

Universidades Lusíada

Mendes, Margarida Pinto, 2001-

O impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem nos níveis de ansiedade, depressão e stress e a sua relação com a qualidade do sono

<http://hdl.handle.net/11067/8293>

Metadados

Data de Publicação

2025

Resumo

Grande parte dos enfermeiros exercem as suas funções em regime de turnos, dado que os cuidados de saúde são essenciais ao longo de todo o dia. O trabalho por turnos pode ter impacto negativo nestes profissionais e, por consequência, colocar em risco os utentes. Assim, a presente investigação procurou analisar a relação existente entre o trabalho por turnos na profissão de enfermagem e os níveis de ansiedade, depressão e stress; e a qualidade do sono. Participaram no estudo 71 enfermeiros com id...

As healthcare is essential throughout the day most nurses work shifts. Shift work can have a negative impact on these professionals and, consequently, put patients at risk. Therefore, this research sought to analyze the relationship between shift work in the nursing profession and levels of anxiety, depression and stress, as well as sleep quality. Seventy-one nurses aged between 22 and 56 took part in the study. A sociodemographic questionnaire, the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and the...

Palavras Chave

Enfermeiros - Psicologia, Enfermeiros - Saúde mental, Trabalho por turnos - Aspetos psicológicos, Sono, Perturbações do sono

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-10-30T04:17:48Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

**O impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem
nos níveis de ansiedade, depressão e stress
e a sua relação com a qualidade do sono**

Realizado por:
Margarida Pinto Mendes

Orientado por:
Professor Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas

Constituição do Júri:

Presidente:	Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientador:	Professor Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas
Arguente:	Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 06 de outubro de 2025

Lisboa

2025



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

O impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem nos níveis de ansiedade, depressão e *stress* e a sua relação com a qualidade do sono

Margarida Pinto Mendes

Lisboa

Abril 2025



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

O impacto do trabalho por turnos na profissão de
enfermagem nos níveis de ansiedade, depressão e
stress e a sua relação com a qualidade do sono

Margarida Pinto Mendes

Lisboa

Abril 2025

Margarida Pinto Mendes

O impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem nos níveis de ansiedade, depressão e *stress* e a sua relação com a qualidade do sono

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

Orientador: Professor Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas

Lisboa

Abril 2025

FICHA TÉCNICA

Autora Margarida Pinto Mendes
Orientador Professor Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas
Título O impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem nos níveis de ansiedade, depressão e *stress* e a sua relação com a qualidade do sono
Local Lisboa
Ano 2025

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

MENDES, Margarida Pinto, 2001-

O impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem nos níveis de ansiedade, depressão e stress e a sua relação com a qualidade do sono / Margarida Pinto Mendes ; orientado por Miguel da Costa Nunes de Freitas. - Lisboa : [s.n.], 2025. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - FREITAS, Miguel da Costa Nunes de, 1981-

LCSH

1. Enfermeiros - Psicologia
2. Enfermeiros - Saúde mental
3. Trabalho por turnos - Aspetos psicológicos
4. Sono
5. Perturbações do sono
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Nurses - Psychology
2. Nurses - Mental health
3. Shift systems - Psychological aspects
4. Sleep
5. Sleep disorders
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RT86.M46 2025

AVISO LEGAL

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela. Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Aos meus pais, Manuela e António que fizeram o
impossível para tornar a minha jornada possível

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Miguel Freitas pela ajuda imprescindível e pela exigência que me desafiou sempre a melhor.

Aos colegas e professores por todo o conhecimento e por toda a ajuda que me proporcionaram.

Aos meus amigos por não me deixarem desistir e por me apoiarem.

À minha família que me apoiou incondicionalmente durante todo o meu percurso académico.

À Sofia, ao Diogo, ao David e ao Maurício que me ajudaram a respirar nos momentos em que tudo parecia perdido.

O meu maior agradecimento é para os meus pais que nunca deixaram que me sentisses sozinha e que acreditaram em mim mesmo quando eu não acreditava.

O impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem nos níveis de ansiedade, depressão e stress e a sua relação com a qualidade do sono

Resumo

Grande parte dos enfermeiros exercem as suas funções em regime de turnos, dado que os cuidados de saúde são essenciais ao longo de todo o dia. O trabalho por turnos pode ter impacto negativo nestes profissionais e, por consequência, colocar em risco os utentes. Assim, a presente investigação procurou analisar a relação existente entre o trabalho por turnos na profissão de enfermagem e os níveis de ansiedade, depressão e stress; e a qualidade do sono.

Participaram no estudo 71 enfermeiros com idades compreendidas entre os 22 e os 56 anos tendo sido aplicado um questionário sociodemográfico, o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP) e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS).

Os resultados mostraram que períodos mais longos de trabalho por turnos estão associados a um índice de qualidade de sono menor e a maiores níveis de ansiedade. Na presença do aumento dos níveis de ansiedade, depressão e stress observa-se uma diminuição da qualidade do sono.

Palavras-Chave: Trabalho por turnos; Enfermagem; Ansiedade; Depressão; Stress; Qualidade do sono

The impact of shift work in the nursing profession on anxiety, depression and stress levels and their relationship with sleep quality

Abstract

As healthcare is essential throughout the day most nurses work shifts. Shift work can have a negative impact on these professionals and, consequently, put patients at risk. Therefore, this research sought to analyze the relationship between shift work in the nursing profession and levels of anxiety, depression and stress, as well as sleep quality.

Seventy-one nurses aged between 22 and 56 took part in the study. A sociodemographic questionnaire, the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) were applied.

The results showed that longer periods of shift work are associated with poorer sleep quality index and higher levels of anxiety. In the presence of increased levels of anxiety, depression and stress there was a decrease in sleep quality.

Keywords: Shift work; Nurse; Anxiety; Depression; Stress; Sleep Quality

Lista de abreviaturas

REM – Rapid Eyes Movement

IQSP – Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh

EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

Lista de tabelas

Tabela 1 – Distribuição da amostra por idade, sexo, estado civil e nº de filhos

Tabela 2 – Distribuição da amostra por tempo de profissão, tempo de exercício em turnos e carga horária

Tabela 3 – Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov

Tabela 4 – Distribuição da qualidade do sono dos enfermeiros segundo o IQSP

Tabela 5 – Distribuição da qualidade do sono dos enfermeiros segundo as componentes do IQSP

Tabela 6 – Distribuição dos enfermeiros pela subescala Ansiedade

Tabela 7 – Distribuição dos enfermeiros pela subescala Depressão

Tabela 8 – Distribuição dos enfermeiros pela subescala Stress

Tabela 9 – Correlações entre as componentes do IQSP e as variáveis sociodemográficas

Tabela 10 – Regressão linear múltipla entre o IQSP e as variáveis sociodemográficas

Tabela 11 – Correlações entre as subescalas Ansiedade, Depressão e Stress e as variáveis sociodemográficas

Tabela 12 – Regressão linear múltipla entre a subescala Ansiedade e as variáveis sociodemográficas

Tabela 13 – Regressão linear múltipla entre a subescala Depressão e as variáveis sociodemográficas

Tabela 14 – Regressão linear múltipla entre a subescala Stress e as variáveis sociodemográficas

Tabela 15 – Correlações entre o IQSP e as subescalas da EADS

Tabela 16 – Distribuição do sexo feminino e do sexo masculino pelas variáveis sociodemográficas

Índice

Revisão de Literatura.....	10
Sono	10
Ritmo circadiano	11
Funções do sono.....	13
Psicopatologia do sono	14
Stress	18
Ansiedade e depressão	20
Impacto do trabalho por turnos	22
Objetivos.....	27
Método.....	28
Participantes.....	28
Instrumentos.....	30
Questionário Sociodemográfico e Profissional	30
Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP)	30
Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS).....	32
Procedimento	33
Plano de análise	33
Resultados.....	36
Caracterização da qualidade de sono	36
Caracterização dos Níveis de Ansiedade, Depressão e Stress	37

Impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem

Associações entre as Variáveis Sociodemográficas e as Variáveis de Saúde Mental e Qualidade do Sono.....	39
Associação do IQSP às Variáveis Sociodemográficas.....	39
Associação da EADS às Variáveis Sociodemográficas	41
Associação do IQSP com as subescalas da EADS.....	44
Diferenças entre o grupo do sexo feminino e o grupo do sexo masculino	45
Discussão.....	47
Limitações e implicações para a prática	51
Conclusão	54
Referências	56
Anexos.....	62
Anexo A – Consentimento Informado.....	63
Anexo B – Questionário Sociodemográfico	64
Anexo C – Índice de qualidade de sono de Pittsburgh (IQSP).....	65
Anexo D - Escala de ansiedade, depressão e stress (EADS)	66
Anexo E – Autorização para utilização dos instrumentos do estudo.....	67

Revisão de Literatura

Os cuidados de saúde são necessários 24 horas por dia o que implica que alguns profissionais de saúde exerçam as suas funções num regime de horário rotativo. O trabalho por turnos e o trabalho noturno caracterizam a maioria dos horários desempenhados pelos profissionais de enfermagem. Este tipo de horários caracteriza-se por uma maior probabilidade de provocar complicações no bem-estar dos indivíduos e, consequentemente, na sua qualidade de vida (Pinto et al., 2020).

Cada vez são mais claras as consequências negativas na saúde física, emocional e psicossocial que o trabalho por turnos pode ter na vida dos indivíduos (Books et al., 2017; Oliveira & Pereira, 2012; Palhares et al., 2014).

O facto de os enfermeiros trabalharem por turnos requer que estes tenham de dormir durante o dia, o que poderá contribuir para que a qualidade de sono sofra um declínio, dado que o sono diurno possui uma qualidade inferior ao sono noturno (Neves et al., 2013).

Sono

O sono apresenta-se, no nosso dia-a-dia, como sendo extremamente importante para o equilíbrio homeostático e psicológico, sendo uma necessidade humana básica e constituindo-se um aspeto de extrema importância da vida do ser humano. Este é essencial para a qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos (Viana et al., 2019)

O sono é um estado natural, de consciência alterada, caracterizado pela redução da atividade motora voluntária, pela diminuição da resposta a estímulos externos e é facilmente reversível. A privação do mesmo pode ter um prejuízo significativo nas atividades diárias do ser humano (Neves et al., 2013).

Dado que a privação do sono pode ter prejuízo significativo nas atividades diárias do ser humano, o trabalho por turnos afeta não só a qualidade de sono dos enfermeiros como também pode ter repercussões na sua saúde mental. Consequentemente, no caso de comprometer a qualidade de sono bem como a saúde mental, a qualidade do atendimento prestado também pode ser afetada prejudicando os pacientes (Pinto et al., 2020).

Indivíduos do sexo feminino tendem a apresentar uma qualidade de sono pior do que indivíduos do sexo masculino devido a fatores biológicos como as alterações hormonais que ocorrem durante o ciclo menstrual, a gravidez e a menopausa (Huang et al., 2019).

Ritmo circadiano

O ritmo circadiano do sono refere-se ao ciclo biológico de, aproximadamente, 24 horas regulado por um “relógio biológico” que controla diversos processos fisiológicos, biológicos, comportamentais e psicológicos, como a temperatura corporal, a frequência cardíaca, a tensão arterial, o ritmo respiratório e o ciclo de sono-vigília (Neves et al., 2013).

O ritmo circadiano pode ter influência endógena (relógio biológico) e exógena (fatores ambientais capazes de regular o relógio biológico), no entanto, é um ritmo que auto-subsiste e persiste na ausência de estímulos ambientais, apesar destes serem fundamentais para a sincronização com o ambiente que rodeia o indivíduo (Silva, 2019).

Os ciclos do sono-vigília são sincronizados pela presença ou ausência de luz. A exposição à luz durante a noite pode provocar insónias e o aumento da temperatura corporal. Os fatores ambientais sociais, como as rotinas domésticas e profissionais influenciam a sincronização e permitem manter o ritmo circadiano (Kumar, 2008).

Segundo Kumar (2008), quando o ritmo circadiano é perturbado/interrompido pode resultar em inúmeros efeitos negativos, tanto a curto como a longo prazo, como a alteração do sono, diminuição do rendimento cognitivo e físico e também numa variedade de perturbações do sono.

As doenças do sono associadas a alterações do ciclo circadiano podem ser classificadas em intrínsecas, caracterizadas por uma desregulação do sistema circadiano interno e extrínsecas que são o resultado de mudanças impostas no comportamento do indivíduo. O atraso de fase do sono, o avanço de fase do sono e o padrão irregular do sono são exemplos de doenças intrínsecas. A síndrome de mudança rápida de fuso horário e a perturbação associada ao trabalho em horário irregular são exemplos de doenças extrínsecas (Silva, 2019).

O sono humano normal está dividido em sono lento ou não-REM (non-rapid eye movement) e em sono paradoxal ou REM (rapid eye movement). Durante um período de sono o indivíduo entra várias vezes no tipo de sono REM, que é idêntico ao estado de vigília, no entanto, os diversos grupos musculares mantêm-se imóveis à exceção dos músculos respiratórios e dos olhos. Na restante duração do sono, o indivíduo permanece no sono não-REM caracterizado por ondas lentas e de larga amplitude, neste período do sono a tensão muscular é reduzida, assim como todo o organismo está num modo de funcionamento reduzido (Neves et al., 2013).

No decorrer das diferentes fases do sono, a atividade cerebral é dinâmica, ou seja, o sono não é um fenómeno único e constante. Na fase do sono não-REM ocorre uma ativação do sistema nervoso parassimpático o que conduz à redução da frequência cardíaca e respiratória, da pressão arterial, da temperatura corporal, do consumo de oxigénio e da função renal (Kumar, 2008; Neves et al., 2013).

A fase não-REM encontra-se dividida em três fases. A fase I corresponde à sonolência superficial onde predominam ondas alfa com atividade cerebral como na fase de vigília. A fase II diz respeito à fase de sono intermédio, de transição entre o estado de vigília e o sono onde as ondas cerebrais são de maior amplitude e os movimentos oculares quase nulos. A fase III corresponde ao sono profundo e de recuperação fisiológica onde predominam as ondas cerebrais delta que têm maior amplitude e onde os movimentos corporais estão, normalmente, ausentes (Fernandes, 2006).

O trabalho por turnos a que os enfermeiros são sujeitos, uma vez que é necessário existirem cuidados de saúde durante 24 horas têm impacto direto no sistema circadiano. O trabalho por turnos obriga a que os enfermeiros tenham padrões de sono e horários irregulares o que tem impacto no ritmo circadiano e nas fases do sono REM e não-REM. Para além do impacto significativo no funcionamento biológico, os padrões de sono, bem como os horários irregulares podem ter impacto no bem-estar dos enfermeiros e na sua saúde, tanto física como mental. (Silva, 2019).

Estudar e compreender o impacto do trabalho por turnos nos níveis de ansiedade, depressão e stress e a sua relação com a qualidade do sono nos enfermeiros poderá ter impacto positivo para o bem-estar dos mesmos e para o aumento da sua qualidade de vida.

Funções do sono

Em relação às funções do sono sobressaem duas teorias, sendo elas a teoria de recovery e a teoria da adaptação. Ambas as teorias surgiram através do contributo de diversos autores, sendo que o conceito de recovery estabeleceu-se internacionalmente como novo paradigma da saúde mental na década de 80. A primeira teoria refere que os indivíduos dormem com o intuito de repousar e restaurar energias, otimizar as funções

metabólicas para que possam estar preparados para voltar a estarem acordados. A segunda teoria refere que para além dos indivíduos dormirem para descansar, o sono ocorre também de forma a mantê-los distantes de problemas quando estão mais vulneráveis. (Baccari et al., 2015).

Segundo Oliveira & Marino (2013), outras hipóteses associam o sono aos processos termorreguladores, ao aumento da atividade do sistema imunológico, à função de reforçar ou eliminar circuitos neuronais o que contribuiu para o desenvolvimento e maturação do cérebro e ainda à função da consolidação de memórias.

Considerando as funções do sono podemos inferir que a privação de sono pode levar ao aparecimento de diversas patologias, bem como a alterações físicas e comportamentais muito acentuadas podendo mesmo a aumentar o risco de morte prematura. A nível físico, a privação do sono conduz a sonolência, comprometimento do desempenho, cognição, humor, fadiga, vigília, atenção, concentração e memória, bem como a alterações imunológicas, metabólicas e hormonais. No caso dos enfermeiros, as consequências referidas anteriormente, podem contribuir para um declínio do desempenho dos mesmos e consequentemente ter impacto negativo no atendimento prestado aos utentes (Palhares et al., 2014).

Psicopatologia do sono

Como referido anteriormente, a privação do sono pode conduzir ao aparecimento de diversas patologias como as perturbações do sono. As perturbações do sono podem ser divididas em parassónias e dissónias. As parassónias caracterizam-se por alterações que envolvem o comportamento do sono, sendo, normalmente, transitórias e de carácter benigno (Kumar, 2008).

As parassónias são caracterizadas por uma ampla variedade de comportamentos (definidos como desagradáveis e/ou indesejáveis) que ocorrem principalmente no sono de ondas lentas e, como tal, geralmente, surgem na primeira metade da noite. As mais comuns resultam de uma sobreposição de comportamento característico do estado de vigília durante o sono. Alguns exemplos de parassónias são os pesadelos e o sonambulismo (Kumar, 2008; Pavlova & Latreille, 2018).

As dissónias caracterizam-se por perturbações na qualidade ou quantidade de tempo de sono e por períodos de sono insuficiente, excessivo ou ineficaz, ou seja, por anomalias no horário do sono. Alguns exemplos de dissónias são a insónia, a narcolepsia e a hipersónia (Pavlova & Latreille, 2018).

Segundo Bresser et al. (2024) e Neves et al. (2013), a insónia corresponde a uma perturbação do início e manutenção do sono. Esta pode ser definida como uma perceção subjetiva de má qualidade do sono, dificuldade em iniciar o sono e mantê-lo, com despertares frequentes, ou precoces, e com incapacidade de voltar a adormecer. As principais queixas incluem a dificuldade em adormecer, permanecer a dormir, acordar indesejavelmente cedo, duração do sono insuficiente e deficiente qualidade do sono.

Consequentemente, pode provocar disfunção diurna, sintomas de fadiga, mal-estar, comprometimento cognitivo, dificuldades no desempenho, alterações do humor, irritabilidade, sonolência diurna, desmotivação, energia reduzida e falta de vontade na realização das tarefas. Pode ainda provocar mal-estar físico significativo, diminuição do desempenho social, profissional, educacional, académico e comportamental (Kumar, 2008).

A insónia pode manifestar-se de diferentes maneiras e em períodos distintos. Dependendo do período em que se manifestam são classificadas como iniciais,

intermédias ou terminais. As insónias iniciais consistem na dificuldade em adormecer, as insónias intermédias caracterizam-se por despertares frequentes ou prolongados no decorrer da noite e as insónias terminais correspondem a um despertar precoce com incapacidade de voltar a adormecer (Bresser et al., 2024).

Segundo Pavlova & Latreille (2018), esta perturbação é também classificada consoante a sua duração. Caso a insónia ocorra apenas durante algumas noites designa-se transitória, quando a sua duração é até três semanas denomina-se de curta duração e caso exceda as três semanas é considerada de longa duração.

Existem inúmeros fatores de risco que podem estar na base do aparecimento das insónias. Estes fatores podem ser físicos, situacionais/sociais e psicológicos. Estudos apontam que há uma maior incidência de insónias no sexo feminino e em idades mais avançadas podendo estar associadas à maior incidência de doença, dor, uso de medicamentos e aumento da prevalência de outras perturbações do sono. Antecedentes de doença psiquiátrica ou saúde física também afetam a prevalência de insónia. Por último, o estado de vigília num horário de sono diferente do horário intrínseco do ser humano, ou seja, num horário que faça com que a hora de adormecer seja distinta do “relógio biológico interno” pode também dar origem a insónias (Bresser et al., 2024; Fatima et al., 2016).

Assim, todos fatores que provoquem stress, ansiedade e preocupação e que assumem um impacto emocional na vida do indivíduo podem ser predisponentes, precipitantes e perpetuantes de insónia (Bresser et al., 2024; Pavlova & Latreille, 2018).

De acordo com Kumar (2008), as hipersónias constituem um outro tipo de perturbação do sono caracterizada por uma sonolência excessiva e diurna que exerce uma

Impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem

influência negativa no cotidiano, sendo que os indivíduos adormecem involuntariamente mesmo quando não é apropriado fazê-lo, como no trabalho ou durante uma conversa.

As hipersónias em que a sonolência excessiva ocorre de forma quase permanente durante o dia, associada a sonos noturnos prolongados são denominadas por contínuas. Quando está associada a um fator orgânico ou psicológico é considerada como patológica. A gravidade da sonolência diurna é determinada de acordo com a frequência dos episódios, aparecimento inadequado, ausência de consciência de que está a dormir e inexistência de redução da necessidade de dormir (Kumar, 2008).

A narcolepsia é um dos tipos de hipersónia correspondendo a uma alteração neurológica caracterizada por uma sonolência diurna excessiva, breve e inapropriada. Esta pode ser de dois tipos: com Cataplexia e sem Cataplexia. No primeiro tipo, o indivíduo manifesta fraqueza muscular repentina, o decorrer deste fenómeno pode durar segundos ou alguns minutos e é muitas vezes causado por uma emoção forte. No segundo tipo, o indivíduo apresenta todos os sintomas comuns da perturbação, no entanto, ao contrário da referida anteriormente o mesmo não sofre de períodos de fraqueza muscular súbita provocada por emoções fortes, sendo considerada menos prejudicial em comparação ao primeiro tipo (Pavlova & Latreille, 2018).

Considerando que o padrão irregular de sono dos enfermeiros se mantém por longos períodos, os indivíduos que exercem esta profissão encontram-se mais suscetíveis de desenvolver patologias do sono. O trabalho por turnos tem um impacto bastante significativo no relógio biológico interno o que pode conduzir ao aparecimento de dissónias, uma vez que o estado de vigília é, nalgumas ocasiões, diferente do horário intrínseco do ser humano (Almeida et al., 2024; Books et al., 2017; Oliveira & Pereira, 2012; Palhares et al., 2014).

Impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem

Os efeitos fisiológicos causados pela privação do sono, bem como as consequências da mesma para a saúde mental e física dos indivíduos sublinham a importância de compreender os riscos associados ao trabalho por turnos na profissão de enfermagem.

Stress

O stress é uma experiência emocional negativa seguida de alterações bioquímicas, fisiológicas, cognitivas e comportamentais que são direcionadas para alterar o evento stressante ou apaziguar os seus efeitos (Gokbayrak, et al., 2021).

O stress é a consequência dos processos de avaliação do indivíduo. A avaliação primária ocorre quando o indivíduo tenta compreender o que é o evento e o que ele significa. Os eventos podem ser avaliados pelo seu dano, ameaça ou desafio. O dano é a avaliação do prejuízo que já foi feito, a ameaça é a avaliação de possíveis danos futuros e o desafio é o potencial de superação ou mesmo de lucro com o evento. As avaliações de desafio levam a expectativas mais confiantes de que alguém pode lidar com o evento stressante, reações emocionais mais favoráveis ao evento, entre outros benefícios (Taylor, 2018).

De acordo com Taylor (2018), as avaliações secundárias avaliam se os recursos pessoais são suficientes para atender às exigências do ambiente. Quando os recursos de uma pessoa são mais do que adequados para lidar com uma situação difícil, a mesma pode sentir pouco stress e experimentar uma sensação de desafio. Quando a pessoa percebe que seus recursos provavelmente serão suficientes para lidar com o evento, mas apenas com muito esforço, ela pode sentir stress moderado. Por fim, quando a pessoa percebe que os seus recursos provavelmente não serão suficientes para superar o stressor pode vivenciar muito stress.

As fontes de stress podem ser externas ou internas e os níveis de stress variam consoante a duração e a severidade do fator stressor a que o indivíduo é exposto. Quando o indivíduo está exposto a determinados estímulos stressores a sua resposta ao stress tem implicações em vários domínios, contribuindo para efeitos cognitivos, emocionais, comportamentais e fisiológicos (Gokbayrak, et al., 2021)

De acordo com Minkel et al. (2012), os efeitos cognitivos caracterizam-se pelo processo de atenção se tornar tendencialmente periférico, pela redução da velocidade de processamento de informação, bem como pelo comprometimento da função de memória de retenção e de evocação. Relativamente a efeitos emocionais destacam-se os sentimentos de ansiedade, medo e de tristeza e verificam-se dificuldades na mensuração de respostas emocionais face a estímulos stressores.

No que concerne aos efeitos fisiológicos destacam-se alterações orgânicas importantes como metabolismo da glicose, respiração, função cardiovascular, sistema imunitário, entre outros. Estas alterações ocorrem, uma vez que os estímulos stressores promovem a ativação do sistema nervoso autónomo provocando a ativação do sistema nervoso simpático (Gokbayrak, et al., 2021)

Existem algumas semelhanças entre o stress e o burnout, no entanto, diversos critérios permitem distinguir os dois conceitos. Enquanto o stress consiste num processo temporário de adaptação, o burnout advém de uma exposição prolongada ao stress profissional o qual contribui para uma falta de adaptação (Murofuse et al., 2005).

De acordo com Murofuse et al. (2005), as estratégias de coping no stress tem como objetivo diminuir os efeitos do stress enquanto no burnout o coping é disfuncional gerando um agravamento dos sintomas. O burnout engloba várias dimensões como a

Impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem

exaustão emocional gerada pela experiência subjetiva de stress e dimensões que se relacionam com a conceção do sujeito face aos outros e face a si mesmo.

Para a grande maioria das pessoas o stress relacionado com o trabalho não constitui um problema de saúde quando a sua duração é breve, contudo, perante uma exposição prolongada a determinados stressores relacionados com o exercício da profissão o stress pode tornar-se crónico, tendo implicações negativas para a saúde do indivíduo. Existem vários fatores que podem contribuir para que determinados trabalhos sejam mais stressantes do que outros como a sobrecarga de trabalho, ambiguidade de papéis, falta de controlo sobre o trabalho, responsabilidade, falta de perspetiva de progressão na carreira, trabalho por turnos, etc. (Dong et al., 2020; Gokbayrak, et al., 2021; Minkel et al., 2012).

É do nosso conhecimento que os enfermeiros, por vezes, são sobrecarregados com trabalho e necessitam de trabalhar um maior número de horas. Face ao exposto, agravado pelo trabalho por turnos e pela grande responsabilidade no tratamento dos pacientes, estes indivíduos são mais suscetíveis a vivenciar momentos de stress no contexto de trabalho. Consequentemente, a sua vulnerabilidade a perturbações do sono, bem como a problemas de saúde mental, como a ansiedade e a depressão é mais elevada (Flo et al., 2012; Pinto et al., 2020; Viana et al., 2019).

Ansiedade e depressão

A ansiedade é um estado emocional inerente à psique humana com o qual as pessoas se defrontam diariamente. Os termos stress e ansiedade são muitas vezes confundidos. Um fator de stress é uma pressão externa exercida sobre o indivíduo, por sua vez, a ansiedade é a resposta subjetiva a esse fator de stress (Oliveira & Pereira, 2012).

Segundo Oliveira & Pereira (2012), quando o indivíduo está perante uma situação de ameaça é natural que evidencie ansiedade. Por outro lado, a ansiedade é considerada patológica quando perante um determinado estímulo, a resposta emocional desencadeada é desadequada e desproporcional ao mesmo.

Quando considerada patológica a ansiedade caracteriza-se por um conjunto de reações desajustadas a um estímulo, podendo conduzir a alterações ao nível do funcionamento normal do indivíduo, na autoestima, na interação com os outros, na aquisição de conhecimentos, na memória e na predisposição para uma maior vulnerabilidade (Thun et al., 2014).

A depressão é um estado patológico de sofrimento psíquico consciente e de culpa, acompanhado por uma marcada redução dos valores pessoais e uma diminuição da atividade psicomotora e orgânica. Esta patologia é comum em todo o mundo e inclui-se numa das principais causas de doença incapacitante, uma vez que afeta o indivíduo nas vertentes biológica, social e psicológica, impedindo-o de ter uma vida normal (Oliveira & Pereira, 2012).

O quadro clínico da depressão é constituído por uma tristeza persistente, falta de interesse nas atividades diárias e perda de apetite, provocando uma variedade de problemas emocionais e físicos com consequências no funcionamento global do indivíduo, como baixo nível de concentração, sensação de cansaço e perturbações do sono (Pinto et al., 2020).

A sintomatologia pode classificar-se entre leve e grave, incluindo sintomas de alterações nas mudanças nos hábitos alimentares (perda ou ganho de peso), dificuldade em dormir ou dormir em excesso, perda de energia e de motivação, aumento da fadiga, dificuldades na concentração, em pensar e em tomar decisões, alterações na memória, a

Impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem

que crescem os sentimentos de culpa, de inutilidade, de desespero e de suicídio. Por último, a depressão pode também apresentar sintomas de ansiedade (Thun et al., 2014).

Tanto a ansiedade como a depressão podem contribuir para uma menor qualidade do sono, uma vez que afetam o tempo de sono e, consequentemente, podem dar origem a perturbações do sono. Por sua vez, as perturbações do sono, acentuadas pelo trabalho por turnos têm um impacto bastante significativo no bem-estar dos indivíduos causando défices de desempenho no exercício da sua profissão (Eskandari et al., 2016; Thun et al., 2014).

Diversos estudos relacionaram a ansiedade e a depressão com o trabalho por turnos. Indivíduos que trabalham por turnos têm mais probabilidade de ter burnout do que indivíduos que não trabalham por turnos. Os indivíduos que trabalham por turnos estão mais suscetíveis a desenvolver sintomas de ansiedade e stress, sendo que as mulheres demonstram um risco mais elevado do que os homens (Bara & Arber, 2009; Dong et al., 2020; Shen et al., 2006; Yuan et al., 2011).

Estudos demonstraram também que a ansiedade pode estar associada ao exercício dos profissionais de saúde, existindo uma relação com os níveis de stress e depressão e com perturbações do sono (Thun et al., 2014).

Impacto do trabalho por turnos

O conceito de trabalho por turnos diz respeito ao modo de organização diária do horário de trabalho no qual diferentes equipas trabalham em sucessão, de forma a estenderem os horários de trabalho, incluindo o prolongamento até às 24h diárias (Neto, 2020).

O trabalho por turnos é responsável pelo maior risco de desenvolver problemas de saúde, principalmente no que diz respeito a problemas de saúde mental. Grande parte dos problemas experienciados pelos indivíduos que trabalham por turnos deriva da inversão do ciclo sono-vigília e à desarmonia entre a organização do tempo social e os horários de trabalho (Dong et al., 2020; Pinto et al., 2020).

O trabalho por turnos pode interferir diretamente no ciclo vigília/sono, nos sistemas orgânicos e nos hábitos e horários para convivência com familiares e amigos que podem conduzir a prejuízos para a saúde e qualidade de vida. Estes prejuízos caracterizam-se por alterações gastrointestinais, envelhecimento precoce, maior suscetibilidade a agentes lesivos e pelo agravamento de doenças (Lin et al., 2014; Palhares et al., 2014; Viana et al., 2019).

O trabalho noturno pode não permitir a reposição adequada das horas de sono perdidas, sendo que o sono é fundamental para o relaxamento do corpo e para a restauração física. O trabalho noturno é considerado preditor de alterações endócrinas e metabólicas como o aumento do índice de massa corporal, aumento do risco de cancro e má qualidade e modificações na duração do sono (Almeida et al., 2024; Books et al., 2017; Cattani et al., 2021)

A programação do trabalho por turnos interrompe a regulação básica do sono. Estudos têm demonstrado problemas com sonolência excessiva e de início do sono durante os turnos noturnos, despertares prematuros do sono diurno seguinte e descanso inadequado nos turnos da madrugada (Flo et al., 2013).

A má qualidade de sono afeta o desempenho das funções cognitivas, como a memória, aprendizagem, raciocínio, processamento verbal tomada de decisão, etc. O sono

Impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem

desempenha um papel reparador fornecendo a base para o bem-estar físico e psicológico (Palhares et al., 2014).

Segundo Eskandari et al. (2016), o trabalho por turnos reduz o desempenho, altera os hábitos alimentares, aumenta a fadiga e insônia, cria problemas de saúde e na vida social e pessoal do indivíduo. A curto prazo o padrão de sono, o ritmo circadiano, o desempenho e a imunidade são afetados, enquanto a longo prazo os problemas digestivos e as doenças cardíacas são notórias.

O trabalho por turnos, além dos efeitos fisiológicos, tem também efeitos secundários mentais e psicológicos, sendo exemplo perturbações do sono, aumento do consumo de bebidas alcoólicas, diminuição da concentração, aumento de sintomas depressivos, aumento de sintomas de ansiedade e alterações na vida social (Eskandari et al., 2016; Thun et al., 2014).

É do nosso conhecimento que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na prestação de serviços de saúde e na satisfação das necessidades dos doentes. A enfermagem requer atenção e envolve, frequentemente, atividades com elevado nível de dificuldade e responsabilidade (Deng et al., 2020; Lin et al., 2014; Palhares et al., 2014).

Os turnos longos de trabalho tornam os enfermeiros vulneráveis a diversos problemas de saúde e, conseqüentemente, enfermeiros com problemas de saúde são menos capazes de prestar serviços de elevada qualidade. Assim, a saúde do enfermeiro afeta a qualidade dos serviços prestados, a suscetibilidade a erros, bem como o desempenho e eficácia do mesmo (Dumont et al., 1997; Eskandari et al., 2016; Flo et al., 2012; Lin et al., 2014).

Como referido anteriormente, os distúrbios do sono causam alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social e, consequentemente, diminui a qualidade de vida dos indivíduos. Em relação à vida social, a organização de atividades informais é mais difícil, dado que o horário de trabalho não corresponde ao habitual, exigindo assim um maior esforço para estar com os amigos ou com a família. A longo prazo, pode levar à ausência de atividades sociais, contribuindo também para a diminuição da qualidade de vida (Cattani et al., 2021).

De acordo com Dong et al. (2020) e Lin et al. (2014), a qualidade de vida pode ser definida como a percepção que o indivíduo tem relativamente à sua posição na vida, dentro do contexto da cultura e valores nos quais está inserido e relativamente aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, ou seja, pode ser definida como a satisfação do indivíduo no que diz respeito à sua vida quotidiana.

Segundo Deng et al. (2020), ao nível psíquico, os profissionais de saúde que trabalham por turnos apresentam mais alterações psicológicas e mentais relativamente aos que não trabalham por turnos, como irritabilidade, somatização, perturbação obsessiva-compulsiva, ansiedade, alterações de humor, etc.

Em suma, os efeitos do trabalho por turnos na qualidade do sono têm uma relação bidirecional com os níveis de ansiedade, depressão e stress. A privação de sono aumenta a probabilidade de se desenvolverem sintomas de ansiedade e depressão, no entanto, a ansiedade e a depressão têm uma repercussão negativa na qualidade do sono, o que pode dar origem a um ciclo vicioso difícil de quebrar. O stress prolongado pode desregular os níveis hormonais afetando o equilíbrio emocional e ampliando a ansiedade e a depressão. Por fim, uma má qualidade de sono propicia menos energia e disposição, sendo que afeta o estado emocional e a capacidade dos indivíduos de lidarem com situações negativas

Impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem

tanto no contexto de trabalho como na vida pessoal o que aumenta os níveis de stress (Cattani et al., 2021; Dumont et al., 1997; Flo et al., 2013; Thun et al. 2014).

Objetivos

Este estudo de delineamento descritivo-correlacional e transversal, tem como principal objetivo analisar a relação existente entre o trabalho por turnos na profissão de enfermagem e (a) os níveis de ansiedade, depressão e stress; e (b) a qualidade do sono.

Para atingir este objetivo, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar a qualidade do sono dos enfermeiros e os níveis de ansiedade, depressão e stress em profissionais de enfermagem que trabalham por turnos.
2. Analisar a associação entre variáveis sociodemográficas (como sexo, idade, tempo de profissão e horário de trabalho) e os níveis de ansiedade, depressão e stress e qualidade do sono.
3. Explorar a relação entre os níveis de saúde psicológica (ansiedade, depressão, stress) e a qualidade do sono.

Método

Participantes

A população-alvo do presente estudo corresponde aos enfermeiros que exercem a sua profissão em Portugal. Uma vez que na prática não é possível abranger todos os sujeitos da população teórica recorreu-se a um número mais reduzido de elementos.

Considerando a natureza correlacional da presente investigação e com base em investigações anteriores, a amostra do estudo foi selecionada de forma não probabilística, por conveniência, tendo em conta que é necessário que os participantes pertençam à classe profissional de enfermagem e que estejam a prestar funções em regime de turnos sendo estes os critérios de inclusão.

A amostra foi constituída por 71 participantes, com idades compreendidas entre os 22 e os 56 anos ($M = 33.00$; $DP = 7.00$). Na Tabela 1, observa-se a caracterização da amostra por sexo, estado civil e número de filhos,.

Tabela 1

Distribuição da amostra por sexo, estado civil e número de filhos

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	46	64.8
Masculino	25	35.2
Estado civil		
Solteiro	38	53.5
Casado	27	38.0
União de facto	4	5.6
Divorciado	2	2.8
Número de filhos		
0	32	45.1
1	24	33.8
2	11	15.5
3 ou mais	4	5.6

$N = 71$

Quanto às variáveis relacionadas com o exercício da profissão, é possível observar, na Tabela 2, a diferença entre o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício em turnos, uma vez que nem todos os enfermeiros trabalharam por turnos durante todo o seu percurso profissional.

No que concerne à carga horária é possível aferir que 71.8% dos indivíduos trabalhava entre 35 e 44 horas por semana, sendo que os enfermeiros que fazem parte da amostra apresentavam uma carga horária semanal no mínimo de 35 horas e no máximo de 60 horas.

Tabela 2

Distribuição da amostra por tempo de profissão, tempo de exercício em turnos e carga horária

Variável	N	%
Tempo de profissão (anos)		
1-5	32	45.1
6-10	26	36.6
11-15	6	8.5
16-20	3	4.2
>20	4	5.6
Tempo de exercício em turnos (anos)		
0-4	28	39.4
5-9	25	35.2
10-14	13	18.3
>14	5	7.0
Carga horária (horas)		
35-44	51	71.8
45-54	11	15.5
>54	9	12.7

N = 71

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Profissional

Este questionário contém 7 perguntas para recolher dados sobre os participantes, nomeadamente a sua idade, sexo, estado civil, número de filhos e informações sobre o exercício da profissão de enfermagem (Anexo B).

Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP)

O *Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh* (IQSP) (Buysse et al., 1989) é um instrumento validado para a população portuguesa (Ramalho, 2008) de autopreenchimento constituído por 19 questões, cotadas de 0 a 3, sendo 0 a melhor cotação e 3 a pior.

As questões do IQSP distribuem-se por 7 componentes: qualidade subjetiva do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, perturbações do sono, utilização de medicamentos para dormir e sonolência diurna. Cada componente é medida através de uma escala tipo Lickert de quatro pontos: 0- “Muito bom”; 1- “Bom”; 2- “Mau”; 3- “Muito mau”.

Os resultados da componente 1 (qualidade subjetiva do sono) correspondem às pontuações obtidas na questão 9. Para calcular a componente 2 (latência do sono) procede-se à soma das pontuações obtidas nas questões 2 e 5a e em seguida atribui-se uma determinada pontuação consoante a soma das pontuações: score 0 – 0 pontos; score 1-2 – 1 ponto; score 3-4 – 2 pontos; score 5-6 – 3 pontos.

A componente 3 (duração do sono) é medida pelos resultados da questão 4, pelo que se o indivíduo referir que dorme mais de 7 horas é atribuído um score 0; 6-7 horas – score 1; 5-6 horas – score 2; menos de 5 horas – score 3. A componente 4 (eficiência habitual do sono) é calculada através da seguinte fórmula:

$$[(\text{Horas de acordar} - \text{Horas de deitar}) / \text{Horas de sono por noite}] \times 100$$

Posteriormente atribui-se uma pontuação mediante a percentagem obtida: >85% - 0 pontos; 75-85% - 1 ponto; 65-74% - 2 pontos; <65% - 3 pontos.

No que diz respeito à componente 5 (distúrbios do sono) é necessário somar as pontuações das questões 5b a 5j, respondidas numa escala tipo Lickert (0 – “Nenhuma vez” a 3 – “Três vezes por semana ou mais”). Relativamente à soma das pontuações obtidas atribui-se a seguinte pontuação: score 0 – 0 pontos; scores 1-9 – 1 ponto; scores 10-18 – 2 pontos; scores 19-27 – 3 pontos.

A pontuação da componente 6 (uso de medicação para dormir) corresponde à pontuação obtida na questão 6, para a qual é utilizada uma escala tipo Lickert igual à escala utilizada na questão 5. A componente 7 (sonolência diurna) corresponde à soma das pontuações obtidas nas questões 7 e 8, para as quais também é utilizada uma escala tipo Lickert.

O resultado global é a soma das pontuações das 7 componentes que pode variar entre 0 e 21. Quanto maior a pontuação global, menor a qualidade de sono do indivíduo. Assim, designa-se “má qualidade do sono” quando a pontuação é superior a 5, o que corresponde a grandes dificuldades em dormir (Anexo C).

No que diz respeito às propriedades psicométricas, a versão portuguesa deste instrumento obteve uma consistência interna moderada, uma vez que na versão de Ramalho o alpha de Cronbach foi de 0.66. O alpha de Cronbach referente ao IQSP também foi avaliado no presente estudo tendo sido de 0.79, valor que remete para uma consistência interna elevada.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)

A *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)* (Lovibond & Lovibond, 1995) é um instrumento validado para a população portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2004) que avalia 3 dimensões, a ansiedade, a depressão e o stress. É constituída por 21 itens (7 itens para cada dimensão), que devem ser respondidos numa escala tipo Likert de 4 pontos (0 – “Não se aplicou nada a mim” a 3 – “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). Para cada subescala a pontuação pode variar entre 0 e 21, em que níveis mais elevados indicam estados afetivos mais negativos (Anexo D).

A dimensão da depressão é avaliada pelos itens 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21 que remetem para a anedonia, a inércia, o desânimo, a disforia, a falta de interesse, a auto-depreciação e a desvalorização da vida, respetivamente. A dimensão da ansiedade é avaliada pelos itens 2,4 e 19 que se referem à excitação do sistema autónomo; pelos itens 15 e 20 que se referem a experiências subjetivas de ansiedade; pelos itens 7 e 9 que se referem, respetivamente, aos efeitos músculo esqueléticos e à ansiedade situacional. A dimensão do stress é avaliada pelos itens 1 e 12, que estão relacionados com a dificuldade em relaxar; pelos itens 6 e 11 que estão relacionados com a reação exagerada; pelos itens 8, 14 e 18 que estão relacionados com a excitação nervosa, a impaciência e a facilidade em estar agitado, respetivamente.

No que diz respeito às propriedades psicométricas deste instrumento, os autores da versão portuguesa obtiveram um alpha de Cronbach de 0.74 para a escala de Ansiedade, 0.85 para a escala de Depressão e 0.81 para a escala de Stress. No presente estudo obteve-se um alpha de Cronbach de 0.86 para a escala de Ansiedade, 0.80 para a escala de Depressão e 0.88 para a escala de Stress.

Procedimento

O presente estudo seguiu as orientações do código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, sendo que a recolha de dados foi iniciada após o projeto ser aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Lusíada.

Todos os participantes forneceram o seu consentimento informado, depois de esclarecidos sobre os objetivos do estudo e o tratamento das informações prestadas (Anexo A).

As instruções para o preenchimento dos questionários foram apresentadas de forma clara e precisa. Os dados foram recolhidos em formato online, através da plataforma Google Forms, garantindo o anonimato e a confidencialidade.

Desta forma, os questionários integrados no estudo foram, inicialmente, um questionário sociodemográfico (Anexo B), em seguida, o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP) (Anexo C), e por último, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) (Anexo D).

Plano de análise

Para atingir os objetivos do presente estudo, o tratamento dos dados recolhidos foi realizado com recurso à versão 29.0.1.0 do programa informático IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Considerando que o delineamento do presente estudo é descritivo-correlacional e transversal procedeu-se à descrição e caracterização da amostra em estudo através de uma análise descritiva dos dados em função das variáveis em estudo e foram realizadas análises inferenciais.

De maneira a iniciar-se a análise estatística, verificou-se se as variáveis seguiam ou não uma distribuição normal com o propósito de determinar quais os testes mais

adequados às características dos dados. Consoante o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov (Tabela 3), bem como os níveis de significância apresentados ($p < .05$) foi observado que nenhuma das variáveis segue uma distribuição normal. Assim, concluiu-se que os testes mais adequados seriam os testes não paramétricos.

Tabela 3

Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov

Variável	<i>D</i>	<i>Gl</i>	<i>Sig.</i>
Idade	.14	71	.002
Sexo	.42	71	<.001
Estado civil	.32	71	<.001
Nº de filhos	.27	71	<.001
Tempo de profissão	.28	71	<.001
Tempo de trabalho por turnos	.24	71	<.001
Carga horária	.44	71	<.001
IQSP total	.26	71	<.001
C1 - Qualidade subjetiva do sono	.31	71	<.001
C2 – Latência do sono	.27	71	<.001
C3 – Duração do sono	.36	71	<.001
C4 – Eficiência habitual do sono	.52	71	<.001
C5 – Distúrbios do sono	.44	71	<.001
C6 – Uso de medicação para dormir	.51	71	<.001
C7 – Sonolência diurna	.26	71	<.001
Ansiedade	.33	71	<.001
Depressão	.21	71	<.001
Stress	.17	71	<.001

Uma vez que os dados não atenderam aos pressupostos da normalidade, recorreu-se aos testes não-paramétricos, tendo-se iniciado com a aplicação das correlações de

Impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem

Spearman com a finalidade de analisar a relação entre as características sociodemográficas (variáveis independentes) e as componentes da qualidade do sono do IQSP (variáveis dependentes), entre as características sociodemográficas e as subescalas da EADS (variável dependente), bem como entre as dimensões da qualidade do sono (IQSP) e as subescalas da EADS.

Para realizar a análise inferencial dos dados recolhidos e com o intuito de avaliar o efeito das variáveis preditoras nas variáveis dependentes e investigar quais são as variáveis preditoras que explicam melhor as variáveis dependentes realizaram-se vários modelos de regressão linear múltipla:

1. Efeito das variáveis preditoras no IQSP;
2. Efeito das variáveis preditoras na subescala Ansiedade;
3. Efeito das variáveis preditoras na subescala Depressão;
4. Efeito das variáveis preditoras na subescala Stress.

Por fim, de maneira a verificar se existem diferenças entre o sexo feminino e o sexo masculino no Índice de Qualidade do Sono e nos níveis de Ansiedade, Depressão e Stress aplicou-se o teste não paramétrico U de Mann-Whitney para amostras independentes

Resultados

Caracterização da qualidade de sono

Em relação ao Índice de Qualidade de Sono dos enfermeiros, através da Tabela 4 é possível observar que a maioria dos profissionais apresenta uma boa qualidade de sono. A mediana no IQSP foi 5.00 ($AIQ = 2.00$), com valores que variaram entre 2 e 13.

Tabela 4

Distribuição da qualidade do sono dos enfermeiros segundo o IQSP

Qualidade de sono	N	%
Boa qualidade de sono (≤ 5)	46	64.8
Má qualidade de sono (> 5)	25	35.2

N = 71

A distribuição da qualidade do sono dos enfermeiros segundo as sete componentes do IQSP é apresentada na Tabela 5. A maioria dos participantes classificou a sua qualidade subjetiva do sono (C1) como “boa”. Em relação à latência do sono (C2), grande parte dos participantes demora entre 16 a 30 minutos a adormecer. Quanto à duração do sono (C3), a maioria dos participantes indicou dormir entre 6 a 7 horas por noite. Na componente de eficiência habitual do sono (C4), a maioria dos participantes reportou uma eficiência superior a 85%. Relativamente aos distúrbios do sono (C5), a maioria dos participantes referiu experienciá-los menos de uma vez por semana. No que se refere ao consumo de medicamentos (C6), a maioria dos participantes indicou não recorrer a medicamentos. Finalmente, na componente da sonolência diurna (C7), a maior parte dos participantes obteve a pontuação de 1, indicando sonolência “menos de uma vez por semana”.

Tabela 5

Distribuição da qualidade do sono dos enfermeiros segundo as componentes do IQSP

Componente	N	%
C1 Qualidade subjetiva do sono		
0	1	1.4
1	33	46.5
2	35	49.3
3	2	2.8
C2 Latência do sono		
0	17	23.9
1	34	47.9
2	16	22.5
3	4	5.6
C3 Duração do sono		
0	19	26.8
1	46	64.8
2	6	8.5
3	0	0
C4 Eficiência habitual do sono		
0	64	90.1
1	4	5.6
2	2	2.8
3	1	1.4
C5 Distúrbios do sono		
0	4	5.6
1	59	83.1
2	8	11.3
3	0	0
C6 Uso de medicação para dormir		
0	62	87.3
1	6	8.5
2	3	4.2
3	0	0
C7 Sonolência diurna		
0	29	40.8
1	34	47.9
2	8	11.3
3	0	0

N = 71

Caracterização dos Níveis de Ansiedade, Depressão e Stress

As Tabelas 6, 7 e 8 mostram as pontuações dos enfermeiros nas três dimensões da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS).

A Tabela 6 mostra que na subescala ansiedade 98.6% dos participantes obtiveram uma pontuação igual ou inferior a 10. Assim, é possível concluir que a maioria dos enfermeiros não revela sinais significativos de ansiedade. A mediana nesta subescala foi 0.00 ($IQR = 2.00$) com valores que variaram entre 0 e 13.

Tabela 6

Distribuição dos enfermeiros pela subescala Ansiedade

	N	%
“Não se aplicou nada a mim” (0-5)	63	88.7
“Aplicou-se a mim algumas vezes” (6-10)	7	9.9
“Aplicou-se a mim muitas vezes” (11-15)	1	1.4
“Aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (16-21)	0	0

$N = 71$

A Tabela 7 permite observar que a maioria dos indivíduos (94.3%) obteve uma pontuação igual ou inferior a 10. Deste modo, é possível concluir que a maioria dos enfermeiros não revela sinais significativos de depressão. A mediana nesta subescala foi 4.00 ($IQR = 3.00$) com valores que variaram entre 0 e 16.

Tabela 7

Distribuição dos enfermeiros pela subescala Depressão

	N	%
“Não se aplicou nada a mim” (0-5)	51	71.8
“Aplicou-se a mim algumas vezes” (6-10)	16	22.5
“Aplicou-se a mim muitas vezes” (11-15)	2	2.8
“Aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (16-21)	2	2.8

$N = 71$

Através da Tabela 8 podemos observar que 83.1% dos indivíduos obteve uma pontuação igual ou inferior a 10. No entanto, ao contrário das subescalas referidas anteriormente, na subescala stress 16.9% dos indivíduos incluiu-se na categoria “aplicou-se a mim muitas vezes” e na categoria “aplicou-se a mim a maior parte das vezes” o que

Impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem

nos permite deduzir que uma parte dos enfermeiros apresenta sinais notáveis de stress contrariamente à ansiedade e à depressão. A mediana nesta subescala foi 5.00 ($IQR = 5.00$) com valores que variaram entre 0 e 20.

Tabela 8

Distribuição dos enfermeiros pela subescala Stress

	N	%
“Não se aplicou nada a mim” (0-5)	37	52.1
“Aplicou-se a mim algumas vezes” (6-10)	22	31.0
“Aplicou-se a mim muitas vezes” (11-15)	9	12.7
“Aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (16-21)	3	4.2

$N = 71$

Associações entre as Variáveis Sociodemográficas e as Variáveis de Saúde Mental e

Qualidade do Sono

Associação do IQSP às Variáveis Sociodemográficas

Na Tabela 9 apresentam-se os coeficientes de correlação de Spearman entre as componentes do IQSP e as variáveis sociodemográficas.

É possível verificar que a componente da qualidade subjetiva do sono apresenta uma correlação negativa estatisticamente significativa ($p < .01$) com as variáveis número de filhos ($r_s = -.31$) e tempo de trabalho por turnos ($r_s = -.40$), ou seja, existe uma tendência para que a qualidade subjetiva do sono diminua à medida que aumenta o número de filhos e o tempo de trabalho por turnos.

A componente de distúrbios do sono apresenta uma correlação positiva estatisticamente significativa ($p < .05$) com as variáveis tempo de profissão ($r_s = .28$) e tempo de trabalho por turnos ($r_s = .24$) demonstrando que à medida que o tempo de

profissão e o tempo de trabalho por turnos aumentam existe uma tendência para os distúrbios do sono aumentarem também.

A componente da sonolência diurna apresenta uma correlação positiva estatisticamente significativa ($p < .01$) com as variáveis número de filhos ($r_s = .34$), tempo de profissão ($r_s = .33$) e tempo de trabalho por turnos ($r_s = .40$). Estas correlações sugerem que um maior número de filhos está associado a uma maior sonolência diurna e que conforme o tempo de profissão aumenta, bem como aumenta o tempo de trabalho por turnos, existe uma tendência para a sonolência diurna aumentar.

Tabela 9

Correlações entre as componentes do IQSP e as variáveis sociodemográficas

	Idade	Nº de filhos	Tempo profissão	Tempo de trabalho por turnos	Carga horária
C1 – Qualidade subjetiva do sono	-.13	-.31**	-.19	-.40**	-.07
C2 – Latência do sono	-.01	.12	.04	.08	.04
C3 – Duração do sono	-.09	-.01	-.03	.06	.02
C4 – Eficiência habitual do sono	-.04	-.13	.07	.09	-.09
C5 – Distúrbios do sono	.20	.20	.28*	.24*	.04
C6 – Uso de medicação	.10	.20	.18	.18	-.07
C7 – Sonolência diurna	.22	.34**	.33**	.40**	.02

* $p < .05$

** $p < .01$

Para avaliar o efeito das variáveis sociodemográficas como a idade, sexo, número de filhos, tempo de profissão, tempo de trabalho por turnos e carga horária na variável Índice de Qualidade de Sono recorreu-se à regressão linear múltipla.

Na Tabela 10 podemos observar que o modelo se revelou válido ($Z = 2.18$; $p < .05$), sendo que as variáveis sociodemográficas mencionadas explicam 10.4% da variância do Índice de Qualidade de Sono ($R^2 = .18$; $R^2 \text{ ajust.} = .10$).

Verifica-se que existem três variáveis que têm um efeito estatisticamente significativo no Índice de Qualidade de sono. A variável idade apresenta um efeito negativo ($\beta = -.48$; $t = -2.02$; $p < .05$), bem como a variável sexo ($\beta = -.25$; $t = -2.20$; $p < .05$). Por último, a variável tempo de profissão apresenta um efeito positivo ($\beta = .58$; $t = 2.31$; $p < .05$).

Os efeitos significativos indicam que pertencer ao sexo feminino, ter menor idade e exercer a profissão de enfermagem há mais tempo tende a gerar um Índice de Qualidade de Sono maior, ou seja, pior qualidade de sono. Nas restantes variáveis sociodemográficas não foram apurados efeitos significativos no Índice de Qualidade de sono ($p > .05$).

Tabela 10

Regressão linear múltipla entre o IQSP e as variáveis sociodemográficas

		Z	P
		2.18	.041
Variável	Coefficiente β	T	P
Idade	-.48	-2.02	.047
Sexo	-.25	-2.20	.032
Nº de filhos	.06	.38	.708
Tempo de profissão	.58	2.31	.024
Tempo de trabalho por turnos	.02	.13	.894
Carga horária	-.05	-.44	.658

Variável dependente: IQSP

Associação da EADS às Variáveis Sociodemográficas

Na Tabela 11 é possível observar os coeficientes de correlação de Spearman entre as subescalas Ansiedade, Depressão e Stress e as variáveis sociodemográficas.

A subescala Ansiedade apresenta uma correlação positiva estatisticamente significativa ($p < .05$) com a variável tempo de trabalho por turnos ($r_s = .23$) o que sugere que o nível de ansiedade aumenta com o aumento do tempo de trabalho por turnos.

Tabela 11

Correlações entre a EADS e as variáveis sociodemográficas

	Idade	Nº de filhos	Tempo profissão	Tempo de trabalho por turnos	Carga horária
Ansiedade	.08	.13	.18	.23*	.22
Depressão	.06	.15	.16	.17	.13
Stress	.01	.16	.09	.21	.10

* $p < .05$

Para avaliar o efeito das variáveis sociodemográficas como a idade, sexo, número de filhos, tempo de profissão, tempo de trabalho por turnos e carga horária nas subescalas Ansiedade, Depressão e Stress utilizou-se a regressão linear múltipla.

Na Tabela 12 podemos observar que as variáveis sociodemográficas mencionadas não preveem a variável subescala Ansiedade de forma significativa, ou seja, o modelo não se revelou válido ($Z = 137$; $p > .05$). As variáveis independentes explicam apenas 3.1% da variância da subescala Ansiedade ($R^2 = .11$; R^2 ajust. = .03).

Tabela 12

Regressão linear múltipla entre a subescala Ansiedade e as variáveis sociodemográficas

		Z	p
		1.37	.240
Variável	Coefficiente β	t	p
Idade	-.47	-1.89	.063
Sexo	-.10	-.84	.407
Nº de filhos	.10	.66	.510
Tempo de profissão	.43	1.64	.106
Tempo de trabalho por turnos	.12	.73	.471
Carga horária	.13	1.05	.299

Variável dependente: Subescala Ansiedade

Na Tabela 13 podemos observar que as variáveis sociodemográficas mencionadas não preveem a variável subescala Depressão de forma significativa ($Z = 1.19$; $p > .05$). As variáveis independentes explicam apenas 1.6% da variância da subescala Depressão ($R^2 = .10$; $R^2_{ajust.} = .02$).

Tabela 13

Regressão linear múltipla entre a subescala Depressão e as variáveis sociodemográficas

		<i>Z</i>	<i>p</i>
		1.19	.324
Variável	Coeficiente β	<i>t</i>	<i>p</i>
Idade	-.43	-1.74	.087
Sexo	-.12	-.95	.348
Nº de filhos	.06	.41	.687
Tempo de profissão	.42	1.59	.117
Tempo de trabalho por turnos	.10	.57	.573
Carga horária	.13	1.07	.287

Variável dependente: Subescala Depressão

Na Tabela 14 podemos observar que o modelo se revelou válido ($Z = 2.78$; $p < .05$), sendo que as variáveis sociodemográficas mencionadas explicam 13.2% da variância da subescala Stress ($R^2 = .21$; $R^2_{ajust.} = .13$).

Verifica-se que existem três variáveis que têm um efeito estatisticamente significativo na subescala Stress. A variável idade apresenta um efeito negativo ($\beta = -.64$; $t = -2.77$; $p < .01$), bem como a variável sexo ($\beta = -.23$; $t = -2.02$; $p < .05$). Por fim, o tempo de profissão ($\beta = .49$; $t = 2.00$; $p = .05$) apresenta um efeito positivo.

Os efeitos significativos indicam que ter menos idade, pertencer ao sexo feminino e exercer a profissão há mais tempo tende a gerar um nível mais elevado de stress. Nas restantes variáveis sociodemográficas não foram apurados efeitos significativos na subescala Stress ($p > .05$).

Tabela 14

Regressão linear múltipla entre a subescala Stress e as variáveis sociodemográficas

		Z	p
		2.78	.018
Variável	Coefficiente β	t	p
Idade	-.64	-2.77	.007
Sexo	-.23	-2.02	.048
Nº de filhos	.06	.41	.680
Tempo de profissão	.49	2.00	.050
Tempo de trabalho por turnos	.22	1.38	.172
Carga horária	.05	.45	.651

Variável dependente: Subescala Stress

Associação do IQSP com as subescalas da EADS

A Tabela 15 inclui os coeficientes de correlação de Spearman entre o IQSP e cada uma das subescalas da EADS.

Os resultados obtidos demonstram correlações positivas estatisticamente significativas ($p < .01$) entre o IQSP e cada subescala da EADS, bem como entre as três subescalas da EADS.

Dado que as correlações do IQSP com cada subescala da EADS, bem como as correlações entre as próprias subescalas, são positivas e estatisticamente significativas, observa-se uma tendência para que todas as variáveis dependentes amplifiquem à medida que uma delas aumenta.

Em suma, níveis de ansiedade, depressão e stress maiores estão associados a um índice de qualidade de sono maior, isto é, pior qualidade de sono e o mesmo acontece de forma inversa.

Tabela 15

Correlações entre o IQSP e as subescalas da EADS

	1	2	3	4
1. IQSP	—			
2. Subescala Ansiedade	.46**	—		
3. Subescala Depressão	.37**	.44**	—	
4. Subescala Stress	.51**	.69**	.63**	—

** $p < .01$

Diferenças entre o grupo do sexo feminino e o grupo do sexo masculino

Na Tabela 16 podemos observar as diferenças nas variáveis dependentes entre o grupo do sexo feminino e o grupo do sexo masculino, bem como a mediana e o intervalo interquartil de cada grupo em todas as variáveis dependentes.

Tabela 16

Distribuição do sexo feminino e do sexo masculino nas variáveis dependentes

Variável	Feminino			Masculino		
	N	MD	IQR	N	MD	IQR
IQSP	46	5.0	2.3	25	5.0	1.0
Ansiedade	46	0.0	3.0	25	0.0	0.5
Depressão	46	5.0	2.3	25	3.0	2.5
Stress	46	6.5	5.0	25	3.0	5.5

As variáveis dependentes incluem o IQSP e as subescalas da EADS

Ao comparar o Índice de Qualidade de Sono podemos concluir, a partir do teste *U* de Mann-Whitney, que existiu uma diferença estatisticamente significativa ($U = 367.0$; $p = .01$), onde as mulheres apresentam um índice de qualidade de sono mais elevado do que os homens, ou seja, as mulheres apresentam uma qualidade de sono pior do que os homens (Tabela 16).

Impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem

Ao comparar os dois grupos nas subescalas da EADS observamos diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Depressão ($U = 365.0$; $p = .01$) e Stress ($U = 290.5$; $p < .001$). Relativamente à subescala Depressão, as mulheres apresentam níveis mais elevados do que os homens. No que diz respeito à subescala Stress, as mulheres também apresentam níveis mais elevados do que os homens.

Discussão

Considerando os resultados obtidos, verificou-se que uma parte dos participantes revelou uma qualidade de sono má, mas que a maioria tem uma boa qualidade de sono, o que não está de acordo com o que a literatura evidencia, sendo que era esperado que o trabalho por turnos provocasse um declínio da qualidade de sono (Almeida et al., 2024; Dumont et al., 1997; Silva, 2019). As diferenças encontradas podem dever-se à utilização de metodologias diferentes que permitem uma avaliação mais detalhada, dado que nas investigações anteriores foram utilizados instrumentos mais extensos do que IQSP.

Através da análise dos dados da EADS observou-se que os participantes obtiveram pontuações mais elevadas na subescala stress do que nas subescalas ansiedade e depressão o que revela níveis mais elevados de stress do que os encontrados nas restantes subescalas. A sobrecarga de trabalho, a responsabilidade no tratamento dos pacientes e o trabalho por turnos são fatores de risco existentes na profissão de enfermagem que podem contribuir para o aumento do stress (Gokbayrak, et al., 2021; Minkel et al., 2012, Pinto et al., 2020; Viana et al., 2019).

Verificou-se uma relação entre a variável tempo de trabalho por turnos e a componente qualidade subjetiva do sono o que indica que existe uma tendência para a qualidade subjetiva do sono diminuir à medida que aumenta o tempo de trabalho por turnos. Esta relação está em conformidade com o estudo de Flo et al. (2013) que demonstra a associação entre diversas variáveis sociodemográficas, nomeadamente o tempo de trabalho por turnos e a qualidade do sono na profissão de enfermagem. O estudo de Palhares et al. (2014) evidencia as consequências a longo prazo do trabalho por turnos, nomeadamente a diminuição da qualidade de sono, uma vez que o trabalho por turnos gera padrões irregulares de sono.

Verificou-se também uma relação entre a variável número de filhos e a componente qualidade subjetiva do sono o que indica que o aumento do número de filhos pode gerar uma diminuição da qualidade subjetiva do sono. Na literatura não existem evidências suficientes que relacionem o número de filhos com a qualidade subjetiva do sono, no entanto, a literatura evidencia que a qualidade de sono dos pais não recupera totalmente aos níveis anteriores ao nascimento até 6 anos após os filhos nascerem (Richter et al., 2019).

Constatou-se uma relação entre as variáveis tempo de profissão e tempo de trabalho por turnos com a componente distúrbios do sono, o que está de acordo com estudos anteriores (Bresser et al., 2024; Kumar, 2008; Pavlova & Latreille, 2018; Silva, 2019). Exercer a profissão de enfermagem e trabalhar por turnos há mais tempo ocasiona mais preocupação, mais exaustão e longos períodos com padrões de sono e horários irregulares o que conduz a alterações do ritmo circadiano e, conseqüentemente, a perturbações do sono. No estudo de Dong et al. (2020), na maioria dos enfermeiros verificaram-se sintomas de distúrbios do sono ao aplicar o IQSP.

Observou-se uma relação entre as variáveis número de filhos, tempo de profissão e tempo de trabalho por turnos com a componente sonolência diurna, ou seja, existe uma tendência para a sonolência diurna aumentar à medida que o tempo de profissão e tempo de trabalho por turnos aumenta também. Como foi referido anteriormente, estudos evidenciam que a qualidade de sono dos pais pode ser prejudicada após o nascimento dos filhos (Richter et al., 2019).

De acordo com a literatura, o trabalho por turnos causa privação do sono o que se pode traduzir em sonolência diurna. A sonolência diurna pode aumentar caso os indivíduos estejam sujeitos a períodos mais longos de privação de sono como foi

Impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem

demonstrado em estudos anteriores (Dong et al. 2020; Flo et al., 2013; Neves et al., 2013; Palhares et al., 2014; Viana et al., 2019).

Considerando os resultados obtidos verificou-se que as variáveis sociodemográficas se relacionam com o índice de qualidade de sono. Ter menor idade, pertencer ao sexo feminino e exercer a profissão há mais tempo pode diminuir a qualidade do sono.

Na literatura não existe uma associação entre a qualidade de sono e ter menos idade, no entanto, os resultados encontrados neste estudo podem dever-se ao facto de os participantes mais novos ainda não terem estratégias e rotinas definidas. De acordo com estudos anteriores, as alterações hormonais que ocorrem nos indivíduos do sexo feminino têm um impacto significativo na qualidade de sono dos mesmos (Huang et al., 2019). No estudo de Almeida et al. (2024), os participantes do sexo feminino também apresentaram uma menor qualidade de sono do que os participantes do sexo masculino no IQSP.

Constatou-se também que a variável tempo de trabalho por turnos se relaciona com a ansiedade, sendo que existe uma tendência para os níveis de ansiedade aumentarem à medida que o tempo de trabalho por turnos aumenta. Os indivíduos que trabalham por turnos apresentam uma maior suscetibilidade de desenvolver sintomas de ansiedade (Bara & Arber, 2009; Shen et al., 2006; Yuan et al., 2011). No estudo de Oliveira & Pereira (2012), foi aplicada a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, cujos resultados divergem dos resultados obtidos no presente estudo, uma vez que foram encontrados maiores níveis de ansiedade nos participantes que exerciam há menos tempo. Porém, o contraste apresentado pode dever-se às diferenças dos instrumentos aplicados.

Verificou-se que ter menor idade, pertencer ao sexo feminino e exercer a profissão durante um maior período pode aumentar os níveis de stress. Como foi referido

Impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem

anteriormente, exercer a profissão de enfermagem há mais tempo aumenta a exposição a fatores de stress (Gokbayrak, et al., 2021; Minkel et al., 2012, Pinto et al., 2020; Viana et al., 2019).

Tal como ocorre com a qualidade de sono, na literatura também não existe associação entre o stress e ter menos idade. Contudo, o nível mais elevado de stress nos indivíduos mais jovens do presente estudo pode dever-se à inexperiência e aos seus processos de avaliação, isto é, se os indivíduos avaliarem os seus recursos como sendo insuficientes para superar os stressores é muito mais provável que vivenciem mais stress (Taylor, 2018).

No âmbito da relação entre o índice de qualidade do sono e a EADS observou-se que todas as variáveis dependentes aumentam à medida que uma delas aumenta o que vai de encontro ao que a literatura designa relação bidirecional. Diversos estudos demonstraram a associação da privação do sono ao desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão e, por sua vez à repercussão negativa que a ansiedade e a depressão podem ter na qualidade do sono (Cattani et al., 2021; Deng et al., 2020; Minkel et al., 2012; Thun et al. 2014). O estudo de Dong et al. (2020) corrobora os resultados obtidos, dado que verificou que a menor qualidade de sono está associada a níveis mais elevados de stress.

Inúmeros estudos referem também que o stress prolongado pode ampliar a ansiedade e a depressão e que uma má qualidade de sono prejudica a capacidade dos indivíduos de lidarem com situações negativas e, conseqüentemente, os níveis de stress (Cattani et al., 2021; Flo et al., 2013).

Por último, ao comparar os resultados obtidos pelos indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino observou-se que as mulheres apresentam uma qualidade de sono pior

do que os homens e níveis mais elevados de depressão e stress. Segundo estudos anteriores fatores biológicos, psicológicos e sociais como as mudanças hormonais, a vulnerabilidade psicológica e as pressões sociais e culturais explicam a diferença encontrada (Bara & Arber, 2009; Huang et al., 2019; Shen et al., 2006; Yuan et al., 2011). Em diversos estudos (Almeida et al., 2024; Dong et al., 2020; Flo et al. 2012) também foi observada uma pior qualidade de sono nos participantes do sexo feminino e níveis mais elevados de stress.

Limitações e implicações para a prática

No presente estudo foi possível caracterizar a qualidade de sono dos enfermeiros, bem como os seus níveis de ansiedade, depressão e stress e explicar relações com as variáveis sociodemográficas como estava previsto nos objetivos definidos.

Apesar da literatura evidenciar que os enfermeiros que trabalham por turnos têm uma qualidade de sono mais reduzida, os resultados obtidos demonstraram que a maioria dos participantes tem uma boa qualidade de sono. Esta descoberta pode dever-se ao facto do estudo ter uma amostra pequena, ou seja, os resultados obtidos podem não ser representativos da população, e consequentemente, estarem enviesados.

Uma das limitações do presente estudo é precisamente a dimensão da amostra. A reduzida dimensão da amostra para análises múltiplas traduz-se numa potência estatística reduzida. Assim, para investigações futuras seria importante conseguir obter um número mais elevado de participantes, isto é, uma amostra que seja representativa da população.

Dado que os dados foram recolhidos diretamente dos participantes através dos questionários aplicados, uma das limitações do presente estudo é a dependência de autorrelato, ou seja, as respostas dependem das perceções individuais de cada

participante. A desejabilidade social, o viés de memória e a distorção intencional das respostas pode contribuir para o enviesamento dos resultados.

Foram descobertas relações entre o número de filhos e a qualidade subjetiva do sono e a sonolência diurna. Teria sido importante ter conhecimento das idades dos filhos de cada participante, de maneira a realizar uma melhor interpretação da forma como esta variável pode influenciar a qualidade subjetiva do sono e a sonolência diurna.

Considerando que os momentos de lazer ajudam os indivíduos a descontrair e desviar a mente de possíveis problemas existentes teria sido importante adicionar a variável passatempos para ter conhecimento de momentos de descontração e também adicionar uma questão relativa às estratégias utilizadas para reduzir a ansiedade e stress resultante da profissão.

Ao adicionar a variável referida anteriormente e a questão sobre as estratégias utilizadas poderíamos obter mais conhecimentos e realizar uma melhor interpretação dos resultados, como por exemplo compreender de que forma poderiam influenciar a qualidade de sono e os níveis de ansiedade, depressão e stress.

A satisfação com o nível socioeconómico é um fator que também pode influenciar a qualidade de sono e os níveis de ansiedade, depressão e stress pelo que seria benéfico incluí-la como variável em estudos futuros para explorar a possível relação existente.

Encontraram-se relações entre a idade e o índice de qualidade de sono e os níveis de stress. Para investigações futuras seria relevante adicionar-se a questão alusiva ao facto do indivíduo estar a estudar e a trabalhar em simultâneo, uma vez que poderá ser um fator que explique o facto dos participantes mais novos terem apresentado maior índice de qualidade de sono, ou seja, pior qualidade de sono e níveis mais elevados de stress.

Verificaram-se relações entre todas as subescalas da EADS e a qualidade de sono pelo que seria importante que se realizassem intervenções com os enfermeiros de forma a reduzir os níveis de ansiedade, depressão e stress e melhorar a qualidade de sono.

Para melhorar a saúde dos enfermeiros e, conseqüentemente, melhor a qualidade dos cuidados de saúde prestados e diminuir os erros que prejudicam os utentes é crucial sensibilizar as instituições para adotarem medidas que contribuam para melhorar a qualidade de sono e diminuir os níveis de ansiedade, depressão e stress como garantir tempos de descanso adequados, melhorar as condições de trabalho, fornecer apoio psicológico aos profissionais e valorizar o seu trabalho.

Os resultados do presente estudo demonstram a necessidade de realizar programas de gestão de stress e formações sobre higiene do sono, bem como ajustar os horários dos profissionais de enfermagem, de modo a contribuir para a redução da sobrecarga de trabalho e para a diminuição dos níveis de stress.

Uma sugestão para estudos futuros seria realizar um estudo onde existisse uma intervenção de gestão de stress com técnicas de relaxamento, por exemplo, e com formações de higiene do sono cuja qualidade de sono e os níveis de ansiedade, depressão e stress fossem avaliados antes e depois da intervenção de modo a conhecer os seus benefícios.

Uma outra sugestão para estudos futuros, para uma melhor exploração das variáveis utilizadas no presente estudo, seria realizar uma comparação da qualidade de sono e dos níveis de ansiedade, depressão e stress entre enfermeiros que trabalham por turnos e enfermeiros com horário fixo.

Por último, é crucial que se consciencialize a sociedade para a relevância do papel que os profissionais de enfermagem exercem no âmbito da saúde.

Conclusão

O presente estudo emerge da urgência em aprofundar o conhecimento sobre o impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem nos níveis de ansiedade, depressão e stress e a sua relação com a qualidade do sono.

Considerando a análise dos resultados obtidos, é possível inferir conclusões relevantes que demonstram o impacto do trabalho por turnos nos níveis de stress e na qualidade do sono dos enfermeiros corroborando estudos prévios que associam o trabalho por turnos a menor qualidade de sono e maiores níveis de stress.

Constatou-se também que o trabalho por turnos se relaciona com distúrbios do sono, com a sonolência diurna e com os níveis de ansiedade tal como descrito na literatura sobre o impacto do trabalho por turnos na qualidade de sono e nos níveis de ansiedade.

O presente estudo reforça a importância de sensibilizar as instituições para a realização de intervenções com os profissionais de enfermagem, assim como melhorar as suas condições de trabalho, como por exemplo, ajustar os horários e garantir o tempo de descanso adequado, de forma a prevenir distúrbios do sono e perturbações de ansiedade e depressão.

A análise sugere ainda que a qualidade de sono e os níveis de ansiedade, depressão e stress estão profundamente interligados e que se influenciam mutuamente. Estes resultados enfatizam a importância da prevenção de perturbações psicológicas relacionadas com o sono, com a ansiedade e com a depressão.

Em síntese, este estudo proporciona uma contribuição significativa para a compreensão do impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem nos níveis de ansiedade, depressão e stress e a sua relação com a qualidade do sono. Destaca-se a

Impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem

relevância do papel destes profissionais no âmbito da saúde, e consequentemente, a importância da sua saúde mental para uma boa prestação de cuidados aos utentes.

Referências

- Almeida, J., Imaginário, C., & Mártires M. (2024). O Trabalho por Turnos e a Qualidade do Sono de Enfermeiros de um Serviço de Urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 31. <https://doi.org/10.19131/rpesm.382>
- Baccari, I., Campos, R., & Stefanello, S. (2015). Recovery: Revisão sistemática de um conceito. *Ciência e saúde coletiva*, 20. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.04662013>
- Bara, A.-C., & Arber, S. (2009). Working shifts and mental health- findings from the British Household Panel Study (1995-2005). *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35, 361–367. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1344>
- Books, C., Coody, L., Kauffman, R., & Abraham, S. (2017). Night Shift Work and Its Health Effects on Nurses. *The health care manager*, 36, 347-353. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000177>
- Bresser T., Blanken T., de Lange C., Leerssen J., Foster-Dingley J., Lakbila-Kamal O., Wassing R., Ramautar J., Stoffers D., Van den Heuvel M., & Van Someren E. (2024). Insomnia subtypes have differentiating deviations in brain structural connectivity. *Biological Psychiatry*, 27. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2024.06.014>
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Cattani, A., Silva, R., Beck, C., Miranda, F., Dalmolin, G., & Camponogara, S. (2021). Trabalho noturno, qualidade do sono e adoecimento de trabalhadores de enfermagem. *Ata Paulista de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00843>

- Deng, X., Liu, X., & Fang, R. (2020). Evaluation of the correlation between job stress and sleep quality in community nurses. *Medicine*, 99, <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018822>
- Dong, H., Zhang, Q., Zhu, C., & Lv, Q. (2020). Sleep Quality of nurses in the emergency department of public hospitals in China and its influencing factors: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01374-4>
- Dumont M., Montplaisir J., & Infant-Rivard C. (1997). Sleep Quality of former Night-shift Workers. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 3, 10-14.
- Eskandari, Y., Yarmohammadi, H., Pourmohabmmadi, A., Poursadeghiyan, M., Biglari, H., & Ebrahimi, M. (2016). Work Shift and its Effect on Nurses. *Health and Welfare*, 11, 2337-2341. <https://doi.org/10.36478/sscience.2016.2337.2341>
- Fatima, Y., Doi, S. A., Najman, J. M., & Manum, A. A. (2016). Exploring gender difference in sleep quality of young adults: Findings from a large population study. *Clinical Medicine & Research*, 14, 138-144. <https://doi.org/10.3121/cmr.2016.1338>
- Fernandes, R. M. (2006). O sono normal. *Medicina*, 39, 157-168. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i2p157-168>
- Flo, E., Pallesen, S., Akerstedt, T., Moen, N., Gronli, J., Nordhus, I., & Bjorvatn, B. (2013). Shift-related sleep problems vary according to work schedule. *Occupational and environmental medicine*, 70, 238-245. <https://doi.org/10.1136/oemed-2012-101091>

- Flo, E., Pallesen, S., Mageroy, N., Moen, B., Gronli J., Nordhus, I., & Bjorvatn, B. (2012). Shift Work Disorder in Nurses – Assessment, Prevalence and Related Health Problems. *Plos One*, 7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033981>
- Gokbayrak, N., Redding, C., Lipschitz, J., Yusuf, M., Paiva, A., Velicer, W., Rossi, J., Robbins, M., & Prochaska, J. (2021). Managing Stress Effectively: A Longitudinal Transtheoretical Comparison of Successful Changers, Relapsers, and Non-Changers. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-208961/v1>
- Huang L., Kuo, C., Lu Y., Lee M., & Lee S. (2019). Association of emotional distress and quality of sleep among women receiving in-vitro fertilization treatment. *Taiwan Journal of Obstetrics and Gynecology*, 58, 168-172. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.031>
- João, K.A., Becker, N. B., Jesus, S. N., & Martins, R. I. (2017). Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). *Psychiatry Research*, 225-229. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.042>
- Kumar, V. M. (2008). Sleep and sleep disorders. *The Indian Journal of chest diseases and allied sciences*, 50, 129-135.
- Lin, I., Brown, S., Wright, M., & Hammersmith, A. (2019). Depressive symptoms following later-life marital dissolution and subsequent repartnering. *Journal of health social behavior*, 60, 153-168. <https://doi.org/10.1177/0022146519839683>
- Lin, S., Liao, W., Chen, M., & Fan, J. (2014). The impact of shift work on nurses' job stress, sleep quality and self-perceived health status. *Journal of nursing management*, 22, 604–612. <https://doi.org/10.1111/jonm.12020>

- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DSS) with Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33, 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Minkel, J., Banks, S., Htaik, O., Moreta, M., Jones, C., McGlinchey, E., Simpson, N., & Dinges, D. (2012). Sleep deprivation and stressors: Evidence for elevated negative affect in response to mild stressors when sleep deprived. *Emotion*, 12, 1015-1020. <https://doi.org/10.1037/a0026871>
- Murofuse, N. T., Abranches, S., & Napoleão, A. (2005). Reflexões sobre o stress e burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Am de enfermagem*, 13, 255-261. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200019>
- Neves, G., Giorelli, A., Florido, P., & Gomes, M. (2013). Transtornos do sono: Visão geral. *Revista brasileira de neurologia*, 49.
- Oliveira, B., & Martino, M. (2013). Análise das funções cognitivas e sono na equipa de enfermagem nos turnos diurno e noturno. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34, 30-36. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100004>
- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros – impacto do trabalho por turnos. *Revista de enfermagem*, 7, 43-54. <https://doi.org/10.12707/RIII1175>
- Palhares, V., Corrente, J., & Matsubara, B. (2014). Association between sleep quality and quality of life in nursing professionals working rotating shifts. *Revista de saúde publica*, 48, 594–601. <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004939>

- Pavlova, M., & Latreille, V. (2018). Sleep Disorders. *The American Journal of Medicine*, 132, 292-299. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.09.021>
- Pellón, I., Pampliega, A. M., & Cormenzana, S. (2024). Post-divorce adjustment, coparenting and somatisation: Mediating role of anxiety and depression in high-conflict divorces. *Journal of affective disorders reports*, 16, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100697>
- Pinto, C., Bamonde, J., Couto, G., & Santos, P. (2020). O impacto do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros: Revisão integrativa. *Revista de investigação & inovação em saúde*, 3, 101-110. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.85>
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A., & Leal, I. P. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5, 229-239. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36250207>
- Richter, D., Kramer, M. D., Tang, N., Montgomery-Downs, H., & Lemola, S. (2019). Long-term effects of pregnancy and child birth on sleep satisfaction and duration of first-time and experienced mothers and fathers. *Sleep*, 42, 1-10. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz015>
- Shen, J., Botly, L. C., Chung, S. A., Gibbs, A. L., Sabanadzovic, S., & Shapiro, C. M. (2006). Fatigue and shift work. *Journal of Sleep Research*, 15, 1-5. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01915.x>
- Silva, J. B. (2019). *As consequências do trabalho por turnos na saúde: uma revisão da literatura*. [Master's thesis, Universidade de Lisboa] Relatório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/43142>

Taylor, S. E. (2018). *Health Psychology* (10th ed.) McGraw-Hill.

Thun, E., Bjorvatnb, B., Torsheima, T., Moen, B. E., Magerøyd, N., & Pallesen, S. (2014).

Night work and symptoms of anxiety and depression among nurses: A longitudinal study. *Work & Stress*, 28, 376-386. <http://dx.doi.org/10.1080/02678373.2014.969362>

Viana, M., Silva, K., Martino, M., Bezerra, C., Oliveira, A., Souza, A., Silva, D., &

Torres, G. (2019). Qualidade de vida e sono de enfermeiros nos turnos hospitalares. *Revista Cubana de Enfermagem*, 2.

Yuan, S. C., Chou, M. C., Chen, C. J., Lin, Y. J., Chen, M. C., Liu, H. H., & Kuo, H. W.

(2011). Influences of shift work on fatigue among nurses. *Journal of Nursing Management*, 19, 339–345. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01173>.

Anexos

Anexo A – Consentimento Informado

No âmbito da unidade curricular do Projeto de Investigação em Psicologia Clínica do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada, realizarei um estudo com o objetivo de compreender o impacto do trabalho por turnos na profissão de enfermagem nos níveis de ansiedade, depressão e stress e a sua relação com a qualidade do sono. O seu intuito é compreender as diferenças nas variáveis mencionadas em enfermeiros que trabalham por turnos e em enfermeiros que não trabalham por turnos.

Declaro que tomei conhecimento dos objetivos do estudo apresentado, bem como do propósito dos instrumentos que irão ser aplicados.

Compreendi a explicação que me foi fornecida sobre o estudo e tive oportunidade de colocar as questões que julguei necessárias.

Tive conhecimento que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo.

Autorizo que os meus dados sejam recolhidos, analisados e apresentados no âmbito deste trabalho.

Lisboa, fevereiro de 2024

Anexo B – Questionário Sociodemográfico

1. Idade: ____
2. Sexo: Feminino____ Masculino____
3. Estado civil: Solteiro____ Casado____ União de facto____ Divorciado____ Viúvo____
4. N° de filhos: ____
5. Há quanto tempo exerce a profissão de enfermeiro? ____ anos
6. Há quanto tempo exerce funções em regime de turnos? ____ anos
7. Carga horária por semana: ____horas

Anexo C – Índice de qualidade de sono de Pittsburgh (IQSP)

(Versão Portuguesa para Investigação de Ramalho, J., 2008)

Instruções:

As questões a seguir são referentes aos hábitos de sono apenas durante o mês passado. As suas respostas devem indicar o mais correctamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado. Por favor responda a todas as questões.

- 1) Durante o mês passado, a que horas se deitou, à noite, na maioria das vezes?
HORÁRIO DE DEITAR: _____;
- 2) Durante o mês passado, quanto tempo (minutos) demorou para adormecer, na maioria das vezes?
MINUTOS QUE DEMOROU A ADORMECER: _____
- 3) Durante o mês passado, a que horas acordou de manhã, na maioria das vezes?
HORÁRIO DE ACORDAR: _____;
- 4) Durante o mês passado, quantas horas de sono dormiu por noite, normalmente? (pode ser diferente do número de horas que esteve na cama)
HORAS DE SONO POR NOITE: _____
- 5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir devido a:

	<i>Nenhuma vez</i>	<i>Menos de uma vez por semana</i>	<i>Uma ou duas vezes por semana</i>	<i>Três vezes por semana ou mais</i>
a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer				
b) Acordar a meio da noite ou de manhã muito cedo.				
c) Levantar-se para ir à casa de banho.				
d) Ter dificuldade em respirar.				
e) Tossir ou ressonar muito alto.				
f) Sentir muito frio.				
g) Sentir muito calor.				
h) Ter maus sonhos ou pesadelos.				
i) Sentir dores.				
j) Outra razão, por favor descreva: _____ Quantas vezes teve problemas em dormir, devido a esta razão, durante o mês passado.				

- 6) Durante o mês passado tomou algum medicamento para dormir, receitado pelo médico, indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou por sua conta e risco?
• Nenhuma vez • Menos de uma vez por semana • Uma ou duas vezes por semana • Três vezes por semana ou mais
Se sim, quais?

- 7) Durante o mês passado teve problemas para permanecer acordado, durante as refeições ou enquanto participava numa qualquer actividade social?
• Nenhuma vez • Menos de uma vez por semana • Uma ou duas vezes por semana • Três vezes por semana ou mais

- 8) Durante o mês passado não sentiu vontade para trabalhar.
• Nenhuma vez • Menos de uma vez por semana • Uma ou duas vezes por semana • Três vezes por semana ou mais
Comentários do entrevistado (caso haja):

- 9) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?
• Muito boa • Boa • Má • Muito má

Anexo D - Escala de ansiedade, depressão e stress (EADS)

ESCALA DE ANSIEDADE DEPRESSÃO E STRESS-21

(Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, J.; Honrado, A.; & Leal, I., 2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0 – não se aplicou nada a mim
1 – aplicou-se a mim algumas vezes
2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes
-

1 Tive dificuldades em me acalmar.	0	1	2	3
2 Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3 Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4 Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5 Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6 Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7 Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8 Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9 Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10 Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11 Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
12 Senti dificuldade em me relaxar .	0	1	2	3
13 Senti-me desanimado e melancólico.	0	1	2	3
14 Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15 Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16 Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17 Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18 Senti que por vezes estava sensível .	0	1	2	3
19 Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20 Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21 Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO.

Anexo E – Autorização para utilização dos instrumentos do estudo



Margarida Mendes <margarida8563@gmail.com>

Pedido de autorização para a utilização do IQSP

Saul Neves de Jesus <snjesus@ualg.pt>
Para: Margarida Mendes <margarida8563@gmail.com>

1 de novembro de 2023 às 17:27

Cara Margarida,
Agradeço o interesse na utilização do PSQI-PT e claro que podem utilizar.
Votos de bom trabalho.
Atenciosamente,

Saúl Neves de Jesus
Professor Catedrático / Full Professor
Diretor do [Curso de Doutoramento em Psicologia da UAlg](#)
Coordenador do [Fórum Nacional de Psicologia](#)
National Representative of Portugal at the [Stress, Trauma, Anxiety and Resilience Society \(STAR\)](#) ([STAR Conference 2023](#))



Margarida Mendes <margarida8563@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização da EASD

José Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>
Para: Margarida Mendes <margarida8563@gmail.com>

18 de outubro de 2023 às 09:59

Cara Colega

Autorizamos o uso da versão da EADS-21 que desenvolvemos para uso com a população portuguesa. A escala encontra-se no texto de validação

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>
ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>
ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications
<https://scholar.google.pt/citations?user=8OnOW5MAAAAJ&hl=en>