

Hábitos de sono em médicos de família

CÁTIA MARQUES*, GILDA NUNES*, TIAGO RIBEIRA*,
NUNO SANTOS*, RICARDO TEIXEIRA*

RESUMO

Introdução: As perturbações do sono são frequentes em médicos. O modo como os hábitos de sono afectam a prática clínica tem sido alvo de interesse. Está demonstrado que os clínicos com hábitos de sono correctos estão mais aptos para o exercício da profissão. É importante conhecer os padrões de sono dos médicos, tendo em vista a promoção da sua saúde e da boa prática profissional.

Objectivos: Conhecer os hábitos de sono dos Médicos de Família (MF) nos dias úteis, fins-de-semana e após serviço nocturno; avaliar a qualidade do sono; determinar a frequência de insónia; caracterizar o conteúdo onírico; determinar o consumo de benzodiazepinas (BZ) e de estimulantes.

Métodos: Realizou-se um estudo descritivo transversal, em Novembro e Dezembro de 2004, através de questionários auto-preenchidos, numa amostra de conveniência de MF dos Centros de Saúde (CS) de Benfica, Odivelas, Alvalade, Angra do Heroísmo, Melgaço, Monção e da Rede MGFamiliar. **Resultados:** Obtivemos 84 respostas; idade média 44,3 anos (DP=8,6); 51,2% do sexo masculino. O número de horas de sono considerado ideal para 71,4% da amostra é de 8. 21,4% dormem 8 horas diárias ou mais durante os dias úteis; 55,9% dormem em média 8 horas ou mais por noite aos fins-de-semana. Dos inquiridos, 63,1% pertenciam a um CS urbano. Dos 19% MF que efectuam serviço nocturno, 56,4% dormem 8 horas ou mais no dia seguinte. 10,7% dos MF consideram o seu sono não repousante, sentindo-se fatigados todos ou quase todos os dias; 29,8% sentem dificuldade de concentração e sonolência diurna e 9,5% acorda com cefaleias. 21,4% têm queixas de insónia pelo menos uma ou duas vezes por mês, sendo que 8,3% têm estas queixas diariamente. 20,2% costumam ter sonhos angustiantes ou pesadelos, no mínimo uma ou duas vezes por mês. 7,1% admitem a toma diária de BZ. 69,0% tomam algum tipo de estimulante todos ou quase todos os dias, sendo o café a substância preferida por 73%. O consumo de café é de um a três por dia em 80,6% dos casos.

Conclusões: Destaca-se a elevada percentagem de MF a dormir menos horas que aquelas que consideram o ideal para si. Verifica-se que existe uma proporção significativa que considera o seu sono não repousante. As queixas de insónia são um problema frequente. Ao contrário do que acontece com o consumo de BZ, o consumo de estimulantes é usual.

Palavras-Chave: Hábitos do Sono; Médicos de Família.

INTRODUÇÃO

A privação de sono e os seus efeitos no desempenho médico sempre foram objecto de discussão na comunidade médica; no entanto, cada vez mais este tema é abordado pela opinião pública.

Muitos estudos demonstram que a qualidade dos cuidados ao doente pode ser afectada pelos níveis de *stress* dos

profissionais de saúde, em particular dos médicos¹. Sabemos que os médicos sofrem mais frequentemente níveis elevados de pressão psicológica e depressão do que noutras profissões^{2,3}.

As causas de *stress* são claramente complexas. Estudos feitos em diferentes áreas de trabalho demonstraram que, mais do que a sobrecarga horária, é a privação de sono que esta provoca a maior causa de *stress* ou depressão¹, aspecto este já confirmado na carreira médica⁴.

Estudos publicados há mais de 30 anos demonstraram que médicos em condições de privação de sono cometiam mais erros na interpretação de electrocardiogramas. Publicações mais recentes, como a de Robbins e colaboradores em 1990 e outras investigações realizadas na Faculdade de Medicina da Virginia, demonstraram que, após uma noite de banco, as funções cognitivas estavam diminuídas⁴.

As consequências da privação de sono incluem sonolência diurna, perturbações do humor e do comportamento, baixo rendimento, aumento de risco de traumatismos severos e aumento da vulnerabilidade para abuso de substâncias psicoactivas⁵.

Intimamente relacionadas com a privação de sono surgem as queixas de insónia. Estima-se que 15 a 35% da população adulta sofra de insónia⁶, a qual se vai agravando com a idade. Trata-se de uma queixa subjectiva que se relaciona com o padrão de sono (dificuldade em adormecer, tempo de sono insuficiente, despertares frequentes ou pro-

*Alunos do 6º ano da disciplina de Medicina Geral e Familiar Faculdade de Medicina de Lisboa

longados, variabilidade do padrão de noite para noite), a qualidade do mesmo (ansiedade ou agitação antes ou durante o sono, sensação de cansaço ao acordar, experiências de sono negativas ou desagradáveis, como a presença de pesadelos) e as suas correlações diurnas (sonolência, fadiga, tensão, irritabilidade, dificuldade de concentração ou de resolução de problemas durante o dia e sonolência diurna)⁷. Os estudos concretos sobre as queixas de insónia na comunidade médica não são muito numerosos, o que motiva investigação mais aprofundada.

No estudo dos padrões de sono é essencial ter em conta os estilos de vida, incluindo consumo de chá ou café, hábitos tabágicos, alcoólicos e medicação regular, mais especificamente o consumo de benzodiazepinas⁸.

Na última década, Portugal tornou-se o terceiro consumidor europeu de benzodiazepinas (BZ). A prevalência de prescrição de BZ no ano 2001 foi de 14,8%, sendo o consumo no sexo feminino duas vezes superior ao masculino e com tendência a aumentar depois dos 50 anos⁹. Tal facto torna imperativo o estudo do consumo desta substância também na comunidade médica. É pois importante conhecer os hábitos de sono dos MF. São interessantes do ponto de vista investigacional aspectos que possam ser alvo de acções educativas, como a promoção de saúde através da adopção de estilos de vida saudáveis.

Os objectivos deste trabalho foram:

- Conhecer os hábitos de sono dos MF durante os dias úteis, fim-de-semana e após realização de serviço nocturno
- Avaliar a qualidade de sono e suas correlações diurnas
- Caracterizar o conteúdo onírico (sonhos angustiantes/pesadelos)
- Determinar a frequência de insónias nos MF
- Determinar o consumo de BZ
- Determinar o consumo de estimulantes (café, chá, anfetaminas, outros)

MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo transversal durante os meses de Novembro e Dezembro de 2004.

Os dados foram recolhidos através de questionários auto-preenchidos (Anexo I) numa amostra de conveniência de MF (N=84) dos Centros de Saúde (CS) de Benfica, Odivelas, Alvalade, Angra do Heroísmo, Melgaço, Monção e da Rede MGFamiliar da internet.

As variáveis estudadas foram:

- i. Sexo
- ii. Grupo etário
- iii. Nº de horas de sono (dias úteis, fim-de-semana, após serviço nocturno)
- iv. Qualidade do sono e correlações diurnas (Sono não repousante, queixas de fadiga, dificuldade de concentração, sonolência diurna e cefaleias)
- v. Conteúdo onírico (sonhos angustiantes/pesadelos)
- vi. Insónia
- vii. Consumo de BZ/ansiolíticos
- viii. Consumo de estimulantes (café, chá, anfetaminas, outros)

Os resultados obtidos foram codificados e registados em suporte informático (Microsoft Excel[®]), utilizando o mesmo para o tratamento estatístico dos dados.

Foi solicitada e concedida autorização dos inquiridos para a realização do presente trabalho.

RESULTADOS

Oitenta e quatro médicos de família responderam ao questionário. A média de idades encontrada foi de 44,3 anos (DP=8,6), sendo a idade mínima de 26 e a idade máxima de 57 anos. Verificou-se predomínio do sexo masculino (51,2%). Dos inquiridos 63,1% pertenciam a um centro de saúde (CS) urbano e 36,9% a um CS rural.

QUADRO I

DISTRIBUIÇÃO POR SEXO E GRUPO ETÁRIO

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	43	51,2
Feminino	41	48,8
Idade (anos)		
25-34	18	21,4
35-44	9	10,7
45-54	54	64,3
55-64	3	3,6
≥ 65	0	0

Para 71,4% da população em estudo o número de horas de sono considerado ideal para os próprios foi de oito horas (Figura 1).

Dos inquiridos, 21,4% dormem oito ou mais horas diárias durante os dias

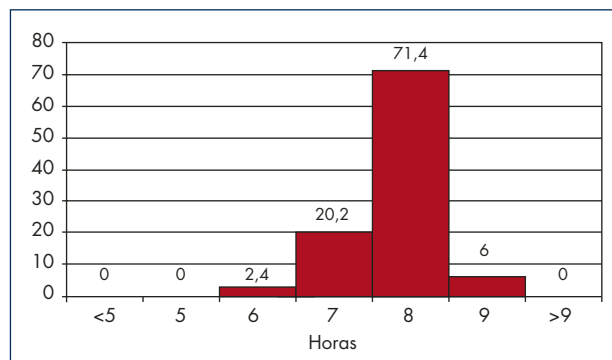


Figura 1. Número de horas de sono considerado ideal.

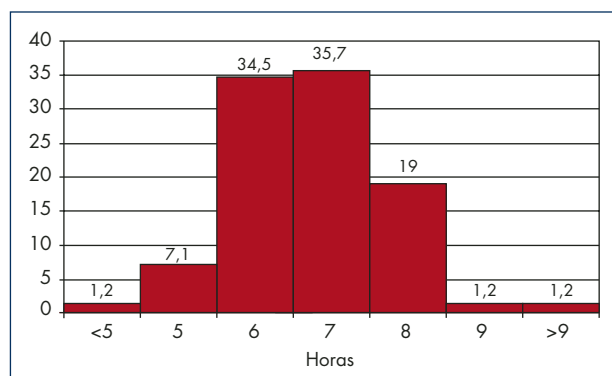


Figura 2. Horas de sono nos dias úteis.

úteis (Figura 2). Aos fins-de-semana, 55,9% dormem em média oito ou mais horas por noite (Figura 3).

Dos 19% que efectuam serviço nocturno, 56,4% dormem oito ou mais horas no dia seguinte (Figura 4).

Em relação à qualidade de sono e suas correlações diurnas, 10,7% dos MF consideram o seu sono não repoussante, sentindo-se fatigados todos ou quase todos os dias. Desta amostra, 29,8% sente dificuldade de concentração e sonolência diurna, uma a duas vezes por mês (Figura 5). Constatou-se ainda que 9,5% acorda com cefaleias.

Cerca de 20,2% dos MF costumam ter sonhos angustiantes ou pesadelos, no mínimo uma ou duas vezes por mês (Figura 6). Da amostra, 21,4% têm problemas em iniciar ou manter o sono pelo menos uma ou duas vezes por mês, sendo que 8,3% têm estas queixas diariamente (Figura 7).

Verificou-se que 7,1% admitem a toma diária de BZ (Figura 8).

Da população em estudo, 69,0% tomam algum tipo de estimulante todos ou quase todos os dias (Figura 9), sendo o café a substância preferida por 73%. A frequência de consumo de estimulantes é de uma a três vezes por dia em 80,6% dos casos.

DISCUSSÃO

Este estudo apresenta algumas limitações, a maior das quais se prende com a dimensão e tipo de amostra estudada, não representativa da população dos médicos de família portugueses em geral. O estudo baseou--

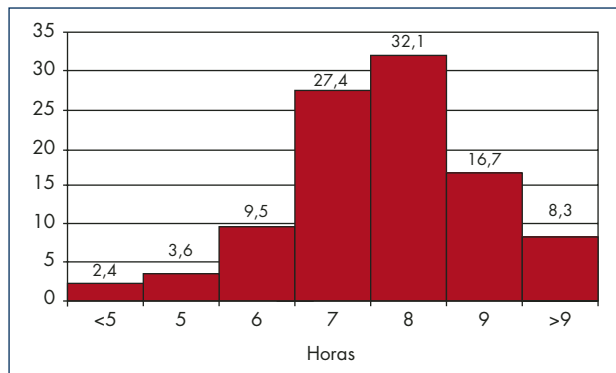


Figura 3. Horas de sono por dia no fim-de-semana.

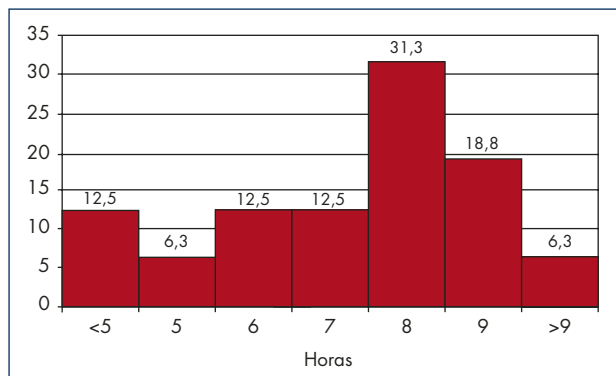


Figura 4. Horas de sono após serviço nocturno.

-se em questionários auto-preenchidos, aos quais está inerente alguma subjectividade, quer na sua interpretação, quer no seu preenchimento. Na tentativa de minimizar a subjectividade, definiu-se insónia com critérios objectivos, isto é, como dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, no mínimo uma vez por semana. Na avaliação da frequência de insónia não tivemos em conta factores de risco de extrema relevância como a contribuição de doenças psiquiátricas (depressão e ansiedade) ou os consumos de álcool e tabaco.

Na investigação dos padrões de sono dos MF, verificou-se que a grande maioria (71,4%) considera oito horas por noite como o número de horas de sono ideal para si. Contudo, apenas 21,4% dos inquiridos dormiu em média oito ou mais horas por noite, durante os dias

úteis da última semana. Por outro lado, verificou-se que mais de metade da população em estudo (55,9%) dormiu, em média, durante o último fim-de-semana, oito ou mais horas por noite. Destacase, portanto, a elevada proporção de MF a dormir menos horas do que o desejado para si nos dias úteis, ou seja, parece haver uma relação directa entre a actividade profissional e o sono.

Verificou-se também que, dos 19% de MF que efectuem serviço nocturno, a maioria (56,4%) dorme em média oito ou mais horas no dia seguinte. Como seria de esperar, a sobrecarga laboral, como prolongamento nocturno, obriga a uma compensação das horas de sono no dia seguinte.

Em relação à qualidade de sono e suas correlações diurnas, tendo em conta os parâmetros avaliados, apurou-se que 10,7% da amostra considera o seu sono não repousante, sentindo-se os inquiridos fatigados ou exaustos todos ou quase todos os dias. Outras queixas, como dificuldade de concentração ou sonolência, atingem 28,6% da população uma a duas vezes por semana. Por fim, 9,5% dos inquiridos acorda com cefaleias durante a noite ou de manhã. Estes são valores importantes, que sugerem a existência de uma fraca qualidade de sono numa proporção expressiva de MF. Tal facto não pode ser negligenciado, tendo em conta as suas possíveis repercussões no exercício da prática clínica⁵, tema interessante para futuras investigações.

Também relacionado com a qualidade de sono está o conteúdo onírico. Ape-

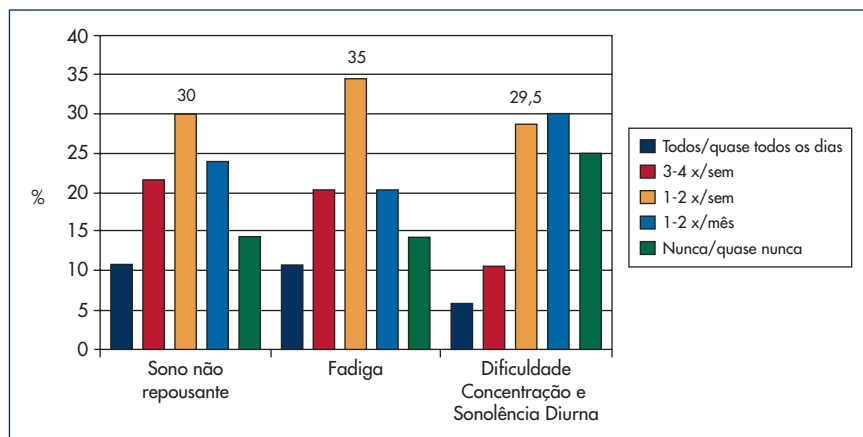


Figura 5. Qualidade de sono.

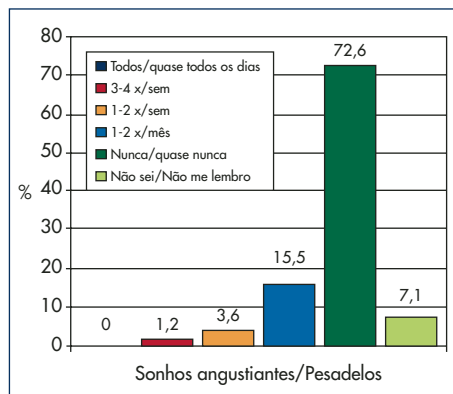


Figura 6. Conteúdo onírico.

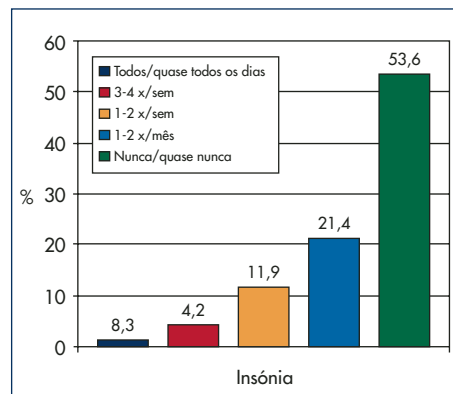


Figura 7. Insónia.

nas 4,7% da amostra refere sofrer de sonhos angustiantes ou pesadelos, pelo menos uma a duas vezes por semana, valor pouco relevante para a caracterização qualitativa do sono no nosso estudo.

Considerando, operacionalmente, insónia como a dificuldade em iniciar e/ou manter o sono pelo menos uma vez por semana, verificou-se que 25% dos MF sofrem de insónia. Este valor está de acordo com a bibliografia encontrada em relação à população em geral, em Portugal (15-35%)⁷, o que nos sugere que a profissão médica não será factor de risco acrescido para este tipo de queixas.

Intimamente relacionado com as in-

sónias surge o consumo de BZ ou outros ansiolíticos. Neste trabalho, 11,9% dos estudados admitem o consumo destas substâncias pelo menos uma vez por semana. É interessante a discrepância entre este valor e a percentagem de insónia encontrada. De notar ainda que este valor não está de acordo com o encontrado na população em geral (23%)⁹. Esta discrepância, que poderá estar relacionada com diferenças nas metodologias utilizadas nos vários estudos, merece atenção futura.

O uso de estimulantes revelou-se bastante elevado: 69% afirma consumir este tipo de substâncias diariamente, contra 20,2% de MF que negam o seu consumo. O café é o estimulante prefe-

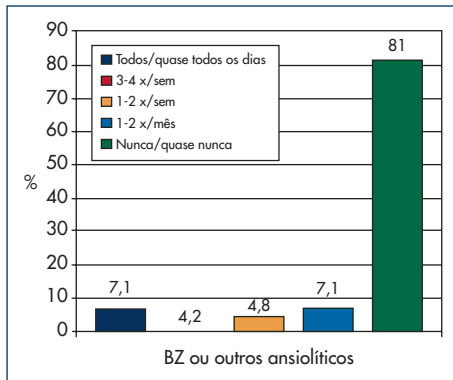


Figura 8. Consumo de BZ/Ansiolíticos.

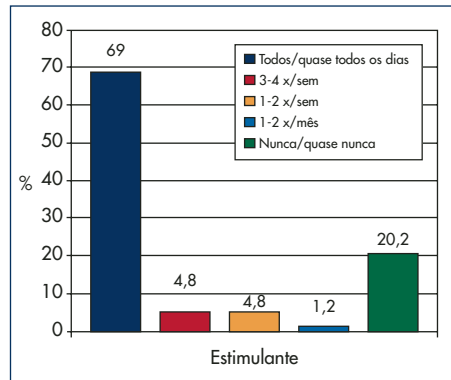


Figura 9. Consumo de Estimulantes.

rido em 73% dos casos, sendo a sua toma de uma a três vezes por dia em 80,6% da amostra. Ao contrário do que acontece com as BZ e outros ansiolíticos, o consumo de estimulantes é usual. Por um lado, estes resultados seriam de esperar, tendo em conta o reduzido número de horas de sono diárias e a necessidade de manter a vigília e concentração nas actividades diárias. Por outro lado, este consumo constitui factor de risco para a insónia, podendo contribuir para a explicação do valor expressivo da mesma encontrado no nosso estudo.

CONCLUSÃO

Este trabalho sugere que existe uma elevada percentagem de MF a dormir menos horas do que aquelas que consideram o ideal para si. Provavelmente a actividade profissional e a sua sobrecarga horária, com prolongamento nocturno, interferem negativamente nos hábitos de sono.

Conclui-se ainda que existe uma proporção expressiva de MF cuja qualidade de sono é reduzida. Para além disso a frequência de insónias na população em estudo é compatível com a encontrada na população em geral, sendo em ambas um problema frequente.

Tendo em conta os estilos de vida da

amostra, há a ressaltar o reduzido consumo de BZ ou outros ansiolíticos, ao contrário do que acontece com os estimulantes.

Estes resultados sugerem o interesse de estudos mais aprofundados com o objectivo de conhecer melhor a relação entre o sono e a actividade profissional. Desta forma será possível elaborar planos de intervenção educativos em relação à organização profissional, aos hábitos de sono e aos estilos de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Firth-Cozens J. Stress, psychological problems, and clinical performance. In: Vincent C, Ennis M, Audley RMJ, eds. Medical accidents. Oxford: Oxford University Press, 1993.
2. Caplan RP. Stress, anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ* 1994 Nov 12; 309 (6964): 1261-3.
3. Wall TD, Bolden RI, Borrill CS, Carter AJ, Golya DA, Hardy GE, et al. Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. *Br J Psych* 1997 Dec; 171: 519-23.
4. Halbach MM, Spann CO, Egan G. Effect of sleep deprivation on medical resident and student cognitive function: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 2003 May; 188 (5): 1198-201.

5. Cortesi F, Giannotti F, Sebastiani T, Bruni O, Ottaviano S. Knowledge of sleep in Italian high school students: pilot-test of a school-based sleep educational program. *J Adolesc Health* 2004 Apr; 34 (4): 344-51.

6. Contreiras T, Nunes B, Branco MJ. Os esquecidos de Morfeu: alguns resultados sobre insónia. *Observações-Bol ONSA* 2000; 3 (7): 1.

7. Ferreira P, Coelho R. Insónia. *Perspect Prat Med* 1996; 1 (4): 16-7.

8. Li RH, Wing YK, Ho SC, Fong SY. Gender differences in insomnia – a study in the Hong Kong Chinese population. *J Psychosom Res* 2002 Jul; 53 (1): 601-9.

9. Cadilhe S. Benzodiazepinas: prevalência de prescrição e concordância com os motivos de consumo. *Rev Port Clin Geral* 2004 M-Abr; 20 (2): 193-202.

Agradecimentos

Os autores desejam exprimir o seu agradecimento aos 84 médicos de família cuja participação foi indispensável para a realização deste estudo. Desejam ainda dirigir o seu agradecimento ao Prof. Doutor Armando Brito de Sá que leu a forma preliminar do relatório e contribuiu com críticas e sugestões para o seu aperfeiçoamento.

Recebido para publicação em: 17/06/05

Aceite para publicação em: 21/12/05

Endereço para correspondência:

Cátia Marques

Rua Povo de Timor, nº15 (Lote 18) Amoreira

2620-391 Ramada

Telemóvel: 968470190

Email: tiagojrr@gmail.com