



Universidades Lusíada

Cardoso, Ana Margarida de Almeida, 1998-

Fatores de vulnerabilidade psicológica em enfermeiros : a ansiedade, o suporte social percebido e o trabalho por turnos

<http://hdl.handle.net/11067/7587>

Metadados

Data de Publicação

2024

Resumo

O principal objetivo desta investigação é caracterizar e compreender o impacto dos fatores de vulnerabilidade psicológica: ansiedade, suporte social e trabalhar por turnos nos enfermeiros. A amostra é composta por 108 participantes, que exercem profissionalmente enfermagem. Dos 108 enfermeiros, 86.1% são do sexo feminino e 13.9% são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 23 e os 61 anos (M= 35.44). Profissionalmente, 63% dos enfermeiros exercem por turnos, dos quais 43.4% exerce em...

The main objective of this investigation is to characterize and understand the impact of psychological vulnerability factors: anxiety, social support and shift work on nurses. The sample consists of 108 participants, who practice nursing professionally. Of the 108 nurses, 86.1% are female and 13.9% are male, aged between 23 and 61 years old (M= 35.44). Professionally, 63% of nurses work shifts, of which 43.4% work irregularly and 23.1% work without preference in these regimes. To evaluate and me...

Palavras Chave

Enfermeiros - Psicologia, Enfermeiros - Saúde mental, Ansiedade, Trabalho por turnos - Aspectos psicológicos

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-18T13:16:14Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**Fatores de vulnerabilidade psicológica em
enfermeiros: a ansiedade, o suporte social
percebido e o trabalho por turnos**

Realizado por:
Ana Margarida de Almeida Cardoso

Orientado por:
Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Constituição do Júri:

Presidente: Prof. Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas
Orientadora: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente: Prof.^a Doutora Rita Alexandra Rosa Antunes

Dissertação aprovada em: 05 de setembro de 2024

Lisboa

2024



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

**Fatores de vulnerabilidade psicológica em
enfermeiros: a ansiedade, o suporte social
percebido e o trabalho por turnos**

Ana Margarida de Almeida Cardoso

Lisboa

Maio 2024



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

**Fatores de vulnerabilidade psicológica em
enfermeiros: a ansiedade, o suporte social
percebido e o trabalho por turnos**

Ana Margarida de Almeida Cardoso

Lisboa

Maio 2024

Ana Margarida de Almeida Cardoso

Fatores de vulnerabilidade psicológica em enfermeiros: a ansiedade, o suporte social percebido e o trabalho por turnos

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Lisboa

Maio 2024

FICHA TÉCNICA

Autora Ana Margarida de Almeida Cardoso
Orientadora Prof.^a Doutora Túlía Rute Maia Cabrita
Título Fatores de vulnerabilidade psicológica em enfermeiros: a ansiedade, o suporte social percebido e o trabalho por turnos
Local Lisboa
Ano 2024

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

CARDOSO, Ana Margarida de Almeida, 1998-

Fatores de vulnerabilidade psicológica em enfermeiros : a ansiedade, o suporte social percebido e o trabalho por turnos / Ana Margarida de Almeida Cardoso ; orientado por Túlía Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2024. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CABRITA, Túlía Rute Maia, 1972-

LCSH

1. Enfermeiros - Psicologia
2. Enfermeiros - Saúde mental
3. Ansiedade
4. Trabalho por turnos - Aspectos psicológicos
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Nurses - Psychology

2. Nurses - Mental health

3. Anxiety

4. Shift systems - Psychological aspects

5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RT86.C37 2024

“Se algum desejo seu não for atendido, não se surpreenda.

Nós chamamos isso de vida.”

- Anna Freud

Resumo

O principal objetivo desta investigação é caracterizar e compreender o impacto dos fatores de vulnerabilidade psicológica: ansiedade, suporte social e trabalhar por turnos nos enfermeiros. A amostra é composta por 108 participantes, que exercem profissionalmente enfermagem. Dos 108 enfermeiros, 86.1% são do sexo feminino e 13.9% são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 23 e os 61 anos ($M= 35.44$). Profissionalmente, 63% dos enfermeiros exercem por turnos, dos quais 43.4% exerce em regime irregular e 23.1% trabalham sem preferência nestes regimes. De modo a avaliar e medir as variáveis em estudo foram aplicados 3 instrumentos de autopreenchimento, de natureza quantitativa: Questionário sociodemográfico, Inventário de Ansiedade de Beck e Escala de Satisfação com o Suporte Social. Os resultados obtidos sugerem que a população em estudo apresenta ansiedade leve e satisfação moderada com o suporte social percebido. O trabalho por turnos está associado aos níveis de satisfação dos enfermeiros, sendo que o grupo de enfermeiros que trabalham por turnos propõem níveis mais baixos de satisfação com o suporte social, em comparação com enfermeiros que não trabalham por turnos.

Palavras-chave: Ansiedade; Enfermeiros; Suporte Social; Trabalho por turnos;

Abstract

The main objective of this investigation is to characterize and understand the impact of psychological vulnerability factors: anxiety, social support and shift work on nurses. The sample consists of 108 participants, who practice nursing professionally. Of the 108 nurses, 86.1% are female and 13.9% are male, aged between 23 and 61 years old (M= 35.44). Professionally, 63% of nurses work shifts, of which 43.4% work irregularly and 23.1% work without preference in these regimes. To evaluate and measure the variables under study, 3 self-report instruments of a quantitative nature, were applied: Sociodemographic questionnaire, Beck Anxiety Inventory (BAI) and Satisfaction with Social Support Scale (ESSS). The results obtained suggest that the study population presents mild anxiety and moderate satisfaction with perceived social support. It is also possible to observe that the group of nurses who work shifts perceive higher levels of anxiety compared to nurses who do not work shifts. Conversely, it is observed that the group of nurses who work shifts have lower levels of satisfaction with social support, compared to nurses who do not work shifts. Nurses who work shifts consume more coffee per day, smoke more cigarettes throughout the day and practice physical activity less frequently, compared to nurses who work fixed hours. Both groups of nurses suggest drinking alcoholic beverages with the same regularity, between 1 and 2 times per week.

Keywords: Anxiety; Nurses; Social Support; Shift work;

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo Biopsicossocial - Ansiedade nos enfermeiros	48
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra	52
Tabela 2 - Características profissionais da amostra	54
Tabela 3 - Características organizacionais da amostra	55
Tabela 4 - Características comportamentais da amostra	57
Tabela 5 - Estatística Descritiva das Variáveis	63
Tabela 6 - Estatística Frequência das Variáveis	63
Tabela 7 - Correlação da associação entre a Ansiedade e o Suporte Social	65
Tabela 8 - Diferenças na Ansiedade, face o trabalho por turnos	66
Tabela 9 - Diferenças na Satisfação com o Suporte Social, face o trabalho por turnos ..	67
Tabela 10 - Correlação da Ansiedade e Suporte Social, face aos comportamentos de saúde	68
Tabela 11 - Diferenças no trabalho por turnos, face o consumo de café	69
Tabela 12 - Diferenças no trabalho por turnos, face o consumo de tabaco	70
Tabela 13 - Diferenças no trabalho por turnos, face o consumo de álcool	71
Tabela 14 - Diferenças no trabalho por turnos, face o consumo de drogas	72
Tabela 15 - Diferenças no trabalho por turnos, face a prática de exercício físico	72
Tabela 16 - Modelo da regressão linear de Ansiedade	73
Tabela 17 - Regressão linear da variável Ansiedade	74
Tabela 18 - Modelo da regressão linear da Satisfação com o Suporte Social	75
Tabela 19 - Regressão linear da variável Satisfação com o Suporte Social	76

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APE - Associação Portuguesa de Enfermeiros

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CDC - Centers for Disease Control and Prevention (Centros de Controle e Prevenção de Doenças)

COVID-19 - Coronavirus Disease 2019 (Doença por Coronavírus 2019)

CT - Código do Trabalho

DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Edição V

INC - International Council of Nurses (Conselho Internacional dos Enfermeiros)

INE - Instituto Nacional de Estatística

NCCMH - National Collaborating Centre for Mental Health

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses

PAG - Perturbação de Ansiedade Generalizada

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SEP - Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

SM-COVID19 - Projeto “Saúde Mental em Tempos de Pandemia”

SNA - Sistema Nervoso Autónomo

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPPSM - Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

Índice

Resumo	VI
Abstract.....	VII
Lista de Figuras	VIII
Lista de Tabelas	IX
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	X
Introdução.....	1
Enquadramento Teórico.....	3
Vulnerabilidade.....	3
Vulnerabilidade nos enfermeiros	7
Fator de vulnerabilidade organizacional.....	12
Trabalho por turnos	12
Fator de vulnerabilidade psicológica	19
Ansiedade.....	19
Fator de vulnerabilidade relacional.....	28
Suporte social	28
Fator de vulnerabilidade comportamental	36
Comportamentos de Saúde.....	36
Modelo Biopsicossocial	45
Objetivos.....	49
Método.....	51
Participantes.....	51
Instrumentos.....	58
Questionário sociodemográfico.....	58
Questionário de Ansiedade.....	58
Questionário de Satisfação com o Suporte Social.....	59
Procedimentos de recolha de dados	61
Procedimentos de análise dos dados	61
Resultados.....	63
Resultados descritivos do estudo	63
Resultados do estudo da associação entre a Ansiedade e o Suporte Social em estudo	64

Resultados do estudo das diferenças na Ansiedade e Suporte Social, face o trabalho por turnos.....	65
Resultados do estudo da associação entre a Ansiedade e o Suporte Social com os comportamentos de saúde	68
Resultados do estudo das diferenças no trabalho por turnos, face o consumo de café	69
Resultados do estudo das diferenças no trabalho por turnos, face o consumo de tabaco	70
Resultados do estudo das diferenças no trabalho por turnos, face o consumo de álcool	71
Resultados do estudo das diferenças no trabalho por turnos, face o consumo de drogas	71
Resultados do estudo das diferenças no trabalho por turnos, face a prática de exercício físico.....	72
Resultado do estudo dos preditores da variável Ansiedade	73
Resultado do estudo dos preditores da variável Satisfação com o Suporte Social	75
Discussão	77
Referências Bibliográficas.....	85
Anexos	118
Anexo A - Parecer da Comissão de Ética	118

Introdução

Nos enfermeiros, população em estudo, o trabalho por turnos é um dos riscos a que mais estão expostos. Na literatura, o trabalho por turnos é avaliado com efeitos desfavoráveis significativos para a saúde dos trabalhadores. Estudos realizados sobre o seu impacto demonstram que trabalhar por turnos rotativos ou noturnos resultam em prejuízos nas diferentes áreas da vida dos trabalhadores.

A nível biológico, verifica-se a má adaptação biológica do organismo, pela desregulação do ritmo circadiano, afetando gravemente o sono (Cotrim et al., 2016) e problemas cardiovasculares e gastrointestinais, devido ao desgaste físico (McCluskey et al., 2015). A nível psicológico potencializa a manifestação de sintomas de mau estar mental e posteriormente, o diagnóstico de perturbações psicológicas (Lérias, 2021). A nível social, verifica-se a dificuldade de organização da vida pessoal, nomeadamente o tempo de convívio com a família/ amigos e acessibilidade para realizar atividades de lazer (Silva, 2017). A vida pessoal e social tende a ser esquecida e descurada pela vida profissional. O sistema de trabalho por turnos é prejudicial não só para a saúde do trabalhador, bem como, para o seu rendimento profissional. Com base num estudo austríaco, com 539 trabalhadores com horário diurno e por turnos, concluiu-se que os trabalhadores por turnos apresentam um desempenho profissional inferior aos trabalhadores diurnos (Ilmarinen, 1999).

No caso dos enfermeiros, a execução do trabalho por turnos, conjuntamente com outros fatores como as condições físicas negativas no trabalho (pouca/excessiva luminosidade, temperatura e ventilação desajustadas e alto risco de infeção), a imposição de trabalhar por turnos, salários mal remunerados, fraco reconhecimento, assédio moral, conflitos interpessoais entre colegas e chefias e elevadas exigências psicoemocionais (e.g. extrema responsabilidade nos seus cuidados, convívio permanente com atendimento ao público, lidar continuamente com doenças e morte) são indicadores de altos níveis de *stress* e consequentemente, da presença de

sintomatologia ansiosa (Moura et al., 2022).

As perturbações de ansiedade representam uma das perturbações psiquiátricas mais comuns em Portugal, afetando 16,5% da população. Este índice elevado posiciona Portugal como o segundo país com maior prevalência dessas condições entre os países europeus (Conselho Nacional de Saúde, 2019). No decorrer do primeiro ano da pandemia COVID-19, houve um aumento de 25% na prevalência mundial de ansiedade e depressão (OMS, 2022). No caso dos profissionais de enfermagem foram relatados maiores níveis de ansiedade e depressão, em relação à população geral, em fase de pandemia (Sampaio et al., 2020). Foi também verificado um aumento significativo destas perturbações entre o período pré-pandemia e momento de pandemia nos profissionais de saúde (Xu et al., 2020). Mediante os dados recolhidos e os efeitos negativos dos níveis de ansiedade desregulada surge a necessidade de consideração e cuidado da saúde dos profissionais de saúde, nomeadamente a dos enfermeiros.

Um fator possível de lidar com a sintomatologia ansiosa é o suporte social. O suporte social aumenta a sensação de bem-estar geral, assumindo uma função de mecanismo de *coping* (Graziani & Swendsen, 2007). O suporte social reduz a perceção de sobrecarga e consequentemente, reduz a perceção de fadiga e *stress* (Carlson & Perrewé, 1999). Deste modo, uma boa rede de suporte social e satisfação com a mesma evidencia-se como um fator protetor e promotor de saúde, especialmente face à exposição a fatores causadores de perturbações psicológicas, incluindo na diminuição da ansiedade (Sette & Capitão, 2018).

A prevalência da sintomatologia ansiosa nos tempos atuais e as fragilidades impostas pela profissão de enfermagem, podem apresentar-se como fatores de vulnerabilidade psicológica na população em estudo. É neste sentido que, a necessidade de avaliar e compreender quais as variáveis dependentes com efeitos positivos e negativos no bem-estar e saúde dos profissionais de saúde são importantes, atendendo como alerta e indicador de mudança.

Enquadramento Teórico

Vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade nasceu no domínio das ciências políticas e sociais, somente à posteriori, foi introduzido no domínio da saúde. É neste sentido que se identifica a vulnerabilidade como um constructo multidimensional, que converge em diferentes áreas (Oviedo & Czeresnia, 2015).

Numa perspetiva global, o conceito de vulnerabilidade denota para condições de fragilidade e indefesa, perante qualquer perigo e ameaça (Ayres et al., 2009), pelo que, a vulnerabilidade é um estado de incapacidade do Ser humano, de carácter mutável, condicionado por fatores intrínsecos e extrínsecos (Santos et al., 2013).

O Relatório do Desenvolvimento Humano (2014), debruçou-se sob o conceito de vulnerabilidade, descrevendo-a como exposição a riscos. Fundamentado na sua pesquisa compreenderam possíveis razões para a vulnerabilidade, incluindo: incapacidade de resiliência; posição na sociedade; períodos de vida suscetíveis; fraca coesão social e incapacidade de resposta governamental e institucionais.

Na saúde o conceito de vulnerabilidade foi introduzido por Mann, Tarantola e Netter, na década de 1990. Emergiu a partir dos seus estudos, realizados na Escola de Saúde Pública de Harward, respeitante a questões epidemiológicas. A epidemia de HIV/AIDS, nessa época, foi o enfoque de diversos estudos, no sentido de compreender e avaliar o grau de vulnerabilidade à exposição da infeção das doenças e introdução de possíveis respostas sociais, económicas e culturais para esta população, alusivas aos cuidados, promoção da saúde e prevenção (Oviedo & Czeresnia, 2015).

Os estudos realizados por Mann, Tarantola e Netter (1993), distinguiram 3 dimensões da vulnerabilidade: individual, social e programática. Segundo os próprios, o grau de vulnerabilidade depende da associação das suas diferentes componentes.

A vulnerabilidade individual corresponde aos fatores intrínsecos e particulares de cada indivíduo que podem potencializar o risco de infecção e adoecimento, como a sua condição biológica (idade, doenças pré-existentes e traços) e cognitiva (conhecimento e informações sobre o problema, atitudes para práticas protetoras ou de risco e percepção do risco), fatores emocionais (medo, tristeza, etc.) e comportamentais (ações face à proteção da doença, com práticas saudáveis ou o reverso) (Miranda et al, 2023).

A vulnerabilidade programática representa os meios políticos e comunitários que promovem fatores de proteção ou de suscetibilidade perante um risco. Abrange os recursos existentes do serviço de saúde e forma de organização dos mesmos. Evidencia-se no desenvolvimento de ações institucionais de sensibilização e prevenção, leis, programas e serviços de apoio. Inclui também a ligação com outros setores, como a educação, justiça, cultura, saúde, etc. (Miranda et al, 2023).

A vulnerabilidade social diz respeito aos aspetos culturais, sociais e contextuais, que podem agravar a probabilidade de ameaça e conseqüentemente, o bem-estar do sujeito. Como fatores culturais incluem normas sociais, referências culturais e crenças religiosas. Como fatores sociais incluem questões de gênero e étnico/raciais, estigma e discriminação/exclusão social. E como fatores contextuais a condição socioeconómica, emprego, salário e acessos aos serviços de saúde, à educação e justiça (Miranda et al., 2023). Em consonância, a vulnerabilidade social é descrita como a inacessibilidade a oportunidades provenientes do Estado e sociedade, por insuficiência de recursos (Martinelli et al., 2002).

As distintas situações de vulnerabilidade são particularizadas, devido à mutável interligação entre as três componentes, que podem variar de sujeito para sujeito (Bertolozzi, 2009).

As definições de vulnerabilidade em saúde multiplicam-se. A vulnerabilidade em saúde é definida numa perspectiva Sujeito-Social, que compreende um conjunto de fatores de risco que afetam negativamente a suscetibilidade do indivíduo face à aquisição de doenças e produz precariedade na cura da doença e promoção dos cuidados de saúde (Ayres et al., 2006). Esta perspectiva da vulnerabilidade em saúde representa um conceito abrangente, focado não só nos fatores de risco, como também, nos fatores de não adoecimento e enfrentamento da doença.

Com base em um estudo de revisão de literatura sobre o tema foi possível identificar três fortes sinónimos da vulnerabilidade em saúde: risco, suscetibilidade e precariedade. O risco traduz-se num conjunto de fatores individuais, sociais e programáticos que aumentam a exposição à doença; A suscetibilidade refere-se a um estado de fragilidade inerente à condição humana, que potencializa o adoecimento e conseqüentemente sofrimento. Por último, a precariedade que remete para uma condição de desproteção, que impossibilita uma resposta eficaz por carência de recursos, determinada pelo contexto social e histórico. Esta condição reduz fortemente a acessibilidade aos cuidados de saúde e bem-estar (Florêncio et al., 2021).

O conceito de vulnerabilidade, por si já denota uma perspectiva psicológica, uma vez que entendemos por vulnerável aquele que é frágil e débil, que são construtos de caráter psicológico (Zaslavsky et al., 2012).

A definição de vulnerabilidade psicológica consiste na presença de riscos para o desenvolvimento de problemas capazes de provocar desequilíbrio e sofrimento psicológico, conseqüente da suscetibilidade do indivíduo em construir ferramentas adaptativas, perante tais riscos (Deniz et al., 2015). Nesta perspectiva, a vulnerabilidade psicológica emerge de a incapacidade do sujeito suportar emocionalmente as adversidades da vida, afetando a eficácia

dos mecanismos de defesa face a experiências negativas que geram instabilidade no seu bem-estar. Esta rutura provoca um conjunto de emoções negativas, como insegurança, tristeza e *stress*, que geram um sofrimento psíquico e ameaçam o bem-estar, tornando o sujeito vulnerável a doenças mentais (Oviedo & Czeresnia, 2016).

A vulnerabilidade psicológica está igualmente vinculada a um conjunto de cognições e crenças disfuncionais (Sinclair & Wallston, 2010). Os esquemas cognitivos negativos adulteram a perceção dos eventos futuros e limitam a forma de agir, compreendendo-se como um fator de risco, uma vez que o indivíduo experiencia dificuldades psicológicas e/ou emocionais diante situações ameaçadoras e desafiantes, promovendo resultados disfuncionais e negativos (Negele et al., 2016). Consequentemente, a vulnerabilidade psicológica é definida como maior viabilidade de se enfrentar negativamente um determinado evento (Amaral & Silva, 2008).

O grau de vulnerabilidade está fortemente condicionado pelas condições financeiras do sujeito (Werlang & Mendes, 2013). A precariedade financeira, contribui para uma maior vulnerabilidade, podendo originar privação de serviços e necessidade de trabalhar mais horas, contribuindo como riscos para a saúde e bem-estar do indivíduo (Costa et al., 2008). No cenário de Portugal, este encontra-se no ranking de 5º lugar dos países que pior remuneram os enfermeiros, estando apenas à frente do México, Turquia, Eslováquia e Hungria (OCDE, 2021). Para além do ordenado inferior, os enfermeiros debatem-se com dificuldades no avanço da sua carreira, que condicionam a progressão salarial e o seu valor da reforma (Damásio, 2023).

O suporte social é outro fator capaz de influenciar o grau de vulnerabilidade a que o sujeito está exposto (Werlang & Mendes, 2013). Um menor suporte social (família, amigos, relacionamento conjugal, etc.) é indicativo de uma rede de apoio precária e de fraca assistência, potencializando a vulnerabilidade a eventos de *stress* e traumatizantes (Bilotta et al., 2010). Inversamente, um suporte social alto atua como um agente protetor, pelo que sujeitos com um

suporte social favorável são menos propensos a experimentar fragilidades, pelo seu maior apoio e intervenção em caso de necessidade e pela percepção de segurança e estabilidade que transmitem (Roh et al., 2015).

Outros fatores associados ao aumento da fragilidade na vida do sujeito são preditores de um estilo de vida pouco saudável, reconhecido por maus hábitos, como fumar, consumir álcool e sedentarismo, dada a maior probabilidade de desenvolver doenças (Kojima & Walters, 2015). Situações de *stress* são igualmente um fator de vulnerabilidade, uma vez que, comprometem o bem-estar do sujeito e a destreza para a resolução dos problemas (Santos, 2010).

Consequentemente, elevado grau de vulnerabilidade sugere maior probabilidade de desenvolver perturbações mentais (Beurs et al., 2001). Quando o sujeito se encontra vulnerável vivencia condições de insegurança, desgaste psicoemocional e baixa autoconfiança (Serra, 2000; Correia, 2021). Estes sintomas são preditores para o diagnóstico de ansiedade e depressão (Haikal, 2021).

Vulnerabilidade nos enfermeiros

As profissões de saúde são trabalhos de risco, uma vez que estes profissionais estão sujeitos a diversas ameaças inerentes às características da organização e funções de trabalho, tornando-os mais vulneráveis em comparação com outras profissões (CDC, 2014). De acordo com o *Finnish Institute of Occupational Health* (2010), o setor da saúde corresponde a uma das áreas profissionais com maiores registos de acidentes de trabalho e doenças profissionais e consequentemente, maior número de registos de reformas antecipadas.

Os enfermeiros são uma população vulnerável, devido aos riscos da sua prática profissional. Existem diversos riscos ocupacionais que podem levar os enfermeiros a sofrer um

acidente de trabalho e que podem contribuir para a origem de doenças físicas e mentais (Quintas et al., 2017). Os enfermeiros têm características específicas, que aumentam a sua vulnerabilidade em relação a outros profissionais de saúde, como constituírem o maior grupo do setor; fornecerem assistência contínua 24 horas por dia, através da execução de trabalho por turnos; serem responsáveis por uma parcela significativa das tarefas em saúde, sobrecarregando-os, em relação ao número e gestão das tarefas; pelas suas funções, em grande parte do seu turno, exigir proximidade física com os doentes e conseqüentemente, com vírus e bactérias; E realizarem constantemente procedimentos invasivos, que podem resultar em acidentes com agulhas ou exposição a sangue e material contaminado (Paulino et al., 2008).

Os riscos em ambiente laboral dependem de um conjunto de condições individuais, ambientais e institucionais (Andres-Felli, 2015) e podem ser classificados em riscos químicos, físicos, psicossociais, ergonómicos e biológicos (Vieira, 2008).

Os riscos químicos remetem para a exposição de substâncias tóxicas nocivas para a saúde dos profissionais. Em ambientes de prestação de cuidados de saúde as substâncias químicas mais comuns, a quais os enfermeiros estão expostos, são antisépticos, desinfetantes, produtos de esterilização, gases anestésicos e vapores e aerossóis com partículas tóxicas. O contacto com os mesmos pode provocar reações alérgicas cutâneas e respiratórias e a longo prazo, a interação com estes agentes pode originar envenenamento e alterações genéticas, nomeadamente cancro (Perdigoto, 2012).

Os riscos físicos são manifestados por agentes em forma de energia, como ruídos, temperatura (calor e humidade), radiação e iluminação (Santos, 2016). No caso dos hospitais, caracterizam-se por ambientes barulhentos, devido ao elevado número de pessoas e equipamentos em funcionamentos. Respeitante à temperatura, o comum é os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sofrerem com o desconforto térmico, não só pelas múltiplas camadas de proteções e excesso de iluminação que pode provocar calor

desmoderado, como inversamente podem sentir frio, devido à falta de condições das instituições, em virtude das instalações antigas e supressão de verba para os sistemas de aquecimento e ventilação. A interação com este tipo de risco está associada a elevados níveis de *stress*, fadiga nervosa, hipertensão arterial, irritabilidade e dificuldades de concentração. A iluminação desadequada também potencializa a ocorrência de erros clínicos e dificuldades oculares (Arrabaço, 2008).

Os riscos biológicos incluem o contacto com microrganismos, como bactérias, vírus, fungos ou parasitas, que são materiais infecciosos com alto risco de contaminação (Montella et al., 2014). A exposição direta a estes agentes infecciosos pode ocorrer por meio de picadas ou cortes, exposição de mucosas, salpicos ou contacto direto com a pele e indiretamente podem ser transmitidos por vômito, secreções (ranho, saliva, lágrimas e suor) e urina e fezes (Bastos, 2021). As funções rotineiras dos enfermeiros, que obrigam ao contacto direto e de maior tempo com os doentes, fazem destes profissionais os mais expostos a este tipo de riscos (Melo, 2004).

Os riscos ergonómicos são qualquer fator que contribuem para lesões músculo-esqueléticas, como má postura, tarefas repetidas, intenso esforço físico e levantamento de pesos. O movimento e levantamento dos doentes, elevado número de horas em pé, bem como, jornadas de trabalho longas fazem parte da rotina diária dos profissionais de enfermagem, capazes de causarem danos musculares (Waters et al., 2010).

Os riscos psicossociais são respeitantes às deficiências no sistema e gestão da organização e fatores sociais e relacionas desadequados, que comprometem a saúde mental e física dos profissionais (Brito et al., 2015). Os autores Cox et al. (2008) elaboraram uma lista com 33 tipos de riscos psicossociais, integrando: excesso de sobrecarga e elevado ritmo de trabalho; regime de horários inflexíveis e extensos; trabalho por turnos e horas extras; limitado poder de decisão; fracos recursos, nomeadamente equipamentos de trabalho inadequados e danificados e ambiente de trabalho desapropriado; relações deficientes entre equipa e

superiores e falta de apoio emocional; ambiguidade nas funções/papéis; paralisação e incerteza na progressão de carreira; insegurança laboral; diminuto reconhecimento social do trabalho; e ausência de equilíbrio trabalho-família, pela gestão dos papéis profissional e pessoal e limitações no tempo disponível.

Na profissão dos enfermeiros, com base na literatura existente foi possível identificar como riscos psicossociais a elevada demanda psicoemocional, pela proximidade frequente com o sofrimento e elevada responsabilidade, que obriga a executarem as suas funções com minuciosidade e extremo cuidado; a imposição de trabalharem por turnos e executarem turnos noturno, turnos extras e turnos duplos; a gestão do relacionamento com o grande leque de colegas de equipa e chefias, assim como os seus conflitos; liderança dos chefes de equipa ineficiente, que se traduz em falta de suporte, incompreensão na comunicação, incompatibilidade e desmotivação nos enfermeiros; e assédio moral e sexual, violência e discriminação, frequentemente pelos doentes e seus familiares (Comissão Europeia, 2010; Zanelli & Kanan, 2018).

O trabalho dos enfermeiros em contexto hospitalar, está também intimamente ligado à sobrecarga de trabalho, pela multiplicidade de tarefas, falta de enfermeiros e pressão do tempo para tratar elevado número de pacientes e doentes em situações graves e de urgência (Faria, 2015). Em Portugal, o número de enfermeiros por cada mil habitantes é de 6.3, encontrando-se abaixo do valor da média europeia, de 8.4 enfermeiros, o que obriga os enfermeiros a trabalharem horas a mais e em velocidade acelerada para compensarem os enfermeiros em falta (OCDE, 2019).

Atualmente, os profissionais de enfermagem também sentem pouco reconhecimento no seu trabalho e insegurança no seu futuro, pelos seus baixos salários e medidas impostas que limitam a progressão na sua carreira e demonstram desvalorizar o seu trabalho (Cavado, 2023).

Os riscos podem ser classificados em temporários ou permanentes, de acordo com o tipo e função de trabalho e características individuais do trabalhador (Chagas & Reis, 2014). A forma como o sujeito interpreta o risco pode qualificar se o mesmo é temporário, pelo que a forma como os trabalhadores avaliam e reagem é subjetiva, atribuindo diferentes graus de importância e mecanismos de *coping* (Neto, 2015).

Tem sido evidenciado que a exposição aguda ou crônica aos fatores de risco presentes no ambiente de trabalho potencializam prejuízos adversos para a saúde física, mental e social dos trabalhadores (Rodrigues et al., 2020). Num estudo realizado por Kortum et al. (2010), com a colaboração de especialistas de 21 países, foram identificados os principais problemas de saúde, causados pela exposição a tais riscos: No âmbito da saúde física destacou-se doenças cardiovasculares, gastrointestinais, musculoesqueléticas, dores de cabeça/ enxaquecas, respiratórias e dermatológicas, diabetes, úlceras e cânceros específicos. Na saúde mental identificaram como principais: síndrome de *burnout*, depressão, ansiedade, problemas emocionais, comportamentos suicidas e perturbações mentais em geral. Por último, identificaram a aquisição de comportamentos disfuncionais, como o abuso de substância ilegais, tabagismo e sedentarismo, motivador de obesidade.

Inversamente, a presença de fatores psicossociais positivos no ambiente de trabalho apresentam resultados benéficos, incluindo o bem-estar geral dos funcionários, níveis elevados de satisfação, compromisso e produtividade no trabalho, desenvolvimento pessoal, ambiente saudável e comunicação eficaz entre os trabalhadores e líderes (Pereira & Ribeiro, 2017).

Fator de vulnerabilidade organizacional

Trabalho por turnos

O horário de trabalho e as suas implicações são fatores de interesse na consideração do bem-estar dos trabalhadores, pelo elevado tempo dispensado pelos sujeitos para a sua atividade laboral, dado que quase metade do tempo diário é ocupado com o desempenho das funções profissionais, mas especialmente, pelos efeitos prejudiciais que horários inflexíveis, noturnos e longos podem ocasionar (Alves, 2021).

O trabalho por turnos compromete o bem-estar dos trabalhadores pelas consequências adversas associadas, que aumentam a vulnerabilidade ao desgaste físico e mental e à manifestação de doenças nos trabalhadores que operam neste regime de trabalho, nomeadamente os enfermeiros (Books et al., 2020).

Com a evolução de uma sociedade mais moderna surgiu a necessidade de uma sociedade de 24 horas, que exige o funcionamento integral, de certas instituições e organizações (Costa, 2016). Para esse efeito, o horário laboral pode apresentar diversos formatos, sendo o horário convencional e o horário por turnos as categorias mais abrangentes no sistema laboral (Silva et al., 2017).

O horário convencional, considerado como horário normal, consiste na prática laboral de 7 a 8 horas por dia, durante os dias úteis da semana, realizado em período diurno, por norma das 09:00 às 18:00 horas (Halfon e Friendly, 2015). O horário convencional é considerado um horário regular, uma vez que nada no horário é variável, sendo um horário de trabalho fixo, com execução nos mesmos dias da semana, com o mesmo número de horas diárias e com hora de início e término dos turnos iguais (Lee et al., 2020).

O horário por turnos caracteriza-se por períodos de trabalho irregulares, que se diferenciam na hora de início e término do turno, ao longo dos dias da semana (Lee et al.,

2020). Os turnos são articulados entre os trabalhadores, no qual diferentes equipas garantem o funcionamento 24 horas da função e organização (Martins et al., 2018). No código do trabalho (artigo 220º) é descrito como trabalho por turno “qualquer organização do trabalho em equipa em que os trabalhadores ocupam sucessivamente os mesmos postos de trabalho, a um determinado ritmo, incluindo o rotativo, contínuo ou descontínuo, podendo executar o trabalho a horas diferentes num dado período de dias ou semanas” (CT, 2012). O horário por turnos tem também a característica de abranger os turnos noturnos e os turnos rotativos, incluindo dias de descanso diversificados, que podem ser em dias de semana juntos ou separados, distribuídos pela semana (Vyas et al., 2012).

O horário por turnos pode ser caracterizado pelo número de dias e folgas (Silva, 2000), pela velocidade de rotação (Ribeiro, 2008) e pela direção da rotação (Fischer, 2003).

De acordo com a diversidade de horas e folgas é descrito 4 tipos de sistema de turnos (Silva, 2000): Turnos permanentes, quando o horário dos turnos é fixo, ou seja, o empregador trabalha todos os dias no mesmo horário; Turnos rotativos, quando o horário é diferente ao longo dos dias ou entre as semanas; Turnos contínuos, quando o horário laboral está incluído nos dias de descanso do horário convencional (fins-de-semana e feriados); E Turnos descontínuos, quando o horário laboral não abrange a prática no fim-de-semana.

Em concordância com diversos autores (Folkard et al., 1985; Scott & LaDou, 1994; Silva, 2000; Ribeiro, 2008; Saunders, 2010) foi definido 3 tipos de turnos rotativos, em conformidade com o número de dias consecutivos no mesmo turno, em que o trabalhador executa a sua atividade laboral: rotação rápida, em que o trabalhador trabalha no mesmo horário no máximo de 3 dias; rotação semanal, quando o horário é alterado após uma semana de atividade laboral no mesmo turno; e rotação lenta, onde o mesmo turno se repete por mais de uma semana, podendo geralmente, atingir 3 semanas com o mesmo horário.

Os autores Moreno, Fischer e Rotenberg (2003), definiram que a rotação pode ser classificada segundo o seu sentido. O sentido de rotação pode ser: Rotação para a frente ou sentido horário, quando os turnos são distribuídos por ordem crescente de horário, considerando a ordem do dia. Por exemplo, no primeiro dia labora no turno da manhã, no dia seguinte no turno da tarde e posteriormente, no turno da noite, seguindo sucessivamente esta rotatividade; Rotação para trás ou sentido anti-horário, opondo-se ao sentido referido anteriormente. O turno é organizado por ordem decrescente, como trabalhar primeiro no turno de noite, de seguida o turno da tarde e depois no da manhã.

O sistema de turnos considerado mais adequado são o de rotação rápida e o de sentido horário, sendo os mais favoráveis para a saúde do trabalhador, uma vez que não sobrecarregam os trabalhadores com turnos noturnos contínuos e acompanham a regularidade biológica do organismo, especificamente do ritmo circadiano (Cerqueira, 2021).

Em Portugal, na profissão de enfermagem, os sistemas de turnos utilizados com maior regularidade são os turnos rotativos, de rotação rápida, em sentido horário, com o máximo de três turnos rotativos, de oito horas (Costa, 2012). Ou seja, um enfermeiro inicia os seus turnos com o 1º dia a entrar de manhã, no 2º dia de trabalho a laborar no turno de tarde e no 3º dia a finalizar com noite, sendo os dias subsequentes de descanso, um considerado folga e o seguinte dia de descanso semanal complementar, totalizando 2 dias de ausência de trabalho. Por cada 4 semanas de trabalho, têm direito a que pelo menos um dos dias de descanso coincida com o sábado ou o domingo (SEP, 2018).

Os turnos de enfermagem em Portugal são divididos em 3 períodos: manhã, tarde e noite, com diferentes horários de entrada e saída consoante a instituição de trabalho. A duração normal do trabalho semanal, em regra, não deve exceder as 35 horas semanais. No entanto, está regulado 3 tipos de modalidades semanais: tempo completo, com duração de 35 horas

semanais; tempo parcial, com duração de 20 ou 24 horas semanais; e regime de horário acrescido, com duração de 42 horas semanais (SEP, 2018).

O trabalho por turnos, escalas inflexíveis, horários noturnos e períodos longos são fatores de risco psicossociais na prática laboral, que podem ter impacto negativo na saúde dos trabalhadores e conseqüentemente, na diminuição do seu bem-estar (Silva et al., 2020).

A conseqüência mais vulgar na prática de trabalhar por turnos é a dessincronização do ritmo circadiano, pelas alterações constantes no sono (Suleiman et al., 2021). O Homem é um Ser diurno, que representa diversos papéis, que se encontram organizados no tempo. Na generalidade, o comum é exercer o horário laboral em tempo diurno e executar as restantes atividades (familiar, lazer e sociais) durante o fim de tarde, noite e fim de semanas (Jensen, Larsen & Thomsen, 2018).

Em situação contrária, o organismo reage negativamente (Silva, 2012). O próprio organismo humano acompanha um relógio biológico, pelo que a sua interrupção e contrariedade afetam negativamente as diversas funções rítmicas do organismo, nomeadamente o ritmo circadiano, que engloba o ciclo de sono e humor; o ritmo ultradiano, composto pela frequência cardíaca; o ritmo infradiano, que inclui o ciclo menstrual; e o ritmo circaseptano, como a temperatura basal (Pinto, Muricy & Treto, 2020).

As oscilações dos ritmos circadianos estão também associadas a altos valores da tiroide e cortisol, que afetam diretamente na regulação do *stress* (James, Cermakian & Boivin, 2007). Progressivamente, está também associado a baixa produção de melatonina, que dificulta o adormecer e a qualidade durante o sono (Arendt, 2010). A persistência na dessincronização do relógio biológico, a longo prazo originam o aparecimento de doenças e diminuição no seu desempenho (Cotrim et al., 2016).

O trabalho por turnos está também relacionado com uma diminuição significativa dos níveis de vigília e alerta, devido às oscilações dos períodos de sono e aumento da fadiga, o que

pode potencializar maior incidência de erros, ou seja, menor qualidade na execução dos serviços e aumento de acidentes no trabalho (Suleiman et al., 2021).

Estudos sobre o efeito de trabalhar por turnos (Queirós, Silva & Silvério, 2000; Smith et al., 2003; Silva, 2007; Costa, 2010), permitiram identificar um conjunto de problemas associados à prática laboral por turnos, com impacto negativo para a saúde, como:

- Desgaste físico e mental: Fadiga, diminuição dos estados de vigia-alerta, tensão muscular, dificuldades de atenção e memória, picos de *stress* e falta de energia;
- Problemas no sono: Dificuldade em adormecer, sono de má qualidade, horas de sono insuficientes e conseqüentemente, sonolência durante o período laboral;
- Problemas gastrointestinais: Alteração de apetite, horário de refeições desregularizados e doenças, como úlceras e indigestão;
- Problemas cardiovasculares: Hipertensão arterial, arritmias, maior risco de enfarte do miocárdio e doença isquêmica;
- Problemas psicológicos: *Stress* ocupacional, ansiedade, depressão e oscilações de humor: impulsividade, irritabilidade e “estados depressivos”;

As alterações podem ser atenuadas com períodos de descanso maiores e com período de férias justos, capazes de favorecer o equilíbrio do ritmo circadiano e estabilidade na rotina (Knutsson, 2017).

A nível da saúde, o trabalho por turnos está também relacionado a doenças crônicas, como o cancro (Wang et al., 2011), diabetes e obesidade (Ramey et al., 2012). Foi também estabelecida uma relação direta entre o trabalho por turnos, em especial o horário noturno, com o envelhecimento funcional precoce. O envelhecimento funcional precoce traduz-se no declínio das funções cognitivas (atenção, memória, tempo de reação e raciocínio), no aparecimento antecipado de doenças e na diminuição da capacidade de resistência face às exigências profissionais e diárias (Santos, 2015).

O trabalho por turnos está também ligado a repercussões diretas na vida familiar e social, pela incompatibilidade com a vida profissional (Books et al., 2020). As dessincronizações dos horários impedem os trabalhadores de acompanharem a vida dos seus familiares, nomeadamente parceiros e filhos e participarem em atividades sociais e de lazer, originando a longo prazo consequências de isolamento social, conexões sociais precárias e depressão (Pereira et al., 2020). Em estudos elaborados observou-se que os trabalhadores que trabalhavam por turnos experienciavam maior conflito entre as obrigações do trabalho e da família e também, *stress* laboral mais elevado face aos trabalhadores com horários regulares, uma vez que despendem de menos tempo para estar com os filhos e ajudar nas tarefas domésticas (Golden, 2015). Foi igualmente verificado que os trabalhadores por turnos estão associados a maiores níveis de insatisfação e de instabilidade conjugal, com risco acrescido de separação ou divórcio (Arlinghaus et al., 2019).

Em contrapartida, existem autores que evidenciam aspetos positivos em trabalhar por turnos (Costa, 2003; Shen & Dicker, 2008; Costa & Silva, 2019; Pereira et al., 2020; Martins et al., 2021). Em síntese, as vantagens determinadas em trabalhar por turnos são: maior acessibilidade na utilização de serviços nas horas diurnas, como ir ao banco, por exemplo. Dado que existem serviços que se encontram abertos unicamente nos dias úteis, evitando também filas e horários de maior afluência (Pereira et al., 2020); Ausência de rotinas fixas, uma vez que os dias de descanso e os horários de trabalho são variados, contrariando os efeitos de monotonia, que podem provocar desmotivação (Martins et al., 2021); A liberdade de horário em tempo diurno também permite ter mais tempo para atividades de lazer, como ir ao ginásio ou a locais de diversão. Todavia, por regra geral, não acompanha a disponibilidade de outras pessoas para o acompanhar nas atividades (Costa, 2003); E ter mais tempo para conviver com os filhos, como levá-los à escola ou ao parque. No entanto, este último ponto pode implicar negligência no tempo de descanso (Silva et al., 2017).

Em concordância unânime entre todos os autores a vantagem principal e de maior peso é o fator financeiro (Costa, 2003; Silva et al., 2017; Pereira et al., 2020; Martins et al., 2021). O trabalho por turnos, principalmente o noturno, são melhor remunerados, tendo direito a um subsídio por realizar turnos noturnos. Ademais, o trabalho por turnos devido à maior liberdade de horário permite dispor de um segundo emprego ou de trabalhos complementares pontuais (Pereira et al., 2020).

A ausência dos trabalhadores que operam por turnos, devido à incompatibilidade dos horários e necessidade de descanso no tempo livre, origina a longo prazo uma quebra nas suas relações sociais e familiares (Rodrigues, 1998). Por consequente, os trabalhadores por turnos, em especial o noturno, apresentam maior insatisfação com as suas relações, afetando negativamente a sua percepção de suporte (Wilson et al, 2006).

Nos enfermeiros, o trabalho por turnos está associado ao diagnóstico de ansiedade (Costa, 1997; Campos et al., 2004; Oliveira & Pereira, 2012; Ferri et al., 2016). Como referido, o trabalho por turnos suscita sintomatologia ansiosa, que a longo prazo se transformam em perturbações psicológicas, como elevados níveis de *stress* ocupacional e ansiedade (OPP, 2018), isto sucede-se pela disrupção dos ritmos circadianos e da ausência de tempo para atividades de lazer e descanso (Silva, 2007). Ademais, o trabalho por turnos nos enfermeiros está também relacionado com níveis de *burnout* e depressão, pela maior exaustão física e sofrimento mental (Marôco et al., 2016; Bamonde et al., 2020; Li et al., 2022; Dall’Ora, et al., 2023).

Fator de vulnerabilidade psicológica

Ansiedade

A ansiedade é uma emoção caracterizada por uma sensação de desconforto e nervosismo, associada a preocupações constantes, tensão e excitabilidade do sistema nervoso autónomo simpático, que afeta o estado psicológico e físico do sujeito (Barnhill, 2018). A ansiedade pode ser despoletada por situações de *stress* ou eventos percecionados como ameaçadores (Silva et al., 2021). É vivenciada com regularidade, podendo ser desencadeada por diversos fatores endógenos (internos) ou exógenos (externos), nomeadamente eventos do quotidiano (Durão, 2020).

A ansiedade apresenta particularidades como ser uma reação natural e inerentes à condição humana (Pereira, 2008); subjetiva, instigada pela avaliação que cada indivíduo faz da situação (Deckert et al., 2020); e mutável na sua intensidade e manifestação, podendo tornar-se patológica quando forte (Pinto-Gouveia et al., 2015). Além destas características, a ansiedade é também descrita como uma ferramenta adaptativa, que atua como um sinal de alerta biológico, que prepara o corpo para atuar face ao perigo e obriga o indivíduo a avaliar estratégias para enfrentar a situação que irá defrontar (Pinto et al. 2015). É nesta perspetiva que a ansiedade é descrita como um importante mecanismo de sobrevivência e defesa do Ser Humano (Assunção, 2008).

Concomitantemente a ansiedade expõe uma dualidade, podendo ser percecionada como positiva, pelo seu papel protetor, capaz de motivar e preparar o sujeito para momentos adversos. Ou negativa, quando se torna desproporcional pela sua forte intensidade, longa duração ou inadequação ao contexto (Suzuk, 2022).

O medo apresenta similitudes com a ansiedade, diferenciando-se na sua relação temporal. Contrariamente ao medo, a ansiedade é antecipada, ou seja, é direcionada para o

futuro, prevalecendo comportamentos de vigília e evitamento, enquanto o medo ocorre como resposta a um perigo iminente, no presente, respondendo com comportamentos de enfrentamento e fuga (Oliveira, 2023).

O *stress* é outro termo associado à ansiedade, uma vez que estes se encontram interligados. O que diferencia a ansiedade do *stress* é o objeto de avaliação, ou seja, qual o estímulo que incentivou o surgimento destas respostas emocionais. O *stress* é sempre dirigido a uma situação real. No caso da ansiedade, esta pode surgir e perdurar sem um motivo aparente (Montiel et al., 2014). Segundo o Modelo do Processo de Stress e Ansiedade de Spielberger (1989), o contacto com estímulos estressantes, ou seja, a vivência constante de momentos de *stress*, como descobrir uma doença, discutir com alguém, conflitos laborais e problemas financeiros, resultam no aparecimento da ansiedade, como resposta emocional aos mesmos. É neste sentido que a ansiedade é considerada como uma resposta à experiência ininterrupta do *stress* (Gonzaga, 2016).

O interesse em compreender de que forma a ansiedade afeta o comportamento humano e como diferentes sujeitos apresentam diferentes níveis de ansiedade frente aos mesmos fatores de *stress*, proporcionou o desenvolvimento de diferentes teorias em relação a ansiedade (Freud, 1936; Dollard & Miller, 1950; Spielberger, 1966; May, 1977; Endler, 1983 Bandura, 1986;).

O autor Aaron Beck (1960) formulou o Modelo cognitivo da Ansiedade, que compreende a ansiedade como uma resposta de componente cognitiva, fisiológica e comportamental, consequente de uma avaliação cognitiva que interpretou os estímulos de modo negativo. As avaliações negativas são fruto de cognições distorcidas. Fundamentado nestas premissas, Beck defende que a ansiedade resulta dos esquemas cognitivos disfuncionais, que processam os estímulos com envasamentos, desproporcionando a ameaça real como exagerada (Hollon, 2021).

Spielberger (1966), com base nos estudos de Cattell e Scheier (1961), desenvolveu a Teoria de Ansiedade Estado e Traço, diferenciando 2 tipos de ansiedade, de acordo com a sua etiologia: Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço.

A Ansiedade-Estado advém de fatores externos, manifestando-se como uma resposta do organismo face a algo compreendido como ameaçador ou desestabilizador. O contacto com agentes estressantes antecede-se de uma avaliação cognitiva assimilada singularmente por cada sujeito, que ativa o sistema nervoso autónomo e sensações de apreensão e tensão, resultando em níveis de ansiedade (Saviola et al., 2020). É uma condição transitória, variável e momentânea, que surge de uma determinada circunstância e se extingue quando o fator ansiogénico termina/desaparece (Bee Seok et al., 2018).

A Ansiedade-Traço, inversamente à Ansiedade-Estado, é uma condição intrínseca do sujeito, como uma característica de personalidade. Indivíduos com o traço de ansiedade identificam tendencialmente as situações estressantes como ameaçadoras e conseqüentemente, experienciam maior intensidade de ansiedade perante tais situações (Saviola et al., 2020). Consiste numa característica estável e duradoura, inerente à predisposição do indivíduo, capaz de prever respostas de elevada Ansiedade-Estado perante certas circunstâncias (Clark & Beck, 2012).

Estudos realizados determinam uma correlação entre estes dois tipos de ansiedade, evidenciando que sujeitos com elevados níveis de ansiedade-traço, tendem a apresentar também elevados níveis de ansiedade-estado (Weinberg & Gould, 2001).

A elevada intensidade de Ansiedade-Estado provoca desequilíbrio na vida do sujeito, condicionando o seu bem-estar (Silva, 2021). Neste sentido foi distinguido outros 2 tipos de ansiedade, de acordo com os sintomas manifestados: Ansiedade normal e Ansiedade patológica (Castillo et al., 2023).

A ansiedade considerada normal ou também nomeada de ansiedade fisiológica é caracterizada pelo seu efeito adaptativo, quando justificada e necessária perante um evento desestabilizador e por ser limitada no tempo (Barlow, 2016). Resulta de uma avaliação correta da situação e não de uma avaliação exagerada e incompatível à ameaça real. O corpo reage de forma apropriada e não em esforço, preparando o organismo para uma resposta de alerta, durante um período justificável (Andrade et al., 2019).

A ansiedade torna-se patológica quando deixa de ser episódica, quando a intensidade dos seus sintomas se extrapolam e/ou quando se manifesta sem causa aparente, ocasionando sintomas físicos e psicoemocionais prejudiciais para a qualidade de vida do sujeito (Fialhe & Rodrigues, 2023). Neste seguimento, a ansiedade patológica é caracterizada por um sentimento desagradável de preocupação excessiva e evasiva, acompanhado de outros sinais físicos e psicológicos desproporcionais, pela sua durabilidade prolongada e forte intensidade. Pode também apresentar incongruência perante o estímulo desencadeador e interfere negativamente nos diversificados domínios da vida do sujeito (SPPSM, 2021).

Quando a ansiedade apresenta elevados níveis, com exacerbação de sintomas, os indivíduos apresentam vulnerabilidade cognitiva, pelas dificuldades de enfrentamento perante o evento, sentindo-se incapaz de desenvolver mecanismos de compensação e estratégias de *coping* eficazes para lidar com o fator estressante (Borrvalho, 2023). É uma ansiedade sem função protetora, com um efeito bloqueador, que dificulta uma reação coerente (Ramos, 2023). Sujeitos com ansiedade patológica exibem baixo autocontrolo e consequentemente, não conseguem moderar a sintomatologia da ansiedade, reagindo com comportamentos inadaptados e irracionais (Fialhe & Rodrigues, 2023).

A ansiedade é um processo individualizado, que depende da interpretação e assimilação de cada sujeito. Motivo pelo que diferentes sujeitos reagem de forma distinta aos mesmos estímulos, podendo nem provocar ansiedade ou simplesmente níveis mais baixos (Sequeira,

2021). O desenvolvimento dos sintomas de ansiedade dependem da capacidade de resiliência, capacidade de insight, aptidões e experiências vivenciadas do sujeito, que vão modificar a sua resposta perante o fator desestabilizador (Andrade et al., 2019).

Os múltiplos sintomas de ansiedade reportados na literatura podem ser divididos em 2 tipos: Problemas físicos, como fadiga, tremores, suores, tensão muscular, disfunções no sono (dificuldades em adormecer, qualidade pobre e despertares), alterações gastrointestinais (vômitos, desconforto e diarreia), problemas cardiovasculares (arritmias, hipertensão, cardiopatia isquêmica, entre outras) e dificuldades alimentares (perda de apetite ou compulsão alimentar) e problemas psicológicos, com danos emocionais (sentimentos de tristeza, culpa, medo, agitação e cólera), distúrbios psicológicos (depressão, comportamentos suicidas e aditivos) e comportamentos defensivos (isolamento, negação, irritabilidade e impulsividade) (Lee et al., 2020).

A vivência permanente com ansiedade patológica pode originar graves problemas de saúde, sendo que a mesma está associada a um conjunto numeroso e complexo de sintomatologias (DGS, 2017).

Em suma, o que difere a ansiedade patológica da ansiedade normal é a sua intensidade, com preocupações mais difusas e sintomas mais intensos; Duração, com manifestações excessivas e persistentes (6 meses ou superior); Acompanhamento de sintomas físicos; E interferência negativa e significativa em diferentes esferas da vida (Sadock et al., 2017).

De acordo com DSM-5 (2015), existem 9 perturbações de ansiedade, com critérios característicos, como sintomas exigidos e fatores indutores de ansiedade próprios. As disfunções de ansiedade definidas no DSM são: Perturbação de Ansiedade de separação; Mutismo seletivo; Fobia específica; Perturbação de Ansiedade social; Perturbação de pânico; Agorafobia; Perturbação de Ansiedade generalizada; Perturbação de Ansiedade induzida por substâncias/ medicamentos e Perturbação de Ansiedade derivada por outra condição médica.

O que difere as múltiplas perturbações de ansiedade são a origem do seu gatilho, a duração dos sintomas e as suas formas de manifestação. Em comum, todas as perturbações compartilham medo, tensão e preocupações em elevada intensidade, originando comportamentos disfuncionais que causam mal-estar clínico significativo e prejuízos nos papéis sociais, funcionamento ocupacional e desempenho profissional, impactando negativamente a qualidade de vida do sujeito (Freitas et al., 2023).

A Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) é a perturbação mais global, uma vez que a ansiedade pode ter origem em múltiplos e diversificados fatores ou acontecimentos causadores de stress (Moura et al., 2018). Apresenta como critérios de diagnóstico sentir ansiedade e preocupações excessivas (expectativa apreensiva) incontroláveis e inadiáveis, durante mais de metade dos dias, por um período superior a 6 meses, acompanhado de sintomas (exigido no mínimo 3 dos sintomas para adultos e 1 para crianças), que refletem disfuncionalidades nos domínios de vida do sujeito (DSM-5, 2015).

A Ansiedade na PAG é acompanhada por pelo menos três dos seguintes sintomas adicionais: (1) Agitação, nervosismo ou tensão interior; (2) Fadiga fácil; (3) Défices de concentração ou sensações de branco na mente; (4) Irritabilidade; (5) Tensão muscular; (6) Perturbações do sono. Complementarmente a estes sintomas podem surgir outros, hábeis de apoiar o diagnóstico, como: sintomas somáticos (suores, náuseas, boca seca e diarreia), sintomas de ativação do SNA (taquicardia, dispneia, tonturas e tremores) e outros como síndrome de intestino irritável e cefaleias (DSM-5, 2015).

A sintomatologia suscitada pela ansiedade, pode interferir na capacidade e qualidade de desempenho profissional, dado que a ansiedade consome energia no sujeito, provocando cansaço físico e mental. Do mesmo modo, afeta cognitivamente e comportamentalmente, ocasionando declínio na sua produtividade, desinvestimento relacional, que prejudica o trabalho em equipa e ausência de bem-estar geral (Abuchaim, 2014). O sentimento de

inquietação e insegurança associados à ansiedade podem igualmente motivar pensamentos de fracasso, cujos trabalhadores consideram o seu desempenho insuficiente e com o propósito de o compensarem, sentem necessidade de trabalhar mais, levando a um esgotamento (Delbrouck, 2006).

A profissão de enfermagem é um trabalho que exige continuamente processos de adaptação a múltiplos fatores de risco psicossociais (Yang et al., 2018). Quando os processos de adaptação são incompatíveis com as ferramentas de enfrentamento, o sujeito fica vulnerável a desenvolver ansiedade patológica, que a longo prazo pode progredir para uma perturbação de ansiedade (Silva, 2021).

A prática de enfermagem requer elevada demanda psicológica (Moura et al., 2022). Segundo o modelo controle-demanda de Karasek (1976), atividades de elevada demanda, em circunstâncias de fraco controlo e autonomia, como a execução do trabalho do enfermeiro depender do trabalho de médicos ou de outros colegas, em que existe uma má coordenação, trabalho monótono, equipamento insuficiente e/ou exercer contra os seus valores e princípios morais, potencializa o desgaste psicológico e físico e por consequente, altos níveis de ansiedade e sofrimento (Silva et al., 2021).

O tempo permanente que os enfermeiros passam no hospital, o contacto direto com agentes desestabilizadores (Moreira et al., 2020), como práticas repetidas, sobrecarga no horário, elevada exigência institucional e permanência em ambientes infetados (Dantas, 2017) e a forte exigência psicológica e emocional que as funções de enfermeiro requerem são fatores negativos para a prática da sua função, contribuindo como fatores preditores de cansaço físico e mental e consequentemente, de altos níveis de ansiedade (Fronteira et al., 2018). É por estas características que os enfermeiros são das profissões com maior vulnerabilidade a desenvolverem problemas de saúde mental, como *stress* ocupacional, distúrbios do sono, depressão e ansiedade (Santos et al., 2021).

Um estudo realizado com enfermeiros, demonstrou que todos os enfermeiros em estudo revelam ansiedade, embora a maioria apresente grau leve de ansiedade. O mesmo estudo identificou como fatores causadores da ansiedade a sobrecarga e elevado ritmo de trabalho e o baixo reconhecimento (Sangalett et al., 2018). Outro estudo realizado com 450 enfermeiros, demonstrou que 74% dos enfermeiros em estudo manifestam ansiedade (4,2% ansiedade leve, 26% ansiedade normal, 23,2% ansiedade moderada, 14,4% ansiedade grave e 32,3% ansiedade extrema), entre as causas verificou-se baixa satisfação com o trabalho e conflitos relacionais com os superiores e pacientes (Kaushik et al., 2021). Em mais um estudo, com 1302 enfermeiros, foi relatado que mais de metade dos enfermeiros avaliados apresentam níveis consideráveis de ansiedade-estado: 46.1% moderado e 11.8% alto (Páges et al., 2022).

Ademais a todas as características inerentes da profissão mencionadas, os enfermeiros foram obrigados a permanecer na linha da frente no combate contra a pandemia do coronavírus (Pereira et al., 2021). Neste novo contexto de pandemia por COVID-19, todas as condicionantes existentes complexificaram-se, surgindo igualmente novas dificuldades na prestação de cuidados e adaptação ao novo contexto laboral (Puga et al., 2020). A elevada procura aos serviços de saúde, a gravidade dos doentes, a escassez de equipamentos de proteção, o forte risco de contaminação pelo contacto direto e permanente com o vírus, o desgaste físico pelo esforço intenso, o desgaste emocional, com a agravante do receio pela própria saúde e o elevado perigo de infetar outros indivíduos, inclusive familiares, obrigando ao isolamento e quarentena foram intensos fatores geradores de ansiedade durante a COVID, potencializadores da síndrome de *burnout* (Choi et al., 2022).

No âmbito do Projeto Saúde Mental em Tempos de Pandemia foi realizado um questionário (SM-COVID19) direcionado à população no geral e aos profissionais de saúde. Os resultados obtidos verificaram que quase metade dos profissionais que participaram apresentaram sintomatologia de ansiedade moderada ou grave, sendo que 43% dos

profissionais indicaram também sinais elevados de *burnout* (SM-SNS, 2021). Outro estudo, avaliado em período de pandemia, com 767 enfermeiros portugueses revelou que estes apresentaram índices de depressão e ansiedade superiores aos da população geral (Sampaio et al., 2020).

O suporte social é um fator protetor contra perturbações mentais, como a ansiedade e a depressão, em virtude da sua influência positiva na saúde mental (Baptista et al., 2006). Fraco suporte social potencializa o aparecimento da ansiedade e depressão, uma vez que a pessoa se sente desprotegida e sozinha, sem apoio para regular as suas emoções perante eventos stressantes, como desabafar ou partilhar momentos agradáveis (Silva, 2022).

Enfermeiros com maior suporte social apresentam menores níveis de ansiedade, quando comparados com enfermeiros com menor suporte social, uma vez que apresentam melhores relações com os colegas e chefias, um grupo de amigos coeso e apoio familiar (Labrague & Santos, 2020). Um estudo na China, demonstrou que enfermeiros em serviços de alto risco de contágio de Covid-19 apresentam níveis mais altos de ansiedade, em comparação com outros e que para estes profissionais o suporte social demonstrou-se significativamente associado ao aumento da resiliência e conseqüentemente, a níveis de ansiedade mais baixos, dado que uma boa rede de apoio ajuda a lidar com as dificuldades da profissão (Hou et al., 2021).

Comportamentos direcionados para a saúde são outro fator protetor para a saúde mental, nomeadamente para o combate da ansiedade (McMahon et al., 2016). Sujeitos que com uma alimentação equilibrada, que praticam exercício físico regularmente e controlam os consumos de álcool e tabaco apresentam melhores índices de bem-estar e saúde mental (Wang et al., 2023).

Fator de vulnerabilidade relacional

Suporte social

Os primeiros trabalhos a respeito do suporte social foram desenvolvidos pelos autores Cassel e Cobb, com o propósito de compreenderem a natureza e a relação direta e indireta do apoio social na saúde (Ferreira et al., 2014).

As investigações de John Cassel (1976), de índole epidemiológica contribuíram para compreender que a adaptação ao ambiente e o apoio de pessoas significativas para o doente são fatores protetores para a saúde, inibindo a vulnerabilidade a doenças e auxiliando na sua recuperação. O seu trabalho, ainda que não tenha contextualizado o conceito, permitiu evidenciar o impacto positivo da rede de apoio na saúde e no bem-estar dos sujeitos (Ornelas, 2008).

O autor Sidney Coob (1976) contribuiu teoricamente, concebendo a primeira definição de suporte social, descrevendo-o como a percepção de que o indivíduo é parte integrante de uma rede de pessoas com comunicação, deveres e responsabilidades recíprocas, onde se sente valorizado e estimado, crendo ser amado e cuidado pelos restantes membros do grupo. As suas investigações centraram-se nas capacidades do suporte social na amenização do distress (Ornelas, 2008).

Estudos sobre o suporte social multiplicaram-se, assim como as suas definições, que se complementam e complexificam o construto (Batista et al., 2006). Segundo Dunst e Trivette (1990), o suporte social consiste no apoio oferecido disponível, em caso de necessidade e assistência. Em complemento, outros autores definem o suporte social como uma interação contínua e mútua, capaz de satisfazer as necessidades socioemocionais do indivíduo e promover o desenvolvimento de estratégias de resposta face a situações desfavoráveis (Wright, Rodriguez & Cohen, 1998). É nesta lógica que, o suporte social pode ser compreendido como

um processo transacional (Zimet et al., 1988) entre um sistema de sujeitos que se relacionam, com trocas bilaterais de apoio afetivo e apoio material (Cardoso & Baptista, 2014), envolvendo sentido de pertença, confiança e preocupação entre os indivíduos (Sarason et al., 1983).

O suporte social é caracterizado por ser um processo dinâmico e transitório, pela sua facilidade de mudanças e influências socioambientais, como mudar de casa ou a morte de um parente. Estas alterações podem afetar a percepção de apoio que o sujeito experiencia, podendo o sujeito sentir maior ou menor suporte social, de acordo com o momento ou evento de vida (Cobb, 1976). A subjetividade é outra particularidade do suporte social, pois depende da avaliação que o sujeito realiza face ao apoio fornecido, que esta dependente das individualidades do sujeito, expectativas e tipo de relação entre os elementos (Sarason et al., 1987).

Na literatura é consensual que o suporte social é um construtor multidimensional (Ribeiro, 1999). Os autores Dunst e Trivette (1990) definiram 11 dimensões de suporte social, cruciais para a sua avaliação e medida: Tamanho da rede social, definido pelo número de elementos que constituem a rede de suporte social; Existência de relações sociais, abrangendo todas as interações do sujeito; Frequência de contactos, referente à regularidade e frequência de interações com as pessoas da rede; Necessidade de suporte, que determina o grau de carência do sujeito; Tipo e quantidade de suporte, para designar a natureza e volume do suporte; Congruência, caracterizada pelo grau de correspondência entre o apoio social disponível e o apoio necessário; Utilização, que denota o quanto o sujeito recorre à rede de suporte; Dependência, quantificada pela confiança nos elementos da rede; Reciprocidade, determinado pelo grau de correspondência entre o apoio recebido e o apoio oferecido; Proximidade, definido pelo grau de afinidade e intimidade com os elementos; Satisfação, que se traduz no contentamento com o apoio social recebido;

As múltiplas dimensões do suporte social foram alvo de estudo, contribuindo para o desenvolvimento de diferentes tipos de suporte social, em distintos domínios (Carvalho et al., 2011). Em um primeiro momento, os autores Singer e Lord (1984), distinguiram 3 tipos de suporte social (emocional, instrumental e informacional), de acordo com a sua natureza e funcionalidade.

O suporte social emocional compreende comunicações e demonstrações de afeto, carinho, atenção e preocupação demonstradas por outros sujeitos, salvaguardando o sentimento de estima, de segurança, pertença a um grupo e de confiança com os membros. Uma pessoa que fornece apoio emocional escuta o sujeito ativamente, intervém com a sua opinião, demonstra-se empático e faz crer ao sujeito que é capaz de superar as adversidades; O suporte social instrumental consiste na resposta a necessidades materiais e práticas, com vários tipos de apoios tangíveis, nomeadamente o auxílio financeiro e fornecimento de bens e serviços, como a ajuda nas tarefas domésticas, empréstimos de dinheiro, provisões ou encarregar-se das crianças, etc.; O suporte social informacional é representado pelos esclarecimentos oferecidos, como conselhos e orientações de terceiros e partilha de conhecimentos e informações úteis para ajudar o indivíduo a entender melhor as suas condições e a escolher quais os recursos e decisões mais indicadas (Rodriguez & Cohen, 1998).

Existe uma enorme diversidade de recursos disponíveis nos relacionamentos interpessoais, permitindo diferenciar outros tipos de suporte social, de acordo com a sua aplicabilidade, sendo o suporte social emocional, instrumental e informacional os mais conceituados na literatura (Cohen, 2004). Outros autores diferenciam seis tipos de suporte social, acrescentando mais três tipos de apoio aos três tipos definidos pelos autores anteriores: Suporte afetivo, composto por ligações de maior intimidade, onde se vivencia conexões mais profundas, com sentimentos de maior intensidade; Suporte percetivo, que consiste no apoio em desenvolver o autoconceito de competência, para que o sujeito se sinta capacitado de resolver

eficazmente as adversidades; e o Suporte de convívio social, retratado pela participação de atividades de lazer e culturais, que potencializam as ligações entre os membros da rede social, facilitando e reforçando o senso de pertencimento e integração em grupos sociais e vida comunitária (Cohen & Will, 1985; Cutrona & Russel, 1990; Powell & Enright, 1990; Serra, 1999; Martins, 2005).

Os autores Dunst e Trivette (1990), distinguiram, posteriormente, outros dois tipos de suporte social, segundo a sua fonte: informal e formal. O suporte social informal advém de redes pessoais, caracterizado por relações de contacto direto e durador e interações de proximidade e intimidade. O apoio informal tende a fornecer apoio afetivo e emocional e é reconhecido, na sua maioria, no suporte nas atividades do quotidiano. Neste tipo de suporte social estão incluídos grupos sociais primários, como família, amigos, vizinhos e colegas de trabalho e grupos sociais secundários, como igreja e clubes. Em contrapartida, o suporte social formal provém de redes coletivas de grandes dimensões, caracterizadas por relações indiretas e pontuais. Este tipo de apoio é procurado somente em caso de necessidade por parte dos sujeitos, abrangendo estruturas e organizações sociais como, programas governamentais, serviços de saúde e hospitais, bem como, os seus profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos, etc.). O apoio formal é focado na resolução de problemas específicos, por meio das competências de tais serviços (Seon et al., 2019).

Os mesmos autores, Dunst e Trivette (1990), descreveram também 5 componentes do suporte social, que se encontram interligados entre si: (1) Componente constitucional, que se fundamenta na correspondência e harmonização entre as necessidades sentidas e o suporte social existente para suprimir tais carências; (2) Componente relacional, que engloba a extensão da rede de conexões, incluindo o número de contactos pessoais e a envolvimento em grupos ou entidades sociais, assim como, o status familiar e profissional; (3) Componente funcional, que diz respeito aos tipos de suporte presentes (emocional, informacional,

instrumental ou material) e a forma como estes se manifestam e atuam, bem como, a sua qualidade; (4) Componente estrutural, que se refere ao número de relações, assim como a sua frequência e intensidade, nomeadamente proximidade psicológica e física, reciprocidade e consistência; (5) Componente satisfação, que se traduz na adequação positiva do suporte recebido, mas também fornecido.

Os trabalhos realizados para analisar o suporte social permitiram identificar consistentemente mais dois tipos de suporte social, numa perspetiva diferente dos autores referidos anteriormente (Cramer, Henderson & Scott, 1997). Definidos e distinguidos como suporte social recebido e suporte social percebido, sendo o primeiro o apoio efetivamente manifestado e auferido por outrem, enquanto o suporte percebido consiste na perceção e avaliação cognitiva do sujeito, relativamente à acessibilidade e qualidade do suporte disponível na sua rede social, em caso de necessidade (Cohen, 2004).

O suporte social percebido tem maior consideração do que a medida objetiva de suporte social, sendo compreendido como o mais significativo e determinante para comprovar os efeitos positivos do suporte social na saúde (Rzeszutek & Schier, 2014). A perceção da qualidade e disponibilidade do suporte social adquirido influencia diretamente a satisfação com o mesmo, pelo que um sujeito com a crença de que é valorizado e tem a quem recorrer em momentos de carência e dificuldade, mesmo não sendo verídico, considera ainda assim deter uma boa rede de suporte, contribuindo conseqüentemente como fator protetor (Nogueira, 2017).

As investigações pioneiras sobre a influência do suporte social contribuíram para compreender que a sua precariedade afeta negativamente a saúde, potencializando a suscetibilidade a enfermidades e ao *stress*. Inversamente, um forte suporte social e uma rede social estável são fatores protetores para a saúde, cooperando no enfrentamento de crises e

adaptação a situações de *stress*, aumentando a sensação de bem-estar e qualidade de vida (Cobb, 1976).

Múltiplos estudos denotam o efeito moderador/ amortecedor (*buffer*) do suporte social em relação ao *stress*, desencadeando uma ação protetora anti-*stress*, que ameniza os seus danos salvaguardando a saúde do sujeito em momentos de elevada tensão (Cobb, 1976; Cohen & McKay, 1984; Blumenthal et al., 1987; Minkler, 1992). A ausência de suporte é por si um fator gerador de *stress*, onde o sujeito se sente sozinho e abandonado, sem auxílio para modificar o significado da situação desfavorável e/ou partilha de recursos efetiva para ultrapassar as adversidades (Matsukura, Marturano & Oishi, 2002).

A condição protetora do suporte social, concede-lhe a função de mecanismo de *coping*, com benefícios para o sujeito (Graziani & Swendsen, 2007). Um suporte social sólido e de qualidade, traduz-se numa forte rede afetiva e relações sociais mais desenvolvidas, capazes de melhorar os níveis de saúde e favorece a recuperação de doenças. Afeta diretamente e positivamente diversos funcionamentos do corpo, nomeadamente o sistema endócrino, cardiovascular e hormonal, com maiores benefícios no sistema funcional e imunológico (Domínguez-Guedea et al., 2009). Contrariamente, fraco suporte social, caracterizado por relações débeis e ausência de uma rede de apoio, está associado a um conjunto de enfermidades, como doenças gastrointestinais e cardiovasculares, problemas musculoesqueléticos e fadiga crónica (Kogien & Cedaro, 2014).

O impacto do suporte social interfere conjuntamente com o funcionamento cognitivo. Graus inferiores de suporte social estão relacionados com distúrbios psicológicos, especificamente, altos níveis de *stress*, ansiedade, depressão, isolamento, comportamentos aditivos e perturbações do sono (Beutel et al., 2019). Ademais, o apoio e reciprocidade proveniente da rede de suporte faz com que o sujeito se sinta valorizado e proporciona troca de sentimentos positivos, aumentando a autoestima e confiança (Rigotto, 2006). É por essa razão

que alto apoio social está também relacionado com bons níveis de autoestima e confiança (Guadalupe, 2016).

O estudo SM-COVID19 (2021), evidenciou que menor apoio social e familiar e a ausência de passatempos/ hobbies e atividades de lazer são preditores de problemas de saúde mental, aumentando a ameaça e sintomatologia de ansiedade, depressão e pós-traumático. Em complemento, demonstrou que existe relação direta entre o suporte social e os níveis de ansiedade, sendo que os sujeitos com ansiedade leve apresentam maior suporte social.

Em âmbito profissional, o suporte social atua de modo similar, verificando-se que a ausência ou níveis baixos de suporte social estão associados a malefícios na saúde dos trabalhadores, sendo mais propensos a distúrbios de *stress*, exaustão física e emocional e doenças cardiovasculares (Kirchhof et al., 2009), em contrapartida, sujeitos com maior suporte pessoal e profissional apresentam menores riscos de *burnout* (Heath et al., 2020).

A presença de suporte social em contexto profissional envolve confiança interpessoal, coesão de grupo, respeito e consideração entre os membros da rede, potencializando efeito motivacional na execução do seu trabalho e no desenvolvimento de novas competências (Balbi & Pérez- Nebra, 2015). Inversamente, a inexistência de apoio e cooperação dos superiores ou colegas de trabalho é uma fonte de *stress* ocupacional, suficiente para afetar negativamente o desempenho e bem-estar laboral (Seidl & Tróccoli, 2006).

De modo a providenciar melhores condições aos enfermeiros é importante garantir uma forte rede de suporte no local de trabalho, disponibilizando apoio psicológico para intervenção preventiva, medidas organizacionais eficientes, como maior número de pausas e chefias competentes e empáticos, que garantam uma comunicação eficaz (Sampaio, 2021).

Estudos realizados a respeito do suporte social nos enfermeiros demonstraram que uma boa rede de suporte proveniente de colegas, amigos e familiares transmite aos enfermeiros maior sensação de segurança laboral, bem-estar emocional e alívio na sintomatologia ansiosa,

auxiliando no enfrentamento de dificuldades pessoais e desafios profissionais (Nogueira, 2017). Foi verificado também que, enfermeiros com relações próximas com os colegas, convívio com outros trabalhadores que também trabalham por turnos e a prática de atividades extras e de lazer são favoráveis para melhores níveis de saúde psicológica, satisfação com o trabalho e comprometimento organizacional (Henderson & Burt, 1998; Väänänen et al., 2003; Sampaio, 2007).

Em relação à idade, verificou-se que a percepção de suporte social nos enfermeiros aumenta com a idade (Alnazly et al., 2021). Outros estudos (Kılınç & Çelik, 2020), compreenderam que enfermeiros com menor idade, sem filhos e solteiros consideram o suporte social familiar mais importante, valorizando-o em maior grau perante outros. Inversamente ao estudo referido, enfermeiros com idades superiores e casados estimam maior suporte social de amigos e colegas, podendo ser explicado pelo maior número de horas com os mesmos, nomeadamente pelas longas horas de trabalho compartilhadas, reduzindo o tempo de qualidade com a família (Woon et al., 2021).

A rede de suporte desempenha influência mútua entre os seus membros. Uma rede de apoio saudável motiva e encoraja para a prática de comportamentos saudáveis, como realizar exercício físico ou ter uma alimentação saudável e a aderir a tratamentos de saúde, como acompanhamento psicológico (Boas, 2000). O suporte social informal, como a família e informal, como o médico de família podem também contribuir para essas alterações na vida do sujeito, através de suporte informativo, elucidando e aconselhando para melhores opções de vida, através do suporte emocional garantindo apoio nas mudanças mais difíceis, como deixar de fumar e através do suporte instrumental, de modo a auxiliar monetariamente o uso de serviços, como o ginásio (Phulkerd et al., 2021).

Fator de vulnerabilidade comportamental

Comportamentos de Saúde

Hábitos comportamentais protetores e um estilo de vida saudável são indicadores de bem-estar geral e de saúde (Agostini et al., 2018). A favor desta premissa, foi avaliado que a adesão e prática de comportamentos de saúde, integrados num estilo de vida saudável, funcionam como fatores protetores da saúde, nomeadamente no tratamento de determinadas doenças (Larson et al., 2017; Zhang et al., 2023).

Comportamentos de saúde podem ser definidos como qualquer ação consciente e voluntária, que promove o bem-estar e otimiza a saúde, com efeito protetor contra doenças, contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida (Pender et al, 2015). Contrariamente, os comportamentos de risco são quaisquer decisões ou conduta que produzem efeitos adversos para o bem-estar e saúde, suscitando maior vulnerabilidade no desenvolvimento de doenças e riscos sociais, como discriminação (SNS, 2023).

Os comportamentos individuais adotados prendem-se a aspetos sociais. A sociedade é um organismo capaz de incentivar ou dificultar a prática de hábitos saudáveis, mediante a informação transmitida e apoio na capacitação da população, por exemplo através da implementação de medidas políticas, como a ilegalização de drogas ou a proibição da compra de álcool a menores de idade (Mausner & Kramer, 2007).

Estudos realizados identificaram que comportamentos promotores de saúde combatem o aparecimento e auxiliam no tratamento de doenças cardiovasculares, metabólicas e mentais, mediante o controlo dos níveis de pressão e glicemia, resistência à insulina e regulação dos neurotransmissores (Liu et al., 2017; Duncan et al., 2023;). Em oposição, os comportamentos de risco estão associados a declínio cognitivo, envelhecimento precoce, doenças crónicas em diferentes sistemas e morte prematura (Yketsos, Chen & Anthony, 1999; Montenegro et al. 2005; Mather, & Scommegna, 2015; WHO, 2019).

O consumo de tabaco, álcool e drogas, má alimentação, obesidade e sedentarismo são fatores comportamentais, que constituem elevado risco para a saúde (WHO, 2019). Segundo dados fornecidos pelo OCDE (2021), Portugal em 2019 identificou 30% das mortes por causas comportamentais, como alcoolismo, tabagismo, sedentarismo e alimentação desequilibrada.

É amplamente estudado que as práticas destes comportamentos de riscos estão associadas a maiores níveis de ansiedade, pelo que a prática de comportamentos de saúde relacionados com estes fatores (não-fumador, consumo pontual de álcool, alimentação saudável, higiene de sono e prática regular de atividade física) contribuem para a redução da ansiedade (Hautekiet et. al, 2022; Universidade de Cambridge, 2023). A título de exemplo, uma alimentação saudável, como a dieta nórdica (caracterizada pelo elevado consumo de frutas, vegetais e proteínas de fontes vegetais e peixe, com reduzida ingestão de carne vermelha e alimentos processados) demonstrou-se associado a menores níveis de ansiedade, *stress* e depressão (Araste et al., 2024). Padrões alimentares associado ao consumo de chocolate, gorduras e açúcares está igualmente associado a um maior risco de sintomas depressivos e ansiosos (Che net al., 2023).

Um estudo realizado pela universidade de Cambridge (2023) avaliou um conjunto de fatores comportamentais face ao risco de depressão, incluindo como comportamento protetor o estabelecimento de relações sociais. Este demonstrou que relações mais desenvolvidas e o convívio com outras pessoas são fatores contra o risco de perturbações mentais. Deter uma boa rede de suporte social está também vinculado a uma adesão e prática de comportamentos de saúde mais facilitada e conseqüentemente, mais frequentes (Ramos, 2002; Abreu-Rodrigues & Seidl, 2008). Por exemplo, a prática de atividade física em grupo ou em companhia tem maior aderência por parte de pessoas menos ativas (Crozier et al., 2020; Ribeiro et al., 2022). Este processo de facilitação está ligado à disponibilidade de apoio emocional demonstrada pelos membros da rede de apoio, que favorece também o comportamento de mudança, quando

hábitos de risco estão interiorizados e pela transmissão de encorajamento e motivação para a adesão aos comportamentos de saúde (Borges et al., 2016; Laiou et al., 2020).

A respeito da característica organizacional trabalhar por turnos, um estudo realizado com profissionais que exercem por turnos concluiu que os mesmos apresentaram maior prevalência na prática de comportamentos de risco para a saúde, nomeadamente maior consumo de tabaco e bebidas com cafeína, em comparação com os profissionais que não trabalham por turnos. Estes profissionais também apresentaram maior IMC, que está intimamente ligado ao sedentarismo e obesidade (Thach et al., 2020).

Um outro estudo de caráter longitudinal com enfermeiros, avaliou a relação dos comportamentos de risco de saúde nos diferentes turnos de trabalho. Demonstrou que o consumo de café se registou alto em todos os turnos, não evidenciando diferenças, afirmando o consumo de cafeína como uma prática habitual desta população. O consumo de álcool registou-se ser maior nos enfermeiros de horário diurno. O consumo de tabaco registou-se ser maior nos enfermeiros com horário noturno. A prática de exercício físico não apresentou diferenças entre os grupos, no entanto, o turno diurno apresentou maior registo de atividade física (Buchvold et al., 2019).

Atividade Física

O excesso de peso é um dos fatores de risco que mais contribui para a mortalidade na Europa, com responsabilidade em 10% das mortes. Pelos números preocupantes é possível compreender a importância da prática de atividade física na saúde (OMS, 2022).

A prática regular de atividade física contribui para melhorias: na condição músculo-esquelética, com o fortalecimento dos músculos e ossos e maior resistência física; na condição cardiovascular, reduzindo o risco de alta pressão arterial e colesterol; e na condição respiratória (Pitanga et al., 2021).

Exercício físico frequente está igualmente relacionado com o combate de doenças, como diabetes, obesidade, cancro da mama e cólon e perturbações mentais, incluindo a depressão e ansiedade (WHO, 2015; Posadzki, 2020). Um estudo realizado com funcionários de uma universidade evidenciou que os trabalhadores menos ativos apresentaram o dobro da probabilidade de contrair doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, quando comparados com os funcionários mais ativos (Setto, Bonolo & Franceschini, 2016).

Psicologicamente, o exercício físico melhora a autoestima e autoconfiança (Schulteis & Aprile, 2013), reduz sintomatologia psicopatológica, melhora o funcionamento cognitivo (Knochel et al., 2012) e aumenta a perceção de qualidade de vida (Bize, Johnson, & Plotnikoff, 2007). Uma investigação com profissionais de saúde de uma unidade de cuidados intensivos demonstrou que os profissionais que realizam atividade física com maior frequência, apresentaram maior perceção de qualidade de vida (Neto et al., 2013).

A atividade física promove a libertação de neurotransmissores como endorfinas e serotonina, que são responsáveis por melhorar o humor e a sensação de bem-estar e aliviar o distress. Pelo seu efeito, a prática regular de exercício físico é positivamente correlacionada com a redução dos níveis de ansiedade e depressão (Anderson & Shivakumar, 2013; ODPHP, 2021).

Um estudo realizado com enfermeiros, em tempos de Covid19, verificou que enfermeiros com maior atividade física experienciaram níveis de ansiedade e depressão menores, em comparação com os enfermeiros mais sedentários (Alzahrani et al., 2022).

Substâncias psicoativas

Consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas

As substâncias psicoativas integram qualquer droga de caráter jurídico: legal ou ilegal, que introduzidas no organismo afetam a funcionalidade do sistema nervoso, modificando o comportamento e as funções cognitivas (Cerqueira, 2015). O álcool, o tabaco, fármacos (hipnóticos, tranquilizantes e sedativos) e as drogas ilegais, nomeadamente a cannabis, são as substâncias psicoativas de maior prevalência no mundo (Arbour et al., 2019).

O consumo de substâncias psicoativas é um problema de saúde pública, que afeta e prejudica sujeitos de todas as idades, em destaque a fase adulta e da adolescência, por serem fases de maior vulnerabilidade e desafios (Tarren & Bartlett, 2017). Os seus componentes tendem a oferecer uma sensação de prazer temporário, que provoca desejo e necessidade de repetição, provocado pelas alterações nos circuitos cerebrais, que alteram a produção dos neurotransmissores (Nora et al., 2007; Herman & Roberto, 2015).

As drogas legais, como o caso do álcool e do tabaco suscitam preocupação pelo seu fácil acesso e representatividade social, que pela maioria das pessoas não são retratados como drogas (Fein et al., 2018). Por essa razão tendem a desvalorizar os efeitos associados ao seu consumo, nomeadamente a maior tolerância, que obriga a um maior consumo para alcançar os efeitos pretendidos e a dependência, que provoca sintomas físicos e psicológicos após um período de abstinência (Patrício, 2002).

Em 2019, com base no Estudo da Carga Global de Doenças (Global Burden of Disease), o consumo de tabaco ocasionou o maior número de mortes no mundo a respeito do consumo de substâncias psicoativas, provocando aproximadamente 871 milhões de mortes. De seguida, registou-se o consumo de álcool, com 244 milhões de mortes, sendo que mais de 68 mil mortes são por doenças associadas à ingestão de álcool abusiva. As drogas ilícitas são responsáveis por 494 mil mortes, com mais de 128 mil por doenças associadas ao seu elevado consumo

(IHME, 2019). Em particular, em Portugal foram registadas 13 500 mortes por uso de tabaco, mais de 7 mil mortes por álcool e 600 morte por consumo de drogas (IHME, 2019).

Em Portugal, em função da frequência de consumo deste tipo de substâncias, na população com faixa etária dos 15 aos 64 anos, verificou-se que a ingestão de álcool diminuiu em relação a 2017, com um consumo de 86.4% para 75.8% ao longo da vida. Ainda assim, dos consumidores totais, 56% são recorrentes, com predomínio no sexo masculino (70%) e apenas 4.5% da população regista um consumo de álcool sem risco. O registo de consumo de tabaco aumentou em relação ao ano de 2017, aumentando 2.2% para 51% de consumo ao longo da vida. Dos consumos representados, 2.2% são de alta dependência, 10.5% de dependência média e 15.5% de baixa dependência. O progressivo aumento sucede-se também no consumo das drogas ilícitas, que em 2001 era de 7.8% e em 2022 subiu para 12.8%. O consumo sem riscos diminuiu significativamente, em relação aos dados de 2017, de 3% para 0.8% e o consumo de baixo risco aumentou para 1%. Respeitante a população jovem (15-34 anos), os dados apresentaram a mesma curva. O consumo sem riscos diminuiu significativamente, de 5.2% para 1.8%, o consumo de baixo risco aumentou de 1.4% para 1.7% e o consumo de alto risco aumentou também de 0.6% para 1% (INPG, 2022).

O abuso do uso de substâncias psicoativas está associado a problemas cardiovasculares (AVC, hipertensão, infarto e arritmias), cancros (com maior prevalência no esófago e fígado, pulmões e boca e garganta) e outras doenças crónicas (hepatites, cirrose e úlceras) e síndrome de abstinência (GBD, 2018; Menya et al., 2018; Kabashi et al., 2021; Gan et al., 2021; EMCDDA, 2023).

A nível de doenças mentais, o abuso excessivo destas substâncias está associado a perturbações do humor, mais especificamente à depressão, níveis altos de ansiedade e

Perturbações de uso de substâncias, intoxicação e abstinência (Hayase, 2007; Vorspan et al, 2015; DSM-V, 2015; Karpov et al., 2017; Anker & Kushner, 2019).

As funções cognitivas também são comprometidas, com sintomas a curto prazo pelo efeito direto do consumo e a longo prazo por deterioração da estrutura e funcionalidade do SNC, associado a perda de memória (em particular à síndrome de Korsakoff) e fraco desempenho da memória a curto prazo, desorientação, raciocínio lentificado, prejuízos na atenção e aprendizagem, comprometimento no campo visoespacial e fraco julgamento racional (Jauhar et al., 2014; SAMHSA, 2016; Ramey & Regier, 2019; Ngui et al., 2022).

Em particular, as drogas ilícitas estão também associadas a perturbação de personalidade (NIDA, 2022) e o consumo de tabaco a perturbações alimentares (nomeadamente perturbação de bulimia e compulsão alimentar) e doenças no aparelho respiratório (Novello et al., 2000; Rohde, Lewinsohn & Seely, 2007; Gomes et al., 2010). A ingestão de álcool em excesso está também associada a comportamentos suicidas e comportamentos de imprudência que podem gerar danos físicos e materiais, como acidentes de viação e comportamentos violentos (Tanskanen et al., 2000; Khasakhala et al. 2013; OPAS, 2020).

Um estudo com profissionais de saúde no Quênia determinou que os mesmos apresentam maior consumo de substâncias psicoativas (álcool, tabaco, drogas ilícitas: canábis, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, inalantes e opioides), quando comparados com a população geral (Mokaya et al., 2016). Outro estudo com profissionais de saúde determinou que os mesmos que realizam turnos noturnos consomem menos álcool e drogas, em contrapartida, consomem mais tabaco, em particular nas pausas do trabalho para reduzir o *stress* provocado pelo trabalho (Cousin et al., 2022).

Consumo de café

No conjunto das substâncias psicoativas está também incluso o café (Temple et al., 2017). O café é uma substância psicoativa pelo seu efeito estimulante no SNC, originado pelas suas propriedades, nomeadamente a cafeína (Alves et al., 2009). Mundialmente, o café apresenta uma quantidade de consumo bastante significativa, aproximadamente 80% da população (Kim & Nam, 2019). Do consumo mundial, 33% é consumido pela população europeia (Federação Europeia do Café, 2022).

Contrariamente às substâncias psicoativas anteriormente analisadas, o café apresenta diversos benefícios para a saúde, quando ingerido moderadamente (Poole et al., 2017). O consumo moderado corresponde à quantidade de 3 a 5 cafés diários (Demura et al., 2013). A ingestão até 400 mg de café não contrai riscos evidentes para a saúde do consumidor (Reyes & Cornelis, 2018).

Estudos demonstram que o café melhora o desempenho das funções cognitivas, em principal a atenção e memória (Addicott & Laurenti, 2009). Ademais, o consumo regular de café está associado a menores riscos de doenças crónicas, incluindo cancro, diabetes tipo 2 e doenças hepáticas, como cirrose (La Vecchia et al., 2005; Muriel & Arauz, 2010; Yu et al., 2011; Wilson et al. 2011; Alicandro, Tavani & La Vecchia, 2017). Ingerido simultaneamente com analgésicos, o café contribui também para o alívio da dor, potencializando o efeito da medicação (Dam et al., 2020).

Os efeitos imediatos da ingestão de café identificados são: aumento dos estágios de vigia e alerta (Leyva et al., 2021), diminuição dos níveis de sono, aumento da energia e melhor performance cognitiva e física, com o aumento da resistência física (Alves, Casal & Oliveira, 2009; Leyva et al., 2021).

O uso prolongado de café tem um efeito protetor na doença de Parkinson (Lindsay et al., 2002; Sääksjärvi, et al., 2008) e em doenças cardiovasculares (Wu et al., 2009; Ochiai et

al., 2009; Larsson & Orsini, 2011; Shah et al., 2023; Mendonza et al., 2023). Dos efeitos imediatos da ingestão de café manifesta-se o aumento da pressão arterial, no entanto, existe evidências na redução da pressão arterial, com um consumo prolongado (Ochiai et al., 2009; Mesas et al., 2009).

Negativamente, a ingestão de café está correlacionada com problemas de sono, uma vez que é responsável pelo bloqueio da adenosina, que provoca efeitos prejudiciais na qualidade e quantidade do sono: reduz o tempo de sono profundo (REM) e maior resistência ao sono (menos sonolência e maior dificuldade para adormecer) (Clark & Landolt, 2016; Wang & Deboer, 2022) e perturbações mentais, mais especificamente a depressão e ansiedade (Lara, 2010; Cho et al., 2013).

Maiores níveis de ansiedade estão associados ao consumo excessivo de café, pelo seu efeito excitante, que em indivíduos mais suscetíveis pode provocar sintomatologia ansiosa. As manifestações de ansiedade podem também surgir em resposta à abstinência (Broderick & Benjamin, 2004; Liu et al., 2024).

Um estudo realizado com profissionais de diversas áreas constatou que os enfermeiros, seguidos dos médicos são a população que consomem maior números de cafés em horário de trabalho. Esta prática está associada as características da profissão, nomeadamente o trabalho por turnos e noturno, que implica muitas horas de trabalho seguidas e gestão do sono e maior energia pela sobrecarga de trabalho (Instituto Americano Harris Interactive, 2010). Um estudo que corrobora estes dados, foi realizado por Phillips et al. (2021), com uma mostra de 182 enfermeiros de 3 países diferentes. Nos 3 países, os enfermeiros apresentaram elevado consumo de cafeína, dos quais 92% dos enfermeiros da Coreia, 90.8% dos enfermeiros da Itália e 88.1% enfermeiros dos Estados Unidos ingerem regularmente cafeína, revelando o consumo frequente de cafeína nesta população em específico.

Um outro estudo, comparativo, determinou que profissionais que trabalham por turnos ingeriram significativamente mais bebidas com cafeína, em comparação com os profissionais que não trabalhavam por turnos (Thach et al., 2020).

Modelo Biopsicossocial

A OMS (1948) redefiniu o conceito de saúde, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças e enfermidades”. Esta definição denota uma concepção ampla da saúde, que transcende a ausência de patologias e disfunções e integra uma compreensão global e relacional dos seus componentes (Tourinho 2021).

A atual perspectiva de saúde delinea-se e complementa-se com o modelo biopsicossocial (Aragão, 2016). Um modelo médico que considera crucial para a compreensão da saúde e do tratamento da doença, as diferentes dimensões de funcionalidade do Ser Humano (Física, social e psicológica) e os múltiplos fatores que constroem a vida do sujeito (Fatores biológicos, psicológicos e sociais) (Fava & Sonino, 2008).

O modelo biopsicossocial surgiu da inconciliação com o modelo biomédico, que apresentava uma visão reducionista, onde ser saudável era determinado pela ausência do agente biológico causador da doença. Este era fundamentado em critérios bioestatísticos e desvios de normalidade e centrado somente na componente biológica e no atendimento da doença (Boorse, 2014). Todavia, para uma prevenção e tratamentos mais eficazes seria indispensável explorar e compreender além da dimensão biológica do organismo, possibilitando um tratamento humanizado (Engel, 1980).

O autor George L. Engel (1979), fundador do modelo biopsicossocial, afirmava a necessidade de conhecer o paciente na sua totalidade. Exclusivamente desta forma, por meio da relação próxima entre médico e paciente e de uma intervenção interdisciplinar, era praticável oferecer um cuidado integral. É neste sentido que, o modelo biopsicossocial propõe um

entender multidimensional e holístico, compreendido pelo equilíbrio entre as três componentes: biológico, psicológico e social, que interagem e se influenciam reciprocamente (Straub, 2014).

A dimensão biológica é composta pelos elementos constituintes da vida: moléculas, células, tecidos, órgãos e sistemas orgânicos. Recorre a fatores genéticos, disfuncionalidade e défices dos elementos integrantes do organismo, nomeadamente vitaminas, neurotransmissores e hormonas, transmissão de agentes infecciosos, como bactérias e vírus e processos biológicos (metabolização, envelhecimento, etc.) para fundamentar e compreender a doença (Ward & Thompson, 2012; Straub, 2014; Tourinho, 2021).

A dimensão psicológica compreende que o estado e os componentes psicológicos condicionam o funcionamento do organismo, podendo ser o motivador da doença. Inclui fatores comportamentais (rotinas, estilo de vida e padrões aditivos), cognitivos (conhecimento, pensamentos, crenças e funções) e psicológicos (personalidade, habilidades sociais e relacionais, autoestima, motivação, estratégias de *coping*, resiliência, etc.) e indicadores psicossomático (Lowen, 1988; Turk, 1996; Paim, 2000; Monteiro, 2005; Bolton, & Gillett, 2019).

A dimensão social engloba um conjunto de fatores sociais, relacionais, culturais e ambientais para compreender a doença. Como fatores sociais são referidos as condições sociais (estatuto social, níveis de educação, acesso aos cuidados de saúde e oportunidades) e económicas (recursos financeiros, despesa e apoios sociais); como fatores relacionais compõem as estruturas e dinâmicas interrelacionais nos diversos contextos (família, amigos, colegas, etc.), rede de apoio e a satisfação com o suporte social; os fatores culturais integram valores, tradições, costumes e religião; por último, os fatores ambientais, que englobam os diferentes contextos de vida do indivíduo, como a sociedade, bairro habitacional e local de

trabalho, bem como, as suas condições, leis e programas governamentais, segurança e acessibilidades (Yunes, 2006; Couto et al., 2009; Bolton, & Gillett, 2019).

A agregação dos múltiplos fatores biopsicossociais da vida do sujeito, que agem em conjunto, interagindo entre si, são capazes de determinar a vulnerabilidade do sujeito a doenças e explicar as condições de saúde existente (Saraceno, 2018).

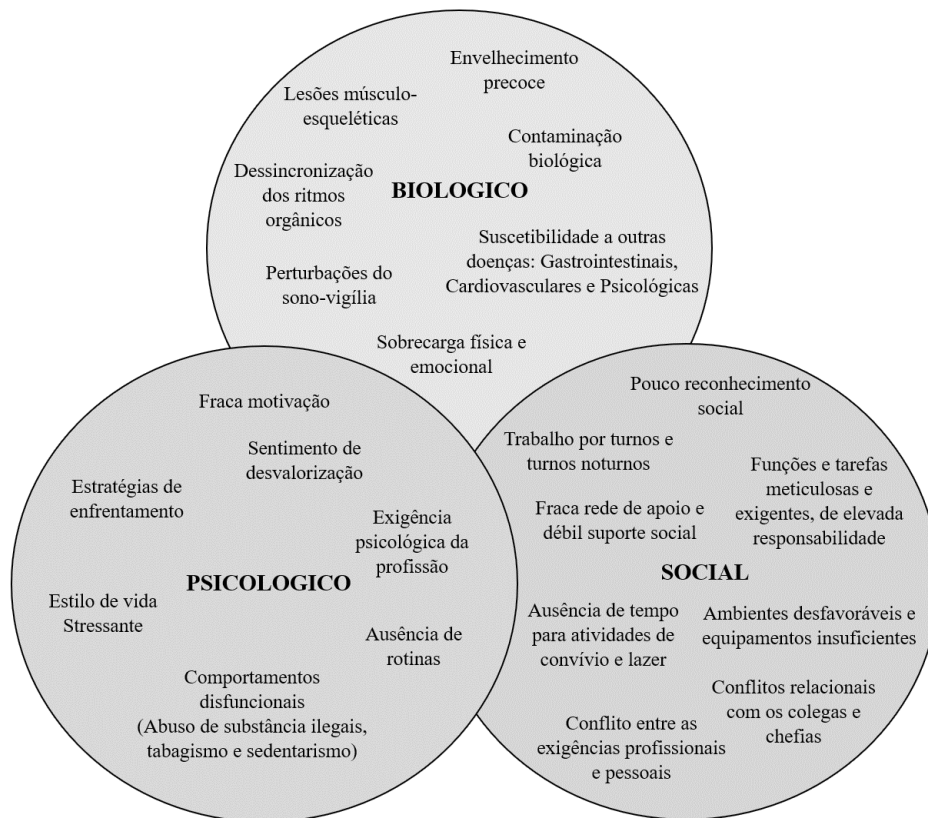
Na literatura é consensual que existe múltiplos fatores que atuam como preditores de doenças mentais, nomeadamente a Perturbação de Ansiedade. Para a compreensão da ansiedade é necessário avaliar os fatores individuais e ambientais que constituem o sujeito, nomeadamente estrutura familiar, contexto social e padrões de comportamento (Jokinen & Hartshorne, 2022). De acordo com o DSM-V (2015), a Perturbação de Ansiedade apresenta como fatores condicionantes um conjunto de aspetos multidimensionais, como psicológicos: personalidade neurótica (com padrões de pensamento de catastrofização e generalização), comportamentos de inibição e evitação e aspetos ambientais: relação parental protetora e eventos de vida adversos e traumáticos. Biologicamente, a ansiedade decorre de desequilíbrios químicos no cérebro (por exemplo, níveis anormais de neurotransmissores como a serotonina e ácido gama-aminobutírico - GABA) e atua por meio da ativação do sistema nervoso autônomo simpático, que envolve o funcionamento de múltiplos órgãos e sistemas orgânicos (Landeira-Fernandez, 2011).

No contexto dos profissionais de enfermagem são identificados fatores mais específicos para descrever a ansiedade, tais como: estilo de vida estressante, fraca motivação e pouco reconhecimento e satisfação profissional (Fronteira et al., 2018). Biologicamente, o trabalho por turnos afeta negativamente o ritmo circadiano dos enfermeiros e torna-os mais suscetíveis a outras doenças (McCluskey et al., 2015). Socialmente, verifica-se os riscos psicossociais inerentes à profissão e dificuldade no equilíbrio entre as exigências pessoais e profissionais (Pereira et al., 2020).

Na ilustração seguinte (Figura 1) serão apresentados os múltiplos fatores biopsicossociais, que podem contribuir para a vulnerabilidade dos profissionais de enfermagem, potencializando os níveis de ansiedade. Os fatores descritos foram recolhidos e referidos nos capítulos anteriores.

Figura 1

Modelo Biopsicossocial - Ansiedade nos enfermeiros



Adaptado de Vieira, 2008; Bilotta et al., 2010; Kojima & Walters, 2015;

Nascimento, Araújo & Almeida, 2018;

Objetivos

A presente investigação pretende avaliar 3 fatores de vulnerabilidade psicológica, que podem afetar negativamente o estado psicológico dos enfermeiros: grau de ansiedade, suporte social percebido e trabalhar por turnos.

O objetivo principal do presente estudo é caracterizar e compreender o impacto dos fatores de vulnerabilidade psicológica, como a ansiedade, o suporte social e o trabalhar por turnos nos enfermeiros. Os objetivos específicos são:

- Caracterizar os níveis de ansiedade dos enfermeiros em estudo;
- Caracterizar a satisfação com o suporte social dos enfermeiros em estudo;
- Compreender a relação entre o suporte social e a ansiedade dos enfermeiros em estudo;
- Compreender os efeitos de trabalhar por turnos na ansiedade dos enfermeiros em estudo;
- Compreender os efeitos de trabalhar por turnos no grau de satisfação com o suporte social dos enfermeiros em estudo;
- Analisar a relação entre a adesão e prática de comportamentos de saúde (Consumo de cafés, álcool, tabaco e drogas e atividade física) e o suporte social e a ansiedade dos enfermeiros em estudo;
- Compreender os efeitos de trabalhar por turnos na adesão e prática de comportamentos de saúde (Consumo de cafés, álcool, tabaco e drogas e atividade física);

- Analisar o sexo, idade, estado civil, se está em um relacionamento, número de constituintes do agregado familiar, número de filhos, tempo de profissão, número de locais onde exerce, tipo de organização, vínculo à organização, tempo de profissão no presente local de trabalho, regime de trabalho, carga horária semanal, número de folgas semanais, se trabalha por turnos e a satisfação com o trabalho, como preditores da ansiedade nos enfermeiros em estudo;
- Analisar o sexo, idade, estado civil, se está em um relacionamento, número de constituintes do agregado familiar, número de filhos, tempo de profissão, número de locais onde exerce, tipo de organização, vínculo à organização, tempo de profissão no presente local de trabalho, regime de trabalho, carga horária semanal, número de folgas semanais, se trabalha por turnos e a satisfação com o trabalho, como preditores do suporte social nos enfermeiros em estudo.

Método

Participantes

A população alvo do presente estudo são enfermeiros. A amostra é constituída por 108 participantes, que se comprometeram a participar no estudo voluntariamente.

O método de amostragem para a seleção da amostra foi não probabilístico, por conveniência, uma vez que apresenta como critério de pré-seleção a profissão. Os critérios de inclusão para a constituição da amostra são ter complementado o ensino superior em enfermagem e exercer profissionalmente enfermagem, em qualquer área ou âmbito inerente à profissão. Como critério de exclusão foram omitidas respostas de enfermeiros de outras nacionalidades, sendo válidas apenas sujeitos de nacionalidade portuguesa, por questões de validação dos instrumentos aplicados.

As idades dos participantes são compreendidas entre os 23 e os 61 anos, apresentando uma média de idades de 35.44 anos e um desvio padrão de 10.16 anos. Dos participantes, 93 inquiridos são do sexo feminino (86.1%) e 15 são do sexo masculino (13.9%). A maioria dos enfermeiros em estudo são solteiros (n=50; 46.3%), somente com o 1º ciclo do ensino superior (n= 85; 78.7%) e encontravam-se em um relacionamento no momento em que responderam ao questionário (n=88; 81.5%).

No domínio familiar, mais de metade dos enfermeiros em estudo apresentam 2 a 3 constituintes no agregado familiar (n= 57; 52.8%) e metade dos enfermeiros não possuem filhos (n= 54; 50%). Os restantes enfermeiros, 26 (24.1%) apresentam 1 constituinte e 25 (23.1%) apresentam mais de 3 constituintes. Respeitante ao número de filhos, 44 enfermeiros (40.7%), detêm 1 a 2 filhos e os restantes 10 enfermeiros (9.3%) mais de 3 filhos, inclusive.

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra

N = 108	n	%	M	DP	Min	Max
Idade				35.44	10.16	23 61
Género						
	Feminino	93	86.1			
	Masculino	15	13.9			
Estado civil						
	Solteiro/a	50	46.3			
	Casado/a ou União de facto	48	44.4			
	Divorciado/a ou Separado/a	10	9.3			
Escolaridade						
	Licenciatura	85	78.7			
	Mestrado	12	11.1			
	Especialidade	11	10.2			
Relacionamento atual						
	Sim	88	81.5			
	Não	20	18.5			
Nº de agregado familiar						
	1	26	24.1			
	2 a 3	57	52.8			
	Mais de 3	25	23.1			
Nº de filhos						
	0	54	50			
	1 a 2	44	40.7			
	Mais de 2	10	9.3			

No domínio profissional, os anos de serviço variam de 1 a 40 anos de atividade, com média de 11.64 anos e desvio padrão de 9.45 anos. O maior número de enfermeiros exerce em contexto hospitalar (n= 74; 68.5%), de seguida em contexto clínico (n= 32; 29.6%) e os restantes em outros âmbitos, nomeadamente, exercer em lares ou centros de saúde ou em trabalhos complementares, como vacinação covid ou dar aulas, etc. (n= 2; 1.9%). A grande

maioria exerce em um único local de trabalho (n= 73; 67.6%) e os demais exercem simultaneamente em dois ou mais locais de ofício (n= 35; 32.4%).

Do mesmo modo, o maior número de enfermeiros em estudo exerce por turnos (n= 68; 63%), em regime irregular, ou seja, aleatório (n= 47; 43.4%). Preferencialmente, 43 enfermeiros (39.8%) optam por trabalhar nesse regime, contrariamente aos restantes 25 (23.1%). 32 enfermeiros (29.6%) escolhem trabalhar por turnos por razões financeiras, por ser melhor remunerado e pela possibilidade de conciliar com mais que um emprego, outros 14 enfermeiros (13%) por ser uma característica inerente da profissão e/ou organização de trabalho, não tendo como outra opção e os restantes 22 enfermeiros (20.4%), pela facilidade de flexibilidade de horário.

Dos 68 enfermeiros em estudo que laboram por turnos, 62 (57.4%) efetuam turnos noturnos.

Tabela 2

Características profissionais da amostra

N = 108		n	%	M	DP	Min	Max
Anos de profissão				11.64	9.45	1	40
Âmbito de profissão							
	Hospitalar	74	68.5				
	Clínico	32	29.6				
	Outro	2	1.9				
Nº de locais que exerce							
	1	73	67.6				
	Mais que 1	35	32.4				
Trabalho por turnos							
	Sim	68	63				
	Não	40	37				

Fatores de vulnerabilidade psicológica em enfermeiros: a ansiedade, o suporte social e o trabalho por turnos.

N = 108		n	%	M	DP	Min	Max
Regime de turnos							
	Irregular	47	43.5				
	Regular	21	19.4				
Preferência em trabalhar por turnos							
	Sim	43	39.8				
	Não	25	23.1				
Razões de trabalhar por turnos							
	Financeiras	32	29.6				
	Característica do trabalho	14	13				
	Flexibilidade no horário	22	20.4				
Turnos noturnos							
	Sim	62	57.4				
	Não	6	5.6				

Institucionalmente, 43 enfermeiros trabalham em instituições privadas (39.8%) e 65 enfermeiros em instituições públicas (60.2%), sendo que 59 destes enfermeiros detêm um vínculo efetivo com a organização (54.6%), 45 trabalham a contrato a termo certo ou indeterminado (41.7%) e os restantes em prestação de serviço (n= 4; 3.7%). O horário rotativo é o mais empenhado (n= 68; 63%).

Dos 108 participantes, 52 (48.1%) exercem no máximo 36 horas semanais, enquanto 56 (51.9%) exercem mais de 36 horas semanais, considerando que 94 dos enfermeiros (87%) usufrui de até duas folgas por semana e 12 enfermeiros (11.1%) usufruem de mais de duas folgas por semana.

Compreendido por uma escala de likert, a maioria dos enfermeiros (n= 44; 40.7%) selecionou um 4 na satisfação com o trabalho, seguindo um 3 de satisfação com o trabalho (n= 30; 27.8%).

Tabela 3

Características organizacionais da amostra

N = 108		n	%
Tipo de organização			
	Privada	43	39.8
	Pública	65	50.2
Vínculo			
	Efetivo/a	59	54.6
	Contrato a termo	45	41.7
	Prestação de serviços	4	3.7
Horário de trabalho			
	Fixo	40	37
	Rotativo	68	63
Carga semanal			
	Até 36 horas	52	48.1
	Mais de 36 horas	56	51.9
Regime de folgas			
	Fixas	33	30.6
	Rotativas	75	69.4
Nº folgas semanais			
	Até 2	94	87
	Mais de 2	12	11.1
Satisfação com o trabalho			
	1	5	4.6
	2	20	18.5
	3	30	27.8
	4	44	40.7
	5	9	8.3

Dos 108 enfermeiros em estudo, o maior número de enfermeiros consome café (n= 80; M= 74.1%) e é não fumante (n= 84; M= 77.8%). A média de cafés ingeridos por dia pelos enfermeiros em estudo é de 3.55, o que equivale aproximadamente a três chávenas e meia de café. O número máximo de cafés diários registados é 9 cafés e o número mínimo é 0 cafés. A

média de cigarros fumados por dia é de 9.67 cigarros, aproximadamente 10 cigarros. O número máximo de cigarros fumados por dia é 20 cigarros e o mínimo é 1 cigarro.

Em respeito à regularidade do consumo de álcool e drogas, a generalidade da população em estudo não consome álcool (n= 72; M= 66,7%), nem drogas (n= 105; M= 97.2%). A frequência média de ingestão de álcool é de 1.33, que aproximadamente indica 1 a 2 vezes por semana. A regularidade mínima de consumo álcool registada é 1, que representa 1 a 2 vezes por semana e a regularidade máxima é 4, que representa um consumo diário de álcool. A frequência média de consumo de drogas é de 1.67, indicando aproximadamente, 3 a 4 vezes por semana. A regularidade mínima de consumo de drogas é 1, que representa 1 a 2 vezes por semana e a regularidade máxima é 3, que representa um consumo de 5 a 6 vezes por semana.

A prática de exercício físico é exercida por 65 enfermeiros (M= 60.2%), sendo que os restantes enfermeiros (n= 43; M= 39.8%) não realizam qualquer atividade física. A regularidade média de prática de exercício físico é de 1.68, que indica aproximadamente, 3 a 4 vezes por semana. A regularidade mínima de frequência de execução de atividade física registada é de 1, que representa 1 a 2 vezes por semana e a regularidade máxima é 4, que é realização de atividade física diariamente.

Tabela 4

Características comportamentais da amostra

N = 108		n	%	M	DP	Min	Max
Ingere café							
	Sim	80	74.1				
	Não	28	25.9				
	Nº de cafês			3.55	2.291	0	9
É fumador							
	Sim	24	22.2				
	Não	84	77.8				
	Nº de cigarros			9.67	6.644	1	20
Consome álcool							
	Sim	36	33.3				
	Não	72	66.7				
	Regularidade			1.33	.756	1	4
Consome drogas							
	Sim	3	2.8				
	Não	105	97.2				
	Regularidade			1.67	1.155	1	3
Pratica exercício físico							
	Sim	65	60.2				
	Não	43	39.8				
	Regularidade			1.68	.868	1	4

Instrumentos

No presente estudo, com base nos objetivos estipulados e variáveis em estudo, foram utilizados 3 instrumentos de natureza quantitativa: Questionário sociodemográfico, Inventário de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory* - BAI) e Escala de Satisfação com o Suporte Social - ESSS.

Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico elaborado foi composto por um conjunto de questões, com o propósito de recolher informações sobre a amostra em estudo. O questionário foi dividido em 3 partes: dados pessoais, dados profissionais e hábitos de saúde.

A primeira parte compreende dados pessoais da amostra, como elementos biográficos e informações sobre a sua constituição familiar. Na segunda parte é inquirido dados sobre a prática profissional de cada enfermeiro e características sobre a identidade laboral. Por último, é abordado questões respeitante ao estilo de vida e comportamentos de saúde dos enfermeiros em estudo.

Questionário de Ansiedade

O instrumento quantitativo aplicado para avaliar os níveis de ansiedade dos enfermeiros em estudo foi o Inventário de Ansiedade de Beck (Beck, et. al, 1988; adaptado por J. Pinto Gouveia & Lígia M. Fonseca, 1995).

O *Beck Anxiety Inventory* (BAI) foi desenvolvido pelos Doutores Aaron Beck, Epstein, Brown e Sterr, no ano de 1988. As suas dimensões psicométricas apresentaram-se favoráveis, com uma consistência interna excelente, com o valor de alfa de *Cronbach* de .92 e com fiabilidade aceitável de $r = .75$, calculado pelo *test-retest*, com um período de 1 semana de

intervalo (Beck et al., 1988). O alfa de *cronbach* obtido no presente estudo foi excelente, no valor de .925.

A tradução e adaptação para a língua portuguesa foi realizada em 1995, pelos autores José Pinto Gouveia e Lígia Maria Fonseca. Para a realização do teste é apenas exigido conhecimentos de leitura, o documento impresso e algo com que seja possível preenchê-lo. É de rápida e fácil aplicação, sendo que o tempo de conclusão decorre de 5 a 10 minutos (Cunha, 2001).

O Inventário de Ansiedade de Beck consiste numa escala de autopreenchimento. É composto por 21 itens, capazes no seu conjunto de mensurar o grau de ansiedade do sujeito. Cada item descreve um sintoma de ansiedade, de dimensão fisiológica ou cognitiva.

O avaliado seleciona a resposta mais conveniente, de acordo com o sintoma apresentado e a intensidade que o sentiu no decorrer da última semana, incluindo o dia em que preenche o instrumento. A resposta é avaliada por uma escala de 0 a 3, que decorre de: Nunca (0); Ocasionalmente (1) ; Frequentemente (2); Quase sempre (3).

O resultado obtido indica o nível de ansiedade do sujeito, correspondente ao somatório de pontos definidos em cada nível de resposta. Deste modo, o score total varia de 0 a 63 pontos. O valor total é interpretado com base em pontos de corte, em que a pontuação da ansiedade mínima é de 0 a 10 pontos; ansiedade leve é de 11 a 19 pontos; ansiedade moderada é de 20 a 30 pontos; e ansiedade grave de 31 a 63 pontos (Quintão, Delgado & Pietro, 2013).

Questionário de Satisfação com o Suporte Social

O instrumento quantitativo aplicado para avaliar o suporte social dos enfermeiros no presente estudo foi a Escala de Satisfação com o Suporte Social - ESSS.

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) foi desenvolvida e validada pelo autor José Pais Ribeiro (1999).

É composta por 15 itens, que se destinam a avaliar o grau de satisfação com o suporte social percebido pelo avaliado. Ademais à escala geral de satisfação com o suporte social, o teste permite avaliar o suporte social em 4 fatores específicos: amizade, relações íntimas, família e atividades sociais.

A subescala de satisfação com os amigos (SA) é avaliada a partir dos itens 3, 12, 13, 14 e 15. Apresentou um alfa de *cronbach* de .83, com uma consistência interna boa; A subescala de percepção de intimidade (IN) é avaliada segundo os itens 1, 4, 5 e 6 e apresentou um alfa de *cronbach* de .74, com uma consistência interna aceitável; A subescala de satisfação com a família (SF) é avaliada pelos itens 9, 10 e 11 e demonstrou uma consistência interna aceitável, com um alfa de *cronbach* de .74; E a subescala de satisfação com as atividades sociais (AS) é avaliada pelos itens 2, 7 e 8, com uma consistência interna questionável, de .64.

É um teste de autopreenchimento, em que o sujeito seleciona o nível de consentimento com cada afirmação. As respostas são dispostas numa escala de *likert*, com pontuações de 1 a 5, em que concordo totalmente equivale a 1; concordo na maior parte equivale 2; não concordo nem discordo equivale a 3; discordo na maior parte equivale a 4; e discordo totalmente equivale a 5. Os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, e 15 são itens invertidos, pelo que a sua cotação é reversa.

O resultado obtido resulta do somatório das pontuações atribuídas a cada item, dando origem a uma pontuação global. A pontuação total varia de 15 a 75 pontos. Não existe pontos de corte, uma vez que, todos os sujeitos percecionam níveis de satisfação com o seu suporte social, podendo estes ser mais altos ou baixos (Pais Ribeiro, 2011).

No presente estudo, o alfa de *cronbach* obtido na ESSS total é aceitável, com valor de .792. Na subescala SA o alfa de *cronbach* obtido foi .820, com uma consistência interna boa. Na subescala IN o alfa de *cronbach* obtido foi .799, com uma consistência interna aceitável. Na subescala SF o alfa de *cronbach* obtido foi .722, com uma consistência interna aceitável. E

a subescala AS tem o alfa de *cronbach* de .792, com uma consistência interna aceitável.

Procedimentos de recolha de dados

A presente investigação foi submetida à análise e aprovação da comissão de Ética para a Investigação da Universidade Lusíada, com a referência UL/CE/CIPD/2314. A Comissão de Ética deliberou parecer positivo, no dia 13 de março de 2023.

O estudo é estatisticamente descritivo, de caráter transversal. A recolha dos dados foi realizada via online, entre o período de outubro e dezembro de 2023. Os testes utilizados para avaliar as variáveis em estudo foram devidamente autorizados pelos seus autores, mediante uma solicitação prévia, efetuada por *e-mail*.

Os instrumentos aplicados foram convertidos num formulário online, na plataforma *Google Forms*. Deste modo, permitiu que a recolha dos dados fosse mais rápida e prática, pelo seu acesso simples e maior facilidade de resposta para os participantes. Em seguida ao registo na plataforma *Google Forms*, o *link* do questionário foi divulgado e partilhado nas redes sociais, nas plataformas digitais *Facebook* e *instagram*, possibilitando alcançar maior número de enfermeiros. No início do formulário foi escrito uma breve introdução, onde menciona e informa os participantes do objetivo do estudo, do consentimento para a sua participação voluntária e as condições de anonimato e confidencialidade dos dados fornecidos.

Procedimentos de análise dos dados

O tratamento e análise dos dados obtidos foi executado no programa IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), na versão 27. Primeiramente, procedeu-se ao tratamento dos dados, no qual as variáveis qualitativas foram transformadas em quantitativas e se calculou os *scores* totais das escalas e subescalas dos instrumentos aplicados.

Posteriormente, procedeu-se à análise dos dados, iniciando-se com uma análise estatística descritiva, com tabelas de frequências e descritivas, para todos os itens. Posteriormente, foi verificado se as variáveis cumpriam os pressupostos de normalidade e homogeneidade, verificando-se que os dados se descreveram com uma distribuição normal pelos seus valores de curtose e assimetria (Tabela 4), que se encontraram perto do zero e entre os valores de referência: $-2 < SK > 2$; $-7 < KU > 7$ (Hair et al., 2010). Posto isto, recorreu-se ao uso de testes paramétricos, para resultados mais precisos e robustos.

Da estatística paramétrica foi efetuado uma correlação de *Pearson*, a fim de compreender a relação entre as variáveis ansiedade e satisfação com o suporte social. De modo, a avaliar a relação e as diferenças entre a ansiedade e a satisfação com o suporte social, com os dois grupos da variável trabalho por turnos (sim ou não) foi realizada uma análise de variância – ANOVA. Em seguida, foi calculado um teste T, para amostras independentes, para avaliar as diferenças entre o grupo de enfermeiros que trabalha por turnos e o grupo de enfermeiros que trabalha em horário fixo, em comparação com comportamentos de saúde: consumo de café, cigarros, álcool e drogas e prática de exercício físico.

Concluindo, realizou-se duas regressões lineares para as variáveis ansiedade e satisfação com o suporte social, com um conjunto de variáveis sociodemográficas como preditores.

Resultados

Resultados descritivos do estudo

Com o propósito de analisar e caracterizar os dados obtidos nos instrumentos, aplicados aos 108 enfermeiros participantes no presente estudo, foi elaborado uma análise descritiva das suas escalas e subescalas, conforme representado na tabela 5.

Tabela 5

Estatística Descritiva da Ansiedade e Suporte Social

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose
Ansiedade	108	0.00	46.00	15.15	10.06	0.99	1.10
Suporte Social	108	15.00	75.00	50.25	11.78	-0.31	0.11
SA	108	5.00	25.00	17.36	4.35	-0.57	0.25
IN	108	4.00	20.00	15.16	3.77	-0.77	0.23
SF	108	3.00	15.00	9.94	2.81	-0.55	-0.12
AS	108	3.00	15.00	7.79	2.78	0.32	-0.61

Tabela 6

Valores Descritivos dos Níveis de Ansiedade e Suporte Social

	Ansiedade	%	Suporte Social	%	
Mínima	36	33.33	Baixa	13	12.04
Leve	41	37.96	Média	60	55.55
Moderada	22	20.37	Alta	35	32.41
Grave	9	8.33			

Em conformidade com os dados representados, os enfermeiros em estudo sugerem experimentar níveis de ansiedade leve, com valor de média de 15.15 pontos e desvio padrão de 10.06 e grau moderado de satisfação com o suporte social percebido, com valor de média de

50.25 pontos e desvio padrão de 11.78. Dos 108 enfermeiros em estudo, 33.33% manifestam ansiedade mínima, 37.96% ansiedade leve, 20.37% ansiedade moderada e 8.33% ansiedade grave. No suporte social, 12.04% dos enfermeiros apresentam baixa satisfação com o suporte social, 55.55% média satisfação e 32.41% alta satisfação.

Os valores de ansiedade obtidos apresentam como valor mínimo de resposta 0, que corresponde a nenhum sintoma de ansiedade sentido e valor máximo de 46 pontos, que se encontra no score de ansiedade grave, de acordo com os valores de corte pré-definidos para o instrumento (de 31 a 63 pontos).

O valor de satisfação com o suporte social revelam como valor mínimo 15 pontos, que corresponde ao valor mais baixo de satisfação com o suporte social calculado e como valor máximo 75 pontos, que corresponde ao extremo completo de satisfação com o suporte social percebido, no presente teste.

Nas subescalas da ESSS, a satisfação com os amigos (SA), enquanto suporte social, apresentou uma média de 17.36 pontos, sugerindo uma satisfação alta. A percepção de intimidade (IN) apresentou uma média de 15.16 pontos, sugerindo uma satisfação alta. A satisfação com a família (SF) apresentou uma média de 9.94 pontos, sugerindo uma satisfação média. E a satisfação com as atividades sociais (AS) apresentou uma média de 7.79 pontos, sugerindo uma satisfação média.

Resultados do estudo da associação entre a Ansiedade e o Suporte Social em estudo

De modo a avaliar e compreender a relação entre a variável ansiedade e a variável suporte social foi realizado uma correlação de *Pearson*.

Tabela 7

Correlação da associação entre a Ansiedade e o Suporte Social

	ESSS	SA	IN	FA	SA
Ansiedade	-.608**	-.513**	-.597**	-.450**	-,431**

**p< .01

Os resultados expostos na tabela 5, obtidos pelo teste de correlação de *Pearson*, indicam que a associação entre a Ansiedade e o Suporte Social em estudo é estatisticamente significativa, o que sugere existir correlação entre as variáveis. Mediante os dados fornecidos observou-se uma correlação moderada negativa entre as variáveis ($r=-.608$; $p=.000$), demonstrando que quanto maior a satisfação com o suporte social percebido, menor os níveis de ansiedade experienciados.

É também possível verificar que a relação entre a ansiedade e as subescalas de satisfação com o suporte social são igualmente estatisticamente significativas, com correlações moderadas, de sentido negativo, representando mais uma vez o efeito protetor do suporte social na ansiedade e a relevância da satisfação com os diversos tipos de suporte social percebidos.

Resultados do estudo das diferenças na Ansiedade e Suporte Social, face o trabalho por turnos

De seguida foi realizada uma análise de variância (ANOVA), onde foi possível visualizar a diferença de médias entre o grupo de enfermeiros que trabalham por turnos e os enfermeiros que trabalham por horário fixo, em função das variáveis Ansiedade e Suporte social.

Tabela 8

Diferenças na Ansiedade, face o trabalho por turnos

	Trabalho em regime por turnos (n = 68)		Trabalho em regime fixo (n = 40)		df	Z	p
	M	DP	M	DP			
Ansiedade	16.07	10.45	13.58	9.26	1	1.563	.214

O resultado obtido no teste ANOVA, respeitante à ansiedade, sugerem que as diferenças entre os grupos da amostra não são estatisticamente significativas ($F(1, 106) = 1.563$; $p = .214$). Todavia, o Grupo 1 apresenta maiores níveis de ansiedade, em relação ao Grupo 2. Nesse sentido, com base na amostra em estudo, os enfermeiros que trabalham por turnos relatam níveis mais altos de ansiedade ($n = 68$; $M = 16.07$), em comparação com os enfermeiros que não trabalham por turnos ($n = 40$; $M = 13.58$). A média de ansiedade de ambos os grupos se apresentam no nível de ansiedade leve (11 a 19 pontos), segundo os scores do teste administrado.

Tabela 9

Diferenças na Satisfação com o Suporte Social, face o trabalho por turnos

	Trabalho em regime por turnos (n = 68)		Trabalho em regime fixo (n = 40)		df	Z	p
	M	DP	M	DP			
ESSS	48.19	11.64	53.75	11.31	1	5.864	.017
SA	16.66	4.50	18.55	3.83	1	4.92	.029
IN	14.99	3.51	15.45	4.21	1	.380	.539
SF	9.26	2.92	11.10	2.22	1	11.79	0.00
AS	7.28	3.06	8.65	3.50	1	4.53	.036

Contrariamente, os dados alcançados pelo teste ANOVA respeitante à satisfação com o suporte social, sugerem que as diferenças entre os grupos da amostra são estatisticamente significativa ($F(1, 106) = 5.864; p = .017$). O Grupo 1 ($n = 68; M = 48.19$) apresenta menores níveis de satisfação com o suporte social, em relação ao Grupo 2 ($n = 40; M = 53.75$). Ou seja, com base na presente amostra, os enfermeiros que trabalham por turnos relatam níveis mais baixos de satisfação com o suporte social percebido, em comparação com os enfermeiros que têm um horário fixo. O valor médio de satisfação com o suporte social de ambos os grupos sugerem ser moderados.

As subescalas da ESSS, apresentam os mesmos padrões da escala geral, dos quais sugerem existir diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, à exceção da subescala Intimidade ($F(1, 106) = .380; p = .539$). Igualmente, em todas as subescalas o grupo 1, que representa os enfermeiros que trabalham por turnos, manifesta menor satisfação com o suporte social, em comparação ao grupo 2, que corresponde aos profissionais de enfermagem que não exercem por turnos.

Na subescala de SA, o grupo 1 propõe satisfação intermédia e o grupo 2 satisfação alta. Na subescala IN, ambos os grupos de enfermeiros sugerem níveis altos de satisfação. Na subescala de SF, o grupo 1 sugere grau médio de satisfação com o suporte social percebido e o grupo 2 satisfação alta. Por último, a subescala AS, que é a que menor apresenta satisfação face as restantes subescalas, propondo que ambos os grupos apresentam satisfação média.

Resultados do estudo da associação entre a Ansiedade e o Suporte Social com os comportamentos de saúde

Tabela 10

Correlação da Ansiedade e Suporte Social, face aos comportamentos de saúde

	Café	Tabaco	Álcool	Drogas	Atividade Física
Ansiedade	.234	-.320	.335*	-.786	-.111
Suporte Social	-.207	.166	-.402*	.034	.161

* $p < .05$

A tabela 10 apresenta os resultados da relação entre a ansiedade e o suporte social, face à prática dos comportamentos de saúde avaliados na amostra em estudo (Consumo de café, tabaco, bebidas alcoólicas e drogas e prática de exercício físico).

Os dados apresentados sugerem que apenas existe uma correlação significativa entre a ansiedade experienciada e a ingestão de álcool consumida pelos enfermeiros em estudo. Mediante os dados apresentados observou-se uma correlação fraca positiva entre as variáveis ($r = .335$; $p = .046$), demonstrando que quanto maior o consumo de álcool, maior os níveis de ansiedade.

Embora a correlação entre a ansiedade e o consumo de café não seja significativa, demonstrou-se próxima ($r = .234$; $p = .057$), sugerindo que quanto maior o consumo de cafés, maior os níveis de ansiedade. Respeitante aos outros consumos: consumo de tabaco ($r = -.320$; $p = .128$) e drogas ($r = .786$; $p = .425$) e prática de atividade física ($r = -.111$; $p = .425$), os mesmos sugerem não serem significativos, demonstrando não existir relação entre o seu consumo e prática nos níveis de ansiedade manifestados nos enfermeiros em estudo.

Respeitante ao suporte social, o padrão é semelhante. Somente o consumo de bebidas alcoólicas se propôs significativamente estatístico em relação à satisfação com o suporte social, na presente amostra. Mediante os dados apresentados observou-se uma correlação moderada

negativa entre as variáveis ($r = -.402$; $p = .015$), demonstrando que quanto maior o consumo de álcool, menor o grau de satisfação com o suporte social percebido.

Os restantes comportamentos de saúde: consumo de café ($r = -.207$; $p = .092$), tabaco ($r = .166$; $p = .437$) e drogas ($r = .034$; $p = .978$) e prática de atividade física ($r = .161$; $p = .201$), sugerem não existir uma relação estatisticamente significativa entre o seu consumo e prática no grau de satisfação com o suporte social percebido.

Resultados do estudo das diferenças no trabalho por turnos, face o consumo de café

Tabela 11

Diferenças no trabalho por turnos, face o consumo de café

	Trabalho em regime por turnos (n = 42)		Trabalho em regime fixo (n = 25)		df	T	p
	M	DP	M	DP			
Consumo de café	4.31	2.503	2.28	1.021	65	21.821	.000

O teste T, para amostras independentes, calculado permite analisar as diferenças entre o grupo de enfermeiros que trabalham por turnos e o grupo de enfermeiros que trabalham em horário fixo, em função do número de cafés ingeridos por dia.

Os resultados apresentados sugerem que existe diferenças estatisticamente significativa entre os grupos da amostra ($F(65) = 21.821$; $p = .000$). O grupo de enfermeiros que trabalham por turnos ($n = 42$; $M = 4.31$) consomem maior números de cafés ao longo do dia, em comparação com o grupo de enfermeiros que não trabalham por turnos ($n = 25$; $M = 2.28$). A média de cafés ingeridos por dia pelos enfermeiros que trabalham por turnos é de

aproximadamente 4 cafés, evidenciando-se maior que a média de cafés ingeridos por dia pelos enfermeiros que não trabalham por turnos, que é de aproximadamente 2 cafés.

Resultados do estudo das diferenças no trabalho por turnos, face o consumo de tabaco

Tabela 12

Diferenças no trabalho por turnos, face o consumo de tabaco

	Trabalho em regime por turnos (n = 13)		Trabalho em regime fixo (n = 11)		df	T	p
	M	DP	M	DP			
Consumo de tabaco	10.69	7.409	8.45	5.716	22	2.394	.423

O teste T, para amostras independentes, calculado permite analisar as diferenças entre o grupo de enfermeiros que trabalham por turnos e o grupo de enfermeiros que trabalham em horário fixo, em função do número de cigarros fumados por dia.

Com base nos resultados obtidos, as diferenças entre os grupos da amostra, respeitante ao consumo diário de tabaco, não são estatisticamente significativas ($F(22) = 2.394$; $p = .423$). No entanto, o grupo de enfermeiros que trabalham por turnos ($n = 13$) consomem diariamente, maior número de cigarros, em comparação com o grupo de enfermeiros que não trabalham por turnos ($n = 11$). A média de cigarros fumados por dia pelos enfermeiros que trabalham por turnos é de aproximadamente 11 cigarros, enquanto a média de cigarros fumados por dia pelos enfermeiros que não trabalham por turnos é de 8 cigarros.

Resultados do estudo das diferenças no trabalho por turnos, face o consumo de álcool

Tabela 13

Diferenças no trabalho por turnos, face o consumo álcool

	Trabalho em regime por turnos (n = 19)		Trabalho em regime fixo (n = 17)		df	T	p
	M	DP	M	DP			
	Consumo de bebidas alcoólicas	1.47	.905	1.18			

O teste T, para amostras independentes, calculado permite analisar as diferenças entre o grupo de enfermeiros que trabalham por turnos e o grupo de enfermeiros que trabalham em horário fixo, em função da regularidade de consumo de álcool.

Os resultados apresentados sugerem que não existe diferenças estatisticamente significativa entre os grupos da amostra ($F(34) = 5.494; p = .244$). Os enfermeiros em estudo que trabalham por turnos ($n= 19; M= 1.47$) ingerem bebidas alcoólicas com a mesma frequência que os enfermeiros que não trabalham por turnos ($n= 17; M= 1.18$), consumindo em média, uma a duas vezes por semana.

Resultados do estudo das diferenças no trabalho por turnos, face o consumo de drogas

Tabela 14

Diferenças no trabalho por turnos, face o consumo de drogas

	Trabalho em regime por turnos (n = 0)		Trabalho em regime fixo (n = 3)		df	T	p
	M	DP	M	DP			
	Consumo de drogas	-	-	1.67			

O teste T, para amostras independentes, calculado permite verificar que os enfermeiros em estudo, que trabalham por turnos não consomem drogas. Deste modo, não é possível calcular diferenças estatísticas entre os grupos. Os enfermeiros que não trabalham por turnos (n= 3), em média, consomem drogas com regularidade de uma a duas vezes por semana.

Resultados do estudo das diferenças no trabalho por turnos, face a prática de exercício físico

Tabela 15

Diferenças no trabalho por turnos, face a prática de exercício físico

	Trabalho em regime por turnos (n = 40)		Trabalho em regime fixo (n = 25)		df	T	p
	M	DP	M	DP			
Prática de exercício físico	1.38	.540	2.20	1.000	63	11.341	.000

O teste T, para amostras independentes, calculado permite analisar as diferenças entre o grupo de enfermeiros que trabalham por turnos e o grupo de enfermeiros que trabalham em horário fixo, em função da regularidade que praticam exercício físico.

Os dados expostos sugerem que existe diferenças significativa entre os grupos da amostra ($F(63) = 11.341$; $p = .000$). Os enfermeiros que trabalham por turnos exercitam-se com menor frequência, em comparação com os enfermeiros que não trabalham por turnos. Em média, os enfermeiros que trabalham por turnos (n= 40; M= 1.38) praticam exercício físico com regularidade de uma a duas vezes por semana e os enfermeiros que não trabalham por turnos (n= 25; M= 2.20) com regularidade de três a quatro vezes por semana.

Resultado do estudo dos preditores da variável Ansiedade

Finalizando, foi realizado uma regressão linear múltipla, com o propósito de avaliar possíveis preditores da ansiedade nos enfermeiros em estudo, com fatores sociodemográficos e características profissionais e institucionais da amostra. O modelo permite compreender a relação e influência dos fatores no surgimento ou agravamento dos sintomas de ansiedade.

Tabela 16

Modelo da regressão linear da Ansiedade

Modelo	R ²	R ² Ajustado	df	Z	p
1	.563	.372			
Regressão			17	2.953	.003
Resíduo			39		

O modelo ANOVA da regressão linear da variável ansiedade (Modelo 1), avaliada na presente investigação, apresentou-se significativo, sendo os fatores de regressão responsáveis por 37.2% da variância da variável dependente ($R^2_{adj} = .563$; $F(17; 39) = 2.953$; $p = .003$).

Tabela 17

Regressão linear da variável Ansiedade

Modelo 1	Beta	Beta padronizado	T	p	VIF
Sexo	.745	.026	.166	.869	2.265
Idade	.121	.103	.344	.733	8.068
Estado Civil	1.724	.102	.581	.565	2.759
Está num relacionamento?	.687	.024	.143	.887	2.591
Nº de constituintes do agregado familiar	.147	.020	.064	.949	8.535
Nº de filhos	2.447	.281	.850	.401	9.775

Fatores de vulnerabilidade psicológica em enfermeiros: a ansiedade, o suporte social e o trabalho por turnos.

Modelo 1	Beta	Beta padronizado	T	p	VIF
Exerce enfermagem há quantos anos?	-.637	-.502	-1.649	.107	8.260
Exerce enfermagem em quantos locais?	-.525	-.046	-.280	.781	2.413
Tipo de organização	.742	.033	.215	.831	2.163
Vínculo à organização	.053	.005	.035	.973	2.048
Exerce enfermagem neste local há quantos anos?	.371	.284	1.449	.155	3.436
Regime de trabalho	-3.955	-.174	-.554	.583	8.856
Carga horária semanal	.008	.011	.079	.938	1.753
Nº de folgas por semana	.324	.019	.149	.882	1.484
Trabalha por turnos?	-.510	-.022	-.069	.945	9.456
Satisfação com o trabalho	.291	.031	.257	.799	1.296
ESSS	-.517	-.565	-4.390	.000	1.480

Variável Dependente: Ansiedade

A Tabela 9 apresenta os resultados alcançados da análise de regressão linear múltipla da variável ansiedade em estudo. De acordo com os dados obtidos, constatou-se que somente o fator Satisfação com o Suporte Social é preditor da variável ansiedade ($\beta = -.517$; $t = -4.390$; $p = .000$), em concordância com a correlação de *Pearson* anteriormente realizada.

O fator de anos de prática de enfermagem ($\beta = -.637$; $t = -1.649$; $p = .107$) e o fator de tempo de serviço no presente local de trabalho ($\beta = .371$; $t = 1.449$; $p = .155$) sugerem-se próximos de serem significativos para o modelo em causa. O fator “Exerce enfermagem há quantos anos?” propõe que quanto maior o tempo de exercício na profissão pelos enfermeiros em estudo, menores os sintomas de ansiedade experienciados. Enquanto, o fator “Exerce enfermagem neste local há quantos anos?” propõe que mais anos de serviço no presente local de trabalho, resultam em maiores níveis de ansiedade nos enfermeiros em estudo.

Resultado do estudo dos preditores da variável Satisfação com o Suporte Social

Com o mesmo propósito de compreender a relação e influência dos fatores sociodemográficos e características profissionais e institucionais da amostra na variável Satisfação com o Suporte Social foi calculada uma regressão linear múltipla.

Tabela 18

Modelo da regressão linear da Satisfação com o Suporte Social

Modelo	R ²	R ² Ajustado	df	Z	p
2	.548	.351			
Regressão			17	2.778	.004
Resíduo			39		

O modelo ANOVA da regressão linear da variável Satisfação com o Suporte Social (Modelo 2), avaliada na presente investigação, apresentou-se significativo, sendo os fatores de regressão responsáveis por 35.1% da variância no conjunto dos dados ($R^2_{adj} = .548$; $F(17; 39) = 2.778$; $p = .004$).

Tabela 19

Regressão linear da variável Satisfação com o Suporte Social

Modelo 1	Beta	Beta padronizado	T	p	VIF
Sexo	-4.887	-.159	-.992	.327	2.211
Idade	-.066	-.052	-.169	.867	8.086
Estado Civil	1.729	.094	.523	.604	2.763
Está num relacionamento?	-5.015	-.163	-.951	.347	2.534
Nº de constituintes do agregado familiar	-3.351	-.414	-1.345	.187	8.158
Nº de filhos	3.438	.361	1.078	.288	9.668

Fatores de vulnerabilidade psicológica em enfermeiros: a ansiedade, o suporte social e o trabalho por turnos.

Modelo 2	Beta	Beta padronizado	T	p	VIF
Exerce enfermagem há quantos anos?	1.961	-.097	-.304	.763	8.815
Exerce enfermagem em quantos locais?	1.961	-.157	.950	.348	2.363
Tipo de organização	.569	.023	.148	.883	2.164
Vínculo à organização	-1.183	-.107	-.699	.488	2.023
Exerce enfermagem neste local há quantos anos?	.069	.048	.235	.815	3.616
Regime de trabalho	-2.453	-.099	-.308	.760	8.904
Carga horária semanal	.189	.242	1.766	.085	1.624
Nº de folgas por semana	-.495	-.027	-.204	.839	1.484
Trabalha por turnos?	-1.469	-.059	-.179	.859	9.449
Satisfação com o trabalho	1.376	.134	1.109	.274	1.259
ESSS	-.640	-.585	-4.390	.000	1.531

Variável Dependente: Satisfação com o Suporte Social

Similar a regressão linear múltipla elaborada anteriormente e em conformidade com os dados obtidos, constatou-se que somente um fator se demonstra ser significativo, nomeadamente o fator Ansiedade ($\beta = -.640$; $t = -4.390$; $p = .000$). Nesse sentido, a ansiedade sugere ser um preditor da Satisfação com o Suporte Social, corroborando os resultados da correlação de *Pearson* anteriormente realizada.

O fator “Carga horária semanal” ($\beta = .189$; $t = 1.766$; $p = .085$) identifica-se próximo de ser significativo para o modelo em causa. O fator “Carga horária semanal” sugere que os enfermeiros em estudo que exercem maior número de horas semanais, apresentam maiores níveis de satisfação com o seu suporte social.

Discussão

Os objetivos propostos para o presente estudo foram conformemente respondidos. O objetivo principal compreendia a análise do impacto das variáveis: ansiedade, suporte social e trabalhar por turnos, na qualidade de fatores de vulnerabilidade psicológica, numa amostra de enfermeiros.

Na amostra em estudo, os resultados obtidos indicaram ser níveis leve de ansiedade e grau moderado de satisfação com o suporte social percebido. As variáveis apresentaram uma correlação forte, de sentido negativo, evidenciando uma influência consistente, mútua e inversa entre as variáveis, ou seja, quanto maior a satisfação com o suporte social, menores os níveis de ansiedade. Esta relação está de acordo com a literatura, que afirma o efeito protetor do suporte social na saúde, nomeadamente nas perturbações mentais como a ansiedade (Rodrigues & Madeira, 2009; Li et al., 2021). Ter uma perceção positiva de suporte social oferece benefícios para a saúde, pois contribui para o bom funcionamento de diversos sistemas orgânicos do Ser Humano, como o sistema cardiovascular e hormonal (Domínguez-Guedea et al., 2009) e permite que os sujeitos da rede se sintam protegidos e apoiados, transmitindo conforto em situações de vulnerabilidade, capaz de amenizar os efeitos de *stress* e ansiedade provocados pelas mesmas (Gariépy, Honkaniemi & Quesnel-Vallée, 2016).

Os níveis leves de ansiedade manifestados pelos enfermeiros em estudo, demonstram-se em concordância com os resultados obtidos em investigações anteriormente realizadas, onde a grande maioria dos enfermeiros em estudo apresentaram algum grau de ansiedade (Kurebayashi et al., 2017; Sangalett et al., 2018; Queirós et al., 2019; Sousa et al., 2022). A ansiedade experienciada pelos enfermeiros é coerente com as características da sua profissão, que está sujeita a múltiplos riscos psicossociais, que aumentam a vulnerabilidade dos profissionais a níveis altos de *stress* e sintomatologia ansiosa (Yang et al., 2018). Os riscos

ocupacionais mais considerados na profissão de enfermagem são o trabalho por turnos, a multiplicidade de tarefas, a sobrecarga laboral e o contacto direto e permanente com agentes químicos e biológicos, que aumenta o risco de contrair doenças (Paulino et al., 2008).

Todavia, os níveis leves de ansiedade dos enfermeiros em estudo estão em desigualdade com os estudos realizados por Oliveira et al. (2020), com 343 enfermeiros e Kaushik et al., (2021), com 450 enfermeiros, que demonstraram que a perceção de ansiedade experimentada pelos enfermeiros são superiores aos obtidos no presente estudo. A diferença nos níveis de ansiedade pode ser explicada pelo tamanho superior das amostras e pelo período de realização das investigações em questão, que coincidem com a fase de Pandemia COVID19, que exigiu esforços adicionais e elevado impacto psicoemocional por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros (Martins et al., 2022).

Face aos resultados obtidos, a intensidade leve de ansiedade experienciada pelos enfermeiros do presente estudo pode ser explicada pela idade dos participantes. A prevalência de sintomatologia ansiosa sucede-se em idade jovem-adulto, até aos 30 anos (Kessler et al., 2005; Shahrour & Dardas, 2020; Pavani et al., 2021). Conjuntamente, trabalhadores com mais idade possuem mais anos de experiência profissional, que refletem maior segurança na execução das suas funções laborais e apresentam maior adaptação e resistência, devido à vivência permanente e constante com os fatores de stress (Yu, Tou & Low, 2022). Outro fator explicativo é o Mito do trabalhador saudável, em que apenas os enfermeiros capacitados se disponibilizam a participar no estudo, pois, os enfermeiros com altos níveis de ansiedade não se encontram motivados ou disponíveis por incapacidade temporária para participar na investigação (Shah, 2009; Chowdhury, Shah, & Payal, 2017).

O grau moderado de satisfação com o suporte social na amostra em estudo pode ser justificado pela elevada carga psicoemocional e maior insatisfação com o trabalho. No presente

estudo 50.9% dos enfermeiros apresentam grau de satisfação com o trabalho menor de 3, numa escala de *likert*. Os enfermeiros enfrentam questões, como a morte e alta intensidade de trabalho, que afetam negativamente a sua condição mental, pelo que exige um maior suporte nestes profissionais (Pergol-Metko et al., 2023). No entanto, estudos demonstram que a maioria dos enfermeiros se encontram descontentes com o suporte proporcionado pela organização laboral e com o seu ambiente de trabalho (Cheung, Lee & Yip, 2018; Li, Zhang, Li & Lu, 2022). A insatisfação está associada com a ausência de medidas protetoras no trabalho dos enfermeiros, estilos de liderança desfavoráveis e falta de reconhecimento e consideração (Pergol-Metko et al., 2023). Investigações demonstram também, que maior suporte social está associado a maior satisfação profissional e consequentemente, maior resiliência e alívio na sobrecarga laboral (Zhang et al., 2023; Boren & Veksler, 2023).

Em relação às diferenças de regime de horário, quando comparado os enfermeiros que trabalham por turnos com os enfermeiros que trabalham em horário fixo, verificou-se que os enfermeiros que trabalham por turnos apresentam valores inferiores de satisfação. Estes dados estão a favor da literatura existente, que expõem o trabalho por turnos como um fator prejudicial na vida social e familiar do trabalhador, uma vez que os horários do trabalhador se dessincronizam com os horários dos membros da sua rede, limitando a interação com amigos, a participação em atividades de lazer e a colaboração na vida familiar (Pereira et al., 2020). Os resultados obtidos nas subescalas de suporte social com os valores mais baixos na comparação entre os grupos são a satisfação com a família (SF) e a satisfação com os amigos (SA), sendo que a satisfação com as atividades sociais (AT) apresenta-se média em ambos os grupos, corroborando a ideia de que, em comparação com o horário fixo, os enfermeiros que trabalham por turnos convivem menos com a família e amigos e envolvem-se menos em compromissos extras, pela ausência de tempo disponível ou incompatibilidade de horários (Gonçalves, Silva & Veloso, 2020).

A análise dos dados, no que concerne em trabalhar por turnos e os níveis de ansiedade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros que trabalham por turnos e os que não trabalham por turnos. A ausência de diferenças significativas entre os grupos realça a complexidade do trabalho em enfermagem, que como referido está exposto a variados riscos que afetam a sua condição física e psicológica. Por essa razão, independentemente do regime de horário exercido, é uma profissão que está associada a níveis de ansiedade (Dehring, Treuer & Redley, 2018). Ainda assim, verifica-se por comparação com os enfermeiros em estudo, que os enfermeiros que trabalham por turnos apresentam níveis maiores de ansiedade. O trabalho por turnos implica consequências significativas na saúde dos trabalhadores, que motivam o aumento da sintomatologia ansiosa, nomeadamente a dessincronização do ritmo circadiano, problemas de sono, que resultam em maior fadiga física e mental, e menos tempo para programas de lazer (Silva & Costa, 2023).

Dos cinco comportamentos de saúde avaliados com a ansiedade e o suporte social, somente o álcool apresentou uma correlação significativa, demonstrando que quanto maior o consumo de álcool, maior a ansiedade experienciada e menor a satisfação com o suporte social percebido. As perturbações de ansiedade são das comorbidades mais comuns com o consumo abusivo de álcool (Alves, Kessler & Ratto, 2004; Puddephatt et al., 2022). Os seus efeitos a longo prazo e os sintomas de abstinência provocados pela dependência produzem níveis altos de ansiedade. O seu consumo abusivo está também associado a prevalência de incidências sociais, como discriminação, negligência, violência e prejuízos nas relações familiares e sociais, afetando negativamente a satisfação e percepção de suporte social (NCCMH, 2011).

Os restantes comportamentos de saúde (consumo de café, tabaco e drogas e prática de atividade física) não apresentaram uma correlação significativa com as duas variáveis em estudo. Estes resultados demonstram discrepâncias com os resultados obtidos na investigação

de Velten et al. (2014), em que o consumo elevado de álcool, ser fumador e realizar atividade física irregularmente está associado a perturbações mentais, como a ansiedade. Outros estudos, confirmam a relação do consumo excessivo de café (Cho et al., 2013) e drogas (Mokhtari & Mokhtari, 2006) com níveis de ansiedade. Contudo, o tabaco também está associado ao controlo da ansiedade, assim como o álcool, que em doses controladas e pontuais podem contribuir para o alívio da ansiedade, pelo seu efeito depressor no cérebro (NCCMH, 2011; Moylan, Jacka & Pasco, 2012). O exercício físico está associado a melhor autoestima e a libertação de neurotransmissores capazes de aumentar o bem-estar geral e diminuir o *stress* ((Schultzeisz & Aprile, 2013; ODPHP, 2021). No caso do suporte social, este contribui como agente protetor na adesão dos comportamentos de saúde e auxiliam o processo de mudança das práticas prejudiciais para práticas favoráveis para a saúde (Laiou et al., 2020).

A relação entre o trabalho por turnos e a prática dos comportamentos de saúde nos enfermeiros em estudo, demonstrou que os enfermeiros que trabalham por turnos consomem maior número de cafés ao longo do dia, fumam maior número de cigarros diariamente e exercitam-se com menor frequência, em comparação com os enfermeiros com um horário fixo. Segundo um estudo realizado por Thach et al. (2020), trabalhadores que exercem por turnos fumam e ingerem cafeína em maior quantidade, de modo a atenuar o stress proveniente dos efeitos nefastos de trabalhar por turnos. Estes também demonstraram exercitarem-se menos, por comparação com os que não trabalham por turnos, por terem menos tempo disponível para outras atividades, à exceção do trabalho.

O modelo Biopsicossocial aplicado no presente estudo permite compreender que existe uma interação recíproca entre diferentes fatores de carácter biológico, social e psicológico, que influenciam a perceção de ansiedade dos enfermeiros em estudo, vulnerabilizando a sua saúde mental. Os resultados obtidos demonstram que o suporte social, enquanto fator social do

modelo, e a adesão a comportamentos de risco para a saúde, como o consumo de álcool exagerado, enquanto fator psicológico do modelo, contribuem significativamente para o aumento e diminuição dos sintomas de ansiedade. O trabalho por turnos, enquanto outro fator social do modelo, não demonstrou ser estatisticamente significativo com a ansiedade, ainda assim, a comparação entre os grupos permitiu observar que os enfermeiros que trabalham por turnos apresentam maiores níveis de ansiedade, pelo que pode ser compreendido pelos efeitos negativos de trabalhar por turnos na saúde, enquanto fatores biológicos do modelo, como por exemplo, a disrupção do ritmo circadiano. A sobrecarga física, a elevada demanda psicoemocional do seu trabalho e alto risco de contrair doenças são também fatores biológicos que contribuem para maiores níveis de ansiedade (Fronteira et al., 2018).

O tamanho reduzido da amostra em estudo e o método de amostragem não probabilístico foram algumas limitações encontradas no presente estudo. O autorrelato nas respostas e a amostra ser constituída unicamente por enfermeiros voluntários podem ter contribuído para o enviesamento dos resultados, pelo Mito do trabalhador saudável e pela subjetividade ou autorrelatos falsos, uma vez que o autorreconhecimento dos sintomas e desgaste não são de imediato percebidos pelos enfermeiros (Chowdhury et al., 2017). Outro fator que pode ter condicionado os resultados obtidos é a fase pós Covid19, uma vez que por um período considerável os enfermeiros experienciaram níveis exacerbados de ansiedade, pelo que no período pós pandemia os enfermeiros desvalorizam e consideram menores os sintomas de ansiedade. Adicionalmente, poucos estudos usam a mesma escala de ansiedade, o que limita uma comparação precisa com os resultados de outros estudos. Também, existem grupos em estudo que apresentam discrepâncias no número de sujeitos, nomeadamente no sexo e enfermeiros que trabalham ou não por turnos, o que influencia negativamente a viabilidade dos resultados.

O interesse do presente estudo foi avaliar a ansiedade nos enfermeiros e o impacto do trabalho por turnos e do suporte social na ansiedade. Os resultados alcançados contribuem para compreender o estado de saúde mental dos enfermeiros. Profissionais vulneráveis a sofrimento psicológico e problemas físicos, decorrentes dos múltiplos riscos ocupacionais a que a profissão está sujeita. Conseqüentemente, o presente estudo enfatiza a importância do suporte social, enquanto moderador nos problemas de saúde e alerta a necessidade de intervenção com a população em estudo, de modo a mitigar os efeitos negativos de trabalhar por turnos, compreender e controlar outros fatores causadores de ansiedade e melhorar a sua qualidade de vida.

É importante a implementação de políticas e programas capazes de reduzir os níveis de ansiedade nos profissionais de saúde, nomeadamente nos enfermeiros. Medidas que promovam um ambiente de trabalho favorável e condições de trabalho apropriadas, projetos que contribuam para a união dos profissionais e promovam as interações e programas de relaxamento e manejo de stress e desenvolvimento de competências pessoais e sociais, bem como, aconselhamento psicológico ou terapias de grupo.

Para investigações futuras, sugere-se realizar novos estudos com outras variáveis de interesse nos enfermeiros, de modo a compreender o seu efeito na saúde dos profissionais e quais as variáveis que têm um poder moderador na sua ansiedade. Assim como, realizar estudos que avaliem outras perturbações mentais, que possam contribuir para o adoecimento mental dos enfermeiros.

De modo a compreender o impacto das variáveis e formas de atenuar os seus efeitos negativos, seria relevante implementar intervenções e avaliar a sua eficácia na saúde mental dos enfermeiros. Seria também pertinente replicar o presente estudo com uma amostra aleatória e igualitária nos grupos de comparação (como sexo, idade, anos de experiência, departamento,

regime de horário, etc.) e aplicar um instrumento que permita avaliar a ansiedade-traço e ansiedade-estado, com fim de obter resultados mais consistentes e confiáveis.

Referências Bibliográficas

- Adams, G., King, L., & King, D. (1996). Relationships of job and family involvement, family social support, and work-family conflict with job and life satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 81, 411-420.
- Abreu, M. O., & Dias, I. S. (2017). Exercício físico, saúde mental e qualidade de vida na ESECS/IPL. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 512-526.
- Abreu-Rodrigues, M., & Seidl, E. M. F. (2008). A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia*, 18, 279-288.
- Aguiar, K. G. M. de, Mello, L. T. N. de, & Andretta, I. (2021). Prejuízos nas habilidades sociais: relações com habilidades de enfrentamento e suporte social. *PSI UNISC*, 5(2), 142–155. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v5i2.15485>
- Akosile, C. O., Banjo, T. O., Okoye, E. C., Ibikunle, P. O., & Odole, A. C. (2018). Informal caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care facility. *Health and quality of life outcomes*, 16, 1-7.
- Alicandro, G., Tavani, A., & La Vecchia, C. (2017). Coffee and cancer risk: a summary overview. *European journal of cancer prevention: the official journal of the European Cancer Prevention Organisation*, 26(5), 424–432. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000341>
- Alnazly, E., Khraisat, O. M., Al-Bashaireh, A. M., & Bryant, C. L. (2021). Anxiety, depression, stress, Fear and Social Support during COVID-19 Pandemic among Jordanian Healthcare Workers. *PLoS One*, 16(3), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247679>
- Alves, H., Kessler, F., & Ratto, L. R. C. (2004). Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26, 51-53.
- Alves, R., Casal, S., & Oliveira, B. (2009). Benefícios do café na saúde: mito ou realidade?. *Química Nova*, 32, 2169-2180.

- Alves, T. (2014). Depressão e ansiedade entre estudantes da área de saúde. *Revista de Medicina*, 93(3), 101–105. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v93i3p101-105>
- Alzahrani, N. S., Almarwani, A. M., Asiri, S. A., Alharbi, H. F., & Alhowaymel, F. M. (2022). Factors influencing hospital anxiety and depression among emergency department nurses during the COVID-19 pandemic: A multi-center cross-sectional study. *Frontiers in psychiatry*, 13, 912157.
- Amaral, G. G., Silva, L. S., Oliveira, J. V. de, Machado, N. M., Teixeira, J. S., & Passos, H. R. (2022). Suporte ético-emocional à profissionais de enfermagem frente à pandemia de COVID-19: relato de experiência. *Escola Anna Nery*, 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0234>
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Text Revision (5° ed.). Amer Psychiatric Pub Inc.
- Anderson, E., & Shivakumar, G. (2013). Effects of exercise and physical activity on anxiety. *Frontiers in psychiatry*, 4, 27.
- Andrade, A. G, Anthony, J. C., & Silveira, C. M. (2009). Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. *Manole*, XVI, 199.
- Anker, J. J., & Kushner, M. G. (2019). Co-occurring alcohol use disorder and anxiety: bridging psychiatric, psychological, and neurobiological perspectives. *Alcohol research: current reviews*, 40(1).
- Araste, A., Moghadam, M., Mohammadhasani, K., Fard, M., Khorasanchi, Z., Latifi, M., ... & Ghayour-Mobarhan, M. (2024). Adherence to the nordic diet is associated with anxiety, stress, and depression in recovered COVID-19 patients, a case-control study. *BMC nutrition*, 10(1), 38.

- Araújo, A., Bampi, L., Cabral, C., Queiroz, R., Calasans, L., & Vaz, T. (2020). Estresse ocupacional de enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73.
- Araújo, T., Mattos, A., Almeida, M., & Santos, K. (2016). Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19, 645-657.
- Arnetz, J. E., Goetz, C. M., Arnetz, B. B., & Arble, E. (2020). Nurse Reports of Stressful Situations during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Analysis of Survey Responses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8126. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218126>
- Arrebola, I., Ruiz, G., Vera, J., & Estrada, Á. C. (2020). Influence of COVID-19 on the Perception of Academic Self-Efficacy, State Anxiety, and Trait Anxiety in College Students. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.570017>
- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N. N., Lochbühler, K., & Kraus, L. (2019). The Use of Alcohol, Tobacco, Illegal Drugs and Medicines: An Estimate of Consumption and Substance-Related Disorders in Germany. *Deutsches Arzteblatt international*, 116(35-36), 577–584. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0577>
- Ayres, J. R., Junior, I. F., Calazans, G. J., & Saletti, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção Da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências*. <https://repositorio.usp.br/item/001528349>
- Balsa, C., Vital, C., Urbano, C. (2023). V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2022. *CICS.NOVA*.
- Bamonde, J., Pinto, C., Santos, P., & Couto, G. (2020). O Impacto do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 101-110. Doi: 10.3109/07420528.2010.490072.

- Bastos, C. (2021). *Exposição a Riscos Biológicos nos Cuidados de Saúde – Prevenção e Cuidados Pós-Exposição: Manual de Apoio a Atividades de Ensino Clínico/Estágio*. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Porto. ISBN: 978-989-54454-4-8
- Bastos, C. (2021). *Exposição a Riscos Biológicos nos Cuidados de Saúde – Prevenção e Cuidados Pós-Exposição: Manual de Apoio a Atividades de Ensino Clínico/Estágio*. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Porto. ISBN: 978-989-54454-4-8
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893.
- Beck, J., & Fleming, S. (2021). A brief history of Aaron T. Beck, MD, and Cognitive Behavior Therapy. *Clinical Psychology in Europe* 3(2), e6701, <https://doi.org/10.32872/cpe.670>
- Beehr, T. A., & McGrath, J. E. (1992). Social support, occupational stress and anxiety. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 5(1), 7–19. <https://doi.org/10.1080/10615809208250484>
- Benzo, R. M., Farag, A., Whitaker, K. M., Xiao, Q., & Carr, L. J. (2021). A comparison of occupational physical activity and sedentary behavior patterns of nurses working 12-h day and night shifts. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100028. <https://doaj.org/article/c4877e82e7b64777b79d0c0dd565833d>
- Bertolozzi, M. R., Nichiata, L. Y. I., Takahashi, R. F., Ciosak, S. I., Hino, P., Val, L. F. do, Guanillo, M. C. de L. T. U., & Pereira, É. G. (2009). Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 43(spe2), 1326–1330. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342009000600031>
- Blanchard, D. C., & Blanchard, R. J. (2008). Defensive behaviors, fear, and anxiety. In R. J. Blanchard, D. C. Blanchard, G. Griebel, & D. Nutt (Eds.), *Handbook of anxiety and*

- fear* (pp. 63–79). Elsevier Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S1569-7339\(07\)00005-7](https://doi.org/10.1016/S1569-7339(07)00005-7)
- Boas, B. V. (2000). Estilos de vida e mudança de comportamentos. Saúde do adulto: Parte II – Promoção e protecção da saúde nas diferentes fases de vida.
- Booker, A., Magee, M., Rajaratnam, S., Sletten, T. e Howard, M. (2018) Individual vulnerability to insomnia, excessive sleepiness and shift work disorder amongst healthcare shift workers. *A systematic review*. *Sleep Medicine Review* <https://doi.org/10.1016/j.smr.2018.03.005>
- Boren, J. P., & Veksler, A. E. (2023). The stress of nursing: exploring communicatively restricted organizational stress (CROS), effort-reward imbalance, and organizational support among a sample of US working nurses. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 18(1), 22.
- Borges, J. M., García del Castillo, J. A., Marzo, J. C., & García del Castillo-López, Á. (2016). Relações entre suporte social, autorregulação e consumo de outras substâncias em adultos portugueses. *Actualidades en Psicología*, 30(121), 67-75.
- Brandt, P., & Weinert, C. (1981). The PRQ-A social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Brito, B. C., Santos, F. C., Soares, M. I., & Camelo, S. H. (2015). Riscos psicossociais relacionados ao trabalho do enfermeiro hospitalar e estratégias de gerenciamento uma revisão integrativa. *Revista Gestão & Saúde*, 6(1), 437-450.
- Brito, B. C., Santos, F. C., Soares, M. I., & Camelo, S. H. (2015). Riscos psicossociais relacionados ao trabalho do enfermeiro hospitalar e estratégias de gerenciamento uma revisão integrativa. *Revista Gestão & Saúde*, 6(1), 437-450.
- Broderick, P., & Benjamin, A. B. (2004). Caffeine and psychiatric symptoms: a review. *The Journal of the Oklahoma State Medical Association*, 97(12), 538–542.

- Buchvold, H.V., Pallesen, S., Waage, S., Moen, B. E., & Bjorvatn, B. (2019) Shift Work and Lifestyle Factors: A 6-Year Follow-Up Study Among Nurses. *Frontiers Public Health*, 7(281). Doi: 10.3389/fpubh.2019.00281
- Camelo, S., & Angerami, E. (2008). Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 7 (2), 234-240. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v7i2.5010>
- Cardoso, H. F., & Baptista, M. N. (2014). Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) - EPSUS-A: estudo das qualidades psicométricas. *Psico-USF*, 19(3), 499–510. <https://doi.org/10.1590/1413-82712014019003012>
- Carlson, D. S., & Perrewé, P. L. (1999). The role of social support in the stressor-strain relationship: An examination of work-family conflict. *Journal of Management*, 25(4), 513-540.
- Carvalho, D., Rocha, L., Barlem, J., Dias, J., & Schallenberger, C. (2017). Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Cogitare Enfermagem*, 22(1). <https://doi.org/10.5380/ce.v22i1.46569>
- Cassel, J. C. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Cezar-Vaz, M., Soares, J., Figueiredo, P., Azambuja, E., Sant'Anna, C., & Costa, V. (2009). Risk perception in family health work: study with workers in Southern Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 961–967. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692009000600006>
- Chen, H., Cao, Z., Hou, Y., Yang, H., Wang, X., & Xu, C. (2023). The associations of dietary patterns with depressive and anxiety symptoms: a prospective study. *BMC medicine*, 21(1), 307.

- Cheung, T., Lee, P. H., & Yip, P. S. (2018). The association between workplace violence and physicians' and nurses' job satisfaction in Macau. *PloS one*, 13(12), e0207577.
- Chiodi, M. B., & Marziale, M. H. P. (2006). Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 212–217. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002006000200014>
- Cho, C. H., Seo, H. J., Bae, K. C., Lee, K. J., Hwang, I., & Warner, J. J. (2013). The impact of depression and anxiety on self-assessed pain, disability, and quality of life in patients scheduled for rotator cuff repair. *Journal of shoulder and elbow surgery*, 22(9), 1160–1166. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2013.02.006>
- Chyczij, F. F., Ramos, C. L., Santos, A. L., Jesus, L. A., & Alexandre, J. M. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and stress in patients of a family health unit in northern Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), e19094. doi:10.12707/RIV19094
- Clark, I. & Landolt, H. P. (2016). Coffee, Caffeine, and Sleep. *Sleep Medicine Reviste*, 31, 70-78.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychology*, 59(8), 676-684.
- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Cordeiro, R. (2018). Os novos desafios para a saúde mental na Europa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 20, 6-8. Doi: 10.19131/rpesm.0220
- Costa, C., Branco, J., Vieira, I., Souza, L., & Silva, R. (2019). Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(2), 92–100. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>

- Costa, D., & Silva, I. (2019). Impactos na vida social e familiar do trabalho por turnos na perspectiva dos familiares. *Revista de Administração de Empresas*, 59(2), 108-120. ISSN 0034-7590
- Cousin, L., Roucoux, G., Petit, A. S., Baumann-Coblentz, L., Torrente, O. R., Cannafarina, A., Chassany, O., Duracinsky, M., & Carrieri, P. (2022). Perceived stigma, substance use and self-medication in night-shift healthcare workers: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08018-x>
- Couto, M., Schraiber, L., & Ayres J. (2009). *Aspetos Sociais e Culturais da Saúde e da Doença*. Editora Manole: São Paulo, 1, 350-356.
- Couto, M., Silva, R., Pereira, E., Prado, L., Fabri, J., Chícharo, S., & Silva, M. (2021). Enfermagem do trabalho e o risco de contaminação biológica em tempos de pandemia de Covid-19. *Research, Society and Development*, 10(16), e515101623814-e515101623814
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14 (6), 761-775.
- Crocq, M. A. (2003). Alcohol, nicotine, caffeine, and mental disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 5(2), 175–185. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2003.5.2/macrocq>
- Crozier, A., Porcellato, L., Buckley, B. J., & Watson, P. M. (2020). Facilitators and challenges in delivering a peer-support physical activity intervention for older adults: a qualitative study with multiple stakeholders. *BMC public health*, 20, 1-10.
- Dalcin, L, Neto, J., & Santos, M. (2022). Fatores de vulnerabilidade para o sofrimento psicológico durante o distanciamento social. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 24(3). <https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPCP14194.en>
- Dall’Ora, C., Ejebu, O. Z., Ball, J., & Griffiths, P. (2023). Shift work characteristics and burnout among nurses: cross-sectional survey. *Occupational Medicine*, 73(4), 199-204.

- Dehring, T., Treuer, K., & Redley, B. (2018). O impacto do trabalho em turnos e do clima organizacional na saúde do enfermeiro: um estudo transversal. *BMC Saúde Serv Res*, 586. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3402-5>
- Demura, S., Aoki, H., Mizusawa, T., Soukura, K., Noda, M., & Sato, T. (2013). Gender differences in coffee consumption and its effects in young people. *Food and Nutrition Sciences*, 4(07), 748.
- Diogo, P., Costa, A. I., & Almeida, T. (2021). Trabalho emocional em enfermagem. *Pensar Enfermagem. Journal of Nursing*, 24(2), 43–64. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v24i2.173>
- Duarte, N., & Mauro, M. (2010). Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, 35(121), 157-167.
- Duncan, M. J., Murphy, L., Oftedal, S., Fenwick, M. J., Vincent, G. E., & Fenton, S. (2023). The associations between physical activity, sedentary behaviour, and sleep with mortality and incident cardiovascular disease, cancer, diabetes and mental health in adults: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Activity Sedentary and Sleep Behaviors*, 2(1). <https://doi.org/10.1186/s44167-023-00026-4>
- Engel, G. (1977). The need a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. DOI: 10.1126/science.847460
- Engel, G. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 6(2), 101-124.
- Engel, G. (1997). From biomedical to biopsychosocial: being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, 38(6), 521-528. [http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182\(97\)71396-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182(97)71396-3)

- Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465-3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Estivaletes, V., Andrade, T., Faller, L., Stefanan, A., & Souza, D. (2016). Suporte social e suporte organizacional como antecedentes do bem-estar no trabalho: a perspectiva de colaboradores de uma empresa de logística ferroviária. *Revista de Administração Unimep*, 14(2), 31-56. DOI: 10.15600/1679-5350/rau.v14n2p31-56
- Feitosa, F. (2014). A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. *Psicologia: ciência e profissão*, 34, 488-499.
- Fernandes, B. M., Neto, G., Araújo, P. R., Trajano, F. M., & Braga, J. E. (2018). Ansiedade em técnicos de enfermagem da atenção básica. *Enfermería Global*, 17(3), 90. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.289541>
- Ferraz, I., Baixinho, C., & Rafael, H. (2015). Primeiro livro em Portugal escrito por enfermeiro (1741): contribuição para a formação de enfermeiros religiosos. *História da Enfermagem: Revista Eletrônica*, 6(2):288-298.
- Ferreira, A. I., & Silva, I. S. (2013). Trabalho em turnos e dimensões sociais: um estudo na indústria têxtil. *Estudos de Psicologia*, 18(3), 477-485. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2013000300008>
- Fischer, F., & Lieber, R. (2003). Trabalho em Turnos. Rio de Janeiro: Atheneu. *Patologia do Trabalho*, 2(1). 825-868.
- Fischer, F., Moreno, C., & Rotenberg, M. (2003). A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. *São Paulo em Perspectiva*, 17(1): 34-46.
- Florêncio, R. S., & Moreira, T. M. M. (2021). Modelo de vulnerabilidade em saúde: esclarecimento conceitual na perspectiva do sujeito-social. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao00353>

- Florêncio, R., Cestari, V., Pessoa, V., Silva, M., Borges, J., Santiago, J., Mattos, S., Azevedo, S., Pereira, M., & Moreira, T. (2021). Meanings of the concept of health vulnerability: a scoping review. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(3), 12817–12834. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-243>
- Fonseca, I., Araújo, T., Bernardes, K., & Amado, N. (2013). Apoio social e satisfação no trabalho em funcionários de uma empresa de petróleo. *Psicologia para América Latina*, 25, 43-56.
- Furlanetto, L. M. (2004). A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 139–140. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462004000200018>
- Fuster, A., & González, M. (1993). El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Clínica y Salud*, 4(2), 181.
- Gabardo-Martins, L., Ferreira, M., & Valentini, F. (2017). Propriedades psicométricas da escala multidimensional de suporte social percebido. *Trends in Psychology*, 25, 1873-1883. DOI: 10.9788/TP2017.4-18Pt.
- Galvão, D.; Taaffe, D. (2005). Resistance exercise dosage in older adults: single-versus multiset effects on physical performance and body composition. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(12), 2090-2097. DOI:10.1111/j.1532-5415.2005.00494.x
- Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Apoio social e proteção contra a depressão: revisão sistemática das descobertas atuais nos países ocidentais. *British Journal of Psychiatry*, 209 (4), 284–293. doi:10.1192/bjp.bp.115.169094
- Gavin, R., Reisdorfer, E., Gherardi-Donato, E. Reis, L., & Zanetti, A. (2015). Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos. *SMAD. Revista*

Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português), 11(1), 2.
<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i1p2-9>

- Giacomozzi, A. I., & Camargo, B. V. (2011). Vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e caucasianos em relação ao HIV/SIDA: Estudo comparativo entre Brasil e França. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 143-160.
- Gillis, M., Haaga, D., & Ford, G. (1995). Normative values for the Beck Anxiety Inventory, Fear Questionnaire, Penn State Worry Questionnaire, and Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 7(4), 450–455. DOI: 10.1037/1040-3590.7.4.450.
- Gobbi, S., Caritá, L., Hirayama, M., Junior, A., Santos, R., & Gobbi, L. (2008). Comportamento e barreiras. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 24, 451-458.
- Góis, J., Freire, M., Santos, C., Aragão, N., Nascimento, D., Barbosa, G., & Sobrinho, C. (2023). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos menores em enfermeiras intensivistas. *Contribuciones a las ciencias sociales*, 16(8), 13105-13125.
- Golanska, P., Saczuk, K., Domarecka, M., Kuć, J., & Lukomska-Szymanska, M. (2021). Temporomandibular Myofascial Pain Syndrome-Aetiology and Biopsychosocial Modulation: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph18157807>
- Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 25(3), 307–318. <https://doi.org/10.1590/s0102-37722009000300004>
- Gomes, J., Legnani, E., Legnani, R., Gregório, N., & Souza, R. (2010). Associação entre comportamento alimentar, consumo de cigarro, drogas e episódios depressivos em adolescentes. *Revista de Nutrição*, 23, 755-762.

- Gonçalves, S., Silva, I., & Veloso, A. (2020). Trabalho por turnos e vida familiar e social na perspectiva dos/as filhos/as. *Psicologia em Estudo*, 25, e48999.
- Hautekiet, P., Saenen, N., Martens, D., Debay, M., Heyden, J., Nawrot, T., & Clercq, E. (2022). A healthy lifestyle is positively associated with mental health and well-being and core markers in ageing. *BMC medicine*, 20(1), 328.
- Herman, M. A., & Roberto, M. (2015). The addicted brain: understanding the neurophysiological mechanisms of addictive disorders. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 9(18). <https://doi.org/10.3389/fnint.2015.00018>
- Hillesheim, B., & Cruz, L. (2008). Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações. *Psicologia & Sociedade*, 20, 192-199.
- Hou, T., Yin, Q., Xu, Y., Gao, J., Bin, L., Li, H., ... & Ni, C. (2021). The mediating role of perceived social support between resilience and anxiety 1 year after the COVID-19 pandemic: disparity between high-risk and low-risk nurses in China. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 666789. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000100007>
- Jacinto, A., & Tolfo, S. (2017). Riscos psicossociais no trabalho: Conceitos, variáveis e instrumentos de pesquisa. *Perspectivas em Psicologia*, 21(1), 35-59. DOI: 10.14393/PPv21n1a2017-04.
- Jaguga F, Kiburi SK, Temet E, Barasa J, Karanja S, et al. (2022) A systematic review of substance use and substance use disorder research in Kenya. *PLOS ONE*, 17(6): e0269340. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269340>
- Jauhar, S., Marshall, E. J., & Smith, I. D. (2014). Alcohol and cognitive impairment. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(5), 304–313. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011981>
- Kabashi, S., Gamboa, D., Vindenes, V., Berg, T., Hilberg, T., Jørgenrud, B., Lerdal, A. & Bogstrand, S. (2021). Multimorbidity, psychoactive substance use and psychological

distress among acute medically ill patients: a cross-sectional study. *BMJ open*, 11(11), e052428.

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of occupational health psychology*, 3(4), 322.

Karpov, B., Joffe, G., Aaltonen, K., Suvisaari, J., Baryshnikov, I., Koivisto, M., Melartin, T., Suominen, K., Nääätänen, P., Heikkinen, M., Oksanen, J., & Isometsä, E. (2017). Psychoactive substance use in specialized psychiatric care patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 52(4-6), 399–415. <https://doi.org/10.1177/0091217417738937>

Kaushik, A., Ravikiran, S. R., Suprasanna, K., Nayak, M. G., Baliga, K., & Devadasa Acharya, S. (2021). Depression, anxiety, stress and workplace stressors among nurses in tertiary health care settings. *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 25(1), 27–32. https://doi.org/10.4103/ijjem.IJOEM_123_20

Kenwood, M., Kalin, N., & Barbas, H. (2021). The prefrontal cortex, pathological anxiety, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 47(1). <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01109-z>

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.

Khasakhala, L. I., Ndeti, D. M., & Mathai, M. (2013). Suicidal behaviour among youths associated with psychopathology in both parents and youths attending outpatient

- psychiatric clinic in Kenya. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1744-859x-12-13>
- Kılınc, T., & Çelik, A. (2021). Relationship between the social support and psychological resilience levels perceived by nurses during the COVID-19 pandemic: A study from Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(3), 1000-1008. DOI: 10.1111/ppc.12648
- Kirchhof, A., Magnago, T., Camponogara, S., Griep, R., Tavares, J., Prestes, F., & Paes, L. (2009). Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 18(2), 215–223. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072009000200003>
- Kline, R. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*, 5(3), 427. New York: The Guilford Press.
- Knapp, P., & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, 54-64.
- Knauth, P. (1996). Designing better shift systems. *Applied Ergonomics*, 27(1), 39-44.
- Koerich, M., Sousa, F., Silva, C., Ferreira, L., Carraro, T., & Pires, D. (2006). Biossegurança, risco e vulnerabilidade: reflexões para o processo de viver humano dos profissionais de saúde. *Online braz. j. nurs*, 5(3).
- Kogien, M., & Cedaro, J. (2014). Public emergency department: the psychosocial impact on the physical domain of quality of life of nursing professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(1), 51–58. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3171.2387>
- Koifman, L. (2001). O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 8, 49-69.

- Kurebayashi, L., Turrini, R., Souza, T., Marques, C., Rodrigues, R., & Charlesworth, K. (2017). Auriculotherapy to reduce anxiety and pain in nursing professionals: a randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1761.2843>
- La Vecchia C. (2005). Coffee, liver enzymes, cirrhosis and liver cancer. *Journal of hepatology*, 42(4), 444–446. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2005.01.004>
- Laiou, E., Rapti, I., Markozannes, G., Cianferotti, L., Fleig, L., Warner, L. M., ... Ntzani, E. E. (2020). Apoio social, adesão à dieta mediterrânea e atividade física em adultos: resultados de um estudo transversal de base comunitária. *Revista de Ciências da Nutrição*, 9 (53). Doi:10.1017/jns.2020.46
- Lara D. R. (2010). Caffeine, mental health, and psychiatric disorders. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 20(1), S239–S248. <https://doi.org/10.3233/JAD-2010-1378>
- Larsson, S. C., & Orsini, N. (2011). Coffee consumption and risk of stroke: a dose-response meta-analysis of prospective studies. *American journal of epidemiology*, 174(9), 993–1001. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr226>
- Larsson, S. C., Kaluza, J., & Wolk, A. (2017). Combined impact of healthy lifestyle factors on lifespan: two prospective cohorts. *Journal of internal medicine*, 282(3), 209–219. <https://doi.org/10.1111/joim.12637>
- LeDoux, J., & Pine, D. (2016). Using neuroscience to help understand fear and anxiety: a two-system framework. *American journal of psychiatry*, 173(11), 1083-1093.
- Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., & Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45.

- Lemes, A., Nascimento, V., & Rocha, E. (2015). Estresse e ansiedade em trabalhadores de enfermagem no âmbito hospitalar. *Journal of Nursing and Health*, 5(1), 27-37. ISSN 2236-1987
- Lenhardtk, G., & Calvetti, P. (2017). Quando a ansiedade vira doença?: Como tratar transtornos ansiosos sob a perspectiva cognitivo-comportamental. *Aletheia*, 50(1-2), 111–122. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942017000100010
- Leyfer, O., Ruberg, J. & Borden, J. (2005). Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *Journal Anxiety Disord*, 20(4), 444-458. DOI: 10.1016/j.janxdis.2005.05.004.
- Leyva, B., Armas, M. T., Cabodevilla, R. C., & Cruz, M. A. (2021). Efectos del consumo de café sobre la salud. *MediSur*, 19(3), 492-502.
- Li, F., Luo, S., Mu, W., Li, Y., Zheng, X., Xu, B., Ding, Y., Ling, P., Zhou, M. & Chen, X. (2021). Efeitos de fontes de apoio social e resiliência na saúde mental de diferentes faixas etárias durante a pandemia de COVID-19. *BMC Psiquiatria*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03012-1>
- Li, N., Zhang, L., Li, X., & Lu, Q. (2022). Moderated role of social support in the relationship between job strain, burnout, and organizational commitment among operating room nurses: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10813.
- Li, Y., Wang, Y., Lv, X., Li, R., Guan, X., Li, L., ... & Cao, Y. (2022). Effects of factors related to shift work on depression and anxiety in nurses. *Frontiers in Public Health*, 10, 926988.
- Lindsay, J., Laurin, D., Verreault, R., Hébert, R., Helliwell, B., Hill, G. B., & McDowell, I. (2002). Risk factors for Alzheimer's disease: a prospective analysis from the Canadian

- Study of Health and Aging. *American journal of epidemiology*, 156(5), 445–453.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwf074>
- Liu, C., Wang, L., Zhang, C., Hu, Z., Tang, J., Xue, J., & Lu, W. (2024). Caffeine intake and anxiety: a meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 15. Doi: 10.3389/fpsyg.2024.1270246
- Liu, Y., Ozodiegwu, I. D., Yu, Y., Hess, R., & Bie, R. (2017). An association of health behaviors with depression and metabolic risks: Data from 2007 to 2014 U.S. National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Affective Disorders*, 217, 190–196.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.009>
- Lourenço, R., Ramos, S., & Cruz, A. (2008). Implicações do trabalho por turnos na vida familiar de enfermeiros: vivências dos parceiros. *Portal dos Psicólogos*, 1-20.
- Luís, G., & Cerqueira, C. (2015). Fatores de influência dos efeitos das substâncias psicoativas no organismo. *Psicologia.pt*. ISSN 1646-6977
- Maia, B., & Dias, P. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200067.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>
- Marcon, S. S. (1990). Comportamento preventivo em saúde: exploração do conceito. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 11(2). <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/3954>
- Marin, A., Rubio-Valdehita, S., & Díaz-Ramiro, E. (2020). Trait-anxiety and job psychosocial conditions as determinants of mental health in nursing. *Ansiedad Y Estrés*, 26(2-3), 167–173. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.07.005>
- Marinho, A., Silva, M., Pereira, G., Aguiar, B., & Guedes, C. (2011). Riscos biológicos em uma unidade de emergência: a visão da Enfermagem. *Revista Acreditação: ACRED*, 1(1), 68-87.

- Marinho, A., Silva, M., Pereira, G., Aguiar, B., & Guedes, C. (2011). Riscos biológicos em uma unidade de emergência: a visão da Enfermagem. *Revista Acreditação: ACRED*, 1(1), 68-87.
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais da saúde portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24-30. Doi:10.20344/amp6460
- Martins, V., Serrão, C., Teixeira, A., Castro, L., & Duarte, I. (2022). O papel mediador da satisfação com a vida na relação entre depressão, ansiedade, stress e burnout entre enfermeiros portugueses durante a pandemia de COVID-19. *BMC Enfermagem*, 188. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00958-3>
- Mather, M., & Scommegna, P. (2015, September 14). Up to Half of U.S. Premature Deaths Are Preventable, Behavioral Factors Key. PRB. <https://www.prb.org/resources/up-to-half-of-u-s-premature-deaths-are-preventable-behavioral-factors-key/>
- Matos, R., & Araújo, M. (2021). Vulnerabilidade ao Estresse e Estratégias de Enfrentamento: um Estudo Comparativo no Ambiente Hospitalar. *Revista Psicologia E Saúde*, 65–81. <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i2.1137>
- Mausner e Kramer, S. (2007). *Introdução à Epidemiologia*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- McDowell, C. P., Meyer, J. D., Russell, D. W., Sue Brower, C., Lansing, J., & Herring, M. P. (2021). Bidirectional associations between depressive and anxiety symptoms and loneliness during the COVID-19 pandemic: dynamic panel models with fixed effects. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 738892.
- Melo, H., Severian, P., Eid, L., Souza, M., Sequeira, C., Souza, M., & Pompeo, D. (2021). Impacto dos sintomas de ansiedade e depressão na autoeficácia percebida em estudantes

- de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE01113. DOI: 10.37689/actape/2021AO01113
- Melo-Dias, C., & Silva, C. (2015). Sobre a vulnerabilidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 411-420.
- Mendoza, M. F., Sulague, R. M., Posas-Mendoza, T., & Lavie, C. J. (2023). Impact of Coffee Consumption on Cardiovascular Health. *Ochsner journal*, 23(2), 152–158. <https://doi.org/10.31486/toj.22.0073>
- Menya, D., Kigen, N., Oduor, M., Maina, S. K., Some, F., Chumba, D., Ayuo, P., Osano, O., Middleton, D. R., Schüz, J., & McCormack, V. A. (2018). Traditional and commercial alcohols and esophageal cancer risk in Kenya. *International Journal of Cancer*, 144(3), 459–469. <https://doi.org/10.1002/ijc.31804>
- Mesas, A. E., Leon-Muñoz, L. M., Rodriguez-Artalejo, F., & Lopez-Garcia, E. (2011). The effect of coffee on blood pressure and cardiovascular disease in hypertensive individuals: a systematic review and meta-analysis. *The American journal of clinical nutrition*, 94(4), 1113–1126. <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.016667>
- Miranda, M., Oliveira, D., Silva, G., Oliveira, C., Pereira, M., & Cavalcante, E. (2022). Vulnerabilidade individual, social e programática na adesão ao tratamento antirretroviral em adultos. *Revista Enfermagem UERJ*, 30, e62288. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.62288>
- Mokaya, A. G., Mutiso, V., Musau, A., Tele, A., Kombe, Y., Ng'ang'a, Z., Frank, E., Ndeti, D. M., & Clair, V. (2016). Substance Use among a Sample of Healthcare Workers in Kenya: A Cross-Sectional Study. *Journal of psychoactive drugs*, 48(4), 310–319. <https://doi.org/10.1080/02791072.2016.1211352>
- Mokhtari, M., & Mokhtari, M. (2006). Anxiety and depression scores in addicts before and after detoxification. *Annals General*, 5(1). Doi:10.1186/1744-859X-5-S1-S168

- Moreira, I., Horta, J., Duro, L., Chaves, J., Jacques, C., Martinazzo, K., & Borges, D. (2017). Aspectos psicossociais do trabalho e sofrimento psíquico na estratégia de saúde da família. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 7(1), 1-7. <https://doi.org/10.17058/reci.v7i1.6927>
- Moura, I., Rocha, V., Bergamini, G., Samuelsson, E., Joner, C., Schneider, L., & Menz, P. (2018). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. *Revista Científica Da Faculdade de Educação E Meio Ambiente*, 9(1), 423–441. <https://doi.org/10.31072/rcf.v9i1.557>
- Moura, R., Chavaglia, S., Coimbra, M., Araújo, A., Scárdua, S., Ferreira, L., & Ohl, R. (2022). Transtornos mentais comuns em profissionais de enfermagem de serviços de emergência. *Acta paulista de enfermagem*, 35. <https://doi.org/10.37689/actape/2022AO03032>
- Moussas, G. I., & Papadopoulou, A. G. (2017). Substance abuse and cancer. *Psychiatriki*, 28(3), 234-41.
- Moylan, S., Jacka, F., Pasco, J., & Berl, M. (2012). Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Medicine*, 12(3). <https://doi.org/10.1186/1745-7015-12-123>
- Muriel, P., & Arauz, J. (2010). Coffee and liver diseases. *Fitoterapia*, 81(5), 297–305. <https://doi.org/10.1016/j.fitote.2009.10.003>
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2011). Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence. Leicester (UK): British Psychological Society.
- Neto, A., Araújo, R., Pitangui, A., Menezes, L., França, E., Costa, E., Andrade, F., & Junior, M. (2013). Qualidade de vida e nível de atividade física de profissionais de saúde de

- unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 18(06).
<https://doi.org/10.12820/rbafs.v.18n6p711>
- Ngui, H. H. L., Kow, A. S. F., Lai, S., Tham, C. L., Ho, Y. C., & Lee, M. T. (2022). Alcohol Withdrawal and the Associated Mood Disorders - A Review. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(23), 14912.
- Ochiai, R., Chikama, A., Kataoka, K., Tokimitsu, I., Maekawa, Y., Ohishi, M., Rakugi, H., & Mikami, H. (2009). Effects of hydroxyhydroquinone-reduced coffee on vasoreactivity and blood pressure. *Hypertension research: official journal of the Japanese Society of Hypertension*, 32(11), 969–974. <https://doi.org/10.1038/hr.2009.132>
- Oliveira, C., & Calais, S. (2011). Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e percepção de suporte familiar em porteiros: um estudo correlacional. *Psico-USF*, 16(1), 57–65
- Oliveira, D., Freire, G., Bortolussi, I., Oliveira, R., & Júnior, J. (2021). Autoestima e dependência de exercício em praticantes de musculação. *Revista Psicologia e Saúde*, 171-182.
- Oliveira, E., Cortes, S., Carvalho, L., Soares, L., Lopes, Y., Silva, T., & Gomes, M. (2021). Atividade física, promoção da saúde e qualidade de vida para servidores públicos: uma revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Development*, 7(3), 22517-22532. ISSN: 2525-8761
- Oliveira, L. R. (2022). Estado da arte: vulnerabilidade psicológica em universitários. *Revista Educação Em Páginas*, 1, e11232. <https://doi.org/10.22481/redupa.v1.11232>
- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros-Impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 43-54.
- Our World in Data (2019). Deaths attributed to tobacco, alcohol and drugs, World, 2019. *IHME: Global Burden of Disease Study*.

- Oviedo, R., & Czeresnia, D. (2015). O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 237-250.
- Pacheco, P. (2007). Burnout e coping em profissionais de saúde. *Revista Investigação em Enfermagem*, 16, 32-41.
- Pagès, E., Ortega, P., Padrés, N., García, A. M., & Soler, J. (2022). Dealing with Emotional Vulnerability and Anxiety in Nurses from High-Risk Units-A Multicenter Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5569. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095569>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety na Depression Scale, *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. DOI: 10.1080/13548500500524088
- Paula, A., Carletto, A., Lopes, D., Ferreira, J., Tonini, N. & Trecossi, S. (2021). Reactions and feelings of health professionals in the care of hospitalized patients with suspected covid-19. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, 1-7. DOI: 10.1590/1983-1447.2021.20200160
- Paulino, D. C. R., Lopes, M. V. O., & Rolim, I. L. T. P. (2008). Biossegurança e acidentes de trabalho com perfuro-cortantes entre os profissionais de enfermagem de hospital universitário de Fortaleza–CE. *Cogitare enfermagem*, 13(4), 507-513.
- Paulino, D., Lopes, M., & Rolim, I. (2008). Biossegurança e acidentes de trabalho com perfuro-cortantes entre os profissionais de enfermagem de hospital universitário de Fortaleza. *Cogitare enfermagem*, 13(4), 507-513.
- Paz, A., Santos, B., & Eidt, O. (2006). Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19, 338-342.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). *Health promotion in nursing practice (7th ed.)*. Pearson Education.

- Pereira, S., & Ribeiro, C. (2017). Riscos psicossociais no trabalho. *Gestão e Desenvolvimento*, 25, 103-120. Doi:7559/gestaoedesenvolvimento.2017.360
- Pergol-Metko, P., Staniszewska, A., Metko, S., Sienkiewicz, Z., & Czyzewski, L. (2023, February). Compassion fatigue and perceived social support among polish nurses. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 5, p. 706). MDPI.
- Pessoa, B., Ramos, H., Nascimento, Y., Francisco, L., & Alves, V. (2021). Qualidade de vida, depressão e ansiedade em enfermeiros e técnicos de enfermagem de um hospital. *Desafios. Revista Interdisciplinar Da Universidade Federal Do Tocantins*, 8(2), 149–158. <https://doi.org/10.20873/uftv8-10947>
- Phillips, K. E., Kang, Y., Kang, S. J., Giroto, C., & Fitzpatrick, J. J. (2021). Caffeine and high energy drink use and knowledge by nurses in three countries. *Applied Nursing Research*, 58, 151414.
- Phulkerd, S., Thapsuwan, S., Chamrathirong, A., & Gray, R. S. (2021). Influence of healthy lifestyle behaviors on life satisfaction in the aging population of Thailand: a national population-based survey. *BMC Public Health*, 21, 1-10.
- Pinheiro, C., Alves, Â., Rolim, K., Luna, G., Brandão, M., Cruz, C., & Alencar, A. (2021). Panorama of mental health of students in a multiprofessional residence program. *Journal of Nursing and Health*, 11(1), 1-14. DOI:10.15210/JONAH.V11I1.19020
- Pinto, J., Martins, P., Pinheiro, T. & Oliveira, A. (2015) Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16 (2), 148-163.
- Poole, R., Kennedy, O. J., Roderick, P., Fallowfield, J. A., Hayes, P. C., & Parkes, J. (2017). Coffee consumption and health: umbrella review of meta-analyses of multiple health outcomes. *BMJ*, 359. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5024>

- Puddephatt, J. A., Irizar, P., Jones, A., Gage, S. H., & Goodwin, L. (2022). Associations of common mental disorder with alcohol use in the adult general population: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 117(6), 1543-1572.
- Puttini, R., Junior, A., & Oliveira, L. (2010). Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20, 753-767.
- Quarantini, L., Netto, L., Nascimento, M., Galvão, A., Sampaio, A., Scippa, A., Bressan, R., & Koenen, K. (2009). Comorbid mood and anxiety disorders in victims of violence with posttraumatic stress disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 66–76. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462009000600005>
- Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Ansiedade, Engagement e Burnout em enfermeiros. *International Congress of Occupational Health Nursing*. ISBN: 978-972.789-605-0
- Quinta, S., Queirós, C., Marques, A., & Orvalho, V. (2017). Os enfermeiros e a sua saúde no trabalho: a relação entre depressão e burnout. *International Journal on Working Conditions*, (13), 1-20.
- Quintão, S., Delgado, A., & Prieto, G. (2013). Validity study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale model. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 305–310. DOI: 10.1590/S0102-79722013000200010
- Ramey, T., & Regier, P. S. (2018). Cognitive impairment in substance uses disorders. *CNS Spectrums*, 24(1), 102–113. <https://doi.org/10.1017/s1092852918001426>
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 156-175.
- Reyes, C. M., & Cornelis, M. C. (2018). Caffeine in the diet: country-level consumption and guidelines. *Nutrients*, 10(11), 1772.

- Ribeiro, R. M., Oliveira, F. F., Oliveira, E. A., Tully, M. A. (2022). Intervenções de Atividade Física em Grupo Visando o Prazer em Idosos: Uma Revisão Sistemática. *Jornal Envelhecimento Longevidade*, 2, 113-129. <https://doi.org/10.3390/jal202001>
- Rinco, M., Lopes, A., & Domingues, M. (2012). Envelhecimento e Vulnerabilidade Social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. *Revista Kairós-Gerontologia*, 15, 79–95.
- Rodrigues, N., & Neri, A. (2012). Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo Fibra, Campinas, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800023>
- Romanowska, M., & Dobroczyński, B. (2020). Unconscious processes in Aaron Beck's cognitive theory: Reconstruction and discussion. *Theory & Psychology*, 30(2), 223-242.
- Rosa, R. R. (2023, 12 de maio). Salários, turnos noturnos e perspectivas de futuro: o que leva os jovens a desistir da enfermagem, um fenómeno "cada vez mais comum"? [Comunicado de imprensa]. <https://expresso.pt/geracao-e/2023-05-12-Salarios-turnos-noturnos-e-perspetivas-de-futuro-o-que-leva-os-jovens-a-desistir-da-enfermagem-um-fenomeno-cada-vez-mais-comum--d8e8ea9e>
- Sääksjärvi, K., Knekt, P., Rissanen, H., Laaksonen, M. A., Reunanen, A., & Männistö, S. (2008). Prospective study of coffee consumption and risk of Parkinson's disease. *European journal of clinical nutrition*, 62(7), 908–915. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602788>
- Sacramento, B., Anjos, T., Barbosa, A., Tavares, C., & Dias, J. (2021). Sintomas de ansiedade e depressão entre estudantes de medicina: estudo de prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 45(1). <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200394>

- SAMHSA. (2016). Chronic Substance Use and Cognitive Effects on the Brain: An Introduction. In brief, 9(1). SMA16-4973
- Sanematsu, L., Silva, A., & Martins, M. (2019). Produção científica sobre resiliência em enfermagem. *Journal of Nursing online*, 13, e241401. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241401>
- Sangaletti, J., Ceretta, L. B., & Soratto, M. T. (2018). Ansiedade dos enfermeiros da estratégia saúde da família. *Revista Interdisciplinar de Estudos Em Saúde*, 7(1), 234–248. <https://doi.org/10.33362/ries.v7i1.910>
- Santos, C., Pais-Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(2), 185-204.
- Santos, J., Vieira, M., Assuiti, L., Gomes, D., Meirelles, B., & Santos, S. (2012). Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33, 205-212.
- Santos, J., Vieira, M., Assuiti, L., Gomes, D., Meirelles, B., & Santos, S. (2012). Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33, 205-212.
- Saraceno, B. (2018). *Discurso global, sufrimientos locales. Análisis crítico del Movimiento por la Salud Mental Global*. Herder: Barcelona.
- Schmidt, D., Dantas, R., & Marziale, M. (2011). Ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 45(2), 487-93. DOI: 10.1590/S0080-62342011000200026.
- Scozzafave, M., Leal, L., Soares, M., & Henriques, S. (2019). Riscos psicossociais relacionados ao enfermeiro no hospital psiquiátrico e estratégias de gerenciamento.

Revista Brasileira de Enfermagem, 72, 834-840. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0311>

Sequeira, C., Carvalho, J. C., Borges, E., & Sousa, C. N. (2013). Vulnerabilidade mental em estudantes de enfermagem no ensino superior: estudo exploratório. *Journal of Nursing and Health*, 3, 170–181.

Serafim, A., Campos, I., Cruz, R., & Rabuske, M. (2012). Riscos psicossociais e incapacidade do servidor público: um estudo de caso. *Psicologia: Ciência e profissão*, 32, 686-705. DOI: 10.1590/S1414-98932012000300013

Shah, S., Cho, I. J., Lee, W., Pyun, W. B., & Ha, E. (2023). Coffee intake and hypertension in Korean adults: results from KNHANES 2012-2016. *Clinical hypertension*, 29(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s40885-023-00239-4>

Silva, B. (2022). Vulnerabilidade individual, social e programática: nuances na trajetória de vida de mulheres rurais. *Europub Journal of Health Research*, 3(4), 562-570.

Silva, I., & Costa, D. (2023). Consequences of shift work and night work: a literature review. *Healthcare*, 11(10), 1410. <https://doi.org/10.3390/healthcare11101410>

Silva, M. L., Hatanaka, Y. F., Rondina, R. C., & Silva, N. R. (2018). Avaliação do repertório de habilidades sociais de usuários de substâncias psicoativas em tratamento. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(4), 849–858. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1633>

Sindicato dos enfermeiros portugueses. (2018). Horários de Trabalho. Um direito dos enfermeiros, um dever das organizações e uma luta permanente!.

Sindicato dos enfermeiros portugueses. (n.d.). Exige a regulamentação dos horários de trabalho! Não pactues com ilegalidades!.

- Smith, L. Tanigawa, T. Takahashi, M. Mutou, K. Tachibana, N. Kage, Y. Iso, H. (2005). Shiftwork Locus of Control, Situational and Behavioural Effects on Sleepiness and Fatigue in Shiftworkers. *Industrial Health*, 43, 151–170.
- Sousa, L. M., Moreira, C., Barbosa, E., Paúl, C., & Queirós, C. (2022). Burnout, ansiedade e depressão em enfermeiros: estudo comparativo antes e durante a pandemia COVID-19. *International Journal on Working Conditions*, 23. DOI: <https://doi.org/10.25762/edsq-3b64>
- Souza, N., Carvalho, E., Soares, S., Varella, T., Pereira, S., Andrade, K. (2020). Trabalho de enfermagem na pandemia da Covid-19 e repercussões para a saúde mental dos trabalhadores. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 42, e20200225. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200225>
- Tamborindeguy, C. C., Moraes, C. B. (2009). Mudanças no peso e comportamento alimentar em ex-tabagista. *Disciplinarum Scientia: Ciências da Saúde*, 10(1), 107-114. ISSN 1982-2111
- Tanskanen, A., Tuomilehto, J., Viinamäki, H., Vartiainen, E., Lehtonen, J., & Puska, P. (2000). Joint heavy use of alcohol, cigarettes and coffee and the risk of suicide. *Addiction*, 95(11), 1699–1704. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.9511169910.x>
- Temple, J., Bernard, C., Lipshultz S., Czachor, J., Westphal, J., & Mestre, M. (2017). The Safety of Ingested Caffeine: A Comprehensive Review. *Frontiers in Psychiatry*, 8 (80). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00080>
- Thach, T., Mahirah, D., Dunleavy, G., Zhang, Y., Nazeha, N., Rykov, Y., Nah, A., Roberts, A., Christopoulos, G., Soh, C., & Car, J. (2020). Association between shift work and poor sleep quality in an Asian multi-ethnic working population: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 15(3): e0229693. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229693>

- Toledo, M., & Takahashi, R. (2011). Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. *Revista brasileira de enfermagem*, 64, 370-375.
- Turk, D., & Monarch, E. (2018). Biopsychosocial Perspective on Chronic Pain. *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook*, 3, 3-32.
- Ueno, L., Bobroff, M., Martins, J., Machado, R., Linares, P., & Gaspar, S. (2017). Estresse ocupacional: Estressores Referidos Pela Equipe De Enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 11(4), 1632-1638. ISSN:1981.8963
- Underwood, P. (2000). *Social Support. The promise and the reality*. London: Sage Publications, 367-391.
- Universidade de Cambridge. (2023, 11 de setembro). Um estilo de vida saudável pode ajudar a prevenir a depressão - e novas pesquisas podem explicar o porquê. *Ciência Diário*. Consultado em 16 de maio de 2024 em www.sciencedaily.com/releases/2023/09/230911141148.htm
- Velez, C. (2003). Gestão do stress nos profissionais de saúde. *Nursing*, 15(179), 10-13.
- Vicente, S. (2010). Editorial do boletim Café e Saúde da AICC. Café e saúde: um novo paradoxo para a saúde?.
- Vieira, M., & Padilha, M. (2008). O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfurocortante. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 42(4), 804–810. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420080004>
- Volkow, D., Fowler, J., Wang, G., Swanson, J., Telang, F. (2007). Dopamine in Drug Abuse and Addiction: Results of Imaging Studies and Treatment Implications. *Arch Neurol*, 64(11), 1575-1579. Doi:10.1001/archneur.64.11.1575
- Vorspan, F., Mehtelli, W., Dupuy, G., Bloch, V., & Lépine, J.-P. (2015). Anxiety and Substance Use Disorders: Co-occurrence and Clinical Issues. *Current Psychiatry Reports*, 17(2). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0544-y>

- Waidelle, R. (1996). El trabajo en turnos nocturnos: una revisión. *Revista de Psiquiatria*, 12(2), 67-73.
- Wang, L., Wang, Y., Ye, D., & Liu, Q. (2020). A review of the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) based on current evidence. *International Journal of Antimicrobial Agents*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105948>
- Wang, X., Wu, Y., Shi, X., Chen, Y., Xu, Y., Xu, H., ... & Zang, S. (2023). Associations of lifestyle with mental health and well-being in Chinese adults: a nationwide study. *Frontiers in Nutrition*, 10.
- Wang, Y., & Deboer, T. (2022). Long-term effect of a single dose of caffeine on sleep, the sleep EEG and neuronal activity in the peduncular part of the lateral hypothalamus under constant dark conditions. *Clocks & Sleep*, 4(2), 260-276.
- Wilson, K. M., Kasperzyk, J. L., Rider, J. R., Kenfield, S., van Dam, R. M., Stampfer, M. J., Giovannucci, E., & Mucci, L. A. (2011). Coffee consumption and prostate cancer risk and progression in the Health Professionals Follow-up Study. *Journal of the National Cancer Institute*, 103(11), 876–884. <https://doi.org/10.1093/jnci/djr151>
- Winefield, A. & Lushington, K. (2006). Work-related fatigue and recovery the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. *of Advanced Nursing*, 56(4):438- 49. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04011.x.
- Woon, L., Mansor, N., Mohamad, M., Teoh, S., & Abdullah, M. (2021). Quality of Life and Its Predictive Factors Among Healthcare Workers After the End of a Movement Lockdown: The Salient Roles of COVID19 Stressors, Psychological Experience, and Social Support. *Frontiers in Psychology*, 12, 1–15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.652326>
- World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva.

- World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. *World Health Organization*. <https://iris.who.int/handle/10665/274603>
- World Health Organization. (2021). *WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Use 2000-2025, Fourth Edition*. WHO: Geneva. ISBN: 9789240039322
- World Health Organization. (2023). World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. *World Health Organization*. ISBN 978-92-4-007432-3
- World Health Organization. (2023, 31 de julho). Tobacco. World Health Organization; World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Wu, J. N., Ho, S. C., Zhou, C., Ling, W. H., Chen, W. Q., Wang, C. L., & Chen, Y. M. (2009). Coffee consumption and risk of coronary heart diseases: a meta-analysis of 21 prospective cohort studies. *International journal of cardiology*, 137(3), 216–225. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2008.06.051>
- Xavier, B., Camarneiro, A. P., Loureiro, L., Menino, E., Oliveira, A. C., & Monteiro, A. P. (2020). Impacto da COVID-19 nas dinâmicas sociofamiliares e académicas dos 137 estudantes de enfermagem em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), e20104. doi: <https://doi.org/10.12707/RV20104>
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Medical Science Monitor*, 26, e923549. ISSN 1234-1010
- Yang, B., Stone, T., Petrini, M., & Morris, D. (2018). Incidence, Type, Related Factors, and Effect of Workplace Violence on Mental Health Nurses: A Cross-sectional Survey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 31–38. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.013>

- Yres, J., Junior, I., Calazans, G., & Filho, H. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Yu, X., Bao, Z., Zou, J., & Dong, J. (2011). Coffee consumption and risk of cancers: a meta-analysis of cohort studies. *BMC cancer*, 11, 96. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-11-96>
- Zhang, Y. B., Pan, X. F., Lu, Q., Wang, Y. X., Geng, T. T., Zhou, Y. F., Liao, L. M., Tu, Z. Z., Chen, J. X., Xia, P. F., Wang, Y., Wan, Z. Z., Guo, K. Q., Yang, K., Yang, H. D., Chen, S. H., Wang, G. D., Han, X., Wang, Y. X., Yu, D., ... Pan, A. (2023). Association of combined healthy lifestyles with cardiovascular disease and mortality of patients with diabetes: an international multicohort study. *Mayo Clinic proceedings*, 98(1), 60–74. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2022.08.012>
- Zuard, A. W. (2017). Características básicas do transtorno de ansiedade. *Suplemento Temático: Psiquiatria I*, 50(1), 51-55. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isup11.p51-55>

Anexos

Anexo A - Parecer da Comissão de Ética



Comissão de Ética para a Investigação da Universidade Lusíada

Parecer

Referência:	UL/CE/CIPD/2314
Requerente:	Dr.ª Ana Margarida de Almeida Cardoso
Assunto:	Pedido de apreciação sobre o protocolo de investigação
Tipo:	Projeto de Dissertação de Mestrado
Título:	Fatores de vulnerabilidade psicológica em enfermeiros: a ansiedade, o suporte social percebido e o trabalho por turnos
Estudante:	Dr.ª Ana Margarida de Almeida Cardoso
Orientador:	Prof.ª Doutora Túlia Cabrita
Parecer da Comissão:	Positivo, em concordância com os termos descritos no parecer do Consultor designado , na reunião da Comissão de Ética para a Investigação da Universidade Lusíada, do dia 13 de março de 2023.
Consultor designado:	Prof.ª Doutora Teresa Paula Leite