

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

Insónia, Fatores Psicológicos e Saúde

PEDRO FILIPE PEREIRA DA SILVA PIRES

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

Professor Doutor António Ferreira Macedo

Doutora Sandra Carvalho Bos

JANEIRO DE 2019

Insónia, Fatores Psicológicos e Saúde

Pedro Pires¹; Sandra Carvalho Bos^{1,2}; António Ferreira Macedo^{1,2,3}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

³ Departamento de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Professor Doutor António Ferreira Macedo

Azinhaga de Santa Comba, 3000-548, Coimbra

AMACEDO@CI.UC.PT

Índice

Resumo.....	4
1. Introdução.....	6
2. Metodologia.....	7
2.1. Procedimentos.....	7
2.2. Amostra.....	7
2.3. Análises Estatísticas.....	8
2.4. Instrumentos.....	8
2.4.1. Escala de Insónia.....	8
2.4.2. Escala de Perceção de Stress Laboral.....	9
2.4.3. Perfil de Estados de Humor.....	10
2.4.4. Inventário de Personalidade de Eysenck.....	10
2.4.5. Escala de Predisposição ao Arousal.....	10
2.4.6. Questionário de Estado de Saúde.....	11
2.4.7. Índice de Bem-estar.....	11
3. Resultados.....	11
3.1. Descrição da amostra, variáveis do sono, fatores psicológicos, saúde e bem-estar.....	11
3.2. Associações entre sintomas de insónia e variáveis psicológicas, saúde e bem-estar.....	15
3.3. Comparações entre grupo sem insónia e grupo com insónia (crónica ou persistente).....	17
4. Discussão/Conclusão.....	18
Agradecimentos	
5. Referências Bibliográficas	21

Anexos

Anexo 1: Consentimento informado

Anexo 2: Caderno de questionários

Anexo 3: Resumos e posters apresentados ao 2º Simpósio da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental, Escola Superior de Enfermagem, Coimbra, 30 novembro 2018

Resumo

Introdução: A insónia crónica ou persistente é a perturbação de sono mais comum, afetando cerca de 10% da população, e está entre as mais frequentes perturbações mentais.

Objetivo: investigar a associação entre variáveis psicológicas, insónia e saúde numa amostra de trabalhadores com horários laborais regulares.

Metodologia: Participaram no estudo transversal 111 funcionários (24-65 anos, 72.1% mulheres) de uma instituição pública. Os trabalhadores, na consulta de rotina do Gabinete de Medicina do Trabalho, preencheram presencialmente ou de forma eletrónica (2015/2016) um conjunto de questionários sobre características sociodemográficas, sintomas de insónia e prejuízo diurno associado, pensamentos/emoções relacionadas com o trabalho, neuroticismo, predisposição ao *arousal*, estados de humor, saúde e bem-estar geral. A insónia crónica foi definida de acordo com os critérios mais recentes da Classificação Internacional das Perturbações de Sono (ICSD-3, AASM, 2014) e a insónia persistente foi definida seguindo os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5, APA, 2013). Os dados foram analisados utilizando o programa de estatística SPSS (versão 23). Realizaram-se análises descritivas, de correlação e de comparação entre grupos independentes.

Resultados: O sintoma de insónia mais referido nesta população foi insónia de manutenção (ICSD-3, 34.2%; DSM-5, 23.4%), seguido de insónia terminal (ICSD-3, 24.3%; DSM-5, 18%) e por fim insónia inicial (ICSD-3/DSM-5, 9%). Os sintomas de insónia associaram-se consistentemente com ruminação ou preocupação durante o sono, com a perceção de que o esforço do trabalho não é devidamente recompensado, com níveis mais elevados de ansiedade-tensão e fadiga-inércia, valores mais baixos de vigor-atividade, vitalidade, saúde mental e função social e a perceção subjetiva de pior saúde geral e bem-estar. Em comparação com o grupo que não tinha insónia, os grupos com insónia crónica ou persistente referiram mais frequentemente não conseguir parar de pensar no trabalho à noite, não dormir o suficiente para ter mais tempo para trabalhar, ruminar durante o sono sobre acontecimentos passados ou sobre o que aconteceu durante o dia, preocupar-se durante o sono com as atividades do dia seguinte ou com o futuro, níveis mais elevados de fadiga, neuroticismo e predisposição ao *arousal* (ativação cognitiva) e níveis inferiores de vitalidade, saúde mental e bem-estar.

Discussão: Os resultados do nosso estudo estão de acordo com a literatura que associa o traço de personalidade neuroticismo, a predisposição individual para o *arousal* e a atividade cognitiva durante o sono com a insónia.

Conclusão: Os resultados do presente estudo salienta a importância específica da atividade cognitiva relacionada com o trabalho com a insónia crónica/persistente, a qual por sua vez se associa à vitalidade, saúde mental e bem-estar geral do indivíduo.

Palavras Chave: Fatores psicológicos, Neuroticismo, Predisposição ao *arousal*, Trabalho, Insónia, Saúde

Abstract

Introduction: Chronic or persistent insomnia is the most common sleep disorder, affecting approximately 10% of the population, and is among the most common mental disorders.

Aims: to investigate the association between psychological variables, insomnia and health in a sample of employees with regular working hours.

Methods: A total of 111 employees (24-65 years, 72.1% female) from a public institution participated in a cross-sectional study. Subjects completed (2015/2016) a booklet of questionnaires about sociodemographic characteristics, insomnia symptoms and associated daytime consequences, work-related thoughts/emotions, neuroticism, arousal predisposition, mood states, health and general well-being, when attending their routine medical consultation at the occupational medicine department. Chronic insomnia was defined according to the most recent criteria of the International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3, AASM, 2014) and persistent insomnia was conceptualized following the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, APA, 2013). Data were analyzed using the SPSS statistical program (version 23). Descriptive, correlation and comparison analyzes between independent groups were performed.

Results: The most frequent insomnia symptom reported by employees was middle insomnia (ICSD-3, 34.2%, DSM-5, 23.4%), followed by terminal insomnia (ICSD-3, 24.3%, DSM-5, 18%) and initial insomnia (ICSD-3 / DSM-5, 9%). Symptoms of insomnia were consistently associated with frequent rumination or worry during sleep, with the perception that work effort is not adequately rewarded, with higher levels of anxiety-tension and fatigue-inertia, lower values of vigor -activity, vitality, mental health and social function and subjective perception of poor overall health and well-being. Compared with the non-insomnia group, chronic or persistent insomnia groups reported more often inability to stop thinking about work during sleep, not sleeping enough to have more time to work, ruminating during sleep about past events or over what had happened during the day, worrying during sleep about next day or future activities, higher levels of fatigue, neuroticism and predisposition to arousal (cognitive activation) and lower levels of vitality, mental health and well-being.

Discussion: Results of the present study are in agreement with the literature that associates neuroticism, individual predisposition to arousal and cognitive activity during sleep with insomnia.

Conclusion: The present study highlights the importance of psychological factors and particularly work-related cognitive activity for chronic or persistent insomnia, which in turn is associated with the individual's vitality, mental health and overall well-being.

Keywords: Psychological factors, Neuroticism, Arousal Predisposition, Work, Insomnia, Health

1. Introdução

A insónia crónica é a perturbação de sono mais frequente, observando-se em aproximadamente 10% da população, e está entre as mais prevalentes perturbações mentais (1). A insónia tem consequências significativas a nível físico e psicológico (2,3). Está associada a patologias como doença cardiovascular, diabetes ou síndrome metabólico e aumento do risco de mortalidade, a nível físico (4) e a maior risco de depressão, a nível psicológico (5).

A insónia crónica define-se como a dificuldade em iniciar, manter (acordares frequentes durante o sono) ou terminar o sono (acordar muito cedo de manhã sem desejar), 3 ou mais vezes por semana, durante pelo menos 3 meses, resultando em prejuízo diurno significativo, apesar de existirem oportunidades e condições adequadas para dormir (ICSD-3) (6). Insónia persistente é uma outra designação para esta perturbação do sono atribuída pela Associação Americana de Psiquiatria no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) (7), sendo os critérios de diagnóstico semelhantes à insónia crónica.

A etiologia da insónia é multifatorial envolvendo fatores neurobiológicos, psicológicos, sociais e ambientais (8). A nível psicológico, fatores de personalidade e cognitivo-comportamentais contribuem para a etiologia da insónia, em particular determinados traços de personalidade, pensamentos e comportamentos de higiene do sono (8).

Na literatura, os traços de personalidade como neuroticismo, perfeccionismo e maior predisposição ao *arousal* têm estado associados à insónia crónica (9). Por exemplo, Hintsanen et al. (10) observaram numa amostra de 1632 indivíduos da Finlândia (58% do sexo feminino) que níveis mais elevados de neuroticismo se associavam a maior intensidade de insónia. Fatores psicológicos relacionados com o trabalho também têm estado associados à insónia, nomeadamente o stresse ocupacional (11-13), falta de apoio social no local de trabalho (11), perceção de injustiça entre o esforço exercido e a recompensa/remuneração obtida (14) e ruminação (15).

Contudo, estudos sobre esta temática são ainda escassos e geralmente não utilizam os mais recentes critérios de diagnóstico da Classificação Internacional das Perturbações do Sono (ICSD-3) (6) ou do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) (7) para definir insónia crónica ou persistente, respetivamente (16).

Neste contexto, o objetivo do nosso trabalho é investigar a associação entre variáveis psicológicas, insónia definida de acordo com os mais recentes critérios de diagnóstico, ICSD-3 e DSM-5, e de saúde numa amostra de trabalhadores com horários regulares (das 8/9 às 17/18 horas). Pretende-se que os resultados do nosso estudo contribuam para identificar fatores psicológicos que estejam associados à insónia crónica ou persistente e, por conseguinte, ao bem-estar individual de forma que se possa prevenir a sua incidência.

2. Metodologia

2.1. Procedimentos

O presente estudo transversal insere-se num projeto de investigação que foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina e à administração da Universidade de Coimbra, tendo obtido parecer favorável da primeira instituição (Of. Ref^a. 025-CE-2013) e autorização da segunda entidade (Of. Ref^a. S-2579-2014).

O protocolo de investigação incluiu um caderno de questionários, o qual foi respondido por trabalhadores de uma instituição pública presencialmente, quando se deslocavam à consulta regular de Medicina do Trabalho, ou de forma eletrónica durante 2015 e 2016. Os funcionários eram informados dos objetivos e dos procedimentos da investigação, assinando um consentimento informado (anexo 1).

O caderno de questionários (anexo 2) demorava cerca de 30 minutos a ser preenchido e incluía 5 secções. A primeira parte correspondia a informação sociodemográfica (idade, sexo, nacionalidade, estado civil, grau de escolaridade e tempo de serviço) e estilos de vida (prática de exercício físico, hábitos tabágicos e alcoólicos, comorbilidades, uso de medicação regular). A segunda secção incluía itens e questões sobre os horários e qualidade de sono durante a semana e ao fim-de-semana. A terceira secção integrava questões sobre perceção de stresse e satisfação laboral. Na secção quatro procurava-se avaliar fatores de personalidade (extroversão, introversão, neuroticismo, predisposição ao *arousal*) e estados de humor. Na última secção, pretendeu-se avaliar a perceção de saúde geral e bem-estar do trabalhador. Em seguida, descrevemos detalhadamente os instrumentos de avaliação utilizados no presente estudo.

2.2. Amostra

Participaram no estudo 111 trabalhadores, 80 mulheres e 31 homens, com uma idade média de 44.3 anos (\pm 9.97). A grande maioria dos participantes tinha nacionalidade portuguesa (96,4%) e estava casada ou em união de facto (70.3%). Aproximadamente, 14% da amostra era composta por indivíduos solteiros e 12.6% eram divorciados/separados. Em relação ao grau de escolaridade, 28.8% da população possuía a licenciatura, 21.6% o doutoramento, 18% o mestrado e 4.5 % a agregação. Em relação à antiguidade do trabalhador na instituição, 39.6% da amostra referiu trabalhar há 10 anos ou menos, 27% entre 21-30 anos, 19.8% entre 11 e 20 anos e 11.7% entre 31 e 40 anos. A maioria dos trabalhadores da amostra (67.6%) tinha filhos.

2.3. Análises estatísticas

Utilizámos a versão 23 do SPSS para realizar as análises estatísticas. Em primeiro lugar efetuámos análises descritivas das variáveis em estudo (frequências, médias e desvio padrão). Posteriormente testámos a normalidade da distribuição das variáveis e verificámos através do teste Shapiro-Wilk que certas variáveis não apresentavam uma distribuição normal. Neste contexto, realizámos análises paramétricas com as variáveis que apresentavam uma distribuição normal (correlação de Pearson e test-t para igualdade de médias com amostras independentes) e análises não paramétricas para as restantes variáveis (correlação de Spearman e teste Mann Whitney U para comparação de grupos independentes) (17).

A consistência interna das escalas foi avaliada através do cálculo do alfa de Cronbach e utilizámos os valores indicados por Almeida & Freire (18) para interpretar estes índices, ou seja, abaixo de 60 foi considerado um coeficiente inaceitável, entre 60 e 65 indesejável, entre 65 e 70 aceitável, entre 70 e 80 ótimo, entre 80 e 90 muito bom e acima de 90 muito elevado. Utilizámos ainda os critérios de Cohen (19) para interpretar a magnitude das correlações: .10 correlação fraca, .30 correlação moderada e .50 correlação forte. Estabeleceu-se o nível de significância de $p < 0.05$ para resultados estatisticamente significativos.

2.4. Instrumentos

2.4.1. Escala de Insónia (EI)

Utilizámos a Escala de Insónia (EI), que foi desenvolvida com base num questionário pré-existente (29), para identificar insónia de longa duração de acordo com duas classificações internacionais, ICSD-3 (6) e DSM-5 (7). As questões colocadas permitiam identificar critérios de diagnóstico de insónia crónica (ICSD-3) (6) e insónia persistente (DSM-5) (7) e a escala de resposta para cada questão variava de 1 (nunca/quase nunca), 2 (raramente), 3 (às vezes), 4 (frequentemente - 3 vezes ou mais por semana) e 5 (quase sempre/sempre) (ver anexo 2, secção II, ponto 3.).

Segundo a Classificação Internacional das Perturbações do Sono (ICSD-3) (6) os critérios para insónia crónica incluem dificuldades em iniciar ou manter o sono ou acordar mais cedo do que o desejável (critério A), com prejuízo do funcionamento diurno associado (critério B) mesmo com oportunidade e condições apropriadas para dormir (critério C), 3 vezes ou mais por semana (critério D) durante 3 meses (critério E) e sem poder ser explicada por outra qualquer perturbação de sono (critério F). Para esta definição considerámos as respostas aos itens 3.2., 3.3., 3.5 e 3.10. a) a 3.10. m) (Anexo 2, Secção II, ponto 3).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) (7) os critérios de diagnóstico de insónia persistente incluem insatisfação com a

quantidade e/ou qualidade de sono relacionada com um ou mais sintomas de insónia inicial, de manutenção ou terminal (critério A), causando prejuízo significativo na vida do indivíduo (critério B) e ocorrendo pelo menos 3 noites durante a semana (critério C), durante pelo menos 3 meses (critério D), com oportunidade adequada para dormir (critério E), sem ser causada por outra perturbação do sono (critério F), efeitos fisiológicos de substância (fármacos e drogas de abuso) (critério G) ou por uma perturbação médica ou mental (critério H). Considerámos as respostas aos itens 3.1., 3.2., 3.4., 3.6., 3.10. c), 3.10. d), 3.10. j), 3.10. l) e 3.10. m) da secção II, ponto 3 (Anexo 2) para a definição de insónia persistente.

Para definir insónia crónica ou insónia persistente considerámos os critérios A, B, C e D e E da ICSD-3 (6) e da DSM-5 (7). Não incluímos o critério F para a insónia crónica (ICSD-3) (6) nem os critérios F e H para insónia persistente (DSM-5) (7) de forma que o tamanho dos grupos de insónia não ficasse demasiado reduzido. O grupo sem insónia incluiu os indivíduos que não preenchiam os critérios para insónia persistente ou insónia crónica ou que apresentavam um ou mais (mas não todos) critérios para insónia (exceto o critério F na insónia crónica e critérios F e H na insónia persistente).

2.4.2. Escala de Perceção de Stresse Laboral (EPSL)

No seguimento de revisão teórica de Åkerstedt et al. (21) sobre stresse laboral e sono, elaborámos uma escala com 11 itens que pretendiam avaliar pensamentos e preocupações relacionados com o trabalho e a perceção de stresse associada à atividade profissional e ao ambiente de trabalho (autonomia, esforço laboral, relação esforço/recompensa laboral, apoio dos colegas). A cada item correspondia uma escala de resposta do tipo Likert que variava de 1 (nunca/quase nunca), 2 (raramente), 3 (às vezes), 4 (frequentemente) e 5 (quase sempre/sempre).

A uma maior pontuação nos 7 itens seguintes correspondia maior stresse relacionado com o trabalho:

- a) Não consigo parar de pensar no trabalho à noite, durante o sono;
- b) Quando acordo começo logo a pensar no trabalho;
- c) Para ter mais tempo para trabalhar não durmo o suficiente;
- d) Durante o sono rumino sobre acontecimentos passados ou sobre o que aconteceu durante o dia;
- e) Durante o sono preocupo-me com as atividades do dia seguinte ou com o futuro;
- f) O meu trabalho exige-me um grande esforço;
- g) Não consigo desligar do trabalho.

Nos 4 itens seguintes uma menor pontuação associava-se a maior stresse relacionado com o trabalho:

- h) O esforço do meu trabalho é devidamente recompensado;

- i) Tenho autonomia no meu trabalho;
- j) Tenho uma atitude positiva no trabalho (recetivo à mudança e às opiniões dos outros);
- k) Sinto apoio dos meus colegas de trabalho quando preciso de ajuda.

2.4.3. Perfil de Estados de Humor (*Profile of Mood States, POMS*)

Para avaliar o estado emocional do indivíduo, utilizámos a versão portuguesa do Perfil de Estados de Humor (POMS) (22,23). Esta é uma das escalas mais utilizadas na literatura para avaliar estados de humor em populações clínicas e não clínicas. É composto por 65 adjetivos relacionados com o humor (por exemplo, afável, tenso, irado ou animado). A cada adjetivo corresponde uma escala de resposta do tipo Likert com as seguintes opções: 0=de maneira nenhuma, 1=um pouco, 2=moderadamente, 3=muito e 4=muitíssimo. A escala inclui 6 dimensões: tensão-ansiedade, depressão-rejeição, cólera-hostilidade, vigor-atividade, fadiga-inércia, confusão-desorientação. Consideramos a resposta aos adjetivos como habitualmente o indivíduo se sente e não um período específico por exemplo durante a última semana ou no passado mês de forma a avaliarmos estados de humor habitualmente sentidos pelo indivíduo (mais estáveis). A consistência interna para cada dimensão foi calculada e obtiveram-se os seguintes alfas de Cronbach: tensão-ansiedade, $\alpha=.712$; depressão-rejeição, $\alpha=.903$; cólera-hostilidade $\alpha=.866$; vigor-atividade, $\alpha=.771$, fadiga-inércia, $\alpha=.816$ e confusão-desorientação, $\alpha=.596$. Estes coeficientes são considerados bons ou muito bons exceto o coeficiente encontrado para a dimensão confusão-desorientação que é considerado inaceitável. Deste-modo, os resultados estatísticos obtidos com esta dimensão não foram valorizados na descrição dos resultados

2.4.4. Inventário de Personalidade de Eysenck (*Eysenck Personality Inventory, EPI*)

Utilizámos a versão portuguesa reduzida do inventário de personalidade de Eysenck constituída por 12 itens (24,25). A escala avalia duas dimensões de personalidade: neuroticismo, itens b), d), f), h), j), l) e extroversão/introversão, itens a), c), e), g), i), k). (Anexo 2, secção IV, ponto 3). Os indivíduos respondem como habitualmente reagem, agem ou sentem em determinadas situações/circunstâncias numa escala que varia de 1 (quase nunca), 2 (poucas vezes), 3 (muitas vezes) e 4 (quase sempre). Valores mais elevados indicam níveis elevados de neuroticismo e extroversão. A consistência interna das duas dimensões foi aceitável, ou seja, $\alpha=.676$ para extroversão/introversão e $\alpha=.685$ para o neuroticismo.

2.4.5. Escala de Predisposição ao Arousal (*Arousal Predisposition Scale, APS*)

A Escala de Predisposição ao Arousal (26) tem 12 afirmações que avaliam a predisposição individual para ativação cognitiva. Os indivíduos assinalam a frequência com

que sentem ou reagem a uma determinada emoção ou comportamento através de uma escala de resposta que inclui as seguintes opções: 1=nunca/quase nunca, 2=raramente, 3=às vezes, 4=freqüentemente e 5=quase sempre/sempre. Uma pontuação elevada nesta escala está associada a maior predisposição para ativação cognitiva ou *arousal*. Traduzimos a versão original inglesa para português de forma a ser utilizada no presente estudo. A consistência interna da escala foi estudada e obtivemos um coeficiente de $\alpha=.733$ indicativo de ótima consistência interna, mas inferior ao valor encontrado na versão original $\alpha=.83$.

2.4.6. Questionário de Estado de Saúde (Short Form Health Survey, SF-36v2)

A versão portuguesa reduzida do questionário de estado de saúde (SF-36) é constituída por 36 itens e oito dimensões de saúde: 1) função física, 2) desempenho físico, 3) dor, 4) saúde geral, 5) vitalidade 6) função social 7) desempenho emocional e 8) saúde mental (24-26). As características psicométricas do SF-36 já foram estudadas para a população portuguesa (25,26). No estudo atual utilizámos a versão portuguesa mais recente do questionário de estado de saúde (SF-36v2) (27,28). Para a cotação dos itens seguimos os procedimentos descritos por Ware et al. (29). Valores mais elevados nas dimensões de saúde são indicativos de melhor estado de saúde (27-32). Obtivemos autorização do autor da versão Portuguesa do SF-36v2 para este questionário fosse utilizado no nosso projeto.

No presente estudo considerámos as dimensões: função física, vitalidade, saúde mental, função social, dor e saúde geral. As dimensões desempenho físico e desempenho emocional não foram analisadas porque as respostas dos trabalhadores a estas dimensões foram no sentido de não existirem consequências/limitações no desempenho em atividades relacionadas com a saúde física ou saúde emocional.

2.4.7. Índice de Bem-estar (WHO-5, Well-being Index)

Aplicámos a versão portuguesa da escala de bem-estar da Organização Mundial de Saúde (33,34) constituída por 5 itens. A cada item correspondeu uma escala de resposta que variava de 1 (nunca), 2 (algumas vezes), 3 (menos de metade do tempo) 4 (mais de metade do tempo), 5 (a maior parte do tempo) e 6 (todo o tempo). Um valor mais elevado nesta escala é indicativo de maior bem-estar. A consistência interna da escala foi muito elevada, i.e., $\alpha=.911$.

3. Resultados

3.1. Descrição da amostra, variáveis do sono, fatores psicológicos, saúde e bem-estar

Em relação aos estilos de vida verificámos que 18% da amostra referiu ser fumadora, 16.2 % relatou consumir bebidas alcoólicas pelo menos 1 vez por dia e 83.8% referiu tomar

café regularmente pelo menos 1 vez por dia. A maioria, 55 %, relatou praticar exercício físico pelo menos 1 vez por semana. Os problemas de saúde mais referidos pelos trabalhadores foram problemas gastrointestinais (10,8%), hipertensão (9,9%), ansiedade (8,1%), depressão (6,3%) e problemas cardiovasculares (5,4%).

Relativamente aos horários de sono da amostra, verificámos que em média, os trabalhadores dormiam aproximadamente 7 horas e 30 minutos durante a semana e 8 horas e 30 minutos durante o fim de semana (ver Tabela 1).

Tabela 1 - Horários de sono durante a semana e ao fim de semana

	Semana		Fim de semana	
	Média	±	Média	±
Hora habitual de deitar (h:min)	23:46	01:04	24:26	01:11
Hora habitual de acordar	07:14	00:42	08:51	01:06
Inércia	00:12	00:13	00:17	00:14
Latência	00:20	00:18	00:17	00:16

±: desvio padrão, h: hora, min: minutos

Analisámos as dificuldades em dormir segundo os critérios estabelecidos pela Classificação Internacional das Perturbações de Sono (ICSD-3) (6) e pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) (7). Verificámos que os sintomas mais frequentes eram a insónia de manutenção, seguida de insónia terminal e de insónia inicial (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2: Dificuldades em dormir de acordo com a ICSD-3 (2014)

Itens sobre dificuldades em dormir – ICSD-3	Opções de resposta		
	Raramente Nunca	Às vezes	Frequentemente* Sempre
Dificuldades em começar dormir (n,%)	74 (66.7)	27 (24.3)	10 (09.0)
Acordar durante a noite	33 (29.7)	39 (35.1)	38 (34.2)
Acordou demasiado cedo (sem desejar)	62 (55.9)	22 (19.8)	27 (24.3)
Consequências diurnas das dificuldades em dormir			
a) fadiga, mal-estar	21 (18.9)	38 (34.2)	15 (13.5)
b) diminuição atenção, concentração, memória	26 (23.4)	35 (31.5)	15 (13.5)
c) prejuízo social, familiar, profissional	38 (34.2)	25 (22.5)	12 (10.8)
d) perturbação de humor, irritabilidade	35 (31.5)	30 (27.0)	10 (09.0)
e) sonolência diurna	25 (22.5)	33 (29.7)	16 (14.4)
f) problemas comportamentais	54 (48.6)	14 (12.6)	04 (03.6)
g) diminuição motivação, energia, iniciativa	28 (25.2)	30 (27.0)	16 (14.4)
h) propensão erros ou acidentes	57 (51.4)	12 (10.8)	05 (04.5)
i) preocupações ou insatisfação com o sono	29 (26.1)	26 (23.4)	19 (17.1)

* 3x ou + p/semana

De acordo com a definição do DSM-5, a queixa mais frequente foi a insatisfação com a qualidade ou quantidade de sono (36%) (Tabela 3). Observámos que 32,4% da amostra

referiu que as dificuldades em dormir ocorriam mesmo quando existia oportunidade e condições adequadas.

Tabela 3 – Dificuldades em dormir segundo os critérios do DSM-5 (2013)

Itens sobre dificuldades em dormir -DSM-5	Opções de resposta		
	Raramente Nunca	Às vezes	Frequentemente Sempre*
Insatisfeito qualidade/quantidade do sono (n,%)	34 (30.6)	32 (28.8)	40 (36.0)
Dificuldades em começar dormir	74 (66.7)	27 (24.3)	10 (09.0)
Acordar à noite e não conseguir voltar a adormecer	52 (46.8)	27 (24.3)	26 (23.4)
Acordar cedo e não conseguir voltar a adormecer	66 (59.5)	25 (22.5)	20 (18.0)
Consequências diurnas das dificuldades em dormir			
a) prejuízo social, familiar, profissional	38 (34.2)	25 (22.5)	12 (10.8)
b) perturbação de humor, irritabilidade	35 (31.5)	30 (27.0)	10 (09.0)
c) cansaço/irritabilidade/excitação/nervosismo/depressão	35 (31.5)	24 (21.6)	16 (14.4)

* 3x ou + p/semana

No que se refere aos fatores psicológicos relacionados com o trabalho, observámos que os trabalhadores frequentemente ou quase sempre/sempre referiram ter uma atitude positiva no trabalho (81.1%), serem recetivos à mudança e às opiniões dos outros (73.0%) e relataram ter autonomia no trabalho e apoio dos colegas de trabalho quando precisavam de ajuda (66.7%).

Tabela 4 – Frequência das respostas aos itens sobre variáveis psicológicas relacionadas com o trabalho

Itens sobre fatores laborais e sono	Opções de resposta		
	Raramente Nunca	Às vezes	Frequentemente* Sempre
Não parar pensar trabalho à noite	51 (45.9)	33 (29.7)	27 (24.3)
Acordar e pensar logo no trabalho	37 (33.3)	32 (28.8)	42 (37.8)
Para trabalhar não dormir o suficiente	62 (55.9)	30 (27.0)	19 (17.1)
Durante o sono rumação	46 (41.4)	40 (36.0)	25 (22.5)
Durante o sono preocupação	42 (37.8)	38 (34.2)	31 (27.9)
Trabalho exige grande esforço	20 (18.0)	35 (31.5)	56 (50.5)
Esforço do trabalho é recompensado	42 (37.8)	39 (35.1)	30 (27.0)
Autonomia no trabalho	06 (05.4)	24 (21.6)	81 (73.0)
Atitude positiva no trabalho	06 (05.4)	15 (13.5)	90 (81.1)
Apoio dos colegas de trabalho	12 (10.8)	25 (22.5)	74 (66.7)
Não conseguir desligar do trabalho	47 (39.6)	36 (32.4)	31 (27.9)

* 3x ou + p/semana

No entanto, a maioria dos trabalhadores também referiu que frequentemente ou quase sempre tinha uma perceção de grande exigência no desempenho das suas funções laborais (50.5%) e alguns trabalhadores também afirmaram que quando acordavam, começavam logo a pensar no trabalho (37.8%). Uma percentagem significativa da amostra, aproximadamente um terço, referiu que se preocupava com as atividades do dia-a-dia ou com o futuro durante o sono e que não conseguia desligar-se do trabalho (Tabela 4). Contudo, a grande maioria

referiu estar satisfeito ou muito satisfeito com o seu trabalho (82%) e também com as condições de trabalho (53.1%).

Na Tabela 5 podemos consultar os dados descritivos das variáveis relacionadas com os fatores psicológicos, saúde geral e bem-estar.

Tabela 5 – Média, desvio padrão e teste Shapiro-Wilk para as variáveis psicológicas, saúde geral e bem-estar

	N	Média	±	S-W
Escala de Perceção de Stresse Laboral				
Não parar pensar trabalho à noite	111	02.7	1.26	<.001
Acordar e pensar logo no trabalho	111	03.1	1.29	<.001
Para trabalhar não dormir o suficiente	111	02.4	1.24	<.001
Durante o sono ruminação	111	02.8	1.14	<.001
Durante o sono preocupação	111	03.0	1.15	<.001
Trabalho exige grande esforço	111	03.5	1.14	<.001
Esforço do trabalho é recompensado	111	02.8	1.10	<.001
Autonomia no trabalho	111	04.0	0.10	<.001
Atitude positiva no trabalho	111	04.1	0.88	<.001
Apoio dos colegas de trabalho	111	03.8	1.06	<.001
Não conseguir desligar do trabalho	111	02.8	1.19	<.001
Satisfação com o trabalho	111	02.9	0.75	<.001
Satisfação com as condições de trabalho	111	02.6	0.84	<.001
Perfil de Estados de Humor				
Ansiedade-tensão	96	09.4	05.29	.176
Depressão-rejeição	98	09.2	08.25	<.001
Cólera-hostilidade	100	07.5	05.98	.001
Vigor-atividade	99	17.8	04.66	.509
Fadiga-inércia	99	06.6	04.57	.037
Confusão-desorientação	96	05.3	03.39	.002
Inventário Personalidade Eysenck				
Extroversão	103	14.6	03.15	.038
Neuroticismo	105	11.7	03.15	.022
Escala de Predisposição ao Arousal				
	103	34.2	06.02	.060
Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2)				
Função física	107	88.9	15.95	<.001
Vitalidade	109	57.3	14.09	.033
Saúde mental	109	66.7	13,76	<.001
Função social	107	80.3	20.68	<.001
Dor física	109	76.7	21,57	<.001
Saúde geral	110	67.1	15.85	.196
Índice de Bem-Estar	110	19.9	05.16	.003

S-W, Shapiro-Wilk.(teste para avaliar normalidade das variáveis); $p < .05$: variáveis que não possuem uma distribuição normal.

Verificámos através do teste Shapiro-Wilk que a grande maioria das variáveis não apresentava uma distribuição normal, com exceção de 4 variáveis (ver Tabela 5). Deste modo, os resultados a seguir descritos foram na sua maioria obtidos através de análises não paramétricas (correlação de Spearman e teste Mann Whitney U para comparação de grupos independentes). Para as 4 variáveis que apresentavam uma distribuição normal, os resultados

foram analisados através de estatísticas paramétricas (correlação de Pearson e test-*t* para igualdade de médias com amostras independentes) (32).

3.2. Associações entre sintomas de insónia, fatores psicológicos e saúde e bem-estar

Para estudar as associações entre sintomas de insónia, fatores psicológicos e saúde considerámos para além dos itens referentes aos sintomas individuais de insónia duas novas variáveis: “sintomas de insónia ICSD-3” e “sintomas de insónia DSM-5”. A primeira variável resultou da soma das pontuações aos itens 3.2., 3.3 e 3.5 e a segunda variável consistiu na adição dos valores aos itens 3.1., 3.2., 3.4. e 3.6. (Anexo 2, secção II, ponto 3).

Verificámos que os sintomas de insónia, individualmente ou agrupados, se associavam positivamente e de forma estatisticamente significativa e consistente aos itens “Durante o sono rumino sobre acontecimentos passados ou sobre o que aconteceu durante o dia” e “Durante o sono preocupo-me com as atividades do dia seguinte ou com o futuro” bem como às dimensões de humor, ansiedade-tensão e fadiga-inércia, e ao traço de personalidade neuroticismo. Observámos ainda associações estatisticamente significativas e negativas entre os sintomas de insónia (individualmente ou agrupados) e o item “O esforço do meu trabalho é devidamente recompensado”, à dimensão de humor vigor-atividade e com os domínios de saúde, vitalidade, saúde mental e função social. Verificámos que os sintomas de insónia (individualmente ou agrupados) se associavam à perceção subjetiva de pior saúde geral e bem-estar (Tabela 6).

De referir que o item “Não consigo parar de pensar no trabalho à noite, durante o sono” se correlacionou positivamente com os sintomas de insónia inicial, de manutenção, sintomas de insónia ICSD-3, sintomas de insónia DSM-5, mas não com os sintomas de insónia terminal. O item “Tenho autonomia no meu trabalho” correlacionou-se negativamente com o sintoma de insónia inicial ($r_s = -.284$) e sintomas de insónia ICSD-3 ($r_s = -.254$). A questão “satisfação com as condições de trabalho” associou-se negativamente à variável sintomas de insónia ICSD-3 ($r_s = -.218$).

Em relação aos estados de humor, a dimensão depressão-rejeição associou-se de forma consistente e positivamente a praticamente todos os sintomas de insónia (exceto insónia de manutenção). A dimensão de personalidade “extroversão” associou-se a insónia inicial ($r_s = -.202$), sintomas de insónia ICSD-3 ($r_s = -.201$) e sintomas de insónia DSM-5 ($r_s = -.302$), ou seja, os indivíduos mais extrovertidos referiram menos insónia inicial e relataram menos sintomas de insónia ICSD-3 ou DSM-5. A predisposição ao *arousal* correlacionou-se positivamente com muitos dos sintomas de insónia exceto com a insónia inicial, insónia de manutenção ICSD-3 e insónia terminal DSM-5.

Por último, verificámos que os domínios de saúde “função física” e “dor física” se associaram negativamente com a insónia terminal e sintomas de insónia ICSD-3 ou DSM-5 mas não com os sintomas de insónia inicial ou de manutenção.

Tabela 6 – Correlações entre as variáveis psicológicas relacionadas com o trabalho, estados de humor, personalidade, domínios da saúde, bem-estar e os sintomas de insónia (ICSD-3; DSM-5)

	DIS	ICSD-3 DMS	DSM-5 DMS	ICSD-3 AP	DSM-5 AP	Sintomas ICSD-3	Sintomas DSM-5
Escala de Perceção de Stress Laboral							
Não parar pensar trabalho à noite	.252 [*]	.343 ^{**}	.342 ^{**}	.123	.167	.288 [*]	.290 [*]
Acordar e pensar logo no trabalho	.057	.108	.134	.028	.004	.062	.088
Para trabalhar não dormir o suficiente	.112	.018	.021	.097	.174	.099	.127
Durante o sono ruminação	.262 [*]	.336 ^{**}	.396 ^{**}	.227 [*]	.229 [*]	.368 ^{**}	.354 ^{**}
Durante o sono preocupação	.351 ^{**}	.362 ^{**}	.492 ^{**}	.384 ^{**}	.309 [*]	.492 ^{**}	.465 ^{**}
Trabalho exige grande esforço	-.037	.093	.048	.178	.259 [*]	.079	.110
Esforço do trabalho é recompensado	-.284 [*]	-.244 [*]	-.286 [*]	-.309 [*]	-.301 [*]	-.360 ^{**}	-.298 [*]
Autonomia no trabalho	-.284 [*]	-.142	-.183	-.141	-.103	-.254 [*]	-.146
Atitude positiva no trabalho	-.165	-.089	-.073	-.030	-.012	-.130	-.054
Apoio dos colegas de trabalho	-.149	.060	.045	.022	-.064	-.003	-.001
Não conseguir desligar do trabalho	.068	.136	.105	.039	-.105	.097	.053
Satisfação com o trabalho	.006	-.001	-.014	-.043	-.026	.053	.014
Satisfação com as condições de trabalho	-.114	-.189	-.139	-.175	-.191	-.218 [*]	-.139
Perfil de Estados de Humor							
Ansiedade-tensão	.298 [*]	.418 ^{**}	.408 ^{**}	.268 [*]	.277 [*]	.449 ^{**}	.403 ^{**}
Depressão-rejeição	.275 [*]	.196	.191	.226 [*]	.251 [*]	.284 [*]	.266 [*]
Cólera-hostilidade	.305 [*]	.190	.193	.142	.212 [*]	.256 [*]	.274 [*]
Vigor-atividade	-.328 ^{**}	-.250 [*]	-.371 ^{**}	-.259 [*]	-.250 [*]	-.363 ^{**}	-.404 ^{**}
Fadiga-inércia	.270 [*]	.339 ^{**}	.333 [*]	.253 [*]	.335 [*]	.359 ^{**}	.365 ^{**}
Confusão-desorientação	.254 [*]	.246 [*]	.226 [*]	.064	.079	.222 [*]	.234 [*]
Inventário Personalidade Eysenck							
Extroversão	-.202 [*]	-.141	-.181	-.143	-.191	-.201 [*]	-.302 [*]
Neuroticismo	.417 ^{**}	.450 ^{**}	.486 ^{**}	.409 ^{**}	.343 ^{**}	.557 ^{**}	.505 ^{**}
Escala de Predisposição ao Arousal							
	.053	.184	.240 [*]	.202 [*]	.120	.200 [*]	.200 [*]
Questionário de Estado de Saúde							
Função física	-.177	-.136	-.189	-.296 ^{**}	-.285 [*]	-.263 [*]	-.235 [*]
Vitalidade	-.446 ^{**}	-.353 ^{**}	-.453 ^{**}	-.403 ^{**}	-.343 ^{**}	-.508 ^{**}	-.557 ^{**}
Saúde mental	-.429 ^{**}	-.326 [*]	-.412 ^{**}	-.352 ^{**}	-.364 ^{**}	-.455 ^{**}	-.457 ^{**}
Função social	-.248 [*]	-.274 [*]	-.353 ^{**}	-.271 [*]	-.259 [*]	-.343 ^{**}	-.347 ^{**}
Dor física	-.135	-.117	-.133	-.297 [*]	-.203 [*]	-.220 [*]	-.125
Saúde geral	-.300 [*]	-.214 [*]	-.241 [*]	-.226 [*]	-.211 [*]	-.308 [*]	-.275 [*]
Índice de Bem-Estar							
	-.477 ^{**}	-.386 ^{**}	-.453 ^{**}	-.443 ^{**}	-.435 ^{**}	-.555 ^{**}	-.592 ^{**}

**p<001, *p<005; DIS: Dificuldade iniciar o sono; DMS: Dificuldade manter o sono; AP: Acordar precoce; * p<.05; ** p<.001

De salientar que foram encontradas correlações moderadas ou fortes positivas entre os sintomas de insónia (ICSD-3 ou DSM-5) e o item relacionado com a preocupação durante o sono e com o traço de personalidade Neuroticismo e correlações negativas (moderadas ou fortes) com as variáveis vitalidade, saúde mental e bem-estar.

3.3. Comparações entre o grupo sem insónia e o grupo de insónia (crónica ou persistente) o relativamente às variáveis psicológicas e de saúde.

Em seguida, fomos investigar as diferenças entre os indivíduos com insónia crónica (ICSD-3, n=13, 11.7%) ou insónia persistente (DSM-5, n=9, 8.1%) e os que não tinham esta condição relativamente às variáveis psicológicas relacionadas com o trabalho, as dimensões de estados de humor, os traços de personalidade (extroversão, neuroticismo), predisposição ao *arousal*, domínios de saúde e bem-estar.

Tabela 7: Comparação entre os grupos sem insónia vs. grupo com insónia (crónica ou persistentes relativamente às variáveis psicológicas, domínios de saúde e bem-estar

	ICSD-3		DSM-5	
	Grupo s/ insónia	Grupo c/ insónia crónica	Grupo s/ insónia	Grupo c/ insónia persistente
	Md	IIQ	Md	IIQ
Escala de Perceção de Stress Laboral				
Não parar pensar trabalho à noite	02.5	(1.00)	04.0	(2.00)*
Acordar e pensar logo no trabalho	03.0	(2.00)	03.0	(2.00)
Para trabalhar não dormir o suficiente	02.0	(2.00)	03.0	(2.50)*
Durante o sono ruminação	03.0	(1.00)	03.0	(2.00)*
Durante o sono preocupação	03.0	(1.00)	05.0	(2.00)*
Trabalho exige grande esforço	03.0	(1.00)	04.0	(1.50)
Esforço do trabalho é recompensado	03.0	(2.00)	03.0	(2.00)
Autonomia no trabalho	04.0	(2.00)	04.0	(1.50)
Atitude positiva no trabalho	04.0	(1.00)	04.0	(1.50)
Apoio dos colegas de trabalho	04.0	(2.00)	04.0	(2.00)
Não conseguir desligar do trabalho	03.0	(2.00)	03.0	(2.00)
Satisfação com o trabalho	03.0	(0.00)	03.0	(1.50)
Satisfação com as condições de trabalho	03.0	(1.00)	03.0	(1.00)
Perfil de Estados de Humor				
Ansiedade-tensão (M, ±)	08.8	(04.89)	14.4	(06.20)*
Depressão-rejeição	08.0	(10.50)	14.0	(11.25)
Cólera-hostilidade	06.0	(07.50)	13.0	(14.00)
Vigor-atividade (M, ±)	18.1	(04.48)	14.7	(05.33)*
Fadiga-inércia	06.0	(06.75)	12.0	(08.00)*
Confusão-desorientação	05.0	(04.00)	07.0	(09.00)
Inventário Personalidade Eysenck				
Extroversão	15.0	(05.00)	12.5	(06.00)
Neuroticismo	11.0	(04.00)	16.5	(03.75)*
Escala de Predisposição ao Arousal (M, ±)	33.8	(05.81)	37.8	(06.74)*
Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2)				
Função física	85.0	(11.25)	80.0	(30.00)
Vitalidade	60.0	(20.00)	45.0	(22.50)*
Saúde mental	72.0	(12.00)	48.0	(33.00)*
Função social	87.5	(25.00)	62.5	(56.25)*
Dor física	77.5	(32.50)	67.5	(50.00)
Saúde geral (M, ±)	67.5	(16.07)	64.2	(14.27)
Índice de Bem-Estar	21.0	(06.50)	12.0	(10.00)*

Md= mediana; IIQ= Intervalo interquartil (Q3-Q1); M=média; ±: desvio padrão. * Diferença estatisticamente significativa, $p < .05$

Verificámos que os grupos com insónia (crónica ou persistente) relataram mais frequentemente “Não consigo parar de pensar no trabalho à noite, durante o sono”, “Para ter mais tempo para trabalhar não durmo o suficiente”, “Durante o sono rumino sobre acontecimentos passados ou sobre o que aconteceu durante o dia”, “Durante o sono preocupo-me com as atividades do dia seguinte ou com o futuro” em comparação com o grupo que não tinha insónia. Foi igualmente observado que o grupo de insónia (crónica ou persistente) referiu valores mais elevados de fadiga, neuroticismo e maior predisposição ao *arousal* (ativação cognitiva). Em termos de saúde geral e bem-estar, registámos que o grupo de insónia (crónica ou persistente) relatou níveis inferiores de vitalidade, saúde mental e bem-estar (Tabela 7).

Para além dos resultados consistentes descritos anteriormente também observámos que, em comparação com o grupo que não tinha insónia, o grupo com insónia persistente (DSM-5) referiu mais frequentemente que “O meu trabalho exige-me um grande esforço” (Mediana, Md=3, Intervalo Interquartil, Q3-Q1, IIQ=1 *versus* Md=5, IIQ=1) e que o grupo com insónia crónica (ICSD-3) relatou níveis mais elevados de ansiedade-tensão ($M=8.8 \pm 4.89$ vs. $M=14.4 \pm 6.20$) e níveis inferiores de vigor-atividade ($M=18.1 \pm 4.48$ vs. $M=14.7 \pm 5.33$) e função social (Md=87.5, IIQ=25 vs. Md=62.5, IIQ=56.25).

4. Discussão e Conclusão

No presente estudo verificámos que os horários de deitar e acordar da amostra são horários regulares permitindo que o sono tenha uma duração ligeiramente superior a sete horas por semana e durante o fim de semana de aproximadamente nove horas. Estes horários estão de acordo com o que é recomendado (35).

Constatámos igualmente que o sintoma de insónia mais referido nesta população foi insónia de manutenção, seguido de insónia terminal e por fim insónia inicial. Estes dados estão em conformidade com a literatura científica nesta área e com a população em análise. De fato, estudos com amostras da população geral referem que o sintoma de insónia de manutenção é o mais frequente (36-38). Na população de estudantes universitários, o sintoma de insónia inicial é dos mais frequentes (39-41).

De notar, que no nosso estudo, a consequência mais negativa dos sintomas de insónia foi a preocupação ou insatisfação com o sono, o que nos indica que há uma valorização da qualidade dos sono nos indivíduos que compõem a amostra. A sonolência diurna, a diminuição da motivação, energia, iniciativa e maior cansaço, irritabilidade, excitação, nervosismo e depressão foram outras consequências diurnas referidas pelos trabalhadores. Estes dados salientam a importância do sono para o bem-estar emocional do trabalhador e estão de acordo com os estudos que referem a insónia como um fator de risco para a Depressão (5).

Em relação à atividade laboral, verificámos que cerca de metade da amostra referiu que o trabalho exigia grande esforço e uma parte significativa referiu que quando acordava começava logo a pensar no trabalho. Estes aspetos podem refletir o nível de importância e destaque da profissão para o trabalhador, que ocupa uma parte significativa do dia-a-dia do indivíduo.

Um dos resultados mais consistentes do nosso estudo residiu nas associações encontradas entre todos os sintomas de insónia considerados com a frequente ruminação ou preocupação durante o sono, com a perceção de que o esforço do trabalho não é devidamente recompensado, com níveis mais elevados de ansiedade-tensão e fadiga-inércia, valores mais baixos de vigor-atividade, vitalidade, saúde mental e função social e a perceção subjetiva de pior saúde geral e bem-estar. Estes resultados estão de acordo com outros estudos (42-44) que associam em contexto laboral a ruminação às dificuldades em dormir. Observámos igualmente que os sintomas de insónia eram mais frequentes em indivíduos com níveis mais elevados de neuroticismo. Resultados semelhantes têm sido encontrados na literatura entre insónia e neuroticismo (10, 45).

Observámos ainda que os sintomas de insónia inicial e de manutenção (mas não o sintoma de insónia terminal) se associavam com o item não conseguir parar de pensar no trabalho à noite, durante o sono. Constatámos que a insónia inicial e os sintomas de insónia ICSD-3 e DSM-5 eram menos frequentes nos indivíduos mais extrovertidos. Este resultado é concordante com o estudo de Hintsanen et al. (10) que também observou que a extroversão se associava a menos intensidade de insónia. Verificámos ainda que o sintoma de insónia terminal era menos frequente em indivíduos que relatavam melhor saúde relacionada com a função física e dor física. Este resultado está de acordo com os estudos que têm associado a prática moderada de exercício físico com melhor qualidade de sono e menos intensidade de insónia (46,47). Em suma, os nossos dados sugerem que a perceção de autonomia no trabalho poderá ser um fator protetor para dificuldades em iniciar ou manter o sono, que a extroversão poderá ser uma dimensão da personalidade a explorar quando o trabalhador relata dificuldades em iniciar o sono e que promover a função física e a diminuição de dor física poderá contribuir para diminuir o acordar precoce. Contudo, são necessários mais estudos para corroborar estas observações.

Ao compararmos o grupo de indivíduos com insónia crónica ou persistente com o grupo sem insónia relativamente às variáveis psicológicas, saúde e bem-estar obtivemos resultados semelhantes aos descritos anteriormente. Observámos que o grupo com insónia (crónica ou persistente) relatava mais frequentemente não conseguir parar de pensar no trabalho à noite durante o sono, não dormir o suficiente para ter mais tempo para trabalhar, ruminar durante o sono sobre acontecimentos passados ou sobre o que aconteceu durante o dia, preocupar-se durante o sono com as atividades do dia seguinte ou com o futuro, níveis

mais elevados de fadiga, neuroticismo e predisposição ao arousal (ativação cognitiva) e valores inferiores de vitalidade, saúde mental e bem-estar. Estes resultados estão de acordo com estudos anteriores que observaram que as dificuldades em dormir se associam a níveis inferiores do estado de saúde e qualidade de vida (48,49).

De salientar ainda a diferença significativa que encontramos entre os grupos de insónia (crónica ou persistente) e os grupos sem insónia relativamente à predisposição ao *arousal* (ativação cognitiva), que foi mais elevada nos grupos de insónia. Esta observação é esperada e está de acordo com a teoria de *hiperarousal psicofisiológico* da insónia (50). Segundo esta teoria os insónes possuem um nível mais elevado de *arousal* psicofisiológico (geneticamente determinado) que pode ser observado objetivamente através de, por exemplo, registos de imagiologia, electroencefalografia ou electrocardiografia e que contribui para explicar as dificuldades em dormir.

No nosso estudo não utilizámos uma avaliação objetiva do sono (polissonografia ou actigrafia) que poderia corroborar as diferenças encontradas entre o grupo de insónia (crónica ou persistente) e o grupo sem insónia relativamente à predisposição ao *arousal* (ativação cognitiva). Uma outra limitação do nosso estudo é o design transversal do estudo que limita a análise de relações de causa-efeito entre as variáveis e consequentemente as conclusões. O tamanho da amostra e em especial a dimensão dos grupos de insónia crónica e persistente não nos permitiram fazer comparações por sexo. No entanto, julgamos que a natureza exploratória do nosso estudo permitiu identificar variáveis psicológicas que poderão estar mais associadas à insónia crónica ou persistente em indivíduos ativos profissionalmente e que poderão ser investigadas no futuro com maior detalhe e precisão através de um estudo longitudinal e com recurso a metodologias de análise do sono mais objetivas como, por exemplo, imagiologia, polissonografia ou actigrafia.

Em suma, o nosso estudo confirma a importância de fatores psicológicos durante o sono (não conseguir parar de pensar no trabalho, não dormir o suficiente para ter mais tempo para trabalhar, ruminação sobre acontecimentos passados ou preocupações com o futuro) e traços de personalidade (neuroticismo e predisposição ao *arousal*) para a manutenção da insónia crónica ou persistente, que por sua vez se associa a níveis mais elevados de fadiga e níveis inferiores de vitalidade, saúde mental e bem-estar. Estes fatores psicológicos e traços de personalidade poderão ser um alvo terapêutico a trabalhar em consulta de psicoterapia.

Agradecimentos

Agradecemos aos trabalhadores a inestimável participação no estudo. Ao serviço de Medicina de Trabalho da instituição à qual pertenciam os trabalhadores o apoio e colaboração imprescindíveis para a realização da presente investigação.

5. Referências bibliográficas

1. Lichstein KL, Taylor DJ, McCrae CS, Petrov ME. Insomnia: Epidemiology and risk factors. In *Principles and Practice of Sleep Medicine (Sixth Edition)* Philadelphia. Elsevier Inc. 2017. p.761-68.
2. Léger D, Morin CM, Uchiyama M, Hakimi Z, Cure S, Walsh JK. Chronic insomnia, quality-of-life, and utility scores: comparison with good sleepers in a cross-sectional international survey. *Sleep Medicine*. 2012; 13(1): 43-51
3. Sivertsen B, Lallukka T, Salo P, Pallesen S, Hysing M, Krokstad S, Øverland S. Insomnia as a risk factor for ill health: results from the large population-based prospective HUNT Study in Norway. *Journal of Sleep Research*. 2014; 23(2): 124-32
4. Hall MH, Fernandez-Mendoza J, Kline CE, Vgontzas AN. Insomnia and health In *Principles and Practice of Sleep Medicine (Sixth Edition)* Philadelphia Elsevier Inc. 2017. p 794-803.
5. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U, Lombardo C, Riemann D. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 135(1): 10-9
6. American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders (ICSD)*. Third Edition. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine. 2014.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
8. Perlis ML, Ellis J, Kloss JD, Riemann D. The etiology of insomnia. In *Principles and Practice of Sleep Medicine (Sixth Edition)* Philadelphia. Elsevier Inc. 2017. p.769-84.
9. van de Laar M, Verbeek I, Pevernagie D, Aldenkamp A, Overeem S. The role of personality traits in insomnia. *Sleep Medicine Reviews*. 2010; 14(1): 61-8
10. Hintsanen M, Puttonen S, Smith K, Törnroos M, Jokela M, Pulkki-Råback L, Hintsa T, Merjonen P, Dwyer T, Raitakari OT, Venn A. Five-factor personality traits and sleep: Evidence from two population-based cohort studies. *Health Psychology*. 2014; 33(10): 1214.
11. Saijo Y, Chiba S, Yoshioka E, Nakagi Y, Ito T, Kitaoka-Higashiguchi K, Yoshida T. Synergistic interaction between job control and social support at work on depression, burnout, and insomnia among Japanese civil servants. *International archives of occupational and environmental health*. 2015; 88(2):143-52.
12. Kim HC, Kim BK, Min KB, Min JY, Hwang SH, Park SG. Association between job stress and insomnia in Korean workers. *Journal of occupational health*. 2011; 53(3): 164-74.

13. Yeh YC, Lin BY, Lin WH, Wan TT. Job stress: its relationship to hospital pharmacists' insomnia and work outcomes. *International journal of behavioral medicine*. 2010; 17(2): 143-53.
14. Yoshioka E, Saijo Y, Kita T, Satoh H, Kawaharada M, Kishi R. Effect of the interaction between employment level and psychosocial work environment on insomnia in male Japanese public service workers. *International journal of behavioral medicine*. 2013; 20(3): 355-64.
15. Kompier MA, Taris TW, Van Veldhoven M. Tossing and turning-insomnia in relation to occupational stress, rumination, fatigue, and well-being. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2012; 38(3): 238-46.
16. Bos SC, Macedo AF. Literature Review on Insomnia (2010-2016). *Biological rhythm research*. 2019; 50(1): 94-163.
17. Bland M. *An introduction to medical statistics*. New York. Oxford University Press (UK). 2000.
18. Almeida LS, Freire T *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação (3ª Edição)*. Braga, Portugal. Edições Psiquilíbrios. 2003.
19. Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin*, 1992; 112(1): 155-9.
20. Azevedo MHP, Bos SC. *Saúde na Gravidez*. Biblioteca Nacional de Portugal (COTA S.A. 115133 V.). 2006.
21. Åkerstedt T, Perski A, Kecklund G (2011). Chapter 74: Sleep, Stress and Burnout. Pp.814-821. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. Fifth Edition. Edited by Meir H. Kryger, Thomas Roth, William C. Dement. Elsevier Saunders. St. Louis. Missouri. Canada.
22. McNair DM, Lorr M, Droppleman LF Edits *Manual for the Profile of Mood States*. Educational and Industry Testing Service. San Diego, California.1971.
23. Azevedo MH, Silva CF, Dias MR. O "Perfil de Estados de Humor": Adaptação à população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*. 1991; 12: 187-93.
24. Eysenck HJ, Eysenck SBG. *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London. University of London Press.1964.
25. Silva CF, Azevedo MHP, Dias MRVC. Estudo padronizado do trabalho por turnos – versão portuguesa do SSI. *Psychologica*. 1995; 13: 27-36.
26. Coren S, Prediction of insomnia from arousability predisposition scores: scale development and cross-validation. *Research and Therapy*. 1988; 26(5): 415-20.
27. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992; 30: 473-83.
28. Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*. 2000; 13(1-2): 55-66.

29. Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*. 2000; 13(3): 119-27.
30. Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2003; 21:15–30.
31. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Medidas sumário física e mental do estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2012; 30(2): 163-71.
32. Ware JE, Kosinski M, Dewey JE. How to score version 2 of the SF-36 health survey (standard & acute forms). QualityMetric Incorporated. 2000.
33. Johansen S. The use of well-being measures in primary health care – the DepCare project; in World Health Organization, Regional Office for Europe Well-Being Measures in Primary Health Care - The DepCare Project. Geneva. World Health Organization, target 12, E60246.1998.
34. Topp CW, Otsergaard SD, Sondergaard S. The Who-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2015; 84: 167-76.
35. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, Hazen N, Herman J, Katz ES, Kheirandish-Gozal L, Neubauer DN. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*. 2015; 1(1): 40-3.
36. Furihata R, Uchiyama M, Takahashi S, Suzuki M, Konno C, Osaki K, Konno M, Kaneita Y, Ohida T, Akahoshi T, Hashimoto S. The association between sleep problems and perceived health status: a Japanese nationwide general population survey. *Sleep Medicine*. 2012; 13(7): 831-7.
37. Soehner AM, Harvey AG. Prevalence and functional consequences of severe insomnia symptoms in mood and anxiety disorders: results from a nationally representative sample. *Sleep*. 2012; 35(10): 1367-75.
38. Pallesen S, Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B. A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. *Sleep Medicine*. 2014;15(2): 173-9.
39. Azevedo MH, Soares MJ, Bos SC, Gomes AA, Maia B, Marques M, Pereira AT, Macedo A. Perfectionism and sleep disturbance. *World Journal of Biological Psychiatry*. 2009; 10(3): 225-33.
40. Azevedo MH, Bos SC, Soares MJ, Marques M, Pereira AT, Maia B, Gomes AA, Macedo A. Perfectionism and sleep: longitudinal study. *World Journal of Biological Psychiatry*. 2010; 11(2): 476-85.

41. Amaral AP, Soares MJ, Pereira AT, Marques M, Bos SC, Madeira N, Macedo A. Sleep Difficulties in college students: the role of stress, affect and cognitive processes. *Psychiatry Research*. 2018; 260: 331-7.
42. Cropley M, Dijk DJ, Stanley N. Job strain, work rumination, and sleep in school teachers. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2006;15(2):181-96.
43. Berset M, Elfering A, Lüthy S, Lüthi S, Semmer NK. Work stressors and impaired sleep: Rumination as a mediator. *Stress and Health*. 2011; 27(2): e71-82.
44. Querstret D, Cropley M. Exploring the relationship between work-related rumination, sleep quality, and work-related fatigue. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2012; 17(3): 341.
45. Gurtman CG, McNicol R, McGillivray JA. The role of neuroticism in insomnia. *Clinical Psychologist*. 2014; 18(3): 116-24.
46. Buman MP, King AC. Exercise as a treatment to enhance sleep. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2010; 4(6): 500-14.
47. Chennaoui M, Arnal PJ, Sauvet F, Léger D. Sleep and exercise: a reciprocal issue?. *Sleep Medicine Reviews*. 2015; 20: 59-72.
48. Schubert CR, Cruickshanks KJ, Dalton DS, Klein BE, Klein R, Nondahl DM. Prevalence of sleep problems and quality of life in an older population. *Sleep*. 2002; 25(8): 48-52.
49. Lee M, Choh AC, Demerath EW, Knutson KL, Duren DL, Sherwood RJ, Sun SS, Chumlea WC, Towne B, Siervogel RM, Czerwinski SA. Sleep disturbance in relation to health-related quality of life in adults: the Fels Longitudinal Study. *JNHA-The Journal of Nutrition, Health and Aging*. 2009; 13(6): 576-83.
50. Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B, Voderholzer U, Berger M, Perlis M, Nissen C. The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence. *Sleep Medicine Reviews*. 2010;14(1):19-31.

Anexos

Anexo 1: *Consentimento informado*

Anexo 2: *Caderno de questionários*

Anexo 3: *Resumos e Posters apresentados ao 2º Simpósio da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental, Escola Superior de Enfermagem, 30 novembro 2018*



CONSENTIMENTO INFORMADO

Convidamo-lo(a) a participar no projeto de investigação “Sono & Saúde”

O objetivo do presente estudo é investigar o sono e a saúde geral dos trabalhadores. Caso aceite participar iremos pedir-lhe que responda a um questionário que inclui algumas questões sobre os seus hábitos de vida, de sono, a sua perceção de stresse, a sua maneira de ser e a sua saúde. As questões envolvem aspetos comuns do dia-a-dia de qualquer pessoa. O questionário pode ser respondido em papel ou eletronicamente e demora aproximadamente 15-30 minutos a ser respondido.

A sua participação é voluntária e em qualquer momento pode desistir do estudo sem qualquer justificação. A sua recusa em participar ou o posterior abandono não prejudicarão a sua relação com o Médico de Medicina do Trabalho ou com os Serviços de Saúde e de Gestão da Segurança no Trabalho.

Garantimos absoluto sigilo relativamente aos dados obtidos e estamos ao seu inteiro dispor para responder a qualquer pergunta que queira fazer e para lhe comunicar os resultados quando estiverem prontos.

Este estudo teve o parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Eu, _____ (nome da pessoa), li e decidi participar no estudo “Sono & Saúde”. O objetivo geral foi-me explicado assim como os procedimentos a seguir. A minha assinatura indica também que recebi uma cópia desta autorização.

Assinatura

Assinatura do Investigador

Data: ____/____/____

Contacto:
Serviço de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Pólo I, Edifício Central, Rua Larga, Cave, 3004-504 Coimbra, Portugal, Tel: +351 239 857 759



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Código:

Sono & Saúde

Serviço de Psicologia Médica
Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina
Pólo I – Edifício Central, Rua Larga, 3004-504, Coimbra

POR FAVOR, COMPLETE A INFORMAÇÃO SEGUINTE

1. Idade: _____

2. Sexo (assinale com "x" o seu caso)

Feminino

Masculino

3. Nacionalidade: _____ 4. Data de hoje ____/____/_____

5. Estado civil (assinale com um "x" a opção que se aplica ao seu caso)

Solteiro(a)

Casado(a)

Viúvo(a)

União de facto/Vivo com companheiro(a)

Divorciado(a)/Separado(a)

6. Grau escolaridade/académico

Primária

Preparatório

Secundário

Licenciatura

Mestrado Integrado

Mestrado

Doutoramento

Agregação

Outro, qual? _____

7. Antiguidade (anos de serviço) na instituição

menos de 3

3-5

6-10

11-15

16-20

21-25

26-30

mais de 30

8. Situação profissional atual

A trabalhar

De baixa/atestado

Outra, Especifique _____

9. Atualmente exerce funções de chefia/direção?

Não

Sim

10. Se respondeu NÃO passar para a questão 8, se respondeu SIM indique, por favor, o cargo que ocupa/exerce: _____

11. Tem filhos?

- Não
- Sim

11.1. Se respondeu NÃO passar para a questão 9, se respondeu SIM quantos filhos tem? _____

11.2. Que idade tem/têm? _____

12. No último mês fez viagens de avião de longo curso (que implicaram a travessia de 3 ou mais fusos horários)?

- Não
- Sim

12.1 Se respondeu NÃO passar para o item 10, se respondeu SIM indique, por favor, as datas de ida/regresso e os locais de partida/destino _____

13. Altura (cm): _____

13.1 Peso (kilos): _____ (Medicina do Trabalho)

14. Pratica regularmente exercício físico (pelo menos 1 vez por semana)?

- Não
- Sim

14.1. Se respondeu NÃO passar para a pergunta 12, se respondeu SIM que tipo de exercício físico pratica?

14.2. Em média quantas vezes pratica exercício físico por semana? _____

14.3. Em média quantas horas (ou minutos) dedica à prática de exercício físico por semana? _____

14.4. Em que momento do dia pratica habitualmente exercício físico?

- Manhã (07:00-12:00)
- Tarde (12:00-20:00)
- Noite (20:00-07:00)

15. Fuma?

- Não
- Sim

15.1 Se respondeu NÃO passar para a pergunta 13, se respondeu SIM em média quantos cigarros fuma por dia?

16. Habitualmente consome bebidas alcoólicas (pelo menos uma vez por dia)?

- Não
- Sim

16.1. Se respondeu NÃO, passar para a pergunta 14, se respondeu SIM indique, por favor, o número (copos) de bebidas alcoólicas que toma em média por dia _____

17. Toma café regularmente (pelo menos uma vez por dia)?

- Não
- Sim

17.1. Se respondeu NÃO passar para a pergunta 15, se respondeu SIM em média quantos cafés toma por dia?

18. Tem algum dos seguintes problemas de saúde?

Pode assinalar (x) mais do que uma opção

- Hipertensão
- Diabetes
- Problemas gastrointestinais
- Problemas respiratórios
- Problemas urinários
- Problemas cardiovasculares
- Problemas pulmonares
- Doença neurológica
- Depressão
- Ansiedade
- Cancro
- Outro problema, qual? _____
- Não se aplica

19. Toma alguma medicação?

- Não
- Sim

19.1. Se respondeu NÃO passar para a secção II do questionário, se respondeu SIM indique, por favor, se toma medicamentos para:

Assinalar a(s) opção(ões) que melhor se aplica(m) ao seu caso

- Tensão arterial
- Diabetes
- Coração
- Depressão
- Ansiedade
- Dormir
- Dores
- Outro problema/condição, qual? _____

II

1. Horários de sono **DURANTE A SEMANA**

1.1. Hora habitual de deitar: _____(h):_____ (min)

1.2. Hora habitual de acordar: _____(h):_____ (min)

1.3. Tempo que demora em média a adormecer (depois de se deitar) _____(h):_____ (min)

1.4. Tempo que demora em média a levantar-se (depois de acordar) _____(h):_____ (min)

2. Horários de sono ao **FIM-DE-SEMANA**

2.1. Hora habitual de deitar: _____(h):_____ (min)

2.2. Hora habitual de acordar: _____(h):_____ (min)

2.3. Tempo que demora em média a adormecer (depois de se deitar) _____(h):_____ (min)

2.4. Tempo que demora em média a levantar-se (depois de acordar) _____(h):_____ (min)

3. Como tem sido o seu SONO durante o **ÚLTIMO MÊS**, incluindo hoje?

Por favor, para cada questão assinale a opção que melhor se aplica ao seu caso colocando um círculo no algarismo respetivo.

1= Nunca/Quase Nunca; 2= Raramente; 3= Às vezes; 4= Frequentemente (3x ou mais p/semana);
5= Quase Sempre/ Sempre

3.1. Sente-se insatisfeito com a qualidade ou quantidade do seu sono?	1	2	3	4	5
3.2. Teve dificuldades em começar a dormir?	1	2	3	4	5
3.3. Acordou durante a noite?	1	2	3	4	5
3.4. Acordou várias vezes durante a noite ou teve problemas em voltar a adormecer depois dos acordares?	1	2	3	4	5
3.5. Acordou demasiado cedo (sem desejar)?	1	2	3	4	5
3.6. Acordou demasiado cedo de manhã e não conseguiu voltar a adormecer?	1	2	3	4	5
3.7. Sentiu que o seu sono não era reparador/restaurador?	1	2	3	4	5
3.8. Ao acordar não se sentiu restabelecido(a)?	1	2	3	4	5
3.9. Ao acordar sentiu-se muito cansado(a)?	1	2	3	4	5

3.10 POR ANDAR A DORMIR MAL DURANTE O DIA SENTIU:

(Se não teve dificuldades em dormir passar para a questão 6)					
a	Fadiga ou mal-estar?	1	2	3	4 5
b	Diminuição da atenção, concentração, memória?	1	2	3	4 5
c	Prejuízo no funcionamento social, familiar, profissional ou acadêmico ou em outra área importante da sua vida?	1	2	3	4 5
d	Perturbação do humor ou irritabilidade?	1	2	3	4 5
e	Sonolência diurna?	1	2	3	4 5
f	Problemas comportamentais? (hiperactividade, impulsividade, agressividade)	1	2	3	4 5
g	Diminuição da motivação, energia ou iniciativa?	1	2	3	4 5
h	Propensão para erros ou acidentes?	1	2	3	4 5
i	Preocupações ou insatisfação com o sono	1	2	3	4 5
j	Cansaço, irritabilidade, excitação, nervosismo ou depressão?	1	2	3	4 5
k	Tensão, dores de cabeça, sintomas gastrointestinais?	1	2	3	4 5

l) As dificuldades em dormir ocorrem mesmo quando tem oportunidade (tempo disponível para dormir suficiente) e condições adequadas (ambiente seguro, escuro, silencioso e confortável)?

Por favor, assinale (x) a opção que melhor se aplica ao seu caso

- Não
 Sim

m) As dificuldades em dormir e as suas consequências no funcionamento diurno duram há pelo menos 3 meses?

- Não
 Sim

n) No último ano ocorreram pelo menos 2 ou mais episódios relacionados com as dificuldades em dormir e resultante prejuízo no funcionamento diurno?

- Não
 Sim

4. Como acha que tem sido o seu sono durante o último mês (3 vezes ou mais por semana)?

- Muito Bom
- Bom
- Satisfatório
- Mau
- Muito mau

5. Se tomar café antes de se deitar tem dificuldades em dormir?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre
- Não tomo café à noite

6. Sofre de alguma das seguintes doenças de sono?

Pode assinalar mais do que uma opção

- Apneia do Sono
- Síndrome de Pernas Inquietas/Agitadas
- Narcolepsia
- Outra, qual? _____
- Não se aplica

III

1. Em seguida encontra algumas afirmações relacionadas com a sua atividade profissional Para cada item assinale, por favor, a opção que melhor se aplica ao seu caso, colocando um círculo no algarismo respetivo.

1= Quase Nunca/Nunca; 2= Raramente; 3= Às vezes; 4= Frequentemente; 5= Quase Sempre/Sempre

1.1.	Não consigo parar de pensar no trabalho à noite, durante o sono	1	2	3	4	5
1.2.	Quando acordo começo logo a pensar no trabalho	1	2	3	4	5
1.3.	Para ter mais tempo para trabalhar não durmo o suficiente	1	2	3	4	5
1.4.	Durante o sono rumino sobre acontecimentos passados ou sobre o que aconteceu durante o dia	1	2	3	4	5
1.5.	Durante o sono preocupo-me com as actividades do dia seguinte ou com o futuro	1	2	3	4	5
1.6.	O meu trabalho exige-me um grande esforço	1	2	3	4	5
1.7.	O esforço do meu trabalho é devidamente recompensado	1	2	3	4	5
1.8.	Tenho autonomia no meu trabalho	1	2	3	4	5
1.9.	Tenho uma atitude positiva no trabalho (receptivo à mudança e às opiniões dos outros)	1	2	3	4	5
1.10.	Sinto apoio dos meus colegas de trabalho quando preciso de ajuda	1	2	3	4	5
1.11.	Não consigo desligar do trabalho	1	2	3	4	5

2. Em que medida está satisfeito(a) com o seu Trabalho?

Assinale (x), por favor, a opção que melhor se aplica ao seu caso

Muito Insatisfeito Insatisfeito Satisfeito Muito Satisfeito

3. Em que medida está satisfeito(a) com as suas atuais condições de Trabalho?

Por exemplo: vencimento, oportunidades de evoluir na carreira, condições físicas do trabalho, horário de trabalho

Muito Insatisfeito Insatisfeito Satisfeito Muito Satisfeito

IV

1. A seguir encontrará uma lista de palavras que descrevem sentimentos que as pessoas têm À frente de cada palavra coloque um círculo (O) no algarismo que melhor descreve o modo como **HABITUALMENTE** se sente

	Muitíssimo						Muitíssimo				
	Muito					Muito					
	Moderadamente				Moderadamente						
	Um pouco			Um pouco			Um pouco				
	De maneira nenhuma					De maneira nenhuma					
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
1 Afável.....	0	1	2	3	4	34 Nervoso(a).....	0	1	2	3	4
2 Tenso(a).....	0	1	2	3	4	35 Só.....	0	1	2	3	4
3 Irado(a).....	0	1	2	3	4	36 Desgraçado(a).....	0	1	2	3	4
4 Esgotado(a).....	0	1	2	3	4	37 Desnortado(a).....	0	1	2	3	4
5 Infeliz.....	0	1	2	3	4	38 Alegre.....	0	1	2	3	4
6 Com ideias claras.....	0	1	2	3	4	39 Amargurado(a).....	0	1	2	3	4
7 Animado(a).....	0	1	2	3	4	40 Exausto(a).....	0	1	2	3	4
8 Baralhado(a).....	0	1	2	3	4	41 Ansioso(a).....	0	1	2	3	4
9 Desgostoso(a) com coisas que aconteceram.....	0	1	2	3	4	42 Disposto(a) para brigar.....	0	1	2	3	4
10 Trémulo(a).....	0	1	2	3	4	43 Bom carácter.....	0	1	2	3	4
11 Desatento(a).....	0	1	2	3	4	44 Pessimista.....	0	1	2	3	4
12 Irritado(a).....	0	1	2	3	4	45 Desesperado(a).....	0	1	2	3	4
13 Atencioso(a).....	0	1	2	3	4	46 Indolente.....	0	1	2	3	4
14 Triste.....	0	1	2	3	4	47 Revoltoso(a).....	0	1	2	3	4
15 Activo(a).....	0	1	2	3	4	48 Desamparado(a).....	0	1	2	3	4
16 Enervado(a).....	0	1	2	3	4	49 Saturado(a).....	0	1	2	3	4
17 Rabugento(a).....	0	1	2	3	4	50 Espantado(a).....	0	1	2	3	4
18 Neura.....	0	1	2	3	4	51 Desperto(a).....	0	1	2	3	4
19 Cheio(a) de força.....	0	1	2	3	4	52 Desiludido(a).....	0	1	2	3	4
20 Aterrorizado(a).....	0	1	2	3	4	53 Furioso(a).....	0	1	2	3	4
21 Sem esperança.....	0	1	2	3	4	54 Eficiente.....	0	1	2	3	4
22 Descontraído(a).....	0	1	2	3	4	55 Seguro(a) de si.....	0	1	2	3	4
23 Indigno(a).....	0	1	2	3	4	56 Cheio(a) de vida.....	0	1	2	3	4
24 Rancoroso(a).....	0	1	2	3	4	57 Mau humor.....	0	1	2	3	4
25 Simpático(a).....	0	1	2	3	4	58 Inútil.....	0	1	2	3	4
26 Resmungão/ona.....	0	1	2	3	4	59 Esquecido(a).....	0	1	2	3	4
27 Agitado(a).....	0	1	2	3	4	60 Despreocupado(a).....	0	1	2	3	4
28 Incapaz de me concentrar.....	0	1	2	3	4	61 Assustado(a).....	0	1	2	3	4
29 Fatigado(a).....	0	1	2	3	4	62 Culpado(a).....	0	1	2	3	4
30 Prestável.....	0	1	2	3	4	63 Vigoroso(a).....	0	1	2	3	4
31 Chateado(a).....	0	1	2	3	4	64 Hesitante.....	0	1	2	3	4
32 Desanimado(a).....	0	1	2	3	4	65 Desorientado(a).....	0	1	2	3	4
33 Ressentido(a).....	0	1	2	3	4						

2. A seguir estão algumas perguntas que dizem respeito ao modo como reage, sente e actua Para cada uma das questões procure indicar qual das respostas representa a sua maneira habitual de agir ou sentir, colocando um círculo no algarismo que melhor descreve o seu caso Não há respostas certas ou erradas: o que nos interessa é a sua reacção imediata a cada uma das perguntas

1= Quase Nunca; 2= Poucas Vezes; 3= Muitas Vezes 4= Quase Sempre

a)	Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	1	2	3	4
b)	O seu humor tem altos e baixos?	1	2	3	4
c)	É uma pessoa cheia de vida?	1	2	3	4
d)	Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	1	2	3	4
e)	Gosta de se misturar com as pessoas?	1	2	3	4
f)	Quando se aborrece precisa de alguém amigo para conversar?	1	2	3	4
g)	Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	1	2	3	4
h)	É perturbado por sentimentos de culpa?	1	2	3	4
i)	Vai e diverte-se muito numa festa animada?	1	2	3	4
j)	Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	1	2	3	4
k)	Gosta de pregar partidas?	1	2	3	4
l)	Sofre de insónias?	1	2	3	4

3. As frases que se seguem descrevem várias maneiras de ser e de reagir Para cada uma das questões deve seleccionar a opção que melhor se aplica a si, colocando um círculo à volta do respetivo algarismo

1= Nunca/quase nunca; 2= Raramente; 3= Às vezes; 4= Frequentemente; 5= Quase Sempre/empre

a)	Sou uma pessoa calma	1	2	3	4	5
b)	Fico desanimado(a) se tiver de fazer várias coisas ao mesmo tempo	1	2	3	4	5
c)	Mudanças repentinas de qualquer tipo afetam-me logo emocionalmente	1	2	3	4	5
d)	Emoções fortes continuam durante 1 ou 2 horas depois de eu ter saído da situação que as provocou	1	2	3	4	5
e)	Sou uma pessoa agitada e nervosa	1	2	3	4	5
f)	O meu estado de espírito é rapidamente influenciado ao entrar em lugares novos	1	2	3	4	5
g)	Fico entusiasmado(a) com facilidade	1	2	3	4	5
h)	Sinto que o meu coração se mantém acelerado durante algum tempo depois de ter sido perturbado(a)	1	2	3	4	5
i)	Consigo ficar emocionalmente sensibilizado(a) por coisas que as outras pessoas acham pouco importantes	1	2	3	4	5
j)	Assusto-me com facilidade	1	2	3	4	5
k)	Fico facilmente frustrado(a) (decepcionado/a)	1	2	3	4	5
l)	Tenho tendência para ficar entusiasmado(a) ou comovido(a) durante um longo período de tempo depois de ter visto um bom filme	1	2	3	4	5

V

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual?

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que se executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado	Sim, um pouco limitado	Não, nada limitado/a
a Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d Subir vários lanços de escada	1	2	3
e Subir um lanço de escada	1	2	3
f Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g Andar mais de 1 km	1	2	3
h Andar várias centenas de metros	1	2	3
i Andar uma centena de metros	1	2	3
j Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades?	1	2	3	4	5
b Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades?	1	2	3	4	5
d Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo foi preciso mais esforço)?	1	2	3	4	5

5. Durante as ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, alguns dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a?)

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades?	1	2	3	4	5
b Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume?	1	2	3	4	5

Para cada um das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde

6. Durante as ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS teve dores?

Nenhumas	Muito Fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha

Quanto tempo nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

12 Por último, indique, por favor, para cada uma das cinco afirmações, a opção que se aproxima mais do modo como se tem sentido nas **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**, colocando um círculo à volta do algarismo que melhor se adequa ao seu caso

1= Nunca; 2= Algumas vezes; 3= Menos de metade do tempo; 4= Mais de metade do tempo;
5= A maior parte do tempo; 6= Todo o tempo

a) Senti-me alegre e bem disposto(a)	1	2	3	4	5	6
b) Senti-me calmo(a) e tranquilo(a)	1	2	3	4	5	6
c) Senti-me activo(a) e enérgico(a)	1	2	3	4	5	6
d) Acordei a sentir-me fresco(a) e repousado(a)	1	2	3	4	5	6
e) O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam	1	2	3	4	5	6

*Por favor, verifique se respondeu a todas as questões
Muito obrigado pela sua colaboração!*

Estudo sobre Sono e Saúde

Somos uma equipa de investigadores que procurar estudar a relação entre o Sono e a Saúde dos Trabalhadores

Este questionário é anónimo. No entanto, se quiser saber os resultados ou participar num próximo estudo, por favor indique o seu nome e os meios de comunicação para futuro contacto

Nome: _____

Telemóvel: _____ E-mail: _____

Muito obrigado

Resumos e Posters apresentados ao 2º Simpósio da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental, Escola Superior de Enfermagem, 30 novembro 2018

Resumos publicados em livros de atas de simpósios

Pires P, Rodrigues RD, Bos SC, Amaral AP, Soares MJ, Pereira AT, Queirós A, Macedo A (2018) Fatores psicológicos, Insónia e Saúde. Livro de resumos do 2º Simpósio da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental. p.18.

Rodrigues RD, **Pires P**, Bos SC, Amaral AP, Soares MJ, Pereira AT, Queirós A, Macedo A (2018) Estilos de vida, higiene do sono e Insónia. Livro de resumos do 2º Simpósio da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental. p.13.

Posters apresentados em simpósios

Pires P, Rodrigues RD, Bos SC, Amaral AP, Soares MJ, Pereira AT, Queirós A, Macedo A (2018) Fatores psicológicos, Insónia e Saúde. Poster apresentado no 2º Simpósio da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 30 /Nov/2018.

Rodrigues RD, **Pires P**, Bos SC, Amaral AP, Soares MJ, Pereira AT, Queirós A, Macedo A (2018) Estilos de vida, higiene do sono e Insónia. Poster apresentado no 2º Simpósio da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 30/Nov/2018. – Prémio: menção honrosa

Fatores psicológicos, Insónia e Saúde

Pedro Pires^{1*}, Raquel Dias Rodrigues¹, Sandra Carvalho Bos¹, Ana Paula Amaral^{1,2}, Maria João Soares¹, Ana Telma Pereira¹, António Queirós³, António Macedo¹

¹ Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

² Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de Coimbra

³ Serviço de Saúde e Segurança no Trabalho, Universidade de Coimbra

*Pessoa de contato

Resumo

Introdução: Insónia crónica ou persistente é a perturbação de sono mais comum, afetando aproximadamente 10% da população, e está entre as mais frequentes perturbações mentais. **Objetivo:** investigar a associação entre variáveis psicológicas, insónia e saúde numa amostra de trabalhadores com horários laborais regulares.

Metodologia: Participaram no nosso estudo transversal 111 funcionários (24-65 anos, 72.1% mulheres) de uma instituição pública. Os trabalhadores, na consulta de rotina do Gabinete de Medicina do Trabalho, preencheram presencialmente ou de forma eletrónica (2015/2016) um conjunto de questionários sobre características sociodemográficas, sintomas de insónia e prejuízo diurno associado, predisposição ao *arousal*, estados de humor, pensamentos/emoções relacionadas com o trabalho, saúde e bem-estar geral. Insónia crónica foi definida de acordo com os critérios mais recentes da Classificação Internacional das Perturbações de Sono (ICSD-3, AASM, 2014) e insónia persistente de acordo com os critérios referidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5, APA, 2013). Os dados foram analisados utilizando o programa de estatística SPSS (versão 23). Realizaram-se análises descritivas, de correlação (*Pearson*) e de comparação entre grupos independentes (*Mann Whitney U test*).

Resultados: O sintoma de insónia mais referido nesta população foi insónia de manutenção (ICSD-3, 34,2%; DSM-5, 23,4%), seguido de insónia terminal (ICSD-3, 24,3%; DSM-5, 18%) e por fim insónia inicial (ICSD-3/DSM-5, 9%). A ruminação durante o sono e sentir que o esforço do trabalho não é devidamente recompensado associaram-se consistentemente a todos os sintomas de insónia (inicial, manutenção e terminal) definidos de acordo com ICSD-3 ou DSM-5. Em comparação com o grupo que não apresentava insónia, os grupos de insónia crónica ou persistente relataram níveis mais elevados de neuroticismo, pensamentos ruminativos e de preocupação durante o sono, de não conseguir parar de pensar no trabalho e fadiga bem como níveis inferiores de vitalidade, saúde mental e bem-estar geral.

Discussão: Os resultados do nosso estudo estão de acordo com a literatura que associa o traço de personalidade neuroticismo e a atividade cognitiva durante o sono com a qualidade/quantidade do sono.

Conclusão: A nossa investigação salienta a importância específica da atividade cognitiva relacionada com o trabalho para a insónia crónica/persistente, a qual por sua vez se associa à vitalidade, saúde mental e bem-estar geral do indivíduo.

Palavras Chave: Fatores psicológicos, Neuroticismo, Trabalho, Insónia, Saúde

Estilos de vida, higiene do sono e Insónia

Raquel Dias Rodrigues^{1*}, Pedro Pires¹, Sandra Carvalho Bos¹, Ana Paula Amaral^{1,2}, Maria João Soares¹, Ana Telma Pereira¹, António Queirós³, António Macedo¹

¹ Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

² Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de Coimbra

³ Serviço de Saúde e Segurança no Trabalho, Universidade de Coimbra

* Pessoa de contato

Resumo

Introdução: A insónia é a perturbação do sono mais frequente na população em geral e condiciona significativamente a qualidade de vida, tendo impacto não só a nível profissional, como pessoal e social.

Objetivo: Esta investigação consistiu em explorar as associações entre os estilos de vida, comportamentos de higiene do sono e sintomas de Insónia, numa amostra de funcionários de uma instituição pública, com horários de trabalho regulares.

Metodologia: Os trabalhadores responderam a um caderno de questionários sobre estilos de vida, comportamentos de higiene do sono e sintomas de Insónia durante a consulta de rotina do serviço de medicina do trabalho. Participaram no estudo 111 indivíduos ($M=44,34 \pm 9,968$ anos), sendo a grande maioria do sexo feminino (72,1%). Os dados foram analisados utilizando o programa de estatística SPSS (versão 23). Realizaram-se análises descritivas, de correlação (*Spearman*) e de comparação entre grupos independentes (*Mann Whitney U test*). **Resultados:** Verificámos que a prática regular de atividade física (n° de vezes/semana) se associou negativamente ao sintoma de insónia inicial, ao sono não reparador/restaurador e ao acordar não restabelecido, isto é, indivíduos que frequentemente praticam exercício físico relatam menos queixas de sono. Em relação aos comportamentos de higiene do sono verificámos que os indivíduos com Insónia persistente, definida de acordo com os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5, APA, 2013), ou Insónia crónica conceptualizada de acordo com os critérios da Classificação Internacional das Perturbações do Sono (ICSD-3, AASM, 2014) se distinguiram dos indivíduos sem Insónia nos itens relacionados com o estar stressado, zangado, aborrecido ou nervoso antes de ir dormir (DSM-5, Mediana, $Md=3$, Intervalo Interquartil, $Q75-Q25$, $IIQ=1$ vs. $Md=2$, $IIQ=1$, $p=0,013$; ICSD-3, $Md=3$, $IIQ=1,5$ vs. $Md=2$, $IIQ=1$, $p<0,001$) e com o pensar, planear e preocupar-se durante o sono (DSM-5, $Md=4$, $IIQ=2,5$ vs. $Md=3$, $IIQ=1,5$, $p=0,042$; ICSD-3, $Md=4$, $IIQ=2$ vs. $Md=3$, $IIQ=1$, $p=0,006$). Estes dois itens também se correlacionaram positivamente e significativamente com praticamente todos os sintomas de Insónia avaliados e definidos de acordo com os critérios DSM-5 ou ICSD-3.

Discussão: Os resultados estão de acordo com os estudos que indicam que a prática de exercício físico está relacionada com menos sintomas de insónia e que fatores psicológicos (stress, preocupação) se associam à severidade da insónia.

Conclusão: A presente investigação reforça a importância de fatores psicológicos, cognitivo-comportamentais e emocionais na etiologia da insónia, o que pode ter implicações no seu tratamento.

Palavras Chave: Estilos de vida, higiene do sono, fatores psicológicos, preocupação, stress, insónia.

Pedro Pires¹, Raquel Dias Rodrigues¹, Sandra Carvalho Bos¹
Ana Paula Amaral^{1,2}, Maria João Soares¹, Ana Teima Pereira¹, António Queirós³, António Macedo^{1,4}

¹Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, ²Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Instituto Politécnico de Coimbra, ³Serviço de Saúde e Segurança no Trabalho, Universidade de Coimbra, ⁴Departamento de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

Insónia crónica ou persistente é a perturbação de sono mais comum, afetando aproximadamente 10% da população, e está entre as mais frequentes perturbações mentais (1). A insónia tem consequências significativas a nível físico e psicológico (1). Há alguma evidência que traços de personalidade como neuroticismo, perfeccionismo e maior predisposição ao arousal estão associados à insónia crónica (2). Fatores psicológicos relacionados com o trabalho também têm estado associados à insónia, mais precisamente o stress ocupacional, falta de apoio social, percepção de injustiça entre o esforço exercido e a recompensa/remuneração obtida e ruminância (2). Contudo, estudos sobre esta temática são ainda escassos e geralmente não utilizam os mais recentes critérios de diagnóstico da classificação internacional das perturbações do sono-ICSD-3 (3) ou do manual de perturbações mentais-DSM-5 (4) para definir insónia crónica ou persistente, respetivamente (2).

Objetivo: investigar a associação entre variáveis psicológicas, (e.g. neuroticismo, predisposição de arousal) ou percepção de stress no trabalho (e.g. falta de apoio social, percepção de injustiça entre o esforço exercido e a recompensa/remuneração obtida e ruminância) insónia e saúde numa amostra de trabalhadores com horários laborais regulares.

Métodos

Amostra: 111 funcionários (24-65 anos, 72.1% mulheres) de uma instituição pública.

Procedimentos: Os trabalhadores, na consulta de rotina do Gabinete de Medicina do Trabalho, preencheram presencialmente ou de forma eletrónica (2015/2016) um conjunto de questionários. Estudo com parecer favorável da comissão de ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal (of. Refº 025-CE-2013).

Instrumentos de avaliação

- a) Questionário do sono sobre sintomas de insónia e prejuízo diurno associado (5). Versão atualizada de acordo com os critérios de diagnóstico A, B, C, D, e E para insónia crónica, ICSD-3 (3), e insónia persistente, DSM-5 (4);
- b) Questionário sobre percepção de stress no trabalho, o apoio social, a percepção de injustiça esforço-recompensa e ruminância/preocupação;
- c) Perfil de Estados de Humor (versão portuguesa) para avaliar depressão, ansiedade, vigor, fadiga, hostilidade e confusão (6,7);
- d) Inventário de personalidade de Eysenck (versão reduzida portuguesa) para avaliar as dimensões de personalidade neuroticismo e extroversão-introversão (8,9);
- e) Escala de predisposição ao arousal para medir este traço de personalidade (10);
- f) Questionário de estado de saúde (SF-36) adaptado para Portugal para avaliar a saúde em geral (11, 12);
- g) Índice de Bem-estar (13)

Análises estatísticas: Programa de estatística SPSS (versão 23). Análises descritivas, de correlação (Pearson) e de comparação entre grupos independentes (Mann Whitney U test).

Resultados

O sintoma de insónia mais referido nesta população foi insónia de manutenção (ICSD-3, 34,2%; DSM-5, 23,4%), seguido de insónia terminal (ICSD-3, 24,3%; DSM-5, 18%) e por fim insónia inicial (ICSD-3/DSM-5,9%). Identificaram-se 13 casos de insónia crónica (ICSD-3) e 9 de insónia persistente (DSM-5)

TABELA 1 – Correlações entre as variáveis psicológicas relacionadas com o trabalho, estados de humor, personalidade, domínios da saúde geral, bem estar e sintomas de insónia (ICSD-3; DSM-5)

	DIS	ICSD-3 DMS	DSM-5 DMS	ICSD-3 AP	DSM-5 AP	Sintomas ICSD-3	Sintomas DSM-5
Fatores psicológicos e trabalho							
Durante o sono ruminância	,265**	,326**	,404**	,199*	,217*	,358**	,373**
Durante o sono preocupação	,369**	,383**	,519**	,365**	,300**	,503**	,487**
Esforço do trabalho é recompensado	-,289**	-,250**	-,298**	-,299**	-,308**	-,354**	-,340**
Estados de Humor (POMS)							
Ansiedade	,298**	,418**	,408**	,268**	,277**	,449**	,403**
Depressão	,384**	,224*	,232*	,219*	,270**	,351**	,349**
Vigor	-,328**	-,250**	-,371**	-,259**	-,250**	-,363**	-,404**
Fadiga	,307**	,357**	,357**	,275**	,362**	,400**	,426**
Inventário Personalidade Eysenck (IPE)							
Neuroticismo	,416**	,471**	,516**	,445**	,385**	,597**	,510**
Saúde Geral (SF-36)							
Função física	-,288**	-,217*	-,278**	-,298**	-,317**	-,334**	-,288**
Vitalidade	-,446**	-,353**	-,453**	-,403**	-,343**	-,508**	-,557**
Saúde mental	-,477**	-,337**	-,420**	-,340**	-,372**	-,493**	-,508**
Função social	-,347**	-,294**	-,339**	-,267**	-,284**	-,382**	-,395**
Saúde geral	-,300**	-,214*	-,241*	-,226*	-,211*	-,308**	-,275**
Bem-estar	-,514**	-,397**	-,443**	-,411**	-,441**	-,557**	-,618**

A ruminância e a preocupação durante o sono e sentir que o esforço do trabalho não é devidamente recompensado associaram-se consistentemente a todos os sintomas de insónia (inicial, manutenção e terminal) definidos de acordo com ICSD-3 ou DSM-5. Ver TABELA 1.

Notas:
DIS: dificuldades iniciar o sono
DMS: dificuldades manter o sono
AP: Acordar precoce
Critérios de Cohen (14) para a magnitude da correlação: 0.10: fraca, 0.30: moderada, 0.50: forte.
* p<0,05; **p<0,01

TABELA 2 - Média e desvio padrão das variáveis psicológicas relacionadas com o trabalho, estados de humor, personalidade, domínios da saúde geral, bem estar nos grupos de insónia crónica ou persistente versus os grupos sem insónia

	ICSD-3		DSM-5	
	Grupo sem Insónia	Grupo Insónia Crónica ICSD-3	Grupo Sem Insónia	Grupo Insónia Persistente DSM-5
Fatores psicológicos relacionados com o trabalho				
Não parar pensar trabalho à noite (M, ±)	2,5 (1,20)	3,7 (1,25)*	2,6 (1,21)	3,7 (1,41)*
Durante o sono ruminância	2,7 (1,10)	3,4 (1,26)*	2,7 (1,09)	3,6 (1,42)*
Durante o sono preocupação	2,8 (1,06)	4,1 (1,19)*	2,8 (1,07)	4,3 (1,12)*
Estados de Humor (POMS)				
Fadiga	6,0 (4,18)	10,9 (5,41)*	6,2 (4,30)	10,5 (5,98)*
Inventário Personalidade Eysenck (IPE)				
Neuroticismo	11,2 (2,74)	15,6 (3,53)*	11,3 (2,83)	15,6 (4,00)*
Saúde Geral (SF-36)				
Vitalidade	59,2 (12,88)	43,5 (15,33)*	58,8 (12,96)	41,7 (17,32)*
Saúde mental	68,6 (11,91)	51,0 (17,90)*	68,0 (12,31)	51,6 (20,04)*
Bem-estar	20,7 (4,54)	13,7 (5,48)*	20,4 (4,77)	14,3 (6,38)*

Em comparação com o grupo que não apresentava insónia, os grupos de insónia crónica ou persistente relataram níveis mais elevados de neuroticismo, pensamentos ruminativos e de preocupação durante o sono, de não conseguir parar de pensar no trabalho e fadiga bem como níveis inferiores de vitalidade, saúde mental e bem-estar geral. Ver TABELA 2

Nota: *p<0,05

Discussão e Conclusão

- **Sintomas de insónia:** associam-se a fatores psicológicos como ruminância, preocupação durante o sono, perceber que o esforço do trabalho não é devidamente recompensado, ansiedade, depressão, fadiga e menos vigor; níveis elevados de neuroticismo, menos saúde geral (valores mais baixos nas dimensões função física, função social, saúde mental e vitalidade) e bem estar;
- **Grupos de insónia (crónica ou persistente):** em comparação com os grupos sem insónia, apresentaram níveis mais elevados de ruminância e de preocupação durante o sono assim como relataram mais frequentemente não conseguirem parar de pensar no trabalho à noite, mais fadiga e menos vitalidade, saúde mental e bem estar;
- **Resultados de acordo com a literatura** que associa o traço de personalidade neuroticismo e a atividade cognitiva durante o sono com a qualidade/quantidade do sono (2).
- **Limitações e pontos fortes:** (i) amostra não é representativa da população em geral o que limita a generalização dos resultados; (ii) não utilizámos métodos objetivos de avaliação do sono; (iii) é um estudo transversal e não longitudinal, o que limita as conclusões do estudo (estudo de relações causa-efeito);(iv) amostra é reduzida o que dificulta a comparação dos resultados por género. De salientar, que os sintomas e os grupos de insónia crónica ou persistente foram definidos com os critérios mais recentes de diagnóstico das perturbações de sono (ICSD-3 e DSM-5) e a amostra é constituída por um grupo de trabalhadores da comunidade que possuem horários de trabalho regulares.
- **Conclusão:** A atividade cognitiva relacionada com o trabalho, i.e. perceber que o esforço do trabalho não é devidamente recompensado e não conseguir parar de pensar no trabalho durante o sono, está associada aos sintomas de insónia e insónia crónica/persistente, respetivamente. A insónia por sua vez associa-se a menos vitalidade, saúde mental e bem-estar geral do indivíduo.

Bibliografia

1. Lichstein KL, Taylor DJ, McCrae CS, Petru ME. Insomnia: Epidemiology and risk factors. In: Principles and Practice of Sleep Medicine (Sixth Edition) Philadelphia, Elsevier Inc. 2017, p. 761-768.
2. Bos SC, Macedo AP. Literature Review on Insomnia (2010-2016). Biological rhythm research. 2018. Published Online.
3. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders (ICSD). Third Edition. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine. 2014.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
5. Azevedo MHP, Bos SC. Saúde na Gravidez. Biblioteca Nacional de Portugal (COTA S.A. 119.03 V.). 2006.
6. Moltisani DM, Lorr M, Dimplesman JF. Ectis Manual for the Profile of Mood States. Educational and Industry Testing Service. San Diego, California 1971.
7. Azevedo MR, Silva CF, Dias MR (1991). O "Perfil de Estados de Humor". Adaptação à população portuguesa. Psiquiatria Clínica. 1991;12: 187-193
8. Eysenck HJ, Eysenck SGG. Manual of the Eysenck Personality Inventory. London: University of London Press. 1985.
9. Silva CF, Azevedo MHP, Dias MRVC. Estudo padronizado do trabalho por turnos - versão portuguesa do SSI. Psychologica. 1995; 13: 27-36.
10. Cohen S, Maltz KB. Prediction of physiological arousal: a validation of the Arousal Predisposition Scale. Behaviour Research and Therapy. 1993; 31(2): 215-19.
11. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Medical Care. 1992; 30: 473-83.
12. Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. Acta Medica Portuguesa. 2000; 13(1-2): 55-66.
13. Tapp CW, Ostergaard SD, Sondergaard S. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. Psychiatry and psychosomatics. 2015; 84: 167-76.
14. Cohen J. A power primer. Psychological Bulletin. 1988; 112(1): 155-9.

AGRADECIMENTO Aos trabalhadores que participaram no nosso estudo queremos agradecer a colaboração inestimável sem a qual não teria sido possível realizar esta investigação.

Raquel Dias Rodrigues¹, Pedro Pires¹, Sandra Carvalho Bos¹, Ana Paula Amaral^{1,2}, Maria João Soares¹, Ana Telma Pereira¹, António Queirós³, António Macedo^{1,4}

¹Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, ²Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, ³Instituto Politécnico de Coimbra ⁴Serviço de Saúde e Segurança no Trabalho, Universidade de Coimbra, ⁵Departamento de Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução e objetivo

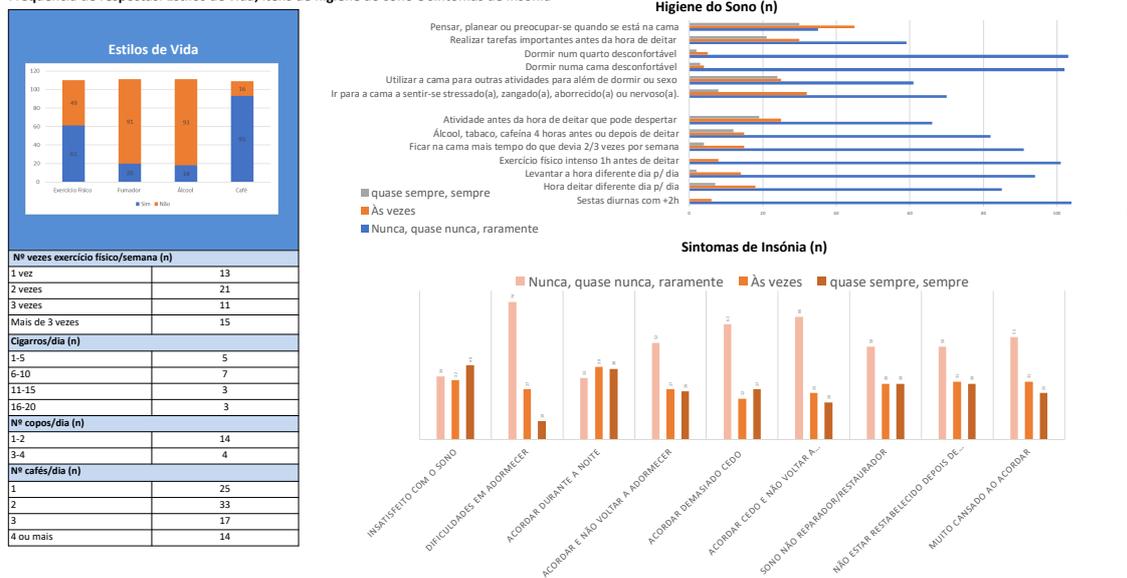
A insónia é a perturbação do sono mais frequente na população em geral e condiciona significativamente a qualidade de vida, tendo impacto não só na saúde como a nível profissional, pessoal e social (1). Esta investigação consistiu em explorar as associações entre os estilos de vida, comportamentos de higiene do sono e sintomas de Insónia ou insónia numa amostra de funcionários de uma instituição pública com horários de trabalho regulares. Seguiram-se os critérios mais recentes do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) (2) e da Classificação Internacional das Perturbações do sono (ICSD-3) (3) para a definição de sintomas de insónia e insónia persistente ou crónica, i.e., critérios A, B, C, D e E em ambas classificações.

Métodos

Os trabalhadores responderam a um caderno de questionários sobre estilos de vida, comportamentos de higiene do sono (4), sintomas de Insónia, prejuízo diurno associado a estes sintomas e condições apropriadas para dormir (5) durante a consulta de rotina aos serviços de medicina do trabalho (2015-2016). Participaram no estudo 111 indivíduos com idades compreendidas entre os 24 e 65 anos (M=44,34 ± 9,968). A grande maioria tinha nacionalidade portuguesa (96,4%), 72,1% era do sexo feminino e 70,3% estava casada ou em união de facto. Os dados foram analisados utilizando o programa informático de estatística SPSS (versão 23) e foram utilizadas análises descritivas, correlacionais (*Spearman*) e de comparação entre grupos independentes (*Mann Whitney U test*).

Resultados

Frequência de respostas: Estilos de vida, itens de higiene do sono e sintomas de insónia



Durante a semana os trabalhadores adormeciam, em média, às 23 horas e 46 minutos e acordavam, em média, às 7 horas 14 minutos (±0,42), dormindo um total de aproximadamente 7-8h por noite.

Correlações entre estilos de vida e sintomas de insónia

Exercício físico: Não encontramos associações significativas entre a prática do exercício físico (sim/não) e os sintomas de Insónia. Verificámos que o número de vezes de prática de exercício físico por semana se associava a menos dificuldades em iniciar o sono ($r_s = -0,310, p=0,016$), a menos sono não reparador/restaurador ($r_s = -0,259, p=0,045$) e a menos acordar não restabelecido ($r_s = -0,405, p=0,001$).

Tabaco: Não se observaram correlações significativas entre a variável fumador/não fumador e os sintomas de Insónia. Ao contrário do que seria esperado, encontramos uma associação negativa entre os hábitos tabágicos (nº cigarros/dia) e o acordar demasiado cedo, sem o desejar ($r_s = -0,516, p=0,028$) e o acordar demasiado cedo e não conseguir voltar a adormecer ($r_s = -0,478, p=0,045$).

Alcool: Observou-se uma correlação negativa com o sono não reparador/restaurador ($r_s = -0,214, p=0,025$) e com os sintomas de Insónia (ICSD-3) ($r_s = -0,192, p=0,045$). Deste modo, os indivíduos que referiram consumir álcool no dia-a-dia também relataram que menos frequentemente tinham um sono não reparador/restaurador e referiram menos sintomas de Insónia (ICSD-3). Não encontramos associações significativas entre o número de bebidas alcoólicas e os sintomas de Insónia.

Café: Encontrámos correlações estatisticamente significativas e negativas entre a variável relativa ao consumo de café (sim/não), os acordares durante a noite ($r_s = -0,221, p=0,022$) e os sintomas de Insónia (ICSD-3) ($r_s = -0,211, p=0,028$). Estes resultados indicam que os trabalhadores que referiram tomar café (reposta "sim") também referiram acordar menos vezes durante a noite e menos sintomas de Insónia (ICSD-3). Não observámos uma associação significativa entre o nº de cafés consumidos diariamente e os sintomas de Insónia.

Correlações entre os comportamentos de higiene do sono e sintomas de insónia

Ir dormir a sentir-se stressado, zangado, aborrecido ou nervoso associou-se significativamente e positivamente com todos os itens relacionados com os sintomas de Insónia, exceto com o item referente à insatisfação, qualidade e quantidade de sono. Pensar, planejar ou preocupar quando se está na cama foi também um item que se associou significativamente e positivamente à maioria dos itens relacionados com os sintomas de Insónia exceto os itens relacionados com o sono não reparador/restaurador ou não se sentir restabelecido ao acordar.

Comparação entre os grupos de Insónia persistente (DSM-5, n=9), Insónia crónica (ICSD-3, n=13) com o grupo sem insónia, em relação aos comportamentos de higiene do sono.

Os grupos de Insónia (DSM-5 e ICSD-3) relataram mais frequentemente comportamentos de higiene do sono relacionados com o sentir-se stressado, zangado, aborrecido ou nervoso antes de deitar (DSM-5, Mediana, Md=3, Intervalo Interquartil, IQ=2-5, vs. Md=2, IQ=1 vs. Md=2, IQ=1, $p=0,013$; ICSD-3, Md=3, IQ=1,5 vs. Md=2, IQ=1, $p<0,001$) e a pensar planejar e preocupar-se quando se está na cama (DSM-5, Md=4, IQ=2-5 vs. Md=3, IQ=1,5, $p=0,042$; ICSD-3, Md=4, IQ=2 vs. Md=3, IQ=1, $p=0,006$).

Discussão e Conclusão

- ✓ **Estilos de vida saudáveis:** 55% da amostra referiu praticar exercício físico, 82% era não fumadora e 83,8% não bebia álcool. No pequeno grupo de consumidores, a maioria referiu fumar menos de dez cigarros por dia e beber menos de dois copos de álcool por dia. Aproximadamente 84% da amostra referiu beber regularmente e diariamente café, contudo a grande maioria referiu beber menos de 4 cafés por dia. As rotinas e horários de deitar e acordar eram também regulares e adequados (sincronizados com o ciclo dia-noite e com a duração de cerca de 7-8 horas/24 horas).
- ✓ **Exercício físico (nr. vezes semana) - queixas de sono:** a prática frequente de exercício físico durante a semana associou-se a menos dificuldades em iniciar o sono, a menos sono não reparador/restaurador e a menos acordar não restabelecido. Este resultado está de acordo com a literatura científica que salienta a associação entre a prática moderada de exercício físico e menos sintomas de insónia (1).
- ✓ **Associações inesperadas:** o hábito de fumar mais cigarros por dia associou-se a menos dificuldades com o final/término do sono. Consumir álcool no dia-a-dia também associou-se a menos sono não reparador/restaurador e menos sintomas de Insónia (ICSD-3). Tomar café (pelo menos 1 vez por dia) associou-se a acordar menos vezes durante a noite e a menos sintomas de Insónia do que não tomar café regularmente. Estes resultados não seriam expectáveis de acordo com a literatura que associa o consumo de tabaco, álcool e café aos sintomas de insónia/insónia (1). As características específicas da nossa amostra (hábitos de vida saudáveis: consumo muito moderado de tabaco, álcool e café e prática regular de exercício físico) e a sua reduzida dimensão podem ajudar a explicar os nossos achados e condicionam a generalização dos resultados para a população em geral.
- ✓ **Resultado mais consistente:** Adormecer a sentir-se stressado, zangado, aborrecido ou nervoso e pensar, planejar ou preocupar-se quando durante o sono foram os itens de higiene do sono que se associaram significativamente e positivamente com praticamente todos os sintomas de insónia avaliados (DSM-5/ICSD-3). Verificou-se igualmente que os grupos de insónia (persistente ou crónica) se distinguiram do grupo sem insónia nestes 2 itens de higiene do sono. Este resultado está de acordo com a literatura que salienta a associação entre os fatores emocionais/cognitivos (preocupações) com os sintomas de Insónia/insónia (1).
- ✓ **Resumo:** a prática regular de exercício físico durante a semana está relacionada com menos queixas de sono. Fatores psicológicos (stress, preocupação) antes e durante o sono associam-se a sintomas de insónia e insónia persistente (DSM-5) ou crónica (ICSD-3).

Bibliografia

1. Bos SC, Mendo AF. Literature Review on Insomnia (2010-2016). Biological rhythm research. 2018. Published Online.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
3. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders (ICSD), Third Edition. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine. 2014.
4. Martin DV, Bryson I, Conway R. Assessment of sleep hygiene using the Sleep Hygiene Index. Journal of behavioral medicine. 2006;29(3):223-7.
5. Azevedo MHP, Bos SC. Saúde na Gravidez. Biblioteca Nacional de Portugal (COTA S.A. 115133 V.). 2006.

Agradecimentos

Aos trabalhadores que participaram no nosso estudo queremos agradecer a colaboração inestimável sem a qual não teria sido possível realizar esta investigação.