

Prevalência da insônia no meio médico e o uso de substâncias relacionadas

Prevalence of insomnia in the medical environment and the use of related substances

Mariana Cristtina Lima de Falco[†], Oscar César Pires[‡], Priscila Pereira de Souza[†], Tainne Fiore Schumann^{*†}

Como citar esse artigo. De Falco, M.C.L.; Pires, O.C.; De Souza, P.P.; Schumann, T.F. Prevalência da insônia no meio médico e o uso de substâncias relacionadas. 2020 Jan./Jun.; 11 (1): 67-76.

Resumo

A insônia é o distúrbio do sono mais frequente da população geral, sabe-se que ela é perpetuada por fatores de condicionamento, como poucas horas dormidas e alternância entre sono noturno e diurno. Essa é uma realidade vivenciada no meio médico. Nesse contexto, o debate dessa temática é relevante frente a esses profissionais, visto que, além de prejudicar a qualidade de vida, o distúrbio pode proporcionar a adoção de hábitos inadequados. Este trabalho visa demonstrar a prevalência da insônia entre os médicos e do uso de substâncias relacionadas através de estudo transversal, quantitativo desenvolvido a partir de um questionário aplicado presencialmente a médicos especialistas da Universidade de Taubaté. Dos 34 médicos avaliados, 47,06% são insones, valor superior ao descrito por estudos que avaliaram a recorrência desse transtorno na população geral. Ademais, foi constatado que o sintoma mais relatado e relacionado à insônia foi a fadiga. Quanto ao uso de substâncias, verificou-se que 62,5% da amostra informou ingerir cafeína com a finalidade de promover a vigília, ao passo que 43% referiu fazer uso do álcool como indutor do sono. Outras substâncias utilizadas para proporcionar a vigília ou o sono foram relatadas, tais como Anfetaminas, fármacos e drogas fitoterápicas. Portanto, é válido discutir a insônia e o uso de substâncias associadas a ela no meio médico, uma vez que esse transtorno do sono tem impacto estatístico, além de afetar a saúde física e mental desses indivíduos, acarretando prejuízos no exercício da profissão.

Palavras-chave: Sono; Fadiga; Cafeína; Álcool; Prejuízos.

Abstract

Insomnia is the most frequent sleep disorder of the general population. It's known that this disorder is perpetuated by conditioning factors; such as few hours of sleep and rotation between sleep and daytime sleep. This is a reality experienced in the medical area. In this context, discussing insomnia is relevant to these professionals, since, in addition to impairing quality of life, the disorder in question may lead to the adoption of inappropriate habits. This study aims to demonstrate the prevalence of insomnia among medical professionals and the use of related substances through a cross-sectional observational study, from a self-completion questionnaire applied to medical specialists to the University of Taubaté. Of the 34 doctors evaluated, 47,06% are insomniac, higher than the data described by studies that evaluated the recurrence of this sleep disorder in the general population. It was also verified that the most reported symptom related to insomnia was fatigue. Regarding substance use, it was found that 62.5% of the sample reported caffeine intake to promote alertness, while 43% reported using alcohol as a sleep promoter. Other substances used to provide alertness or sleep have been reported, such as amphetamines, drugs and herbal drugs. So it is valid to discuss insomnia and the use of substances related to it in the medical area, since this sleep disorder has statistical impact, as well as affect the physical and mental health of the group in question, resulting in losses in the exercise of the profession.

Keywords: Sleep; Fatigue; Caffeine; Alcohol; Losses.

Introdução

O sono é uma propriedade fisiológica da vida humana, necessária à manutenção da homeostase do organismo. Trata-se de uma modificação do estado de consciência que colabora para o bom funcionamento das seguintes atividades: endócrinas; controle térmico; aprendizado; consolidação da memória; renovação de componentes celulares; conservação e restauração de energia^{1,2}.

Sob essa perspectiva, as desordens do sono podem culminar em redução da qualidade de

vida, atrapalhando as condições físicas, cognitivas, comportamentais e profissionais de um indivíduo^{2,3}. Para que o estado de vigília, seja adequado, o adulto necessita de uma associação qualitativa e quantitativa de sono, sendo esta expressa na recomendação de 8 horas diárias dormidas^{2,4}.

Através de padrões típicos de eletroencefalograma, observa-se a existência de estágios do sono, os quais podem ser analisados por meio da polissonografia. Um desses estágios é o sono de movimentos oculares não rápidos (NREM), composto por 3 etapas (N1, N2, N3) que se comportam em grau

Afiliação dos autores:

[†] Discente do Curso de Medicina da Universidade de Taubaté, Taubaté, SP, Brasil

[‡] Docente do Curso de Medicina da Universidade de Taubaté, Taubaté, SP, Brasil

* Email de correspondência: tainne93@hotmail.com

Recebido em: 19/03/20. Aceito em: 03/06/20.

crescente de profundidade. O próprio é caracterizado pela lentificação progressiva da atividade cerebral, pelo relaxamento muscular com manutenção do tônus, além da diminuição dos movimentos corporais, ao passo que a respiração e o eletrocardiograma (ECG) mantêm-se regulares. Já o outro estágio do sono, o de movimentos oculares rápidos (REM), apresenta-se com hipotonia ou atonia muscular, movimentos corporais fásicos e conservação da respiração e das ondas eletroencefalográficas irregulares. Durante a fase REM acontece a maior parte dos sonhos, os quais também podem ocorrer em outras etapas do sono³. Tais estágios constituem o ciclo sono-vigília que, normalmente, se dá na seguinte ordem: vigília, N1, N2, N3 e REM⁵.

Sabe-se que durante a fase de sono REM, predomina a liberação de acetilcolina, a qual se relaciona as funções cognitivas. Os sonhos da fase REM são mais vívidos, estruturados, com maior participação do sonhador e são mais facilmente lembrados. Além disso, observou-se em estudos experimentais que a privação do sono REM ocasionou prejuízo em atividades perceptivas e perceptivo-motoras⁶.

A insônia é o transtorno do sono (TS) mais frequente na população. Trata-se de uma condição debilitante que consiste na dificuldade de iniciar o sono ou o manter, devido a sua má qualidade, apesar da existência de oportunidades adequadas para dormir^{4,5}. Além disso, para que o diagnóstico desse transtorno do sono seja firmado, é necessária a presença de pelo menos uma das seguintes queixas: fadiga, dificuldade de concentração e memória, déficit de atenção, disfunção sexual, prejuízo profissional ou acadêmico, sonolência diurna excessiva, falta de motivação e energia, tensão, irritabilidade, propensão a acidentes e erros no trabalho ou em atividades cotidianas, cefaleias, sintomas gastrointestinais e preocupação com o sono³.

O ciclo sono-vigília é dependente de uma interação dinâmica entre neurotransmissores que promovem o estado de despertar (noradrenalina, serotonina, acetilcolina, dopamina e orexina) e aqueles relacionados à promoção do sono, como o ácido gama-aminobutírico (GABA), glicina, melatonina e adenosina. O desequilíbrio entre essas substâncias relaciona-se com a neurobiologia da insônia⁷.

Sabe-se que existem mecanismos comportamentais e psicológicos relacionados ao desenvolvimento e à perpetuação da insônia. Os quadros de insônia podem ser precipitados por um evento estressor, de modo que há a possibilidade de uma ligação negativa entre o sono, o horário de dormir e o ambiente no qual se dorme⁸. A restrição e a fragmentação do sono também fazem parte dos agentes causais de privação do sono².

Nesse contexto, é possível estabelecer uma associação entre a realidade da rotina médica e o desenvolvimento da insônia. Esse vínculo também foi abordado em estudo realizado por Aldrees *et al.*⁹,

o qual demonstrou que 86% dos médicos avaliados eram acometidos pela privação do sono. Sabe-se que a prática da medicina requer dedicação de tempo; responsabilidade; gerenciamento de emoções pessoais dos pacientes e seus familiares. Além disso, pesquisas demonstraram longas jornadas de trabalho, múltiplos vínculos empregatícios e condições insatisfatórias de exercício da profissão, tais como, baixa remuneração, falta de reconhecimento e autonomia, infraestrutura inadequada^{10,11,12}.

Dessa maneira, a carga horária exaustiva, a pressão gerada pelo próprio ambiente de trabalho e a incumbência de lidar com vidas, constituem fatores estressores que podem resultar em fragmentação do sono, de modo a propiciar um sono de qualidade e quantidade inadequadas¹¹. Com o objetivo de reduzir os impactos causados pela privação do sono, o insone tende a apresentar hábitos inapropriados, tais como a prática de cochilos diurnos, uso excessivo de cafeína, álcool e substâncias promotoras do sono⁸.

Nesse âmbito, os médicos, frente à facilidade oferecida pela profissão, tendem a se autodiagnosticar e automedicar, de forma que o abuso de substâncias sedativas ou estimulantes se insere nesse meio^{11,13}. Segundo estudo realizado por Alves *et al.*¹⁴ acerca do perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química, as substâncias mais consumidas pela classe médica em ordem decrescente foram álcool, cocaína, benzodiazepínicos, maconha, opiáceos, anfetaminas e solventes.

Os estimulantes do sistema nervoso central (SNC) são utilizados com a finalidade de auxiliar a manutenção da vigília. Dentre esses, pode-se citar a efedrina, a anfetamina e a cafeína. Essas atuam causando um aumento da latência ou redução do tempo total de sono².

Quanto às substâncias propiciadoras do sono, os sedativos hipnóticos são a base da terapia farmacológica da insônia. No entanto, outras drogas podem ser utilizadas com a mesma finalidade, como os antidepressivos, os ansiolíticos, os antiepiléticos, os anti-histamínicos e os fármacos relacionados à melatonina⁵. Grande parte das medicações comercializadas para insônia contém em sua fórmula anti-histamínicos e melatonina, sendo que os primeiros são eficientes para insônia suave durante um curto período de tempo, devido à rápida capacidade de gerar tolerância. Esses também possuem efeitos colaterais anticolinérgicos difusos e sistêmicos⁷. Anti-histamínicos e álcool são as substâncias mais utilizadas sem prescrição médica, sendo que o último pode gerar vício e piorar o TS⁵.

A melatonina atua no ciclo circadiano e é um hormônio visto como um complemento natural. Contudo, possui efeitos graves, como arritmias cardíacas, alteração da pressão arterial, da motilidade gástrica e do metabolismo da glicose. Os medicamentos

frequentemente utilizados para controlar esse TS agem por via GABAérgica, como o Zolpidem e a Zopiclona, ou melatoninérgica central⁷.

Alguns medicamentos off-label são utilizados para o tratamento da insônia, tais como os Benzodiazepínicos (BZD), antidepressivos tricíclicos e antipsicóticos atípicos⁵. Os medicamentos antidepressivos com propriedades sedativas podem ser administrados para o tratamento desse TS e incluem os antidepressivos tricíclicos (Doxepina, Nortriptilina, Amitriptilina), o antidepressivo tetracíclico (Mirtazapina) e o inibidor seletivo da recaptção da serotonina (Trazodona)¹⁵.

Os BZDs e os Agonistas dos receptores GABA-A são medicamentos, geralmente, bem tolerados. Cada um possui um tempo de meia vida, o que é relevante, visto que permite um maior controle sobre a duração da sedação. Fármacos com meia vida curta são indicados para iniciar e manter o sono. Esse é o caso do Zolpidem e da Zopiclona, que reduzem a latência do sono e não causam uma sedação residual no dia seguinte⁵. Os BZDs, por sua vez, provocam sedação residual durante o dia, além de efeitos como sedação diurna, risco de quedas, confusão, exacerbação de dificuldades respiratórias subjacentes e problemas de memória de curto prazo. Além disso, foi descoberta uma possível relação entre o uso de BZDs e a doença de Alzheimer¹⁵. Deve-se salientar, além disso, que o uso de desse tipo de fármaco pode causar insônia após a sua retirada^{2,12}.

Frente ao embasamento científico desse trabalho, observou-se uma escassez de estudos referentes à prevalência da insônia no meio médico e o uso de substâncias relacionadas. Isso constitui um fator alarmante, visto que a classe médica apresenta fatores de risco para o desenvolvimento desse tipo de transtorno do sono. A privação do sono e a consequente adoção de comportamentos inadequados referentes a ela, como o uso de substâncias sedativas ou estimulantes do SNC, podem acarretar danos à vida profissional, à integridade física e emocional dos médicos, justificando o presente estudo.

Material e Método

Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo transversal, quantitativo com abordagem descritiva, no qual um questionário formulado pelos pesquisadores a partir de revisão de literatura de trabalhos publicados relacionados à insônia e o Consenso Brasileiro da Insônia de 2013. Foi aplicado presencialmente em setembro de 2018 a 34 professores médicos especialistas da Universidade de Taubaté, os quais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, no Hospital Universitário de Taubaté. Os critérios de exclusão foram: médicos sem especialidade

e os não atuantes no Hospital Universitário de Taubaté.

Procedimentos de coleta dos dados

Os dados foram coletados a partir de um questionário de autopreenchimento, elaborado e entregue presencialmente pelos pesquisadores, contendo 12 questões, fechadas e abertas, contendo sexo, idade, especialidade, ano de formatura, horas de trabalho semanal, horas de sono por dia, sobre dificuldade para iniciar o sono, presença de despertares noturnos, acordar antes do previsto, lembrança dos sonhos, sensação de sono reparador, sintomas, uso de substâncias para se manter acordado e para induzir o sono e por fim se possui alguma psicopatologia. Os questionários não continham identificação do participante, sendo entregue em envelope lacrado, separadamente ao termo de consentimento livre e esclarecido.

Análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados percentualmente e interpretados de forma universal e separada, analisadas primeiramente quanto a presença ou ausência de insônia, seguida de análises quanto a idade, sexo, especialidade, carga horária de trabalho, tempo de sono, sintomas físicos, lembrança de sonhos, uso de substâncias, sendo expostas quantitativamente na forma de gráficos e tabelas, utilizando o software Excel do Office 2011 para MAC.

Aspectos éticos

Conforme a Resolução 466/12, que trata de questões éticas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, da qual resultam princípios como autonomia, não maleficência beneficência, justiça e equidade, participaram do estudo professores médicos que atuam na Universidade de Taubaté e que foram devidamente informados sobre o estudo, autorizaram o uso das informações para publicação de resultados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O trabalho intitulado teve início após aprovação da instituição e do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade de Taubaté Professor Robinson Baroni (aprovado pelo CAAE 94887518.9.0000.5501).

Resultados

Participaram do presente trabalho 34 médicos especialistas, os quais foram classificados como insones ou não insones, a partir da análise de suas respectivas respostas, segundo os critérios diagnósticos do Consenso Brasileiro da Insônia de 2013. Conforme demonstrado na tabela 1, 16 médicos (47,06%) foram considerados insones, ao passo que 18 (52,94%) não cumpriram os critérios necessários para caracterização

Tabela 1. Número e proporção de médicos considerados insones ou não insones de acordo com a idade, baseado em critérios diagnósticos do Consenso Brasileiro da Insônia de 2013.

Idade	Insone (%)	Não Insone (%)	Total (%)
30-40 anos	10 (50%)	10 (50%)	20 (100%)
41-50 anos	5 (50%)	5 (50%)	10 (100%)
51-59 anos	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
60-70 anos	0 (0%)	2 (100%)	2 (100%)
Total	16 (47,06%)	18 (52,94%)	34 (100%)

Tabela 2. Número e proporção de médicos considerados insones ou não insones de acordo com a especialidade, segundo os critérios diagnósticos do Consenso Brasileiro da Insônia de 2013.

Especialidade	Insone (%)	Não Insone (%)	Total (%)
Cirurgia Geral	1 (33,33%)	2 (66,67%)	3 (100%)
Ortopedia	3 (75%)	1 (25%)	4 (100%)
Clínica Médica	3 (33,33%)	6 (66,67%)	9 (100%)
Ultrassonografia	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
Ginecologia e Obstetria	1 (25%)	3 (75%)	4 (100%)
Anestesiologia	2 (50%)	2 (50%)	4 (100%)
Endoscopia	1 (100%)	0 (%)	1 (100%)
Pediatria	4 (57,14%)	3 (42,86%)	7 (100%)
Psiquiatria	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
Total	16 (47,06%)	18 (52,94%)	34 (100%)

desse distúrbio do sono, sendo categorizados, assim, como não insones.

A prevalência de insônia entre médicos segundo o sexo foi um dos parâmetros avaliados no questionário. Constatou-se que das 14 mulheres participantes do estudo, seis foram consideradas insones (42,86%). E dentre os 20 homens avaliados, dez foram considerados insones (50%). Assim, perante a avaliação proporcional, a insônia se fez mais presente no sexo masculino do que no feminino.

A idade da amostra estudada variou entre 30 a 61 anos, sendo que mais da metade dessa (58, 83%) apresentava faixa etária entre 30 e 40 anos. A prevalência de insones neste grupo etário foi de 50%, correspondendo a 29,41% da totalidade de indivíduos que responderam o questionário. A tabela 1 evidencia que a prevalência de insones dentro do intervalo entre 41 e 61 anos também se manteve em 50%, enquanto que

entre 61-70 anos foi de 0%.

Mediante a correlação da insônia com as especialidades médicas, observou-se que em algumas das áreas analisadas, o número de profissionais com o distúrbio do sono foi superior ao de não insones, como é o caso da Ortopedia e Pediatria. Setenta e cinco por cento dos ortopedistas constituintes da pesquisa foram tidos como insones. Já a prevalência da insônia na área da Pediatria foi de 57,14%. Devido ao número de participantes do estudo, não foi possível estabelecer comparação entre as especialidades (tabela 2).

A tabela 3 demonstra que há mais médicos, tanto em número absoluto quanto em porcentagem, que trabalham mais de 60 horas por semana no grupo de insones quando comparado ao de não insones. A prevalência da carga horária superior a 60 horas semanais entre os indivíduos com o distúrbio do sono é de 56,25%, ao passo que no grupo sem insônia é de

Tabela 3. Número e proporção de médicos considerados insones ou não insones de acordo com horas de trabalho semanal, segundo os critérios diagnósticos do Consenso Brasileiro da Insônia de 2013.

Horas de Trabalho/semana	Insone (%)	Não Insone (%)	Total (%)
30-40 horas	2 (50%)	2 (50%)	4 (100%)
41-50 horas	4 (57,14%)	3 (42,86%)	7 (100%)
51-60 horas	0 (%)	6 (100%)	6 (100%)
61-70 horas	2 (33,33%)	4 (66,67%)	6 (100%)
71-80 horas	4 (66,67%)	2 (33,33%)	6 (100%)
81-90 horas	2 (66,67%)	1 (33,33%)	3 (100%)
Acima de 100 horas	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
Não respondeu	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
Total	16 (47,06%)	18 (52,94%)	34 (100%)

43,75%.

Considerando a relação: portadores da insônia e horas de sono por dia, verificou-se que mais da metade desses (63,64%) apresentava um tempo inferior a 6 horas de sono. Já no grupo dos não insones, 60,86% dos indivíduos informaram dormir 6 horas ou mais diariamente.

A figura 1 trata dos critérios diagnósticos para insônia, conforme o Consenso Brasileiro da insônia de 2013. O próprio reflete que 38% dos médicos considerados insones apresentam os três critérios passíveis de caracterizar esse distúrbio do sono, sendo estes “sono não reparador + dificuldade em iniciar o

sono + despertares noturnos + pelo menos 1 sintoma associado à privação de sono”. A segunda maior prevalência (31%) fica atribuída a insones, assim categorizados, por apresentarem “sono não reparador + despertares noturnos + pelo menos 1 sintoma”. Dezenove por cento dos médicos com insônia apresentaram “sono não reparador e pelo menos um sintoma”. Os 12% restantes da totalidade de indivíduos com essa classificação foram divididos de forma equivalente entre os parâmetros “dificuldade para iniciar o sono e pelo menos 1 sintoma”, e “dificuldade para iniciar o sono + despertares noturnos+ pelo menos 1 sintoma”.

A tabela 4 revela que mais de metade dos insones

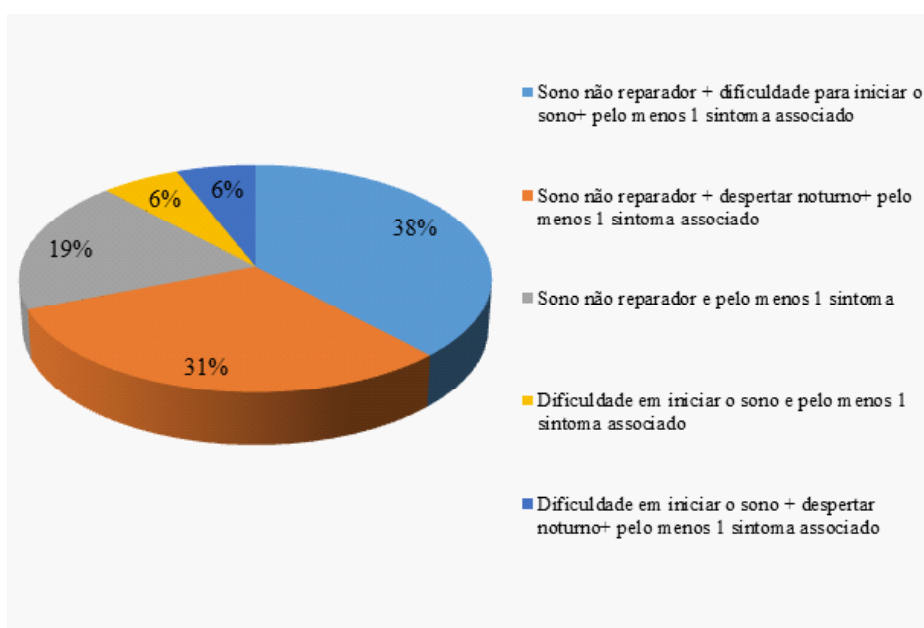


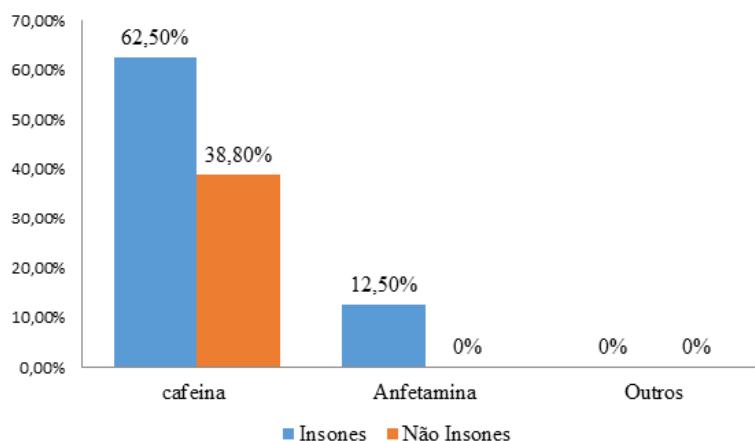
Figura 1. Médicos considerados insones, segundo Critérios do Consenso Brasileiro da Insônia de 2013.

Tabela 4. Número e proporção de médicos considerados insones ou não insones de acordo com a lembrança dos sonhos.

Lembram dos Sonhos	Insone (%)	Não Insone (%)	Total (%)
Sim	10 (55,56%)	8 (44,44%)	18 (100%)
Não	6 (37,5%)	10 (62,5%)	16 (100%)
Total	16	18	34

Tabela 5. Sintomas associados à privação do sono entre insones e não insones, baseado no Consenso Brasileiro de Insônia de 2013.

Sintomas	Insones (%)	Não insones (%)
Fadiga	56,25%	11,11%
Irritabilidade	50%	11,11%
Sintomas do Trato Gastrointestinal	50%	0%
Cefaleia	43,75%	33,33%
Sonolência Diurna Excessiva	43,75%	6%
Preocupação Excessiva com a Privação de Sono	43,75%	5,55%
Dificuldade de Concentração	43,75%	0
Falta de motivação e energia	37,50%	5,55%
Dificuldade de Memorização	37,50%	0%

**Figura 2.** Proporção de médicos considerados insones ou não insones, segundo o Consenso Brasileiro da Insônia de 2013, associada ao uso de substâncias para se manter acordados.

(55,56%) se lembra dos sonhos ao despertar, ao contrário do que é visto no grupo dos não insones, no qual 62,50% dos indivíduos relatam que não se recordam dos sonhos quando despertam.

Os dados extraídos do questionário apontam que o sintoma mais relatado entre os insones foi à fadiga (56,25%), seguido por irritabilidade (50%) e

sintomas do TGI (50%). As demais sintomatologias descritas na Tabela 5 foram referidas por menos da metade dos médicos considerados insones. O sintoma mais prevalente no grupo não insone foi à cefaleia (33,33%).

A figura 2 estabelece relação entre a insônia e o uso de substâncias psicoativas. Tanto no grupo dos

insones como no dos não insones a substância de uso mais prevalente foi a cafeína, com a porcentagem de 62,50% no primeiro e 38,88% no segundo. A anfetamina também foi citada pelos portadores de insônia, sendo que 12,50% desses informaram fazer uso de tal substância.

Quanto à quantidade de cafeína ingerida pela amostra do estudo, utilizou-se da medida xícaras/semana para se estabelecer análise estatística (Tabela 6). A maior porcentagem observada entre os insones foi de 40%, entre aqueles que informaram beber de 15 a 40 xícaras por semana. No grupo dos não insones, a maior porcentagem foi de 57,14%, referente aos que manifestaram ingerir de 7 a 14 xícaras semanais de café.

Quanto ao uso de substâncias promotoras do sono, a figura 3 expressa que só foi manifestado pelos médicos insones o uso de álcool, fármacos que não fitoterápicos e fitoterápicos. A substância cuja utilização foi mais prevalente foi o álcool (43%), seguida da associação de um fármaco mais um fitoterápico (29%), ao passo que

as proporções do uso isolado de fármacos e fitoterápicos foram equivalentes (14%).

Discussão

O presente estudo utilizou-se de um questionário como instrumento de análise da presença ou não de insônia no meio médico e o uso de substâncias relacionadas. Considerando a subjetividade inerente a esse instrumento de pesquisa, visto que o preenchimento do questionário é dependente da interpretação individual sobre o próprio, o trabalho se baseou nos critérios diagnósticos do Consenso Brasileiro da Insônia de 2013, a fim de classificar de forma objetiva a população estudada em dois grupos: “insones” ou “não insones”. Para a categorização no grupo de portadores desse distúrbio do sono, os parâmetros utilizados foram: a presença de dificuldade em iniciar o sono ou/e sono não reparador ou/e despertares noturnos associados a pelo

Tabela 6. Número e proporção de médicos considerados insones, segundo o Consenso Brasileiro de Insônia de 2013, e número de xícaras de café ingeridas por semana.

Xícaras/semana	Insone (%)	Não Insone (%)
7-14 xícaras	1 (10%)	4 (57,14%)
15-40 xícaras	4 (40%)	2 (28,57%)
41-56 xícaras	3 (30%)	0 (0%)
70 xícaras	1 (10%)	1 (14,28%)
Não respondeu	1 (10%)	0 (0%)
Total	10	7

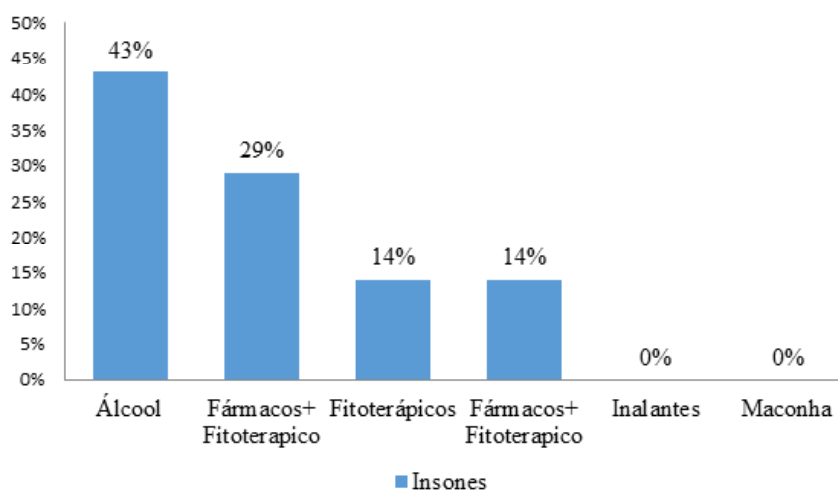


Figura 3. Proporção de médicos considerados insones, segundo o Consenso Brasileiro da Insônia de 2013 e uso de substâncias promotoras do sono.

menos um sintoma relacionado à privação do sono⁸.

A avaliação dos questionários do ponto de vista estatístico demonstrou que a prevalência de insones entre os participantes do estudo, apenas médicos especialistas, foi 47,06%, valor superior ao encontrado no estudo de Neves e Macedo¹⁶, no qual 6 a 10% da população geral cumpriu os critérios diagnósticos desse distúrbio do sono. A partir desses dados, é possível estabelecer uma relação entre a atividade médica e a insônia. No entanto, devido à dimensão da amostra estudada, não se pode inferir que o exercício da Medicina é fator, necessariamente, predisponente a tal desordem do sono. Devido ao número de médicos de cada especialidade ter sido reduzido, não foi possível concluir em qual área médica a insônia é mais prevalente, visto que os inquiridos podem não representar o perfil geral dos médicos da especialidade que exercem.

Os dados obtidos nesse trabalho revelaram que, dentre os médicos classificados como insones, apenas dois referiram ter psicopatologias. Essas podem estabelecer conexão direta ao distúrbio do sono em questão, aumentando o risco ou desencadeando seu desenvolvimento. Sob essa perspectiva, a grande maioria dos médicos categorizados como portadores de insônia se adequam ao conceito de transtornos primários do sono, os quais não se relacionam às afecções psíquicas. Esses estão ligados às modificações dos mecanismos de sono-vigília¹⁷.

Fatores biológicos estão vinculados ao desenvolvimento de desordens do sono. Atualizações bibliográficas demonstraram que a insônia, quando avaliada frente à população geral, é mais comum no sexo feminino¹⁶. Não obstante, nesse trabalho, assim como no realizado por Marques *et al*¹⁸, a insônia teve maior prevalência no sexo masculino, tendo médicos especialistas como amostra desses estudos.

Quanto à idade, o trabalho concluiu que a insônia foi mais recorrente entre os médicos na faixa etária adulta (entre 30 e 59 anos) que naqueles que se encontram na terceira idade (a partir de 60 anos). Partindo-se da premissa de que os indivíduos com faixa etária superior a 60 anos apresentam mais anos de formação, o que foi confirmado pela análise dos questionários, pode-se estabelecer uma relação com o estudo de Junior *et al*¹⁹, o qual sugere que os transtornos do sono são mais frequentes nos médicos recém-formados, sendo a incidência diminuída ao longo dos anos, visto que, com o tempo, esses profissionais acabam se adaptando às dificuldades e à rotina médica.

Segundo Monti¹⁷, os transtornos primários do sono podem, ainda, ser agravados por fatores de condicionamento. O tempo de sono dormido por noite se enquadra como um fator de condicionamento aos transtornos primários do sono, uma vez que as poucas horas dormidas podem perpetuar a dificuldade em iniciar ou manter o sono, gerar um sono não reparador,

além de sintomas associados. De acordo com o trabalho de Pereira *et al*²⁰, a recomendação de sono diário na fase adulta é de aproximadamente 8 horas, o que diverge do tempo dormido por noite entre a população dos insones do presente estudo. Mais da metade dos médicos classificados como portadores de insônia (63,64%) informaram dormir menos de 6 horas por noite.

Mais de metade dos insones (55,56%) se lembra dos sonhos ao despertar, ao contrário do que é visto no grupo dos não insones, no qual 62,50% dos indivíduos relatam que não se recordam dos sonhos quando despertam. Esse resultado obtido diverge do esperado em indivíduos insones, uma vez que muitos apresentam diminuição da fase REM, sendo essa a fase em que os sonhos são mais vividos, com maior participação do sonhador e, portanto, mais lembrados⁶.

As cargas horárias extensas de trabalho também podem ser consideradas como formas de condicionamento atreladas à insônia, já que podem deixar os indivíduos mais propensos a estresses e preocupações, o que se coaduna com uma possível privação do sono. Além disso, é comum no meio médico escalas de plantão de várias horas laborais contínuas durante o período noturno, acarretando em sono fragmentado e não reparador. Desse modo, é possível justificar o que foi encontrado neste trabalho: o número de médicos com carga horária superior a 60 horas por dia no grupo dos insones foi maior que no dos não insones²¹.

A insônia pode culminar em redução da qualidade de vida, prejudicando as condições físicas e cognitivas de uma pessoa, de modo a desencadear sintomas. Dentre as sintomatologias abordadas no questionário e relacionadas à privação de sono, a fadiga foi a mais prevalente. Essa foi uma queixa referida e recorrente, também, no trabalho realizado por Marques *et al*¹⁸ com médicos da família e comunidade de Portugal. Assim, pode-se inferir a importância do sono para a manutenção da homeostase do organismo e da restauração de energia.

Visando amenizar os sintomas relacionados à privação do sono, tal como a fadiga e sonolência diurna excessiva, os insones, muitas vezes, adotam comportamentos inadequados, como uso excessivo de substâncias psicoativas e promotoras do sono. A privação do sono e os hábitos adotados referentes a ela podem ocasionar prejuízo da vida profissional, aumentando a chance de acidentes de trabalho e, no âmbito da medicina, de erros prejudiciais à vida de segundos^{8,22}.

Este trabalho evidenciou o uso de substâncias psicoativas como medida comportamental frente às consequências da privação do sono. Dentre elas, a preponderante foi a cafeína, sendo que 62,50% dos insones relataram ingeri-la. As anfetaminas foram outras substâncias cujo uso foi referido. Tanto a cafeína quanto as anfetaminas são drogas estimulantes do SNC que agem no aumento da latência do sono, promovendo,

desse modo, a vigília necessária para vencer a sonolência diurna e outros impactos relativos à insônia². Nesse contexto, é possível entender, ainda, o resultado obtido quanto ao número de xícaras semanais de café consumidas pela amostra do estudo, o qual revelou que os médicos pertencentes ao grupo dos insones ingerem quantidades maiores da substância quando comparado ao dos não insones.

Quanto ao uso de substâncias promotoras de sono, a que mais apareceu nos questionários foi o álcool, o que permite estabelecer uma correlação com o trabalho de Alves et al¹⁴, que revela que entre os médicos com dependência química, o álcool é a droga cujo uso foi mais prevalente (34,3%). Nessa perspectiva, o consumo de álcool com a finalidade de promoção do sono é explicado, uma vez que o próprio age diminuindo a latência do sono, aumentando o sono NREM e diminuindo o REM poucas horas após sua ingestão. Em contrapartida, devido ao seu rápido metabolismo e consequente diminuição de concentração sérica, o indivíduo pode apresentar despertares, além de um possível fenômeno rebote do sono REM²³. Desse modo, o álcool pode perpetuar a insônia. Outras drogas citadas como indutores do sono no estudo foram: Melatonina, Passiflora, Cloridrato de Clorbenzaprina, Hemitartrato de Zolpidem e Alprazolam.

Considerando que o presente estudo revelou um número significativo de insones no meio médico e que há carência de informações que abordam tal distúrbio do sono e o uso de substâncias relacionadas nessa população em específico, faz-se imprescindível maior atenção acerca do tema.

Conclusões

O estudo concluiu que a insônia é um transtorno recorrente no meio médico, com prevalência superior àquela encontrada na população geral. Essa desordem do sono causa prejuízos físicos e psíquicos aos seus portadores, aspecto abordado no questionário por meio do interrogatório sobre os sintomas associados à insônia, dentre os quais o mais relatado foi a fadiga. Tais sintomas acabam por prejudicar o desempenho social e ocupacional dos insones, que, muitas vezes, adotam hábitos inadequados para compensar a privação do sono e suas consequências.

Nesse prisma, pode-se citar o consumo de substâncias estimulantes do sistema nervoso central e indutoras do sono, dado que no trabalho foi relatado o uso, principalmente, de cafeína e álcool. Em contrapartida, a análise literária elucidou que os mecanismos compensatórios podem ser fatores que perpetuam o distúrbio do sono, como ocorre com o efeito rebote referente ao etilismo.

Diante da escassez de estudos referentes à

qualidade do sono no meio médico, faz-se necessário discutir os efeitos deletérios da insônia e de substâncias relacionadas ao transtorno, sob a ótica da saúde desses profissionais. Assim, é fundamental que os distúrbios referentes ao sono sejam diagnosticados precocemente, visto que se trata de um processo vital para o funcionamento adequado do organismo, de modo a proporcionar uma reparação física e mental associada ao bom exercício da profissão.

Comitê de Ética

Trabalho aprovado no dia 18 de Setembro de 2018 pelo Comitê de Ética Professor Robinson Baroni da Universidade de Taubaté, número do parecer 2.900.557.

Referências

- Gomes MM, Quinbones MS, Engelhardt E. Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. *Rev Bras Neuro* 2010; 46(1): 5-15.
- Ribeiro CR, Silva YMGP, Oliveira SMC. O impacto da qualidade do sono na formação médica. *Rev Soc Bras Clin Med* 2014; 12(1): 8-14.
- Kubota AMA, Silva MNRMO, Masioli AB. Aspectos da insônia no adulto e a relação com o desempenho ocupacional. *Rev Ter Ocup Univ* 2014; 25(2): 119-25.
- Maruichi MD, Takamune DM, Silva JBT, Otani VHO. Avaliação da prevalência de insônia associada a medidas de higiene do sono em usuários do Centro de Saúde Escola Barra Funda Dr. Alexandre Vranjac. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo* 2011; 56(2): 61-4.
- Neves GSML, Giorelli AS, Florido P, Gomes MM. Transtorno do sono: visão geral. *Rev Bras Neurol* 2013; 49(2): 57-71.
- Cheniaux E. Os sonhos: integrando as visões psicanalítica e neurocientífica. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul* 2006; 28(2): 169-177.
- Gulyani S, Salas RE, Gamaldo CE. Sleep Medicine Pharmacotherapeutics Overview: Today, Tomorrow, and the Future (Part 1: Insomnia and Circadian Rhythm Disorders). *Chest* 2012; 142(6): 1659-68.
- Bacelar A, Pinto Jr. LR. Associação Brasileira do Sono. Insônia do diagnóstico ao tratamento: III Consenso Brasileiro de Insônia. 1ªed. São Paulo: Omnifarma; 2013.
- Aldrees TM, Aleissa S, Zamakhshary M, Badri M, Sadet - Ali M. Physician well-being: prevalence of burnout and associated risk factors in a tertiary hospital, Riyadh, Saudi Arabia. *Ann Saudi Med* 2013; 33(5): 451-6.
- Lourenção LG, Moscardini AG, Soler ZASG. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(1): 81-91.
- Torres AR, Ruiz T, Müller SS, Lima MCP. Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos: uma autoavaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(2): 264-75.
- Gracino ME, Zitta ALL, Mangili OC, Massuda EM. A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. *Rev saúde e debate* 2016; 40(110): 244-63.
- Shanafelt TD, Balch CM, Dytbye L, Bechamps G, Russel T, Satele D, et al. Suicidal ideation among american surgeons. *Arch Surg* 2011; 146(1): 54-62.
- Alves HNP, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques ACPR, Ramos SP, Laranjeira RR. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51(3): 139-43.

15. Fine L. Sleep: important considerations in management of pain. *Phys Med Rehabil. Clin N Am* 2015; 26(2): 301-8.
16. Neves GSML, Macedo P, Gomes MM. Transtornos do sono: atualização (1/2). *Rev Bras Neurol* 2017; 53 (3): 19-30.
17. Monti JM. Insônia primária: diagnóstico diferencial e tratamento. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22 (1): 31-4.
18. Marques C, Nunes G, Ribeira T, Santos N, Teixeira R. Hábitos de sono em médicos de família. *Rev Port Clin Geral* 2005; 21: 555-61.
19. Junior PHH, Alencar FS, Nobre JOC. O trabalho médico nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) e a propensão ao desenvolvimento de distúrbios psicológicos. *Id On Line Rev Multi Psic* 2018; 41(12): 39-51.
20. Pereira EF, Barbosa DG, Andrade RB, Claumann GS, Pelegrini A, Louzada FM. Sono e adolescência: quantas horas os adolescentes precisam dormir?. *J Bras Psiquiatr* 2015; 64 (1): 40-4.
21. Purim KSM, Guimarães ATB, Titski ACK, Leite N. Privação do sono e sonolência excessiva em médicos residentes e estudantes de medicina. *Rev Col Bras Cir* 2016; 43(6): 438-444.
22. Handel DA, Raja A, Lindsell CJ. The use of sleep aids among Emergency Medicine residents: a web based survey. *BMC Health Serv Res* 2006; 6 (1): 136.
23. Lucchesi LM, Pradella-Hallinan M, Lucchesi M, Moraes WAS. O sono em transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(1): 27-32.