



UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA

SONO E SAÚDE MENTAL NOS AUXILIARES DE SAÚDE EM INSTITUIÇÕES GERIÁTRICAS

[Sleep and Mental Health of Health Assistants in Geriatric Institutions]

Projeto de Dissertação de Mestrado

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Guilherme Valverde Correia Xavier

Orientadora:

Professora Doutora Marta Matos

JULHO, 2024



**UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA**

SONO E SAÚDE MENTAL NOS AUXILIARES DE SAÚDE EM INSTITUIÇÕES GERIÁTRICAS

[Sleep and Mental Health of Health Assistants in Geriatric Institutions]

Projeto de Dissertação de Mestrado

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Guilherme Valverde Correia Xavier

Orientadora:

Professora Doutora Marta Matos

JULHO, 2024

Antes de mais, queria dedicar este trabalho à minha mãe e à minha avó por tudo o que representam na minha vida.

Especialmente à minha mãe, por ser a minha maior fonte de inspiração, ser sempre uma voz amiga e sempre me mostrar o lado correto das coisas, é o meu maior porto-seguro, a pessoa que eu mais admiro. A ela agradeço-lhe não apenas todo o amor e carinho que sempre me deu, mas também toda a paciência que tem comigo, todos os valores que me transmitiu e transmite e todo o esforço que fez para que este meu sonho fosse possível.

À minha avó por ser um exemplo de resiliência, por sempre me ter ensinado a nunca baixar os braços perante a adversidade e sempre encarar a vida com um sorriso no rosto. Este trabalho é sem dúvida, dedicado a elas.

Agradecimentos

Os primeiros agradecimentos vão para todos os participantes e diretores das Instituições que aceitaram colaborar com esta investigação, ao doar o seu precioso tempo para responder ao inquérito sobre o sono e saúde mental. Espero que esta investigação ajude a dar visibilidade a esta profissão tão importante.

À Professora Doutora Marta Matos, deixo o meu agradecimento especial, primeiro por ter abraçado um tema tão importante, como são as interações entre o sono e processos psicopatológicos, e, depois, por todo o encorajamento, reflexão e orientação técnico científica. Este agradecimento estende-se também por toda a ajuda que me proporcionou ao longo destes últimos três anos em que foi minha professora. Sem dúvida uma professora que reconheço como muito capaz, empenhada em ajudar os alunos, uma professora motivadora que tem a habilidade de transformar conceitos e matérias difíceis em tópicos de fácil compreensão para todos os alunos. Será certamente uma professora que me irei lembrar por muitos anos.

Queria também deixar agradecimentos a todos os colegas que encontrei ao longo dos anos deste meu percurso académico e que de alguma forma me marcaram. Comigo levo amizades para a vida, colegas de profissão e o conhecimento de todos os professores que tive a oportunidade de me cruzar. Um percurso que começou na Universidade de Coimbra e termina com este projeto na Universidade Fernando Pessoa.

RESUMO

O sono é um processo natural e essencial e apresenta-se como uma necessidade biológica e fisiológica muito importante para a saúde e o bem-estar dos seres humanos. Desempenha um papel essencial e fundamental na saúde mental e emocional das pessoas. O presente estudo teve como objetivo principal identificar e analisar a relação entre a qualidade do sono e a saúde mental nos Auxiliares de Saúde de Instituições Geriátricas, por forma a contribuir humildemente para a visibilidade e o aprofundamento desta temática, tão frequentemente esquecida. Para atingir tal desiderato, contou-se com a preciosa colaboração de oito participantes de duas Instituições Geriátricas localizadas nas cidades do Porto e de Vila Nova de Gaia. Junto dos participantes efetuou-se uma entrevista de carácter semiestruturado, com um guião de entrevista composto por 21 itens e posterior administração do Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh*. Os resultados da investigação demonstraram que os Técnicos Auxiliares de Saúde participantes apresentavam um défice no número de horas dormidas por noite e uma pobre qualidade do sono, o que, a prazo, pode acarretar impactos significativos na sua saúde mental, potenciando o aparecimento de sintomas psicopatológicos como irritabilidade, ansiedade e depressão ou perturbações relacionadas com o sono, mas também sintomas físicos como dores corporais e sensação de cansaço e fadiga, estando estes efeitos claramente associados.

Palavras-Chave: Fenómeno do Sono; Saúde Mental; Alterações do Sono; Técnico Auxiliar de Saúde em Instituições Geriátricas.

ABSTRACT

Sleep is a natural and essential process and is a very important biological and physiological need for human health and well-being. It plays an essential and fundamental role in people's mental and emotional health. The main aim of this study was to identify and analyze the relationship between the quality of sleep and mental health in Health Care Assistants in Geriatric Institutions, in order to make a humble contribution to the visibility and in-depth study of this subject, which is so often overlooked. In order to achieve this goal, we had the precious collaboration of eight participants from two geriatric institutions located in the cities of Porto and Vila Nova de Gaia. The participants were interviewed using a semi-structured interview script made up of 21 items and then administered the Pittsburgh Sleep Quality Index. The results of the research showed that the participating Health Care Assistants had a deficit in the number of hours slept per night and a poor quality of sleep, which, in the long term, can have a significant impact on their mental health, boosting the appearance of psychopathological symptoms such as irritability, anxiety and depression or sleep-related disorders, but also physical symptoms such as body aches and feelings of tiredness and fatigue, and these effects are clearly associated.

Keywords: Sleep phenomenon; Mental Health.; Sleep Changes; Health Care Assistant
in Geriatric Homes.

Índice Geral

1.INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Justificação da Escolha do Tema.....	2
1.2. Pergunta de Partida.....	3
1.3. Objetivos.....	4
1.3.1. Objetivos Gerais.....	4
1.3.2. Objetivos Específicos.....	4
1.4. Hipóteses.....	5
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
2.1. O Sono e a Saúde Mental.....	7
2.1.1. Definição e Caracterização do Fenómeno do Sono.....	8
2.1.2. Fases do Sono e Ciclo Circadiano.....	9
2.1.3. Privação e Perturbações do Sono.....	12
2.1.4. Problemas de Sono e Saúde Mental.....	16
2.1.5. Saúde Mental, Bem-Estar e Qualidade de Vida.....	17
2.2. Atividade Profissional dos Técnicos Auxiliares de Saúde.....	19
2.2.1.O Sono dos Profissionais de Saúde.....	21
2.2.2. Auxiliares de Saúde em Serviços de Geriatria.....	22
3. ESTUDO EMPÍRICO.....	25
3.1. Metodologia Mista (Entrevista e Questionário)	25
3.1.1. Desenho do Estudo.....	25
3.2.1. Participantes: População e Amostra.....	28
3.2.2. Instrumentos de Recolha de Dados.....	30

3.2.3. Entrevista Semiestruturada (Guião de Entrevista)	31
3.2.4. Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI-PT).....	34
3.3.Procedimentos.....	35
3.3.1. Procedimentos Éticos e Deontológicos.....	35
3.3.2. Procedimentos de Recolha de Dados.....	37
3.4.Metodologia de Apresentação, Tratamento e Análise de Dados.....	38
3.4.1. Análise dos Resultados do Questionário índice Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI-PT)	39
3.4.2. Conteúdos das Entrevistas: Padrões de Sono nos Auxiliares de Saúde.....	41
3.4.3. Qualidade Subjetiva do Sono nos Auxiliares de Saúde.....	45
3.4.4. Experiência Diária no Trabalho.....	48
3.4.5. Perceção de Saúde Mental nos Auxiliares de Saúde.....	55
4. DISCUSSÃO.....	59
5.CONCLUSÃO.....	65
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
7.ANEXOS.....	75

Índice de Figuras

Figura 1- Duração média do sono nos Auxiliares de Saúde.....	42
Figura 2- Valores Globais PSQI.....	48
Figura 3- Preferência horário laboral.....	53
Figura 4- Horário de trabalho dos Auxiliares de Saúde.....	54

Índice de Tabelas

Tabela 1 Caracterização da Amostra.....	29
Tabela 2 Guião de Entrevista	32
Tabela 3 Dimensões Índice de Qualidade Subjetiva do Sono de <i>Pittsburgh</i>	39
Tabela 4 Características do sono nos Auxiliares de Saúde	44
Tabela 5 Caracterização Subjetiva do Sono.....	46
Tabela 6 Emoções sentidas pelos Auxiliares de Saúde em regime laboral.....	50
Tabela 7 Dados Relacionados com Saúde Mental nos Auxiliares de Saúde.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS

AAM- Auxiliares de Ação Médica de Urgência

AG- Auxiliares Geriátricos

APA- *American Psychiatric Association*

AS- Auxiliares de Saúde

BZD- Benzodiazepinas

DMH- *Dorsomedial Hypothalamus*

DMPM- Distúrbio do Movimento Periódico dos Membros

DSM- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

GP- Glândula Pineal

INCB- Conselho Internacional para o Controlo de Narcóticos

INE- Instituto Nacional de Estatística

NREM- *Nonrapid Eye Movement*

NSF- *National Sleep Foundation*

NSQ- Núcleo Supraquiasmático

OIT- Organização Internacional do Trabalho

OMS- Organização Mundial da Saúde

PSQI- Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh*

REM- *Rapid Eye Movement*

SNC- Sistema Nervoso Central

SNS- Serviço Nacional de Saúde

TAS- Técnicos Auxiliares de Saúde

UE- União Europeia

WHOQOL- *World Health Organization Quality of Life group*

1- INTRODUÇÃO

O tema desta dissertação surgiu da necessidade de desenvolver e de aprofundar o conhecimento sobre o impacto do sono nos profissionais de saúde, mais especificamente, nos Técnicos Auxiliares de Saúde (TAS). É uma evidência que o ambiente de trabalho desenvolvido na área da prestação de cuidados de saúde em geral e dos TAS em particular, se caracteriza por ser física e mentalmente muito desgastante e tenso, gerador de ansiedade, de desânimo, de exaustão, de pressão, de ansiedade e de stress, devido não só à própria natureza das funções desempenhadas, mas também às precárias condições de trabalho, à sobrecarga de tarefas e à falta de reconhecimento por parte dos gestores de saúde (Azambuja, et. al., 2024). Fruto do ambiente stressante em que trabalham os técnicos de saúde, alguns estudos referem que quase 40% dos profissionais de saúde apresentam dificuldade e privação de sono significativa e dormem seis ou menos horas por noite (Moreira, et al., 2015) e, em ambiente de emergência, mais de metade dos profissionais podem apresentar sono insuficiente ou de má qualidade (Mountfort & Wilson, 2022). Existe um consenso segundo o qual um ser humano, com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos necessita de dormir pelo menos 7 horas ou mais por noite, para conseguir restabelecer níveis saudáveis de saúde física, emocional e cognitiva (Watson, et al., 2015).

Se pensarmos nas atividades em que os seres humanos se envolvem diariamente, as primeiras respostas que vêm à mente são: o trabalho, passar tempo com a família e amigos, realizar atividades de lazer e/ou até atividades físicas. Poucas vezes se pensa numa atividade que ocupa (ou deveria ocupar) 1/3 dos nossos dias: o sono. Nas sociedades modernas industrializadas, é comum a prática de ‘cortar’ o tempo de sono para o dedicar a outras tarefas, porque este é “aparentemente” um momento improdutivo e que impede o trabalho e a diversão (*National Institute of Health-Guide to Healthy Sleep*, 2011). Apesar de parecer uma ocasião em que não se está a “fazer nada”, o sono é um período de muita ação neurológica e é essencial para o restabelecimento tanto fisiológico, como muscular, cognitivo, emocional e sedimentar dos processos de memória (Bobić, et al., 2016).

Por conseguinte, se os ambientes laborais dos profissionais de saúde afetam o seu sono, é bem provável que aconteça um desequilíbrio do ciclo sono-vigília, o que contribui para estados de cansaço, de irritação, de esgotamento e até para uma maior quantidade de erros nos procedimentos técnicos (Gao, et al., 2022). Por outras palavras, os técnicos de saúde podem apresentar estes desequilíbrios com maior frequência e, portanto, má qualidade de sono e, conseqüentemente, um aumento da vulnerabilidade à fadiga e ao esgotamento físico e psicológico, o que acarreta um decréscimo no bem-estar subjetivo e da qualidade de vida desses trabalhadores (Saintila et al., 2024).

É com base nas observações acima citadas que este estudo procurou identificar e compreender a relação entre a qualidade do sono e a saúde mental dos profissionais de saúde, concretamente, dos TAS.

1.1. Justificação da Escolha do Tema

A análise e a avaliação da relação entre o sono e a saúde mental dos profissionais de saúde, tem constituído uma preocupação entre os investigadores, o que tem proporcionado um aumento do aparecimento do número de publicações sobre o tema, nas duas últimas décadas (Saintila et al., 2024). Alicerçado nesta linha de investigação, o presente trabalho teve como foco colaborar com este campo do conhecimento e focalizar num público-alvo, numa população, que tem sido historicamente considerada e tratada como elemento menor, classificada como “os outros”, dentro dos recursos humanos da saúde e que vem a sofrer com um processo de invisibilidade dentro destes serviços (Beja, et al., 2019). Em Portugal existem mais de 150 mil Técnicos Auxiliares de Saúde. De entre estes, 28 mil estão alocados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), o que representa 20% da força produtiva apenas no SNS, e os demais, em instituições privadas (APTAS, 2020). No primeiro terço do ano de 2024, foram identificados 2606 lares registados em Portugal, dos quais pelo menos 1500 eram clandestinos ou não tinham licença registada (Cordeiro, 2024). Ainda que não tenham sido encontrados dados oficiais da quantidade de TAS a trabalhar em lares em Portugal, ao fazer-se uma estimativa conservadora de

quatro profissionais por cada lar registrado, este número ultrapassa os 10 mil trabalhadores.

Apesar de estes profissionais constituírem uma grande parcela do universo dos profissionais de saúde nos diversos serviços e de desempenharem um papel essencial nos cuidados prestados à população idosa, estes trabalhadores têm recebido pouca atenção quanto às suas próprias necessidades de saúde e têm sido pouco reconhecidos ou até ignorados nas discussões políticas públicas. Nesse sentido, não foi encontrado nenhum estudo a nível nacional que avaliasse a qualidade do sono e os possíveis impactos que a privação de sono poderá acarretar para a saúde mental e o bem-estar destes trabalhadores. Esta lacuna na literatura corrobora experiências internacionais (Gao, et al., 2022) sobre a escassez de investigações na saúde mental e qualidade do sono de auxiliares de saúde.

Nessa decorrência, este estudo pretendeu lançar alguma luz sobre a situação destes profissionais muitas vezes esquecidos e arredados da discussão pública, mas essenciais para o funcionamento dos serviços de saúde e de apoio à terceira idade. Compreender a associação entre o sono e as variáveis de saúde mental, fornecerá informações valiosas aos TAS, permitindo-lhes identificar possíveis medidas para reduzir ou prevenir dificuldades associadas ao sono deficitário e à promoção de bem-estar, de qualidade de vida e de saúde mental geral desta população, objeto do presente estudo.

Assim, é humilde entendimento que a importância da realização deste estudo pode ser explicada em três planos diversos: no plano científico, no plano social e no plano pessoal. A falta de sono assume cada vez mais prevalência na população em geral e representa um sério risco para a saúde pública, uma vez que está diretamente relacionado com transtornos respiratórios, cardiovasculares, neurológicos e psiquiátricos, além de potencializar um maior risco de ocorrência de acidentes rodoviários e de trabalho.

1.2. Pergunta de partida

Existe alguma relação entre a qualidade de sono e a saúde mental dos Técnicos Auxiliares de Saúde em Instituições Geriátricas?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivos gerais

O objetivo da presente investigação foi o de conhecer a qualidade do sono dos Auxiliares de Saúde que trabalham em Instituições Geriátricas e avaliar em que medida as alterações do sono se podem relacionar com as realidades e as condições de trabalho dos profissionais auxiliares de saúde que são diretamente responsáveis pelos cuidados físicos e de bem-estar de utentes que residem em instituições para idosos com diversas vulnerabilidades ou/e em fim de vida. Como objetivos principais para este estudo estabeleceram-se:

- Conhecer os padrões e a qualidade do sono dos auxiliares de saúde nas Instituições Geriátricas;
- Estabelecer uma relação entre o fenómeno do sono e a saúde mental associada à profissão de Auxiliar de Saúde nas Instituições Geriátricas.

1.3.2. Objetivos específicos

Os objetivos específicos delineados para este projeto de investigação são:

- Adquirir conhecimento teórico e científico acerca do fenómeno do sono;
- Perceber em que medida as alterações do sono se podem relacionar com as realidades e condições de trabalho dos Técnicos Auxiliares de Saúde em Geriatria;
- Caracterizar o número médio de horas diárias dormidas pelos Auxiliares de Saúde;
- Caracterizar a perceção subjetiva da privação do sono os Auxiliares de Saúde;
- Caracterizar as possíveis relações entre a qualidade do sono e o sentimento de bem-estar e saúde mental nos Auxiliares de Saúde;
- Contribuir para o estudo da saúde mental dos profissionais Auxiliares de Saúde em Geriatria, nomeadamente através de perceção em termos de desempenho, motivação,

perceção do funcionamento psicossomático (e.g., stress, cansaço), relações de trabalho, relação com a vida diária nas diversas áreas

1.4. Hipóteses

Com base na literatura sobre as dificuldades do sono e a sua relação com a saúde mental, as hipóteses desta investigação foram estabelecidas da seguinte forma:

H1: Os Auxiliares de Saúde que apresentam menor qualidade do sono apresentam maiores índices negativos na saúde mental vivenciando diversos sintomas psicopatológicos;

H2: Os trabalhadores de turno noturno apresentam maiores índices negativos de bem-estar, qualidade de vida e sintomas psicopatológicos;

H3: Os Técnicos Auxiliares de Saúde que apresentam níveis mais baixos de qualidade do sono apresentam maiores índices de ansiedade e depressão.

2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. O Sono e a Saúde Mental

Um dos mais reconhecidos investigadores na área do sono, Walker (2018), argumenta que vivemos numa sociedade apática em relação ao fenómeno do sono. Isto pode dever-se, em parte, segundo o Autor, ao “histórico fracasso da ciência” em explicar o porquê de precisamos de dormir. Praticamente todos os poderosos métodos de solução de problemas criados pelo ser humano na ciência, como a biologia, psicologia, a genética e as tecnologias digitais de alta potência, tornaram-se incapazes de ‘destrancar o resistente cofre do sono’. O sono é, assim, mais um dos últimos grandes mistérios da biologia, como refere Teresa Paiva (Paiva, 2015).

As sociedades contemporâneas, fruto do amplo acesso às tecnologias digitais e de informação e ao modo de viver adotado nas grandes cidades e nas grandes metrópoles, promovem estilos de vida inadequados e disfuncionais para os indivíduos. É uma sociedade “24h *online*” (Ramos et al., 2023) que exige um número excessivo de horas de trabalho, de regimes laborais por turnos, incluindo turnos noturnos, atividades permanentes e que conduzem ao abuso do consumo de álcool e de cafeína. O elevado grau de competitividade social está a sonegar horas de sono às pessoas, o que acarreta, como consequências diretas, o aumento dos níveis de *stress* para além de inúmeros prejuízos na qualidade de vida e na saúde mental das pessoas. É importante destacar que tanto a saúde física como a saúde mental são dependentes de um sono e de um repouso adequados (Paiva & Penzel, 2011).

Existe extensa literatura a sugerir que a privação do sono pode ser considerada como uma epidemia de saúde pública, que frequentemente não é ainda reconhecida como tal, mas que acarreta fortes implicações ao nível social, da saúde pública, individual e económico (Chattu, et al., 2019). Por sua vez, Walker (2018) sugere que não é ao acaso que nos países mais industrializados onde o tempo passado a dormir diminuiu drasticamente durante o decorrer do século passado, como a Alemanha, o Reino Unido, o Japão, os Estados Unidos e vários países da Europa Ocidental, são também os países que sofreram um maior aumento de doenças de carácter físico e de perturbações do foro mental. Ainda, segundo este autor, alguns investigadores dos referidos países começaram mesmo a pressionar os médicos para que recomendem a “prescrever o sono” em consultas médicas.

Logo, fica claro que, apesar da desvalorização dentro de alguns contextos, o sono insuficiente tem sérias implicações na saúde individual a um nível profundo, porque este exerce um papel essencial na regeneração e recuperação do corpo humano ao fim das atividades da vida diária (Saintila, et al., 2024). Portanto, não é um exagero afirmar que, todos os sistemas, órgãos e tecidos sofrem quando o sono se torna escasso (Walker, 2018). Evidências recentes sugerem que a privação do sono podem tornar-se um fator de risco para doenças cardíacas, obesidade, demências, cancro, diabetes, saúde cognitiva, ansiedade e depressão, entre outros (Ramos, et al., 2023).

2.1.1. Definição e Caracterização do Fenómeno do Sono

A origem evolutiva do sono remonta às formas mais primitivas da vida no nosso planeta. Tanto quanto as características rudimentares do ADN, o sono é um laço que une todas as criaturas do mundo animal. Sem exceção, todas as espécies de animais estudadas até hoje dormem ou fazem algo notavelmente parecido com dormir (Walker, 2018). Também Teresa Paiva (2015) expõe que a evolução aperfeiçoou o sistema de sono-vigília, transformando-o num sistema ótimo, adaptativo e multifuncional, que coordena processos fisiológicos, cognitivos e emocionais. Sendo uma condição intrínseca à própria vida e determinante para a sobrevivência, torna-se fundamental conhecer e descrever as principais características e aspetos constituintes do sono (Walker, 2009).

Também para os primeiros homínídeos, o sono deve ter sido um fenómeno muito misterioso. Em termos de referência histórico-mitológica, a mitologia grega refere a existência de um Deus do Sono, chamado Hipnos. Um dos seus filhos, Morfeu, era o Deus dos Sonhos. Mas Hipnos era também irmão de Tanatos, a Morte. Talvez isto se devesse ao facto de algumas pessoas não acordarem depois do seu último sono (Albernaz et al., 2021).

Sem prejuízo do aparente estado passivo, o sono é um processo bastante ativo de recuperação e de regulação cerebral (Ramos, et al., 2023), o que varia desde a consolidação dos processos da memória, à remodelação sináptica e a produção de determinadas hormonas do crescimento, entre outros (Afonso, 2008 citado por Bobić, et al., 2016). Também é importante salientar que, durante o sono, o ser humano não está totalmente

isolado do mundo exterior e, ainda que de forma mais lenta, continua a monitorizar os acontecimentos externos, através da audição e de sensações somestésicas¹ de sensibilidade que nos avisam do frio, do calor, de dores e de outros incómodos, internos ou externos (Paiva, 2015). O funcionamento neurocerebral do sono permite a conexão com alguns estímulos que alertam o organismo de determinadas sensações e estímulos.

Em suma, o sono não consiste numa função, mas sim num estado funcional. Dentro desse conceito, a vida ocorre em dois estados: vigília e sono. No caso dos mamíferos, a vida passa-se em três estados: vigília, sono NREM e sono REM, ou seja, vigília, sonho e sono (Martinez, 2005).

Para quantificação de alguns aspetos relativos à qualidade do sono, os investigadores têm incluído fatores como a duração do sono, o horário em que ocorre, o número de despertares noturnos e a profundidade do sono (Krystal & Edinger, 2008). Para realizar a avaliação psicológica da qualidade do sono existem alguns instrumentos tais como, o questionário de Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh* (PSQI) criado por Buysse em 1989 e a Escala de Sonolência de Stanford. O Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh* apresenta sete fatores para aferir a qualidade do sono: (1) a duração do sono, (2) a eficiência do sono, (3) as alterações do sono, (4) o uso de medicação para dormir, (5) a qualidade subjetiva do sono, (6) a latência do sono e (7) a disfunção diurna. (Buysse, et al., 1989)

2.1.2. Fases do Sono e Ciclo Circadiano

A Arquitetura do sono. Com o ritmo de vida contemporâneo Ocidental, a sociedade tende a encontrar-se cada vez mais desajustada do seu ritmo biológico normal. Regimes laborais ou compromissos são quase sempre a prioridade em relação ao sono. Sendo assim, o sono atualmente assumiu-se como um obstáculo para o trabalho, para a produtividade e para os interesses económicos, estando a ser cada vez mais desvalorizado (Paiva, 2015).

O sono natural de todas as espécies de mamíferas é polifásico, ou seja, encontra-se dividido em diversos períodos. Walker (2009) aponta que o sono dos mamíferos é classificado em dois tipos distintos: *nonrapid eye movement* (NREM) e *rapid eye*

¹ As sensações somestésicas podem ser originadas tanto nas partes superficiais do corpo como estruturas mais profundas, incluindo sensações tais como o tato, a pressão, o calor, o frio, a dor.

movement (REM), por sua vez, o autor Martinez refere que se distribuem em cinco estágios diferentes, sendo que o tipo NREM se encontra dividido em 4 estágios e o quinto estágio é o REM (Martinez, 2005).

1º estágio. O estágio de sono 1, que representa a transição do estado de vigília para o sono e pode ter a duração de segundos até 7 minutos. Neste estágio, a contração muscular torna-se menor do que em vigília e os movimentos oculares são lentos e intermitentes. Considera-se um estado fugaz que facilmente pode ser interrompido. É considerado um semissono, apenas uma transição.

2º Estágio. Este é o estágio mais persistente, ocorre ao longo de toda a noite, por períodos variáveis e corresponde a 45% a 55% do tempo total do sono.

3º e 4º estágios. Estes estágios marcam o início do sono profundo, são estados semelhantes ao estado de coma, no qual ocorre a diminuição dos batimentos cardíacos, da frequência cardíaca e da pressão média arterial. A respiração torna-se extremamente regular, sugerindo que, em sono de ondas lentas, o controle da ventilação seja puramente metabólico, sem influências do sistema nervoso voluntário.

5º estágio. O sono REM é o estágio 5 do período de sono e ocorre em ciclos de noventa minutos. Após a repetição de cada ciclo, aumenta-se a duração do período (REM), de forma que é o estágio que predomina até ao final do sono. No total, ocupa entre uma a duas horas do sono de um adulto, em torno de 15% a 25% do tempo total de sono. No sono REM, os mecanismos termo-regulatórios são inibidos e a temperatura corporal pode variar, principalmente com a temperatura ambiente.

Cerca de 50% a 60% do tempo de sono são gastos no período 2, uma fase de sono relativamente superficial. Os estágios 3 e 4 são de sono profundo. Estas fases exigem estímulos externos maiores para nos acordar e ocorrem essencialmente na primeira metade da noite (Albernaz et al., 2021).

Ciclo Circadiano

O Relógio biológico. Walker (2018) refere que o ser humano sente a necessidade de dormir por causa de dois fatores: o seu relógio biológico interno e uma substância química que se acumula no cérebro (adenosina), provocando a chamada “pressão do sono”. Para o relógio biológico, as conexões mais importantes são, a par com a glândula pineal (GP),

a estrutura que produz a melatonina e o hipotálamo (Van Drunen & Eckel-Mahan, 2021). A melatonina é uma das principais hormonas sintetizadas na glândula pineal, é libertada na corrente sanguínea ao final do dia ou no período da noite e é responsável pela regulação do ritmo circadiano. À medida que o sono vai progredindo, a concentração desta substância vai diminuindo com o decorrer da noite e a secreção é interrompida ao início da manhã (Walker, 2009). A sua secreção é regulada pela luz, sendo que, a exposição à luz artificial durante o período noturno tende a diminuir a produção de melatonina, influenciando e aumentando a insónia e possivelmente o aumento da temperatura corporal (Neto et al., 2008).

Os seres humanos são regidos por um relógio interno de vinte e quatro horas, localizado no cérebro profundo, mais especificamente no Núcleo Supraquiasmático (NSQ), dentro do hipotálamo. A combinação destes dois fatores é designada por ritmo circadiano. No latim, *circa* significa “ao redor”; *diano*, que deriva de *diam*, que significa “dia”, ou seja, ritmo ao redor do dia (Walker, 2018).

Após a receção da informação fótica (de luz), o Sistema Nervoso Central (SNC) envia as suas projeções para o hipotálamo dorsomedial (DMH) onde, posteriormente, são transmitidos para os seus osciladores periféricos como o sangue, o tecido adiposo, o coração, o fígado e outras regiões do SNC. A luz, quer seja natural ou artificial, é o evento ambiental (*zeitgeber*)² direto mais potente do SNC. A luz que incide na retina é transmitida a partir do trato retino-hipotálamo (TRH) diretamente para o SNC que influencia inúmeros fatores neuro hormonais, termorregulatórios e de ingestão alimentar (Van Someren & Riemersma-Van Der Lek, 2007).

O sono é, de certa forma, controlado por uma interação entre os vários osciladores circadianos e homeostáticos, que regulam os estados de vigília e do sono, de acordo com o ciclo claridade/escuridão (Walker, 2018). Atualmente na sociedade, as condições sociais e pessoais, o horário de trabalho e o trabalho por turnos são fatores que podem influenciar o horário de deitar e acordar. A interrupção ou dessincronização do ciclo circadiano tende a influenciar de forma negativa o equilíbrio físico e psíquico das pessoas. Também o trabalho por turnos, especialmente os noturnos, estão diretamente associados

² *Zeitgeber* é um termo científico de língua alemã utilizado para referir determinados elementos-chave do ambiente físico com capacidade de regular os ciclos de relógios biológicos, como o efeito que a luz possui sobre o ritmo de um determinado organismo ao longo do dia.

a perturbações psicológicas como a ansiedade, a depressão, a irritabilidade e o nervosismo (Barreto-Vianna, 2023).

É importante salientar que a qualidade do sono também depende de vários fatores como uma adequada higiene do sono como horários definidos de acordar e deitar, uma boa temperatura no quarto e um ambiente de escuridão, a sensação subjetiva de ter dormido o número suficiente de horas, acordar com energia, entre outros. Por outro lado, as patologias de sono podem interferir na manutenção do sono, tornando-o mais superficial, além de poder reduzir a quantidade de horas de sono, entre outros efeitos (Moita, 2024). Inclusivamente, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-5, 2013) prevê que existe uma patologia de perturbação do sono apenas relacionada com o ciclo-circadiano, que ela é caracterizada por dessincronizações entre os ritmos circadianos de vigília internos e externos, como acontece com os trabalhadores noturnos que têm de estar a trabalhar durante a noite. Em geral, os indivíduos afetados por esta condição podem apresentar sintomas de insónia, de sonolência excessiva diurna ou outros distúrbios relacionados com o sono (Phillips et al., 2003).

Uma elevada parcela da população é forçada a encurtar ou alterar o ritmo do sono devido a exigências da vida diária. Alguns desses fatores são: grandes percursos de casa-trabalho, horários de trabalho muito extensos, turnos noturnos que perturbam o ritmo de sono-vigília (NIH-Guide to Healthy Sleep, 2011), o cuidar de idosos dependentes ou de pessoas com diversas vulnerabilidades, o que faz com que interrompam o sono noite após noite (Leggett, et al., 2020).

2.1.3. Privação e Perturbações do Sono

Os padrões irregulares do sono podem tornar-se incapacitantes e dar lugar a um mal-estar significativo ou mesmo conduzir à deterioração em áreas importantes da atividade do indivíduo, como a área laboral, social e familiar, comprometendo assim a sua qualidade de vida, longevidade, rendimento diário, motivação e humor (Ramos et al., 2023).

Um estudo epidemiológico em Portugal concluiu que 10% da população apresentava insatisfação geral de sono e 28% convivia com um ou mais sintomas de insónia pelo menos três noites por semana (Almeida, et al., 2018). Também em Portugal, as

perturbações do sono estão entre os 10 motivos para consultas nos contextos de saúde primários (Rodrigues et al., 2014). Ainda, segundo o relatório do Conselho Internacional para o Controlo de Narcóticos (INCB), correspondente ao ano de 2022, Portugal foi classificado como o segundo maior consumidor de *Zolpidem*, um dos medicamentos mais recomendados para o tratamento da insónia (INCB, 2023).

A Privação do sono. O hábito de dormir poucas horas por noite, pode abalar o sistema imunológico e mais do que duplicar o risco de cancro. A insuficiência de sono pode ser um dos fatores decisivos para determinar se o indivíduo desenvolverá doenças como a de *Alzheimer*. “O sono inadequado altera também os níveis de açúcar no sangue de uma forma tão significativa que pode fazer com que uma pessoa saudável seja classificada como pré-diabética. Também aumenta a probabilidade de as artérias coronárias ficarem bloqueadas e quebradiças, abrindo o caminho a doenças cardiovasculares, derrame cerebral e insuficiência cardíaca congestiva, entre outros” (Walker, 2018, pag.13).

Teresa Paiva (2015), refere que a sonolência, a fadiga, a falta de vigor, a ansiedade, sentimentos de irritabilidade, a falta de concentração, a confusão, as distorções de percepção, alucinações, lapsos de memória, acidentes de trabalho ou rodoviários, defeitos na compreensão da linguagem verbal podem ser algumas dessas consequências da falta de sono.

Os padrões irregulares do sono ou a falta dele, têm sérias implicações na saúde humana. O ser humano acorda exausto, irritado, mal-humorado, stressado e pode também apresentar distúrbios na memória semântica, consequência que promove a lentificação do raciocínio, do planeamento e da execução de tarefas (Albernaz et al., 2021). A privação do sono pode resultar na diminuição do desempenho psicomotor, em lapsos de atenção, em dificuldades de concentração, na diminuição da memória, tempos de reação demorados, humor negativo, sensação de fadiga, irritabilidade e sentimentos de confusionais e desorientação (Paiva, 2015).

A Perturbações do sono. As perturbações do sono insuficiente podem também gerar diversos efeitos e consequências diurnas na vida diária. Moita refere que as alterações a nível do humor (humor disfórico), sonolência e sensação de cansaço, distribibilidade, dificuldades a nível da atenção, concentração, motivação, alterações a nível do apetite, irritabilidade, agitação e descoordenação motoras, dores musculares e de cabeça,

sensação de boca seca, uma sensação geral de mal-estar e diversas alterações comportamentais atribuíveis à sonolência, possam ser algumas destas complicações originadas pela falta de sono (Moita, 2024).

As perturbações relacionadas com o sono podem ser diagnosticadas em aproximadamente 15% da população mundial e existe um aumento à medida que a idade avança. As perturbações do sono podem ser consideradas como um sintoma antecipado de algumas doenças neurológicas, com a presença de REM ou comportamentos desregulados de sono podem eventualmente ser indicadores de neuro degeneração (Anghel, et al., 2023). Algumas alterações nos padrões de sono podem ser indicativas de alguns sintomas de várias síndromes neurológicas como, por exemplo, a Síndrome de Pernas Inquietas (SPI), o Distúrbio do Movimento Periódico dos Membros (DMPM), ou Narcolepsia (Kotterba, 2015).

Existem inúmeras perturbações relacionadas com o fenómeno do sono, o DSM-5 (APA, 2014) agrupa todas estas perturbações do ciclo Sono-Vigília em dez grandes grupos: (1) perturbações de insónia, (2) perturbações de hipersonolência, (3) narcolepsia, (4) perturbações do sono relacionadas com a respiração, (5) perturbações do sono relacionadas com o ritmo circadiano, (6) perturbação do despertar do sono NREM, (7) perturbações dos pesadelos, (8) perturbação comportamental do sono REM, (9) síndrome das pernas inquietas e (10) perturbações do sono induzidas por substâncias ou medicamentos. Geralmente os indivíduos afetados por estas condições apresentam queixas associadas à insatisfação pessoal, à sua qualidade de vida ou a acontecimentos traumáticos que comprometem a qualidade e quantidade do sono (Shaik, et al., 2022).

Com frequência, as perturbações do ciclo sono-vigília são acompanhadas de depressão, ansiedade e distorções cognitivas como comorbidade. Além disso, as perturbações persistentes do sono como a insónia ou sonolência excessiva podem contribuir como fatores de risco estabelecidos para o subsequente desenvolvimento de perturbações mentais e de perturbações causadas pelo uso de substâncias, podendo também representar uma expressão prodrómica³ de um episódio de doença psíquica (Moita, 2024). As perturbações do sono de maior prevalência na população em geral são a insónia e a síndrome de apneia obstrutiva do sono (Roth et al., 2002). Já nos profissionais de saúde,

³ Pródromo é caracterizado por sintomas que podem indicar o começo de uma doença antes que sintomatologia específica apareça.

é muito comum encontrar problemas com a insônia e perturbações do sono relacionadas com o ritmo circadiano (Shaik, et al., 2022).

A *Insônia*. As principais características da perturbação de insônia estão relacionadas com a quantidade e qualidade do sono. Essas queixas normalmente são acompanhadas de um sofrimento clinicamente significativo e/ou prejuízos quer no funcionamento social, como pessoal, profissional ou em outras áreas importantes da vida dos indivíduos. O DSM-5 prevê também a insônia terminal, que envolve o acordar antes do horário normal e consequente incapacidade de voltar ao sono (APA, 2014).

Este tipo de perturbação pode envolver prejuízos funcionais ou estruturais durante o dia, o que inclui a fadiga e/ou sonolência diurna. Os prejuízos para o desempenho cognitivo podem incluir dificuldades na atenção como a concentração, na memória, na execução de tarefas, perturbações relacionadas com o humor como irritabilidade ou labilidade do humor, ansiedade e depressão. Contudo, nem todas as pessoas afetadas por alterações a nível do sono apresentam desconforto ou prejuízo funcional, pois alguns conseguem adaptar-se a estes sintomas não apresentando qualquer prejuízo ou distorção acima mencionados. O diagnóstico da insônia deve ser reservado a indivíduos com prejuízos estruturais ou funcionais significativos durante o dia que estejam relacionados com a dificuldade em conciliar os horários do sono durante o período noturno (APA, 2014).

A *Perturbação do ciclo sono-vigília*. De entre as perturbações do ciclo sono-vigília apresentadas pelo DSM-5, encontram-se as perturbações do ritmo circadiano, caracterizadas pelo padrão persistente de interrupção do sono, devido às alterações no sistema circadiano ou desequilíbrios entre o ritmo circadiano e os horários de sono-vigília, impostos pelos horários do ambiente social, físico ou laboral.

Estas perturbações do ciclo sono-vigília do ritmo circadiano encontram-se caracterizadas em cinco subtipos diferentes: (1) tipo fase do sono atrasada, é caracterizada por padrões de iniciar e terminar o sono de uma forma mais tardia e muitas vezes com incapacidade em conciliar os horários do sono com os horários desejados ou aceitáveis; (2) tipo fase do sono avançada, caracterizada por um padrão de adiamento de horários de início de sono e vigília, com incapacidade de manter acordado ou adormecido até aos horários desejados; (3) tipo sono-vigília irregular, caracterizado por um padrão de sono-vigília desorganizado temporariamente, de forma a que o horário dos períodos de adormecer e acordar sejam diversos ao longo das vinte e quatro horas; (4) tipo sono-vigília não 24

horas, consistem em ciclos sono-vigília que não são sincronizados ao ambiente vinte e quatro horas, com um desvio consistente nos horários de início do sono e de acordar; (5) tipo trabalho por turnos, resultante da insônia durante o principal período de sono e/ou sonolência excessiva (incluindo sono inadvertido) durante o período principal do sono que está associado ao trabalho por turnos (e.g., que exige horas de trabalho noturno).

Concretamente neste último, o subtipo de trabalho por turnos, os indivíduos podem não apenas apresentar um baixo desempenho profissional, como também apresentar aparentemente um maior risco de sofrer acidentes de viação quando estiverem a exercer a condução. Além disso, podem também apresentar inúmeras comorbidades na saúde mental como (e.g., perturbação do uso de substâncias, ansiedade e depressão) e na saúde física como (e.g., distúrbios gastrintestinais, doenças cardiovasculares, diabetes) e problemas de relacionamento interpessoal (APA, 2014).

2.1.4. Problemas de sono e saúde mental

Algumas investigações têm sugerido que a privação e a má qualidade do sono podem estar relacionadas com o aumento do risco de distração, de fadiga e de depressão (Gao, et al., 2022). Um estudo recente demonstrou que numa amostra tanto de homens como de mulheres que dormiam em média menos de 7 horas diárias, dentro e fora do trabalho, apresentavam, nos homens e mulheres, respetivamente, 8 a 17 vezes mais probabilidade de sofrerem de *burnout*, do que aqueles que relataram dormir 7 horas ou mais por noite (Saintila, et al., 2024).

Outra investigação concluiu que os enfermeiros que trabalhavam em turnos noturnos manifestavam significativas alterações nos padrões de sono, acarretando um impacto negativo no desenvolvimento de sintomas de “depressão, irritabilidade, diminuição da autoestima e labilidade de humor” (Azambuja, et al., 2024, pag.5). As pessoas que apresentam maior dificuldade para ter um sono reparador têm um menor controlo sobre eventos potencialmente stressantes (Santos, et al., 2022).

Estudos de análise estatística multivariada identificaram que a má qualidade e o sono encurtado estavam diretamente relacionados com o aumento de horas de trabalho, níveis de escolaridade menores, ser solteiro, ser fumador ou apresentar grandes níveis de

consumo de álcool, ansiedade, depressão ou obesidade. Contudo, a direção dos fatores psicossociais como a ansiedade e os sintomas depressivos, responsabilidade excessiva e insegurança no trabalho, também estavam associados à redução e prevalência de dificuldades do sono (Chattu, et al., 2019). Esta é uma reflexão importante, porquanto o sono não afeta apenas a saúde mental, mas as variáveis contextuais e psicológicas também afetam a própria qualidade do sono.

2.1.5. Saúde Mental, Bem-Estar e Qualidade de Vida

Saúde Mental não se traduz apenas em ausência de doença mental. A existência de elementos capazes de precipitar ou de potenciar doença mental não é suficiente para causá-la, pois podem estar presentes sem que isso signifique a existência de doença, uma vez que o seu desenvolvimento está dependente da relação entre determinados fatores. Ou seja, esta é uma típica situação lógica em que os fatores de riscos podem ser necessários, mas não são suficientes, de per se, para a doença psíquica (Moreira et al., 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a Saúde Mental como “um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza as suas capacidades, supera o *stress* normal da vida diária, trabalha de uma forma produtiva e frutífera e contribui de alguma forma para a sua comunidade” (OMS, 2013). Ou seja, a saúde mental constitui uma parte integral da saúde do ser humano. Isto implica dizer que: (1) a saúde mental é mais do que apenas a ausência de perturbações psíquicas; (2) a saúde mental constitui parte integrante da saúde física; na verdade, não há saúde física sem saúde psíquica e (3) a saúde mental é determinada por vários fatores socioeconómicos, biológicos e ambientais. O conhecimento científico sobre a saúde mental emergiu não apenas das abordagens de evidências científicas, mas de uma ampla e abrangente visão filosófica e sociológica sobre a saúde. A saúde mental não se baseia apenas na ausência de doença, mas torna-se imperativo recorrer constantemente a práticas e estilos de vida adequados que promovam a sua qualidade e o bem-estar.

Segundo os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE), estima-se que a população residente em Portugal seja de 10,6 milhões de habitantes. Um estudo

Epidemiológico Nacional de Saúde Mental estimou que 1 em cada 5 habitantes tenha sofrido de alguma doença psiquiátrica – 23% (Almeida & Xavier, 2009). Estes são dados alarmantes, quando projetamos que existem mais de 2 milhões de pessoas a conviver com alguma perturbação mental.

O movimento “transformativo” da saúde referiu que ao atender à interação entre as diversas dimensões, física, psicológica e espiritual da experiência diária, os indivíduos podem remodelar o seu sentido de *self* (‘EU’), para o seu próprio benefício e o dos outros (Moreira et al., 2005).

A importância da manutenção e da promoção da autoestima pode ajudar a explicar comportamentos que se desencadeiam com o intuito de alcançar o bem-estar psicológico e constituir uma fonte de motivação. Numa lógica de promoção da saúde, importa o aumento do bem-estar, o desviar do foco da redução da incidência centrado nos problemas, para se focar nas competências pessoais e nas soluções. Esta ideia é baseada na convicção de que o aumento do bem-estar em geral conduz a uma menor tendência para o desenvolvimento ou perpetuação de quaisquer tipos de perturbações (Moreira et al., 2005). Funciona, então, como uma espécie de ativo psicológico.

A *Qualidade de vida*. A OMS (2013), definiu que a qualidade de vida se traduz na percepção que o indivíduo tem sobre a sua própria posição na vida, no contexto da sua cultura e nos sistemas de valores adotados e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O conceito de qualidade de vida está, assim, relacionado com tópicos como a autoestima e o bem-estar pessoal, no qual abrangem diversos aspetos secundários como a própria capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado psíquicos e emocional, a interação pessoal, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais e éticos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e com as atividades diárias e também o ambiente em que vive e em que está inserido.

É então possível afirmar que o conceito de qualidade de vida é bastante complexo e abstrato. Pode ser representado pelas respostas individuais a fatores físicos, sociais e mentais que fazem parte do dia-a-dia, traduzindo-se por diferentes áreas que, em conjunto, traduzem um todo. Fatores como a satisfação pessoal, o desempenho, a autoestima, a comparação com os outros, a experiência e o conhecimento prévios, a saúde

em geral, a situação económica e o estado emocional, compõem elementos que podem contribuir para uma qualidade de vida subjetiva plena.

O bem-estar físico objetivo está ligado à ausência ou a níveis insignificantes de doença. Esta é uma distinção fundamental, é um dos mais poderosos métodos indicadores de bem-estar psicológico. Desde a década de 80, um grupo de trabalho de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL) tem vindo a estudar esta temática e a definir qualidade de vida como a perceção subjetiva dos sujeitos em relação à sua posição na sociedade, tendo em conta os contextos dos seus sistemas de valores e cultura em que estão inseridos, em conformidade com os seus objetivos de vida, expectativas, inquietações, modelos e crenças (Vilar, et al., 2014).

A qualidade de vida ‘boa’ ou ‘excelente’ é, para Minayo (2000), aquela que tem capacidade para oferecer determinadas condições que visem os indivíduos a desenvolver o máximo do seu potencial, quais sejam: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazer ciências ou artes. Assim, este termo abrange diversos significados que espelham conhecimentos, experiências e os valores dos indivíduos e das coletividades, em várias épocas, espaços e histórias diferentes. Caracterizam-se por serem uma construção social.

O sono desempenha um papel vital no que toca à saúde tanto física como psíquica e ao bem-estar ao longo de toda a vida. Dormir o número de horas adequado, entre sete a nove horas diárias, beneficia de uma proteção em termos de saúde mental, física e aumentando assim a qualidade de vida (Barreto-Vianna, 2023).

2.2. Atividade Profissional Técnicos Auxiliares de Saúde

Os Auxiliares de Saúde (AS) correspondem a 1/5 da força de trabalho da saúde no SNS (APTAS, 2020). Ainda assim, esta categoria é uma classe profissional desprestigiada no seio das instituições de saúde (Beja, et al., 2020).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) apresenta os Auxiliares de Saúde (AS) como trabalhadores com funções de suporte ou apoio direto a profissionais mais qualificados, na prestação de cuidados dos serviços de saúde (OIT, 2023). Algumas das atividades desenvolvidas pelos TAS, são:

- 1- Auxiliar na prestação de cuidados aos utentes, de acordo com orientações do profissional de saúde responsável, designadamente, ajudar o utente nas necessidades de cuidados de higiene e conforto, de acordo com as orientações do enfermeiro; executar o posicionamento dos utentes que se encontrem acamados ou com sérias complicações a nível motor, ajudar na transferência a transporte dos utentes que necessitem de ajuda, executar determinadas tarefas que necessitem de intervenção imediata, prestar cuidados diários de higiene com os utentes como banhos e idas à casa de banho e prestar suporte nas tarefas alimentares do dia-a-dia como a preparação de refeições, ajuda e acompanhamento durante o momento das refeições;
- 2- Auxiliar nos cuidados *post-mortem*, de acordo com orientações do profissional de saúde;
- 3- Receção e descontaminação dos dispositivos médicos;

O Desenvolvimento Histórico: Invisibilidade. Historicamente, como estes profissionais não pertenciam a uma categoria diferenciada, ao longo do tempo foram sendo integrados dentro de categorias gerais no seio das instituições. A estes profissionais foram atribuídas as tarefas elementares de enfermagem que não envolviam responsabilidade profissional dos enfermeiros e que deveriam ser exercidas sob orientação destes. Esta orientação contribuiu para a invisibilidade destes trabalhadores no planeamento e gestão de políticas de recursos humanos e, conseqüentemente, para a baixa importância dada a estes prestadores de cuidados de saúde. Apenas em 2010 ocorreu a introdução do perfil profissional do Técnico de Auxiliar de Saúde no Catálogo Nacional de Qualificações, promovendo-se condições para a construção e desenvolvimentos de formações específicas para estes profissionais que antes eram executados por pessoal médico e de enfermagem (Beja, et al., 2020).

O Reconhecimento. Apenas em dezembro de 2023 foi aprovado o Decreto-Lei n.º 120/2023, de 22/12, que reconhece e descreve as funções desenvolvidas pelos então assistentes operacionais de serviços de saúde integrados no SNS. Na prática, foi quando foi oficialmente criada e reconhecida esta profissão, que já existia, mas não havia clareza formal sobre quais seriam as suas funções e planos de carreira profissional. Este diploma legal permitiu alavancar a qualidade das formações e trazer clareza aos processos de concurso à carreira de Técnico de Auxiliar de Saúde.

2.2.1. O sono dos Profissionais de Saúde

Os profissionais de saúde formam um grupo vulnerável aos distúrbios de sono, enquanto comparados à população em geral (Moreira, et al., 2015). O ambiente stressante, as condições precárias, a sobrecarga de trabalho (Azambuja et al., 2024) à rotatividade de horários (e alterações no ritmo circadiano) prejudicam gravemente tanto a qualidade, como a quantidade de sono (Gao, et al., 2022).

Um estudo realizado com médicos e enfermeiros apontou uma prevalência elevada de perturbações relacionadas com o sono, 41% dos profissionais (Saintila, et al., 2024). A qualidade do sono dos enfermeiros e dos médicos tem sido amplamente investigada na última década (Ribeiro et al., 2023). Entretanto, como elemento fundamental para o funcionamento das instituições de saúde, a qualidade do sono e de saúde mental dos Auxiliares de Saúde são muito pouco investigadas (Gao, et al., 2022).

Estudos demonstram que auxiliares de saúde prestadores de cuidados a idosos dependentes, sofrem frequentemente de alterações em diversas áreas da sua vida quotidiana: alterações a nível familiar, estão sujeitos a tensão, desgaste, stress e cansaço prolongados, tanto a nível físico como mental. Este conjunto de condições constantemente vivenciadas num complexo contexto de preocupação constante, conflito, stress, raiva pode conduzir a situações de morbilidade aumentada neste grupo de pessoas (Agar et al., 1997).

Uma investigação sobre os problemas de sono e *burnout* em enfermeiras e assistentes de saúde apontou que 25% apresentou perturbações do sono e 17% *burnout*, mas o mais surpreendente nesta investigação foi que a autoavaliação das enfermeiras sobre a qualidade de sono como má e muito má foi de 67%, enquanto a prevalência de má e muito má qualidade entre os auxiliares de saúde foi de 85% (Santos, 2022). Este resultado sugere que as qualidades de sono dos Técnicos Auxiliares de Saúde podem ser ainda mais graves do que os outros técnicos de saúde que já vem sendo investigado. E isto pode ter consequências significativas sobre a saúde mental destes profissionais e na qualidade da prestação de cuidados aos idosos.

2.2.2. Auxiliares de Saúde em Serviços de Gerontologia

Graças aos progressos na medicina e na farmacologia, as transformações socioeconómicas e tecnológicas, a vida humana prolongou-se no decurso das últimas décadas, aumentando a esperança média de vida da população mundial. O Instituto Nacional de Estatística (INE) prevê que a tendência de envelhecimento em Portugal se deverá manter até ao ano de 2080, prevendo que o índice de envelhecimento da população aumente dos 147 para os 317 idosos, por cada 100 jovens. Atualmente, Portugal é um dos países com o índice de população mais idosa de toda a União Europeia (UE) (INE, 2017). Perante a necessidade crescente de prestação de cuidados continuados à população, especialmente aos idosos e deficientes, dúvidas não há que a necessidade de recorrer a estes profissionais, aos Técnicos Auxiliares de Saúde, cresceu exponencialmente.

Ao mesmo tempo e à medida que a procura por estes profissionais continua a aumentar, medidas mais atrativas em relação à qualidade e reconhecimento do trabalho serão necessárias. Um importante primeiro passo foi alcançado com a publicação do Decreto Lei n.º 120/2023, de 22/12, mas a atenção em relação às rotinas de trabalho e à qualidade de vida dos Auxiliares de Saúde necessitam de ser consideradas e valorizadas pelos gestores das instituições de saúde (Gao, et al., 2022).

Os Auxiliares de Saúde estão sujeitos a uma elevada carga de situações de stress no trabalho, onde avulta o esforço físico e a tensão permanentes. Muitos estudos têm revelado o quão precária é a saúde destes cuidadores. Também não causa surpresa que a patologia dos que prestam cuidados acabam por se refletir sobre os que deles dependem, os próprios utentes/idosos. Eles podem ser tratados com menos humanidade, sofrerem acessos de irritabilidade ou de negligência (Brito, 2002). Brown e Stetz (1999) consideram que as prestações de cuidados básicos de saúde e higiene requerem um esforço contínuo quer a nível cognitivo, como emocional e físico, o que muitas vezes acaba por não reconhecido pela sociedade e inadequadamente recompensado financeiramente.

Por conseguinte, os lares exercem um papel fundamental relativamente aos cuidados continuados da população senescente. Nestas instituições são disponibilizados todos os cuidados de saúde a pessoas com limitações físicas ou mentais, bem como a idosos sem condições afetivas ou socioeconómicas. Os cuidados de saúde fornecidos por estas instituições incluem a assistência nas atividades da vida quotidiana como a higiene diária,

alimentação, ocupação e estimulação cognitiva. Esses cuidados de saúde são prestados por colaboradores como os Auxiliares de Saúde ou enfermeiros e médicos (Hallberg, 2006). Em Portugal existem cerca de 2606 lares registados e estima-se que haja, no mínimo, 1500 clandestinos ou sem registo (Cordeiro, 2024).

3. ESTUDO EMPÍRICO

3.1. Metodologia Mista (Guião de Entrevista Questionário)

Para alcançar os objetivos mencionados optou-se pela realização de um estudo misto, do tipo exploratório. Os métodos mistos foram definidos como um procedimento de recolha, análise e junção de técnicas quantitativas e qualitativas englobadas num mesmo desenho de pesquisa.

3.1.1. Desenho do Estudo

Atualmente, nos projetos de investigação, é possível que o investigador recorra a diversos tipos de metodologias de investigação, nomeadamente, aos métodos quantitativos, qualitativos e/ou os a métodos mistos. Segundo Marie-Fabienne Fortin no seu livro intitulado “Fundamentos e Etapas no processo de investigação”, escrito em 2009, a Autora refere que o tipo de estudo difere consoante a função a que se destina, pois poderá descrever variáveis ou grupos de indivíduos, predizer relações de causalidade entre funções variáveis dependentes e independentes ou até mesmo estudar relações de associação entre as variáveis (Fortin, 2009).

No que toca à natureza da investigação abordada neste trabalho, o estudo desenvolveu-se segundo um plano do tipo Exploratório, seguindo uma abordagem de carácter misto, com recurso a métodos de análise tanto qualitativos como quantitativos. Porém, a análise de resultados debruçou-se sobre o método qualitativo.

O estudo do tipo exploratório tem como objetivo principal o estudo e a exploração de possibilidades que ainda não foram descobertas ou estudadas, visando a construção de hipóteses. Por outras palavras, o estudo ou pesquisa exploratória pretende conhecer as variáveis em estudo, exatamente como elas se apresentam, (o seu significado no local em que se insere), pressupondo, assim, que o conhecimento humano se torna melhor compreendido no contexto social em que se insere. Nas formulações tradicionais, a pesquisa exploratória tem como principal finalidade a análise dos dados da pesquisa e o desenvolvimento ou refinamento das hipóteses. Esta nova conceção foi realizada com a finalidade de corrigir o viés causado pelo investigador, aumentando o grau de objetividade da pesquisa, tornando-a mais coerente e ajustada à realidade. Constitui, assim, um método muito relevante para demonstrar a realidade de uma “forma verdadeira”. A pesquisa

exploratória pretende realizar descrições exatas sobre determinadas situações e tentar descobrir e relacionar conceitos existentes entre as suas componentes (Piovesan & Temporini, 1995).

Pode dizer-se, então, que a pesquisa exploratória pretende apenas efetuar o levantamento de hipóteses ou informações acerca de um determinado fenómeno em estudo, mapeando e delimitando as condições de manifestação desse mesmo fenómeno. Em regra, as pesquisas exploratórias constituem a primeira fase de uma exploração mais ampla com o objetivo de descrever, detalhadamente, um determinado facto ou fenómeno (Severino, 2016).

Ainda segundo Temporini, a operacionalização da pesquisa exploratória pode descrever o estudo exploratório como um “*continuum*” que parte de uma posição de pouco ou breve conhecimento acerca de um fenómeno em estudo, até alcançar uma posição de conhecimento qualitativo autêntico acerca desse mesmo universo em estudo, sendo que cada etapa se apoia nos resultados obtidos pela etapa anterior.

Em regra, a primeira etapa consiste na realização de uma entrevista em profundidade em que o entrevistador procura dialogar com o entrevistado num clima calmo, de abertura e de tranquilidade, com a finalidade de permitir o máximo de liberdade de expressão. Este método tem como finalidade obter o maior número possível de informações que o entrevistado possa fornecer. Nesta fase é possível elaborar um guião de entrevista com tópicos e assuntos que se pretendam discutir. Contudo, se no decorrer da entrevista o entrevistado se estiver a desviar do assunto ou a tomar rumos diferentes, mas a abordar assuntos pertinentes e interessantes para o objeto em estudo, o entrevistador deve flexibilizar o guião de perguntas, abordando e explorando os novos tópicos trazidos pelo entrevistado. Para isso precisa de filtrar a informação, o que requer experiência do investigador em introduzir e manifestar ideias que não são suas, devendo sempre procurar filtrar o que vê e ouve através das lentes subjetivas da sua própria personalidade (Piovesan & Temporini, 1995).

As entrevistas em profundidade podem ser realizadas a um só entrevistado ou a grupos de entrevistados. Tanto as entrevistas individuais como em grupo oferecem inúmeras vantagens e desvantagens, mas que se complementam mutuamente, daí existirem vantagens em associá-las (Lüdke & André, 2000).

Quanto às formas de abordagem da pesquisa, elas podem traduzir-se em abordagens de caráter tanto qualitativo, como quantitativo ou misto. Com base numa perspectiva metodológica, a distinção entre as análises de dados qualitativos e quantitativos reside na diferença em que os dados quantitativos assumem uma forma numérica e apenas podem ser trabalhados com recurso às técnicas qualitativas mais comuns, como técnicas estatísticas baseadas em conceitos sobre determinadas frequências ou possibilidades. Por outras palavras, traduzem-se em números as opiniões e informações para que sejam classificadas e analisadas. Ao invés, os dados qualitativos não assumem essa forma numérica, procuram o estudo sobre determinados assuntos específicos ou particularidades, com uma abordagem bastante ampla e vasta. O foco é tentar identificar e compreender o “saber” de como as pessoas “vêm e sentem” quando estão diante das situações estudadas. Aplicam métodos de investigação de opinião e de leitura (Rodrigues, 2007).

Cada método utilizado permite uma determinada forma de conhecimento. Contudo, nenhum pode aceder a todo o leque de conhecimentos possível. Assim sendo, a metodologia qualitativa consiste num conjunto de procedimentos qualitativos com o propósito privilegiado de contribuir para o desenvolvimento de uma teoria.

Com o desenvolvimento e perceção da legitimidade, tanto da pesquisa qualitativa como da quantitativa nas ciências humanas e sociais, a utilização dos métodos mistos, qualitativos e quantitativos, está em expansão. Estes procedimentos foram-se expandindo em resposta à necessidade de esclarecer a razão pela qual se incluem dados quantitativos e qualitativos num único estudo (Creswell & J. David Creswell, 2021).

Segundo estes mesmos autores, os métodos mistos podem ser definidos como um procedimento de recolha e de análise que combina métodos qualitativos com métodos quantitativos no mesmo desenho de pesquisa (Paranhos, 2016).

“O pressuposto central que justifica a abordagem multimétodo é o de que a interação entre eles fornece melhores possibilidades analíticas” (Paranhos, et al., 2016, pag. 391). Tendo em conta estas vantagens dos métodos mistos, será realizada a combinação entre dados quantitativos, (resultados dos instrumentos), e análises qualitativas das entrevistas realizadas, procedendo-se a uma leitura qualitativa dos resultados obtidos.

3.2.1. Participantes: população e amostra

Após a aprovação pela Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (anexo B) da proposta do estudo, foram estabelecidos contactos com várias Residências Geriátricas, localizadas nos concelhos do Porto e de Vila Nova de Gaia e foi solicitada a respetiva colaboração e autorização para estabelecer os contactos necessários com os funcionários que iriam participar no estudo.

Chizzotti, (2003), refere que a amostra de uma pesquisa clínica em uma determinada população em estudo deve ser dividida segundo quatro critérios diferentes: - os critérios de inclusão, os critérios de exclusão, a técnica de amostragem e o consentimento livre e esclarecido. Acompanhando a linha de pensamento de Chizzotti, foram definidos para o presente estudo que seriam considerados como seguintes critérios de inclusão: auxiliares de saúde que aceitassem voluntariamente participar no estudo, que exercessem funções há pelo menos 1 ano e que tivessem idade superior a 18 anos. Como critérios de exclusão foram definidos os seguintes: auxiliares de saúde que não aceitassem voluntariamente participar no estudo, que exercessem funções há menos de um ano, que exercessem outras funções que não a de auxiliares de saúde e que tivessem idade inferior a 18 anos. Todos os participantes neste projeto preencheram o consentimento informado livre e esclarecido (anexo A).

A amostra constitui um elemento central na pesquisa científica. É a partir da amostra que os investigadores recolhem informações sobre diferentes objetos em estudo, selecionam as variáveis analiticamente relevantes e conduzem o seu próprio desenho de pesquisa (Paranhos, 2016).

In casu, a amostra foi constituída por oito participantes voluntários. Todos os trabalhadores participantes são do sexo feminino, não havendo em nenhuma das instituições participantes nenhum trabalhador do sexo masculino. Constatou-se que todos os elementos tinham concluído o ensino secundário. A média de idades da amostra foi de (n=51,8 anos) variando as idades entre os 34 e os 70 anos. Todos os auxiliares de saúde constituintes da amostra exercem funções há pelo menos um ano, verificando-se uma variação de entre 1 ano de serviço até 20 anos de serviço, sendo que a média de tempo de serviço se encontra nos (n=7,75 anos de serviço). No presente estudo, os 8 participantes foram identificados como 1p; 2p; 3p; 4p; 5p; 6p; 7p; 8p.

Tabela 1 Caracterização da Amostra

	1P	2P	3P	4P	5P	6P	7P	8P
Género	F	F	F	F	F	F	F	F
Idade	51 anos	56 anos	51 anos	44 anos	34 anos	76 anos	57 anos	46 anos
Nível de Escolaridade	Ensino Secundário/ Curso Técnico de Auxiliar de Geriatria	Ensino Secundário/ Curso Técnico de Auxiliar de Geriatria	Ensino Secundário/ Curso Técnico de Auxiliar de Geriatria	Ensino Secundário/ Curso Técnico de Auxiliar de Geriatria	Licenciatura em Serviço Social	Ensino Secundário	Ensino Secundário/ Curso Técnico de Auxiliar de Geriatria	Ensino Secundário/ Curso Técnico de Auxiliar de Geriatria
Horário Laboral	Diurno	Noturno	Diurno	Diurno	Diurno	Diurno	Noturno	Noturno
Tempo de Desempenho de Funções	8 anos	7 anos	7 anos	8 anos	1 ano	20 anos	7 anos	4 anos
Profissão Anterior	Fábrica	Empresa de Brinquedos	Outlier-Costura	Regime Particular	Creche de Crianças	Segurança Social	Secretária	Técnica Administrativa
Praticar algum tipo de Desporto ?	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim

3.2.2. Instrumentos de Recolha de Dados

No que concerne os instrumentos utilizados para a recolha de dados, foram definidos para o presente estudo, uma entrevista de carácter semiestruturado e o Questionário de *Pittsburgh*.

Antes do início da entrevista propriamente dita, foi solicitado aos participantes que lessem e preenchessem o consentimento informado, livre e esclarecido, do qual constavam os respetivos termos, o tema e o objetivo do estudo a realizar. Todos os participantes concordaram com os termos constantes do consentimento informado pelo que sequencialmente foi dado início à entrevista, de carácter semiestruturado, sendo que no final foi pedido a cada um dos participantes, o preenchimento integral do questionário de *Pittsburgh*. O guião da entrevista, foi elaborado a partir da revisão da literatura consultada e foi composto por vinte e um (21) itens, divididos em três dimensões relativas à “Perceção de Bem-Estar Físico e Psíquico no Trabalho”, “Humor e Motivação” e “Padrões do Sono”. No final de cada uma das entrevistas foi aplicado o Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh*- versão Portuguesa (PSQI-PT) (João, Becker, Jesus, & Martins, 2017).

As entrevistas foram realizadas de forma voluntária após contacto com a direção dos Lares aderentes. Tiveram uma duração média de 50 minutos - tendo a primeira entrevista uma duração de 38 minutos (1p), a segunda uma duração de 39 minutos (2p), a terceira uma duração de 55 minutos (3p), a quarta uma duração de 1 hora e 8 minutos (4p), a quinta uma duração de 34 minutos (5p), a sexta uma duração de 59 minutos (6p), a sétima uma duração de 1 hora e 10 minutos (7p) e a oitava uma duração de 49 minutos (8p).

3.2.3. Entrevista Semiestruturada (Guião entrevista)

O guião de entrevista criado a partir da revisão da literatura consultada, consiste numa série de 21 questões de carácter aberto, na qual o entrevistado foi convidado a desenvolver de uma forma explicativa e qualitativa, a sua perceção sobre determinados aspetos da sua vida quotidiana, relacionados com o sono, (padrões, qualidade e quantidade), gosto pela profissão, satisfação no trabalho e auto-perceção de saúde mental. (Anexo C)

De acordo com Manzini, 2004, a entrevista semiestruturada é caracterizada por um guião de perguntas previamente estabelecidas e que diferem da entrevista estruturada, quer ao nível da flexibilidade, porquanto permitem ao investigador alterar ou não as suas perguntas consoante as respostas dadas, quer porque possibilitam interações entre o investigador e o participante, permitindo o surgimento de informações de uma forma mais livre e espontânea, na medida em que as respostas não se encontram condicionadas por “uma padronização de alternativas” (Manzini, 2004).

As três perguntas iniciais do guião elaborado para este estudo destinaram-se a permitir a recolha de material sociodemográfico sobre cada um dos entrevistados e a caracterizar a amostra e incidem sobre a idade, o sexo e o grau de escolaridade.

No guião de entrevista e como descrito na Tabela 2, abaixo, a primeira dimensão corresponde à “Perceção de Bem-Estar Físico e Psíquico no Trabalho”, englobou 8 itens e pretendeu avaliar os sentimentos subjetivos gerados pelo trabalho, a relação que os profissionais mantêm com os utentes da instituição e a perceção de satisfação e realização com o trabalho. A segunda dimensão, “Saúde Mental”, englobou 5 itens e nela se pretendeu avaliar a sensação de motivação, humor experienciados pelo entrevistado bem como a presença ou não de algum tipo de psicopatologia. A terceira dimensão, “Padrões de Sono”, englobou 8 itens e pretendeu avaliar como o profissional vivencia o fenómeno do sono de uma forma qualitativa bem como os seus ritmos, padrões, comportamentos e caracterização do sono (se reparador ou não reparador) e pretendeu analisar a presença de condicionantes externas que perturbem o sono (e.g., ter filhos recém-nascidos, vizinhos barulhentos). Seguidamente fez-se a análise dos resultados obtidos, correlacionando os itens com as respostas dadas por cada um dos entrevistados.

Tabela 2 Guião de entrevista

Item	Questão	Dimensão
Item 1	Desde quando desempenha funções como auxiliar de saúde?	1º Dimensão: Perceção de Bem-estar físico e psíquico no trabalho
Item 2	Pode contar-me um pouco sobre como chegou a esta profissão?	
Item 3	Que expectativas tinha quando iniciou o seu trabalho?	
Item 4	Como percebe a sua relação com os utentes da instituição, no seu dia-a-dia?	
Item 5	Prefere o trabalho noturno ou diurno?	
Item 6	Tem algum sítio onde descansar no seu trabalho?	
Item 7	Existe algum profissional de saúde mental a quem possa recorrer?	
Item 8	O que mais gosta no seu trabalho?	
		2º Dimensão: Motivação/ Humor
Item 9	Como caracteriza as suas emoções no trabalho?	
Item 10	Sente-se realizado e com energia para realizar as tarefas do dia-a-dia?	
Item 11	Sente que o seu humor influencia a sua motivação?	

Item 12

Pode falar-me um pouco da sua saúde mental ao longo dos anos?

Item 13

Pratica algum desporto? Se sim, sente que isso a ajuda no seu bem-estar?

3º Dimensão:
Padrões de Sono

Item 14

Qual é a média de horas que costuma dormir por noite?

Item 15

Costuma demorar muito tempo a adormecer?

Item 16

Como caracteriza o seu sono?

Item 17

Sente que é reparador?

Item 18

Costuma sonhar? Teve algum pesadelo que me queira contar?

Item 19

Toma alguma medicação para o sono?

Item 20

Costuma sentir sonolência durante o dia enquanto trabalha?

Item 21

Já sentiu insónias ou alguma perturbação relacionada com o sono?

3.2.4. Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh- versão Portuguesa (PSQI-PT)

Originalmente criado por Buysse et al. (1989), o índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI), traduzido em Português por João, Becker, Jesus e Martins em 2017, tem por objetivo avaliar a qualidade do sono tanto em adolescentes como em adultos. Consiste num questionário de autorresposta composto por 19 itens referentes à qualidade e perturbações do sono sentidas maioritariamente no último mês, juntamente com mais cinco questões clinicamente relevantes, mas que não são consideradas para fins de pontuação. O questionário pretende avaliar sete componentes diferentes, tais como: a duração do sono; a latência do sono; a eficiência do sono; a sua qualidade subjetiva; o uso de medicação para dormir; distúrbios do sono e disfunção diária. Perante estas questões é pedido ao participante para indicar as suas respostas em escalas de *likert* de quatro pontos, sendo que perante o tipo de questão pode ser indicada a frequência de um comportamento como “uma vez por semana; duas vezes por semana; três vezes ou mais por semana”. Para cada dimensão, o *score* atribuído pode variar entre 0 a 3 sendo que o valor global do instrumento pode variar entre 0 a 21. Um score superior a 5 indica uma pobre qualidade do sono e se for igual ou inferior a 5 indica uma boa qualidade do sono.

Quanto à sua cotação, na componente 1 (Qualidade subjetiva do Sono) é pedido que se examine a questão 6 onde é atribuído um *score* de 0 a 3, consoante a resposta indicada. Na componente 2 (Latência do Sono) é pedido que se examine a questão 2 e a questão 5a, onde é feito o somatório de ambos os resultados e atribuído um *score* de 0 a 3, conforme o resultado da soma dos dois parâmetros. Na componente 3 (Duração do Sono) é pedido que seja examinada a questão 4 e atribuído o *score* conforme a resposta, sendo que se a duração do sono for inferior a 5 horas, é atribuído o *score* de 3 e se for superior a 7 horas é atribuído o *score* de 0. Na componente 4 (Eficiência do Sono) é pedido na questão 4 que se indique o número de horas dormidas, em que posteriormente é calculado o número de horas de leito: (horário de levantar/questão 3)-(horário de deitar/ questão 1) o que irá dar um resultado. Posteriormente é calculada a eficiência do sono, (número de horas dormidas/número de horas de leito) x100 = eficiência do sono em %, onde é atribuído um *score* de 0 a 3 conforme o resultado obtido. Na componente 5 (Distúrbios

do Sono) é pedido para examinar as questões de 5b a 5j onde é atribuída uma pontuação conforme a regularidade de um comportamento juntamente com isto é feito o somatório de todas as pontuações e atribuído um *score* de 0 a 3, conforme as pontuações obtidas, sendo que de 1 a 9 a pontuação é 1, de 10 a 18 a pontuação é 2 e de 19 a 27 a pontuação é 3. Pontuações de 0 dão *score* de 0. Na componente 6 (Uso de medicação para dormir) é pedido que se examine a questão 7 e se atribua um *score* de 0 a 3, conforme a regularidade do uso de medicação, o que pode variar entre “nunca” a “3 vezes por semana ou mais”. Na componente 7 (sonolência e disfunções diurnas) é pedido que se examinem as questões 8 e 9 e se somem ambos os resultados, A este somatório será atribuída uma pontuação entre 0 e 3, conforme o resultado obtido em ambas as questões. No final, na avaliação do valor global PSQI (qualidade do sono) é feito o somatório de todas as componentes anteriores onde o valor global pode oscilar entre 0 a 21, sendo valor global indicativo de boa ou má qualidade do sono (João, Becker, Jesus, & Martins, 2017).

3.3. Procedimentos

3.3.1. Procedimentos Éticos e Deontológicos

Para a elaboração do presente trabalho foi estabelecido contacto com Diretores de Lares localizados no Porto e em Vila Nova de Gaia, identificados após uma pré-seleção realizada com base na localização dos respetivos estabelecimentos, dimensão, serviços prestados e avaliação de familiares de utentes, a quem foi apresentada a ideia de realizar um estudo empírico sobre o fenómeno do Sono e Saúde Mental em Auxiliares de Saúde de Instituições Geriátricas e pedida autorização para a realização do mesmo nas respetivas instalações e para entrevistar técnicos de saúde que aí prestavam serviço.

Após esta breve explicação sobre o desenho do estudo, enviou-se, através de correio eletrónico, um resumo dos objetivos pretendidos com a investigação. Obtida que foi a concordância dos responsáveis das duas Instituições que haviam sido selecionadas, foi-lhes solicitada colaboração na divulgação do estudo junto dos seus funcionários, para obter candidatos para, de forma livre e voluntária, participarem no estudo.

Foi com grato prazer que se obteve, num curto espaço de tempo, um número suficiente de participantes que demonstraram interesse em participar no estudo pelo que, também

num curto espaço de tempo, foi agendada uma data e hora para a realização das referidas entrevistas. Estas decorreram entre os dias 12 de abril de 2024 e 24 de maio de 2024.

No início de cada uma das entrevistas foi individualmente apresentado a cada um dos entrevistados o tema e o objetivo do estudo, bem como a duração média prevista para cada entrevista. De seguida foi-lhes explicado que iria ser conduzida uma entrevista de carácter semiestruturado e pedido que no final da entrevista, caso concordassem, preenchessem o “Índice de qualidade do sono de *Pittsburgh* – versão portuguesa (PSQIPT)” (João, Becker, Jesus, & Martins, 2017) tendo todos os participantes concordado com este formato. Foram igualmente esclarecidos determinados procedimentos, designadamente, que poderiam desistir a qualquer momento da entrevista, que poderiam não responder a qualquer pergunta e que poderiam colocar dúvidas ou questões sempre que entendessem. Tendo estas condições sido aceites por cada um dos participantes, foi então preenchido o consentimento informado livre e esclarecido por cada um dos participantes. Do consentimento informado constam duas alíneas que autorizam o investigador a gravar a entrevista no formato de áudio no próprio telemóvel, com o objetivo de facilitar o tratamento dos dados obtidos e o período temporal e as condições em esse material é conservado e destruído, respeitando assim o princípio da confidencialidade e do anonimato. Foi também explicado a cada um dos entrevistados que caso os participantes não consentissem na gravação da entrevista em formato de áudio, seriam anotadas as perguntas e as respostas numa folha de papel. Considerando que todos os participantes concordaram com a gravação em áudio, não se revelou necessário o recurso a esse meio (anexo A). Foram rigorosamente respeitados os direitos de privacidade dos registos porquanto os investigadores recolhem e registam apenas a informação estritamente necessária sobre a população, de acordo com os objetivos definidos para posterior utilização dos registos.

A prestação do consentimento informado é uma *conditio sine qua non*, indispensável no estabelecimento de uma relação de confiança entre investigador e participante. Trata-se de uma decisão voluntária, realizada por uma pessoa autónoma, após um processo informado e deliberado, sabendo da sua natureza, riscos e consequências (Clotet, 2009). Para a obtenção do consentimento informado, seguindo escrupulosamente os padrões de ética nos estudos de investigação, foram preenchidas duas cópias do mesmo consentimento, sendo que uma cópia ficou na posse do participante e a outra cópia na posse do investigador.

Fruto do carácter semiestruturado da entrevista conduzida, verificou-se variação na duração de cada uma das entrevistas, havendo participantes que desenvolviam mais as ideias do que outros e que colocavam dúvidas e questões que não estavam inicialmente programadas. Todos os participantes responderam aos 21 itens em que consistia a entrevista, tendo posteriormente todos preenchido o Questionário de *Pittsburgh*.

Para realização da investigação, todos os processos que preconizavam autorizações obtiveram-se, respeitando os princípios éticos, valores e normas do Código Deontológico do Psicólogo (Clotet, 2009), em concordância também com os princípios éticos aceites pela comunidade de investigação e pela Declaração de Helsínquia, tais como: consentimento informado aos participantes, confidencialidade, respeito, seriedade nas relações estabelecidas, competência, responsabilidade e a garantia dos direitos dos que participaram voluntariamente neste trabalho de investigação.

3.3.2. Procedimentos de Recolha de Dados

Após a conclusão das entrevistas sobre todos os participantes e o preenchimento dos Questionários de *Pittsburgh*, foram concluídos todos os processos de recolha de dados empíricos.

Inicialmente, os Questionários de *Pittsburgh* preenchidos por todos os participantes foram analisados e cotados com vista à compreensão quantitativa de como os entrevistados vivenciam o fenómeno do sono e como são constituídos os respetivos padrões. Todas as dimensões que o instrumento pretende avaliar foram cotadas e obteve-se o valor global PSQI (qualidade de sono) sobre cada participante com base nos resultados obtidos. Relativamente à entrevista qualitativa de carácter semiestruturada, inicialmente foram transcritos integralmente os diálogos obtidos entre o entrevistador e o entrevistado para melhor tratamento e análise dos dados. Numa etapa subsequente, criou-se um documento no *Word Office* contendo as principais ideias e focos sobre cada entrevista transcrita. Neste documento foi possível criar uma divisão do guião inicial da entrevista, separada pelos seus itens constituintes. A separação foi feita pelos itens inseridos no guião. As respostas de todos os entrevistados aparecem agrupados pelos respetivos itens. Aparecendo item 1#, seguido das respostas dos 8 participantes; item2#, seguido das

respostas dos 8 participantes e assim sucessivamente. Este método tornou-se eficaz na identificação de pontos convergentes e divergentes no diálogo de cada um dos entrevistados e revelou-se um método bastante eficiente na organização e estruturação dos resultados obtidos.

3.4. Metodologia de Apresentação, Tratamento e Análise de Dados

Com vista a agrupar os dados recolhidos pelo relato das entrevistas e pelos resultados obtidos na administração do questionário de *Pittsburgh*, criaram-se 4 dimensões que englobam determinados subtópicos em análise, de forma a conseguir um tratamento dos dados obtidos mais estruturado. As dimensões criadas traduzem-se pelos Padrões de Sono, pela Qualidade Subjetiva do Sono, pela Experiência Diária no Trabalho e pela Saúde Mental.

Na dimensão “Padrões de Sono”, foram englobados determinados subtópicos como o número médio de horas dormidas pelos Auxiliares de Saúde, a facilidade com que entram no sono, o uso de medicação específica para o sono e a sonolência sentida durante o dia, especialmente em regime laboral. Na dimensão “Qualidade Subjetiva do Sono”, englobaram-se subtópicos referentes ao horário do sono, à caracterização subjetiva da qualidade do sono pelos participantes, à presença ou não de perturbações do sono e os resultados do Questionário de *Pittsburgh*. Na dimensão “Experiência Diária no Trabalho” englobaram-se subtópicos que pretendem analisar a relação que os Auxiliares de Saúde mantêm com os utentes da instituição, as emoções sentidas no trabalho, o sentimento de realização e satisfação no trabalho e o trabalho por turnos. Na dimensão “Saúde Mental” foi pretendido analisar se os Auxiliares de Saúde têm no trabalho algum profissional de saúde mental a quem possam recorrer caso necessitem, se têm algum tipo de antecedente psiquiátrico, se tomam alguma medicação psicofármaca e se sentem alterações a nível da saúde mental diretamente relacionadas com assuntos do trabalho.

3.4.1. Análise dos Resultados do questionário Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh*

Após cotação dos sete parâmetros avaliados pela Escala de *Pittsburgh* (Qualidade subjetiva do Sono, Latência do Sono, Eficiência do Sono, Duração do Sono, Medicação do Sono, Sonolência e Disfunções Diurnas, Distúrbios do Sono) sobre todos os participantes, constatou-se que sete participantes obtiveram um valor global superior a 5, (>5 PSQI) concluindo que sofrem de uma pobre qualidade do sono.

De salientar que o participante que obteve o *score* mais baixo dentro dos parâmetros definidos para ser possível ser atribuído “boa qualidade de sono” obteve um *score* de 5, valor que se encontra na fronteira entre a pobre e a boa qualidade do sono.

Na tabela abaixo pretendeu-se demonstrar de entre os resultados obtidos pelos participantes, as cotações dentro das subescalas, divididos entre os trabalhadores do regime diurno e os do regime noturno. Para tal efeito apresentou-se conforme a cotação do índice de Pittsburgh um *score* entre 0 a 3 os resultados de cada componente respondida pelos participantes. Sendo que 0 indica um *score* normativo sem severidade e 3 indica um *score* adverso com severidade. Foi possível demonstrar que embora com menos participantes, os trabalhadores do turno noturno apresentaram *scores* superiores em relação aos trabalhadores diurnos indicando maior severidade nos sintomas, nomeadamente em qualidade e quantidade de sono.

Tabela 3 Sub Dimensões Índice de Qualidade Subjetiva do Sono de *Pittsburgh*

Dimensões Avaliadas	Trabalhadores Diurnos	Trabalhadores Noturnos
Resultado Componente 1		
Qualidade Subjetiva do Sono	1-1-1-1-2	2-3-1
Número de participantes	5	3

Resultado Componente 2

Latência do Sono	1-1-2-1-1	3-3-1
Número de participantes	5	3

Resultado Componente 3

Duração do Sono	1-2-1-1-1	2-1-1
Número de participantes	5	3

Resultado Componente 4

Eficiência do Sono	3-0-1-0-3	3-0-0
Número de participantes	5	3

Resultado Componente 5

Distúrbios do Sono	1-1-1-1-1	2-2-1
Número de participantes	5	3

Resultado Componente 6

Uso de Medicação para o Sono	0-2-0-0-0	0-3-0
Número de participantes	5	3

Resultado Componente 7

Sonolência e Disfunções Diurnas	0-1-1-1-1	1-0-2
Número de participantes	5	3

3.4.2. Conteúdos das Entrevistas: Padrões do Sono nos Auxiliares de Saúde

Após análise sobre o item que refere “em média quantas horas costuma dormir por noite?” as respostas divergiram na medida em que todos os participantes apresentam horários e padrões de sono diferentes. Tornou-se evidente que o número de horas de sono destes profissionais está abaixo do recomendado pela OMS.

Pelos dados obtidos, três participantes referem dormir aproximadamente 6 horas por dia -(e.g., P6- *Atualmente durmo 6 horas por dia, ando a adormecer no sofá e depois vou para a cama. Não é por preocupação, foi uma alteração no meu estado psíquico, segundo os médicos a partir de uma determinada idade já não se dorme tão bem como antes*”).

P2- *“Durmo 6 horas, não é o suficiente, se pudesse dormia mais. Vou para casa cansada mentalmente, é difícil desligar o modo trabalho. Acordo sempre exausta”*.

P8- *“Adormeço à 1 da manhã e acordo às 7h da manhã, sinto muito sono depois do almoço”*).

Também 3 participantes referem dormir entre 6 a 7 horas por dia, (e.g., P1- *Durmo entre 6 e 7 horas por dia, gostava de dormir mais, mas não tenho tempo*”;

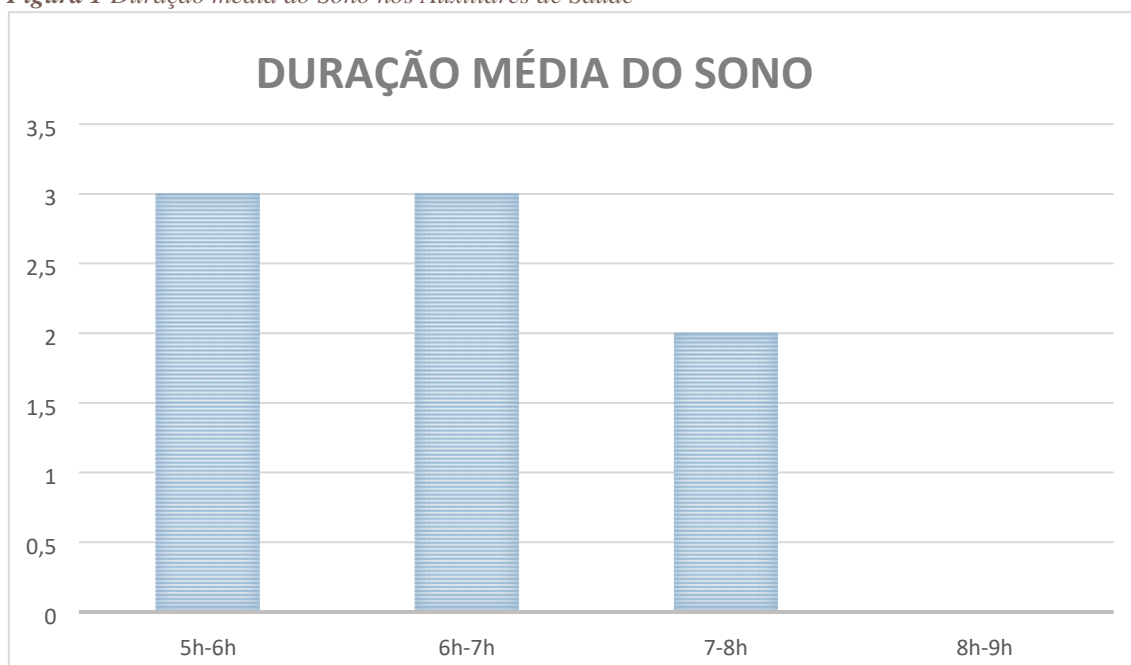
P3- *“7 horas, posso acordar ligeiramente, mas consigo voltar a adormecer. Sem a medicação adormeço e se acordar a meio da noite custa-me a voltar a adormecer, há dias em que nem adormeço”*;

Também dois participantes referem dormir entre 7 e 8 horas por noite (e.g., P7- *Depende se tomar o comprimido consigo dormir as 8 horas, senão apenas durmo 6 horas*”;

P5- *“Para mim é crucial dormir para estar com bom-humor, não ficar irritada, para mim dormir é das melhores coisas que podemos fazer ao nosso corpo”*

O gráfico abaixo pretende demonstrar os horários dos Auxiliares de Saúde no número de horas dormidas.

Figura 1 Duração média do Sono nos Auxiliares de Saúde



Sobre o item 15, pretendeu-se avaliar a facilidade de entrar no estado de sono e caracterizar o tempo médio que demoram a adormecer após se deitarem. Concluiu-se que quatro dos participantes demoram meia hora ou mais até conseguirem adormecer.

(e.g., P7- *Demoro algum tempo a adormecer, cerca de meia hora. Viro-me para um lado e para o outro, mas gostava de dormir mais*”;

P4- *“Sim, depende do nível de cansaço, mas em regra custa-me adormecer”*; *“Demoro a adormecer, depende do meu estado de espírito”*;

P1- *“Depende do meu estado de espírito, mas sempre mais de meia hora”*;

P2- *“Demoro muito tempo a adormecer, sempre tive insónias”*).

Também quatro participantes referiram adormecer relativamente rápido entre os 5 minutos e os 20 minutos, (e.g., P3- *“Costumo adormecer em pouco tempo, por vezes quando ando mais cansada ou stressada demoro mais, mas nada preocupante”*;

P6- *“Atualmente gosto de adormecer no sofá, cai-me o sono e nem reparo que adormeci, mas em regra não costumo ter grandes dificuldades em adormecer”*.

P5- *“Adormeço muito rápido sempre, gosto de dormir”*).

Conforme consta no item 19, quando questionados sobre a utilização de alguma medicação para facilitar a indução do sono, todos os participantes referiram não utilizar atualmente qualquer tipo de medicação específica para o sono. Contudo, três participantes referiram tomar psicofármacos para outros problemas específicos que provocam um efeito sedativo de relaxamento que conseqüentemente potencia e induz o sono. Da medicação utilizada não específica para o sono, deu-se destaque à *Fluoxetina* (um antidepressivo-classe de inibidor seletivo da recaptação de serotonina), ao *Flexiban* (um relaxante muscular de ação central) e também um anti-histamínico não especificado. (e.g., P2- *“Não tomo nem nunca tomei nenhuma medicação para o sono, apenas fluoxetina para andar bem-disposta”*;

P7- *“Para o sono não, mas tomo um relaxante muscular que induz o sono. Essa medicação permite-me dormir de dia, se não a tomar estou sempre a acordar”*;

P8- *“Para o sono não, mas tomo um anti-histamínico que me dá muito sono”*.

P3- *“Sim, flexiban dá para dormir e para eu não ter dores, senão adormeço e acordo a meio da noite e já não consigo voltar a dormir, estou 3 ou 4h sem dormir até voltar a adormecer”*).

Foi referido nos relatos que sem a medicação o sono é um processo descontínuo, caracterizado por vários despertares a meio da noite e por vezes não conseguem mesmo voltar a adormecer. Outros relatos por parte dos trabalhadores noturnos indicaram que o uso de medicação indutora do sono permite que possam dormir durante o dia e que sem o uso da medicação acordariam continuamente e com facilidade, não conseguindo manter um sono contínuo e reparador.

No item 20, perguntou-se se costumam sentir sonolência durante o dia enquanto trabalham, todos os participantes referiram sentir sonolência durante o dia e enquanto

trabalham (e.g., P2- *Muita sonolência, mas tento tomar cafés para combater isso, sinto que vou funcionando melhor ao longo do dia*”;

P1- *“Por vezes sim, especialmente se dormir mal na noite anterior”*,

P3- *“Sinto muita sonolência quando saio do trabalho, por vezes adormeço no autocarro”*;

P7- *“Sim, como tenho horários muito desregulados, estou sempre cansada, costumo tomar café e ouvir música para me tentar abstrair”*;

P8- *“Tomo cerca de 5 cafés por dia e bebo coca-cola, o período que sinto mais é depois de almoço”*).

A tabela seguinte sintetiza a informação recolhida.

Tabela 4 Características do Sono nos Auxiliares de Saúde

	1P	2P	3P	4P	5P	6P	7P	8P
Número de horas de Sono diárias	6H	6H	6H	7H	7H	6H	7H	6H/7H
Horário de Dormir	Noite	Dia	Noite	Noite	Noite	Noite	Dia	Dia
Sente Sonolência durante o dia?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Toma medicação para o Sono?	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Outro tipo de medicação ?	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim

3.4.3. Qualidade Subjetiva do Sono nos Auxiliares de Saúde

Nesta dimensão, “Qualidade subjetiva do Sono” exploraram-se elementos e categorias que demonstrassem a qualidade subjetiva do sono dos participantes. Dentro desta dimensão existem alguns subcapítulos referentes às alterações e horários do sono dos participantes, nomeadamente, a sensação de terem um sono reparador ou não, possíveis sintomas de perturbações relacionadas com o sono, a apresentação dos valores globais PSQI obtidos pelo questionário de *Pittsburgh* e das suas diferentes dimensões (Qualidade subjetiva do Sono, Latência do Sono, Eficiência do Sono, Duração do Sono, Medicação do Sono, Sonolência e Disfunções Diurnas, Distúrbios do Sono).

Em resposta ao item 17 do guião da entrevista, sobre como caracterizam o seu sono, quatro dos entrevistados referiram perceber o seu sono como reparador, demonstrando qualidade do sono. Outros quatro dizem não considerar o seu sono como reparador, referiram acordar diariamente com um sentimento de cansaço, falta de energia, elevada inércia do sono e com o sentimento geral falta de horas de sono.

(e.g., P1- *Sim o meu sono é reparador, mas sinto que devia dormir mais horas, ando muito cansada*”);

P2- *“Não é reparador senão eu teria de acordar bem e não acordo, ando muito cansada, noto que quanto mais cansada estou mais difícil é adormecer*”);

P3- *“É reparador se eu tomar o comprimido, se não tomar no dia seguinte estou muito cansada, tenho de tomar 3 cafés para “arrebatar”, quando fazia noites alimentava-me a uns 5 cafés por dia”* P4- *“Sim”*

P5- *“Acho que é”*

P6- *Normalmente sim, caso haja algum problema ou preocupação”*

P7- *“Não, tenho problemas de sono, nunca tenho horários definidos e tenho dificuldades em manter o sono”*

P8- *“Não”*).

Sobre o item 21, quando questionados sobre se sentem insónias ou outras patologias associadas ao sono, quatro dos entrevistados relataram atualmente sentir insónias. (e.g., P2- *“Insónias sinto todas as noites, o meu marido diz que costumo falar durante a noite”*; P6- *“Já sim, antigamente nunca tive, mas atualmente tenho”*). Também um entrevistado diz já ter sentido insónias e possivelmente outras perturbações relacionadas como Distúrbio do Movimento Periódico dos Membros (DMPM) e a Síndrome das Pernas Inquietas (SPI) (e.g., P7- *“Já sim, estou sempre em alerta e não consigo descansar, estou sempre em movimento durante a noite, mexo um braço ou uma perna sem querer, para além das insónias que tenho frequentemente”*). Outros quatro entrevistados, por sua vez, referiram não sentir atualmente qualquer tipo de insónia ou qualquer tipo de perturbação relacionada com o sono (e.g., P5- *“Não, nunca tive insónias”*; “P4- *Eu em regra durmo bem, o tempo quente tira-me o sono”*).

Tabela 5 Caracterização Subjetiva do Sono

	1P	2P	3P	4P	5P	6P	7P	8P
Sente alterações de Sono?	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sente	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim

Insónias?

Horários de Sono	23:30h 06h	03h 08:30 h	00h 06:00h	23h 05:50h	23h 07:20h	00h 07h	00:30h 08:30h	01:00h 07:00h
Sente que é Reparador?	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não

?

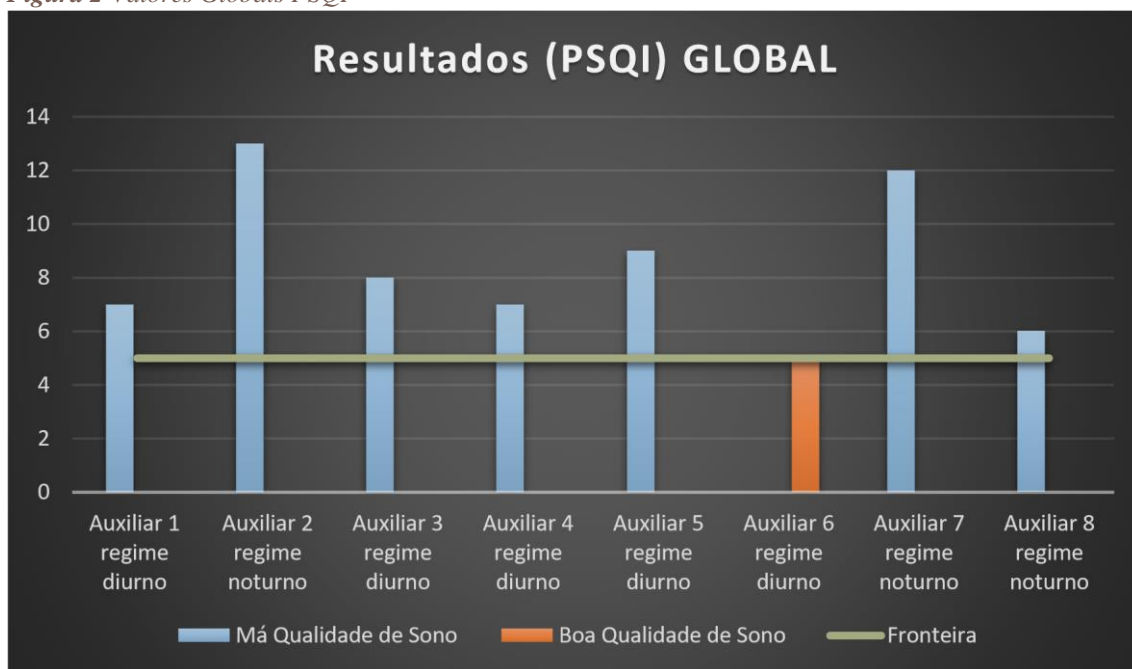
Tempo de Adormecer	20 Minutos	1 Hora 30 Minutos	30 Minutos	20 Minutos	15 Minutos	15 Minutos	30 Minutos	30 Minutos
Valores	7v	13v	8v	7v	9v	5v	12v	6v

Globais PSQI

Qualidade do Sono pelo PSQI	Pobre	Pobre	Pobre	Pobre	Pobre	Boa	Pobre	Pobre
-----------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-----	-------	-------

Através dos resultados obtidos resultantes da aplicação da escala *Pittsburgh*, observou-se que tanto os Auxiliares de Saúde do regime diurno como os do regime noturno apresentam má qualidade do sono e a média de horas diárias de sono nestes trabalhadores encontra-se nas N=6,43 horas.

Figura 2 Valores Globais PSQI



3.4.4. Experiência Diária no Trabalho

Nesta dimensão pretendeu-se compreender como os Auxiliares de Saúde experienciam a vivência do seu trabalho. Para esta dimensão, “Experiência Diária no Trabalho”, foram englobados quatro subtópicos: a relação que mantém com os utentes da instituição, as emoções sentidas no trabalho, o sentimento de satisfação e realização no trabalho e o trabalho por turnos.

Pelos dados obtidos nas entrevistas, seis participantes referiram manter relações positivas e saudáveis com os utentes, (e.g., P2- *“A relação é boa, eles precisam de nós e nós deles, aprende-se muito com eles e eles connosco”*);

P3- *“É boa, os utentes e nós mudamos muito de humor durante o dia, de manhã eles estão com mais energia, faladores e calmos, à tarde começam a ficar mais agitados, nervosos e querem logo ir para a cama”*;

P4- *“Alguns são mais difíceis de lidar, são mais teimosos, agitados, alguns têm mau feitio, mas temos de contrariar isso”*;

P5- *“Muito respeito, amabilidade, tenho confiança neles e quero que eles confiem em mim”*;

P7- “Muito boa, gosto deles todos e eles gostam de mim, às vezes torna-se cansativo, mas é gratificante, tento sempre transmitir uma imagem de alegria e simpatia”).

Com base nos dados, concluiu-se que nem todos referem manter relação assim tão positiva com os utentes, (e.g., P1- *“É uma relação difícil, depende um pouco de paciente para paciente”*; *“Ao final do dia eles começam a ficar mais inquietos, torna-se mais cansativo”*).

Quando questionados sobre a forma como caracterizam as emoções sentidas no trabalho, torna-se notória a existência de um ponto comum entre todos os participantes e que é o de o trabalho se torna mais cansativo com o decorrer do dia, tanto a nível físico como a nível psicológico, não apenas pelo crescente número de horas despendidas a trabalhar, mas em consequência do próprio humor e da agitação psicomotora que os próprios idosos vão sentindo ao longo do dia, exigindo assim aos Auxiliares de Saúde um maior distanciamento psicológico relativamente ao comportamento manifestado pelos utentes, (e.g., P1- *“Cansaço físico e psicológico, já chorei no turno, mas consigo controlar as emoções. Alegria, simpatia, raiva, irritação por vezes”*;

P2- “Posso até estar triste, mas aparentemente estou sempre bem-disposta”;

P3 “Cansativo, tanto físico como psicológico, tem dias que o turno nos arrasa, mas na hora de trabalhar a adrenalina sobe, quando a gente acaba o turno e a relaxar começa a “minar” a cabeça;

P4- “Cansaço, alegria, também temos vida lá fora, stressada e por vezes chateada”;

P7- “Venho motivada para trabalhar, mas chegando a uma fase do dia, começo a sentir-me cansada”;

P8- “Há utentes mais fáceis de lidar que outros, por vezes sofremos agressões psicológicas por parte dos utentes. Por vezes fazemos coisas boas e não somos bem valorizados”).

Fica claro no discurso destes auxiliares que existe grande labilidade emocional ao longo do dia de trabalho onde o esforço físico avulta a par com o esforço mental. (e.g., *P7 Um dia de trabalho é sempre um misto de emoções, existe um pouco de tudo...*)

Tabela 6 Emoções sentidas pelos Auxiliares de Saúde em regime laboral

Emoções Positivas sentidas durante a atividade laboral	Emoções Negativas sentidas durante a atividade laboral
-Alegria	-Ansiedade
-Gratificação	-Cansaço
-Respeito	-Desgaste Físico e Psicológico
-Simpatia	-Stress
-Amabilidade	-Irritabilidade
-Sensação de Realização	-Falta de Valorização

No item 8 encontraram-se diferenças no que diz respeito ao que o mais satisfaz o entrevistado no seu trabalho. Sem exceção, todos os Técnicos Auxiliares de Saúde privilegiaram o gosto por ajudar o utente, nomeadamente na realização de tarefas diárias como a alimentação, a higiene, o gosto em partilhar momentos nas atividades de lazer, compreendê-los e ouvir as histórias que eles têm para contar. (e.g., P3- *“Gosto de ajudar o outro e fazer alguma coisa por alguém, eles são indefesos estão debilitados, ajudar num momento tão difícil é muito gratificante”*; P8- *“Comunicar com os utentes e ouvir as histórias deles”* P7- *“Tratar dos utentes, em alguns casos vesti-los, gosto de falar e dançar com eles e dos meus colegas”*). Alguns Auxiliares de Saúde optaram adicionalmente por privilegiar o ambiente familiar de entreajuda sentido dentro da instituição e as relações profissionais mantidas no contexto laboral, (e.g., P2- *“O ambiente que temos, as pessoas aqui ouvem e ajudam, somos uma família”*; *“Gosto tanto de ajudar os utentes como as minhas colegas, acho que trabalhamos muito bem em equipa”*) outros técnicos privilegiaram as condições de trabalho que a instituição lhes oferece, como o acesso aos diversos materiais de higiene, avaliando isso como um fator muito positivo, (e.g., P4- *“Gosto das instalações do Lar, os materiais que o lar oferece para trabalhar com os idosos, luvas, esponjas, toalhas, materiais de limpeza“*).

No item 10, quando perguntados sobre o sentimento de realização no trabalho e energia em realizar as tarefas do dia-a-dia, todos os entrevistados referiram ter o sentimento de realização no trabalho e energia para realizar todas as tarefas diárias. Contudo, encontram-se bem presente nas respostas obtidas que por vezes é difícil manter os níveis de energia devido ao cansaço sentido no período de trabalho (e.g., P3- *Sim, sinto-me um pouco cansada, quando entramos em serviço ligamos o modo “piloto automático” e não penso mais nisso, tomo um café e trabalho, mas ao final do dia chego a casa muito cansada*”; P5- *Atualmente sim, mas houve períodos em que não me sentia bem, sentia-me muito cansada e desmotivada com o trabalho*”; P6- *Sim, sinto-me um pouco cansada, mas tento contrariar e realizo as tarefas*”); Também foi referido por alguns dos participantes que no final do dia, no caminho de volta para casa, existe uma grande sensação de sonolência e de cansaço por parte destes técnicos (e.g., P4- *Sinto muita sonolência quando volto para casa*”; *Quando chego a casa e me deito no sofá, já sei que não vou acordar mais nesse dia, por vezes adormeço no autocarro*”).

No item 11 pretendeu-se avaliar de que forma os participantes percecionam a forma como o seu humor pode influenciar a sua motivação. Quando questionados sobre como o humor poderia influenciar a motivação, foi unânime a resposta de que o cansaço e os estados depressivos poderiam influenciar negativamente a motivação e a boa disposição sentidos ao longo do dia. Todos dos participantes referiram que quando se sentem cansados, conseqüentemente se sentem desmotivados, sonolentos, distraídos, com sentimentos de aborrecimento e estados de irritação. (e.g., P1 *cansaço tem muita influência no meu humor, por vezes chego ao trabalho e ouço música, melhora o meu humor, tento abstrair-me*”;

P2 *“O ano passado tive uma depressão não conseguia sorrir, brincar, não conseguia dormir e quase nem andar, sentia-me mal”*;

P5 *“Se dormir mal e estiver mal-humorada não me apetece fazer nada, sinto-me com pouca produtividade”*;

P6 *“Sim claro, não consigo fazer nada, quase nem me levantar da cama, quando estou mal disposta fico irritada, não gosto de andar assim”*;

P7 “Sim, estou sempre contente, alegre e com motivação, mas este trabalho exige muito das pessoas).

Também nesta dimensão pretendeu-se caracterizar os horários de trabalho dos Técnicos Auxiliares de Saúde e a sua preferência em relação ao trabalho diurno ou noturno.

Dentro do universo de participantes, observou-se que dois dos entrevistados exercem funções no turno da manhã, três participantes exercem funções no turno da tarde, e três participantes exercem funções no turno da noite. Contudo, muitos técnicos referiram já ter exercido funções em turnos rotativos que englobam os três horários do dia.

Torna-se possível concluir, com base nos discursos, que muitos trabalhadores “não aguentam” o stress e a descompensação sentida no turno noturno, (e.g., *P3- Prefiro fazer tardes, quando fazia noites sentia a minha cabeça a descompensar, andava irritada, não dormia, tudo isso pode gerar ainda mais problemas, até meti baixa médica e estive em casa a tomar medicação*”);

P4- “Quando entrei para a Instituição fazia noites, mas sentia-me muito cansada e não tinha rotina”; “Quando trabalhava à noite não me sentia bem, sentia que o meu corpo e a minha mente não andavam bem”). Contudo notou-se que esta interpretação varia conforme a pessoa e as suas experiências, havendo relatos em que existe a preferência pelo trabalho noturno e que o funcionamento pessoal é percecionado como otimizado pela prática do trabalho noturno, (e.g., *P7- Prefiro o trabalho noturno, já trabalhei nos três turnos, mas atualmente prefiro tarde ou noites, nunca gostei de acordar cedo*”);

P2- “Durmo muito mal, e sinto que funciono melhor ao longo do dia, prefiro o trabalho noturno”).

Também com base nos relatos é possível concluir que o trabalhado em regime diurno possibilita uma melhor articulação entre a vida pessoal e profissional destes Técnicos. Relatos indicam que alguns destes profissionais preferem o trabalho em regime diurno para poderem passar mais tempo com as suas famílias e/ou realizarem tarefas da sua vida quotidiana, (e.g., *P1- “Prefiro trabalho diurno, é um horário que me permite passar mais tempo com os meus filhos”; “Todos nós temos uma vida fora do trabalho, eu gosto de passar tempo com a minha família e este horário permite-me isso”*)

Contudo, neste subtópico demonstra-se que a elevada exigência física e psicológica a que os Auxiliares de Saúde estão submetidos no exercício das suas funções se torna desgastante e impactante a nível quer físico quer emocional. Cinco entrevistados referiram mesmo ter experienciado o trabalho noturno e não ter conseguido aguentar a sobrecarga a que estavam sujeitos, juntamente com a alteração das rotinas diárias, ciclos de sono e da própria exigência do trabalho que tende a manter o Auxiliar de Saúde em constante alerta, vigilância e prontidão para o caso de algum utente necessitar de algum cuidado imediato, traduzindo-se por sentimentos de cansaço, desorientação irritabilidade, tanto mais que no horário noturno é menor o número de trabalhadores. (e.g., P5- *Não aguentei o trabalho noturno, ganha-se mais dinheiro, mas não compensa na saúde*”; *“Não me passa pela cabeça trabalhar à noite”*);

Figura 3 Preferência de horário laboral

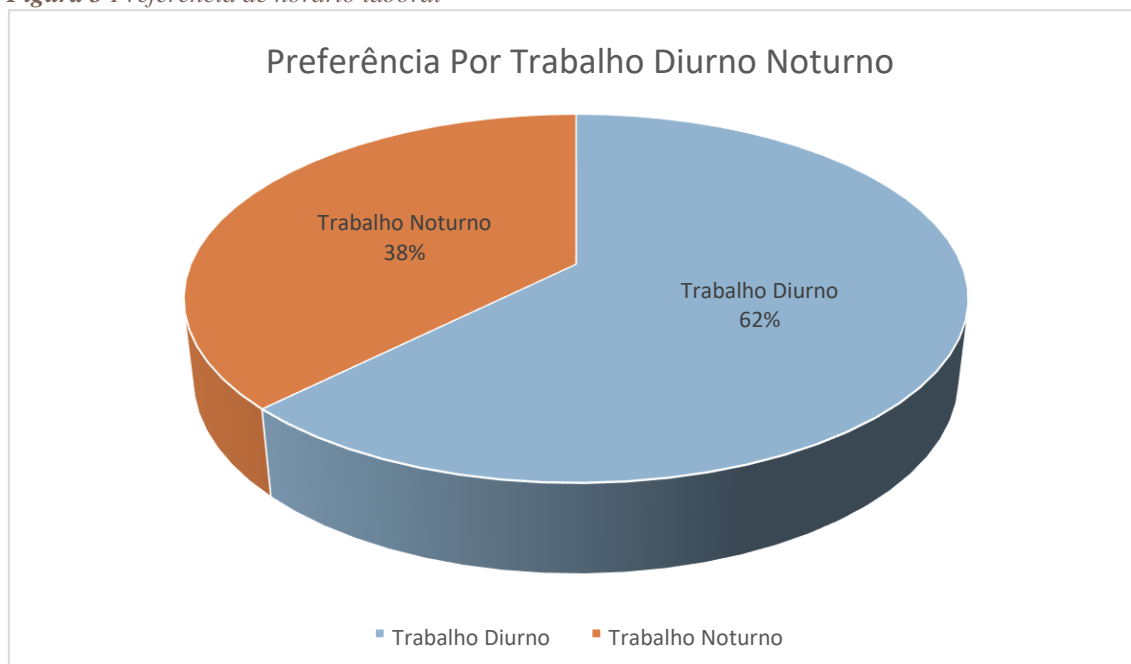


Figura 4 Horário de trabalho dos Auxiliares de Saúde



Na figura 4 foi pretendido demonstrar o número total de trabalhadores entrevistados e os respectivos horários ao qual exerciam funções.

No item 6, pretendeu-se compreender se os técnicos têm algum sítio onde possam descansar durante a jornada de trabalho, onde os trabalhadores noturnos possam por vezes “cochilar” em noites menos sobrecarregadas pelas demandas dos utentes ou até mesmo os trabalhadores diurnos para que possam sentar-se um pouco e descansar mesmo que apenas por breves momentos. As respostas obtidas foram que (e.g., P1- *“Na instituição existem cadeirões onde os TAS podem descansar, mas é algo apenas utilizado pelos trabalhadores da noite”*; P2- *“Sim, temos os cadeirões em que podemos descansar durante as rondas noturnas”*; P6- *“Temos cadeirões, mas nunca podemos ficar muito tempo, é algo mais utilizado pelos trabalhadores noturnos”*; P1- *“Aqui na Instituição temos, mas não uso, é apenas para os trabalhadores do turno da noite”*). Com base nas respostas obtidas, concluiu-se que os técnicos do turno noturno têm nas instituições onde exercem funções acesso a cadeirões ou sofás onde podem descansar durante breves momentos. Contudo, é notório que apenas os trabalhadores do regime noturno têm total acesso a este descanso quando o trabalho assim o permite, tornando-se uma prática incomum estes cadeirões serem utilizados para momentos de descanso pelos trabalhadores do regime diurno.

3.4.5. Perceção de Saúde Mental pelos Técnicos Auxiliares de Saúde

No item 7 perguntou-se aos participantes se na Instituição existe algum profissional de saúde mental a quem possam recorrer caso necessitem de receber apoio psicológico em situações de emergência ou mesmo quando sentissem necessidade para tal. Cinco participantes dizem ter acesso nas instituições que exercem funções acesso a um profissional de saúde mental. Por sua vez, três técnicos auxiliares de saúde referiram não ter acesso a profissionais de saúde mental dentro da instituição onde exercem funções (e.g., P5- *“Temos psicóloga apenas para os utentes, para nós não”*; P8- *“Aqui no trabalho não temos, mas eu já andei em acompanhamento psicológico”*). Surpreendentemente, dentro do universo dos profissionais de saúde que têm acompanhamento psicológico dentro da Instituição caso necessitem, nenhum dos participantes diz ter recorrido a esse tipo de apoio. (e.g., P1- *“Temos psicólogas a quem recorrer dentro da Instituição, quer para nós quer para os utentes, eu nunca precisei”*; P4- *“Sim temos psicóloga, eu nunca recorri, mas sei que posso quando quiser”*; P2- *“Sim, mas nunca recorri a isso”*; P3- *“Eu nunca precisei, mas tive colegas que já”*).

O item 12 corresponde à perceção de saúde mental que os participantes têm acerca de si próprios. Neste item dirigiu-se a pergunta de carácter aberto “pode falar-me um pouco da sua saúde mental?”. Os participantes foram convidados a responder e fazer a sua própria interpretação da pergunta. Em resposta, todos os técnicos relataram algum episódio ou período mais conturbado sobre momentos em que realmente percecionaram que o seu estado de saúde mental se encontrava mais debilitado ou mais reduzido diretamente relacionado com o trabalho. É então demonstrado com base nos relatos obtidos que apresentam alterações a nível da saúde mental com base nas experiências vividas no trabalho, que o trabalho afetou diretamente a sua perceção de saúde mental o que provoca um impacto percecionado como negativo nos participantes. (e.g., P3- *Como passei muito tempo a fazer trabalho noturno, fiquei muito desequilibrada, a médica passou medicação para dormir, porque não conseguia dormir, o meu sistema nervoso não andava bem, ficava sempre muito irritada com pequenas coisas”*;

P2- *“Quando tenho de lidar com a morte de utentes dentro da instituição costumo piorar”*;

P6- “Este trabalho faz-nos ter uma filosofia de vida diferente, o facto de sermos confrontados com a nossa próxima etapa de vida”;

P7- “Quando estou em stress ou sobrecarga nunca durmo, fico sempre a pensar nesses assuntos”;

P8- “Na altura tive um pico de irritabilidade e cheguei ao ponto de agressão, tive a oportunidade de fazer um inquérito sobre a depressão e disseram-me que tinha depressão”.)

Tabela 7 Dados relacionados com saúde mental nos Auxiliares de Saúde

	1P	2P	3P	4P	5P	6P	7P	8P
Tem Profissional de Saúde Mental na Instituição caso necessite?	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não
Tem algum sítio onde descansar por momentos?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Toma de Psicofármacos ou antidepressivos	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim
Já sentiu alterações na Saúde Mental causadas pelo trabalho?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Sente-se realizado(a) com o seu trabalho?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

4. - Discussão dos Resultados

Este estudo teve como principais objetivos não apenas o conhecer os padrões de sono dos Auxiliares de Saúde, mas também o tentar estabelecer uma relação entre o sono e a saúde mental, para, desta forma, contribuir para uma melhor compreensão do fenômeno do sono associada à saúde mental nos Auxiliares de Saúde Geriátricos em geral.

Para a discussão abordou-se em primeiro lugar a dimensão de *experiência no trabalho*, a relação que os Auxiliares de Saúde estabelecem com os utentes, as emoções sentidas durante o período de trabalho, o trabalho por turnos e o sentimento de satisfação e realização no trabalho. Seguidamente, analisou-se a dimensão de *perceção de Saúde Mental*, a toma de psicofármacos por estes profissionais, se mantêm algum tipo de acompanhamento psicológico e como percebem o seu trabalho nos turnos em que exercem funções. Analisaram-se ainda os *padrões de sono* destes profissionais, o número de horas dormidas por noite, a facilidade com que entram no estado de sono e a sonolência diária sentida, e, por último, a *qualidade subjetiva do sono*, o horário em que o sono geralmente ocorre e os resultados do Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh*.

A natureza dos cuidados a disponibilizar aos utentes e o grau de exigência, a sobrecarga de trabalho físico, a vivência diária com o sofrimento, a doença e a morte, demandam dos Auxiliares de Saúde um elevado grau de esforço e conseqüente desgaste, não apenas em termos profissionais, mas também ao nível da saúde física e mental. (Paulo Teixeira, 2008) Pelos dados obtidos nas entrevistas realizadas, os relatos sustentam a revisão da literatura na medida em que todos os Auxiliares de Saúde participantes caracterizam o trabalho como cansativo não apenas fisicamente, mas mentalmente, desgastante e que exige muita capacidade de distanciamento e resiliência. Esta “pressão psicológica” a que os Auxiliares de Saúde estão sujeitos permanentemente, pode provocar uma grande sensação de stress, de cansaço, de irritabilidade e o desenvolvimento de outras condições de saúde (Darish Nelson, 2004).

Ainda nesta linha, os resultados obtidos pelas entrevistas tendem a comprovar que a experiência diária de trabalho destes profissionais é desgastante e cansativa, mas deixa claro que a maior parte dos profissionais refere manter relações positivas com os utentes e satisfação compensatória pela ajuda que prestam. Não obstante, essa capacidade não se manifesta em todos os técnicos. Pela descrição por eles apresentada, o próprio ânimo e o

humor dos utentes, tem reflexo na forma como se relacionam com os Auxiliares de Saúde e vice-versa. Estes profissionais referem que o humor dos utentes oscila várias vezes durante o dia, relatando que começam a ficar mais nervosos e agitados ao final do dia. Contudo, resultou claro que apesar de todas estas condicionantes e do ambiente de elevada pressão e prontidão para a emergência a que estão sujeitos estes técnicos, tendem a contrair esses indicativos e a apresentar uma imagem de simpatia, boa-disposição, respeito e amabilidade para com o utente. Apesar desta aparente calma e tranquilidade, os seus estados subjetivos são de cansaço, stress, ansiedade e por vezes de irritabilidade. A tarefa de Auxiliar de Saúde é enriquecedora e nobre, mas extremamente exigente e complexa (Mendes et al, 2010).

Todos os entrevistados no presente estudo referem sentir-se motivados, satisfeitos e realizados com o trabalho, o que significa que quanto mais motivado e quanto melhor o Auxiliar Geriátrico se sentir, melhor será a relação que mantém com os pacientes e consequentemente melhores cuidados serão fornecidos aos utentes (Pérez, 2010).

Resultou claro igualmente que os Auxiliares Geriátricos (AG) mantêm relações positivas com os seus colegas e com os seus superiores hierárquicos. Esse aspeto contribui para o bem-estar no trabalho visto que recebem suporte e entreaajuda e se sentem valorizados. Referem notar que as Instituições para as quais trabalham demonstram preocupar-se com o desenvolvimento das suas capacidades o que culmina num sentimento de realização e satisfação com o trabalho.

Verificou-se que os Auxiliares de Saúde do turno noturno revelam uma maior probabilidade de desenvolverem alterações a nível psicológico, causadas não apenas pelas alterações nos padrões do sono, contrários ao ritmo biológico humano, mas também por problemas do foro psíquico, como ansiedade ou depressão. Segundo Peate, I. et al (2007), o trabalho noturno pode ter efeitos perturbadores na vida das pessoas, como o aumento de alterações a nível psíquico e psiquiátrico. Curiosamente, segundo os dados obtidos nas entrevistas, todos os trabalhadores do turno noturno apresentam alterações a nível da saúde mental, o que comprova esta hipótese (H2) “*Os trabalhadores noturnos apresentam maiores índices negativos de saúde mental*”. O facto de todos os trabalhadores noturnos entrevistados relatarem em algum momento da sua vida ter sido atribuído o diagnóstico de depressão, corrobora que esta classe de trabalhadores está mais exposta a desenvolver este tipo perturbações e outras, tais como perturbações

relacionadas com o humor, labilidade emocional, ansiedade ou depressão. Também uma grande parte dos Auxiliares de Saúde entrevistados refere já ter experimentado o turno noturno e não conseguir gerir emocionalmente nem fisicamente o esforço do trabalho juntamente com a alteração nos padrões de sono, chegando mesmo alguns entrevistados a referir ter de pedir baixa médica por se sentirem mentalmente a “descompensar” e a não terem o devido repouso e horas de sono, tão essenciais na regulação emocional e na recuperação física.

Também estes trabalhadores do turno noturno referem atualmente tomar fármacos antidepressivos como Fluoxetina ou Flexiban que ajudam na estabilização do humor, relatando que transmite um efeito analgésico que reduz as dores corporais sentidas no trabalho e provoca um efeito de sonolência que referem contribuir para uma maior facilidade em dormir e manter o sono durante o dia, contrariando assim o próprio relógio biológico. O hábito de dormir menos de seis horas por dia pode abalar o sistema imunológico. Verificou-se também que nos participantes do turno diurno nenhum entrevistado toma este tipo de medicação, o que poderá ser indicativo de uma correlação direta entre o trabalho noturno e as alterações de saúde mental sentidas por estes profissionais. Com base nestes relatos, todos os participantes do turno noturno tomam medicação antidepressiva ou obtiveram algum diagnóstico do foro mental, enquanto que esta condição não se verifica nos trabalhadores de turnos diurnos comprovando assim a hipótese. (H3) Contudo, todos os participantes, de ambos os turnos, referem sentir ou ter sentido alterações a nível de saúde mental, relacionada diretamente com acontecimentos ou episódios diretamente relacionados com o trabalho.

Também os padrões do sono (quer no número de horas dormidas, quer nos valores globais obtidos pelo índice de qualidade do Sono de *Pittsburgh*) diferem bastante entre os trabalhadores do turno diurno e do turno noturno, sendo que embora ambos revelem pobre qualidade do sono, os trabalhadores dos turnos noturnos apresentam uma severidade maior dos sintomas, quando comparados com os dos turnos diurnos. Teresa Paiva (2015) refere que sonolência, fadiga, ansiedade, irritabilidade, falta de concentração, distorções de percepção e lentidão do raciocínio podem ser alguns desses fatores, o que se articula com o relato dos participantes.

Verificou-se que, de uma forma geral, todos os Auxiliares de Saúde participantes neste estudo demonstram dormir um reduzido número de horas por noite. Três participantes

referem dormir entre cinco a seis horas por noite (5h-6h); outros três participantes referem dormir entre seis a sete horas por noite (6h-7h) e apenas dois participantes referem dormir entre sete a oito horas por noite (7h-8h). Constatou-se que de um universo de oito participantes, apenas dois mantêm os hábitos de sono recomendados pela *National Sleep Foundation* (NSF) publicados em 2014 que sugerem que um adulto considerado saudável deve dormir diariamente entre sete a nove horas por dia (7h-9h). Estes dados tornam-se mais alarmantes quando analisados os resultados dos Questionários de Pittsburgh que indicam que apenas um (1) dos oito (8) participantes apresenta um *score* consonante com uma boa qualidade do sono. Sete dos oito participantes apresentam uma pobre qualidade do sono, sendo que os resultados obtidos pelos trabalhadores noturnos podem mesmo sugerir a presença de perturbações do sono (H1), (H3). Esta discrepância poderá ser explicada pelos horários laborais a que os Auxiliares de Saúde estão sujeitos, uma baixa higiene do sono, padrões e horários de sono irregulares, o ambiente de constante alerta e stress a que estão sujeitos ou mesmo dificuldades em desligar o “modo trabalho”. Sabe-se que os padrões irregulares de sono podem tornar-se incapacitantes e conduzir mesmo à deterioração da vida social ou no trabalho ou em outras áreas importantes da vida quotidiana (Ramos et al, 2023).

Verificou-se ainda que os trabalhadores do turno noturno demoram mais tempo a adormecer e a iniciar o sono do que os trabalhadores do turno diurno. Os dados obtidos revelam que os trabalhadores da noite demoram geralmente entre 30 minutos a 1 hora a adormecer. Estes dados podem ser articulados não apenas por manterem horários irregulares do sono, mas também pelo excesso de preocupações e stress e um modo de emergência constante determinando que para alguns técnicos seja mais difícil “desligar”, impedindo assim o início do sono, provocando alterações na duração do mesmo e, conseqüentemente, reduzindo a sua qualidade. Sabe-se que pessoas com maiores dificuldades no sono têm menor controlo sobre eventos potencialmente stressantes (Ramos, et al, 2022).

Também seis (6) dos participantes neste estudo referem já ter sentido ou sentir insónias quer na fase inicial de começo do sono quer na fase sequencial de manutenção do sono. Vários dos participantes relataram acordar a meio da noite e ter dificuldade em voltar a adormecer e referem apresentar intensa atividade neurológica, criando vários pensamentos que impedem a continuação do sono. O que vai ao encontro da revisão da literatura que defende que nos profissionais de saúde é muito comum encontrar problemas

como insónia e perturbações relacionadas com o ritmo circadiano, défices no desempenho cognitivo, dificuldades na atenção como concentração, lapsos de memória e execução de tarefas, ou seja, algumas das consequências da insónia (Shaik, et al, 2022).

Contudo, a qualidade subjetiva do sono perspetivada por estes profissionais por vezes não se coaduna com os resultados obtidos no Questionário de *Pittsburgh* pois constatou-se que estes profissionais tendem a minimizar ou a desvalorizar o seu próprio sono e a sobrevalorizar o pouco tempo que dormem. No momento das entrevistas quatro dos oito participantes referem manter uma boa qualidade do sono, caracterizando-o como reparador. Os dados obtidos pelo Questionário de *Pittsburgh* referem que apenas um participante apresenta um PSQI de 5 ou inferior que se traduz em boa qualidade do sono. Observou-se assim que algumas das principais causas de uma pobre qualidade do sono poderá estar relacionada com a reduzido número de horas passadas a dormir. Pode concluir-se que existe um sentimento de desvalorização do sono por parte deste grupo profissional.

5. CONCLUSÃO

A elaboração do presente estudo possibilitou uma melhor e mais aprofundada compreensão do fenómeno do sono e dos impactos da sua privação na saúde mental da população de Técnicos Auxiliares de Saúde que desempenham funções tão relevantes na sociedade, sobretudo se considerarmos o crescente envelhecimento da população mundial e especialmente na Europa e sobretudo em Portugal, aliado ao crescente aumento da esperança média de vida. Analisaram-se também fatores como a idade, sintomatologia depressiva, horários laborais e o sentimento de satisfação com o trabalho, entre outros.

Mediante os resultados apresentados, concluiu-se que:

- A maior parte dos participantes dorme um número insuficiente de horas diárias segundo os dados recomendados pela Organização Mundial da Saúde e a *National Sleep Foundation*.
- Sete dos oito participantes apresentam uma pobre qualidade do sono.
- O trabalho por turnos, especialmente o trabalho no turno noturno, acarreta um grande impacto nos padrões e qualidade do sono e na saúde mental dos participantes.
- Trabalhadores noturnos apresentam uma maior probabilidade de desenvolverem sintomas psicopatológicos quando comparados com os trabalhadores diurnos.

Articulando com as hipóteses apresentadas para esta investigação, a primeira hipótese (H1) postula que os Auxiliares de Saúde que apresentam menor qualidade do sono apresentam maiores índices negativos na saúde mental vivenciando sintomas psicopatológicos. Este estudo vem validar exatamente esta hipótese, comprovando que do universo de participantes, os três que referiram tomar medicação psicofármaca para tratamento da depressão são precisamente os participantes que obtêm resultados superiores na qualidade subjetiva do sono, apresentando scores que sugerem o desenvolvimento de perturbações relacionadas com o sono.

Os trabalhadores que trabalham em turnos noturnos apresentam maiores índices de dificuldades no sono sendo que o estudo também comprova esta hipótese. Contudo, não

se mostrou viável concluir pela verificação de uma direta causalidade entre o trabalho noturno e as dificuldades do sono. Pelos resultados obtidos, sete trabalhadores apresentam dificuldades no sono, comprovando que mesmo os trabalhadores do turno diurno apresentam dificuldades em manter um sono de qualidade e quantidade. Porém, os trabalhadores do turno noturno são os que obtêm maiores índices de sintomas psicopatológicos e que estão mais expostos a dificuldades no sono. Os valores do PSQI obtidos pelo questionário de *Pittsburgh* comprovam que os trabalhadores noturnos apresentam valores mais elevados de dificuldades no sono. Porém é uma “causa comum” a todos os turnos nesta profissão. Os Auxiliares de Saúde tornam-se um grupo vulnerável às perturbações do sono (Moreira, et al, 2015).

A segunda hipótese (H2) teoriza que os trabalhadores do regime noturno apresentam maiores índices negativos de saúde mental. Os dados recolhidos sustentam esta hipótese apontando para que os trabalhadores dos turnos noturnos tendem a ser mais deprimidos, a receberem menos ajuda por parte dos colegas de trabalho, a apresentarem maiores dificuldades em conciliar os exigentes horários de trabalho com um normal funcionamento nos padrões do sono e, conseqüentemente, na saúde mental, fruto dos sentimentos de cansaço físico e psicológico, de *burnout*, de dores corporais, atenta a pressão e o stress permanentes a que estão sujeitos.

A terceira hipótese (H3) defende que os TAS que apresentam níveis mais baixos de qualidade do sono apresentam maiores índices de ansiedade e de depressão. Esta hipótese fica corroborada neste estudo, no qual foi observado que os TAS que apresentam níveis mais baixos de qualidade de sono são os que exercem funções no turno noturno e que precisamente apresentam maiores índices de ansiedade e de depressão. Um estudo semelhante revelou que os enfermeiros que trabalhavam em turnos noturnos manifestavam significativas alterações nos padrões de sono, tendo um impacto negativo para o desenvolvimento de sintomas de “depressão, irritabilidade, diminuição da autoestima e labilidade de humor” (Azambuja, et al., 2024, pag. 5).

A melhoria dos padrões e qualidade do sono destes profissionais passará pela adoção de um conjunto de medidas que visam gerir o stress diário e aumentar a consciencialização da importância do sono através da adoção de estilos de vida e hábitos mais saudáveis e adequados que facilitem a obtenção do sono. A Ordem dos Farmacêuticos defende que algumas dessas medidas podem passar pela prática regular de exercício físico, por não

ceder ao apelo das sestras (visto que muitos profissionais referem adormecer no sofá e posteriormente apresentarem dificuldades em dormir depois da sesta), evitar tomar café até seis horas antes de dormir, reduzir os estímulos cerca de 1 hora antes de dormir, manter uma boa higiene do sono, manter um horário de sono regular contribuindo para regularizar os horários do ritmo circadiano e adotar hábitos alimentares corretos (Ordem dos Farmacêuticos, 2024).

Caso estas medidas se mostrem insuficientes para manter um sono adequado, existem outras abordagens que visam melhorar e contribuir para bons hábitos do sono, como terapias cognitivas e comportamentais, técnicas de relaxamento como (e.g., respiração relaxante, relaxamento muscular progressivo, respiração diafragmática) ou mesmo manter acompanhamento psicológico com terapeutas especialistas na área do sono.

A toma de fármacos destinados a promover o sono como o caso das Benzodiazepinas (BZD), a melatonina, valeriana ou análogos, constituem uma medida apenas adequada a algumas situações e por curtos períodos de tempo, para evitar problemas de dependência ou tolerância à medicação, o que significa que as doses iniciais vão perdendo a sua eficácia e que ao longo do tempo serão necessárias doses mais elevadas para obter o mesmo benefício.

Importa referir como limitações deste estudo a reduzida amostra de oito participantes por um lado e, por outro, o reduzido tempo disponível para realização e escrita desta investigação. De entre os pontos fortes de realçar a forte ligação entre os participantes e o ambiente de total abertura e liberdade de expressão que sentiram e genuinidade nas respostas às questões formuladas pelo investigador.

Este projeto que agora finaliza, teve ainda por escopo alertar os Gestores de Saúde para a importância do trabalho desenvolvido pelos Técnicos Auxiliares de Saúde e consciencializá-los para o facto de, atenta a natureza das funções que desempenham, constituírem um grupo altamente vulnerável às perturbações do sono para que, em articulação com especialistas ou alunos de faculdades, organizem regularmente palestras e *workshops*, de curta duração, nos próprios locais de trabalho, destinados não só aos dirigentes mas aos próprios AS, para os sensibilizar e alertar para a importância do sono e para as consequências da sua falta ao nível da saúde física e mental e comportamentos saudáveis a adotar nesta matéria, pois desta forma reduzir-se-ão as faltas ao trabalho, as despesas em saúde, a conflitualidade e os acidentes de trabalho.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. (2008). A relação entre os padrões do ciclo sono-vigília e os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Lisboa. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1019/3/ulsd_tm_17324_RE.pdf
- Agar, S. (1997) – Measuring the outcome of psychosocial intervention for family caregivers of dementia sufferers: a factor analytic study. *Aging & Mental Health*. 1997; 1 (2):166-175
- Albernaz, P., Albernaz, A., Junior, P., Carmignani, M., & Tavares, S. (2021). Durma bem, viva melhor. *Latitude*.
- Almeida, J., & Xavier, M. (Coords.). (2009). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1º Relatório. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Almeida, T & Cardoso, J. (2018). Sleep quality in the general Portuguese population. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29057/1/Abstract_TAlmeida_2018_03.pdf
- American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Anghel, L., Ciubară, A., Nechita, A., Nechita, L., Manole, C., Baroiu L, Ciubară, AB. & Muşat, CL. (2023) Sleep Disorders Associated with Neurodegenerative Diseases. *Diagnostics* (Basel). 2023 Sep 10;13(18):2898. doi: 10.3390/diagnostics13182898. PMID: 37761265; PMCID: PMC10527657. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10527657/>
- APTAS – Associação Portuguesa dos Técnicos Auxiliares de Saúde. (2020) Disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=1%2FnBSXruC7ZuIEIfajs4eF%2FMt19JY9ZZvEfmk3CJ8K89XpXkLpRuM6bcnK2adcshZsVDgw%2FTvvkVSD6F07zrSEn7549SSRiHE%2BUX8ZMTUgAqsgAGRjobgJLwUBAk810GN9wiK0%2BNMJjhW568Llr1m0vkxaQTr%2FFlcuPmg0VkvS3b2xn%2Bf9zwgMK3ByeLH1P%2BzAaq9GSJbtbcIHs1henNcxnZXabyj8yiErV0PDDGO7olZhrEXbqWu0lXXgRCdv%2BtkmOMjk%2B64VLteFf3VtSOYn705Xmj9TT7eQCbsGt9iFnmCQC%2Bd6BIz13A%2BByDStwR9ox2BbyJY4DYeZCfWAgWXRBUKyWdm82pKchOMjHPQw7TMtxKfaA2yNsGSXrXIifAXPVjYWZI87VkZtfbH5SmvUUjKkOEC5aZK49AflAuex96KXBhARaj%2Byrp69oRV4aLV5qRR0aWzllb7AKRVcR9cXqEbnzgj9%2FyiUDBwDNYRVofwh%2BDVn6DEaWyBA8Rv7Iof4Xwbypea%2Fq3c6mGUdUF82A%3D%3D&fich=Contributo+da+APTAS+ao+PJL+568.pdf&Inline=true~~>
- Azambuja, V. dos Anjos., Pena, S. B., Pereira, F. H., Santos, V. B & dos Santos, M. A. (2024) Avaliação da qualidade do sono em profissionais de saúde da emergência. *Acta Paul Enferm*. 2024;37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0001001>
- Barreto-Vianna, A. R. da C., Rocha, L. C. de S. Q., Albuquerque, L. R. M., Nogueira, M. G. B. de O., Fontenelle, S. G. P., Mano, G. B. C., Porto, A. B. P. M., & Santos, J. C. C. dos. (2023). Trabalho noturno e o risco de sintomas psiquiátricos: uma comparação entre o trabalho noturno rotativo e o diurno. *Debates Em Psiquiatria*, 13, 1–22. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2023.v13.701>

- Beja, A., Carveiro, I., Correira, T., Guerreiro, C. S. & Ferrinho, P. (2020). Auxiliares de saúde em Portugal: evolução do perfil, atividade e formação no setor público entre 1971 e 2019. *Anais do Instituto de Medicina Tropical* 19:97-106. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/344954523_Auxiliares_de_saude_em_Portugal_evolucao_do_perfil_atividade_e_formacao_no_setor_publico_entre_1971_e_2019
- Bobić, T. T., Šečić, A., Zavoreo, I., Matijević, V., Filipović, B., Kolak, Ž., Bašić, V., Ciliga, D., Sajković, D. (2016). The impact of sleep deprivation on the brain. *Acta Clin Croat* 2016; 55:469-473 Review doi: 10.20471/acc.2016.55.03.17. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Iris-Zavoreo/publication/311514322_The_Impact_of_Sleep_Deprivation_on_the_Brain/links/587630ea08ae8fce492dac93/The-Impact-of-Sleep-Deprivation-on-the-Brain.pdf
- Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos* (3rd ed.). Quarteto Editora.
- Brown, MA. & Stetz K. (1999). The labor of caregiving: a theoretical model of caregiving during potentially fatal illness. *Qual Health Res.* 1999 Mar;9(2):182-97. doi: 10.1177/104973299129121776. PMID: 10558362. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10558362/>
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. The detailed scoring instructions are at the end of this journal article.
- Chattu, VK., Manzar, MD., Kumary, S., Burman, D., Spence, DW. & Pandi-Perumal, SR. (2019). The Global Problem of Insufficient Sleep and Its Serious Public Health Implications. *Healthcare (Basel)*. 2018 Dec 20;7(1):1. doi: 10.3390/healthcare7010001. PMID: 30577441; PMCID: PMC6473877. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6473877/>
- Chizzotti, A. (2003). A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução edesafios. *Revista Portuguesa de Educação*, 16(2), 221-236. <https://www.redalyc.org/pdf/374/37416210.pdf>
- Clotet, J. (2009). O Consentimento Informado nos Comitês de Ética em Pesquisa e na Prática Médica: Conceituação, Origens e Atualidade. *Revista Bioética*, 3(1). *Revista Bioética*. http://www.revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/430
- Cordeiro, A. D. (2024). Segurança Social só tem 50 inspetores para garantir que mais de 2600 lares cumprem a lei. Acedido em 10 de jun., 2024. Disponível em: <https://www.publico.pt/2024/04/21/sociedade/noticia/seguranca-social-so-50inspetores-garantir-2600-lares-cumprem-lei-2087726>
- Creswell, J. W., & J. David Creswell. (2021). *Projeto de pesquisa - 2.ed.* Penso Editora.
- Daraiseh, N., Genaidy, A.M., Karwowski, W., Davis, L.S., Stambought, J., & Huston, R.L. (2023). Musculoskeletal outcomes in multiple body regions and work effects among nurses: the effects of stressful and stimulating working conditions. *Ergonomics*, 46, 11781199.
- Decreto-Lei n.º 120/2023, de 22 de dezembro, Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República: I série, n.º 246 (2023). Acedido a 15 março, 2024. Disponível em:

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/120-2023-812826242>

Fernandes, R. M. F. (2006). O sono normal. 39 (2): 157-168, abr./jun. 2006. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/372>

Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Lusodidacta.

Gao, C., Wang, L., Tian, X & Song, Guo-Min. (2022). Sleep quality and the associated factors among in-hospital nursing assistants in general hospital: A cross-sectional study. Volume 8, Issue 5, May 2022, e09393. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844022006818>

Gomes, M., Quinhones, M., & Engelhardt, E. (2010). Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. Revista Brasileira de Neurologia, 46 (1), 5-15. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2010/v46n1/a003.pdf>

Hallberg I. R. (2006). Palliative care as a framework for older people's long-term care. International journal of palliative nursing, 12(5), 224–229. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2006.12.5.21175>

INCB - Report of the International Narcotics Control Board for 2023. (2023). Disponível em: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2023/Annual_Report/E_INCB_2023_1_eng.pdf

INE - Instituto Nacional de Estatística. (2017). “Projeções de população residente”. Acedido em 4 de maio, 2024. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=594879758&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

International Classification of Occupations. (2023). International Standard Classification of Occupations (ISCO). ILOSTAT. <https://ilostat.ilo.org/resources/concepts-anddefinitions/classification-occupation/>

João, K. A. D. R., Becker, N. B., Jesus, S. N., & Martins, R. I. S. (2017). Validation of the Portugal version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. Psychiatry Research, 247, 225–229.

LüdkeM., & AndréM. (2000). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas (2a.ed.)*. Grupo Gen - E.P.U.

Kotterba S. (2015). Distúrbios do sono em doenças neurológicas. Nervenarzt. 2015 Jun;86(6):759-70; quiz 771. German. doi: 10.1007/s00115-014-4204-6. PMID: 26062945. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google.com/26062945/>

Krystal, A. & Edinger, J. D. (2008). Measuring sleep quality. Sleep medicine -Volume 9, Supplement 1, September 2008, Pages S10-S17. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S138994570870011X>

Leggett, AN., Morley, M. & Smagula, SF. (2020) "It's Been a Hard Day's Night": Sleep Problems in Caregivers for Older Adults. Curr Sleep Med Rep. 2020 Mar;6(1):1-10. doi: 10.1007/s40675-020-00164-0. Epub 2020 Feb 1. PMID: 34079689; PMCID: PMC8168632. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8168632/>

Manzini, E. J. (2004). ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: ANÁLISE DE OBJETIVOS E DE ROTEIROS. *Seminário Internacional Sobre PESQUISA E ESTUDOS*

QUALITATIVOS, 2, 6–10. A pesquisa qualitativa em debate.

- Martinez, D. (2005). Insónia na prática clínica. Porto Alegre Artmed.
- Mendes, G.D., Miranda, S.M., & Borges, M.M.M.C. (2010) Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. *Revista Enfermagem Integrada*, 3(1), 408-421.
- MINAYO, M. C. de S. et al (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Revista Ciência e Saúde Colectiva*, p. 7-18.
- Moita, J. (2024). Bons sonhos com Susana Costa. Philips. <https://www.philips.pt/c-e/hs/bonssonhos.html>
- Moreira, P., Melo, A., Pires, C., Crusellas, L., & Lima, A. (2005). Saúde Mental do Tratamento à Prevenção. Porto Editora, LDA.
- Moreira, M. M., Marcondes, C. & Geremia, D. S. (2015). Padrões de sono entre profissionais de enfermagem. *Rev. de Atenção à Saúde*, v. 13, no 44, abr./jun. 2015, p. 11-16. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2493/1721
- Mountfort, S., Wilson J. EMS Provider Health And Wellness. (2022). *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29630288/>
- Neto, Júlio Anselmo Sousa, & Bruno Freire de Castro. (2008). Melatonina, ritmos biológicos e sono-uma revisão da literatura." *Rev Bras Neurol* 44.1 (2008): 5-11. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2008/v44n1/a5-11.pdf>
- NIH-Guide to Healthy Sleep. (2011). Disponível em: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/sleep/healthy_sleep.pdf
- Oliveira, S. V. (2013). “A qualidade de sono dos enfermeiros”. Universidade Fernando Pessoa, Porto. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4056/1/Projecto%20Gradua%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Ordem dos Farmacêuticos. (2024, March 5). *Medidas de higiene do sono – como dormir melhor?* A Ordem Dos Farmacêuticos. <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/artigos/medidas-de-higiene-do-sono-comodormir-melhor/>
- Organização Mundial da Saúde. (2013) Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 [Internet]. Genebra: OMS. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-sp.pdf.
- Paiva, T., & Penzel, T. (2011). Centro de Medicina do Sono: Manual Prático. Lousã: Lidel.
- Paiva, T. (2015). Bom sono, boa vida. (7ªEd.). Alfragide: Oficina do Livro.
- Paranhos, R., Filho, D. B. F., Rocha, E. C., Júnior, J. A. S. & Freitas, D. Uma introdução aos métodos mistos. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 18, no 42, mai/ago (2016), p. 384-411. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/WtDMmCV3jQB8mT6tmpnzKc/?format=pdf&lang=pt>

- Paulo, M.G., Teixeira, A.R., Jota, G.P., Barba, M.C., & Bergmann, R.S. (2008). Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de idosos portadores de deficiência auditiva: influência do uso de próteses auditivas. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 12(1), 28-36.
- Peate, I. (2007) – *Mens health: the practice Nurse handbook. N Wiley Series in Nursing*. ISBN: 978047003555-9.
- Pérez, M.A.F. (2020). Encuesta de opinión y satisfacción laboral del personal de enfermería adscrito al equipo volante del Hospital General Universitario de Alicante. Comunicação apresentada nas XVI Jornadas de Enfermería sobre Trabajos Científicos, Alicante
- Phillips, K. A., First, M. B., & Alan, H. (2003). *Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis*. American Psychiatric Association.
- Piovesan, A., & Temporini, E. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Saúde Publica*, 4(29), 318–325.
- Ramos, AR., Wheaton, AG. & Johnson, DA. (2023) Sleep Deprivation, Sleep Disorders, and Chronic Disease. *Prev Chronic Dis* 2023; 20:230197. DOI: <https://doi.org/10.5888/pcd20.230197>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37651644/>
- Rodrigues, M., Nina, S. & Matos, L. (2014). Como dormimos? Avaliação da qualidade do sono em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 30(1):16-22.
Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/263970426_Como_dormimos_Avaliacao_da_qualidade_do_sono_em_cuidados_de_saude_primarios
- Rodrigues, W. (2007). *Metodologia Científica*. FAETEC/IST, 1–20. Paracambi. https://www.hugoribeiro.com.br/bibliotecadigital/Rodrigues_metodologia_cientifica.pdf
- Roth, O., Derron, J., Fischlin, A., Nemecek, T. & Ulrich, M. (2002). O modelo de Johnson et al. (1986)
- Saintila, J., Soriano-Moreno, AN., Ramos-Vera, C., Oblitas-Guerrero, SM., Calizaya-Milla, YE. (2024). Association between sleep duration and burnout in healthcare professionals: a cross-sectional survey. *Front Public Health*. 2024 Jan 10; 11:1268164. doi: 10.3389/fpubh.2023.1268164. PMID: 38269387; PMCID: PMC10806404. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10806404/>
- Santos, MA., Pereira, FH., DE Souza Caliari J., Oliveira, HC., Ceolim, MF. & Andrechuk, CRS. (2022). Sleep and Professional Burnout in Nurses, Nursing Technicians, and Nursing Assistants During the COVID-19 Pandemic. *J Nurs Res*. 2022 Aug 1;30(4): e218. doi: 10.1097/jnr.0000000000000501. PMID: 35674665; PMCID: PMC9301687. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9301687/>
- Severino, A. J. (2016). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez.
- Shaik, L., Cheema, MS., Subramanian, S., Kashyap, R. & Surani SR. (2022) Sleep and Safety among Healthcare Workers: The Effect of Obstructive Sleep Apnea and Sleep Deprivation on Safety. *Medicina (Kaunas)*. 2022 Nov 24;58(12):1723. doi: 10.3390/medicina58121723. PMID: 36556925; PMCID: PMC9788062. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9788062/>

- Van Drunen, R. & Eckel-Mahan, K. (2021). Circadian Rhythms of the Hypothalamus: From Function to Physiology. *Clocks Sleep*. 2021 Feb 25;3(1):189-226. doi: 10.3390/clockssleep3010012. PMID: 33668705; PMCID: PMC7931002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7931002/>
- Van Someren, E. J., & Riemersma-Van Der Lek, R. F. (2007). Live to the rhythm, slave to the rhythm. *Sleep medicine reviews*, 11(6), 465–484. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.smr.2007.07.003>
- Vilar, M., Simões, M. R., Lima, M. P., Cruz, C., Sousa, L. B., Sousa, A. R. & Pires, L. (2014). Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: Resultados da implementação de grupos focais. *RIDEP · Nº 37 · VOL. 1*. Disponível em: <https://www.aidep.org/sites/default/files/articles/R37/Art4.pdf>
- Walker, M. (2018). *Por que nós dormimos*. Editora Intrínseca.
- Walker, M. P. (2009). The Role of Sleep in Cognition and Emotion: *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1156: 168–197 (2009). Disponível em: https://walkerlab.berkeley.edu/reprints/Walker_NYAS_2009.pdf
- Watson, NF., Badr, MS., Belenky, G., Bliwise, DL., Buxton, OM., Buysse, D., Dinges, DF., Gangwisch, J., Grandner, MA., Kushida, C., Malhotra, RK., Martin, JL., Patel, SR., Quan, SF., Tasali, E. (2015) Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Sleep*. 2015 Jun 1;38(6):843-4. doi: 10.5665/sleep.4716. PMID: 26039963; PMCID: PMC4434546. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4434546/>

ANEXO A

Consentimento Informado

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação num Projeto de Investigação

Leia por favor atentamente a seguinte informação e se concordar com o que lhe é apresentado, queira assinar este documento.

Eu, Guilherme Valverde Correia Xavier, aluno regularmente matriculado no Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da professora Marta Matos, encontro-me a efetuar um Projeto de Investigação intitulado: "Sono e Saúde Mental em Auxiliares de Saúde de Instituições Geriátricas": da Universidade Fernando Pessoa do ano letivo 2023/2024", para obtenção de grau de Mestre em Psicologia.

Pretendo com esta investigação, verificar qual o impacto que as alterações de sono têm sobre o funcionamento cognitivo e saúde mental dos auxiliares de saúde que exerçam funções em instituições geriátricas. Neste contexto venho solicitar a vossa excelência a sua participação nesta entrevista. A informação recolhida será anónima e confidencial e utilizada, exclusivamente, para o presente estudo, pelo que não se deve identificar ao longo do mesmo, salvaguardando desta forma a sua privacidade.

Concordo que a entrevista possa ser gravada em formato de áudio pelo investigador para tratamento de dados.

Não concordo que a entrevista possa ser gravada em formato de áudio pelo investigador para tratamento de dados.

Nome do inquirido: _____

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

ANEXO B

Aprovação Comissão de Ética



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

*Das reuniões os alunos e
orientador.*

*prlr
20.12.2023*

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Pedro Reis
Diretor da FCHS

Nº	Data
FCHS/MPCS – 495/23	19 de Dezembro de 2023

Exmo. Senhor Professor Doutor,

A Comissão de Ética analisou o projeto de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde apresentado por Guilherme Valverde Correia Xavier, intitulado "Sono e Saúde Mental nos Auxiliares de Saúde em Instituições Geriátricas".

A Comissão de Ética considera o estudo pertinente e nada tem a opor à realização do estudo, desde que seja obtida por escrito a autorização da instituição para o levantamento dos dados e para a utilização do instrumento.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP

Inês Lopes Cardoso
Inês Lopes Cardoso



FUNDAÇÃO ENSINO E CULTURA "FERNANDO PESSOA"

NPC. 532 057 002 - Reg. Comercial nº 28 Conservatória do Registo Comercial de Porto

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto - Portugal
T. +351 22 507 1300* - <https://www.ufp.pt>
geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Rua Carlos do Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal
T. +351 22 507 4630* - <https://www.ufp.pt>
geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto - Portugal
T. +351 22 507 1300* - <https://www.ufp.pt>
geral@fundacaofernandopessoa.pt

*Número para a rede fixa nacional

ANEXO C

Guião de Entrevista

Guião Entrevista Dissertação: "Sono e Saúde Mental em Auxiliares de Saúde de Lares"

Guilherme Valverde 40252

Universidade Fernando Pessoa

Perguntas:

Olá boa tarde, antes de mais queria agradecer-lhe por ter disponibilizado uma hora do seu tempo para uma pequena entrevista para o meu projeto de investigação.

O projeto de dissertação tem como tema o "Sono e Saúde Mental em Auxiliares de Saúde em Instituições Geriátricas" e pretende analisar o sono e a saúde mental em geral, em específico na população de auxiliares de saúde.

A estrutura da entrevista estará dividida em 3 diferentes dimensões que pretendo avaliar sendo:

A primeira dimensão Percepção de Bem-estar físico e psíquico em particular no trabalho, na profissão de auxiliares de saúde; segunda dimensão Motivação e Humor; e terceira dimensão Padrões de Sono. No final da entrevista também lhe ia pedir o favor de preencher um questionário de avaliação psicométrica designado "Questionário de *Pittsburgh*" que pretende avaliar os padrões de sono.

Dados Sociodemográficos

Nome _____

Idade _____

Sexo _____

Escolaridade _____

1ª Dimensão "Percepção de Bem-estar físico e psíquico no trabalho"

- 1 Desde quando desempenha funções como auxiliar de saúde?
- 2 Pode contar-me um pouco sobre como chegou a esta profissão?
- 3 Que expectativas tinha quando iniciou o seu trabalho?
- 4 Como percebe a relação com os utentes da instituição, no seu dia-a-dia?
- 5 Prefere o trabalho noturno ou diurno?
- 6 Tem algum sítio onde descansar no seu trabalho?

7 Existe algum profissional de saúde mental a quem possa recorrer?

8 O que mais gosta no seu trabalho?

2ª Dimensão Motivação/ Humor

9 Como caracteriza as suas emoções no trabalho?

10 Sente-se realizado e com energia para realizar as tarefas do dia-a-dia?

11 Sente que o seu humor influencia a sua motivação?

12 Pode falar-me um pouco da sua saúde mental ao longo dos anos?

13 Pratica algum desporto? Se sim, sente que isso a ajuda no seu bem-estar?

3ª Dimensão Sono

14 Qual é a média de horas que costuma dormir por noite?

15 Costuma demorar muito tempo a adormecer?

16 Como caracteriza o seu sono?

17 Sente que é reparador?

18 Costuma sonhar? Teve algum pesadelo que me queira contar?

19 Toma alguma medicação para o sono?

20 Costuma sentir sonolência durante o dia enquanto trabalha?

21 Já sentiu insónias ou alguma perturbação relacionada com o sono?

Muito obrigado pela sua participação!

ANEXO D

Questionário de *Pittsburgh*

João, K. A. D. R., Becker, N. B., Jesus, S. N., & Martins, R. I. S. (2017). Validation of the Portugal version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Psychiatry Research*, 247, 225–229.

Anexo I- Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão Portuguesa (PSQI-PT)

Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

*As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono apenas durante o **mês passado**. As suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na **maioria** dos dias e noites do último mês. 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: _____ h _____ min

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes?

Minutos demorou a adormecer: _____ min

3) Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes?

Horário de acordar: _____ h _____ min

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama). Horas de noite de sono: _____ h _____ min

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, a que lhe pareça mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

b) Acordar ao meio da noite ou de manhã muito cedo:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

c) Levantar-se para ir à casa de banho:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

d) Ter dificuldade para respirar:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

e) Tossir ou ressonar alto:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

f) Sentir muito frio:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

g) Sentir muito calor:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

h) Ter sonhos maus ou pesadelos:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

i) Sentir dores:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

j) Outra razão, por favor, descreva: _____

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

<input type="checkbox"/> Muito boa	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Má	<input type="checkbox"/> Muito Má
------------------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

7) Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir recetado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

8) Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

9) Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

10) Vive com um(a) companheiro(a)?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, mas em outro quarto	<input type="checkbox"/> sim, no mesmo quarto mas, não na mesma cama	<input type="checkbox"/> sim, na mesma cama
------------------------------	---	--	---

Se tem um(a) companheiro(a) de cama ou quarto, pergunte-lhe se, no mês passado, **você teve:** a) Ronco alto:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

b) Pausas longas na respiração durante o sono:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

c) Movimentos de pernas durante o sono:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

e) Outros sintomas na cama enquanto dorme, por favor, descreva:

ANEXO E

Cotação do Questionário de *Pittsburgh*

João, K. A. D. R., Becker, N. B., Jesus, S. N., & Martins, R. I. S. (2017). Validation of the Portugal version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Psychiatry Research*, 247, 225–229.

Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)
(João, Becker, Jesus, & Martins, 2017)

Instruções de pontuação e referência

Referência

João, K. A. D. R., Becker, N. B., Jesus, S. N., & Martins, R. I. S. (2017). Validation of the Portugal version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Psychiatry Research*, 247, 225–229.

Pontuações - reportadas em publicações

Componente 1 – Qualidade subjetiva do sono

Examine a **questão 6** e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
Muito boa	0
Boa	1
Má	2
Muito má	3

Pontuação da componente 1: _____

Componente 2 – Latência do sono

1. Examine a **questão 2** e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
< ou = 15 minutos	0
16 a 30 minutos	1
31 a 60 minutos	2
>60 minutos	3

2. Examine a **questão 5a** e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

3. Some a pontuação da **questão 2 e 5a**
4. Atribua a pontuação da Componente 2 da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
0	0
1 e 2	1
3 e 4	2
5 e 6	3

Pontuação da componente 2: _____

Componente 3 – Duração do sono

1. Examine a **questão 4** e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
>7 horas	0
6 a 7 horas	1
5 a 6 horas	2
<5 horas	3

Pontuação da componente 3: _____

Componente 4 – Eficiência do sono

1. Atribua a pontuação da seguinte forma:

- a) Escreva o número de horas dormidas (**questão 4**): _____
- b) Calcule o número de horas de sono: [horário de levantar (**questão 3**)] – [horário de deitar (**questão 1**)]
- c) Calcule a eficiência do sono: $[\text{n}^\circ \text{ de horas dormidas} / \text{n}^\circ \text{ de horas de sono}] \times 100 = \text{eficiência do sono } \%$

2. Atribua a pontuação da componente 4 da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
>85%	0
75% a 84%	1
65% a 74%	2
<65%	3

Pontuação da componente 4: _____

Componente 5 – Distúrbios do sono

1. Examine as **questões de 5b a 5j** e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

2. Some a pontuação das **questões 5b a 5j**
3. Atribua a pontuação da componente 5 da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
0	0
1 a 9	1
10 a 18	2
19 a 27	3

Pontuação da componente 5: _____

Componente 6 – Uso de medicação para dormir

1. Examine a **questão 7** e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

Pontuação da componente 6: _____

Componente 7 – Sonolência e disfunção diurnas

1. Examine a **questão 8** e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

2. Examine a **questão 9** e atribua a pontuação da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
Nunca	0
Menos de 1x/semana	1
1 ou 2x/semana	2
3x/semana ou mais	3

3. Some a pontuação das **questões 8 e 9**
4. Atribua a pontuação da componente 7 da seguinte forma:

<u>Resposta</u>	<u>Pontuação</u>
0	0
1 e 2	1
3 e 4	2
5 e 6	3

Pontuação da componente 7: _____

Qualidade do sono – valor global

Some as pontuações das 7 componentes para obter o valor global do PSQI (Qualidade do sono).

A pontuação varia de 0 a 21.

<5 boa qualidade do sono

>5 pobre qualidade do sono

