “sinal” para o corpo entender que é hora de descansar e, ao mesmo tempo, reforça a adesão.

Controle de estímulos

O controle de estímulos, técnica central da TCC-I, consiste em associar a cama e o quarto apenas ao sono, evitando atividades que reforcem a insônia, como uso de telas, comer ou trabalhar na cama.

Essa técnica pode ser ampliada para a adesão medicamentosa ao associar a tomada do remédio ao início da rotina noturna no quarto, reforçando a consistência do comportamento (Bootzin, 1972; Edinger et al., 2021).

Exemplo prático: se o paciente costuma assistir TV na cama, o terapeuta pode orientar: “*Se não estiver com sono, levante-se e vá para sala. Use a cama só quando estiver pronto para dormir. E associe esse momento também ao horário de tomar o remédio*”. Isso cria uma relação positiva: cama = sono + medicação.

Restrição e compressão do sono

A restrição do sono limita o tempo na cama ao tempo médio efetivo de sono, aumentando a eficiência do sono e reduzindo despertares noturnos. A compressão é uma versão mais branda, com redução gradual do tempo na cama.

Quando combinada ao uso programado da medicação, essa técnica fortalece a regularidade da adesão, pois cria uma rotina fixa para dormir e tomar o medicamento (Edinger et al., 2021; Qaseem et al., 2016).

Exemplo prático: se alguém fica 9 horas na cama, mas só dorme 6, o terapeuta sugere: “*Vamos limitar o tempo na cama para 6 horas, no mesmo horário todos os dias. Aos poucos, se o sono melhorar, aumentamos o tempo*”. Assim, a cama volta a ser um lugar de dormir, e não de frustração. Esse horário pode ser sincronizado com a tomada da medicação, para criar regularidade.

Técnicas de relaxamento e *mindfulness*

As técnicas de relaxamento (respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo) e *mindfulness* reduzem a hiperexcitação cognitiva, comum em insônia e transtornos de ansiedade.

Quando associadas à rotina da medicação noturna, ajudam o paciente a criar um ambiente de calma e foco no tratamento, diminuindo pensamentos ruminativos sobre “não vou conseguir dormir” ou “esse remédio não vai me ajudar” (Asarnow; Manber, 2019).

Exemplo prático: o paciente pode aprender a fazer um exercício de respiração: “Inspire pelo nariz contando até 4, segure o ar por 2 segundos, e solte lentamente pela boca contando até 6”. Fazer isso por 10 minutos após tomar o remédio pode diminuir a ansiedade e preparar para o sono.

INTEGRAÇÃO DA TCC E DA TCC-I NA PROMOÇÃO DA ADESÃO E DO SONO

A integração entre técnicas da TCC voltadas para adesão medicamentosa e intervenções da TCC-I para insônia representa um modelo abrangente de cuidado, especialmente indicado para pacientes com comorbidades psiquiátricas associadas a distúrbios do sono. Essas abordagens podem ser aplicadas de forma simultânea ou sequencial, a depender da gravidade dos sintomas e da prioridade clínica estabelecida em conjunto com o paciente (Asarnow; Manber, 2019; Edinger *et al.*, 2021).

Estrutura de aplicação combinada

Um protocolo integrativo pode seguir o seguinte fluxo:

- | **Sessões iniciais (1–2):** foco em psicoeducação sobre doença psiquiátrica, tratamento medicamentoso e fisiologia do sono, com introdução de diário do sono + registro de adesão.
- | **Sessões intermediárias (3–6):** introdução da reestruturação cognitiva sobre crenças relacionadas ao sono e ao uso de medicamentos, associada à implementação de controle de estímulos e higiene do sono.
- | **Sessões avançadas (7–8):** prática de tarefas comportamentais (uso regular de medicação e rotinas de sono), restrição/compressão do sono e técnicas de relaxamento/*mindfulness*.
- | **Manutenção (seguimento):** reforço da autorregulação, ajustes de rotina e monitoramento por telessaúde ou aplicativos digitais (Moulaei *et al.*, 2025).

Integração com instrumentos de avaliação

Para monitorar os avanços, é recomendável a aplicação conjunta de escalas de adesão (ex.: MMAS-8, MARS) e de sono (ex.: Insomnia Severity Index (ISI); Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)). Esse duplo monitoramento fornece dados objetivos e subjetivos para ajustar a intervenção, permitindo avaliar se melhorias no sono refletem em maior regularidade no uso da medicação (Buysse *et al.*, 1989; Morin *et al.*, 2011).

Adaptações por diagnóstico

- | **Depressão:** priorizar técnicas de reestruturação cognitiva e higiene do sono, uma vez que a insônia é preditora de recorrência depressiva (Baglioni et al., 2011).
- | **Ansiedade:** ênfase em relaxamento e *mindfulness*, para reduzir a hiperexcitação fisiológica que prejudica sono e adesão.
- | **Transtorno bipolar:** aplicar cautela na restrição do sono, devido ao risco de induzir mania; recomenda-se foco em rotinas circadianas estáveis e uso de âncoras de despertar (Riemann et al., 2017).
- | **Esquizofrenia e psicoses:** priorizar psicoeducação estruturada, controle de estímulos adaptado e tarefas comportamentais supervisionadas; estudos indicam que protocolos de CBT-I são viáveis e bem aceitos, com impacto positivo na adesão (Hwang et al., 2019).

Implementação em serviços e telessaúde

A implementação dessas técnicas pode ocorrer em diferentes formatos:

- | **Individuais ou grupais**, em ambulatórios ou centros de atenção psicossocial.
- | **Formatos híbridos**, combinando sessões presenciais e seguimento remoto.
- | **Programas digitais - Terapia Cognitivo-Comportamental Digital para Insônia (dCBT-I)**, que têm demonstrado eficácia comparável aos modelos presenciais, com maior acessibilidade e adesão em populações de difícil acesso (Moulaei et al., 2025).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo teve como objetivo analisar e integrar as técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e da Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia (TCC-I) como estratégias de promoção da adesão medicamentosa em pacientes com transtornos do sono e comorbidades psiquiátricas. A revisão da literatura evidencia que a adesão permanece como um dos principais desafios clínicos, sendo influenciada por múltiplos fatores, cognitivos, emocionais, sociais e contextuais, e que os distúrbios do sono exercem papel agravante nesse cenário, prejudicando tanto o bem-estar quanto a continuidade do tratamento (Semahegn et al., 2020; Zewdu et al., 2025).

Os achados sugerem que a combinação de técnicas da TCC (psicoeducação, reestruturação cognitiva, tarefas comportamentais) com técnicas da TCC-I (higiene do sono, controle de estímulos, restrição/compressão do sono, relaxamento e *mindfulness*) representa uma abordagem inovadora e eficaz. Essa integração permite

romper o ciclo de insônia-não adesão-piora sintomática, transformando-o em um ciclo de engajamento positivo, no qual melhorias no sono favorecem maior regularidade no uso da medicação, e vice-versa (Asarnow; Manber, 2019; Edinger *et al.*, 2021).

Do ponto de vista prático, a viabilidade da aplicação dessas técnicas por profissionais de saúde de diferentes áreas (médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos) amplia o alcance da intervenção. Protocolos adaptados para grupos, intervenções comunitárias e modalidades digitais (dCBT-I) têm demonstrado resultados promissores em termos de adesão, qualidade do sono e redução de sintomas psiquiátricos, inclusive em contextos de recursos limitados (Moulaei *et al.*, 2025; Shoji *et al.*, 2023).

Entretanto, é necessário reconhecer algumas limitações: a maior parte dos estudos concentra-se em depressão, ansiedade e esquizofrenia, havendo menos dados em bipolaridade e transtornos de personalidade; além disso, a diversidade metodológica das pesquisas dificulta generalizações robustas. Há necessidade de ensaios clínicos longitudinais, multicêntricos e culturalmente adaptados, especialmente no Brasil, que avaliem a eficácia da integração TCC + TCC-I em populações diversas (Baglioni *et al.*, 2011; Hwang *et al.*, 2019).

Por fim, recomenda-se que pesquisas futuras invistam em modelos híbridos de intervenção (presencial + digital), no uso de aplicativos para monitoramento de sono e adesão, e em programas de capacitação interprofissional que incluam fundamentos de TCC e TCC-I. Essa direção pode contribuir para a consolidação de modelos de atenção em saúde mental mais humanos, eficazes e sustentáveis, capazes de melhorar a adesão medicamentosa, reduzir os impactos dos transtornos do sono e promover qualidade de vida em pacientes com comorbidades psiquiátricas (Qaseem *et al.*, 2016; Riemann *et al.*, 2017).

REFERÊNCIAS

ALHADIDI, M. B. *et al.* A systematic review of randomized controlled trials of psychoeducation interventions for patients diagnosed with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 66, n. 8, p. 755-765, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32507073/>. Acesso em: 3 set. 2025.

ASARNOW, L. D.; MANBER, R. Cognitive behavioral therapy for insomnia in depression: a review. *Sleep Medicine Clinics*, v. 14, n. 2, p. 177-186, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31029185/>. Acesso em: 3 set. 2025.

BAGLIONI, C. *et al.* Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, v. 135, n. 1-3, p. 10-19, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21300408/>. Acesso em: 3 set. 2025.

BECK, J. S. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BENNETT-LEVY, J. et al. Low-intensity CBT interventions: 8. Behavioral experiments. In: *Oxford guide to low intensity CBT interventions*. Oxford: Oxford University Press, 2010. E-book. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199590117.001.0001>. Acesso em: 3 set. 2025.

BOOTZIN, R. R. Stimulus control treatment for insomnia. *Proceedings of the American Psychological Association*, v. 7, p. 395-396, 1972.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Cuidado farmacêutico no SUS: contexto, práticas e estratégias para a integralidade do cuidado*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BUYSSE, D. J. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, v. 28, n. 2, p. 193-213, 1989. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2748771/>. Acesso em: 3 set. 2025.

CAN, S. Y.; BUDAK, F. K. The effect of cognitive behavioural therapy-based psychoeducation on medication adherence and aggression in individuals diagnosed with schizophrenia: an experimental study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, v. 32, p. 445-456, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39445584/>. Acesso em: 3 set. 2025.

CHOI, N. G. et al. Six-month postintervention outcomes of a randomized controlled trial of problem-solving therapy for homebound older adults with depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 22, n. 10, p. 1017-1029, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24501015/>. Acesso em: 3 set. 2025.

DE GEEST, S. et al. ESPACOMP Medication Adherence Reporting Guideline (EMERGE). *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 169, n. 1, p. 30-35, jul. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29946690/>. Acesso em: Acesso em: 3 set. 2025.

DE LAS CUEVAS, C. Compliance, adherence and concordance in medicine taking of psychiatric patients. *Current Clinical Pharmacology*, v. 6, n. 2, p. 71-73, maio 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21592069/>. Acesso em: 3 set. 2025.

EDINGER, J. D. et al. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, v. 17, n. 2, p. 255-262, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33164742/>. Acesso em: 3 set. 2025.

GONZÁLEZ DE LEÓN, B. et al. Effectiveness of interventions to improve medication adherence in adults with depressive disorders: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, v. 22, n. 1, p. 487, 20 jul. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35858887/>. Acesso em: 3 set. 2025.

HWANG, D. K. et al. The effect of cognitive behavioral therapy for insomnia in schizophrenia patients with sleep Disturbance: A non-randomized, assessor-blind trial. *Psychiatry Research*, v. 274, p. 182-188, abr. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30807969/>. Acesso em: 3 set. 2025.

MORIN, C. M. et al. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, v. 34, n. 5, p. 601-608, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>. Acesso em: 3 set. 2025.

MOULAEI, K. et al. Medication adherence in patients with mental disorders: a systematic review and meta-analysis of telemedicine interventions. *Journal of Telemedicine and Telecare*, v. 31, n. 5, p. 628-636, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37966845/>. Acesso em: 3 set. 2025.

PETRETTTO, D. R. et al. Study on psychoeducation enhancing results of adherence in patients with schizophrenia (SPERA-S): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, v. 14, p. 323, 7 out. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24099414/>. Acesso em: 3 set. 2025.

QASEEM, A. et al. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, v. 165, n. 2, p. 125-133, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27136449/>. Acesso em: 3 set. 2025.

RIEMANN, D. et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*, v. 26, n. 6, p. 675-700, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28875581/>. Acesso em: 3 set. 2025.

SEMAHEGN, A. et al. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, v. 9, n. 1, p. 17, 16 jan. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31948489/>. Acesso em: 3 set. 2025.

SHOJI, M. et al. A non-randomized, controlled, interventional study to investigate the effects of community pharmacists' cognitive behavioral therapy-based interventions on medication adherence and relevant indicators in patients with depression. *BMC Psychiatry*, v. 23, art. 124, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04602-5>. Acesso em: 3 set. 2025.

SWEETMAN, A. et al. Effect of depression, anxiety and stress symptoms on CBT-I outcomes in comorbid insomnia and sleep apnea. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, v. 17, n. 9, p. 1845-1853, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5664/jcsm.9322>. Acesso em: 3 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization, 2003. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/42682>. Acesso em: 3 set. 2025.

WRIGHT, J. H. et al. *Terapia cognitivo-comportamental de alto rendimento para sessões breves: guia ilustrado*. Artmed Editora, 2012.

YOSHINAGA, N. et al. Real-World Effectiveness and Predictors of Nurse-Led Individual Cognitive Behavioral Therapy for Mental Disorders: An Updated Pragmatic Retrospective Cohort Study. *Behavioral Sciences*, v. 14, n. 7, p. 604, 16 jul. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39062427/>. Acesso em: 3 set. 2025.

ZEWDU, W. S. et al. Non adherence level of pharmacotherapy and its predictors among mental disorders in a resource limited life trajectories: a systematic review and meta analysis. *BMC Psychiatry*, v. 25, art. 512, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06838-9>. Acesso em: 3 set. 2025.